

รายงานการวิจัย เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ณ คลินิกรังสิตฟ้าใส
มหาวิทยาลัยรังสิต (FACTORS ASSOCIATED WITH THE ACCOMPLISHMENT
OF SMOKING CESSATION AT RANGSIT PHARSAI CLINIC, RANGSIT
UNIVERSITY)

ผู้วิจัย: อ.ภญ.พัชญา คชศิริพงศ์ และ นางสาวศนิ พงษ์สุระนันท์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ณ คลินิกรังสิตฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต

Factors associated with the accomplishment of smoking cessation at Rangsit Pharsai Clinic,
Rangsit University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อหาอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบที่คลินิกรังสิตฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัด

วิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกรังสิตฟ้าใส ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-31 พฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแสดงผลข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ข้อมูลจากกระบวนการบำบัด และอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษา และใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุปัจจัย (multivariable logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 65.6) มีการดื่มสุราร่วมด้วย (ร้อยละ 65.6) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 มวน (ร้อยละ 64.8) และสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 51.1) มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือบารากูร่วมด้วยประมาณร้อยละ 10 ร้อยละ 76.6 เคยเลิกบุหรี่มาก่อน แรงจูงใจในการบำบัดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสุขภาพ รองลงมาคือปัญหาครอบครัวหรือความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดสารนิโคตินในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 41.7) และเป็นการติดบุหรี่จากสาเหตุทางจิตใจ (ร้อยละ 72.8)

วิธีการบำบัดส่วนใหญ่ใช้วิธีลดปริมาณการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 92.8) ไม่พบการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐาน มีเพียงการใช้น้ำยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรทร่วมด้วยร้อยละ 66.5 ระยะเวลาในการบำบัดส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-3 เดือน ความร่วมมือในการบำบัดไม่ดี มีผู้ที่ขาดการติดต่อก่อนจบกระบวนการร้อยละ 65.0 ความสำเร็จในการบำบัดรักษาอยู่ที่ร้อยละ 22.2 โดยร้อยละ 19.4 สามารถเลิกบุหรี่ได้นานกว่า 1 ปี ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด คือความร่วมมือของผู้รับบริการในระดับปานกลางขึ้นไป (OR = 40.4, 95%CI 11.2 - 146.3)

สรุป: ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรุนแรงในการติดสารนิโคตินอยู่ในระดับเล็กน้อย และติดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ ความร่วมมือในการบำบัดรักษาไม่ดี อัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษาเท่ากับร้อยละ 22.2 โดยความร่วมมือในการบำบัดระดับปานกลางถึงดีมากเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย ความสำเร็จ การเลิกบุหรี่ คลินิกฟ้าใส

บทนำ

สถานการณ์ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 20.7)¹ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรหลายๆ แห่ง ที่ร่วมมือกันผลักดันนโยบายและการรณรงค์ให้คนไทยห่างไกลจากพิษภัยของบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามตัวเลขที่แสดง ยังคงสะท้อนให้เห็นถึงปัญหามากมายที่ประเทศไทยต้องเผชิญ ปัญหาของการสูบบุหรี่ไม่เพียงกระทบต่อตัวผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ยังกระทบถึงคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นการรับควันจากบุหรี่ยี่มือสอง หรือการรับสัมผัสผู้สูบบุหรี่มือสามที่เกิดจากการตกค้างของสารนิโคตินและสารพิษต่าง ๆ ในข้าวของเครื่องใช้ หรือเครื่องเรือน²⁻⁵ ผู้ที่รับสารพิษจากบุหรี่ไม่ว่าโดยทางใดก็ตาม ล้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมามากมายหลายชนิดทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในสตรีมีครรภ์ การได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้ทารกมีโอกาสที่จะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือเสียชีวิตเมื่อแรกคลอด รวมทั้งทำให้เด็กที่คลอดออกมามีการเจริญเติบโตที่ต่ำกว่าเกณฑ์²⁻⁷

ในแง่ของมุมมองทางด้านมหัพภาค ประเทศไทยต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจมากมายไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นรายจ่ายในการจัดซื้อจัดหา โดยพบว่าผู้สูบบุหรี่ 1 คนมีรายจ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 546 บาท¹ เมื่อพิจารณารายจ่ายรวมทั้งประเทศ คิดเป็นมูลค่ามากกว่า 7 หมื่นล้านบาทต่อปี และประเทศยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากมายไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้สูบบุหรี่และผู้ใกล้ชิด จากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ.2552 พบว่า บุหรี่/ยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายสูงสุดในเพศชาย (ร้อยละ 17.7) จากจำนวนการตายจากปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด⁸ นอกจากนี้ในแง่ของงบประมาณประจำปี ประเทศไทยต้องใช้สูญเสียเงินจำนวนหลายพันล้านบาทในการลงทุนด้านการผลิตและการบริหารจัดการโรงงานยาสูบ

บทบาทในการดำเนินงานด้านการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานโดยสหวิชาชีพในรูปแบบของคลินิกเลิกบุหรี่ ที่กระจายอยู่ในสถานพยาบาล หรือคลินิกฟ้าใสในสถาบันการศึกษาหลายแห่ง นอกจากนี้ร้านยาที่เป็นอีกหนึ่งหน่วยย่อยสำคัญ ที่เริ่มมีการดำเนินงานด้านการเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบทั้งในเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งองค์กรวิชาชีพทางด้านสุขภาพหลายองค์กร ได้ร่วมมือกันในการออกหน่วยเคลื่อนที่ ให้คำปรึกษา และให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ในชุมชน คลินิกรังสิตฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการช่วยเลิกบุหรี่แก่นักศึกษา บุคลากรภายในมหาวิทยาลัยและบุคคลภายนอก ส่งเสริมให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ถึงพิษภัยของบุหรี่ สนับสนุนการเลิกบุหรี่ รวมทั้งการดูแลจัดการพื้นที่สูบบุหรี่ภายใน

มหาวิทยาลัย กระบวนการบำบัดรักษาในปัจจุบันเน้นการให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาทั้งการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมอันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสพยาติดยา และกลับไปสูบบุหรี่

การดำเนินงานเลิกบุหรี่มีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้อัตราการความสำเร็จยังไม่สูงนัก เนื่องจากสาเหตุของการติดยาที่มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง กระบวนการบำบัดรักษาจึงไม่มีวิธีการที่แน่นอนตายตัว เป็นเพียงแนวทางคร่าว ๆ เพื่อปรับใช้ให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละราย โดยแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคยาสูบแห่งประเทศไทย พ.ศ.2561 แนะนำให้ผู้ที่เสพยาสูบทุกคนควรได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกเสพยาสูบหรือบุคลากรทางสาธารณสุข กระบวนการในการบำบัดรักษาต้องประกอบด้วยให้การให้คำปรึกษาอย่างใดอย่างหนึ่งแก่ผู้ป่วยทุกราย เช่น การให้คำปรึกษาสั้นๆ (brief intervention) การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (intensive counseling) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือการส่งข้อความสั้นๆ การพิจารณาเลือกैयाหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการเลิกเสพยา ความรุนแรงในการติดสารนิโคติน การมีโรคเรื้อรัง และประวัติการล้มเหลวในการเลิกเสพยาใน 1 ปีที่ผ่านมา⁹ จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจเลือกวิธีการในการบำบัดรักษามีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง สิ่งสำคัญคือความร่วมมือและการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาโดยทักษิณ พิมพ์ภักดีและคณะ ในคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเลิกร้อยละ 77.4 โดยผู้รับบริการที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 24.5¹⁰ ศิราณี อิ่มน้ำขาวและคณะ ศึกษาในผู้เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าร้อยละ 40.0 เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ วิธีในการเลิกบุหรี่ร้อยละ 83.3 ใช้วิธีหักดิบ ร้อยละ 16.6 ค่อย ๆ ลดปริมาณลง¹¹

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่จากการศึกษาโดย Lee และคณะ พบว่าการมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป การอยู่ร่วมกับคู่ การศึกษาตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ความพยายามในการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา และนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานล้วนเป็นปัจจัยที่ทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่¹² จากกรอบทบทวนวรรณกรรมโดย Greenhalgh และคณะ พบว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกหลายปัจจัยที่แตกต่างกันในการศึกษาต่างๆ ที่ทำนายความสำเร็จในการบำบัด เช่น ความรุนแรงในการติดสารนิโคติน รูปแบบการสูบบุหรี่ ภาวะทางจิตใจ สิ่งแวดล้อมและอิทธิพลของสังคม ทศนคติของสังคม หรือแม้แต่วิธีการบำบัดและการเข้าถึงยา¹³ ดังนั้นในแต่ละบริบทจึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มประชากรของตนเอง เพื่อใช้ในการดำเนินงานบำบัดรักษาได้อย่างตรงจุด ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อหาอัตราการความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบที่คลินิกรังสิตฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบที่คลินิกรังสีตฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษาจากการดำเนินงานในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา
2. ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่
3. ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางให้คลินิกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแห่งอื่น ๆ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินงานในด้านการบำบัดรักษาหรือใช้ในการรณรงค์ให้มีการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมาย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ความสำเร็จในการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกรังสีตฟ้าใส ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558-31 พฤษภาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนจนเป็นอุปสรรคต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และผู้ที่ยังอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษา

ตัวแปรในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนมวนต่อวัน จำนวนปีที่สูบ อายุที่เริ่มสูบ ชนิดของบุหรี่ การใช้สารเสพติดอื่น การสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลิกสูบ ประวัติการเลิกบุหรี่ และ 3) ข้อมูลในกระบวนการบำบัด ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพ ความรุนแรงในการติดสารนิโคติน สาเหตุการเสพติด วิธีการบำบัด ระยะเวลาการคงอยู่ในคลินิก ความร่วมมือในการบำบัด โดยมีตัวแปรตาม คือผลการบำบัดรักษา

การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัย เรื่องพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกรังสีตฟ้าใสโดยพรพิมล ไม้แก่นและคณะ¹⁴ พบว่า ผู้รับบริการที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 12.4 กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้อยู่ที่ร้อยละ 5

$$n = \frac{z^2 p (1-p)}{d^2}$$

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{(1.96)^2 [0.12 (1 - 0.12)]}{0.05^2} = 162.27$$

จากการคำนวณพบว่า ขนาดตัวอย่างควรอยู่ประมาณ 163 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการวิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 180 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแสดงผลข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ข้อมูลจากกระบวนการบำบัด และอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษา และใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในกระบวนการบำบัด โดยการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (simple logistic regression) ที่ละปัจจัย จากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญมาวิเคราะห์ต่อโดยแบบ multivariable analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \text{ value} < 0.05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลในระหว่าง 1 มกราคม 2558-31 พฤษภาคม 2561 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 26.2 ± 11.5 ปี และเป็นนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 65.6) โดยมีบุคคลภายนอกเข้ามาใช้บริการร้อยละ 21.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มสุราร่วมด้วย (ร้อยละ 65.6) และมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยถึงร้อยละ 16.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกัญชา รองลงมาคือกระท่อม และเฮโรอีน ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย 16.8 ± 4.4 ปี ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละไม่เกิน 10 มวน (ร้อยละ 64.8) และสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 51.1) ชนิดของบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ก้นกรอง มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า หรือบารากัวร์่วมด้วยประมาณร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้ว (ร้อยละ 76.6) สาเหตุหรือแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รองลงมาคือปัญหาทางด้านครอบครัว หรือความสัมพันธ์กับคนรัก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| เพศ | | |
| • ชาย | 156 | 86.7 |
| • หญิง | 22 | 12.2 |
| อายุ (ค่าเฉลี่ย 26.2 ± 11.5) | | |
| • ≤20 | 72 | 40.0 |
| • 21-30 | 63 | 25.0 |
| • 31-40 | 9 | 5.0 |
| • >40 | 36 | 20.0 |
| อาชีพ | | |
| • นักเรียน/นักศึกษา | 118 | 65.6 |
| • บุคลากรภายใน | 10 | 5.6 |
| • บุคคลภายนอก | 39 | 21.7 |
| การศึกษา | | |
| • ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี | 73 | 40.6 |
| • ระดับปริญญาตรี | 68 | 37.8 |
| • สูงกว่าระดับปริญญาตรี | 2 | 1.1 |
| สถานภาพสมรส | | |
| • โสด | 112 | 62.2 |
| • สมรส / อยู่ร่วมกัน | 26 | 14.4 |
| • หย่าร้าง / แยกกันอยู่ | 2 | 1.1 |
| มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | 51 | 28.3 |
| • โรคภูมิแพ้ | 18 | 10.1 |
| • โรคในระบบทางเดินหายใจ | 9 | 5.0 |
| • โรคในระบบทางเดินอาหาร | 6 | 3.4 |
| • โรคความดันโลหิตสูง | 6 | 3.4 |
| • โรคเบาหวาน | 5 | 2.8 |
| • ความผิดปกติของระบบเลือด | 5 | 2.8 |
| มีประวัติการดื่มสุรา | 118 | 65.6 |
| มีประวัติการใช้สารเสพติด | 29 | 16.1 |

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

| ปัจจัย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| จำนวนวันที่สูบบุหรี่ต่อวัน (ค่าเฉลี่ย 11.0 ±7.3) | | |
| • 1-10 | 116 | 64.8 |
| • 11-20 | 56 | 31.3 |
| • 21-30 | 3 | 1.7 |
| • >30 | 4 | 2.2 |
| จำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย 9.0 ±9.7) | | |
| • ≤5 ปี | 91 | 51.1 |
| • 6-10 | 49 | 27.5 |
| • มากกว่า 10 ปี | 38 | 21.3 |
| ชนิดของบุหรี่ที่สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| • บุหรี่ก้านกรอง | 164 | 98.2 |
| • บารากู่ | 20 | 12.0 |
| • บุหรี่ไฟฟ้า | 18 | 10.8 |
| • ยาเส้นมวนเอง | 17 | 10.2 |
| มีคนรอบตัวสูบบุหรี่ | 74 | 49.7 |
| เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อน | 134 | 76.6 |
| ปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้ไม่อยากเลิกบุหรี่ครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| • ไม่มีปัญหา แต่คิดว่าอยากจะทำ | 11 | 6.4 |
| • ปัญหาด้านสุขภาพ | 113 | 66.1 |
| • ปัญหาทางครอบครัว หรือคนรัก | 60 | 35.1 |
| • ปัญหาทางเศรษฐกิจ | 24 | 13.3 |
| • ปัญหาด้านสังคม การเรียน การดำเนินชีวิต | 14 | 8.2 |

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่เมื่อประเมินตามหลัก Transtheoretical model of change (TTM model) อยู่ในขั้น preparation หมายถึงมีความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรือกำลังอยู่ในระหว่างการลดจำนวนวันที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 89.4) จากผลการประเมินความรุนแรงในการติดสารนิโคติน โดยใช้แบบประเมิน Heaviness of smoking index (HSI) พบว่าส่วนใหญ่มีการติดนิโคตินในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ

ละ 41.7) และจากผลการประเมินสาเหตุของการเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ติดบุหรี่จากสาเหตุทางจิตใจ (ร้อยละ 72.8) รองลงมาคือติดจากพฤติกรรมทางสังคมหรือความเคยชิน (ร้อยละ 33.3) ดังตารางที่ 3

ในด้านของวิธีการบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการลดปริมาณการสูบ (ร้อยละ 92.8) ไม่มีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐาน มีเพียงการใช้ยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรทร่วมด้วยร้อยละ 66.5 ระยะเวลาในการบำบัดรักษาตั้งแต่เข้าคลินิกครั้งแรกจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-3 เดือน แต่มีผู้ที่ขาดการติดต่อกับทางคลินิกก่อนเสร็จสิ้นการบำบัดถึงร้อยละ 65.0 ด้านความร่วมมือในการบำบัดรักษา ประเมินโดยนักจิตวิทยาประจำคลินิกซึ่งเป็นผู้บำบัด โดยการพิจารณาจากการมาคลินิกตามนัด ความร่วมมือในการรับโทรศัพท์ติดตามผลรายสัปดาห์ ความร่วมมือในการปรึกษาและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือไม่ดี มีเพียงร้อยละ 6.1 เท่านั้นที่ได้รับการประเมินในระดับดีมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลในการกระบวนการบำบัดรักษา

| ปัจจัย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ผลการประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพโดยใช้ TTM model | | |
| ● Precontemplation | 2 | 1.1 |
| ● Contemplation | 17 | 9.4 |
| ● Preparation | 161 | 89.4 |
| ผลการประเมินความรุนแรงในการติดสารนิโคติน โดยใช้แบบประเมิน HSI | | |
| ● เล็กน้อย | 75 | 41.7 |
| ● ปานกลาง | 64 | 35.6 |
| ● รุนแรง | 41 | 22.8 |
| ผลการประเมินสาเหตุการเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| ● ติดทางกาย | 53 | 29.4 |
| ● ติดทางจิตใจ | 131 | 72.8 |
| ● ติดทางสังคม ความเคยชิน | 60 | 33.3 |
| วิธีการบำบัด | | |
| ● หักดิบ | 13 | 7.2 |
| ● ค่อย ๆ ลดจำนวน | 167 | 92.8 |
| ● ได้รับยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรท | 60 | 33.5 |
| ระยะเวลาในการบำบัด | | |
| ● น้อยกว่า 1 เดือน | 18 | 10.0 |

| ปัจจัย | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ● 1-3 เดือน | 17 | 9.4 |
| ● มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน | 12 | 6.7 |
| ● มากกว่า 6 เดือน | 16 | 8.9 |
| ● ขาดการติดต่อก่อนสิ้นสุดกระบวนการ | 117 | 65.0 |
| ความร่วมมือในการบำบัด (ประเมินโดยผู้บำบัด) | | |
| ● ไม่ดี | 119 | 66.1 |
| ● ปานกลาง | 50 | 27.8 |
| ● ดีมาก | 11 | 6.1 |

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษา

ผลการศึกษาอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษา พบว่ามีผู้รับบริการที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 22.2 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 19.4 สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี แต่โดยส่วนใหญ่แล้วพบว่าขาดการติดต่อ หรือหายจากกระบวนการก่อนสิ้นสุดการบำบัดรักษา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษา

| ผลการบำบัดรักษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------|------------|--------|
| ● เลิกไม่ได้ หรือขาดการติดต่อ | 140 | 77.8 |
| ● เลิกได้ แต่น้อยกว่า 1 ปี | 5 | 2.8 |
| ● เลิกได้ นานกว่า 1 ปี | 35 | 19.4 |

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัดรักษา

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้ logistic regression โดยการวิเคราะห์แบบ univariate (ดังตารางที่ 5) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ที่นัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ การให้ความร่วมมือในการบำบัดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงดีมาก (เทียบกับไม่ดี) ($p < 0.010$) การบำบัดด้วยการหักดิบ (เทียบกับการลดจำนวน) ($p = 0.040$) การมีโรคประจำตัว ($p = 0.010$) และการได้รับผลกระทบด้านสังคม หรือการดำเนินชีวิต ($p = 0.012$)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัดรักษาโดยวิธี univariate analysis

| ปัจจัย | ผลการบำบัด | | p-value |
|--|------------------------------|---------------------------|---------|
| | เลิกไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ) | เลิกได้ จำนวน (ร้อยละ) | |
| ข้อมูลทั่วไป | | | |
| เพศชาย (เทียบกับหญิง) | 124 (79.5) | 32 (20.5) | 0.102 |
| อายุ (ค่าเฉลี่ย 26.2 ± 11.5) | | | 0.717 |
| การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (เทียบกับปริญญาตรีขึ้นไป) | 55 (75.3) | 18 (24.7) | 0.076 |
| มีคู่ที่อยู่ร่วมกันในปัจจุบัน (เทียบกับไม่มี) | 18 (69.2) | 8 (30.8) | 0.514 |
| มีโรคประจำตัว (เทียบกับไม่มี) | 33 (64.7) | 18 (35.3) | 0.010 |
| ไม่มีประวัติการดื่มสุรา (เทียบกับมี) | 21 (65.6) | 11 (34.4) | 0.079 |
| ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (เทียบกับมี) | 24 (82.8) | 5 (17.2) | 0.359 |
| ประวัติการสูบบุหรี่ | | | |
| อายุเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เฉลี่ย 16.8 ± 4.4 | | | 0.277 |
| จำนวนมวนที่สูบต่อวัน (ค่าเฉลี่ย 11.0 ± 7.3) | | | 0.198 |
| จำนวนปีที่สูบ (ค่าเฉลี่ย 9.0 ± 9.7) | | | 0.810 |
| Pack-year (ค่าเฉลี่ย 8.41 ± 19.4) | | | 0.780 |
| มีครอบครัวยุติการสูบบุหรี่ (เทียบกับไม่มี) | 58 (78.4) | 16 (21.6) | 0.878 |
| เคยเลิกบุหรี่มาก่อน (เทียบกับไม่เคย) | 33 (80.5) | 8 (19.5) | 0.561 |
| มีผลกระทบต่อสุขภาพ (เทียบกับไม่มี) | 45 (77.6) | 13 (22.4) | 0.860 |
| มีปัญหาด้านครอบครัว หรือคนรัก (เทียบกับไม่มี) | 46 (76.7) | 14 (23.3) | 0.692 |
| มีปัญหาทางเศรษฐกิจ (เทียบกับไม่มี) | 20 (83.3) | 4 (16.7) | 0.525 |
| มีปัญหาด้านสังคม การเรียน การดำเนินชีวิต (เทียบกับไม่มี) | 7 (50.0) | 7 (50.0) | 0.012 |
| ข้อมูลในกระบวนการบำบัด | | | |
| มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตั้งแต่ระดับ preparation ขึ้นไป | 122 (75.8) | 39 (24.2) | 0.094 |
| ติดสารนิโคตินเล็กน้อย (เทียบกับปานกลางขึ้นไป) | 53 (37.9) | 87 (62.1) | 0.055 |
| มีเสพติดทางกาย (เทียบกับไม่มี) | 42 (79.2) | 11 (20.8) | 0.760 |
| มีการเสพติดทางจิตใจ (เทียบกับไม่มี) | 102 (77.9) | 29 (22.1) | 0.964 |
| มีการเสพติดทางสังคม ความเคยชิน (เทียบกับไม่มี) | 47 (78.3) | 13 (21.7) | 0.899 |
| บำบัดด้วยการหักดิบ (เทียบกับการลดจำนวน) | 7 (53.8) | 6 (46.2) | 0.040 |
| ได้รับน้ำยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรท (เทียบกับไม่ได้รับ) | 49 (81.7) | 11 (18.3) | 0.362 |
| ให้ความร่วมมือในการบำบัดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงดีมาก (เทียบกับความร่วมมือไม่ดี) | 24 (39.3) | 37 (60.7) | <0.01 |

เมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นที่พบนัยสำคัญจากการวิเคราะห์แบบ univariate มาวิเคราะห์ต่อโดยใช้วิธี multivariable analysis พบว่า ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัดรักษา คือความร่วมมือของผู้รับบริการตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (OR = 40.4, 95%CI 11.2 - 146.3) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัดรักษาโดยวิธี multivariable analysis

| ปัจจัย | Crude OR (95%CI) | Adjusted OR (95%CI) | p-value |
|---|---------------------|---------------------|---------|
| ให้ความร่วมมือในการบำบัดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงดีมาก (เทียบกับไม่มี) | 59.6 (17.0 – 206.3) | 40.4 (11.2 - 146.3) | <0.01 |
| บำบัดด้วยการหักดิบ (เทียบกับการลดจำนวน) | 3.4 (1.1 - 10.6) | 1.767 (0.4 - 8.7) | 0.484 |
| มีโรคประจำตัว (เทียบกับไม่มี) | 2.7 (1.3 – 5.8) | 1.4 (0.5 - 3.8) | 0.507 |
| มีปัญหาด้านสังคม การเรียน การดำเนินชีวิต (เทียบกับไม่มี) | 4.2 (1.3 – 13.0) | 1.5 (0.4 - 6.6) | 0.564 |

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการส่วนใหญ่ในคลินิกเลิกบุหรี่แห่งอื่น ๆ⁹⁻¹⁰ และสอดคล้องกับสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย¹⁵ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในกลุ่มตัวอย่าง (16.8 ปี) ต่ำกว่าสถิติที่พบในประชากรไทยเล็กน้อย (18 ปี) จากการที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัย ซึ่งยังไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือได้รับผลกระทบที่ชัดเจนในด้านสุขภาพ และในจำนวนนี้เกือบครึ่งมีครอบครัวที่สูบบุหรี่ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ถูกชักจูงได้ง่ายจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และส่งผลให้แรงจูงใจ หรือความตั้งใจในการบำบัดรักษาไม่มากพอ ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี จากการสอบถามเพิ่มเติมจากผู้บำบัด พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษามักไม่ค่อยมาคลินิกตามนัด และมักไม่รับโทรศัพท์เมื่อต้องมีการติดตามผลทุกสัปดาห์ โดยที่ส่วนใหญ่มักขาดการติดต่อในระหว่างที่การบำบัดรักษายังไม่สิ้นสุดกระบวนการ จึงทำให้อัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษาค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับคลินิกเลิกบุหรี่ที่อยู่ในโรงพยาบาล⁹ แต่ไม่แตกต่างกับคลินิกฟ้าใสที่อยู่ในมหาวิทยาลัยแห่งอื่นมากนัก¹⁰ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มสุราร่วมด้วย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการเลิกบุหรี่¹¹ จากข้อมูลพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีการสูบบุหรี่ในปริมาณมากขึ้นเมื่อมีการสังสรรค์กับเพื่อน

ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงในการติดสารนิโคตินส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องผลการประเมินสาเหตุการติดบุหรี่ที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเสพติดทางจิตใจ รองลงมาคือพฤติกรรมความเคยชิน เมื่อ

ประเมินตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบแห่งประเทศไทย¹¹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ยังไม่มี ความจำเป็นต้องไต่ถาม ควรเน้นที่การให้คำปรึกษาด้านจิตใจเป็นหลักซึ่งสอดคล้องกับแนวทางหลักของคลินิก ฟาโอส แห่งนี้ แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยล้มเหลวจากการเลิกสูบบุหรี่มาแล้วหลายครั้ง ดังนั้น การพิจารณาเลือกให้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานก็อาจมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ สำเร็จในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น การบำบัดอย่างต่อเนื่องนานเกิน 1 เดือน หรือมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการ เลิกเสพยาเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวในการบำบัดรักษา และช่วยลดปัญหาการหมดแรงจูงใจในการ บำบัดเนื่องจากอาการถอนยา หรืออาการอยากสูบบุหรี่เนื่องจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัดโดยการวิเคราะห์ที่ละเอียดปัจจัย พบว่าผู้ที่เลือกวิธีการ หักดิบร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยา มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากกว่าผู้ใช้วิธีลดปริมาณการ สูบร่วมกับการให้คำปรึกษา ผู้ให้การบำบัดให้ข้อสันนิษฐานว่า ส่วนใหญ่ผู้รับบริการกลุ่มที่เลือกวิธีหักดิบมักมี แรงจูงใจในการเลิกที่ชัดเจนกว่าตั้งแต่วันแรกรับเข้าคลินิก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ในด้าน ของโรคประจำตัว พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะมีความสำเร็จในการบำบัดมากกว่า ทั้งนี้อาจเกิดจาก ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีความกังวลในปัญหาสุขภาพ และตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในด้านสังคม การเรียน หรือการดำเนินชีวิต มักมีความสัมพันธ์กับ ความสำเร็จในการบำบัดรักษา ทั้งนี้คาดว่าน่าจะเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญกับช่วงวัยของ นักศึกษามากกว่าปัจจัยอื่น แต่อย่างไรก็ตามเมื่อทำการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย พบว่าความร่วมมือในการบำบัดใน ระดับปานกลางขึ้นไปเป็นปัจจัยเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเหนี่ยวนำให้ผลของปัจจัยอื่นด้อยลงจนไม่พบ นัยสำคัญ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากผู้รับบริการที่มีความตั้งใจจริง มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาที่แข็งแรงพอ มีความ ร่วมมือกับผู้บำบัดที่ดี จะทำให้การบำบัดมีโอกาสสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือถึง 40 เท่า

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้แนวคิดที่ว่า การดำเนินงานเพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่โดยเฉพาะใน มหาวิทยาลัย ควรเน้นที่การปรับทัศนคติ หรือการเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อการสูบบุหรี่ในสังคมของนักศึกษา เพื่อเป็น การสร้างแรงจูงใจภายใน โดยเน้นการร่วมมือกันอย่างจริงจังในระดับนโยบายของมหาวิทยาลัย และในรายละเอียด หรือรายสถาบันย่อย โดยเฉพาะนักศึกษาหรืออาจารย์ในคณะทางด้านสาธารณสุขควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการเลิก บุหรี่ เพื่อให้มีการสร้างวัฒนธรรมของการเลิกบุหรี่อย่างจริงจังในมหาวิทยาลัย และควรมีการรณรงค์ให้มีการเลิก บุหรี่ตั้งแต่ขั้นตอนการรับนักศึกษาเข้าใหม่ โดยผ่านการเป็นตัวอย่างที่ดีของรุ่นพี่ นอกจากนี้อาจารย์และรุ่นพี่ควร ให้ความเอาใจใส่แก่นักศึกษาปี 1 ที่ติดบุหรี่ ให้ได้รับการบำบัดอย่างสมัครใจ รวมทั้งมีการดำเนินงานเชิงรุกในการ ให้ความรู้ถึงอันตรายของบุหรี่ในรูปแบบที่มองเห็นได้จริง เช่น การทำเป็นคลิปสั้น ๆ ให้เห็นถึงความทรมานของ ผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากบุหรี่ หรือผ่านรูปแบบการทัศนศึกษาหรือเข้าสังเกตการณ์ในโรงพยาบาล

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น จำนวนผู้รับบริการอาจยังไม่มากพอ และไม่หลากหลาย ประกอบกับข้อมูลส่วนใหญ่มาจากผู้ที่ขาดการติดต่อ หรือล้มเหลวในการบำบัด จึงอาจทำให้อิทธิพลของปัจจัยบางอย่างไม่เด่นชัดเพียงพอที่จะมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญบางอย่างที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมขาดหายไป ไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ เนื่องจากข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยไม่มีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากผู้รับบริการ เช่น ภาวะทางจิตใจ รูปแบบการอยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ทักษะคิด หรือค่านิยมรอบตัว รวมทั้งอาการถอนยา ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตควรมีการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยให้รัดกุม และอาจเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ปัจจัยอื่น ๆ ครบถ้วน

สรุปผลการวิจัย

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ในคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยรังสิต เป็นนักศึกษา เพศชาย ไม่มีโรคประจำตัว มีการดื่มสุราร่วมด้วย ความรุนแรงในการติดสารนิโคตินอยู่ในระดับเล็กน้อย และส่วนใหญ่ติดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาในระดับไม่ต่ำ มีอัตราความสำเร็จในการบำบัดรักษาเท่ากับร้อยละ 22.2 โดยความร่วมมือในการบำบัดระดับปานกลางถึงดีมากเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, วิณา ปั่นกระจำง. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.); 2559.
2. American cancer society. Health risks of secondhand smoke [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 8]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/secondhand-smoke.html>.
3. WHO. Second-hand smoke fact sheet [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 8]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204196/Fact_Sheet_TFI_2014_EN_15307.pdf;jsessionid=B949B1149C3A9733546F4821608D9DE7?sequence=1
4. National Center for Health Research. Third-hand smoke [Internet]. [cited 2019 Jan 8]. Available from: <http://www.center4research.org/third-hand-smoke/>
5. Whitlatch A, Schick S. Thirdhand smoke at Philip Morris. Nicotine Tob Res. 2018 Jul 20. doi: 10.1093/ntr/nty153.

6. WHO. WHO global report: mortality attributable to tobacco [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 8]. Available from:
http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/
7. Burns DM. Nicotine addiction. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. eds. Harrison's principles of internal medicine, 19e. New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
9. ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เพ็ญภักดิ์ พันผา. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่กรณีศึกษาคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558;(3):282-91.
10. ศิราณี อิ่มน้ำขาว. รูปแบบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล 2555;(3):7-20.
11. อารยา ทองผิว, สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. คู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2561
12. Greenhalgh EM, Stillman S, & Ford C. 7.7 Factors that predict success or failure in quit attempts. In Scollo, MM and Winstanley, MH [editors]. Tobacco in Australia: Facts and issues. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2016. Available from
<http://www.tobaccoinaustralia.org.au/7-7-personal-factors-associated-with-quitting>
13. Lee CW, Kahende J. Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. American Journal of Public Health. 2007 Aug;97(8):1503-9.
14. พรพิมล ไม่แก่น, อรุณี เขียวสิริวงษ์, พัศวี วิรุพห์ตั้งตระกูล. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการคลินิกรังสิตฟ้าใส [โครงการวิชาปัญหาพิเศษ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2560
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 62. เข้าถึงจาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>