

Predicting Factors of Intention to Quit Smoking among Employees in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration*

Suprawee Phoophong¹, Kerada Krainuwat, RN, PhD¹, Piyatida Nakagasien, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To determine predicting factors of intention to quit smoking among employees of public health centers and communicable disease control services, Bangkok Metropolitan Administration.

Design: Correlational predictive design.

Methods: Participants were employees of public health centers and communicable disease control services, Bangkok Metropolitan Administration. Simple random sampling was performed to select 140 participants who met the inclusion criteria. Questionnaires were used for data collection including a scale of asking intention to quit smoking within the next one month, and multi-dimensional scales for measuring predictors of intention to quit smoking including attitudes toward smoking cessation, subjective norm, perceived behavioural control on quitting smoking, nicotine addiction level, and alcohol drinking behavior. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

Main findings: This research demonstrated that attitudes toward smoking cessation, subjective norm, perceived behavioural control on quitting smoking, nicotine addiction level, and alcohol drinking behaviour together could predict the intention to quit smoking by 45% (Nagelkerke $R^2 = .450$). Attitudes towards smoking cessation and subjective norm could significantly predict the intention to quit smoking (OR = 1.021, $p < .05$, OR = 1.062, $p < .001$).

Conclusion and recommendations: Attitudes towards smoking cessation and subjective norm were the two of significant predicting factors of the intention to quit smoking. Health care providers especially nurse practitioners should use attitudes toward smoking cessation and subjective norm based on theory of planned behavior as a framework for development of effective smoking cessation program. Moreover, employers and families should be involved to help smokers increase their intention to quit smoking.

Keywords: attitude, employee, intention, quitting smoking, social norm

Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(3):63-77

Corresponding Author: Assistant Professor Kerada Krainuwat, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: kerada.kra@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 14 May 2020 / Revised: 14 June 2020 / Accepted: 28 June 2020

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้าง สถานบริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร*

สุประวีณ์ ภูพวง¹ กิรดา ไกรนุวัตร, PhD¹ ปิยะธิดา นาคะเกษียร, ปส.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างศูนย์บริการสาธารณสุข และกองควบคุมโรค กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขและกองควบคุมโรค กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้าได้ 140 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า แบบสอบถามปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 45 (Nagelkerke $R^2 = .450$) โดยเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.021, p < .05$ และ $OR = 1.062, p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติควรใช้เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ และควรสนับสนุนให้ผู้บังคับบัญชาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: เจตคติ ลูกจ้าง ความตั้งใจ การเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(3):63-77

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิรดา ไกรนุวัตร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kerada.kra@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 14 พฤษภาคม 2563 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 14 มิถุนายน 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 28 มิถุนายน 2563

ความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่คุกคามสุขภาพและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของประชากรโลก เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ก่อให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดในสมองตีบ ซึ่งเป็นแล้วต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่ และมักเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศที่มีจำนวนประชากรสูบบุหรี่มากจึงต้องแบกรับความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการเจ็บป่วยของทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นความสูญเสียทางสุขภาพที่สามารถป้องกันได้

องค์การอนามัยโลกรายงานความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงทั่วโลก ความชุกของการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 33.3 ในปี ค.ศ. 2000 เหลือร้อยละ 22.8 ในปี ค.ศ. 2020 โดยเพศชายลดลงจากร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี ค.ศ. 2020 เพศหญิงลดลงจากร้อยละ 16.7 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 8.0 ในปี ค.ศ. 2020 แม้ว่าความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงแต่จำนวนของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ (daily smokers) มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำที่เพิ่มขึ้นมาจากผู้สูบบุหรี่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (lower middle-income)¹ จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกสูงถึง 7.1 ล้านคน โดยเพศชายเสียชีวิต 5.1 ล้านคน และเพศหญิงเสียชีวิต 2 ล้านคน โดยสาเหตุการเสียชีวิตมาจากการสูบบุหรี่โดยตรง จำนวน 6.3 ล้านคน และจากการได้รับควันบุหรี่ จำนวน 884,000 คน สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 โดยแนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 23.0 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 21.4 และร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2558 ตามลำดับ แต่ก็ยังคงสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่ต้องการควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ไว้ไม่เกินร้อยละ 16.7 ภายในปี พ.ศ. 2562 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ยกเว้นผู้สูบบุหรี่ในช่วงอายุ 19-24 ปี และยังพบว่า

กลุ่มวัยทำงาน (25-40 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ²

การสูบบุหรี่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบและบุคคลรอบข้าง เมื่อสูบเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นเวลานาน สารพิษจำนวนมากในควันบุหรี่ที่ถูกสูดเข้าทางลมหายใจแล้วสะสมตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย สารพิษเหล่านั้น เช่น น้ำมันดิน ไฮยาไนด์ แอมโมเนีย จะก่อให้เกิดมะเร็งกับอวัยวะหลายส่วนในร่างกาย โดยเฉพาะการเกิดมะเร็งปอด โดยมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของการเกิดโรคมะเร็งปอดในเพศชาย และร้อยละ 50 ของการเกิดโรคมะเร็งปอดในเพศหญิงมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่³ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jassem ที่พบว่าร้อยละ 90 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่⁴ ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ได้ และการเลิกสูบบุหรี่เร็วขึ้นยังช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูบบุหรี่และครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่เพิ่มสูงขึ้นจากการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรม และมาตรการด้านการควบคุมและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่ หรือใช้ยาสูบในรูปแบบอื่น ได้แก่ การรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ การบำบัดรักษาโรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ การออกสื่อต่างๆ กระตุ้นให้คนเห็นโทษและโรคที่มากับการสูบบุหรี่ ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (disease attribute to smoking) ในปี พ.ศ. 2552 ว่ามีจำนวนมากถึง 52,189 ล้านบาท ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 73 ของงบประมาณสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรมีมูลค่า 40,464 ล้านบาท หรือร้อยละ 47 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความพยายามในการเลิกบุหรี่

และการกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ⁷ การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเกิดจากความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เป็นสำคัญ โดยมีผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ในอีก 2 เดือนข้างหน้าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน ($OR = 1.98, p < .05$)⁸ และจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior; TPB) เป็นทฤษฎีที่นิยมนำมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลจากแนวคิดพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ บุคคลจะใช้ข้อมูลที่ตนเองมีอยู่อย่างเป็นระบบ และใช้เหตุผลในการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยการกระทำพฤติกรรมไม่ได้เกิดจากอารมณ์หรือขาดการพิจารณาไตร่ตรอง การที่บุคคลจะเกิดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceive behavior control)⁷ เจตคติเป็นการประเมินว่าบุคคลชอบหรือไม่ชอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และนำไปสู่การกระทำซึ่งสามารถแสดงออกได้ในเชิงบวกและเชิงลบ หากบุคคลเชื่อว่ากระทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลดีก็จะมีเจตคติที่จะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่มากก็จะมีเจตคติที่จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความต้องการของบุคคลอื่นที่มีความสำคัญ และเป็นแรงจูงใจให้ตนเองควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น หากบุคคลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูงก็จะมีเจตคติที่จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูงเช่นกัน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าง่ายหรือยากที่จะกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย ภายใต้ปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรค หากบุคคลเชื่อว่าสามารถที่จะควบคุมตนเองให้เลิกสูบบุหรี่ได้ก็จะมีเจตคติที่จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ยังพบว่าระดับการตัดสินใจและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เนื่องจากแอลกอฮอล์มีคุณสมบัติ

ในการเสริมแรง (positive reinforcement) การใช้สารเสพติดอื่น ทำให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทางเข้าถึงการใช้สารเสพติดอื่นๆ เช่น บุหรี่ เป็นต้น นอกจากนี้แอลกอฮอล์และบุหรี่ยังให้ผลเสริมแรงที่มีลักษณะเดียวกันต่อสารสื่อประสาทในสมองของร่างกาย พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่จึงมักเกิดควบคู่กันไป (co-occurring consumption) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่ทำให้การเลิกบุหรี่ทำได้ยากขึ้น โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางจะส่งผลกระทบต่อความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระดับติดมากมีผลต่อการกลับมาสูบซ้ำของผู้ที่เคยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁹ และในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจะมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่อย่างหนัก¹⁰ โดยเมื่อระดับการดื่มแอลกอฮอล์สูงมากขึ้น อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจะยิ่งลดลง¹¹ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในกลุ่มประชากรที่มีรายได้และระดับการศึกษาน้อยจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูง¹² สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Okeke และคณะ¹³ ที่พบว่าบุคลากรกลุ่มลูกจ้างในโรงพยาบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 11 ดังนั้นการช่วยให้บุคลากรกลุ่มนี้เลิกสูบบุหรี่ได้จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น จากการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ที่พบว่า ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต แผนพัฒนาด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครได้ให้ความสำคัญกับมาตรการด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ซึ่งประกอบไปด้วย ทีมสหวิชาชีพ ยาและเวชภัณฑ์ สำหรับช่วยเหลือผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ที่ผ่านมามีบุคลากรกลุ่มลูกจ้างที่สูบบุหรี่เข้ารับบริการการเลิกบุหรี่ผ่านคลินิกเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนน้อย ทั้งที่สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ได้โดยง่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ผ่านปัจจัยที่พยากรณ์ความตั้งใจตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างที่ทำงานในศูนย์บริการสาธารณสุข และกองควบคุมโรค กรุงเทพมหานคร ร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการติดยาเสพติด และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปสร้างสรรค์โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนให้ลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากจะเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับประชาชนผู้รับบริการแล้ว ยังจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งตนเองและครอบครัว องค์กรเกิดความเข้มแข็งและพัฒนา นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการให้บริการสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการติดยาเสพติด และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างในศูนย์บริการสาธารณสุข และกองควบคุมโรค กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการติดยาเสพติด และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlative predicting research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ลูกจ้างในศูนย์บริการสาธารณสุข และกองควบคุมโรค กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ลูกจ้างในศูนย์บริการสาธารณสุข

และกองควบคุมโรค กรุงเทพมหานครที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 124 คน ตามคุณสมบัติดังนี้ คือ มีอายุระหว่าง 18-59 ปี และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งหมายถึงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือมีปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มวนขึ้นไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมา¹⁴ เกณฑ์การคัดออก คือ ลูกจ้างที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณโดยอ้างอิงผลการวิจัยของ รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ⁷ ศึกษาการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ทศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 9.8 ($r^2 = .098$) คำนวณได้ค่าอิทธิพล $f^2 = .108$ นำค่าอิทธิพลที่ได้ไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม หรือการไม่ได้รับแบบสอบถามคืน หรือแบบสอบถามสูญหายระหว่างทาง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่ และแบบสอบถามที่มีอยู่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อใช้ประเมินถึงความเป็นไปได้ของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าของลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุข มีจำนวนข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) การให้คะแนนมี 5 ระดับ โดย 1 คะแนนหมายถึงไม่เลิกสูบบุหรี่ และ 5 คะแนนหมายถึงเลิกสูบบุหรี่ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้หลักการแบบอิงเกณฑ์โดยแบ่งกลุ่มคะแนนออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่า 3 หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 หมายถึง ไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ประกอบไปด้วย

1) แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความเชื่อต่อผลของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามด้านการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน ระหว่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่ดีอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง/ดีอย่างยิ่ง โดยคะแนนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มาจากการนำรายข้อของคะแนนความเชื่อต่อผลของการเลิกสูบบุหรี่ และคะแนนการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มาคูณกันเป็นรายข้อ แล้วนำผลคูณของทุกข้อมารวมกัน จะได้เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติของลูกจ้างแต่ละบุคคลต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยลูกจ้างที่มีค่าคะแนนสูงจะมีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าลูกจ้างที่มีค่าคะแนนต่ำ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 10-250 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งจำนวนกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดย 10.00-90.00 คะแนน หมายถึง เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ 90.01-170.00 หมายถึง เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง 170.01-250.00 คะแนน หมายถึง เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1. ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .886

2) แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดย 1 หมายถึง เป็นไปไม่ได้อย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เป็นไปได้อย่างยิ่ง คะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้จากการนำคะแนนรายข้อของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และคะแนนแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาคูณกันเป็นรายข้อ แล้วนำผลคูณของทุกข้อมารวมกัน จะได้เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่โดยลูกจ้างที่มีคะแนนสูงจะมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าลูกจ้างที่มีคะแนนต่ำ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 4-100 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งจำนวนกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ 4.00-36.00 คะแนน หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ 36.01-68.00 คะแนน หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง 68.01-100.00 หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .844

3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมตนเองจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบวัดการรับรู้การควบคุมตนเอง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 จากเป็นไปไม่ได้อย่างยิ่งถึงเป็นไปได้อย่างยิ่ง คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมาจากการนำคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับ

การควบคุมตนเอง และค่าคะแนนการรับรู้การควบคุมตนเองมาคูณกันเป็นรายข้อ แล้วนำผลคูณของทุกข้อมารวมกัน จะได้เป็นค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนสูงจะมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้ค่าคะแนนต่ำ โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 9.00-225.00 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งจำนวนกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 9.00-76.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ 76.01-148.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 148.01-225.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .879

4) แบบประเมินสภาวะการติดนิโคติน (Fagerstrom test of nicotine dependence) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินฉบับเป็นภาษาไทยโดยกรองจิต วาทีสาธกิจ¹⁵ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ โดยสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่างๆ และปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันการแปลผลระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินมีดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ติดนิโคตินระดับต่ำ 4-6 คะแนน หมายถึง ติดนิโคตินระดับปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ติดนิโคตินระดับสูง

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล เป็นการสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดกรองความเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย องค์การอนามัยโลก แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย บริทรศน์ ศิลปะกิจ

และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์¹⁶ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงน้อย 8-15 คะแนน หมายถึง การดื่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง 16-19 คะแนน หมายถึง การดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย มากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เสพติดการดื่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-NS2016/319.0501 และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร (UO17q/59_EXP) เมื่อได้รับการอนุมัติ ให้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากผู้อำนวยความสะดวกสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง และผู้อำนวยความสะดวกโรคติดต่อ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยอิสระ เมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่ จะทำในภาพรวมของผลงานวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เข้าพบผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้อำนวยความสะดวกโรคติดต่อ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ เมื่อได้รับการตอบรับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียด และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมและ

ถอนตัวออกจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 20 โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เจตคติต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้น (linear regression analysis) เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ตัวแปรตามมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงนำข้อมูลตัวแปรตามมาปรับเป็นตัวแปรเชิงหุ่น มีค่าเป็น 0 และ 1 (dummy variable) และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยโลจิสติก พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข และกองระบาคติวิทยากรุงเทพมหานคร

จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 95.71 มีช่วงอายุระหว่าง 36-45 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.86) รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 46-55 ปี (ร้อยละ 28.57) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 41.75 ปี (SD = 9.96) ลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.14) เป็นพนักงานขับรถยนต์ ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.6) สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน รองลงมาคือสูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 38.6) มีเพียงร้อยละ 6.4 ที่สูบบุหรี่มากกว่า 30 มวนต่อวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.6) สูบบุหรี่มานานกว่า 60 นาที ส่วนที่เหลือจะสูบบุหรี่มานานกว่า 30 นาที และ 5 นาทีหลังตื่นนอนร้อยละ 23.6 และ 17.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 32.14 ของกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 19-20 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันนานกว่า 20 ปี มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 40.71 รองลงมาคือ 11-20 ปี (ร้อยละ 39.29) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 56.42 และพบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่แบบหยุดสูบทันที (ร้อยละ 66.32) รองลงมาใช้วิธีการค่อยๆ ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (ร้อยละ 46.32)

ผลการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.43 ไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.57 มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 140)

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	ค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	มากกว่า 3	61	43.57
ไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	79	56.43

การวิเคราะห์สถิติ t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจและไม่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจใน

การเลิกสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยของเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระดับการตัดสินใจ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 140)

	กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่		กลุ่มตัวอย่างที่มี ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. เจตคติ	138.29	27.206	171.09	33.095	-6.44	< .001
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	54.49	16.938	78.23	18.115	-7.98	< .001
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	114.06	34.069	139.05	34.809	-4.26	< .001
4. ระดับการตัดสินใจ	3.56	2.522	3.87	2.391	.77	.44
5. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	7.67	7.182	8.64	6.670	-.82	.42

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Point-Biserial Correlation พบว่าเจตคติต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจ ในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .480, p < .01, r_{pb} = .562, p < .01, r_{pb} = .341, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนระดับการตัดสินใจและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 140)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. เจตคติต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	1					
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.625**	1				
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.493**	.643**	1			
4. ระดับการตัดสินใจต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	-.104	-.047	-.130	1		
5. พฤติกรรมการดื่มสุราต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.150	.098	.003	.044	1	
6. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.480**	.562**	.341**	.069	.066	1

** $p < .01$

จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตามด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบใส่ข้อมูลพร้อมกัน (enter method) พบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าได้ร้อยละ 45 (Nagelkerke $R^2 = .450$) ตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น

1 คะแนน โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าเพิ่มขึ้น 1.021 เท่า (OR = 1.021, 95%CI = 1.004, 1.039, $p < .05$) และคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าเพิ่มขึ้น 1.062 เท่า (OR = 1.062, 95%CI = 1.028, 1.098, $p < .001$) ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (N = 140)

ตัวแปร	β	SE	Wald	p-value	OR	95%CI
1.เจตคติต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.021	.009	5.865	.015	1.021*	[1.004, 1.039]
2.การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.060	.017	13.095	< .001	1.062***	[1.028, 1.098]
3.การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	-.006	.017	.363	.547	.995	[.979, 1.011]
4.ระดับการติดนิโคตินต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.119	.096	1.526	.217	1.126	[.933, 1.359]
5.พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	-.007	.032	.740	.390	.973	[.913, 1.036]
Constant	-.259	.170	2.301	.129	.772	

* p < .05, *** p < .001 Nagelkerke R² = .450

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.43) ไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างนี้มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีประวัติการสูบบุหรี่มายาวนานถึงกว่า 20 ปี โดยเฉลี่ย 19.49 ปี (SD = 9.42) สอดคล้องกับการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางในทวีปแอฟริกา ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ที่มีอายุมาก จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย¹⁷ กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ที่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่ยาวนานจนเกิดความเคยชิน หรือเกิดการเสพติดทางพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ด้านลบกับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่¹⁸ ดังนั้นระยะเวลาที่สูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ตามเกณฑ์คัดเข้า อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากยังมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความทุกข์ทรมานด้วยโรคที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ จึงยังไม่เกิดความวิตกกังวลในภาวะสุขภาพของตนจนถึงระดับที่ทำให้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่าความกังวลในภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่¹⁸

เจตคติ

ผลการศึกษานี้พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .480$, $p < .01$) และสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขเขตกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.021, $p < .05$) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ว่า บุคคลที่มีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมใด ก็จะเกิดแรงจูงใจที่ทำให้มีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น⁷ เช่นเดียวกับการที่ลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขมีเจตคติด้านบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลเหล่านั้นก็มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ¹⁹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติด้านลบต่อการสูบบุหรี่ จะมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ($\beta = .452$, $p < .001$) นอกจากนี้เจตคติยังทำนายความตั้งใจไม่ดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยทางภาคใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .086$, $p < .05$)²⁰ และยังสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลได้เช่นกัน²¹

จากผลการสำรวจความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่จำนวน 13,062 คน โดยโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างประเทศพบว่า เจตคติด้านลบต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมาก ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย แคนาดา สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย (OR = 1.03, 95%CI = .90, .17)²¹ เจตคติเป็นผลรวมของกระบวนการความคิด การเลือก และการยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขจัดเป็นแหล่งรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปถ่ายทอดสู่ประชาชน โดยถูกจ้างที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขนับเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานในการมีหน้าที่รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน จึงได้รับความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับพิษภัยและอันตรายจากบุหรี่ ทำให้เกิดการคิดพิจารณาและตัดสินใจ ส่งผลต่อการเกิดเจตคติด้านบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ตามนโยบายขององค์กร สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่กล่าวไว้ว่า หากบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลบวก บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะมีเจตคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลลบ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นด้วย โดยเมื่อมีเจตคติทางบวกก็จะเกิดความตั้งใจ (intention) ที่จะกระทำพฤติกรรม (behavior)⁷

การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างคือผู้บังคับบัญชา ($\bar{X} = 16.82$, $SD = 5.51$) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุดต่อการมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ผู้บังคับบัญชาในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง แพทย์ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข และหัวหน้าพยาบาล ศูนย์ บริการสาธารณสุข นับเป็นกลุ่มสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ กฎหมายที่ใช้ในการบริหารเขตปกครองพิเศษกรุงเทพมหานคร ได้แก่

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 ซึ่งยังคงเป็นการบริหารที่ใช้ระบบบำเหน็จบำนาญ และเป็นระบบราชการที่ให้ความสำคัญกับลำดับขั้นของการบังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชามีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาความดีความชอบ การประเมินผลการปฏิบัติงานประกอบการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน และการบรรจุแต่งตั้ง/โยกย้าย กลุ่มตัวอย่างจึงมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ตามความต้องการของกลุ่มอ้างอิง เพื่อเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมที่สนับสนุนอาชีพการงาน และการเพิ่มขั้นเงินเดือน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่กล่าวว่า การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความต้องการของบุคคล/กลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนว่าต้องการให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งนอกจากจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงแล้ว ลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขยังได้รับอิทธิพลเชิงนโยบายจากผู้บริหารและผู้บังคับบัญชาหลายภาคส่วน ได้แก่ ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 หมวด 5 การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ได้ประกาศให้สถานบริการสาธารณสุขเป็นเขตปลอดบุหรี่ และเป็นสถานที่สาธารณะที่ให้การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2547 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดจรรยาปฏิบัติให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่ ส่งเสริมวัฒนธรรมการไม่บริโภคยาสูบ และชี้นำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชน การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศสหรัฐอเมริกาเปิดเผยให้ทราบว่า นโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่เป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการลดลงของจำนวนบุคลากรผู้สูบบุหรี่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล²¹ สำหรับกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลรองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามิ ภรรยา และบุตร ($\bar{X} = 15.70$, $SD = 5.58$) โดยเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญและสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากลูกจ้างเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่มีอิสระทางความคิดและการตัดสินใจ เป็นวัยที่หาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ดังนั้นการสร้าง

แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับครอบครัว จึงเป็นแรงจูงใจที่เข้มแข็งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ได้ จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .561, p < .001$) และสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขเขตกรุงเทพมหานครได้ ($OR = 1.062, 95\%CI = 1.028, 1.098, p < .001$) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเพศชายในประเทศจีนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์สูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 100 มวน จำนวน 3,676 คน พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือน และ 6 เดือนข้างหน้าได้ในทุกระดับการศึกษา²²

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 124.95, SD = 36.45$) เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะเลิกสูบบุหรี่ได้หากทราบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด และเชื่อว่า จะจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของตนเองได้ หากการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองให้เลิกบุหรี่ได้คือการต้องออกจากกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกัน สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เมื่อเสร็จภารกิจจากการทำงาน มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่พูดคุยรวมกลุ่มสังสรรค์ และสูบบุหรี่ร่วมกัน ดังนั้นพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเพื่อนร่วมงานจึงมีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการยอมรับในการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งที่ผ่านมา มีหลายการศึกษาที่ให้ผลการศึกษาสอดคล้องกัน เช่น การศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของชายวัยทำงานในประเทศศรีลังกา พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเพื่อนและจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่²³ และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการ

ควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .467, p < .001$) แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขเขตกรุงเทพมหานครได้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบของสังคมไทยที่มีระบบความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด นิยมการอยู่ร่วมกันเป็นพวกพ้อง มีความรู้สึกเป็นสมาชิกร่วมกัน มีความผูกพันในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศ ดังนั้นการควบคุมตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จึงสิ่งที่กระทำได้ยาก

ระดับการติดนิโคติน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.69, SD = 2.57$) และไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของลูกจ้างสถานบริการสาธารณสุขเขตกรุงเทพมหานครได้ อธิบายได้ว่าการเสพติดบุหรี่ไม่ได้เกิดจากการเสพติดทางร่างกายจากสารนิโคตินเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีสาเหตุของการเสพติดทางจิตใจ (psychological dependence) เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ติดใจในผลของนิโคตินที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายเครียด คลายความวิตกกังวล มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง และอีกสาเหตุหนึ่ง คือ การเสพติดเป็นนิสัยหรือเสพติดตามวัฒนธรรม-สังคม (socio-cultural or habit dependence) สอดคล้องกับข้อมูลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 18 ปี และระยะเวลาเฉลี่ยที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องถึง 20 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานจนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเสพติดทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงเป็นเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kaai และคณะ ที่พบว่าระดับการติดนิโคตินไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างได้เช่นเดียวกัน²⁴

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยง อย่างไรก็ตามก็ตีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำนายความตั้งใจ

ในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ได้ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจที่ดีในระดับต่ำ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน เป็นพฤติกรรมเสพติดทางจิตใจและสังคม การมีกิจกรรมสังสรรค์หรือการรวมกลุ่มทางสังคม และมีการดื่มแอลกอฮอล์จึงมักมีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ระดับการตัดสินใจที่ดีจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ และไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จำนวน 1,700 คน ที่มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ 46.9 ปี ที่พบว่าแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = .326, 95\%CI = -.371, 1.019$)²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ว่า เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่เป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ระดับการตัดสินใจที่ดี และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถสร้างสรรคโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ภายใต้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) โดยการสนับสนุนให้ผู้บังคับบัญชาและคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการชักจูงโน้มน้าวใจลูกจ้างให้เลิกสูบบุหรี่ การติดตามพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ให้คำชมเชยหรือความดีความชอบเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้บังคับบัญชา จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความกระตือรือร้น ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสร้างความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ให้คงอยู่ จนนำไปสู่การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในที่สุด

2. ศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยด้านเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลายาวนานขึ้น เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อเพิ่มความ

สมบูรณ์และความเชื่อมั่นของผลการวิจัยที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า เจตคติมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น และผู้บังคับบัญชาเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้บังคับบัญชาจึงควรจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เช่น การจัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย จัดหาอุปกรณ์การออกกำลังกายภายในหน่วยงาน สำหรับให้บุคลากรใช้ทำกิจกรรมในช่วงเวลาพักหรือว่างจากงาน เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและลดเวลาในการรวมกลุ่มนำไปสู่การสูบบุหรี่

References

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use. Geneva, Switzerland: WHO; 2019. 209 p.
2. National Statistical Office. The smoking and drinking behaviour survey 2017. Bangkok: National Statistical Office; 2018. 289 p. (in Thai).
3. Khani Y, Pourgholam-Amiji N, Afshar M, Otroshi O, Sharifi-Esfahani M, Sadeghi-Gandomani, et al. Tobacco smoking and cancer types: a review. Biomedical Research and Therapy. 2018;5(4):2142-59. doi: 10.15419/bmrat.v5i4.428.
4. Jassem J. Tobacco smoking after diagnosis of cancer: clinical aspects. Transl Lung Cancer Res. 2019;8(Suppl1):S50-8. doi: 10.21037/tlcr.2019.04.01.
5. Athamnech LN, Stein JS, Bickel WK. Will delay discounting predict intention to quit smoking? Exp Clin Psychopharmacol. 2017;25(4):273-80. doi: 10.1037/pha0000129.

6. Maksimovic L, Paquet C, Daniel M, Stewart H, Chong A, Lekkas P, et al. Characterising the smoking status and quit smoking behaviour of aboriginal health workers in South Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(12):7193-206. doi: 10.3390/ijerph10127193.
7. Ungcharoen R. Predicting cigarette smoking cessation intention among vocational education's student Bangkok: application of theory if planned behavior [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2009. 252 p. (in Thai).
8. Layoun N, Hallit S, Waked M, AounBacha Z, Godin I, Leveque A, et al. Predictors of past quit attempts and duration of abstinence among cigarette smokers. *J Epidemiol Glob Health*. 2017;7(3):199-206. doi: 10.1016/j.jegh.2017.06.003.
9. Jiang N, Ling PM. Impact of alcohol use and bar attendance on smoking and quit attempts among young adult bar patrons. *Am J Public Health*. 2013;103(5):53-61. doi: 10.2105/AJPH.2012.301014.
10. Frost-Pineda K, Muhummad-Kah R, Rimmer L, Liang Q. Predictors, indicators, and validated measures of dependence in menthol smokers. *J Addict Dis*. 2014;33(2):94-113. doi: 10.1080/10550887.2014.909696.
11. Jiraniramai S, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Jakkaew N, Wongpakaran T, Angkurawaranon C. Functional beliefs and risk minimizing beliefs among Thai healthcare workers in Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital: its association with intention to quit tobacco and alcohol. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2017;12(1):34. doi: 10.1186/s13011-017-0118-1.
12. Sarac S. The effect of smoking prohibition on smoking behavior at workplace. *EC Pulmonol Respir Med*. 2019;8(4):322-8.
13. Okeke PI, Ross A, Esterhuizen T, Van Wyk J. Tobacco and alcohol use among healthcare workers in three public hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa. *SAfri Fam Pract*. 2012;54(1):61-7. doi: 10.1080/20786204.2012.10874177.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistic (NCHS), National Health Interview Survey (NHIS). Adult tobacco use information [Internet]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2017 [cited 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco.htm>.
15. Watheesatokit K. 5A smoking cessation in daily work. Bangkok: Non-Smoking Campaign Foundation; 2009. 285 p. (in Thai).
16. Silapakit P, Kittirattanapaiboon P. Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT. Bangkok: Trantawan Paper; 2009. 38 p. (in Thai).
17. Kaai SC, Fong GT, Goma F, Meng G, Ikamari L, Ong'ang'o JR, et al. Identifying factors associated with quit intentions among smokers from two nationally representative samples in Africa: findings from the ITC Kenya and Zambia surveys.

- Preventive Medicine Reports. 2019;15:100951. doi: 10.1016/j.pedr.2019/100951.
18. Driezen P, Abdullah AS, Quah ACK, Nargis N, Fong GT. Determinants of intentions to quit smoking among adult smokers in Bangladesh: findings from the International Tobacco Control (ITC) Bangladesh wave 2 survey. *Glob Health Res Policy*. 2016;1:11. doi: 10.1186/s41256-016-0012-9.
19. Rerkluenrit J, Passakulchai T, Tanomsup W, Phokod J, Khongmod J, Inkong R, et al. Selected factors predicting desired behavior related to smoking among students in Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhonnayok Province. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2013;8(1):12-8. (in Thai).
20. Junyaem U, Yuttatri P. Prediction of undergraduate freshmen's intentional abstinence of alcohol: application of the theory of planned behavior. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;31(2):28-40. (in Thai).
21. Ryan M, Romero D, Tolentino J, Hammett I, Robins D, Volden J, et al. Tobacco use among healthcare workers: impact of a worksite policy change at a US military community hospital. *J Smok Cessat*. 2015;12(2):113-21. doi: 10.1017/jsc.2015.13.
22. Droomers M, Huang X, Fu W, Yang Y, Li H, Zheng P. Educational disparities in the intention to quit smoking among male smokers in China: a cross-sectional survey on the explanations provided by the theory of planned behaviour. *BMJ Open*. 2016;6(10):e011058. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011058.
23. Fernando HN, Wimaladasa ITP, Sathkoralage AN, Ariyadasa AN, Udeni C, Galgamuwa LS, et al. Socioeconomic factors associated with tobacco smoking among adult males in Sri Lanka. *BMC Public Health*. 2019;19(778). doi: 10.1186/s12889-019-7147-9.
24. Kaai SC, Chung-Hall J, Sun MC, Burhoo P, Moussa L, Yan M, et al. Predictors of quit intentions among adult smoker in Mauritius: finding from the ITC Mauritius survey. *Tob Prev Cessat*. 2016;2:72. doi: 10.18332/tpc/65770.
25. Beard E, West R, Michie S, Brown J. Association between smoking and alcohol-related behaviours: a time-series analysis of population trends in England. *Addiction*. 2017;112(10):1832-41. doi: 10.1111/add.13887.