

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี Factors Influencing Smoking Behavior of Patients with Comorbid Hypertension : A Case Study of Community in The Area of Responsibility of Ramathibodi Hospital

นิภาวรรณ ศรีโยหะ\* รุ่งทิวา เสาวนีย์

Nipawan Sriyoha\* Rungtiwa Saowanee

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี ตามแนวคิด PRECEDE MODEL กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี 100 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการถดถอยแบบไม่อิงพารามิเตอร์

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 25-81 ปี สถานภาพคู่ จักรวรรดิศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ 10,001-15,000 บาท/เดือน ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน อาศัยในชุมชนเมืองและชุมชนแออัด สูบบุหรี่ 10-20 มวน/วัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยนำ (ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตน) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยเอื้อ (สภาพแวดล้อมของชุมชน) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Exact Sig.=.005)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาโปรแกรมและกิจกรรมช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง แนวคิดพีรีซีดีโมเดล ชุมชน

## Abstract

This descriptive research aimed to study smoking behaviors and factors influencing smoking behaviors of patients with comorbid hypertension in the community under the responsibility of Ramathibodi Hospital, using the PRECEDE MODEL. The sample consisted of 100 patients with comorbid hypertension in the community under the responsibility of Ramathibodi Hospital, selected purposive sampling. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher exact probability test,

Corresponding author: \*E-mail: esafos123@gmail.com

วันที่รับ (received) 17 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2567

Spearman rank correlation coefficient and non-parametric regression (NPR).

The research results found that the majority of the sample group were male, age range 25-81 years, married, completed secondary education, general laborers, having income between 10,001-15,000 baht/month, income was not enough and required a loan, living in urban and crowded communities, smoking 10-20 cigarettes/day, moderate smoking behavior, predisposing factors (stress, knowledge, attitude and self-efficacy), reinforcing factor (social support) and enabling factor (community environment) did not influence smoking behaviors. However, it was found that the community environment was significantly related to smoking behaviors at the .05 significance level (Exact Sig.=.005).

Recommendations: Smoking cessation programs and activities should be developed for hypertensive patients, involving the community in creating an environment conducive to improving smoking behaviors.

**Keywords :** Smoking behaviors, Hypertension, PRECEDE Model, Community

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ปี พ.ศ. 2562-2563 พบประชากรไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13 ล้านคน<sup>1</sup> โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่กระแสเลือดไหลเวียนผิดปกติมีแรงดันสูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ ค่าความดันซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>1</sup> ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จนนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การไม่มาตรวจตามนัด การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน และการสูบบุหรี่<sup>2,3,4</sup>

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น<sup>5</sup> โดยทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท<sup>6</sup> การสัมผัสควันบุหรี่สม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น 2-3 เท่า<sup>2</sup> เพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่ยังคงเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้<sup>2,7</sup> เนื่องจากมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มา

เป็นเวลานาน บางรายพยายามเลิกแต่กลับล้มเหลวและกลับมาสูบซ้ำ<sup>2</sup> การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมามาก<sup>6</sup> แต่ประชากรไทยรู้หรือเชื่อว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 68.17<sup>8</sup> ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ ในบางรายแม้จะรับรู้ถึงผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่กลับไม่เห็นถึงความสำคัญในการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่<sup>2</sup>

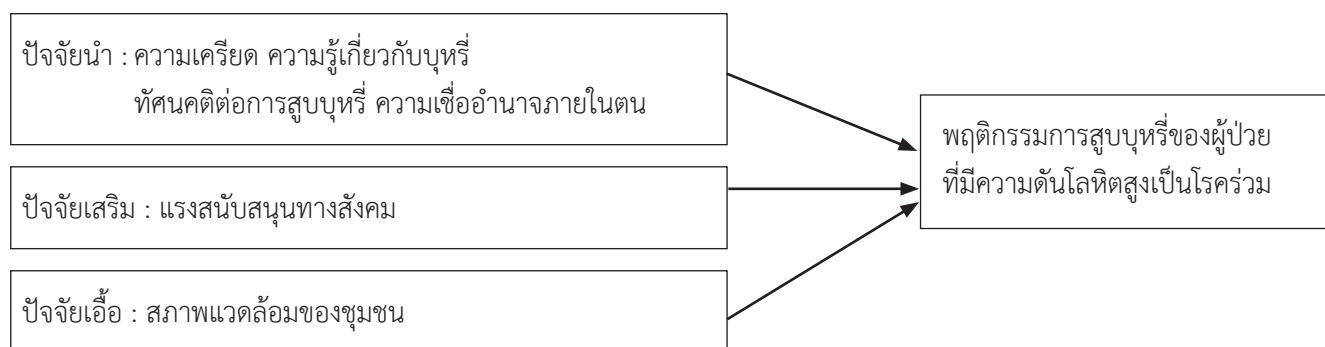
จากการศึกษาแนวคิด PRECEDE MODEL ที่มีพื้นฐานว่าสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดจากหลายสาเหตุ (Multiple factors) พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล<sup>9</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ เพศ<sup>10</sup> ความเครียด<sup>11,12,13</sup> ความเพียงพอของรายได้<sup>10,14</sup> ระดับการศึกษา<sup>14</sup> ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่<sup>15</sup> ความตระหนักรู้ถึงผลเสียของการสูบบุหรี่<sup>6</sup> ความเคยชิน<sup>6</sup> ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่<sup>6,15</sup> ทศนคติต่อการสูบบุหรี่<sup>10,12,14,15,16</sup> ความเชื่ออำนาจภายในตน<sup>12,13,17,18</sup> ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากแหล่งต่าง ๆ<sup>11</sup> การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ<sup>6</sup> อิทธิพลของกลุ่มสังคม/กลุ่มเพื่อน<sup>10</sup> การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่<sup>11,12</sup> และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่ง/สถานที่ที่ซื้อหา<sup>10,11</sup> กลยุทธ์ผู้ผลิต/ผู้จำหน่ายและแหล่งซื้อ<sup>6</sup> สภาพแวดล้อมของชุมชน<sup>6,14,18</sup> ซึ่งทั้งสามปัจจัยจะนำไปสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ยั่งยืนถาวร<sup>6</sup>

จากรายงานข้อมูลสำรวจสุขภาพ 8 ชุมชนพื้นที่รับ

รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 27.51 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.96<sup>19</sup> สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้อัตราความดันโลหิตสูงมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ในประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหลายกลุ่มประชากรและหลากหลายบริบท แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นนี้เพราะหากระบุได้ว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ย่อมนำไปสู่การหาวิธีป้องกันและวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ทั้งต่อตัวผู้สูบและบุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ ป้องกันไม่ให้อัตราความดันโลหิตสูงมีอัตราการรุนแรงมากขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เพศชายและเพศหญิง

เป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทั้งสามปัจจัยมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประยุกต์ใช้ได้ทุกช่วงวัยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน<sup>9</sup> โดยใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมสรุปเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษาดังแผนภาพที่ 1

อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมและมีประวัติสูบบุหรี่ 3) อาศัยอยู่ใน 8 ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้แก่ ชุมชนซอยสวนเงิน ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชนแดงบุหงา ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนหลังกรมทางหลวง ชุมชนมันสิน ชุมชนโค้งรถไฟยมราช และชุมชนสระแก้ว 4) อ่านและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ปฏิเสธ/ขอถอนตัวออกจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดขนาด

อิทธิพลปานกลาง ( $f^2$ ) 0.15 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 108 คน แต่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมด 105 คน drop out 5 คน (ร้อยละ 4.76) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล คือ 100 คน

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถานที่วิจัย คือ 8 ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี ใช้พื้นที่บริเวณบ้านของกลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ส่วนกลางของชุมชน มีผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และกรอกแบบสอบถาม ใช้เวลา 30-60 นาที/คน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาเก็บข้อมูลประมาณ 8 เดือน

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย** เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส COA. NO. MURA2023/670 วันที่ 10 กันยายน 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนลงนามยินยอม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและทำลายข้อมูลทิ้งหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

**เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ** ประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะชุมชนที่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด<sup>20</sup> 5 ข้อ ให้เลือกระดับคะแนน 0-3 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับบุหรี่<sup>21</sup> 23 ข้อ ให้เลือกตอบถูก/ผิด/ไม่ทราบ ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติต่อการสูบบุหรี่<sup>21</sup> 18 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับบุหรี่<sup>21</sup> 17 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่<sup>21</sup> 14 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่<sup>21</sup> 29 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด แบบสอบถามประยุกต์จากแบบสอบถามของศรียา ลาวัณย์ภิกขุ<sup>21</sup> ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้ 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด 0.79 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 0.74 แบบประเมินทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ 0.75 แบบประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับบุหรี่ 0.82 แบบสอบถามข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 0.95

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ตรวจสอบพบการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ทำให้ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติแบบ Parametric จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และการทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test) วิเคราะห์หาอิทธิพลด้วยสถิติการถดถอยแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (Non-parametric regression: NPR)<sup>22</sup>

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 74 อายุระหว่าง 25-81 ปี พบอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61 รองลงมาคือ 51-60 ปี ร้อยละ 28 สถานภาพคู่ ร้อยละ 47 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 38 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 70 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-15,000 บาท/เดือน ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 40 ลักษณะชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมือง ร้อยละ 74 รองลงมาคือ ชุมชนแออัด ร้อยละ 23 มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 93 จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ระหว่าง 1-40 มวน/วัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 10-20 มวน/วัน ร้อยละ 73

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 73 ระดับดี ร้อยละ 21 และระดับไม่ดี ร้อยละ 6 ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 46 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับต่ำ ร้อยละ 49 ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 71 ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 87 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 78 ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมเป็นชุมชนเมือง<sup>23</sup> คือ

บ้านเรือนอยู่รวมกันค่อนข้างหนาแน่นแต่ไม่แออัด มี  
สาธารณูปโภค สาธารณูปการและการคมนาคมสะดวก  
ร้อยละ 74 ชุมชนแออัด<sup>23</sup> คือ บ้านเรือนหนาแน่น ประชาชน  
อยู่อย่างแออัด ร้อยละ 23 และชุมชนอาคารสูง<sup>23</sup> คือ ชุมชนที่มี  
สภาพเป็นแฟลต คอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ หรืออาคาร  
อย่างอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ร้อยละ 3

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ  
ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่ม  
ตัวอย่าง พบว่า ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อ  
การสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และแรงสนับสนุนทาง  
สังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่ม  
ตัวอย่าง แต่พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ .05 (Exact Sig.= .005) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมของชุมชนกับระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

| สภาพแวดล้อมของชุมชน | ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ |               |           | Exact Sig. |
|---------------------|---------------------------|---------------|-----------|------------|
|                     | ไม่สูด n (%)              | ปานกลาง n (%) | สูด n (%) |            |
| ชุมชนแออัด          | 1 (4.3)                   | 15 (65.2)     | 7 (30.4)  | .005       |
| ชุมชนเมือง          | 3 (4.1)                   | 58 (78.4)     | 13 (17.6) |            |
| ชุมชนอาคารสูง       | 2 (66.7)                  | 0 (0)         | 1 (33.3)  |            |

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม  
และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบ  
ว่า ไม่พบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ  
กลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

| ตัวแปร                 | b     | SEb  | $\beta$ | t      | p-value | Tolerance | VIF   |
|------------------------|-------|------|---------|--------|---------|-----------|-------|
| ความเครียด             | -.081 | .045 | -.177   | -1.780 | .078    | .948      | 1.055 |
| ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ | .124  | .066 | .186    | 1.888  | .062    | .970      | 1.031 |
| ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ | -.101 | .108 | -.092   | -.930  | .355    | .964      | 1.037 |
| ความเชื่ออำนาจภายในตน  | -.227 | .151 | -.157   | -1.509 | .135    | .866      | 1.155 |
| แรงสนับสนุนทางสังคม    | .136  | .125 | .113    | 1.085  | .281    | .867      | 1.153 |
| สภาพแวดล้อมของชุมชน    | -1.60 | .086 | -.182   | -1.867 | .065    | .986      | 1.014 |
| Constant               | 2.721 | .454 |         | 5.993  | .000    |           |       |

$R = .358$  ;  $R^2 = .128$  ;  $R^2 = .072$  ;  $SE_b = .482$  ; overall  $F = 2.279$  ;  $p = .043$

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้ง  
ปกติ จึงเลือกใช้สถิติวิเคราะห์หาอิทธิพลเป็น Non-parametric  
regression (NPR) แทนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปรับ  
มาตรฐานของตัวแปรต้นและตัวแปรตามให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน  
อันดับ โดยใช้ระดับคะแนนของแต่ละตัวแปรมาวิเคราะห์ข้อมูล<sup>22</sup>

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวแปรต้น คือ ระดับความเครียด  
ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ระดับ  
ความเชื่ออำนาจภายในตน ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม  
และสภาพแวดล้อมของชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ  
ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง



สรุป ผลการวิเคราะห์หาอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ปัจจัยนำ (ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ และความเชื่ออำนาจภายในตน) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยเอื้อ (สภาพแวดล้อมของชุมชน) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (Knowledge) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>15,18</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาในไทย<sup>24</sup> อธิบายตามโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of change model)<sup>25</sup> ที่ว่าบุคคลมีความพร้อมหรือรับการถูกจูงใจแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นแรก คือ ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation) เป็นขั้นที่ไม่คิดเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ยังมีความสุขจากการได้สูบบุหรี่ มองไม่เห็นผลเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น การมีความรู้หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (Attitude) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>10,12,18</sup> กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงบวกและไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงลบเลย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจมองว่าการสูบบุหรี่เกิดผลดีกับตนเองมากกว่าผลเสีย ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นแพชเมฆาตเงียบ หากควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยไม่ให้สูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยมักไม่มีอาการที่ชัดเจน<sup>26</sup> ทำให้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองเกิดปัญหาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Self-efficacy) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>12,13,17,24,27,29</sup>

สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of control theory)<sup>28</sup> ที่มีความใกล้เคียงกับทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายในตน (Self-efficacy theory) ที่ว่าความเชื่ออำนาจควบคุมของบุคคลมี 2 ประเภท คือ ความเชื่ออำนาจในตนและความเชื่ออำนาจนอกตน กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่ออำนาจนอกตนมากกว่าความเชื่ออำนาจในตน อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและมีความรุนแรงเพียงใด ส่งผลต่อจิตลักษณะด้านความเชื่ออำนาจในตน ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าปัจจัยภายนอกมีอิทธิพลในการควบคุมวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตน ส่งผลให้ความเชื่ออำนาจนอกตนเพิ่มขึ้น<sup>28</sup>

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ แต่ผลจากการศึกษากลับพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เลย ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิด PRECEDE MODEL ที่ว่าปัจจัยเสริมเป็นแรงเสริม/แรงกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>9</sup> อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่จากกลุ่มบุคคลดังกล่าวไม่มากพอที่จะเป็นแรงเสริม/แรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา<sup>18,29</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>24</sup>

ความเครียด (Stress) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษา<sup>30</sup> ที่พบว่า การรับรู้ความเครียด (Perceived stress) ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่ (Cigarette consumption amount) และสถานะการสูบบุหรี่ (Smoking status) โดยการรับรู้ความเครียดอาจเป็นเพียงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เริ่มสูบบุหรี่ เหตุผลที่สูบบุหรี่มากขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นการเสพติดที่เกิดขึ้นในร่างกายจากตัวรับนิโคติน (Nicotine receptors) ที่เพิ่มมากขึ้นจากการสูบบุหรี่ แต่ไม่

สอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>12,13</sup> ที่พบว่า การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย แต่กลับระบุว่าสาเหตุที่สูบบุหรี่เกิดจากมีเรื่องให้คิด/ตัดสินใจ/เครียดกังวล ร้อยละ 46 เพื่อคลายความเครียด ร้อยละ 54 เมื่อมีปัญหาครอบครัว ร้อยละ 41 และขณะกำลังใช้ความคิด ร้อยละ 52 ซึ่งขัดแย้งกับผลคะแนนประเมินความเครียด การที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามักสูบบุหรี่เมื่อเกิดความเครียด ทั้งนี้ อาจเกิดจากปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ความเครียด เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น หรืออาจเกิดจากความเคยชิน ความเครียดมักถูกใช้เป็นข้ออ้างในการสูบบุหรี่<sup>29</sup> หรือที่กลุ่มตัวอย่างต่างเข้าใจว่าเป็นความเครียด แท้จริงแล้ว อาจเป็นอาการของการขาดนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) เมื่อสูบบุหรี่นิโคตินจะเข้าสู่สมองภายใน 6-10 วินาที กระตุ้นสมองส่วนกลางและสารสื่อประสาทโดปามีนทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานจะมีภาวะติดนิโคติน หากไม่ได้สูบบุหรี่ ปริมาณนิโคตินในสมองลดลงจะรู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด และเครียดในเวลาต่อมา หลายคนจึงให้เหตุผลของการสูบบุหรี่ว่าเพื่อความผ่อนคลาย แต่เหตุผลที่แท้จริงคือเพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย<sup>29</sup>

สภาพแวดล้อมของชุมชน (Community environment) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สภาพแวดล้อมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริธิมีลักษณะเป็นชุมชนเมืองที่อยู่ใจกลางกรุงเทพมหานคร เดินทางสะดวก มีทั้งร้านค้าสะดวกซื้อและร้านค้าแบบโชห่วยจำนวนมาก เป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย แม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดช่วงอายุในการซื้อขายบุหรี่และห้ามไม่ให้มีการแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ แต่ร้านค้าแบบโชห่วยหลายร้านในชุมชนยังมีการแบ่งขายบุหรี่อยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมของชุมชนมีประชากรค่อนข้างหนาแน่น และแออัด การได้เห็นและได้กลิ่นบุหรี่จึงเกิดขึ้นได้ง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความอยากสูบบุหรี่มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยเชิงสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อยวน เช่น เห็นเพื่อนสูบบุหรี่ เพื่อนที่สูบบุหรี่ชวนเวียนมาชักชวนให้สูบ การดื่มสุรา

และมีคนสูบบุหรี่ในวงสุรา การได้กลิ่นควันบุหรี่ การเดินผ่านร้านค้าที่มีบุหรี่ยาหน่าย เป็นต้น เป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่อีกได้<sup>31</sup> อธิบายได้ตามแนวคิดความรู้สึกลอยกายเสพติด<sup>32</sup> ที่มี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบของกระบวนการทางความคิด (Cognitive model) ความรู้สึกอยากเป็นผลมาจากกระบวนการคิดของบุคคลที่มีต่อตัวกระตุ้น (Activating stimuli) ทั้งตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ อารมณ์ทางบวก เช่น ดีใจ พึงพอใจ เป็นต้น และอารมณ์ทางลบ เช่น วิตกกังวล เศร้า เครียด หิว เหนื่อย เหนง เป็นต้น และตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ยาและสารเสพติดสถานที่เคยเสพยาเสพติด ผลของการประเมินค่าตัวกระตุ้นเหล่านี้จะมีผลต่อความเชื่อพื้นฐาน (Beliefs activated) เช่น เชื่อว่าเมื่อได้เสพแล้วทำให้หายเหนื่อย หายเครียด หายกังวล หายเศร้า เป็นต้น ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติ (Autonomic thought) เพื่อสนับสนุนให้ต้องใช้ยาเสพติด จากนั้นความรู้สึกอยาก (Psychological craving) และความต้องการยาเสพติดก็จะเกิดขึ้นตามมา และ 2) รูปแบบทางกายวิภาคของระบบประสาท (Neuroanatomical model) เมื่อใช้ยาเสพติดสมองจะหลั่งโดปามีนไปกระตุ้นและออกฤทธิ์บริเวณสมองส่วนความพึงพอใจ เกิดความคิดและพฤติกรรมซ้ำคิดซ้ำทำ เกิดความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับความสุขที่ได้รับจากการใช้ยาเสพติด เมื่อไม่ได้ใช้ยาเสพติดจะส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ทำให้เกิดความรู้สึกอยากและแสวงหายาเสพติดมาใช้<sup>32</sup> แนวคิด PRECEDE MODEL ระบุว่า อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) ซึ่งช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น<sup>9</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ลักษณะสภาพแวดล้อมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริธิที่ทำให้เข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายดังที่อธิบายไว้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และลักษณะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>33</sup> และมีการศึกษาที่พบว่าแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มาจากสภาพแวดล้อม<sup>14</sup>

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มี

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานอื่น ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาอื่น ๆ ส่วนใหญ่ศึกษาในชุมชนต่างจังหวัดที่มีบริบททางสังคมแตกต่างจากชุมชนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นชุมชนเมืองและชุมชนแออัด อาจมีตัวแปรกวน (Confounding variables) เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ผลการศึกษาในครั้งนี้จะไม่พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม แต่พบว่ามี 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย คือ สภาพแวดล้อมของชุมชน

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเปรียบเทียบที่ชัดเจนมากขึ้น และได้ข้อมูลสรุปอ้างอิงที่กว้างขวางขึ้น
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชน โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมเพื่อลดตัวแปรกวนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ระดับการติดยาเสพติด ความยากง่ายในการเข้าถึงบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นต้น
3. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมช่วยเหลือสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามธิบดี โดยใช้ข้อมูลจากวิจัยครั้งนี้วางแผนกิจกรรมในการวิจัย

**กิตติกรรมประกาศ** โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยในงานประจำ (R2R) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีงบประมาณ 2567

### References

1. Charoendee K, Boribun N, Butchumsaeng A, & Rungruang S, editors. Annual report 2022, Noncommunicable Disease Division. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022. (in Thai)
2. Thajang S, Saowaphan J, & Thanomsap R. Systematic review of minimizing cigarette smoke exposure for hypertensive patients. Proceedings of The 2<sup>nd</sup> National Conference RTUNC 2017; 2017 July 26-27; Ubonratchathani, Thailand. (in Thai)
3. Pougnet R, Pougnet L, Loddé BL, Canals-Pol ML, Jegaden D, Lucas D, et al. Cardiovascular risk factors in seamen and fishermen: review of literature. International Maritime Health. 2013;64(3):107-13.
4. Chanchang C, Sithisarankul P, & Sangsuwan S. Comparison of prevalence and associated factors of hypertension between ship officers and in-land officers of the Royal Thai Navy. Royal Thai Navy Medical Journal. 2018;45(1): 154-69. (in Thai)
5. Campbell NR, Khalsa T, Lackland DT, Niebylski ML, Nilsson PM, Redburn KA, et al. High blood pressure 2016: why prevention and control are urgent and important. The Journal of Clinical Hypertension. 2016;18(8):714-17.
6. Department of Health Service Support. Changing smoking behavior for working people. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
7. Khumtaveeporn P, & Jirathummakoon S. Health management of hypertension elderly in urban community, Bangkok. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2):154-62. (in Thai)



8. Kongsakon R, & Pattanateepapon A. The situation report tobacco consumption in Thailand 2019. Bangkok: Sintaveekit Printing Limited Partnership; 2020. (in Thai)
9. Green LW, & Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4<sup>th</sup> ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
10. Aubonban K, & Chanabun S. Smoking behavior and related factors of junior students who studying at secondary school that located in Khon Kaen province. Journal of Health Science and Community Public Health. 2021;4(2):45-56. (in Thai)
11. Leeviroj P, Ngowtrakul B, & Koolkaew D. Factors affecting smoking behavior of out-of school adolescents and the effectiveness of development program of cognitive behavior therapy to reducing smoking behavior. University of the Thai Chamber of Commerce Journal, Humanities and Social Sciences. 2019;37(4):75-91. (in Thai)
12. Phramongkoldhamvithan, Srsthorng P, & Bangprasert C. Factors related to smoking behavior and smoking cessation behavior of teenagers in Thonburi district Bangkok. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts). 2018;11(2):2282-309. (in Thai)
13. Chao-banbueng P, Sutheepasert T, Soonthorn S, & Netsrithong S. Factors related to smoking among students at a vocational institution in Suphanburi province. Journal of Health Science of Thailand. 2023;32(Suppl2):S207-15. (in Thai)
14. Jinapan N. Factors associated with willingness to stop smoking of NCDs patients in the Sam Ngam district Phichit province. Phichit Public Health Research and Academic Journal. 2021;2(2):8-19. (in Thai)
15. Noysipoom N, Charoenphol S, & Pinichpan G. Perspectives and perceptions of older people on smoking cessation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):212-9. (in Thai)
16. Sangkaew R, Homsin P, & Srisuriyawet R. Factors associated with intention to quit smoking by males with chronic diseases. Journal of Public Health Nursing. 2019;33(Online):21-36. (in Thai)
17. Laochai W, & Preechawong S. Relationship between physical activity, self-efficacy, nicotine dependence and smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2021;32(1): 62-75. (in Thai)
18. Pintana Y, Jaruchawalit P, Waikasikorn M, & Thaweasaplamlert W. Factors affecting smoking behavior of staff in Buddhachinnarat Hospital Phitsanulok. Proceedings of the Public Health Conference Regional Health 2; 2020 Aug. 11-12; Phitsanulok, Thailand. (in Thai)
19. Community nursing service unit. Health survey data report of 8 communities in the area of responsibility of Ramathibodi Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2019. (in Thai)
20. Department of Mental Health. Stress assessment form (ST5). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)

21. Lawanyapirak S. Factors effecting smoking behaviors of male personels in 6<sup>th</sup> operating room department of Phramongkutkloa Hospital.(Thesis). Bangkok: Kasetsart University; 2012. (in Thai)
22. Chaimay B. Choosing statistics in data analysis for health science research. ASEAN Journal of Scientific and Technological Reports. 2015;17(1):68-76. (in Thai)
23. Legislative Institutional Repository of Thailand. Bangkok regulations on community and community committees. Bangkok: National Assembly Library of Thailand; 2021. (in Thai)
24. Jianvitayakij S, Panpakdee O, Malathum P, Duffy SA, & Viwatwongkasem C. Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2014;18(2):100-1.
25. Prochaska JO, & DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984.
26. Chinnasee P, Sukonthasab S, & Lawthong N. Development of a health literacy hypertension test in Thailand. Journal of Health Research. 2020;34(6):475-83.
27. Yoosookcharoen J, Sumpowthong K, & Chompook P. Predictors of intention to quit smoking among patients with noncommunicable disease in Thammasat University. Journal of Public Health Nursing. 2018;32(2):137-54. (in Thai)
28. Bhanthumnavin D. Internal locus of control: measurement, importance and change. Journal of Social Development and Management Strategy. 2015;8(2):107-42. (in Thai)
29. Karom N, & Preechawong S. Predictors of short-term smoking cessation among patients with chronic diseases. Nursing Journal Chiang Mai University. 2015;42(1):1-11. (in Thai)
30. Genç M, & Altuntaş M. Perceived stress in life and smoking. Journal of Academic Research in Medicine. 2024;14(1):19-25.
31. Thajang S, Premmasawat N, & Panyathorn K. Community nursing roles in caring for elderly with hypertension and reducing tobacco smoke exposure. Journal of Health and Nursing Education. 2021;27(1):219-30. (in Thai)
32. Nursing Academic Group. Managing cravings in among drug and addictive patients. Pattani: Thanyarak Pattani Hospital; 2021. (in Thai)
33. Thambamroong A. Factors associated with smoking behavior among employees of CTCI (Thailand) Co.Ltd.(Thesis). Bangkok: National Institute of Development Administration; 2009. (in Thai)