ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมอง

เสาวนิตย์ งามยิ่งยืน พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)*
*นพวรรณ พินิจขจรเดช** ปร.ด. (การพยาบาล)*
*สุนทรี เจียรวิทยกิจ*** ปร.ด. (การพยาบาล)*

บทคัดย่อขยาย :

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในระดับโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุและผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรโลก ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า และความเสี่ยงนี้เพิ่มขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จากบุหรี่ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบ แข็งตัว และเลือดไหลเวียนไม่ดี ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดลิ่มเลือดและภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังทำให้ระดับคอลเลสตอรอลชนิดไม่ดีและความดันโลหิตสูงขึ้น ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงของโรค

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงสูบบุหรี่ มีแนวโน้มกลับเป็นซ้ำและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ถึงสองเท่า การเลิกสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มโอกาสการฟื้นตัว ลดภาระโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามการเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ที่ต้องมีความตั้งใจและการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่เจตคติ การได้รับการสนับสนุน และการควบคุมพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่อง มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกบุหรี่ คือ การแสดงออกของการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่พกอุปกรณ์ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ไว้กับตัว หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จึงกล่าวได้ว่าหากบุคคลมีการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ที่ดี ก็จะเป็นกระบวนการสำคัญที่ขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะของการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้คือทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของอัจเซน ที่กล่าวว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยหลักได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม คือความเชื่อเกี่ยวกับผลดี ผลเสียของพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คือแรงกดดันทางสังคมหรือความคาดหวังของบุคคลสำคัญต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจ

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

***Correspondence, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: noppawan.phi@mahidol.ac.th*

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

วันที่รับบทความ 22 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 8 มิถุนายน 2568 วันตอบรับบทความ 9 มิถุนายน 2568

ในการปฏิบัติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ด้วยเจตคติต่อการเลิกบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงสูบบุหรี่ จำนวน 116 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป ยังคงสูบบุหรี่ในระยะ 6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม แบบสอบถามความตั้งใจ และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.93 อายุตั้งแต่ 18–85 ปีอายุเฉลี่ย 54 ปี มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 74.14 อาชีพพนักงานหรือรับจ้าง ร้อยละ 85.34 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.13 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.34 มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.17 สูบบุหรี่มานาน 2–50 ปี มีภาวะติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 56.03 และระดับปานกลาง ร้อยละ 22.41 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยแบบจำลองสามารถจำแนกผลลัพธ์ได้ถูกต้องร้อยละ 69 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ ($OR = 1.06, 95\% CI = 1.02–1.10, p = .004$) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมต่อเนื่องและเกิดความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ : พฤติกรรมตามแผน การปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ โรคหลอดเลือดสมอง

Predicting Factors of Preparation Practices for Smoking Cessation among Persons with Stroke

Saowanit Ngamyingyuen M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*
*Noppawan Phinitkhajorndech** Ph.D. (Nursing)*
*Soontaree Jianvitayakij*** Ph.D. (Nursing)*

Extended Abstract:

Stroke is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, including in Thailand, where it ranks among the top causes of death within non-communicable diseases, particularly affecting the elderly and individuals with high-risk health behaviors. Globally, stroke is the second leading cause of death. Major risk factors for stroke include hypertension, diabetes, dyslipidemia, cardiac arrhythmias, and, notably, smoking, which is a modifiable risk factor. Empirical evidence shows that smokers have twice the risk of stroke compared to non-smokers, with risk increasing proportionally to the amount and duration of smoking. Nicotine and carbon monoxide in cigarette smoke contribute to arterial narrowing, stiffening, and impaired blood flow, thereby increasing the likelihood of thrombosis and ischemic stroke. Moreover, smoking elevates low-density lipoprotein cholesterol and blood pressure, both of which exacerbate stroke severity.

Previous studies have found that stroke patients who continue to smoke have twice the risk of recurrence and mortality compared to those who quit smoking. Therefore, smoking cessation is critically important and serves as a key health promotion goal to prevent complications and recurrence, enhance recovery, reduce disease burden, and improve quality of life. However, smoking cessation is a complex process requiring strong intention and preparatory behaviors to achieve success. Literature reviews identify factors such as attitudes, social support, and behavioral control as influential in sustaining cessation behaviors and achieving successful quitting. Thus, effective preparatory behaviors for smoking cessation constitute a crucial process driving successful quitting. This study focuses on the preparatory behavioral stage of smoking cessation.

The theoretical framework for this study is Ajzen's Theory of Planned Behavior, which posits that health behavior is primarily determined by attitude toward the behavior (beliefs about the behavior's consequences), subjective norm (perceived social pressure or expectations from significant others), perceived behavioral control, and behavioral intention. This study aimed to examine factors predicting preparation practices for smoking cessation, specifically attitude towards quitting, subjective norm regarding quitting, perceived behavioral control over quitting,

**Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.*
***Correspondence, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: Noppawan.phi@mahidol.ac.th*
****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*
Received May 22, 2025, Revised June 8, 2025, Accepted June 9, 2025

and intention to quit. The sample comprised 116 individuals with stroke who were current smokers, recruited from the outpatient clinic of the Prasat Neurological Institute between September 2022 and May 2023, using purposive sampling criteria that included an age of at least 18 years and continued smoking in the 6 months preceding enrollment. Research instruments included a demographic questionnaire, a cognitive impairment screening test, questionnaires assessing attitudes towards quitting, subjective norms regarding quitting, perceived behavioral control over quitting, intention to quit, and preparation practices for smoking cessation. The research participants completed the questionnaires without assistance. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis.

The majority of the sample were male (87.93%), aged 18 to 85 years, with a mean age of 54 years. Most participants (74.14%) had at least a secondary education level, and 85.34% were employees or laborers. Hypertension was present in 49.13% of the sample, and diabetes in 35.34%. Approximately 30.17% had family members who smoked. Participants had smoked for 2 to 50 years, with 56.03% exhibiting a low level of nicotine dependence and 22.41% moderate dependence. The variables of attitude, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to quit smoking collectively predicted preparation practices for smoking cessation with statistical significance ($p < .05$). The predictive model correctly classified 69% of cases. Perceived behavioral control had the strongest influence on preparation practices for smoking cessation (OR = 1.06, 95% CI = 1.02–1.10, $p = .004$). These findings can be applied to develop care models focused on enhancing perceived behavioral control to promote appropriate and sustained preparation practices for smoking cessation, thereby increasing the success rate of smoking cessation.

Keywords : Planned behavior, Preparation practices for smoking cessation, Smoking cessation, Stroke

Author Contributions:
SN: Conceptualization, Method and design, Tool validation, Data collection, Data analysis, Writing and revising manuscript
NP: Conceptualization, Method and design, Data analysis, Writing, revising, and editing manuscript, Corresponding with editor-in-chief
SJ: Conceptualization, Method and design, conclusion, Recommendation, Revising the manuscript

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มีลักษณะของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพสูง[1] โดยหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนคือการสูบบุหรี่ โดยสารเคมีในควันบุหรี่ เช่น นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบ ผนังหลอดเลือดแข็งตัว และเลือดไหลเวียนไม่ดี ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดลิ่มเลือดและภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน[2-4] นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ การสูบบุหรี่ไม่เพียงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกเท่านั้น แต่ยังเพิ่มโอกาสของการเกิดโรคซ้ำในผู้ที่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน[2-3] การศึกษาวิเคราะห์เชิงอภิมานโดยแพนและคณะ[4] พบว่าผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio: OR) เท่ากับ 1.61 และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้น 12% ต่อการเพิ่มจำนวนบุหรี่ที่สูบ 5 มวนต่อวัน[4] จากแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสมาคมโรคหลอดเลือดสมองโลกได้ระบุว่าการสูบบุหรี่รวมถึงการได้รับควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ควรได้รับการควบคุมอย่างเคร่งครัดเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นแนวทางที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมา มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[5-8] การส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์[9] เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะการลดและเลิกสูบบุหรี่ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยหลายกลุ่มเช่น ข้าราชการตำรวจที่สูบบุหรี่[6] ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ[9] ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[7] เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ และการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำสูง และเมื่อกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเพิ่มมากขึ้น มีรายงานว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคล ประกอบไปด้วย เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่[5-6] การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่[5, 7-8] และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่[5,7-10] ทั้งนี้ ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมา มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคล และสามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) หากบุคคลมีความตั้งใจจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของอัจเซน[11] มาใช้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เจตคติต่อการเลิกบุหรี่ (attitude toward the behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (normative norm) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (perceived behavior control) ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (smoking cessation intention) การปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ (preparation practices for smoking cessation) สามารถนำมาใช้อธิบายปัจจัยที่มีผล

ต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลได้โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ ความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง และเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆได้ บุคคลก็จะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการออกมาในระดับสูงด้วยเช่นกัน ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ยังสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบรูปแบบการดูแล การวางแผนดูแล ลดความรุนแรงการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและยกระดับมาตรฐานการพยาบาลไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ ด้วยเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen[11] ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ อัจเซนและฟิชบายน์[12] ที่อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ ความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง และเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้น ๆได้ บุคคลก็จะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการออกมาในระดับสูงด้วยเช่นกัน ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ดังนั้นในการศึกษาเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามวางแผนมาเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ซึ่งผลมาจาก 1) เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ คือความเชื่อ ความรู้สึกทางบวกหรือลบของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งวัดได้จากผลรวมของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับการประเมินค่าผลของการเลิกสูบบุหรี่ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ คือการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าบุคคลหรือกลุ่มที่มีความสำคัญต่อตนเอง เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน แพทย์และพยาบาล เป็นต้น คิดว่าควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งวัดได้จากผลรวมของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มสนับสนุนรอบตัวในการเลิกสูบบุหรี่กับแรงจูงใจที่คล้อยตามกลุ่มสนับสนุนรอบตัวในการเลิกสูบบุหรี่ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คือความสามารถที่จะกระทำ

พฤติกรรมรวมถึงการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการกระทำที่มีผลต่อการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งวัดได้จากผลรวมของผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ กับการรับรู้อำนาจการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และ 4) ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ เพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น เพราะบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการเจ็บป่วยที่รุนแรง

สมมติฐานการวิจัย

เจตคติต่อการเลิกบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังคงสูบบุหรี่อยู่ ที่มารับการตรวจตามนัดแผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 และได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยการพูด และเข้าใจภาษาไทยได้ ภาวะรู้คิดปกติ โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินจากแบบทดสอบการรู้คิด (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT)[13] โดยคะแนนต้องน้อยกว่า 8 คะแนน คือการรู้คิดปกติ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ power analysis กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = .80 กำหนดค่าอิทธิพลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยพิจารณาจากตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ในระหว่าง .17 – .73 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2[14] คำนวณจาก correlation matrix ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษา ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 116 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้านจะได้รับการนัดหมายติดตามอาการ โดยมีห้องตรวจประสาทวิทยา 15 ห้อง และประสาทศัลยกรรม 5 ห้องตรวจ มีแพทย์ออกตรวจทุกวันทำการวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 8.00 น. ถึง เวลา 16.00 น. ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติจากพยาบาลก่อนเข้าพบแพทย์ พยาบาลประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่ห้องตรวจที่ว่างไม่มีแพทย์ออกตรวจ มีความเป็นส่วนตัวและไม่ไกลจากบริเวณห้องตรวจของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าตรวจ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 5–10 นาที เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะมาพบแพทย์ตามนัด ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยนอกก่อนเข้าพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว จากนั้นกล่าวแสดงคำขอบคุณและแจ้งว่าได้สิ้นสุดการเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) เพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง พัฒนาโดยบรูคและบูลลอกค์[13] มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 78.57 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 100 ในการวินิจฉัยภาวะรู้คิดบกพร่อง ผ่านกระบวนการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือโดย สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ[15] โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ประเมินภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ1) การรับรู้สภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ 2) ความตั้งใจ จำนวน 2 ข้อ และ 3) ความจำ จำนวน 1 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 28 คะแนนหากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน หมายถึง อาจมีการรู้คิดบกพร่อง เครื่องมือมีความตรงตามสภาพกับแบบวัดสมรรถนะสมอง Mini-Cog มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r = -.42 ($p < .001$) ค่าความเที่ยงด้านความคงที่ของแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวก r = .64 ($p < .001$)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงออกของการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่พกอุปกรณ์ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ไว้กับตัว หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พัฒนาโดยจิราภรณ์ เนียมกุญชร[16] จากแนวคิดของทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model : TTM)[17] มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ แบบประเมินเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 1-5 คะแนน รวม 15-75 การแปลผล คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป) จัดว่าอยู่ในกลุ่มที่มีการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 80 (ต่ำกว่า 60 คะแนน) จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .80 และ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) .86

2.2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ใน 1 เดือนข้างหน้าว่าจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการตัดสินใจก่อนที่จะแสดงพฤติกรรม ประเมินโดยแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นมาตรวัดส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้คะแนนมาตรวัดปลายบวกมีค่าสูงสุดแล้วค่อย ๆลดลงส่วนปลายขั้วลบมีค่าน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ คะแนนสูงสุดหมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูง มีคำถามจำนวน 3 ข้อ คือการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้า ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น และความตั้งใจเลิกบุหรี่เพราะบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อนำมาทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย เท่ากับ .94

2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่พัฒนาโดย จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ[7] ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ

อัจเซน และการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert scale) คะแนน 1-5 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ และ 2) การประเมินค่าผลของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 10 ข้อ คำนวณคะแนนโดยนำคะแนนทั้งสองส่วนในข้อเดียวกันคูณกันและรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 ถึง 125 คะแนนมากหมายถึง มีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ในทางบวก ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) แต่ละส่วนเท่ากับ .79 และ .91 ตามลำดับ นำมาทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และ .82 ตามลำดับ เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย เท่ากับ .90 และ .87 ตามลำดับ

2.4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ พัฒนาโดย จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ[7] ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ อัจเซน และการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert scale) คะแนน1-5 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ และ 2) แรงจูงใจที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ คำนวณคะแนนโดยนำคะแนนทั้งสองส่วนในข้อเดียวกันคูณกันและรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 ถึง 100 คะแนน คะแนนมากหมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) .62 และ .89 ตามลำดับ นำมาทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย เท่ากับ .92 และ .88 ตามลำดับ

2.5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พัฒนาโดย จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ[7] ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ อัจเซน และการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert Scale) 1-5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ และ 2) การรับรู้อำนาจการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ คิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้งสองส่วนในข้อเดียวกันคูณกันและรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 ถึง 125 โดยคะแนนมากหมายถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 และ .86 ตามลำดับ นำมาทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 และ .88 ตามลำดับ เมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย เท่ากับ .88 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ MURA2021/412 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2564) และ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันประสาทวิทยา (เอกสารรับรองเลขที่ 036/2565 ลงวันที่ 9 กันยายน 2565) ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือโดยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยได้ และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลใด ๆต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น เหนื่อย ไม่สบายตัว ระดับความรู้สึกตัวลดลง จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและให้การพยาบาลในเบื้องต้น ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ร่วมการวิจัย ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ด้วย สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคล และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ ด้วยเจตคติต่อการเลิกบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการถดถอยโลจิสติกพหุพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกพหุ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 102 ราย ร้อยละ 87.93 อายุเฉลี่ย 54.75 (SD = 14.56) อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 85 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68.97 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 37.90 รองลงมาคือ ปวช./ปวส. ร้อยละ 28.45 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพหลักพนักงาน/ลูกจ้างบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 49.14 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.21 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 58.62 ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสนิทสนมรักใคร่กันดี ร้อยละ 81.91 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.10 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.34 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.17 จำนวนปีที่สูบบุหรี่ 2-50 ปี เฉลี่ย 18.82 (SD = 10.92) สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่มากที่สุดคือ มีปัญหาไม่สบายใจ เครียด ร้อยละ 87.93 รองลงมาคือ เบื่อหน่าย เหงา ร้อยละ 46.60 ภาวะติดนิโคตินของกลุ่มตัวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.03 รองลงมาคือ ภาวะติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 22.4

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression analysis) แบบลำดับขั้น โดยนำตัวแปรเข้าวิเคราะห์ตามลำดับความสัมพันธ์ตามลำดับขั้นของแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ เจตคติต่อการเลิกบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีตัวแปรตามคือการปฏิบัติในการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ พบว่า Model Chi-square เท่ากับ 22.07 (p-value >.05)

แสดงว่าตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ เจตคติต่อการเลิกบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีความเหมาะสมในการทำนายการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ ตัวแปรที่มีอิทธิสูงสุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูง จะมีโอกาสในการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่สูง 1.057 เท่าของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ (OR=1.06, 95% CI: 1.02-1.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 (Table 3)

Table 1. Predictive factors for preparation practices for smoking cessation (N = 116)

Variables	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)/ OR	95% CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
Attitudes toward smoking cessation	.03	.02	2.85	1	.920	1.03	.99	1.06
Subjective norm	-.02	.02	1.34	1	.247	.98	.94	1.02
Perceived behavioral control	.05	.02	8.24	1	.004	1.06	1.02	1.10
Intention to quit smoking	.12	.53	.05	1	.821	1.13	.40	3.17
Constant	-5.71	1.42	16.09	1	.001	.01		

-2LL = 131.74, Cox and Snell R^2 = 23.7, Percentage Correct = 69%

อภิปรายผล

เมื่อนำปัจจัยได้แก่เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ ด้วยรูปแบบ Hierarchical Method พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ถ้าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูง โอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่จะสูง ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ หากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ และส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ต่ำหรืออาจกล่าวได้ว่าโอกาสที่จะสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่จะต่ำเช่นกัน จะเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยหรือไม่มีการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ด้วยเช่นกัน

ส่วนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติในการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ สาเหตุที่สูบบุหรี่เพื่อใช้ในการระบายความเครียดหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ

อาจจะมีอิทธิพลสำคัญต่อความคิดและความตั้งใจของบุคคล รวมถึงการเลิกสูบบุหรี่ยังขึ้นอยู่กับตัวเองเป็นสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้จึงล้วนมีผลต่อการเตรียมตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของ อัจเซน[11] โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนี้มีส่วนที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมและความตั้งใจที่จะกระทำ จากการศึกษาต่าง ๆที่ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ การศึกษาของณัฏฐกรณ์ จินาพรรณ์[18] สุประวีณ์ ภู่พงษ์[19] พบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมณฑา สายธารวาณิตร์กุล[20] พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำตามแผนอธิบายว่า การกระทำพฤติกรรมเกิดจากตัวกำหนดความตั้งใจกระทำพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยแต่ละตัวมีน้ำหนักในการทำนายไม่เท่ากัน ตัวกำหนดประกอบด้วย เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับงานวิจัยนี้ ตัวกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีอำนาจในการทำนายมากที่สุด ส่วนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจ ไม่มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ดังนั้นผลการศึกษาจึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลาย และครอบคลุมกลุ่มประชากรในหลายพื้นที่และมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปประยุกต์ใช้ โดยนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ อาทิการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ประยุกต์และพัฒนาระบบการดูแลทางการพยาบาล ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World stroke organization: global stroke fact sheet 2025. Int J Stroke. 2025;20(2):132-44. doi: 10.1177/17474930241308142.
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019. Geneva: WHO; 2019.
4. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019 Mar;98(12): e14872. doi:10.1097/MD.0000000000014872.

5. Punyakunlaset S, Chansatitporn N, Vatanasomboon P. Factors affecting level of intention to quit smoking among police officers in the central region, Thailand. Journal of Health Science of Thailand. 2019;28(6):1029-39. (in Thai)
6. Paha Kh, Prechawong S. Attitude, subjective norms, perceive behavioral control, and intention to quit smoking in police officers. JPNHS [Internet]. 2014 Sep 7 [cited 2025 May 14];6(1):157-69. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/22038
7. Yoosookcharoen J. Predictors of intention to quit smoking among patients with noncommunicable disease in Thammasat University Hospital [Master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2017. (in Thai)
8. Matrakul M. Factors predicting intention to quit of hand-rolled cigarettes smokers in Chiangrai province [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. (in Thai)
9. Ramkhuan Ch. Factors related to smoking cessation behavior among patients after coronary artery bypass graft. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016;27(2):2-16. (in Thai)
10. Yangpaksee P, Srithongphet J, Chaiyakiat Ch, Bundit N, Chayakul T, Eangchuan N, et al. Factors predicting the intention to quit smoking among military officers in Bangkok. Thai Journal of Nursing. 2019;68(2):9-16. (in Thai)
11. Ajzen I. From intention to action: A theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J, editors. Action-control: from cognition to behavior. Heidelberg: Springer; 1985. p. 11-39.
12. Ajzen, I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. J appl soc psychol. 2002;32(4):665-83.
13. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. Int J geriatric psychiatry. 1999;14:936-40.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
15. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6-item cognitive function test-Thai version: Psychometric property testing. Ramathibodi Nursing Journal. 2020;26(2):188-202. (in Thai)
16. Niamkunchon J. Effects of a smoking cessation promotion program based on the transtheoretical model on smoking behavior among medical ward patients [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005. (in Thai)
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-5. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390.
18. Jinaphan N. Factors associated with willingness to stop smoking of NCDs patients in Sam Ngam district, Phichit province. Phichit Public Health Research and Academic Journal. 2021;2(2):8-19. (in Thai)
19. Phoophong S, Krainuwat K, Nakagasien P. Predicting factors of intention to quit smoking among employees in public health centers, Bangkok Metropolitan Administration. Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(3):63-77. (in Thai)
20. Saithanwanitkul M, Suttharangsee W, Chanchong W. Factors predicting intention to quit smoking among psychiatric patients with depression. Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(4):54-65. (in Thai)