

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม  
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556


ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF SELF - EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON SMOKING CESSATION  
BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Miss Emhathai Srichanla

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ  
พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวเอมททัย ศรีจันทร์หล้า

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอมททัย ศรีจันทร์หาล้า : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF SELF - EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 130 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยการจับคู่ด้วยจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิิต .....

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5377830036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SELF EFFICACY PROMOTING / SMOKING CESSATION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

EMHATHAI SRICHANLA: THE EFFECT OF SELF - EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 130 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the smoking cessation behavior of schizophrenic patients before and after received self-efficacy promoting program, and to compare the smoking cessation behavior of schizophrenic patients who received self-efficacy promoting program and those who participate in regular nursing care. Research samples were forty schizophrenic patients who received service in the inpatient department at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group and control group with twenty subjects in each group by matching the number of cigarette. The research instruments were., the self-efficacy promoting program and smoking cessation behavior scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instruments was reported by Chronbach's Alpha coefficient of .83. Data were analyzed using standard deviation and t-test.

1. The average of smoking cessation behavior of schizophrenic patients after participated the self-efficacy promoting program were significantly higher than before, at the .05 level.

2. The average of smoking cessation behavior of schizophrenic patients who participated the self-efficacy promoting program were significantly higher than that who participate in the regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เสียสละเวลา อันมีคุณค่า ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ของ วิทยานิพนธ์ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นอุตสาหะพยายาม ทำการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และความเสียสละที่ท่านมอบให้โดยตลอด จึงขอ กราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่กรุณาให้คำแนะนำ และ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยซึ่ง ทุกท่านมีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกฝ่ายคำ ตึกขงโค และเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้ สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ และ ประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช (ภาคนอกเวลาราชการ) รหัส 53 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ เกื้อหนุน ร่วมสุขร่วมทุกข์ แบ่งปัน และคอยเติมพลังให้ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณและรำลึกถึงพระคุณของ บิดามารดา ผู้ให้กำเนิดให้ร่างกาย จิตใจที่สมบูรณ์ และให้สติปัญญาที่มีความเข้มแข็งและมีความมุ่งมั่น และขอขอบคุณทุกคนใน ครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจาก วิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ขอให้ท่านมี สุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่.....	23
3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน .....	37
4. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท .....	43
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	55
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	55
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	83
สรุปผลการวิจัย .....	89
อภิปรายผลการวิจัย .....	89
ข้อจำกัดการวิจัย .....	94
ข้อเสนอแนะ .....	95
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	104
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ .....	108
ภาคผนวก ค พิจารณาจริยธรรม.....	111
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .....	113
ภาคผนวก จ ตารางแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตารางแสดงการกำกับการทดลอง.....	120
ภาคผนวก ฉ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ ผู้ป่วยจิตเภท .....	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	130



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การบูรณาการการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท.....	46
ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท .....	68
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40).....	77
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายบุคคล ก่อนและหลังการทดลอง .....	80
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	81
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	82
ตารางที่ 7 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	121
ตารางที่ 8 ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=20 .....	122

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนับเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญของโรคทางจิตเวช และพบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชชนิดอื่นๆ (Loukissa, 1995) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบในอัตราที่ค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรงและการดำเนินโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (Gubman & Tessler, 1987) โรคจิตเภทส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 15-35 ปี และเป็นวัยผู้ใหญ่มีจำนวน 7 คนต่อพันคน ความชุกของการเกิดโรคสูงมากขึ้น (WHO, 2011) ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2551-2553 พบว่ามีจำนวน 1,030,596 ราย 1,022,504 ราย และ 1,055,548 ราย (กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2555)

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่มีความซับซ้อนทางด้านจิตใจ ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมหรือพร่องในด้านการงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพบความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม การแสดงออกที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพบได้ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป ผลของการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมีทั้งอาการเสียบุคลิกภาพรุนแรง และการดำเนินโรคเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005) โดยมีกลุ่มอาการสำคัญ 2 กลุ่มอาการ คือกลุ่มอาการทางบวก (Positive symptom) ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucinations) ความผิดปกติด้านความคิด และความผิดปกติด้านพฤติกรรม และกลุ่มอาการทางลบ (Negative symptom) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยและคงอยู่นาน เช่น อารมณ์เฉยเมย (Flat affect) พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ลักษณะการดำเนินโรคจิตเภทนั้นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และเป็นแบบเรื้อรัง มักจะไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ซึ่งลักษณะการดำเนินของโรคจิตเภทดังกล่าวผู้ป่วยจะมีความพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) แต่ส่วนใหญ่แล้วพบความสัมพันธ์ของอาการด้านลบกับความผิดปกติด้านความคิด (cognition) มากกว่าอาการด้านบวก โดยเฉพาะเรื่องเชาว์ปัญญา (intellectual) และการวางแผนต่างๆ (executive function) รวมทั้งความคล่องแคล่วในการพูดคุย (verbal fluency) (พิเชษฐ์ อดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) สอดคล้องกับ Laza (2012) ที่อธิบายว่า ภาวะพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) เป็นสภาวะที่บุคคลมีการรู้คิด หรือ การประมวลผลของสมองผิดปกติหรือแตกต่างกันไปจากสิ่งที่ควรเป็น และผู้ที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด จะมีปัญหาเด่นคือ ความพร่องทางการรู้คิดเท่านั้น โดยไม่ส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคล (daily level of activities) เช่นเดียวกับภาวะพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) คือ กลุ่มของความ

บกพร่องเฉพาะเรื่องความจำเท่านั้น โดยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี (พิเชษฐ์ อดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกานานนท์; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

บุหรี่ถือเป็นสารเสพติดให้โทษที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ในบุหรี่มีสารนิโคตินเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์แรงและเสพติดง่ายเทียบเท่าเฮโรอีน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะการณติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 โดยมีรหัสโรคคือ F.17 และถูกกำหนดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การรักษา “Smoking is a chronic disease : Dx = Tobacco dependence : F.17 ตามการวินิจฉัยโรค ICD-10 (WHO, 2005) และยืนยันว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายและความพิการที่สำคัญเป็นอันดับสอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่สำคัญเป็นอันดับ 4 ของโลก (WHO, 2551) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน และภายในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่า 1,600 ล้านคน ทำให้มีผู้เสพและผู้ติดบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2556)

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทยปี พ.ศ.2552 โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ พบว่า การบริโภคยาสูบในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 21 หรือประมาณ 12.5 ล้านคน ช่วงอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ ประชากรอายุ 41-59 ปี รองลงมาคืออายุ 25-40 ปี อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายอายุ 19-59 ปีสูงกว่าร้อยละ 40 จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 18 แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-18 ปี และ 19-24 ปี โดยมีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 7.25 และร้อยละ 21.27 ตามลำดับ ร้อยละ 69 ของผู้สูบบุหรี่เป็นเยาวชนเพศหญิงอายุระหว่าง 15-24 ปีโดยเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 14 ปี (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552) และบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายและความพิการที่สำคัญเป็นอันดับสอง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่สำคัญเป็นอันดับ 4 ของโลก (WHO, 2551) ซึ่งผลจากสาเหตุการตายและความพิการที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่เป็นผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ทำให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากปี 2550-2554 รัฐเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นจำนวน 303,853, 360,272, 377,226, 392,368, 434,237 ล้านบาทตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2556) จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ดังกล่าวซึ่งเป็นการสำรวจในกลุ่มประชากรทั่วไป และเมื่อพิจารณาสถิติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทจะสูบบุหรี่มากที่สุดจากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากการศึกษาของ De Leon & Diaz (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากกว่าคนทั่วไปเกือบ 6 เท่า โดยรวมแล้วผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เฉลี่ย ร้อยละ 62 สอดคล้องกับการศึกษาของ George et al (2000) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการติดบุหรี่สูงถึงร้อยละ 58-88 และผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการติดนิโคติน (nicotine dependence) สูงกว่าประชากรทั่วไป (De Leon & Diaz, 2005)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และปัญหาที่เป็นพฤติกรรมร่วมและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทคือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีการศึกษาพบว่าเป็นวัยที่มีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงและเมื่อทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงมากขึ้น (De Leon & Diaz, 2005) และสูงกว่าในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชด้วยกัน (De Lon et al., 1995; Tanskanen et al., 1997) รายงานความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 60-70 (Goff et al., 1992; Ucock et al., 2004) รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าในประชากร

ทั่วไปหรืออย่างน้อยที่สุดร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ และจำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวันมากกว่า และยาวนานกว่าผู้สูบบุหรี่ทั่วไปที่ไม่ป่วยทางจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน และติดนิโคตินในระดับมาก นั้นหมายความว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพึ่งพานิโคติน (nicotine dependence) ในระดับสูงมากกว่าประชากรทั่วไป (De Leon & Diaz, 2005) และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเสียชีวิตเร็วขึ้น (American Psychiatric Association, 2006; De Leon, 1995; Hughes, 1993 cite in McChargue, 2002; SANE Australia, 2001 cite in McCloughen, 2003) และสถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทชายพบร้อยละ 70.63 หญิงพบร้อยละ 18.18 และมีระดับการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มจะพัฒนาไประดับสูง (ธัญชนก จิงา, 2546) และจากรายงานของกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ สถานบริการของกรมสุขภาพจิต พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดรวมในปี 2554-2556 มีจำนวน 1,091,464 ราย 1,076,155 ราย และ 1,109,183 รายตามลำดับ ซึ่งปัญหาสารเสพติดรวม เช่นการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน การสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่แนวโน้มผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกยังคงเพิ่มสูงขึ้น และในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการใช้สารเสพติดรวมด้วย มีจำนวน 90,220, 97,772, 96,213 ราย (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2556)

ผลจากการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการศึกษาทางห้องปฏิบัติการด้าน (Pharmacokinetic) พบว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อการเพิ่มขนาดเฉลี่ยของการใช้ยารักษาโรคจิต ซึ่งผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความต้องการใช้ยารักษาโรคจิตในระดับที่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ระดับยารักษาในพลาสมาต่ำลง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยา เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ (Vinarova et al., 1984; Goff et al., 1992; Hughes, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ziedonis et al (1994) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ ได้รับยารักษาโรคจิตในระดับที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สูบบุหรี่ เช่น ค่าเฉลี่ยยา Chlorpromazine ในผู้ที่สูบบุหรี่เท่ากับ 590 มิลลิกรัม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีเพียง 375 มิลลิกรัม หรือกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับยาที่ใช้ประจำวันเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ เช่น ระดับของยา Haloperidol ในพลาสมา มีระดับยาลดลงในระหว่างการสูบบุหรี่ และพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีอัตราความต้องการจำนวน Haloperidol สูงขึ้น และมีความเข้มข้นของยาในพลาสมาต่ำกว่าในสถานะคงที่ (Goff et al., 1992; Jann et al., 1986; Miller et al., 1990) ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรือนอกจากการใช้ยารักษาโรคจิตในปริมาณที่สูงขึ้นแล้วการสูบบุหรี่ยังนำไปสู่การเพิ่มการเผาผลาญยารักษาโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องใช้ยาในขนาดที่สูงขึ้น และอาการของโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปริมาณการสูบบุหรี่สูงจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวกสูงด้วยเช่น หูแว่ว หลงผิด ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน และเครียดจากอาการดังกล่าวมาก (Williams, Ziedonis & Foulds, 2004) ซึ่งอาการทางบวกที่รุนแรงมากขึ้นนี้จะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำสูง (Goff, 1992) และเมื่อความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ทำให้ยากต่อการรักษา (Greden, 2001) ส่งผลต่อการเพิ่มขนาดยารักษาโรคจิต

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผลกระทบทางตรงเกิดจากสารต่างๆ ในบุหรี่ 1 มวน ที่มีมากกว่า 7,000 ชนิด และมีมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นอันตรายและเป็นสาเหตุก่อมะเร็ง เช่น นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่ใช้เวลาเพียง 7 วินาทีเท่านั้นในการเข้าสู่สมอง ซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้น โดยนิโคตินเป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันดินไม่มีสี เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด และทำให้เกิดโรคหัวใจ ทาร์ (Tar) ประกอบด้วยสารหลายชนิด เป็นละอองเหนียวสีน้ำตาลคล้ายน้ำมันดิน ทาร์จะจับตัวอยู่ที่ปอดทำให้เยื่อปอดไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงกว่าร้อยละ 10-15 ส่งผลต่อหัวใจทำงานมากขึ้น ก๊าซไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นสาเหตุของโรคถุงลมปอดโป่งพอง (ประจิกิต วาทีสาธกิจ, 2555) ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการทำลายสุขภาพโดยของผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่

จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป (Brown, Inskip & Barraclough, 2000; Joukamaa, Heliovaara, Knekt, Aromnaa, Raitasalo & Lehtinen, 2001) จากการศึกษาของ Baxter (1996) พบว่าการตายของผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่มาจากระบบทางเดินหายใจผิดปกติมากถึงร้อยละ 60 จากโรคหัวใจร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (Brown et al., 1999 cite in McCloughen) ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดโรคร้าย เช่น ถุงลมโป่งพอง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็งหลายชนิด (จินตนา ยูนิพันธ์, 2549) ซึ่งการสูบบุหรี่ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงมากมายและเป็นสาเหตุการตายดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ต้องใช้ปริมาณยาเพื่อรักษาอาการทางจิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เพราะฤทธิ์ของสารทาร์ในบุหรี่จะลดระดับยาต้านโรคจิตในกระแสเลือด (De Leon & Diaz, 2005; อีรวิทย์ คล่องใจ, 2552) และการสูบบุหรี่ยังนำไปสู่การเพิ่มการเผาผลาญยารักษาโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องใช้ยาในขนาดที่สูงขึ้น ดังนั้นเมื่อปริมาณการใช้ยารักษาโรคจิตสูงมากขึ้นและผู้ป่วยจิตเภทยังคงสูบบุหรี่ฤทธิ์ของสารทาร์ที่อยู่ในบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อระดับของยาที่อยู่ในพลาสมาลดลง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบ และส่งผลการกลับเป็นซ้ำสูงนั่นเอง (Goff, 1992) โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปริมาณการสูบบุหรี่สูงจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวกสูงด้วยเช่น หูแว่ว หลงผิด ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน และเครียดจากอาการดังกล่าวมาก (Williams, Ziedonis & Foulds, 2004)

นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่มีการใช้เงินในการซื้อบุหรี่สูงถึงหนึ่งในสามของรายได้ (Steinberg, William & Ziedonis, 2004) จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความรุนแรงทั้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในด้านโรคทางกายดังที่กล่าวมา และส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินของโรคจิตเภทเองในด้านความรุนแรงของโรคทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบได้ ทั้งในด้านการสูญเสียด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยจิตเภทในการซื้อหาบุหรี่ เกิดผลเสียต่อสุขภาพบุคคลรอบข้าง ครอบครัว รวมทั้งสังคมและประเทศชาติ ซึ่งล้วนเป็นผลเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการบำบัดให้เกิดพฤติกรรมเลิก

สูบบุหรี่ เพื่อป้องกันผลเสียที่ตามมา ให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการสูบบุหรี่มาจากปัจจัยด้านต่างๆดังนี้ ปัจจัยด้านบุคคล เช่นความอยากรู้อยากลอง ต้องการการยอมรับเพื่อการเข้าสังคม ขาดทักษะในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การปฏิเสธการสื่อสารกับผู้อื่นและขาดทักษะในการจัดการกับอาการขาดนิโคตินหรืออาการอยากบุหรี่ ปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย นิโคตินมีปฏิกริยากับอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทใช้นิโคตินรักษาอาการด้านลบของตนเองหรือใช้ลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต (Ziedonis, et al., 1997; Lohr & Flynn, 1992; Seeman, 2002 cite in Yerardi, 2007) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการมีคนรอบข้างสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสูบบุหรี่ไปด้วย (Monica et al., 2010) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคลทั่วไปพบว่ามีความใกล้เคียงกันในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เช่นการศึกษาของ นฤมล นันทพล (2548) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลดีของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเคยได้สูบบุหรี่ตามความสะดวกในการหาซื้อบุหรี่ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้เห็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การได้รับการชักชวนจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูบบุหรี่นั่นเอง

การศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีน้อย แต่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนาน อาการเป็นๆ หายๆ และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคล้ายคลึงกันกับลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Sadock & Sadock, 2005) มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น Jetianuwatr (2001) ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือด พบว่าปัจจัยด้านอายุ คือมีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอายุที่มากขึ้น โดยในผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เพราะเมื่ออายุมากขึ้นความตระหนักในความรับผิดชอบต่อครอบครัวสูงขึ้น รวมทั้งเมื่ออายุมากขึ้นจะเพิ่มความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้นเช่นกัน ทำให้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Jetianuwatr, 2001) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส โดยสถานภาพสมรสคู่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความห่วงใยในสุขภาพของคู่สมรสสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้มาก ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปทำให้การรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลโทษพิษภัยของบุหรี่มากขึ้นเกิดความตระหนักต่อสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน นอกจากนี้จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบ 11-20 มวนต่อวัน สูบบุหรี่อย่างน้อย 11 ปี จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้มาก เนื่องจากจำนวนมวนที่สูบต่อวันยิ่งมาก และระยะเวลาการสูบบุหรี่ยาวนานจะทำให้เลิกได้ยาก การมีความพยายามในการเลิกก่อนหน้า เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550) และยังมีปัจจัยที่สามารถบอกถึงความต่อเนื่องของการเลิกสูบบุหรี่ นั่นหมายถึงความพยายามในการเลิกบุหรี่ปีก่อนหน้า 1 ครั้งหรือความพยายามในการเลิกบุหรี่ปีก่อนหน้า 2 ครั้งขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Jetianuwatr, 2001) ผู้ที่พยายาม

เลิกสูบบุหรี่มาแล้วสามารถเพิ่มโอกาสการเลิกสูบบุหรี่ได้ และจากการศึกษาของวิลลาวัลย์ พนาโชติและคณะ (2549) พบว่าภาวะการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ความตระหนักรู้ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ รวมทั้งมาตรการทางกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน ในด้านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เช่น อิทธิพลของการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ หรือบุคคลอื่นแนะนำให้เลิกบุหรี่ (ศิณีย์ สังข์ศรี, 2542) ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรมีวิธีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550) โดยผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการสูบบุหรี่นั้นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) ในระดับปานกลางถึงระดับสูงสามารถประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่าผู้ที่รับรู้ในสมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจซึ่งความตั้งใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (ศรีณีย์ กอสนาม, 2550; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การมีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การมีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จสูงในการเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546)

การช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มีหลายแนวทาง ดังเช่นในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ โดยใช้กิจกรรมบำบัดช่วยเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งมีบทบาทหลักด้านสุขภาพในมิติของการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล แก้ไข พื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ในการช่วยเหลือผู้รับบริการด้านสุขภาพที่มีประวัติเป็นผู้สูบบุหรี่ให้ได้รับการกระตุ้น หรือสร้างแรงจูงใจ และเสริมกำลังใจให้เลิกบุหรี่ และมีโอกาสได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการช่วยให้ผู้รับบริการที่มีประวัติสูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยกลุ่มเป้าหมายนั้นเน้นผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่น และเด็กที่มีประวัติการสูบบุหรี่ ในขณะที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2555) นอกจากนี้แนวปฏิบัติของประเทศไทยดังกล่าวแล้ว Baker et al. (2006) ศึกษาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดทางสังคมร่วมกับการบำบัดด้วยนิโคตินทดแทน มีการหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่อง สามารถลดการสูบบุหรี่ลงมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington et al. (1998) ที่ศึกษากลุ่มบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจที่หยุดพฤติกรรมสูบบุหรี่ มีความพยายามในการงดสูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ในระหว่างการบำบัด หรือโปรแกรมการบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ การได้รู้ถึงอันตรายจากบุหรี่ และได้ทราบผลดีจากการเลิกบุหรี่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน (นงนุช บุญอยู่, 2541) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา (Monica et al., 2011) การให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด (counseling and behavior therapies) การใช้ยาบำบัดสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ และควบคุมการแพร่กระจายบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) การสอนทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับจิตใจที่ไม่เข้มแข็งในสถานการณ์ที่มีสิ่งเร้า โดยมุ่งเน้นที่โปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ควรมุ่งเน้นไปที่การสอนทักษะการเผชิญปัญหา ลดความเหนื่อยหน่าย และใช้สิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มเข้าไปนอกเหนือจากการให้ความรู้ การช้ยา หรือการใช้แผ่นนิโคติน (Monica et al., 2011) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการสอนทักษะต่างๆเหล่านี้จะมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้

การบำบัดโดยผสมผสานแนวคิดอื่นๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เช่นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) การเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยงดและเลิกสูบบุหรี่ เพราะการที่ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความมั่นใจและพร้อมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ (Monica et al., 2010; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) นอกจากนี้แล้วยังพบว่า สมรรถนะแห่งตนช่วยให้บุคคลงดสูบบุหรี่ได้ (Mann-Wrobel et al., 2011) โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและต้องการการเสริมแรงอย่างมาก เพื่อชดเชยปัจจัยชีววิทยาของสมองที่ผิดปกติ (Dalack, 1998; George et al., 2000 cite in McChargue, 2003) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลสามารถประเมินได้จากความสมดุลแห่งการตัดสินใจ (Decisional balance) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (สุนิดา ปรีชาวงษ์ และจิราภรณ์ เนียมกฤษ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ในกลุ่มโรคเรื้อรังทางกายที่มีลักษณะพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (จิราภรณ์ เนียมกฤษ, 2548; พัชรินทร์ อินทร์ปรุง, 2551) การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถจัดการกับสิ่งล่อใจได้และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1997) อธิบายไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อ และการพิจารณาตัดสินใจของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่อการกระทำ และจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประสิทธิภาพของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ นั้นเอง และการจะพัฒนาการรับรู้ในความสามารถของตนเองนั้นประกอบด้วย 4 วิธีคือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง และบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการเรียนรู้ทางสังคมและจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ใดหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะเกิดกระบวนการการเรียนรู้ตามแบบแผนความคิดของบุคคลและนำข้อมูลที่เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองและพิจารณาตัดสินใจว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างไร

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาล ดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่พ้นหายจากภาวะการเจ็บป่วย สามารถแสดงออกซึ่งพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy theory) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาของ Bandura (1997) กล่าวถึงแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการที่บุคคลนั้นรับรู้



ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมหรือสร้างให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้นกระทำได้โดย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากขึ้นจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง ผู้วิจัยจึงได้นำการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในตนเอง เพื่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามที่คาดหวังคือพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การกระทำหรืออาการแสดงออก ด้านความคิด ความรู้สึก เพื่อแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การไม่ซื้อ บุหรี่ ไม่ขอหรือรับ บุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบ บุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ รวมทั้งการไม่พก บุหรี่ ไม่ขีดไฟ ไฟแช็ค การลดจำนวน บุหรี่ที่สูบต่อวัน การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ที่สูบต่อวัน (กุลวรรณ นาครัตน์, 2540; กาญจนา ภูสิงห์, 2541; ประไพจิตร ชุมแวงวาปี, 2542; จิตติมา พุงพรวน, 2547; จิราภรณ์ เนียม กุญชร, 2548) และยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่ (สุพรรณณี ปานดี, 2542) มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการพิจารณาตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเภทในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ (Monica et al., 2010) และความเชื่อในความสามารถของตนเองในระดับปานกลางถึงสูงก็เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จในพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546)

พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความเชื่อว่าจะตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและพยายามแสดงออกซึ่งพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป (Monica et al., 2010) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Bandura (1997) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความมั่นใจเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถจัดการกับสิ่งล่อใจได้และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและพร้อมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ (Monica et al., 2010) ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการใช้คำพูดชักจูง ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ขั้นตอนการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และขั้นตอนการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Bandura, 1997) โดยแต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งรวม 2 สัปดาห์ นานครั้งละ 45-60 นาที โดยกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)** โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำพูดเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถแสดงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งวิธีการใช้คำพูดชักจูงมี 4 วิธีคือ การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) โดยเน้นการเรียนรู้ตามใบงาน และใบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองมากยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาของตนเอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยจิตเภทคนอื่นๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยาพิษภัยของบุหรี่ ความสัมพันธ์ของบุหรี่ยกับการเกิดโรคต่างๆ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ย มีการแนะนำ ให้คำชี้แนะ กระตุ้นซักถามอธิบายให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้าใจ มั่นใจในการกระทำปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่จนประสบผลสำเร็จ ซึ่งการเรียนรู้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ต่างๆ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะการจัดการ ตัดสินความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง และการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ โดยบุคคลที่เชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จ และสมรรถนะแห่งตนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997)

การให้ความรู้ดังกล่าวผู้วิจัยจัดกลุ่มการเรียนรู้ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประเด็น โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดงของโรค การรักษา และให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยาพิษภัยของบุหรี่ย ความสัมพันธ์ของบุหรี่ยกับการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยใช้คำถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ สถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทในอดีตและปัจจุบัน เพื่อเป็นการประเมิน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยคำถามง่ายๆ คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณ คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ คุณวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ของคุณไว้อย่างไร เพื่อเป็นการสอบถามประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการการซักประวัติ และบันทึกในประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้

ตระหนักและเห็นความสำคัญของการเจ็บป่วยดังกล่าว โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง ร่วมกันอภิปรายในประเด็นดังกล่าว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายในกลุ่ม รวมทั้งการถามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยแต่ละคน ชักชวนชี้แนะให้เลิกบุหรี่ และนำเสนอต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งผลจากการอภิปรายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของบุคคลอื่น โดยการแสดงออกมาเป็นคำพูดจะทำให้บุคคลเกิดกำลังใจ และมีความ พยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จนประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997) ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะ อธิบายเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่โดยการชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปฏิบัติพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลิก สูบบุหรี่

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling)** โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้จาก ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ได้แก่สื่อการสอนภาพพลิก และคู่มือเรื่องการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกสูบบุหรี่ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงโดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มี ประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ประสบการณ์เมื่อมีความรู้สึกเครียดอยากสูบบุหรี่และ วิธีการจัดการ โดยวิธีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบ และเกิดการ เลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ดี (Bandura, 1997) เกิดความพึงพอใจใน มั่นใจในสมรรถนะแห่งตน อันจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมต่อไป ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ แนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภททุก คนให้เลิกสูบบุหรี่ ชื่นชมให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวก ให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักเห็นถึง ความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นโทษ พิษภัยของบุหรี่ เห็นข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ และจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดภายหลังเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการจัดการกับอาการ เหล่านั้นอย่างเหมาะสม ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย หลังจากนั้นมอบหมายงานให้ผู้ป่วยบันทึก เหตุการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก อาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการจัดการและกลับมา อภิปรายพูดคุยในประเด็นดังกล่าวในครั้งต่อไป

**กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience)** โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท บุหรี่ วิธีการเผชิญและคลายเครียดเมื่อ เกิดความอยากสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนบันทึกเกี่ยวกับตนเอง กำหนดวันหยุด สูบอย่างชัดเจนลงในคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือแนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภท เลือกรวันสำคัญต่างๆ ในรอบปี เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบแต่งงาน หรือวันเกิดลูก ในการกำหนด วันหยุดสูบบุหรี่ของตนเอง และให้ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัว เพื่อน หรือคนที่คุณรักให้ทราบว่ามีแผน ที่จะเลิกสูบบุหรี่ และขอให้ช่วยให้การสนับสนุนให้กำลังใจ การเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดย แนะนำให้ทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกจากสิ่งแวดล้อมให้หมด ทั้งที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกันอภิปรายอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางอะไรทำไมถึงกลับมาสูบอีก เพื่อปรับปรุงแผนการเลิกบุหรี่ ครั้งนี้ต่อไป และวิธีการจัดการเมื่อเกิดความเครียดอยากสูบบุหรี่ ซึ่งการฝึกปฏิบัติจนประสบ ความสำเร็จในหลายครั้งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ถึงแม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยจิตเภทจะ เผชิญปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และจะเกิดการกระทำพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือ โดยการให้คำปรึกษาช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ช่วยให้

ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และคาดหวังในการเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองการให้คำแนะนำเพื่อจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมกันเสนอแนะหาวิธีการแก้ไข และให้สมาชิกเกิดการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งผลจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลอื่น

**กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (physiological and emotional arousal)** โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่เมื่อกลับบ้าน จัดเตรียมสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรม จัดกระบวนการเรียนรู้ให้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการอภิปราย แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกซึ่งการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการกระตุ้นทางด้านร่างกาย อารมณ์ที่เหมาะสม จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น (Bandura, 1997) การวางแผนติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด เพื่อป้องกันหรือลดความวิตกกังวลและคลายเครียด เนื่องจากความวิตกกังวลและความเครียดจะนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Beck, 2004)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพศชายอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน (จากแบบประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่) และมีอาการทางจิตทุเลา ระดับคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ในระดับน้อยโดยมีค่าคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน

### ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจัดกระทำขึ้นสำหรับบำบัดผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถจัดการกับสิ่งล่อใจได้ และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ครั้งๆละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง สร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การสูบบุหรี่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยเน้นกิจกรรมการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่ ความสัมพันธ์ของบุหรี่กับการเกิดโรคต่างๆและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประเด็น ปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมกันเสนอแนะหาวิธีการแก้ไข สอบถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และบันทึกในประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ได้แก่สื่อการสอนภาพพลิก และคู่มือเรื่องการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกสูบบุหรี่ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ใช้คำพูดเสริมแรงทางบวก สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ชี้ให้เห็นโทษ พิษภัยของบุหรี่ เห็นข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดภายหลังเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสม มอบหมายงานให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก อาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการจัดการและกลับมาอภิปรายพูดคุยในประเด็นดังกล่าวในครั้งต่อไป กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท บุหรี่ วิธีการเผชิญและคลายเครียดเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ จัดให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนบันทึกเกี่ยวกับตนเอง สนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ การเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แนะนำให้ตั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ร่วมกันอภิปรายอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางอะไรทำไมถึงกลับมาสูบบอก และวิธีการจัดการเมื่อเกิดความเครียดอยากสูบบุหรี่ และร่วมกันเสนอแนะหาวิธีการแก้ไข เพื่อให้เกิดการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ จัดเตรียมสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรม การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการอภิปรายแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกและการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด วางแผนติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนเองและสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่ ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่

ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการจัดการเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่และให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง

**พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่** หมายถึง ลักษณะการแสดงออกใดๆ ของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองในด้าน 1) การตั้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ 2) การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ 3) การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ 4) การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ 5) จำนวนมวนที่สูบต่อวัน โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่พัฒนาโดยจิราภรณ์ เนียมภุณฺษ (2548)

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD-10 (F 20.0-F 20.9) ที่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีอาการทางจิตสงบ มีค่าคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับ ในขณะที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ การซักประวัติประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะวิกฤติฉุกเฉิน การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหา อาการในระยะเรื้อรังบำบัด แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุและอาการของโรคจิตเภท
- 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 การบำบัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.5 บทบาทพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

#### 3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- 3.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.3 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

#### 4. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

#### 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2552) ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว โรคนี้พบได้บ่อยส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังเป็นแล้วมักไม่หายขาด

WHO (2011) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ว่าเป็นความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะ คือมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate) หรือ อารมณ์ที่อ้อ ๆ (Blunted) ระดับการรับรู้และความสามารถทางสติปัญญาไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางการรู้คิดในระยะการดำเนินโรค มีอาการหูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย มีความผิดปกติของความคิดและอาการด้านลบ การดำเนินโรคมียืดเยื้อต่อเนื่อง มีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ

สรุปความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง โดยพบความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย หรือโรคของสมอง

### 1.2 สาเหตุและอาการของโรคจิตเภท

Boyd (2005) กล่าวว่า ข้อบ่งชี้สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด และยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อาจเกิดจาก ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้

#### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงในการเจ็บป่วย เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไปเช่นกัน

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาด้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน



3) ด้านกายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนทริเคิล (Ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

4) ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตาโบลิซึมลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (Ego) และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภท ของครอบครัวนั้น สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Boyd, 2005) และอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด ชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต และหลงผิดคิดว่าคนนินทาว่าร้ายตนเอง อาการประสาทหลอน ที่พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (Asociality) อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง โดยอาการของโรคจิตเภทสามารถแสดงออกได้หลายรูปแบบ แตกต่างกันไป มีอาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ ระยะเวลา การดำเนินของโรคส่วนใหญ่แสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำ เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน การทำงาน ไม่ดูแลสุขภาพอนามัย มีพฤติกรรมผิดปกติจากเดิม หรือการแสดงอารมณ์อย่างรุนแรง ผู้ใกล้ชิดจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจนเช่น หูแว่ว หลงผิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

### 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภททั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2553)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ง

1.3.2 ระยะกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและหวาดระแวงเกิน 1 เดือน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.3.3 ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมาก อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหวาดระแวง อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน มีผลกระทบต่อโรค และจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง พบว่าการพยากรณ์โรคไม่ดีในผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย ไม่พบปัจจัยกระตุ้น อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการเรื้อรังแยกตัวเอง เป็นกลุ่มอาการด้านลบ มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว เป็นมานาน และไม่มีใครช่วยเหลือดูแล (มานโซ หล่อตระกูล, 2553)

### 1.4 การวินิจฉัยโรค

ปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้ 2 เกณฑ์ คือ เกณฑ์ของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ปรับปรุงเนื้อหา (4<sup>th</sup> ed. Text revision) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2553)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้

1.4.1 มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่า 1 เดือนก็ได้ ถ้าหากได้รับการรักษา) ได้แก่ 1) หลงผิด 2) ประสาทหลอน 3) มีความผิดปกติของคำพูด 4) มีพฤติกรรมสับสนอย่างเห็นได้ชัดเจน 5) มีอาการทางด้านลบ เช่น อาการเฉื่อยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ : อาการข้อ 1 หรือ 2 มีอาการเพียงอย่างเดียวถือว่าครบตามเกณฑ์

1.4.2 มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพ

1.4.3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีอาการดังกล่าวข้างต้น เป็นนานต่อเนื่องและเป็นอยู่เรื่อยๆอย่างน้อย 6 เดือน

1.4.4 ต้องไม่ใช่โรคจิตชนิดอื่นคือ schizoaffective disorder

1.4.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

1.4.6 ถ้าเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive development disorder มาก่อน จะวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) อาการต่างๆของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 9 กลุ่มอาการดังนี้ 1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) 2.โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia) 3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia) 4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia) 5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia) 6.โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression) 7.โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia) 8.โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia) 9.โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

### 1.5 การรักษาโรคจิตเภท

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการการบำบัดรักษาที่ใช้หลายวิธีการร่วมกัน ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยมีวิธีการบำบัดรักษา ดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Harwath & Coumos, 1999; Kumar & Sedgwick, 2001) การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ 1) ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึม มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก 2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบ ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีก แบ่งเป็นยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม และยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1) ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม เช่น Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุด Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันเช่น Choprothixene, Thiothixene, Flupenthixol, Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย มีExtra -pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol, Dibenzoxanzepines ยาในกลุ่มนี้ใช้ตัวเดียว คือ Loxapine, Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแต่ใช้แก้ปวด

2) ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ เช่น Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษาเป็นยาที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า Haloperidol แต่ต้องใช้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน)

3) ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนาน ๆ ได้แก่ ปากแห้ง คอแข็ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ Extra-pyramidal side effect

เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ 1) Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (Tremor) ที่มี แขน ขน ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like faces) 2) Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบนตลอดเวลา 3) Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการรุ่มวาย (agitated) 4) Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญ คือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น เคี้ยวดูตปาก เสียวและดูคริมฝีปาก แลบลิ้นขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-Wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่าไม่มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ รุ่มวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่า

Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษา

อาการชักอาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงขึ้นเพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์กดขีดจำกัด (Threshold) ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มีผลลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ยาวนานตลอดวันจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (Skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจากคลอโพรมาซีน (Chlopromazine) มากกว่าตัวอื่น

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณเลนส์ (lens) และกระจกตา (cornea) พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วยเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ใน

ขนาดที่สูงอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มึนนมคัดและบางรายมีน่านมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่นฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วยยารักษาโรคจิต

1.5.3 การดูแลรักษาจิตสังคม เช่น การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counselling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อเป็นการทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้นนิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาคุ้มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

สรุป การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันมีหลายวิธีการที่ใช้ร่วมกัน ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด โดยเน้นให้ความสำคัญในการดูแล การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

## 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

แนวความคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ถือเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือ ดูแลบุคคลในด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม (จิตตนา ยูนิพันธ์, 2536) ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ โดยการพยาบาลถือเป็นศาสตร์และศิลป์มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผิดปกติจากเดิม หรือการแสดงอารมณ์อย่างรุนแรง ผู้ใกล้ชิดจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม และจะแสดงอาการของโรคชัดเจนเช่นมีอาการ หูแว่ว หลงผิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษา รวมทั้งการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงโดยพยาบาลจิตเวช และพยาบาลจิตเวชต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ของพยาบาลเพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วย และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (จิตตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. การพยาบาลผู้ป่วยโดยเน้นคำนึงถึงครอบครัว ชุมชนของผู้ป่วยร่วมด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) หรือเพื่อบรรเทาอาการของโรค โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หรือเพื่อการฟื้นหาย (Recover or Healing) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรค (Health Protection)

จากแนวการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว เมื่อก้าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หัวใจสำคัญของการพยาบาลคือกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลต้องนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ดังนี้ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545); ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2549)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย เน้นการประเมินสภาพทั่วไป อาการ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องประเมินคือ การประเมินด้านสุขภาพด้านร่างกายทั่วไป เช่น ความสะอาดทั่วไปของผู้ป่วย ความเหมาะสมของการแต่งกาย นอกจากนั้นแล้วการประเมินด้านความคิดของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด เช่น ความคิดหลงผิดต่างๆ รวมไปถึงการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่พบความผิดปกติของการรับรู้ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง ซึ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสามารถประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและนำสู่กระบวนการพยาบาล

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นจะต้องสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาอาการด้านบวกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนระยะสั้น ระยะยาว เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เฉพาะราย

5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ทราบว่าผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีประสิทธิผลเพียงใด และพยาบาลจะวางแผนแก้ไขในผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลอย่างไร

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ได้อธิบายถึงการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย หลักการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลดังนี้

1. การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาความพร่องการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย เนื่องจากความเสื่อมจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นๆ เช่น หลงผิดหวาดระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำอาจเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารได้ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทคงศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. การพยาบาลด้านความคิด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิดที่บิดเบือนหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้นการหาความหมายของความคิดที่ผิดปกติ หรือการตรวจสอบความหมาย เพื่อให้การให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย และไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

3. การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาความผิดปกติด้านอารมณ์ พยาบาลต้องจึงมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสม

4. การพยาบาลด้านสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมทักษะด้านสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและเมื่อพิจารณาการพยาบาลตามระยะอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการทำงานและด้านสังคมต่ำลง สามารถแบ่งการพยาบาลตามระยะอาการของผู้ป่วยดังนี้

4.1 การพยาบาลระยะเริ่มแรก (Initial) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย ส่งผลให้กิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยด้านชีวิตประจำวันลดลงด้วย รวมถึงความพร้อมด้านการสื่อสาร อาการหลงประสาทหลอน กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นในขณะนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในบุคลากรทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเน้นการตอบสนองด้านร่างกาย เช่น การได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้แล้วยังมุ่งหวังด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกิจกรรมการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย

4.2 การพยาบาลระยะกลาง (Interim) ผู้ป่วยระยะเรื้อรังบำบัด พยาบาลต้องประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลยังเน้นที่สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น การเน้นญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยผลลัพธ์ทางการพยาบาลในขณะนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลช่วยเหลือแนะนำเป็นครั้งคราว

4.3 การพยาบาลระยะก่อนกลับบ้าน (Pre discharge) ในระยะนี้ความต้องการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย (Minimal care) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการเจ็บป่วยของตนเองสามารถดูแลตนเองได้ทุกด้าน มีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เน้นทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติสุข

## 2. โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งในบุคคลทั่วไป และผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกัน ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคล โดยทั่วไปเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรม การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ประไพจิต ชุมแวงวาปี (2542) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึงการแสดงออกของบุคคล โดยการไม่ซื้อ หรือไม่ขอ ไม่รับหรือหยิบบุหรี่จากผู้อื่น รวมถึงไม่พกบุหรี่ หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับสูบบุหรี่ เช่น ไม้ขีดไฟ ไฟแช็ค รวมทั้งหมายถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

จิราภรณ์ เนียมกฤษุธร (2548) อธิบายถึงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ว่า หมายถึง การแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การงดสูบบุหรี่ โดยการไม่พกบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบและไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

อภิรักษ์ ปัญญาภาพ (2549) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หมายถึง การแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ที่สามารถสังเกตเห็นและวัดได้ หรือพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือวัด เช่น ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง การแสดงออกของบุคคลด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้สูบบุหรี่ โดยสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ไม่พกพาอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ หรือใช้สูบบุหรี่ทุกชนิด รวมทั้งการรับหรือขอบุหรี่จากบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังหมายถึงการลดจำนวนมวนของบุหรี่ในการสูบต่อวัน

### 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้น สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน จำนวนบุหรี่ที่สูบ 11-20 มวนต่อวัน สูบบุหรี่อย่างน้อย 11 ปี การมีความพยายามในการเลิกก่อนหน้า เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550) เมื่ออายุมากขึ้นจะเพิ่มความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Jetiyanuwatr, 2001) การมีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นโรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้ หรือภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (วิลาวัลย์ พนาโชติและคณะ, 2549; สนทรรศ บุขราทิท และคณะ, 2555) จำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบ 11-20 มวนต่อวัน สูบบุหรี่อย่างน้อย 11 ปี เมื่อระยะเวลาการสูบบุหรี่ยิ่งนานขึ้น จำนวนมวนที่สูบมาก อัตราการสูบบุหรี่ได้สำเร็จก็น้อยลง (สนทรรศ



บุษราทิท และคณะ, 2555) การมีความพยายามในการเลิกก่อนหน้า เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550) และสามารถบอกถึงความต่อเนื่องของการเลิกสูบบุหรี่ นั้นหมายถึงความพยายามในการเลิกบุหรี่ก่อนหน้า 1 ครั้งหรือความพยายามในการเลิกบุหรี่ก่อนหน้า 2 ครั้งขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Jetianuwatr, 2001) นั้นหมายความว่าผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วสามารถเพิ่มโอกาสการเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งมาตรการทางกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน (วิลาวัลย์ พนาโชติและคณะ, 2549)

การจะช่วยให้บุคคลที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้นั้น ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลได้ เช่น การศึกษาของ ศิณีย์ สังข์ศรีศรี (2542) พบว่า สาเหตุส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย รวมทั้งการที่บุคคลต้องการเป็นตัวอย่งให้แก่บุคคลอื่น ในด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่อิทธิพลของการรณรงค์ในการเลิกสูบบุหรี่ และบุคคลอื่นแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และการที่บุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ นั้น ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังก็เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างชัดเจนและจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ นั้นยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ เข้ามามีเกี่ยวข้อง เช่น อายุ พบว่าผู้สูบบุหรี่อายุ 35 ปีขึ้นไปสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น ความตระหนักในความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งในด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว ตระหนักในภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีความต้องการในการเลิกบุหรี่และเลิกได้สำเร็จสูง รวมทั้งประสบการณ์ในการพยายามเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการสูบบุหรี่สูงที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญให้ประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (ศรีณย์ กอสนาม, 2550) และความพยายามบ่อยๆ ของผู้สูบบุหรี่ที่ทำให้ทราบปัญหา และอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ก็เป็นส่วนช่วยให้สามารถหาทางแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น วิธีการหักดิบหรือวิธีการเลิกสูบบุหรี่โดยทันที เป็นวิธีการที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าวิธีการอื่นๆ (Jetianuwatr, 2001 อ้างถึงใน พัทรินทร์ อินทร์ปรุง, 2551)

### 2.3 การบำบัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

การบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มจาก การสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแบบกระชับสั้น (Brief clinician intervention) เน้นประเด็นปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ และติดบุหรี่ยุ่รุนแรงกว่า บุคคลทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชประเภทอื่นๆ แต่รูปแบบของการบำบัดก็คล้ายกับการบำบัดผู้ติดบุหรี่ทั่ว ๆ ไป เพียงแต่ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้การบำบัดด้วยยาร่วมด้วย และผลของการบำบัดจะได้ผลน้อยกว่าคนทั่วไป ผู้ป่วยอาจจะต้องเข้าโปรแกรมการบำบัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง รูปแบบของการบำบัดผู้ติดบุหรี่ที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ที่พัฒนาโดย University of Michigan Health System (2001), National Advisory Committee on Health and Disability, 2002; Flay et al., 1983; Kim, 2005 อ้างถึงในสุนิดา ปรีชาวงษ์ และ จิราภรณ์ เนียมกฤษกร (2550) สามารถใช้ในการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ได้ทั้งบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยโรคทางกาย และผู้ป่วยจิตเวชซึ่งกระบวนการบำบัดมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การซักประวัติ (Ask) ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติสุขภาพ

2. การแนะนำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (Advise) เป็นระยะเริ่มแรกของการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ (Brief clinician intervention) เน้นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ โดยการสื่อสารที่มีความชัดเจน (Clear) ให้ผู้รับบริการทราบว่า ผู้บำบัดคิดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เขาต้องหยุดสูบบุหรี่ และผู้บำบัดยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำที่หนักแน่น (Strong) ว่าเขาจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต และการให้คำแนะนำให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน

3. ประเมิน ความตั้งใจการหยุดบุหรี่ (Assess) โดยการประเมินว่าผู้รับบริการพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้าหรือไม่ และถ้าผู้รับบริการมีความพร้อมและต้องการความช่วยเหลือในการหยุดสูบบุหรี่ ผู้บำบัดก็จะแนะนำแหล่งบริการ ที่ช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ที่ใกล้ที่สุด แต่ถ้าผู้รับบริการยังไม่มีความพร้อมในการหยุดสูบบุหรี่ ให้ใช้การบำบัด เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ (Motivation intervention) เป็นการบำบัดแบบกระชับสั้น (Brief clinician intervention)

4. การช่วยเหลือ (Assist) และการส่งต่อ (Refer) ผู้รับบริการเพื่อให้ได้รับการบำบัดที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมหรือมีความสนใจที่จะหยุดบุหรี่หรือต้องการบำบัดภายใน 30 วันข้างหน้า ซึ่งรูปแบบของการบำบัดมีทั้งการบำบัดทางจิตสังคมและการบำบัดทางยา รูปแบบของการบำบัด ช่วยเหลือ (Assist) การบำบัดช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่แล้วมีหลายรูปแบบและมีหลายขั้นตอน เพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่และดำรงพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ไว้ได้ ซึ่งรูปแบบการบำบัดมีดังนี้

4.1 การช่วยให้ผู้รับบริการวางแผนการหยุดสูบบุหรี่ โดย

4.1.1 กำหนดวันหยุดสูบบุหรี่อย่างชัดเจนและทำแผนบันทึก หรือสมุดบันทึก อาจเลือกเอาวันสำคัญต่างๆ ในรอบปี เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบแต่งงาน หรือวันเกิดลูก การกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ สามารถทำนายผลสำเร็จของการหยุดสูบบุหรี่ระยะยาวได้ปัจจัยหนึ่ง

4.1.2 การบอกคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนที่คุณรักให้ทราบว่า มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ และขอให้ช่วยให้การสนับสนุนให้กำลังใจ

4.1.3 การเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยการทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกจากสิ่งแวดล้อมให้หมด ทั้งที่บ้าน ในรถและที่ทำงาน

4.1.4 การตรวจสอบและประเมินประสบการณ์จากการเลิกครั้งที่แล้วว่า ได้วางแผนการหยุดสูบบุหรี่ไว้อย่างไรบ้างและมีอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางอะไรทำไมถึงกลับมาสูบบอก เพื่อปรับปรุงแผนการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ต่อไป

4.1.5 การเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายในช่วงวิกฤตโดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ เช่น การจัดการกับอาการขาดนิโคติน

4.2 การส่งไปบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น ซึ่งมีจำนวนครั้งของการบำบัด ทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มผู้รับบริการที่ควรได้รับการบำบัดแบบเข้มข้นได้แก่

4.2.1 ได้รับการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ หลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ

4.2.2 ต้องได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการเผชิญ

สถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับมาสูบบุหรี่ และกลับไปติดซ้ำ เช่น ทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ (Coping strategies, problem solving) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการป้องกันการกลับติดซ้ำ (Relapse prevention)

#### 5. การนัดหมายเพื่อติดตามรักษาต่อเนื่อง (Arrange)

5.1 การจัดตารางการนัดหมาย (Schedule follow-up) การติดตามประเมินการหยุดสูบบุหรี่จะทำทุกครั้งที่มีผู้ป่วยกลับมาติดตามการให้คำปรึกษาและการติดตามในระยะอื่นๆ ที่ผู้รับบริการ ไม่ได้มาที่หน่วยบำบัด จะใช้การติดตามทางโทรศัพท์

5.2 ระยะเวลาในการติดตาม (Time) การติดตามการบำบัด จะทำทันทีเมื่อผู้รับบริการเริ่มหยุดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 1 อาทิตย์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้อัตราการหยุดสูบบุหรี่สูงกว่าการบำบัดที่ไม่มีการติดตาม การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นควรกระทำทันทีใน 24 ชั่วโมงแรกเพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ใหม่ๆ อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์นิโคตินมีความรู้สึกทรมานจากภาวะดังกล่าวและกลับไปสูบบุหรี่ได้อีก หลังจากนั้นติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

ปัจจุบันได้มีแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้เสนอแนวทางการบำบัดไว้ดังนี้

**ขั้นตอนการบำบัดและแนวปฏิบัติที่ควรพิจารณาดำเนินการให้สำหรับผู้รับบริการที่สูบบุหรี่** ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2555, กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2556)

#### 1. การคัดกรอง

- 1.1 การคัดกรอง ว่ากำลังสูบบุหรี่อยู่ในขณะที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพ
- 1.2 การประเมินแรงจูงใจหรือความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่

#### 2. การบำบัด โดยในการบำบัดที่ได้ผลดีสำหรับการเลิกสูบบุหรี่มีดังนี้

2.1 การบำบัดแบบระยะสั้นๆ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้อยากเลิกบุหรี่ป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

2.2 การให้คำปรึกษา และการปรับพฤติกรรม (Counseling and Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา/หรือการฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อการจัดการความเครียดหรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เช่น เทคนิคการดำรงสภาวะการไม่สูบบุหรี่โดยไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก การให้กำลังใจ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพยาบาล หรือบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ การให้คำชมเชยและช่วยเหลือต่างๆ ตามโอกาสและสถานการณ์ของผู้รับบริการแต่ละคน หรือการใช้ Aversive smoking technique เช่น rapid smoking หรือ rapid puffing

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2556) ได้อธิบายถึงหลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไว้ดังนี้

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือผู้มารับบริการให้สามารถจัดการกับสภาพปัญหา หรือความทุกข์ของตนเอง โดยอาศัยสัมพันธภาพและเทคนิคของผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยให้ผู้รับบริการรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจสภาพปัญหา และสามารถจัดการปัญหา เลือกใช้วิธีการได้อย่างมีคุณภาพ เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เป็นกระบวนการในการช่วยเหลือ

บุคคลให้มีสุขภาพที่ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยเทคนิควิธีการและทฤษฎีของการให้การปรึกษา ช่วยให้ผู้คลั่งและเข้าใจตนเอง สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มตามศักยภาพของตนเอง

หลักการให้การปรึกษา (อรพรรณ สือบุญธวัชชัย, 2549)

1. การให้คำปรึกษาควรอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจมนุษย์ เป็นผู้มีจิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึก และมีการพัฒนา และผู้ให้คำปรึกษาพร้อมที่จะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
  2. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับ ให้เกียรติ โดยแสดงออกให้รับรู้ได้ทั้งทางสีหน้า ท่าทาง และคำพูด
  3. การให้คำปรึกษาที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงใจ ซึ่งสามารถสังเกตได้จากสีหน้า ท่าทาง และคำพูด การแสดงออกต่อผู้มารับบริการ โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงถึงความตั้งใจจริงในการให้คำปรึกษา
  4. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเห็นใจ และผู้ให้ปรึกษาต้องเกิดความรู้สึกที่ดี เห็นใจผู้ขอรับคำปรึกษา เข้าใจสภาพที่ผู้รับคำปรึกษาเป็นอยู่
  5. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและยอมรับตนเองในแง่มุมต่างๆ ทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง บทบาทหน้าที่ของตนเองในขณะนั้น เพื่อให้เกิดความพร้อมในการให้คำปรึกษา
  6. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและการยอมรับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาต้องยอมรับผู้ขอรับคำปรึกษาในฐานะบุคคลหนึ่งที่มีคุณค่า ศักดิ์ศรี และแสดงออกซึ่งความเข้าใจและยอมรับในสิ่งผู้ขอรับคำปรึกษาแสดงออก
  7. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการ เพราะการเข้าใจสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการจะช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหา สาเหตุและการแก้ไขได้รวดเร็วขึ้น
  8. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งการตัดสินใจที่เหมาะสมของผู้ให้คำปรึกษาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ขอรับคำปรึกษา เพราะการตัดสินใจที่ดีนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้ดีส่งผลต่อการจัดการปัญหาของผู้ขอรับคำปรึกษาอีกด้วย
  9. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การให้ข้อมูลหรือตอบคำถามของผู้ขอรับคำปรึกษาต้องถูกต้องและเป็นจริง
  10. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้ให้คำปรึกษาต้องยึดมั่นจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด
- ดังนั้นหลักการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ที่ได้ผลดีที่สุดคือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นความสามารถร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้ขอรับคำปรึกษาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งมีเทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ควรดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ สือบุญธวัชชัย, 2556)

1. สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจตัวผู้ให้คำปรึกษา
2. สร้างบรรยากาศอบอุ่นเป็นกันเอง ให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีมิตรพร้อมช่วยเหลือ

3. แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือ พุดคุยด้วยความเห็นอกเห็นใจ
4. สร้างเจตคติและความมุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่
5. ให้ความรู้ถึงโทษ พิษภัยของบุหรี่ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
6. สร้างพลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น บุตร ภรรยามีส่วนร่วม
7. ในวัยรุ่นหาแนวร่วม เช่น กิจกรรมในโรงเรียน เพื่อนปรึกษาเพื่อน หรือการใช้

คำปรึกษาแบบกลุ่ม

8. จัดหาสิ่งทดแทน เช่น กิจกรรมที่พึงพอใจหรือเล่นกีฬาที่ชอบ
9. สร้างความหวัง และเป้าหมายในอนาคตที่เป็นจริง
10. การให้กำลังใจ
11. การพร้อมที่จะเป็นที่ปรึกษาได้เสมอ

กล่าวโดยสรุป การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่นั้น พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2.3 การบำบัดด้วยยา ในประเทศไทยตามกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทในการสั่งการรักษาเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพ ยาที่ควรได้รับการพิจารณาเลือกใช้ ช่วยในการเลิกบุหรี่ในลำดับแรก (First-Line Medication) ประกอบด้วย

- 1) บิวโพรไพออน (Bupropion HCL Sustained Release)

เป็นยาต้านอาการเศร้าในกลุ่ม norepinephrine dopamine reuptake inhibitors เมื่อยาเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้ระดับของสารสื่อประสาท norepinephrine และ dopamine เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการถอนพิษนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ ข้อควรระวังของยา bupropion ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก และระวังในโรคความดันโลหิตสูง

2) หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine gum) ทั้งยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่ผลิตได้เองในประเทศไทย ซึ่งมีประสิทธิภาพใกล้เคียงยาที่นำเข้า แต่ราคาย่อมเยากว่า

3) นิโคตินสูดดม (Nicotine Inhaler) รูปแบบนี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันนี้

4) นิโคตินพ่นจมูก (Nicotine nasal spray) รูปแบบนี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบันนี้

- 5) แผ่นแปะนิโคติน (Nicotine patch)

- 6) ยาน้ำผสมนิโคตินสำหรับอมก้นปาก (Nicotine solution)

ส่วนยาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ในลำดับที่สอง second line drugs ประกอบด้วย

1) นอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) ซึ่งเป็นยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติที่ผู้รับการรักษาสามารถเบิกได้เป็นยาต้านอาการเศร้า มีฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคติน

2) โคลนินิดีน (Clonidine)

3) วาเรนิคลีน (Varenicline : Champix) เป็นยาชนิดใหม่ล่าสุดที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาของไทยแล้ว และเริ่มวางจำหน่ายในตลาดยาประเทศไทย ซึ่งต้องการแพทย์สั่ง จึงจะใช้เป็นยาบำบัดช่วยเลิกบุหรี่ ได้และเนื่องจากเป็นยาชนิดใหม่ ดังนั้นแพทย์ผู้สั่งยานี้ควรติดตามผลการใช้ยา ผลข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ อย่างใกล้ชิด

ดังนั้นในทางปฏิบัติอาจแบ่งยาเป็น 2 ประเภทคือ 1) ยาที่ใช้ควบคุมอาการถอนนิโคตินในระยะยาว (controlling agents) เช่น Bupropion hydrochloride sustained release formulation และ nortriptyline 2) ยาที่ใช้ลดหรือบรรเทาอาการถอนนิโคติน (rescue agents) เพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับ controlling agents

กล่าวโดยสรุป การเลือกใช้ยาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ควรพิจารณาเลือกใช้ยาในกลุ่ม controlling agents ร่วมกับ rescue agents เพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้น

การบำบัดผสมผสานด้วยยาหลายชนิดร่วมกันนอกจากนี้ในประเทศไทย แพทย์ผู้ให้การบำบัดในคลินิกอดบุหรี่บางแห่งยังมีการพิจารณาให้ยาประคับประคองตามอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นยาคลายเครียด ยาวิตามิน หรือยาบำรุงอื่นๆ หรืออาจพิจารณาให้ยาชนิดอื่นๆ ได้อีกเช่น ยาต้านภาวะซึมเศร้าชนิดอื่นๆ นอกเหนือจากบิวโพรไพออน และนอร์ทริปไทลีน ยาคลายความวิตกกังวล (Anxiolytics) หรือยาในกลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (Benzodiazepines) หรือเบต้าบล็อเกอร์ (Beta-blockers) ซิลเวอร์ อะเซเตท (Silver acetate) หรือ มีแคมิลามีน (Mecamylamine) หรือโซดามีนท์

2.4 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการควบคุมน้ำหนักตัวเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระยะหลังการเลิกบุหรี่

2.5 การฝึกฝนทักษะสำหรับบุคลากรสาขาวิชาชีพสุขภาพเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้

นอกจากนี้แล้วยังได้เสนอแนวทางบำบัดสำหรับกลุ่มพิเศษ เช่นกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล โดยการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ตามแนวปฏิบัตินี้พบว่ามีประสิทธิภาพสำหรับผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยปัญหาสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว และสูบบุหรี่จึงควรได้รับการบำบัดตามแนวปฏิบัตินี้ ผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ร่วมกับมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือมีปัญหาการเสพติดสารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วยควรดำเนินการให้ได้รับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ตามแนวปฏิบัตินี้เช่นเดียวกัน ยาบิวโพรไพออน เอสอาร์ และนอร์ทริปไทลีนมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ในประชาชนทั่วไปที่สูบบุหรี่ และมีประสิทธิภาพบ่งชี้ว่าการบำบัดช่วยการเลิกบุหรี่ไม่ได้รับกวนการฟื้นฟูจากการเสพติดสารเสพติดอื่นๆ ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการรักษาอาการเสพติดยาเสพติดประเภทอื่นๆ ควรได้รับการดูแลให้ได้รับการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ไปพร้อมกันด้วย ตามแนวปฏิบัตินี้ ซึ่งครอบคลุมทั้งการให้คำปรึกษา และการบำบัดด้วยยา

นอกจากวิธีการที่ช่วยให้บุคคลหยุดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังกล่าวแล้ว ยังมี การศึกษาที่ศึกษาโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่น การศึกษาของ Addington (1998) พบว่าโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุด สูบบุหรี่ที่นิยมใช้บำบัดมี 3 รูปแบบคือ

1. โปรแกรมการป้องกันการกลับไปติดบุหรี่ซ้ำ (Relapse prevention) ของ Ziedonis and Associates (1997) ซึ่งใช้หลักการของ Behavioral therapy รูปแบบของการบำบัด ประกอบด้วยการบำบัด 10 ครั้ง โดย เริ่มต้นด้วยการส่งเสริมแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นในการหยุดสูบ เน้นความสัมพันธ์ในการบำบัดแบบเน้นความเข้าใจ (Empathic Approach) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด แรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ และวางแผนการหยุดสูบด้วยตนเอง สำหรับการวางแผนการเผชิญกับ สถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำนั้น ให้ผู้ป่วยระบุถึงปัจจัยต่างๆที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ และมี การพัฒนาและฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การสูบบุหรี่

2. โปรแกรมปลอดบุหรี่ (Freedom From Smoking) ของ Addington and Associates (1998) ซึ่งประยุกต์รูปแบบการบำบัดมาจาก Freedom From Smoking ของ American Lung Association ใช้หลักการของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม และการบำบัดแบบปรับพฤติกรรม เน้นการให้การเสริมแรงทางบวก เรียนรู้และฝึกการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของบุหรี่ต่อแบบ แผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุรุษกับอาการทางจิต การส่งเสริมความเชื่อมั่นใน การควบคุมตนเองได้ ถึงแม้จะมีอาการทางจิตด้านบวกแต่ก็สามารถเรียนรู้และร่วมกิจกรรมกลุ่มใน การบำบัดได้ แต่ต้องปรับกิจกรรมในการบำบัดให้ลดความซับซ้อนลง และใช้เวลาไม่มากนัก เนื่องจาก ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และความตั้งใจ (Restricted information – processing capacity) รูปแบบของการบำบัดควรปรับให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการเรียนรู้ การบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ใน 7 สัปดาห์ ซึ่งเนื้อหาของการบำบัดมีดังนี้ 1. การแนะนำโปรแกรม การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 2. สร้างเสริมแรงจูงใจ และเตรียมการหยุดสูบบุหรี่ 3. การกำหนด วันหยุดสูบ 4. รายงานผลของการหยุดสูบในรอบ 48 ชั่วโมง (อาการที่ดีขึ้นจากการหยุดบุหรี่ การจัดการกับภาวะ เครียด ประโยชน์ของการหยุดบุหรี่ และการทบทวนกลยุทธ์และเทคนิคการหยุดบุหรี่) 5 ประเมิน ความก้าวหน้า กลยุทธ์และเทคนิคการฝึกทักษะการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ 6. ประเมินความก้าวหน้า กลยุทธ์และเทคนิคและการเรียนรู้เป็นกลุ่มเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนิน ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสมาชิก 7. แสดงความยินดีกับความสำเร็จ และ ทบทวน กลยุทธ์และเทคนิค ที่ จะใช้ในการหยุดการสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคต

3. โปรแกรม The Smoobesters ของ Washington and Associates (1997) โปรแกรมนี้พัฒนาการบำบัดจากหลักการของ Transtheretical model of stage of change เน้น การให้ข้อมูล การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง การสอนทักษะการเปลี่ยนแปลงนิสัยการสูบบุหรี่ที่ เฉพาะของแต่ละบุคคล การบำบัดมีทั้งหมด 15 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ให้การบำบัดใน 1- 6 ครั้งแรก การบำบัดเน้นการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจาก ระยะยังไม่คิดที่จะเลิก (Pre-contemplation Stage) และคิดที่จะเลิก (contemplation Stage) ไปสู่ระยะ เตรียมความพร้อมที่จะเลิก (Preparation Stage of awareness) ซึ่งการบำบัดใน

ระยะนี้จะมุ่งให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลประโยชน์หรือผลบวกของการเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ และเพิ่มความตระหนักในพฤติกรรมหรือนิสัยการสูบบุหรี่ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน

ขั้นที่ 2 เตรียมความพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ (Preparation Stage of awareness) ระยะเวลาในการบำบัด ครั้งที่ 7 - 12 เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกตระหนักในอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การหยุดสูบบุหรี่ สอนกลยุทธ์ในการตัดขาดจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ ผู้ป่วยแต่ละคน จะเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาหรือปัจจัยกระตุ้นของแต่ละคน

ขั้นที่ 3 ขั้นปฏิบัติเพื่อหยุดการสูบบุหรี่ (Action) ครั้งที่ 13 - 15 โดยครั้งที่ 13 จะ ทบทวนและสรุปกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ และในครั้งนี สมาชิกทุกคน จะได้ตรวจสอบ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนรู้การปรับพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันการกลับไปติดบุหรี่ซ้ำ

ขั้นที่ 4 ครั้งที่ 14 - 15 การบำบัดเน้นการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต หลังการหยุดสูบบุหรี่โดยส่งเสริมให้มีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ (Healthy lifestyle) และแสดงความชื่นชมที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดำรงพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ (Maintenance) ต่อไปได้ และใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยยาาร่วมด้วยทุกโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่ใช้โคตินทดแทนเพื่อลดอาการขาดยาในช่วงของการหยุดสูบในช่วงแรก ๆ หรือการใช้ยา Bupropion เพื่อลดอาการขาดยาเช่นกัน

นอกจากนี้แล้ว WHO FCTC (2013) (Framework Convention on Tobacco Control : FCTC) เป็นกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งถือเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่องค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้น เพื่อคุ้มครองให้ประชากรโลกปลอดภัยจากการบริโภคยาสูบ ให้แต่ละประเทศที่เป็นสมาชิกออกกฎหมายและปฏิบัติตามข้อกำหนด และประเทศไทยเป็นหนึ่งในสมาชิกของ FCTC นอกจากการออกกฎหมายแล้วยังรวมถึงงานด้านการควบคุมยาสูบของบุคลากรที่มสุขภาพที่สอดคล้องกับจรรยาปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบ การสอดแทรกเนื้อหาการควบคุมยาสูบเป็นส่วนหนึ่งของจรรยาบรรณวิชาชีพสุขภาพ ให้คำแนะนำช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ได้ (สุปราณี เสนาดิสัย, กรองจิก วาทีสารกกิจ, สุรินธร กลัมพากร, 2555) และมีแนวทางการควบคุมยาสูบโดยใช้หลักการ MPOWER tobacco control โดยมีกลยุทธ์ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1. M : Monitor tobacco use and prevention policies ในด้านนโยบายการควบคุมการใช้ยาสูบ

2. P : Protect people from tobacco smoke การคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่

3. O : Offer help to quit tobacco use การให้การช่วยเหลือให้หยุดสูบ

4. W : Warn about the dangers of tobacco การตระหนักถึงโทษพิษภัยของยาสูบ

5. E : Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship การให้การรณรงค์ไม่สนับสนุนผู้ผลิตที่โฆษณาประชาสัมพันธ์บุหรี่

6. R : Raise taxes on tobacco การเพิ่มภาษียาสูบ



WHO (2005) ได้เรียกร้องให้บุคลากรสาธารณสุขรวมพลังในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยกำหนดเป็นจรรยาปฏิบัติในการควบคุมยาสูบ 14 ข้อดังนี้ (สุปราณี เสนาดีสัย, กรองจิก วาที่ สาธกกิจ, สุรินธร กลัมพากร, 2555)

1. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่บริโภคยาสูบ
2. สำรวจลักษณะการบริโภคยาสูบของบุคลากรในวิชาชีพ และกำหนดนโยบายที่เหมาะสม
3. จัดเขตปลอดบุหรี่ในอาคารและสถานที่ที่จัดกิจกรรมต่างๆ
4. ให้มีหัวข้อเรื่องการควบคุมยาสูบในการประชุมวิชาการ
5. ชักประวัติการบริโภคยาสูบและการได้รับควันยาสูบของผู้ป่วย แนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่โดยสอดแทรกอยู่ในกรปฏิบัติงานประจำ
6. สอดแทรกเนื้อหาการควบคุมยาสูบเข้าในการเรียนการสอน
7. เข้าร่วมกิจกรรมวันไม่สูบบุหรี่โลกอย่างแข็งขัน
8. ไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ
9. ไม่ยุ่งเกี่ยวกับการค้าหรือผลประโยชน์ใดๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ
10. ห้ามจำหน่ายสินค้ายาสูบในอาคาร หน่วยงาน
11. สนับสนุนการดำเนินโครงการการควบคุมยาสูบของรัฐอย่างแข็งขัน
12. ดำเนินตามจรรยาปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรแก่การควบคุมยาสูบ
13. เข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมยาสูบกับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ
14. สนับสนุนการรณรงค์เขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

จากแนวทางดังกล่าวสรุปได้ว่า การควบคุมยาสูบเป็นสิ่งสำคัญและเป็นจรรยาปฏิบัติของวิชาชีพสุขภาพที่ต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งถือเป็นการเจ็บป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งในด้านการเจ็บป่วยด้วยลักษณะการดำเนินของโรคแล้ว ยังเพิ่มความซับซ้อนด้านปัญหาพฤติกรรมหรือกลุ่มโรคร่วม เช่นกลุ่มโรคร่วมการเสพติด บุหรี่ที่ถูกกำหนดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การรักษา “Smoking is a chronic disease : Dx=Tobacco dependence : F.17 ตามการวินิจฉัยโรค ICD-10 (WHO, 2005) ซึ่งมีความสำคัญที่จะต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และเชื่อมั่นว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตามแนวคิดของ Bandura (1997) กล่าวถึงแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมหรือสร้างให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้นกระทำได้โดย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ บุรณาการ

กิจกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ปรับกิจกรรมในการบำบัดให้ลดความซับซ้อนลง และใช้เวลาไม่มากนัก เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และความตั้งใจ (Restricted information – processing capacity) รูปแบบของการบำบัดควรปรับให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการเรียนรู้ (Addington, 1998) เหมาะสมกับบริบทการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เป็นผู้มีความสุขภาวะที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 2.4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

การประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลนั้น สามารถประเมินได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) บุคคลไม่ซื้อ หรือไม่ขอ ไม่รับหรือหยิบบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกบุหรี่ หรืออุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น ไม้ขีดไฟ ไฟแช็ค (ประไพจิต ชุมแสงวาปี, 2542) ไม่พกบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบและไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จิราภรณ์ เนียมมฤฎุช, 2548) ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ที่สามารถสังเกตเห็นและวัดได้ หรือพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือวัด เช่น ความคิด ความรู้สึก ทศนคติ (อภิรักษ์ ปัญญาภาพ, 2549) ซึ่งการการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังกล่าว สามารถวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ออกมาเป็นค่าคะแนนพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินหรือแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ดังต่อไปนี้

2.4.1 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ การทบทวนแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายเกี่ยวกับแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังนี้

ศิริพร ขวนชาติ (2551) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 3 ระดับ การแปลผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 24 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-72 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ระดับต่ำ	24-42 คะแนน
ระดับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ระดับปานกลาง	43-57 คะแนน
ระดับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ระดับสูง	58-72 คะแนน

จิราภรณ์ เนียมมฤฎุช (2548) พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนนมี 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึงท่านปฏิบัติเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึงท่านปฏิบัติเช่นนั้นบางครั้งหรือเมื่อนึกขึ้นได้
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึงท่านไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย
คะแนนสูง	หมายถึงผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่มาก
คะแนนต่ำ	หมายถึงผู้ตอบมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่น้อย

กุลวรรณ นาครัตน์ (2544) สร้างแบบประเมินการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามการปฏิบัติตัวเชิงบวก ปฏิบัติ ให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามการปฏิบัติเชิงลบ ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 2 คะแนน

นอกจากนี้มีการวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการติดตามผลหลังจากกิจกรรมสิ้นสุด เพื่อติดตามพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังนี้ SANE ออสเตรเลีย (2001) และ Strasser et al. (2002) ให้ข้อเสนอแนะความถี่ในการติดตามผล (Monitor frequently) ภายใน 1-3 วันหลังเลิกสูบบุหรี่ เพื่อติดตามอาการถอนพิษและส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการทางจิต อาการซึมเศร้า และผลของยา หลังจากนั้น ทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

Piaceki et al. (2002) เสนอว่า ผู้สูบบุหรี่ทุกคนมีความเสี่ยงในการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ความเสี่ยงสูงมากในช่วงสัปดาห์แรก จากนั้นจะลดลงในช่วง 2-3 เดือน ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่สามารถผ่านช่วงเวลาดังกล่าวไปได้ มักจะหยุดไปได้ตลอดชีวิต การกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เป็นครั้งคราวแล้วหยุด (lapse) มักจะเกิดตามหลังความเครียด และเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนั้นมีโอกาสกลับไปติดบุหรี่อีก (relapse) หากเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ซึ่งทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่หาบุหรี่ได้ง่าย และการควบคุมตนเองแย่ง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาเลือกใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของพัชรินทร์ อินทร์ปรุง (2548) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของกุลวรรณ นาครัตน์ (2544) ซึ่งจากเดิมเป็นแนวคำถาม 18 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดพฤติกรรมดังกล่าวเนื่องจากการดำเนินการวิจัยในแผนกผู้ป่วยใน โรคเรื้อรังทางกาย โดยลักษณะการเจ็บป่วยดังกล่าวคล้ายคลึงกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ลักษณะคำถามสั้นกระชับง่ายต่อการเข้าใจของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท โดยได้ปรับข้อคำถามเพิ่มเติมตามการทบทวนวรรณกรรมและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้งที่หรือทุกวัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเช่นนั้นบางครั้งหรือเมื่อนึกขึ้นได้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่มาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่น้อย

## 2.5 บทบาทพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยความชำนาญและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใช้บริการกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน (สภาการพยาบาล, 2552) ดังเช่นพยาบาลจิตเวชมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางจิตเวช ที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งลักษณะการดำเนินของโรคจิตเภทนั้นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และเรื้อรัง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; Sadock & Sadock, 2005) นอกจากการเจ็บป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวแล้ว ในผู้ป่วยจิตเภทยังพบปัญหาเกี่ยวกับโครธรรมทางจิตเวช เช่น การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งพบมากที่สุด และสูงถึงร้อยละ 55-88 (DeLeon & Diaz, 2005; George et al, 2000) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้เหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ เพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจิตเวชเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมตามปัญหาอาการของผู้ป่วย และให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม นอกจากนั้นแล้วยังมีการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จะให้การพยาบาลในระดับที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2552)

1. มีความสามารถในการพัฒนาจัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะหรือโรคเฉพาะ (Care Management)
2. มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)
3. มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานความร่วมมือกับแพทย์ พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน
4. มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)
5. มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)
6. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)
7. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)
8. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice)
9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

นอกจากสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลจิตเวชดังกล่าว นับได้ว่าพยาบาลจิตเวชยังเป็นบุคลากรที่ต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2. การปฏิบัติที่เน้นคำนึงถึงครอบครัว ชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการช่วยเหลือดูแล

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วย โดยการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการให้การบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษา ระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

นอกจากบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวแล้ว เพื่อที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะจัดการดูแลให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาโรคร่วมที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ที่พบมากในผู้ป่วยจิตเวช กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2556) กล่าวว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีจุดเด่นในการช่วยให้บุคคลเลิกสูบบุหรี่ เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีบทบาทของพยาบาลดังนี้

1. บทบาทด้านการสาธารณสุข เป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีบทบาทในการป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ โดยการให้ความรู้ทางสุขภาพ พิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ใหม่เป็นตัวแทนด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่

2. บทบาทด้านองค์กรวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practitioners) ซึ่งมีความรับผิดชอบต่อองค์กร การส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรให้เป็นที่ประจักษ์ ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์นโยบายการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ การรวบรวมหลักฐานหรือใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลในการพัฒนาวิชาชีพและองค์กร

3. บทบาทในสังคม ในด้านการให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ การดำเนินโครงการต่างๆเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่

4. บทบาทในครอบครัว ชี้นำการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่

5. บทบาทด้านการสอนเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) โดยการวางแผนให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดกับตนเองทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ครอบครัว เป็นต้น

6. บทบาทด้านการทำวิจัยทางการพยาบาล (Researcher) การใช้ข้อมูลหลักฐานทางการพยาบาลพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมในการช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

7. บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) เพื่อเสริมแรงจูงใจ ให้การประคับประคอง ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในด้านการเจ็บป่วยและการดูแล ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลจึงต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งนอกจากจะให้การพยาบาลตามหลักการพยาบาลทั่วไป ครอบคลุมการพยาบาลด้านร่างกาย การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ และการพยาบาลด้านสังคมร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว (สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554) เพื่อวางแผนการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### 3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

#### 3.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997)

Bandura (1997) ได้อธิบายแนวคิด โดยกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self regulatory) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการ โดยบุคคลตัดสินความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง และการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ โดยบุคคลที่เชื่อในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จ และสมรรถนะแห่งตนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถ และมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัตินั้นๆ จนประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นความเชื่อก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ หรือแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะเป็นผลที่ได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบในสังคม (social behavior) หรือการได้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง

2. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่ใช้ประเมินพฤติกรรมของตนเอง ว่าส่งผลตามที่ตนเองคาดหวังไว้ เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองต้องการจนประสบความสำเร็จ มีความอดทน อุทิศหะ ไม่ท้อถอย และจะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบผลสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2536)

สรุปได้ว่าบุคคลจะรับรู้ความสามารถหรือสมรรถนะแห่งตนและเรียนรู้ผลของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ และผลของการเกิดพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคลอีกด้วย ดังนั้นเมื่อบุคคลตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เกิดจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของตนเอง ซึ่ง

เกิดจากปัจจัยองค์ประกอบ 2 ประการดังที่กล่าวมาคือ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy beliefs) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation)

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997)

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ได้อธิบายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำพฤติกรรมของบุคคล 4 ประการ

3.2.1 การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลจะมีการตัดสินใจอยู่ตลอดเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม จะใช้ระยะเวลานานเท่าใด เลือกที่จะกระทำภายใต้สถานการณ์ใด ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถ้าบุคคลเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จได้แสดงให้เห็นถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และถ้าบุคคลไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ บุคคลจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม แสดงให้เห็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

3.2.2 การใช้ความพยายามและความอดทน โดยสมรรถนะของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดความพยายามและความอดทนของบุคคลว่าจะใช้เท่าใด ถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะอดทนและมีความพยายามในการทำงานมากและมักจะประสบความสำเร็จในงานที่ทำ ทายความสามารถ ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำทำให้ขาดความพยายามในการทำงานและเลิกไปในที่สุด

3.2.3 รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะมีความเอาใจใส่และพยายามจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ สูง ส่วนบุคคลที่รับรู้ในสมรรถนะของตนเองต่ำจะเกิดความยากลำบากในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เกิดความเครียดและทำลายสมรรถนะความสามารถของตนเอง

3.2.4 กำหนดการกระทำพฤติกรรมเอง โดยบุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่มีความน่าสนใจ มีความท้าทายหากยังไม่บรรลุเป้าหมายจะมีความพยายามมากยิ่งขึ้น หากล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมจะใช้เวลาล้มเหลวนั้นเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ มักจะใช้สมรรถนะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตนเอง มีความพยายาม ความทะเยอทะยานต่ำ มีความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก เมื่อพบกับปัญหาอุปสรรคก็จะล้มเลิกกระทำพฤติกรรมนั้น

จากปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการกระทำพฤติกรรม และบุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นขึ้นอยู่กับมิติการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังนี้

1. มิติระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (level) บุคคลใดที่รับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ง่ายและรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถทำได้ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมเป็นเรื่องยากจะทำให้บุคคลขาดความมั่นใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม

2. มิติการเชื่อมโยงประสบการณ์ (generality) เมื่อบุคคลพบเหตุการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์เดิมในอดีตที่ประสบความสำเร็จ บุคคลนั้นจะเชื่อมโยงทักษะประสบการณ์ และมีความมั่นใจกระทำพฤติกรรมใหม่

3. มิติระดับความเข้มแข็งของบุคคล (strength) บุคคลที่มีความเข้มแข็งจะเชื่อมั่นว่าตนมีสมรรถนะและมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งไม่ยากเกินความสามารถของตนเองและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น

และเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นบุคคลจึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน โดยตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้อธิบายปัจจัยที่อิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (Bandura, 1997) เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมจนเกิดความสำเร็จหลายๆ ครั้ง ซ้ำๆ จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากขึ้นและจะทำจนเกิดความสำเร็จทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของบุคคล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้กระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ เมื่อบุคคลได้เห็นและสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับ จะทำให้ผู้ที่สังเกตตัวแบบเกิดความรูสึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน โดยการได้เห็นตัวแบบประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

2.1 กระบวนการความตั้งใจ (attentional process) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต หากขาดซึ่งความตั้งใจและรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านตัวแบบ และองค์ประกอบด้านผู้สังเกต โดยตัวแบบจะต้องมีลักษณะที่เด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ และพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นจะต้องไม่ซับซ้อน นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีคุณค่า ในด้านผู้สังเกตต้องมีการเห็น การได้ยิน การรับรส รวมทั้งความสามารถด้านปัญญา ระดับความตื่นตัว ความชอบที่เคยเรียนรู้มา

2.2 กระบวนการจำ (retention process) โดยบุคคลจะต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ และจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่ายต่อการจำ เมื่อบุคคลมีความจำจึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือจะแสดงพฤติกรรมเลียนแบบหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง

2.3 กระบวนการกระทำ (production process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่จำไว้แสดงออกมาเป็นการกระทำ

2.4 กระบวนการจูงใจ (motivational process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตสังเกตได้จากตัวแบบอาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับสิ่งจูงใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบเป็นที่น่าพอใจจะมีแนวโน้มสูงที่ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจและคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมจนเกิดกระบวนการดังกล่าวข้างต้นแล้วก็จะเกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมาตามตัวแบบที่ได้สังเกต โดยการใช้ตัวแบบประกอบด้วยตัวแบบ 2 ประเภทดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543)



1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) หมายถึงตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ผู้สังเกตสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ข้อดีของตัวแบบบุคคลจริง คือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อให้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นชัดเจน หรือเหมาะสมกับสถานการณ์ให้มากขึ้น และยังช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบ และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ดี

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ตัวแบบลักษณะนี้ได้แก่การนำเสนอตัวแบบจากภาพยนตร์ วิดีโอเทป หนังสือ ภาพพลิก การ์ตูน โดยมีการจัดเตรียมเรื่องราวไว้นำเสนอผลดีของตัวแบบสัญลักษณ์คือสามารถมุ่งเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ และสามารถเก็บตัวแบบไว้ใช้ต่อไปได้อีก

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเป็นการให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจ และควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ความสำเร็จพร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลพัฒนาและกระทำพฤติกรรมจนสำเร็จ

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะอารมณ์ที่บุคคลมีความกลัว วิตกกังวล เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ดังนั้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) เมื่อนำมาประยุกต์ร่วมกับหลักการกลยุทธ์ 5A's ที่เป็นเทคนิคในการปฏิบัติเพื่อเลิกสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถจัดการกับสิ่งล่อใจได้และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (National Advisory Committee on Health and Disability, 2002; Flay et al.,1983; Kim, 2005 อ้างถึงในสุนิดา ปรีชาวงษ์ และ จิราภรณ์ เนียมภุณฺษร, 2548) ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้กรองจิต วาที่สาธกกิจ (2551) อธิบายขั้นตอนของหลักการ 5A's ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. การถาม (Ask) เป็นขั้นตอนแรก โดยจะสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยว่า สูบบุหรี่หรือไม่ ซึ่งคำตอบที่จะได้คือ สูบ ไม่สูบ หรือเคยสูบ ถ้าคำตอบที่ได้ว่าสูบจะต้องให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ คำตอบไม่สูบให้คำชมเชยในพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ คำตอบที่เคยสูบ ให้ถามต่อเลิกสูบนานเท่าใด และให้คำชมเชยในการแสดงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาที่สาธกกิจ, 2551)

2. การแนะนำ (Advise) เน้นการเชื่อมโยงกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน โดยคำแนะนำนั้นต้อง ชัดเจน (Clear) เน้นความตรงไปตรงมา เช่น เลิกสูบบุหรี่เถอะ อยากรเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ คำแนะนำเน้น (strong) โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และเชื่อมโยงกับสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล อาการทางจิตกำเริบ (กรองจิต วาที่สาธกกิจ, 2551)

3. การประเมิน (Assess) เป็นการประเมินการเสพติดและความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย โดยประเมินในประเด็นต่างๆ ดังนี้

3.1 ประเมินลักษณะพื้นฐานของการติดบุหรี่ เพื่อพิจารณาลักษณะการติดบุหรี่ของผู้ป่วย ความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ความสามารถในการเลิกบุหรี่ โดยประเมินลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น ชื่อ-ที่อยู่เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตาม อายุระหว่าง 31-35 ปี เป็นช่วงอายุที่

เล็กลงกว่าในช่วงอายุอื่นๆ เนื่องจากการให้เหตุผลความเครียดจากการทำงาน ภาวะเศรษฐกิจทำให้เครียด และอายุ 41 ปี เป็นช่วงอายุที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากอาชีพ หน้าที่การทำงานเริ่มมั่นคง สุขภาพเริ่มเสื่อมถอย ทำให้คิดและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ โรคประจำตัว จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ เวลาที่สูบ ระยะเวลาการเริ่มสูบบุหรี่ โดยพบว่าหากสูบนานมากกว่า 20 ปีจะทำให้แนวโน้มการสูบบุหรี่ยาก ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ โดยพบว่าประวัติการพยายามเลิกสูบบุหรี่ในอดีต จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่บอกความตั้งใจของการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ได้ บอกถึงระดับความต้องการและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย อาการที่เกิดขึ้นหลังจากการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และให้ทางเลือกที่เหมาะสมในการเลิกสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายเมื่อใด ซึ่งบอกถึงความตั้งใจ ของผู้ป่วยที่จะเลิกบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

3.2 ประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่ ถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวัน สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี หรือมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 5 ครั้ง (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555)

3.3 ประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ เพื่อประเมินและทราบถึงอุปสรรคที่ขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ และหาวิธีชนะอุปสรรคนั้นๆ ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการดื่มกาแฟ อยู่ในสถานการณ์ที่มีการสูบบุหรี่

3.4 ประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินจากระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ (Assist) เมื่อผู้ป่วยกำลังเลิกสูบบุหรี่ควรชื่นชมให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่

5. การติดตาม (Arrange follow up) เป็นขั้นตอนของการติดตามให้กำลังใจ ประคับประคองให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามนั้นสามารถทำได้ครั้งแรกใน 1 สัปดาห์ หากได้รับการประคับประคองอย่างถูกต้องเหมาะสมภายในวันที่ 3 พบว่าร้อยละ 40 ผู้ป่วยไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2550)

### 3.3 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจากการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) เมื่อผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทด้านการดูแลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่นั้น นับเป็นความซับซ้อนทางด้านการเจ็บป่วยและปัญหาการดูแล นั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

#### 3.3.1 บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practitioners)

ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น พยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการรายบุคคล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) มีความสามารถในการพัฒนาจัดการ และกำกับระบบการดูแล

กลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะหรือโรคเฉพาะ (Care Management) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะโรค และพยาบาลต้องมีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care) เช่นกันและถูกกำหนดไว้ในสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สภาการพยาบาล, 2552) โดยในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลยังมีบทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) ดูแลสุขภาพ ป้องกัน ส่งเสริม พัฒนาสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

### 3.3.2 บทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator)

ในด้านบทบาทการให้ความรู้ที่พยาบาลเน้นการบูรณาการการใช้ข้อมูลหลักฐานทางการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งหมายถึงโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งการเรียนรู้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy theory) ตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาของ Bandura (1997) โดยแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงการเป็นผู้ให้ความรู้แก่ญาติ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทั้งระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากผู้ป่วยจิตเภทแล้ว การรณรงค์คนไทยไม่ให้สูบบุหรี่เป็นกลยุทธ์สำคัญของการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการประสานความร่วมมือ (Collaboration) กับทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น แพทย์ เกษัชกร ในการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocacy) ด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นการพัฒนาความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

### 3.3.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Consultant)

พยาบาลต้องมีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแล แสดงถึงการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการให้คำปรึกษา เป็นผู้ที่ผ่านมาการเรียนรู้ฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ เชี่ยวชาญ สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ โดยการเป็นที่ปรึกษาคอยให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ บอกถึงแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าถึงบริการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานความร่วมมือกับแพทย์ พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

### 3.3.4 บทบาทด้านการวิจัย (Researcher)

มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) และนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัย และเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งการมีส่วนร่วม เป็นผู้นำในการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้และนำผลการวิจัยที่ได้ประยุกต์บูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาล โดยผลการวิจัยนั้นเป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชนสังคม และพัฒนาวิชาชีพต่อไป

### 3.3.5 บทบาทด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ (Role model)

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่ รวมทั้งการไม่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์บุหรี่ ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นเป็นแบบอย่าง ซึ่งถือได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้มากขึ้น มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แสดงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ตามแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทพ้นหายจากการเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน ตามศักยภาพของตนเองได้อย่างมีความสุข

## 4. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศและต่างประเทศยังมีน้อย ส่วนใหญ่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาการเป็นๆ หายๆ และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005) โดยผู้วิจัยนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) หมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อของบุคคลว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม หรือกระทำส่งต่างๆ ได้สำเร็จขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการพัฒนา การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 ปัจจัยคือ 1) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ Modeling หรือ Vicarious Experience 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiologicak and effective states) และผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นขั้นตอนและกิจกรรมดังนี้

ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม คือ 1) ขั้นตอนการใช้คำพูดชักจูงใจ 2) ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) ขั้นตอนการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) ขั้นตอนการ

กระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Bandura, 1997) โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)** โดยการใช้คำพูดเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ 1) โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา 2) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่กับการเกิดโรคต่างๆ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท 3) อุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ ถ้ามและประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยคำถามง่ายๆ เช่น คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณ คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ คุณวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ของคุณไว้อย่างไร ซึ่งเปรียบเหมือนการชักประวัติ และบันทึกในประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นตามใบงาน และผู้วิจัยให้ความรู้ตามใบความรู้ ดังภาคผนวก ข เพื่อให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้คำแนะนำ ชี้แนะกระตุ้นอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งผลจากการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลอื่นโดยการแสดงออกมาเป็นคำพูดจะทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จนประสบความสำเร็จ รวมทั้งเป็นการให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจ ให้ประสบการณ์ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลพัฒนาและกระทำพฤติกรรมจนสำเร็จ (Bandura, 1997) ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยการชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถแสดงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling)** โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ ภาพพลา และคู่มือเรื่องการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกสูบบุหรี่ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงโดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เล่าถึงประสบการณ์ ความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นๆ ถามเกี่ยวกับวิธีการที่สามารถประสบความสำเร็จได้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค วิธีการแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบ และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ดี (Bandura, 1997) เกิดความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนอันจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมต่อไป และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมตามใบความรู้ ในภาคผนวก ข ให้คำแนะนำ การชี้แนะให้ผู้ป่วยจิตเภทเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้คำพูดทางบวกเสริมแรง สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นโทษ พิษภัยของบุหรี่ เห็นข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น

**กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience)** ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1, 2 หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ลงมือปฏิบัติดังนี้ 1) ระบุความตั้งใจของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระบุวันที่พร้อมจะปฏิบัติ เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ คำมั่นสัญญาที่จะเลิกสูบบุหรี่เขียนลงในคู่มือของตนเอง โดยใช้วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน หรือวัน

สำคัญอื่นๆ และให้ผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอและประกาศการเลิกสูบบุหรี่ของตนเองให้ผู้อื่นรับทราบ ผู้วิจัยให้กำลังใจ ชมเชย และให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้การปฏิบัตินั้นประสบความสำเร็จ และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 2) การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ อาการและวิธีการจัดการเมื่ออยู่ในสถานการณ์กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ และการจัดการกับอาการที่เกิดจากความอยากสูบบุหรี่ หรืออาการที่เกิดหลังหยุดสูบบุหรี่ 3) ฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิเสธ การขอตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์กระตุ้น สอบถามถึงสถานการณ์ใดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความอยากสูบบุหรี่ หรือหิบบูหรี่ ทำให้เกิดการใช้บุหรี่ขึ้นมา และด้วยความคิดเช่นใด เช่น เวลาอยู่คนเดียวคิดถึงบุหรี่ เพราะ เครียด ใช้แล้วสบายใจขึ้น หรือเวลาเข้าสังคม รู้สึกตื่นเต้น สูบบุหรี่แล้วทำให้มั่นใจมากขึ้น เป็นต้น เพื่อหาสาเหตุว่าความคิดอะไรที่สนับสนุนการใช้บุหรี่ และความคิดนั้นสัมพันธ์กับตัวกระตุ้นอะไร (trigger) และให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการฝึกปฏิบัติจนประสบความสำเร็จในหลายครั้งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ถึงแม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยจิตเภทจะเผชิญปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และจะเกิดการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยให้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ โดยการให้คำปรึกษาช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และคาดหวังในการเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง การให้คำแนะนำเพื่อจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ การบอกเทคนิควิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และคอยสอบถามประเมินอาการผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท

**กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (physiological and emotional arousal)** โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้จากกิจกรรมครั้งที่ 1, 2, 3 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ จัดเตรียมสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรม ให้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีฟังสายน้ำไหลจากแผ่นบันทึกเสียง การฝึกสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จัดกระบวนการเรียนรู้ให้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการอภิปราย แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกซึ่งการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการกระตุ้นทางด้านร่างกาย อารมณ์ที่เหมาะสมจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น (Bandura, 1997) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยต่อการเลิกสูบบุหรี่ และวางแผนติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ผู้วิจัยได้บูรณาการโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การบูรณาการการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม  
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	การบูรณาการ
<p>การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้อธิบายแนวคิด โดยกล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนพัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning principles) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการ โดยบุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง และการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ โดยบุคคลที่เชื่อในความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จ และสมรรถนะแห่งตนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997)</p>	<p>1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จ โดยมีวิธีการชักจูงด้วยคำพูด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การแนะนำ (Suggestion)</li> <li>1.2 การกระตุ้นชักชวน (Exhortation)</li> <li>1.3 การชี้แนะ (Self instruction)</li> <li>1.4 การอธิบาย (Interpretive treatment)</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมที่ 1</b> การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยสร้างสัมพันธ์ภาพ ใช้คำพูดชักชวนให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่ามีความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยดำเนินกิจกรรมตามใบงาน และใบความรู้ ในภาคผนวก ข</p> <p>1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อธิบายสาเหตุ อาการ การรักษา กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปเน้นให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ชี้แนะรวมทั้งกระตุ้นชักชวนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับโรคจิตเภท หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	การบูรณาการ
<p>โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นบุคคลจึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน โดยตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้อธิบายปัจจัยที่อิทธิพลต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังนี้</p>	<p>2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) เมื่อบุคคลได้เห็นและสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับ จะทำให้ผู้ที่สังเกตตัวแบบเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน โดยการได้เห็นตัวแบบประกอบด้วยกระบวนการดังนี้</p> <p>2.1 กระบวนการความตั้งใจ (attentional process) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต หากขาดซึ่งความตั้งใจและรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา</p>	<p>2) ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี โทษ พิษภัยของบุหรี ผลกระทบของบุหรีกับการเกิดโรคต่างๆ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>3) อุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี วิธีการแก้ไข</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b> การเรียนรู้ตัวแบบ (modeling) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์</p> <p>1) สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี การเลิกบุหรี แผ่นพับ ภาพพลิก และกระตุ้นให้ตัวแทนนำเสนอวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี คู่มือเรื่องการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกสูบบุหรี</p> <p>2) เรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงโดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในการเลิกบุหรีได้สำเร็จ เล่าถึง</p>



ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	การบูรณาการ
	<p>2.2 กระบวนการจำ (retention process) โดยบุคคลจะต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ และจัดโครงสร้างเพื่อให้ถ่ายทอดการจำ เมื่อบุคคลมีความจำจึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือจะแสดงพฤติกรรมเลียนแบบหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง</p> <p>2.3 กระบวนการกระทำ (production process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่จำไว้แสดงออกมาเป็นการกระทำ</p> <p>3. ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) ความสำเร็จทำให้เพิ่มสมรรถนะของบุคคล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้กระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด</p>	<p>ประสบการณ์ ความรู้สึกและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยจิตเภทรายอื่นๆ ถ้ามเกี่ยวกับวิธีการที่สามารถประสบความสำเร็จได้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค วิธีการแก้ไข และให้ผู้ช่วยจิตเภทชมวิดิทัศน์ “หลากหลายวิธีเลิกบุหรี่ บุหรี่คุณเลิกได้ เลิกยาก แต่เลิกได้” โดยผู้วิจัยนำมาจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการมาสูบบุหรี่</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสรุปหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จากประสบการณ์ที่ผู้ช่วยจิตเภทเล่าให้ฟัง และการรับชมจากภาพวิดิทัศน์ และผู้วิจัยสรุปประเด็นตามใบงาน และใบความรู้ในภาคผนวก ข</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3</b> ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท โทษ พิษภัยของบุหรี่</p> <p>1) ระบุความตั้งใจของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระบุวันที่พร้อม</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	การบูรณาการ
	<p>3. ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) ความสำเร็จทำให้เพิ่มสมรรถนะของบุคคล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้กระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด</p>	<p>จะปฏิบัติ เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ คำนึงสัญญาที่จะเลิกสูบบุหรี่เขียนลงในคู่มือของตนเอง</p> <p>2) การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอาการและวิธีการจัดการเมื่ออยู่ในสถานการณ์กระตุ้นให้อายกสูบบุหรี่ และการจัดการกับอาการที่เกิดจากความอยากสูบบุหรี่ หรืออาการที่เกิดหลังหยุดสูบบุหรี่</p> <p>3) ฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิเสธการขอตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์กระตุ้น สอบถามถึงสถานการณ์ใดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความอยากสูบบุหรี่ ผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือในขณะฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล และสอบถามประเมินพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)	การบูรณาการ
	<p>4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาวะอารมณ์ที่บุคคลมีความกลัววิตกกังวล เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 4</b> การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้จากกิจกรรมครั้งที่ 1, 2, 3 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ จัดเตรียมสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรม ให้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีฟิงสายน้ำไหลจากแผ่นบันทึกเสียง การฝึกสมาธิ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จัดกระบวนการเรียนรู้ให้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการอภิปราย แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกซึ่งการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม</p>

## 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยส่วนใหญ่ในประเทศไทยพบการศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไปมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และมีการศึกษาที่ใช้แนวคิด และลักษณะการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตามลักษณะการเจ็บป่วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ดังนี้

จิราภรณ์ เนียมกฤษ (2548) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรีของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกาสูบบุหรีของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกาสูบบุหรีของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์ และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาสูบบุหรีในผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยทั้ง 21 คน มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 6.80 พฤติกรรมกาสูบบุหรีลดลงอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโปรแกรม มี 9 คน ที่ทดลองหยุดสูบบุหรีขณะอยู่ในโปรแกรม ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วย 14 คน ยังคงมีการลดการสูบบุหรีลง อีก 4 คน หยุดการสูบบุหรี และในระยะ 3 เดือน มีผู้ป่วยลดการสูบบุหรี 13 คน หยุดสูบ 4 คน

พัชรินทร์ อินทร์ปรุง (2551) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกาสูบบุหรีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สุภาวดี บุญชู (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บังเอิญ ทองสมนึก (2551) ศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมเหมาะสมมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิรันดา ไชยพาน (2552) ศึกษาการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกสูบบุหรีของนักเรียนชายมัธยมศึกษา โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 จำนวน 31 คน ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนการเลิกสูบบุหรีของนักเรียนชายเพิ่มมากขึ้น ตามลำดับขั้นของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเมื่อประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่านักเรียนหยุดสูบบุหรีทันที ร้อยละ 90.3 และเมื่อพิจารณา

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการเลิกบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

Goldberg et al (1994) ได้ศึกษาและพัฒนาวิธีการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดหรือบกพร่องในความสามารถ มีความยุ่งยากในการจัดการกับเนื้อหาสาระที่มาก ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติ และต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องความจำทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นเฉพาะรายละเอียด โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ที่แน่ใจว่าไม่เกินความสามารถของผู้ป่วย เช่น การใช้ตารางเวลาในการเตือน และบันทึกประจำวัน การจัดการและติดตามผลทางพฤติกรรมที่ถูกต้อง และกระตุ้นเตือนหรือสนับสนุนให้ทำตามคำแนะนำ โดยได้จัดทำคู่มือบำบัดเรียกว่า Smokebusters

Addington et al (1998) ศึกษาการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-65 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำ มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอและได้รับการทบทวนตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขของ DSM-IV สำหรับโรคจิตเภทหรือความผิดปกติทางอารมณ์ มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 65 คน ที่อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด และเมื่อประเมินเริ่มแรก มีผู้ป่วยที่ออกจากกลุ่มจำนวน 15 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน (ชาย 29 คน หญิง 21 คน) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ด้วยแรงจูงใจภายใน และโดยทั่วไปแสดงถึงความตั้งใจอย่างดี มีนัยสำคัญของจำนวนผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่ได้ภายใน 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 42) และจำนวนนี้ลดลงเป็น ร้อยละ 16 หลังสิ้นสุดกลุ่มแล้ว 3 เดือน และร้อยละ 12 ใน 6 เดือน

Quinn et al (2005) ศึกษาการใช้กระบวนการ 5A เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ขององค์กรต่างๆ 7 องค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามในผู้สูบบุหรี่จำนวน 4,200 ราย พบว่าผู้รับบริการได้รับการสอบถามเรื่องสถานการณ์การสูบบุหรี่ร้อยละ 90 ได้รับการสอบถามเรื่องคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 71 ได้รับการสอบถามการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 50 ช่วยเหลือเลิกบุหรี่ร้อยละ 49 และได้รับการสอบถามการติดตามร้อยละ 9 และเตรียมการวางแผนจนกระทั่งให้สามารถดูแลสุขภาพของตัวเองได้

Baker et al (2006) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการให้จิตบำบัดสังคมโดยการใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Motivational interviewing and cognitive behavior therapy) ร่วมกับการบำบัดด้วยนิโคตินทดแทนกับการดูแลตามปกติและเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทั้งสิ้น 298 คน ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตด้วย ICD-10 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้ารับการบำบัดครบ 8 ครั้ง พบว่ามีการหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่อง (Continues abstinence) และการลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 50 มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในเดือนที่ 3, 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองซึ่งเข้ารับการบำบัด 5-7 ครั้ง มีผลการลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 50 มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในเดือนที่ 3, 6 และ 12

Monica C. et al (2011) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคนที่มีการสูบบุหรี่ และผลลัพธ์ของโปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า มีระดับการพึ่งนิโคตินสูง และสูบบุหรี่ระหว่างวันอย่างรวดเร็ว และตลอดชีวิตมีความพยายามในการอดบุหรี่เป็นช่วงสั้นๆ ส่วนใหญ่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ มีความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ในระหว่างการบำบัด มีการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อมีสิ่งที่ยั่วยุผู้ป่วยลดลง ซึ่งโปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ควรจะมุ่งเน้นไปที่การสอนทักษะ การเผชิญปัญหา ความเหนื่อยหน่าย และความเฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้า เพื่อเพิ่มเข้าไปนอกเหนือจากการให้ความรู้ ยา หรือการใช้แผ่นนิโคติน นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลิกสูบบุหรี่ได้

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

**กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion)**  
สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด เน้นคำพูดชักจูงใจ โดย

1. การแนะนำ (Suggestion)
2. การกระตุ้นชักชวน (Exhortation)
3. การชี้แนะ (Self instruction)
4. การอธิบาย (Interpretive treatment)

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling)**  
ให้เรียนรู้ผ่านตัวแบบอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model)
2. ตัวแบบจริง (live model)

**กิจกรรมที่ 3 ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตัวเอง (Enactive mastery experiences)**  
การฝึกประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์กระตุ้น การจัดการกับอาการความเครียด

**กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional arousal)**  
เตรียมความพร้อมด้านร่างกายจิตใจให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่  
Velicer et al (1990)

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง

O<sub>2</sub> หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

O<sub>3</sub> หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มควบคุม

O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มควบคุม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน และมีอาการทางจิตทุเลา มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) (กรมสุขภาพจิต, 2552; Overall & Gorham, 1962) มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
3. มีคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง

#### 4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Nortiptyline

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Cochran and Cox, 1992) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) แบบ Two Sample t-test Power Analysis โดยการนำค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองจากผลการศึกษาของ จิราภรณ์ เนียมกุญชร (2548) มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 17 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) และเพื่อให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็น 20 คน รวมเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน (Polit & Beck, 2004) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Match Pair) ด้วย จำนวนมวนในการสูบบุหรี่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คนโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale และทำแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจับคู่ จำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน จำนวน 20 คู่ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรนี้มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 7 ในภาคผนวก จ



## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก และกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย วิธีการวิจัย และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยนั้นไม่มีข้อบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัยและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการได้รับการบำบัดรักษา เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบการเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ แต่ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้รับการผ่านความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2557

และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรม และได้ให้คู่มือการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยผู้วิจัยปรับปรุงของ จิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548)
3. เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่ แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในเลิกสูบบุหรี่โดยผู้วิจัยปรับปรุงของจิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

**1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถจัดการกับสิ่งล่อใจได้และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนต่างๆ ในการสร้างเครื่องมือในการทดลอง ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

1.2 กำหนดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) คือ ขั้นตอนการใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuasion) ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling) ขั้นตอนการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และขั้นตอนการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal)

1.3. กำหนดรายละเอียดของเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมให้ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี ผลกระทบโทษพิษภัยของการสูบบุหรี ประโยชน์ที่ได้รับจากการสูบบุหรี วิธีการช่วยให้เลิกสูบบุหรี การจัดการกับความเครียดหลังหยุดสูบบุหรี

1.4 กำหนดรายละเอียด กิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuasion) ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling) ขั้นตอนการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และขั้นตอนการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยแต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งรวม 2 สัปดาห์ นานครั้งละ 60-90 นาที และติดตามผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)** โดยการใช้คำพูดเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน มีความสามารถเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรีได้ และถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี ด้วยคำถาม คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี

ในกิจกรรมที่ 1 เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและสมาชิก ให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ระยะที่ 1 ระยะเปิดกลุ่มผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิทักทายสมาชิก แนะนำตนเอง ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กติกา ระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม 60 นาที เริ่มเวลา 9.30-10.30 น. หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ขอตัวแทนสมาชิก 2 คน เล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 5 คน โดยมอบหมายให้แต่ละกลุ่มมีหัวหน้ากลุ่ม และให้งานแต่ละกลุ่มตามใบงานที่ 1 ให้ตอบคำถามตามใบงานที่ 1 เกี่ยวกับ ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ได้รับ โดยให้เวลาแต่ละกลุ่มดำเนินกิจกรรม 10 นาที หลังจากนั้นมอบหมายให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ 5 นาที ให้สมาชิกกลุ่มทั้ง 2 กลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท หลังจากนั้นมอบหมายงานตามใบงานที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี ตอบคำถามใน

ประเด็นอุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ แนวทางการขจัดปัญหาอุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ ให้เวลาแต่ละกลุ่มดำเนินกิจกรรม 10 นาที หลังจากนั้นตัวแทนกลุ่มนำเสนอ 5 นาที ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และผู้นำกลุ่มใช้คำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของสมาชิก โดยถามระยะเวลาการสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้สมาชิกสูบบุหรี่ จำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิก นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณ และคำถามเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และใช้คำพูดชักจูงใจให้เชื่อในความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกแต่ละคน

ระยะที่ 3 ระยะปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มขออาสาสมัครให้สมาชิกสรุปประเด็นสรุปของโรคจิตเภท และปัญหาอุปสรรค วิธีขจัดปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ละผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นเพิ่มเติม พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงใจให้สมาชิกเชื่อและเห็นในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และนัดหมายเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป กล่าวขอบคุณสมาชิกและปิดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling)** ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง โดยใช้คำพูดทางบวกสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงโทษ พิษภัยของบุหรี่ และเห็นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่

ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ โดยการใช้ภาพพลิก และคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และชมภาพวิดีโอเกี่ยวกับบุหรี่ โดยผู้วิจัยนำสื่อของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ “หลากหลายวิธีเลิกบุหรี่ บุหรี่คุณเลิกได้ บุหรี่เลิกยาก แต่เลิกได้” ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 60 นาที โดยเริ่มเวลา 9.30-10.30 น. โดยผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยทราบถึงโทษ พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และวิธีการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยผู้นำกลุ่มเน้นให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่

ระยะที่ 1 ระยะเปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิทักทายสมาชิกกลุ่ม ทบทวนวันเวลา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา กติกาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และพูดคุยเรื่องทั่วไปให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มพูดคุยเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษและพิษภัยของบุหรี่ หลังจากนั้นขออาสาสมัครพูดถึงโทษ พิษภัยของบุหรี่ 2 คน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 5 คน และมอบหมายงานตามในที่ 3 ให้สมาชิกอธิบายเกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยใช้เวลา 10 นาที หลังจากนั้นมอบหมายให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการนำเสนอผลงานกลุ่ม หลังจากนั้นมอบหมายงานให้สมาชิกแต่ละกลุ่มตามใบงานที่ 4 ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี่ วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี่ ให้เวลากลุ่มละ 10 นาที หลังจากนั้นตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอผลงาน ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำเสนอผลงาน และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมและผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติม ตามใบความรู้ที่ 3 และใบความรู้ที่ 4

ระยะที่ 3 ระยะสรุปกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการสรุปประเด็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมจากสมาชิก พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนในการชี้ให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มนัดหมายการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไปและกล่าวขอบคุณสมาชิก ปิดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**กิจกรรมที่3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience)** โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท บุหรี่ วิธีการเผชิญและคลายเครียดเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และการให้คำแนะนำเพื่อจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 เป็นการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เพื่อให้สมาชิกได้เขียนถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง กำหนดวันในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และให้คำมั่นสัญญาในการละทิ้งอุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 60 นาที โดยเริ่มเวลา 9.30-10.30 น.

ระยะที่ 1 ระยะเปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิทักทายสมาชิกกลุ่ม ทบทวนวันเวลา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา กติกาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และพูดคุยเรื่องทั่วไปให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มพูดคุยเพื่อทบทวนประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับบุหรี่ โทษและพิษภัยของบุหรี่ เป็นการทบทวนความรู้เดิมของสมาชิก และกระตุ้นการคิดทบทวนของสมาชิก หลังจากนั้นขออาสาสมัครพูดถึงประสบการณ์ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิก 2 คน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 5 คน และมอบหมายงานตามใบกิจกรรมที่ 5 ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ กากำหนดวันเวลา คำมั่นสัญญาในการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้เวลา 10 นาที หลังจากนั้นมอบหมายให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการนำเสนอผลงานกลุ่ม และผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำเสนอผลงาน และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมและผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติม

ระยะที่ 3 ระยะสรุปกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการสรุปประเด็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมจากสมาชิก พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนในการชี้ให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มนัดหมายการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไปและกล่าวขอบคุณสมาชิก ปิดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**กิจกรรมที่4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (physiological and emotional arousal)** โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ จัดเตรียมสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรม ให้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ และวางแผนติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียด ติดตาม 1 สัปดาห์ถ้าผู้ป่วยจิต

เกทกลับมาสูบบุหรี่ไม่ตำหนิผู้ป่วย ใช้คำพูดทางบวกส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกรเลิกสูบบุหรี่

ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 เป็นการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการกระตุ้นให้สมาชิกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง และการร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 60 นาที โดยเริ่มเวลา 9.30-10.30 น.

ระยะที่ 1 ระยะเปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิทักทายสมาชิกกลุ่ม ทบทวนวันเวลา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา กติกาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และพูดคุยเรื่องทั่วไปให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มพูดคุยเพื่อทบทวนประเมินความรู้เดิมเกี่ยวกับบุหรี่ วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการทบทวนความรู้ประสบการณ์เดิมของสมาชิก และกระตุ้นการคิดทบทวนของสมาชิก หลังจากนั้นขออาสาสมัครพูดถึงประสบการณ์ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิก 2 คน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 5 คน และมอบหมายงานตามในที่ 6 .ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เวลา 10 นาที หลังจากนั้นมอบหมายให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการนำเสนอผลงานกลุ่ม และผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำเสนอผลงาน และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมและผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติม

ระยะที่ 3 ระยะสรุปกลุ่ม ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการสรุปประเด็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมจากสมาชิก พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนในการชี้ให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิก ปิดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การติดตามผลและทบทวนพฤติกรรมกรเลิกสูบบุหรี่สอบถามการลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อประเมินถึงการปฏิบัติของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและการนำเทคนิควิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียด อาการที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ โดยในรายที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจชี้ให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการทบทวนความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี่ เชื่อมโยงถึงผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนในรายที่เกิดปัญหาในการเลิกสูบบุหรี่ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้พูดระบายถึงปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง คำมั่นสัญญาในการเลิกสูบบุหรี่ และทบทวนความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง และส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติซ้ำ เน้นย้ำให้เห็นถึงการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และผู้วิจัยกลับมาประเมินซ้ำในครั้งต่อไป

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1. แผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท
2. คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหากับการวิจัย แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม รวมทั้งความเหมาะสมของเนื้อหาและระยะเวลาในกาดำเนินกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน (Polit & Beck, 2006) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1. เลือกใช้คำให้เหมาะสมจะเลือกใช้ผู้ป่วย หรือสมาชิก
2. กิจกรรมที่ 1 เพิ่มการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
3. เพิ่มวัตถุประสงค์ในข้อ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้
4. วิธีการประเมินผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม
5. กิจกรรมที่ 2 เพิ่มใบงานที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
6. ปรับชื่อคู่มือเป็นคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
7. รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามใบงานให้แยกให้ชัดเจน ไม่ควรรวมใบงานในกิจกรรมเดียวกัน
8. ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับระยะเวลา 60 หรือ 90 นาที และให้เหมาะกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท
9. อธิบายวิธีการใช้คำพูดชักจูงใจให้ชัดเจนจะอย่างไร
10. ผู้วิจัยควรมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม
11. เพิ่มวัตถุประสงค์ในกิจกรรมที่ 1 สามารถบอกถึงความเชื่อมั่นของตนเองได้
12. อธิบายตัวแบบจริง ตัวแบบสัญลักษณ์เป็นอย่างไร
13. ปรับความสอดคล้องของการเขียน ใบงาน หรือใบกิจกรรม
14. ปรับเพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ให้ทันสมัย ผู้วิจัยจะสร้างเองหรือนำมาจากแหล่งใดให้เหมาะสมกับกับผู้ป่วยจิตเภท

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่

มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน และทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อดูความเหมาะสม ชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนการนำไปใช้ในจริง

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของจิราภรณ์ เนียมกฤษ (2548) ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .87 และผู้วิจัยปรับปรุงดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทและการวิจัยในครั้งนี้ โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน)

ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน)

ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้งหรือทุกวัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย

การแปลผล

ช่วงคะแนน ร้อยละ ความหมาย

0-18 คะแนน ร้อยละ 60 ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่น้อย

19-23 คะแนน ร้อยละ 60-79 ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ปานกลาง

24-30 คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่มาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา โดยการให้คะแนนความคิดเห็นระดับ 1 ถึง 4 คะแนน

สอดคล้องมากให้ 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องให้ 3 คะแนน สอดคล้องน้อยให้ 2 คะแนน และไม่สอดคล้องให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ Content Validity Index : CVI ซึ่งเป็นเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องและตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}$$

#### จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขดังนี้

เพิ่มคำชี้แจงของแบบสอบถามระยะเวลาที่สูบบุหรี่ให้ชัดเจนว่าถามการสูบบุหรี่ในระยะ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลหรือ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อที่ 7 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านถ่วงเวลาความอยากสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุด จนกระทั่งความอยากสูบบุหรี่ลดลง

ข้อที่ 8 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อท่านอยากสูบบุหรี่ท่านหาวิธีอื่นแทนการสูบบุหรี่ เช่น การอ่านหนังสือในห้องน้ำ

ข้อที่ 9 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อท่านปากว่างอยากสูบบุหรี่ท่านหาผลไม้รสเปรี้ยวหรือขนมขบเคี้ยวที่ไม่หวาน แทนการสูบบุหรี่

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ดังนั้นแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทชุดนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมผ่านเกณฑ์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเท่ากับ .83 ดังแสดงในภาคผนวก ข

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยประยุกต์และดัดแปลงเครื่องมือแบบวัดความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของจิราภรณ์ เนียมบุญชู (2548) เป็นแบบการวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ที่ดัดแปลงมาจาก Velicer และของ Velicer et al (1990) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .87 มาตรฐานเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน



งุใจอยากให้อุบบุหรี่มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าอ้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกออยากอุบบุหรี่มากที่สุดให้ 0 คะแนน

งุใจอยากให้อุบบุหรีปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าอ้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกออยากอุบบุหรีปานกลางให้ 1 คะแนน

งุใจอยากให้อุบบุหรีน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าอ้อความนั้นทำให้ท่านอยากอุบบุหรีน้อยมากให้ 2 คะแนน

ไม่งุใจเลย หมายถึง ท่านเห็นว่าอ้อความนั้นไม่ได้ทำให้ท่านอยากอุบบุหรีเลย ให้ 3 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกอุบบุหรีมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกอุบบุหรีน้อย

เกณฑ์การให้คะแนน

สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-28 คะแนน)

สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-80 (29-38 คะแนน)

สมรรถนะแห่งตนระดับสูง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (39-48 คะแนน)

**เกณฑ์การกำกับการทดลอง** ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบกำกับการทดลองทันที โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลิกอุบบุหรีผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 39 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 48 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ผ่านเกณฑ์ หากระดับคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์การศึกษา ผู้วิจัยแก้ไข โดยการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และเสริมในส่วนของกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาจนกว่าจะมีคะแนนเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) ในการกำกับการทดลองเนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยเป็นแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ และการตัดสินใจจะกระทำพฤติกรรมใดๆ เนื่องจากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกอุบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและพยายามแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการเลิกอุบบุหรี (Monica et al, 2010) โดยการกำกับการทดลองนี้กำกับภายหลังสิ้นสุดการกิจกรรมที่ 4 โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลิกอุบบุหรีผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 39 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 48 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)** ผู้วิจัยได้นำแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกอุบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา โดยการให้คะแนนความคิดเห็นระดับ 1 ถึง 4

คะแนน สอดคล้องมากให้ 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องให้ 3 คะแนน สอดคล้องน้อยให้ 2 คะแนน และไม่สอดคล้องให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ Content Validity Index : CVI ซึ่งเป็นเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องและตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขดังนี้

เพิ่มคำชี้แจงของแบบสอบถามระบุตัวเลขที่แสดงถึงระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และระบุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ข้อที่ 1 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อท่านดื่มหรือนึกถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข้อที่ 2 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อท่านผิดหวังหรือไม่ได้ในสิ่งที่ปรารถนา หรือทำบางสิ่งไม่สำเร็จ (เช่น ไม่ได้กลับบ้านตามนัด)

ข้อที่ 9 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อท่านเห็นผู้อื่นดื่มกาแฟ หรือนึกถึงกาแฟ

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 ดังนั้นแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทชุดนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมผ่านเกณฑ์

**2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเท่ากับ .89 ดังแสดงในภาคผนวก ข

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับหลักการ 5A's รวมทั้งการเข้าร่วมฝึกอบรมและการฝึกทักษะ เตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่

1.2 จัดทำแผนการศึกษาวิจัย และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทดัดแปลงจากเครื่องมือของจิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548)

1.3 เตรียมสถานที่ในการศึกษา ติดต่อประสานงานด้านการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนการศึกษาวิจัย

1.4 ผู้วิจัยนำเสนอ ชี้แจงโครงการวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บข้อมูล ประสานงานหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การวิจัย แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในเลิกสูบบุหรี่ เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่

1.7 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆ รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 2 สัปดาห์ ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเสร็จสิ้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหลังการศึกษา (Post-test) และตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.1 กลุ่มควบคุม ได้จากการสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม โดยได้รับการพยาบาลตามปกติขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหาอาการทางจิตเวช และปัญหาอาการทางกายจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และการรักษาพิเศษอื่นๆตามปัญหาความรุนแรงทางจิตเวช เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า จนอาการในระยะวิกฤตดีขึ้น อาการทางจิตสงบ หลังจากนั้นประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามปัญหาอาการของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านวางแผนจำหน่าย

2.2 กลุ่มทดลอง ได้จากการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามวันเวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่หอผู้ป่วยฝ่ายคำ และตึกกิจกรรมกลุ่มบำบัด รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1	กลุ่มที่ 1 10 คน	3 เม.ย. 57	09.30-10.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	3 เม.ย. 57	13.30-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ
กิจกรรมที่ 2	กลุ่มที่ 1 10 คน	8 เม.ย. 57	09.30-10.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกกิจกรรมบำบัด
	กลุ่มที่ 2 10 คน	8 เม.ย. 57	13.30-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกกิจกรรมบำบัด
กิจกรรมที่ 3	กลุ่มที่ 1 10 คน	10 เม.ย. 57	09.30-10.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	10 เม.ย. 57	13.30-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ
กิจกรรมที่ 4	กลุ่มที่ 1 10 คน	16 เม.ย. 57	09.30-10.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ
	กลุ่มที่ 2 10 คน	16 เม.ย. 57	13.30-14.30	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ

การดำเนินการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สรุปการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

#### สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 1 ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา
3. ใบงานที่ 2 แบบบันทึกอุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่
4. ภาพพลิกความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ปากกา/ดินสอ/กระดาษ
6. ตารางนัดหมาย

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม กล่าวสวัสดิทักทายสมาชิก และสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินกลุ่ม และแนะนำกติกาเพิ่มเติม บอกระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม

ใช้เวลา 60 นาที เริ่มเวลา 9-30-10-30 น. และ 13.30-14.30 น. หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคน  
แนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น

ผลการดำเนินการกลุ่มพบว่า

กิจกรรมตามใบงานที่ 1 ให้ผู้ป่วยจิตเภทอภิปราย ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท  
สาเหตุ อาการ การรักษา

1. ผู้ป่วยทราบสามารถอธิบายถึงสาเหตุ ปัญหา อาการ การรักษา เกี่ยวกับโรคจิตเภทได้ดังนี้

“ผมเจ็บป่วยมาเป็นเวลา 10 กว่าปีแล้วครับเริ่มแรกก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร “

“ญาติบอกว่าผมเหมือนคนที่ผีเข้าสิง”

“ผมทำอะไรก็ไม่รู้ตัว บางครั้งได้ยินคนมาพูดคุยด้วย ผมก็คุยกับเขา”

“สาเหตุหมอบอกว่าผมใช้ยาเสพติด ผมเคยใช้ยาบ้าครับ”

“น้องผมก็เป็นครับญาติพี่น้องกันเป็นตามกัน”

“อาการของผมจะหงุดหงิดครับ แม่บอกว่าผมไม่รู้เรื่องจำอะไรไม่ได้เลย”

“ญาติพาผมมารักษาที่นี่ครับกินยา ก็หาย หายแล้วก็ไม่กินยาอีกอาการก็เป็นอีก”

“ไปรักษาหลายที่แล้ว รคน้ำมนต์ผมก็ไปมาแล้ว”

สรุปผลการดำเนินการในระยะดำเนินการกลุ่มพบว่า

1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นความรู้เพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภท  
ซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย แต่ไม่มีประเด็นซักถามเพิ่มเติมในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยเชื่อมโยง  
การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยสอบถามถึงประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย  
จิตเภท และชักจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงโทษ พิษภัยของบุหรี่ที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรค  
จิตเภท ให้คำแนะนำ ซึ่งแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเภท และการสูบบุหรี่มีผลต่อ  
สุขภาพอย่างไร ชักจูงให้เชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และ  
อธิบายในประเด็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท บุหรี่ และแจกใบบันทึกอุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ให้  
ผู้ป่วยจิตเภทนำกลับไปเขียน พร้อมทั้งนำมาพูดคุยอภิปรายในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 พร้อม  
กับการนัดหมายการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ 2 จะอภิปรายและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับบุหรี่  
ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป วันที่ 8 เมษายน 2557  
เวลา 09.30-10.30 น. และเวลา 13.30-14.30 น. สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกกิจกรรมบำบัด

การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินจากสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม สังเกตจาก  
การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนตามประเด็นในใบกิจกรรมที่ 1 โดยผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกถึง  
สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภทได้ และซักถามถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความ  
มั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจิตเภทบอกได้ว่าตนเองมีความมั่นใจว่าสามารถเลิกได้ และผู้วิจัยได้  
กล่าวชมเชยให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยจิตเภท

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling)**

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

2. ใบงานที่ 3 โทษ พิษภัย และผลกระทบของการสูบบุหรี่

3. ใบความรู้ที่ 4 การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลังการเลิกสูบบุหรี่
4. ใบงานที่ 4 ปัญหาอุปสรรค อาการที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่
5. สื่อวีดิทัศน์ “หลากหลายวิธีเลิกบุหรี่ บุหรี่คุณเลิกได้ เลิกยากแต่เลิกได้”
6. ภาพพลิกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
6. ปากกา/ดินสอ/กระดาษ
7. ตารางนัดหมาย

ผลการดำเนินการกลุ่มพบว่า

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม กล่าวสวัสดิทักทายสมาชิก และสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินกลุ่ม และแนะนำกติกาเพิ่มเติม บอกระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที เริ่มเวลา 9-30-10-30 น. และ 13.30-14.30 น. หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคน แนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยให้อาสาสมัคร ผู้ป่วยจิตเภทสรุปลสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท

“ผมจำได้ครับโรคจิตเภทเกิดจากสารเคมีในสมองไม่เท่ากันครับ”

“อาการจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หงุดหงิดง่าย มีหูแว่ว ภาพหลอน คิดแปลกๆ”

“หมอจะให้ยา กิน ยาฉีดยาครับ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามใบงานที่ 2 ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ และแนวทางแก้ไข โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่ม ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยน และนำเสนอผลงานในกลุ่มใหญ่

“มีหลายอย่างครับมันเลิกยากใจไม่แข็งพอ”

“เลิกมันหงุดหงิด อยากรสู้อีก”

“ปัญหาคือไม่อยากรเลิก มันเพลินดีครับ”

“ถ้าจะบรรเทาได้ผมว่าต้องพึ่งลูกอม”

“ไปเตะฟุตบอลคงช่วยได้”

“ทำงานครับ ไปอยู่กลางทุ่งนาก็หายสูบไม่ได้แล้ว”

หลังจากการนำเสนอของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมทั้งสรุปลประเด็นเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 2 อาการและวิธีการจัดการหลังการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 3 ความรู้เรื่องบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่ และใบงานที่ 4 อาการที่เกิดหลังเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการจัดการ โดยใช้สื่อภาพพลิกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ แจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยจิตเภทสรุปลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่ หลังจากนั้นสรุปลตามใบความรู้ที่ 3 และใบความรู้ที่ 4

“บุหรี่เป็นอันตรายมากครับเป็นมะเร็ง เป็นโรคปอดอุดกั้น”

“ถ้าผมไม่มีสูบผมจะหงุดหงิดง่ายแล้วจะทำให้อาการกำเริบครับ”

“เป็นอันตรายต่อคนอื่นครับทำให้คุณหมอเป็นภูมิแพ้ครับ”

“คุณหมอให้ผมดูรูปผมไม่สู้ดีกว่า”

“ไม่รู้ว่าคุณอันตรายขนาดนี้คุณหมอ สู้บพเพลินๆ”

“ไม่น่าเมียผมบ่นเหม็นเวลาผมสูบ เขาเมายาสูบนี้เอง”

ผู้วิจัยขออาสาสมัครผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ได้ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม โดยให้เล่าถึงสาเหตุในการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการที่ช่วยให้สามารถเลิกได้ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทช่วยกันสรุป ประเด็น ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

“ไม่ได้สูบก็ไม่ต้องทำอะไร มันอยู่เฉยๆ แม่ไม่ให้ไปไหนให้ผมอยู่บ้าน”

“ผมเลิกสูบได้ครั้งละหลายๆวัน ผมไม่สูบก็ได้มันอยู่ที่ใจผม”

“บางวันผมขอเงินแม่ไม่ให้ไม่มีเงินไปซื้อก็ไม่เป็นไร”

“หน้าบ้านผมมีต้นมะยมผมกินทั้งวัน”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทชมสื่อวีดิทัศน์วิธีการเลิกสูบบุหรี่ “หลากหลายวิธีเลิกบุหรี่ บุหรี่คุณเลิกได้ เลิกยากแต่เลิกได้” และให้ผู้ป่วยจิตเภทสรุปประเด็นที่ได้จากการชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับบุหรี่ และวิธีการเลิกบุหรี่

ผู้วิจัยสรุปชี้ให้เห็นถึงโทษ พิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงในการการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งผลกระทบต่อโรคจิตเภทต้องเพิ่มขนาดการรับประทานยาโรครักษาโรครจิตมากขึ้น ปริมาณยาอยู่ในกระแสเลือดลดต่ำลงส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำและต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ผลด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว คนรอบข้าง และชี้ให้เห็นถึงมาตรการด้านกฎหมาย รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงวิธีการเลิกบุหรี่สามารถทำได้ และผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน เน้นย้ำให้เห็นถึงความสามารถของตนเองว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และให้ผู้ป่วยจิตเภทซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม กล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป วันที่ 10 เมษายน 2557 เวลา 09.30-10.30 น. และเวลา 13.30-14.30 น. สถานที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ

การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินจากสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนตามประเด็นในใบกิจกรรมที่ 2, 3, 4 โดยผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกถึงโทษ พิษภัยของบุหรี่ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งวิธีการจัดการได้ และผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยจิตเภทชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ถึงแม้จะเลิกสูบได้ในระยะเวลาอันสั้น หรือมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่จะแสดงถึงความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้



## สัปดาห์ที่ 2

### กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences)

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5
2. ใบงานที่ 5 ความตั้งใจของข้าพเจ้าในการเลิกสูบบุหรี่ วันเวลา คำมั่นสัญญาในการเลิกสูบบุหรี่

3. แบบบันทึกความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

4. ปากกา/ดินสอ/กระดาษ

5. ตารางนัดหมาย

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม กล่าวสวัสดิทักทายสมาชิก และสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินกลุ่ม และแนะนำกติกาเพิ่มเติม บอกระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที เริ่มเวลา 9-30-10-30 น. และ 13.30-14.30 น. หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคน แนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 หลังจากนั้นนำเข้าสู่เนื้อหาการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ตามใบงานที่ 5 ความตั้งใจของการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตัวเอง โดยให้บอกความตั้งใจของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และบอกคำมั่นสัญญาในการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่ม ให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนเขียนบันทึกความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง โดยกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ คำมั่นสัญญาของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ และนำเสนอในกลุ่มใหญ่

หลังจากการนำเสนอผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม และส่งเสริมให้กำลังใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นเป้าหมาย คำมั่นสัญญาของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกประสบการณ์การ ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การขอตัวออกจากสถานการณ์ และให้แผ่นพับความรู้เทคนิคการ ปฏิเสธ และให้เขียนลงในสมุดบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ของข้าพเจ้า และให้นำกลับไปติดผู้ป่วยด้วย เพื่อให้อ่านกระตุ้นเตือนให้เห็นความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท และให้กำลังใจคอยเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมกำกับติดตามเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป ครั้งที่ 4 วันที่ 16 เมษายน 2557 เวลา 09.30-10.30 น. และ 13.30-14.30 น. สถานที่ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ

ผลการดำเนินการกลุ่มพบว่า

“ผมตั้งใจจะเลิกครบคุณหมอ”

“เอาเงินไปซื้อขนมกินดีกว่า”

“เอาวันนี้เลยครบตั้งใจเลิก ผมจะเขียนในสมุดไว้”

“แม่ผมมารับผมจะบอกแม่ผม แต่ผมจะเลิกได้ไหมครับ”

“เพื่อลูกเมียผมครับผมจะพยายามเลิกสูบบุหรี่”

“ขอบคุณครับ ผมกำลังอยู่ในช่วงเลิกสูบบุหรี่”

“ผมต้องกินยาผมสูบไม่ได้ครับ”

“ผมขอตัวก่อนนะครับ”

การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินจากสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ความร่วมมือการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สังเกตจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนตามประเด็นในใบกิจกรรมที่ 5 โดยผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกคำมั่นสัญญา การกำหนดวันเวลา ในการเลิกสูบบุหรี่ของแต่ละคน และผู้วิจัยได้กล่าวชมเชยให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้เห็นถึงประสพการณ์ของผู้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ถึงแม้จะเลิกสูบได้ในระยะเวลาอันสั้น หรือมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่จะแสดงถึงความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เชื่อมโยงให้เห็นถึงคำมั่นสัญญา วันเวลา ในการตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของตนเองได้สำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ และผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และคำพูดที่สามารถแสดงถึงการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ หรือการหลีกเลี่ยงสถานที่ สถานการณ์การสูบบุหรี่

**กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (physiological and emotional arousal)**

สื่อการจัดกิจกรรม/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6 วิธีการจัดการความเครียด การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
2. ใบงานที่ 6 วิธีการคลายเครียด
3. สื่อวีดิทัศน์เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
4. ปากกา/ดินสอ/กระดาษ

ผลการดำเนินการกลุ่มพบว่า

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม กล่าวสวัสดิทักทายสมาชิก และสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สมาชิกบอกกติกาในการดำเนินกลุ่ม และแนะนำกติกาเพิ่มเติม บอกระยะเวลาของการดำเนินกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที เริ่มเวลา 9-30-10-30 น. และ 13.30-14.30 น. หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคน แนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไป ทบทวนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 หลังจากนั้นนำเข้าสู่เนื้อหาการดำเนินกิจกรรมตามใบงาน และใบความรู้ที่ 6

กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการฝึกเทคนิคการคลายความเครียด โดยวิธีการนบลมหายใจฟังเสียงน้ำไหลตามธรรมชาติ จินตนาการถึงทุ่งหญ้าสีเขียว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการผ่อนคลาย มีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และติดตามสอบถามการลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง เพื่อประเมินถึงการปฏิบัติของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและการนำเทคนิควิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียด อารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ โดยในรายที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ปฏิเสธเพื่อนที่ชวนให้สูบบุหรี่ได้ หรือบอกเหตุผลที่จะไม่สูบบุหรี่ได้ ไม่เดินไปในสถานที่ที่กระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ เช่น บริเวณด้านหลังของโรงอาหารของตึก หรือการปฏิบัติเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกันให้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

บุหรี รวมทั้งการทบทวนความรู้ซ้ำเกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี เชื่อมโยงถึงผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนในรายที่เกิดปัญหาในการเลิกสูบบุหรีผู้วิจัยได้กระตุ้นให้พูดระบายถึงปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเป้าหมายการเลิกสูบบุหรีของตนเอง คำมั่นสัญญาในการเลิกสูบบุหรี และทบทวนความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรีที่ส่งผลกระทบถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเอง และส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติซ้ำ เน้นย้ำให้เห็นถึงการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี และผู้วิจัยเป็นกำลังใจ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทในการเลิกสูบบุหรีตลอดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดกลุ่ม หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามผลพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) และสิ้นสุดการวิจัยตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท

### การกำกับการวิจัย

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วยแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการวัดวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรีภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 โดยกลุ่มทดลองทุกคนต้องผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองที่กำหนดคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 39 คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 48 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน ดังแสดงในภาคผนวก จ

### 3. ชั้นสรุปผลการดำเนินการวิจัย

3.1 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการวิจัย (Pre-test) ก่อนดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท

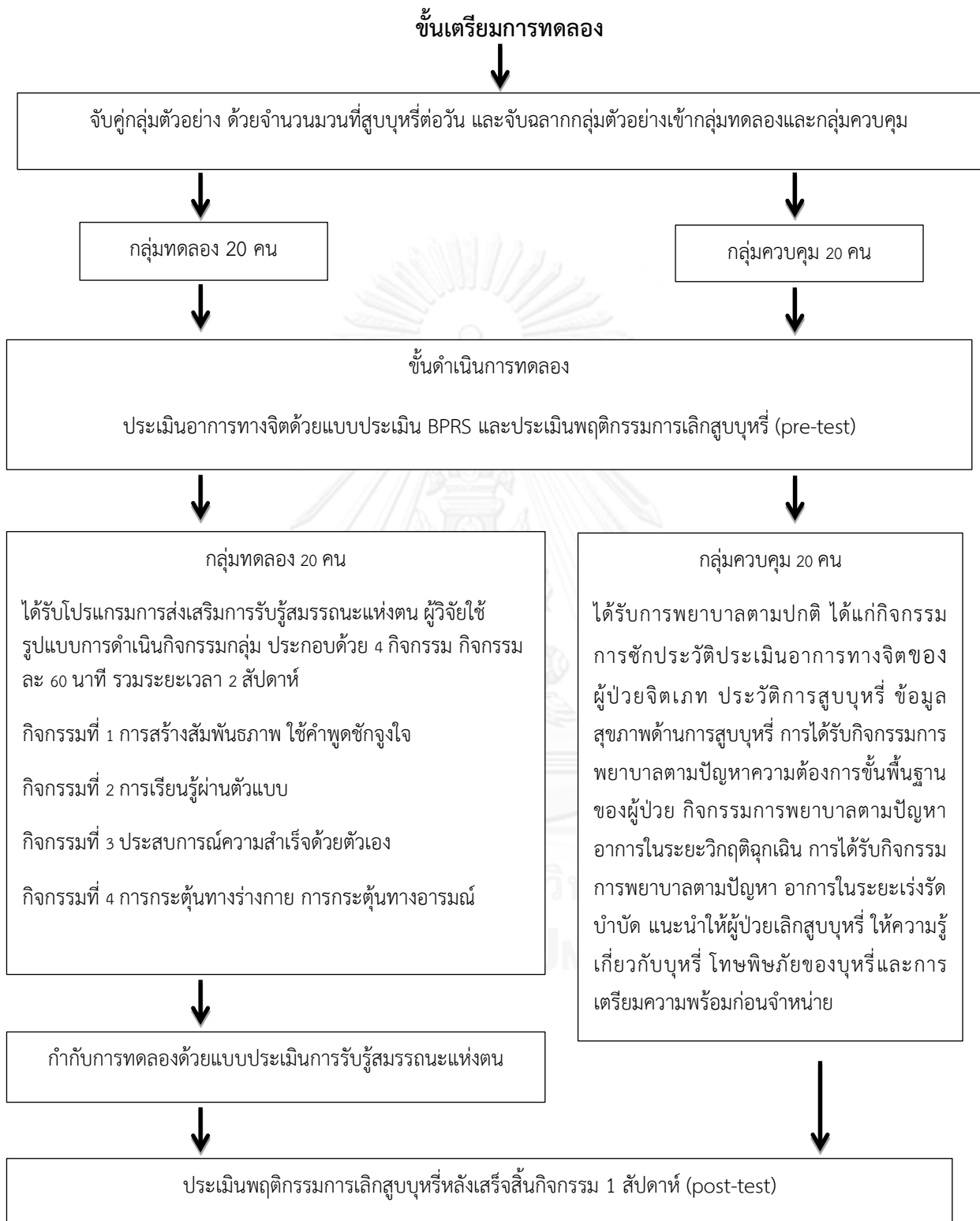
3.2 ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภททันที และภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (Pre test) และหลังการทดลอง (Post test) ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Paired Sample t-test)
3. คะแนนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre test) และหลังการทดลอง (Post test) ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Independent t – test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## แผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน และมีอาการทางจิตทุเลา จำนวน 40 ราย ซึ่งถูกจับคู่ (Matched Paired) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันจนครบ 20 คู่ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยมีการวัดด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนการทดลองและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

## ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20-29 ปี	4	20	3	15	7	17.5
30-39 ปี	10	50	10	50	20	50
40-49 ปี	4	20	5	25	9	22.5
50-59 ปี	2	10	2	10	4	10.00
$\bar{X}$ =37.08, S.D.=8.254						
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	15	75	14	70	27	72.5
คู่	4	20	3	15	7	17.5
แยก/หย่าร้าง	1	5	3	15	4	10
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	7	35	12	60	19	47.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30	4	20	10	25
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	4	20	2	10	6	15
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรี	-	-	1	5	1	2.5
อื่นๆ	3	15	1	5	4	10
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกร	5	25	8	40	13	32.5
รับจ้าง	5	25	9	45	14	35
ค้าขาย	2	10	2	10	4	10
รับราชการ	-	-	-	-	-	-
อื่นๆ	8	40	1	5	9	22.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)</b>						
1-5,000 บาท	8	40	13	65	21	52.5
5,001-10,000 บาท	7	35	5	15	12	30
10,001 บาทขึ้นไป	5	25	2	10	7	17.5
$\bar{X}=6962.5$ , S.D.=5431.85						
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	19	95	15	75	34	85
ไม่เพียงพอ	1	5	5	25	6	15
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>						
น้อยกว่า 10 ปี	11	55	15	75	26	65
11-20 ปี	7	35	3	15	10	25
20 ปีขึ้นไป	2	10	2	10	4	10
$\bar{X}=10.73$ , S.D.=8.489						
<b>ระยะเวลาของการสูบบุหรี่</b>						
น้อยกว่า 10 ปี	7	35	4	20	11	27.5
11-20 ปี	8	40	13	65	21	52.5
20 ปีขึ้นไป	5	25	3	15	8	20.0
$\bar{X}=17.88$ , S.D.=8.48						
<b>ปัจจุบันยังสูบบุหรี่</b>						
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)	20	100	20	100	40	100
10-15 มวน	17	85	19	95	36	90
16-20 มวน	2	10	1	5	3	7.5
20 มวนขึ้นไป	1	5	-	-	1	2.5
$\bar{X}=13.60$ , S.D.=4.02						

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปีคิดเป็นร้อยละ 50 และ 20-29 ปี 40-49 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40-49 ปีคิดเป็นร้อยละ 25 ด้านสถานะภาพสมรสนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองมีสถานะภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานะภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ พบว่า ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้างเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพ รับจ้างและเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ ในด้านรายได้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 และ 65 ตามลำดับ ในด้านความพอเพียงของรายได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 90 และ 75 ตามลำดับ ในด้านของระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง ต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 75 ตามลำดับ ในด้านระยะเวลาของการสูบบุหรี่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 65 ตามลำดับ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 100 และในด้านจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันพบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 10 มวน คิดเป็นร้อยละ 30 และ 50 ตามลำดับ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรืของลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรืของลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม รายบุคคล ก่อนและหลังการทดลอง

คูที่	พฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรื							
	ลุ่มทดลอง				ลุ่มควบคุม			
	คะแนน ก่อนการ ทดลอง	คะแนน ระดับ	คะแนน หลังการ ทดลอง	คะแนน ระดับ	คะแนน ก่อนการ ทดลอง	คะแนน ระดับ	คะแนน หลังการ ทดลอง	คะแนน ระดับ
1	4	น้อย	17	น้อย	3	น้อย	16	น้อย
2	1	น้อย	18	น้อย	2	น้อย	6	น้อย
3	1	น้อย	18	น้อย	16	น้อย	12	น้อย
4	12	น้อย	20	กลาง	7	น้อย	9	น้อย
5	3	น้อย	19	กลาง	3	น้อย	6	น้อย
6	0	น้อย	17	น้อย	8	น้อย	10	น้อย
7	5	น้อย	15	น้อย	4	น้อย	10	น้อย
8	2	น้อย	17	น้อย	3	น้อย	10	น้อย
9	1	น้อย	17	น้อย	11	น้อย	9	น้อย
10	3	น้อย	17	น้อย	7	น้อย	7	น้อย
11	12	น้อย	17	น้อย	6	น้อย	8	น้อย
12	10	น้อย	19	กลาง	9	น้อย	10	น้อย
13	13	น้อย	17	น้อย	10	น้อย	10	น้อย
14	15	น้อย	18	น้อย	6	น้อย	11	น้อย
15	3	น้อย	16	น้อย	13	น้อย	16	น้อย
16	3	น้อย	17	น้อย	12	น้อย	16	น้อย
17	8	น้อย	17	น้อย	7	น้อย	13	น้อย
18	6	น้อย	17	น้อย	19	น้อย	17	น้อย
19	4	น้อย	17	น้อย	5	น้อย	13	น้อย
20	14	น้อย	17	น้อย	2	น้อย	12	น้อย
$\bar{X}$	6.00		17.35		7.65		11.05	
(S.D.)	4.910		1.089		4.705		3.316	

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรืของลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.00 (S.D.= 4.910) และ 7.65 (S.D.= 4.705) ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรืของลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง เท่ากับ 17.35 (S.D.= 1.089) และ 11.05 (S.D.= 3.316) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลุ่มทดลองสามารถมีพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรืได้ทุกคน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนการทดลองและหลังการได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
 ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง (n = 20)</b>					
ก่อนการทดลอง	6	4.910			
หลังการทดลอง	17.35	1.089	19	-10.638	.000
<b>กลุ่มควบคุม (n = 20)</b>					
ก่อนการทดลอง	7.65	4.705			
หลังการทดลอง	11.05	3.316	19	-3.499	.002

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=-10.638$ ) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองสำหรับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกัน และหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน ( $t=3.50$ )

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n=20)					
กลุ่มทดลอง	6.00	4.910	38	1.085	.285
กลุ่มควบคุม	7.65	4.705			
หลังการทดลอง(n=20)					
กลุ่มทดลอง	17.35	1.089	38	-8.072	.000
กลุ่มควบคุม	11.05	3.316			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยใน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X}$  = 17.35 และ 11.05ตามลำดับ,t = -.8072, p < .05)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 เพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน และมีอาการทางจิตทุเลา ระดับคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ในระบับน้อยคือต่ำกว่า 30 คะแนน สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง พูดคุยโต้ตอบรู้เรื่องและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้คือ

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) คือ ขั้นตอนการใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuasion) ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling) ขั้นตอนการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และขั้นตอนการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแต่ละขั้นตอนใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งรวม 2 สัปดาห์ นานครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยการใช้คำพูดเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน มีความสามารถเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ด้วยวิธีการ 1. การแนะนำ (Suggestion) 2. การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) 3. การชี้แนะ (Self instruction) 4. การอธิบาย (Interpretive treatment) ประเมินสถานการณ์สูบบุหรี่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่นคำถาม คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling) ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง ใช้คำพูดทางบวกสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ วิธีการเผชิญและคลายเครียดเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ การขอตัวออกจากสถานการณ์กระตุ้น และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่ทำให้การกระตุ้นความอยากสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสบการณ์ฝึกด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ คำแนะนำช่วยให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และการให้คำแนะนำเพื่อจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ การให้เขียนถึงความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง กำหนดวันในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและบอกคำมั่นสัญญาในการละทิ้งอุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (physiological and emotional arousal) โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ จัดเตรียมสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรม ให้ผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และวางแผนติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ และการฝึกปฏิบัติการคลายเครียดติดตาม 1 สัปดาห์ถ้าผู้ป่วยจิตเภทกลับมาสูบบุหรี่ไม่ตำหนิผู้ป่วย ใช้คำพูดทางบวกส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการเลิกสูบบุหรี่โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม การกระตุ้นด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ และอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการจัดการเมื่อเกิดความเครียดอย่างเหมาะสม

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยทดลองจนครบทั้ง 4 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มยาต้านโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ระยะเวลาการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท จำนวนมวนการสูบบุหรี่ต่อวัน กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ วิธีในการเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่เลิกบุหรี่และสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้วิจัยปรับปรุงดัดแปลงแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของจิราภรณ์ เนียมบุญชู (2548) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของกุลวรรณ นาครักษ์ (2544) ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 และผู้วิจัยปรับปรุงดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทและการวิจัยในครั้งนี้ โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปใช้จริง และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Velicer et al. (1990) ที่พัฒนาโดยจิราภรณ์ เนียมบุญชู (2548) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .87 มาตราวัดเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน

สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ                      คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-28 คะแนน)

สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง            คะแนนร้อยละ 60-80            (29-38 คะแนน)

สมรรถนะแห่งตนระดับสูง                    คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (39-48 คะแนน)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยการดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ชั้น คือชั้นเตรียมการวิจัย ชั้นดำเนินการวิจัย และชั้นเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. ชั้นเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมผู้วิจัยโดย ผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นระยะเวลา 19 ปี และจบหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี พ.ศ. 2547 และปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์มาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน มีประสบการณ์ด้านการทำกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy กลุ่มเสริมแรงสูงใจ (Motivational Interviewing) กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psycho-therapy) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) รวมทั้งการนิเทศการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับคุณวัชนี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นระยะเวลา 5 วัน และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ โดยฝึกปฏิบัติที่ตึกฝ่ายคำ ภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) เป็นระยะเวลา 5 วัน

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน โดยเป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะ แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์เพื่อขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย และขอเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ประธานคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ หัวหน้าตึกฝ่ายคำ ชงโค เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง

1.6 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการดำเนินกิจกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และชี้แจงกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (PG) ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยใน และแนะนำผู้วิจัย แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลหัวหน้าตึก แล้วขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Pre-test)

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน แล้วจึงจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 1 คน แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมทั้งภาคเช้าและภาคบ่าย ภาคเช้า เวลา 09.30-10.30 น. และภาคบ่ายเวลา 13.30-14.30 น. ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน-16 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกฝ่ายคำ และห้องกิจกรรมกลุ่ม ตึกกิจกรรมกลุ่ม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การซักประวัติประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะวิกฤตฉุกเฉิน การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะเรื้อรังบำบัด แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ เน้นให้เห็นโทษพิษภัยของบุหรี่และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย



2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังเสร็จสิ้น แล้วตรวจสอบค่าระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งกำหนดให้มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์

### 3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) โดยใช้แบบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

## สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X} = 6, 17.35$ ; S.D. = 4.910, S.D. = 1.089 ตามลำดับ;  $t = -10.638, p < .05$ ) โดยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ หลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X} = 17.35, 11.05$ ; S.D. = 1.089, 3.316 ตามลำดับ;  $t = -8.072, p < .05$ )

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลทำให้พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X} = 6, 17.35$ ; S.D. = 4.910, 1.089 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท สร้างตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกาย และการกระตุ้นด้านอารมณ์ (physiological and emotional arousal) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน พบว่า มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยอธิบายว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเทคนิคอย่างหนึ่งที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การเสริมแรงทางบวก การให้แรงเสริมทางลบ การขจัดสิ่งเร้า การให้ออกไปเสียจากสถานการณ์ที่จะทำให้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งจากโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ ในกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้ป่วยได้รับการเสริมแรงทางบวกให้เชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความสามารถของตนเอง รวมทั้งการได้รับคำชื่นชม ส่งเสริมให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่จากผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเอง นอกจากนี้ในด้านการเสริมแรงทางลบผู้วิจัยชี้ให้เห็นโทษ พิษภัยของบุหรี่และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งในด้านการเจ็บป่วยของตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย และผลกระทบที่เกิดด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยจิตเภทเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งความตระหนักและรับรู้ในโทษ พิษภัยของการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ (วิลาวัลย์ พนาโชติและคณะ, 2549) ในด้านการขจัดสิ่งเร้าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสอนให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้อยากสูบบุหรี่ สอนให้เรียนรู้ทักษะการปฏิเสธเมื่อมีผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะช่วยในงดและเลิกสูบบุหรี่ เกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Monica et al, 2011) และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จ บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนมากจะมีความเชื่อมั่นและพยายามกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Bandura, 1997) และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความตระหนักมากและเข้าใจความเชื่อมโยงของผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นต่อเอง นั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (1999) พบว่าการให้ความรู้ขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป (สมภาพ เรืองตระกูล, 2553) มีภาวะพร่องการรู้คิด (cognitive impairment) แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552; Laza, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาผลส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Johnson et al, 1999; Dornelas et al, 2000; Carolyn et al, 2006; Zheng et al, 2007, พัชรินทร์ อินทร์ปรง, 2551) และสัมพันธ์กับระดับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะทำให้ผู้ป่วยจะมีความพร้อมและความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ (ศรีณีย์ กอสนาม, 2550)

การพูดชักจูง (Verbal persuasion) การพูดชักจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเลิกสูบบุหรี่นั้นผู้วิจัยได้จัดการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้ตามแผนการสอนเรื่องโรคจิตเภท และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ซึ่งการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ในกิจกรรมดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยเน้นย้ำให้รับรู้โทษ พิษภัยของบุหรี่และผลกระทบที่เกิดขึ้น และหากสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และการเจ็บป่วยของตนเองอย่างไร ถ้าผู้ป่วยจิตเภทยังคงสูบบุหรี่

ต่อไปจะส่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่แย่ลง (Mc Cloughen A., 2003) กระทบต่อการดำเนินของโรคจิตเภทของผู้ป่วยเอง โดยการสูบบุหรี่มีผลต่ออาการทางจิตด้านบวก ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น (Smith RC. et al., 2002)

การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบนี้ ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่เป็นสื่อ เช่น แผ่นพับให้ความรู้ ภาพพลิก สื่อสารคดีเกี่ยวกับบุหรี่ “หลากหลายวิธีเลิกบุหรี่ คุณเลิกได้ เลิกยากแต่เลิกได้” ซึ่งตัวแบบเหล่านี้จะส่งผลและมีอิทธิพลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งถือเป็นวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่ง ด้วยการเอาแบบอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เรียนรู้และสร้างทัศนคติด้วยการเอาแบบอย่าง โดยจะเกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม การแสดงออก ทำให้เกิดการลอกเลียนแบบที่ถูกต้องเหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

ประสบการณ์ความสำเร็จได้ด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) จากการที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยผู้ป่วยจิตเภทได้ลงมือเขียนถึงความตั้งใจของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ คำมั่นสัญญา ระบุวันที่ชัดเจนในการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็น และประกาศให้ผู้อื่นรับทราบ การดำเนินกิจกรรมโดยเป็นรูปแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้จัดให้กับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยเป็นการเพิ่มเติมและเป็นการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นถึงเป้าหมาย และความสำเร็จมากยิ่งขึ้น เมื่อบุคคลได้ตัดสินใจลงมือปฏิบัติแล้วเกิดผลสำเร็จ แสดงให้เห็นถึงการรับรู้สมรรถภาพและความสามารถของตนเองของบุคคลเพิ่มขึ้นช่วยให้เกิดการนำพฤติกรรมที่ดีนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1997)

การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) จากการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพัทธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ของบุคคล ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการนวดคลายกล้ามเนื้อ ฟังเสียงน้ำไหล ฟีกสมาธิ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมกับผู้วิจัยได้สนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และเมื่อเกิดความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ สามารถจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่นการเบี่ยงเบนความสนใจหากิจกรรมช่วยผ่อนคลาย ออกกำลังกายจะเป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์อย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น (Bandura, 1997)

ดังนั้นพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองนั้น อธิบายได้ว่าเกิดจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทยเนื่องจากการวิจัยในเรื่องการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทยังมีน้อย และการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายซึ่งมีลักษณะการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรังเช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นการเจ็บป่วยละดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005, สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553) ดังเช่น การวิจัยของกุลวรรณ นาครัตน์ (2540) จิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548) และ พิชรินทร์ อินทร์ปรุง (2551) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

บุหรืในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการศึกษาเลิกสูบบุหรืสูงกว่าในกลุ่มควบคุม รวมทั้งในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืสูงขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้เน้นย้ำและให้ความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรื โทษและพิษภัยของบุหรื ผลกระทบที่เกิดจากบุหรื รวมทั้งได้รับทราบผลดีจากการเลิกสูบบุหรือันเป็นปัจจัยหนึ่งที่มาจากโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่งผลให้สามารถเลิกสูบบุหรืได้ (นงนุช บุญอยู่, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fung et al. (2005) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรืของคลินิกเลิกสูบบุหรืโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืต่อการเจ็บป่วยด้านสุขภาพ และได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรื พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้สามารถเลิกสูบบุหรืได้ และเมื่อยังมีความเชื่อในความสามารถของตนเองมากเท่าใด ยิ่งทำให้มีความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรืได้มากขึ้นตามไปด้วย โดยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น (วรารณ ภูมิสวัสดิ์, 2546)

2. สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 17.35, 11.05$ ; S.D. = 1.089, 3.316) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นพบว่ามีผลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) นั้นส่งผลพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทโดยวัดจากค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองที่มากกว่าในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรื เมื่อมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะส่งผลต่อความสามารถในการแสดงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืต่ำเช่นกัน (Crawford et al, 2002) โดยในกลุ่มควบคุมนั้นไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น (self-efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อของบุคคลว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม หรือกระทำสิ่งต่างๆได้สำเร็จขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการพัฒนา การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 ปัจจัยคือ 1) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ Modeling หรือ Vicarious Experience 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective states) โดยผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการสูบบุหรืนั้นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 กิจกรรมนี้ แต่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่เป็นรูปแบบการให้ความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรืเท่านั้น

เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยสมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลางถึงระดับสูงสามารถประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่าผู้ที่รับรู้ในสมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจซึ่งความตั้งใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (ศรีธัญย์ กอสนาม, 2550; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) ทำให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จสูงในการเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington et al. (1998) ที่ศึกษากลุ่มบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจที่หยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความพยายามในการงดสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ในระหว่างการบำบัด หรือโปรแกรมการบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ การได้รู้ถึงอันตรายจากบุหรี่ และได้ทราบผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน (นงนุช บุญอยู่, 2541) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา (Monica et al., 2011) การให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด (counseling and behavior therapies) การใช้ยาบำบัดสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ และควบคุมการแพร่กระจายบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) การสอนทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับจิตใจที่ไม่เข้มแข็งในสถานการณ์ที่มีสิ่งเร้า โดยมุ่งเน้นที่โปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ควรมุ่งเน้นไปที่การสอนทักษะการเผชิญปัญหา ลดความเหนื่อยหน่าย และการใช้สิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มเข้าไปนอกเหนือจากการให้ความรู้ การใช้ยา หรือการใช้แผ่นนิโคติน (Monica et al., 2011) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการสอนทักษะต่างๆเหล่านี้จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

ดังนั้นจากผลการศึกษาที่เป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลดีต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับในกลุ่มควบคุมภายหลังการ post-test พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยยังน้อยกว่าในกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 11.05$ , S.D. = 3.316,  $\bar{X} = 17.35$ , S.D. = 1.089) ซึ่งระดับคะแนนสูงขึ้นเหมือนในกลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมากเหมือนในในกลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองจะมีคะแนนสูงขึ้นทุกคน เป็นไปได้ว่า จากการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่อยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลจากพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล (standard of care) ซึ่งได้กำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งถือเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจะต้องจัดให้กับผู้ป่วยทุกคน นอกจากนี้แล้วยังเป็นมาตรฐานการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ (standard of professional performance) เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) ทั้งในด้านการซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสุขภาพจิต ดำเนินตามแผนการรักษา แผนการพยาบาล การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จัดให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ทางสุขภาพที่ดีขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม รวมทั้งกฎระเบียบของโรงพยาบาลในด้านข้อห้ามไม่ให้สูบบุหรี่ การติดป้ายเตือนต่างๆ ของโรงพยาบาล การควบคุมการเข้าถึงแหล่งซื้อขายบุหรี่ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาล

ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้การดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เป็นมาตรการหนึ่งของการควบคุมยาสูบ รวมทั้งบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้เลิกสูบบุหรี่ได้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2556) และในการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวัน พยาบาลยังปฏิบัติบทบาทการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ เช่น ในขณะประเมินอาการ สร้างสัมพันธภาพ สามารถพูดคุยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งการจัดหาสื่ออุปกรณ์ต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีความรู้ สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทได้จึงทำให้คะแนน Post test ของกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงลดลงด้วยเช่นกันแต่ไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจนและเพิ่มขึ้นทุกคนเหมือนในกลุ่มทดลอง

### ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งระยะเวลาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยใน ใช้ระยะเวลาในการนอนรักษา 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านตามแผนการรักษา โปรแกรมที่จัดให้ในครั้งนี้จึงประยุกต์และดัดแปลงให้เหมาะสมกับระยะเวลาการรักษาตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้การประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในด้านจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบต่อวัน ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามวัดจำนวนมวนบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มในขณะดำเนินการวิจัย และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลจะถูกจำกัดในเรื่องการเข้าถึงแหล่งของบุหรี่ ไม่สามารถหาซื้อบุหรี่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งมีป้ายเตือนกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลของจำนวนมวนของบุหรี่ต่อวันในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งช่วยลดผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยได้ เช่น ปริมาณการใช้ยารักษาโรคจิตที่เพิ่มมากขึ้น และปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยมากขึ้นเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน นอกจากนี้ยังช่วยลดด้านเศรษฐกิจที่ต้องเสียเงินซื้อบุหรี่ และปัญหาสุขภาพทางกายที่ตามมาทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจากผลการวิจัยจึงถือได้ว่าเป็นบทบาทสำคัญในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ต้องมุ่งจัดบริการ และการดูแลให้แก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเน้นการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หรือลงสู่การปฏิบัติทั้งในด้านของบุคลากรทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเคร่งครัด
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาลการประชาสัมพันธ์ และนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้บุหรี่
3. ด้านการศึกษาวิจัยส่งเสริมและสนับสนุนด้านองค์ความรู้ทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับบุหรี่และโรคทางจิตเวช โดยให้การส่งเสริมการวิจัยลงสู่ในงานประจำสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ที่พบในผู้ป่วยจิตเวช
2. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการรักษาแบบผู้ป่วยในจึงควรมีการศึกษาวิจัยที่บูรณาการรูปแบบ 5A เข้ามาร่วมในกิจกรรมด้วยและเพิ่มระยะเวลาการติดตาม (Arrange) เพื่อให้ได้มีการติดตามพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนในระบบ ICD-10 F.17 เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพะบุคลากรทางการพยาบาลสามารถพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลทางการพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป



## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2553). **ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยและอัตราสุขภาพจิตต่อประชากร**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [online]. แหล่งที่มา:  
[http://www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/dl.asp?id=130.\[2011/August/7\]](http://www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/dl.asp?id=130.[2011/August/7]).
- กรองจิต วาทีสาทกกิจ. (2549). **พยาบาลกับบุหรี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- กรกองจิต วาทีสาทกกิจ และคณะ. (2556). **ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรีในงานประจำ**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี.
- กุลวรรณ นาครัตน์. (2540). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรีของผู้นำชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองแผนงานกรมสุขภาพจิต. (2555). **กรมสุขภาพจิต. สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวช**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- จิตติมา พุ่มพรวง. (2547). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรีของข้าราชการทหารชั้นประทวน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2528). **การพยาบาลจิตเวช เล่มที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษกร. (2548). **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการเลิกบุหรีของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ตรีชฎา บุญจันทร์. (2550). **ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรีในผู้ป่วยชาวไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญชนก จิงา. (2546). **ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเลิกบุหรีของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวิทย์ คล่องใจ. (2552). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรีในผู้ป่วยจิตเภท**. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). **การประยุกต์แนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกบุหรีของนักเรียนชายมัธยมศึกษา**. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงนุช บุญอยู่. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือการกลับมาสูบบุหรีของผู้มารับบริการอดบุหรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นฤมล นันทพล. (2546) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายอดิศร จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์(สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังเอิญ ทองสมนึก. (2551). **การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี**. ปรินฤมมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. (2542). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาชายสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปรินฤมมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราโมทย์ สุขนิษฐ์และ มาโนชย์ หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD 10)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). **แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนมณีส फिल्ม.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี**. วิทยานิพนธ์ปรินฤมมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- พิมพ์มาตา อัจฉริยพัฒนา. (2549). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปรินฤมมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2547). **คว้นบุหรี่ยี่มือสอง : ภัยจากบุหรี่ยี่ที่เราไม่ได้สูบ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มนทกานกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรีนัย กอสนาม, และคณะ (2546). **แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ พนาโชติสกุล. (2550). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ : กรณีศึกษาตำบลพิมาน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพฯ.

- ศรัณู กอสนาม. (2550). การสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ มุมมองทางจิตวิทยา. ในกรแก้ว จันทาษา (บรรณาธิการ), (ร่าง)คู่มือการสอนเภสัชกร : เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิณีย์ สังข์ศรี. (2542). ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้หรือไม่ได้ในเขตกรุงเทพมหานคร. **จุฬาลงกรณ์วารสาร**. 11(43) เมษายน-มิถุนายน 2542: 166-123.
- ศิริพร ชวนชาติ. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- \_\_\_\_\_. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: รงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรปี พ.ศ. 2550**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [online]. แหล่งที่มา: [http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context/root/index.jsp.\[10/April/2012\]](http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context/root/index.jsp.[10/April/2012]).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). **สถิติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย**. Available from [http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special\\_report/4438.\[2011/August/9\]](http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/4438.[2011/August/9]).
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, จิราภรณ์ เนียมบุญชู. (2548) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่. **วารสารพยาบาล** 54 (3), 144-153.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้การเตือนของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). **แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: โรงพิมพ์รัตนสุวรรณ 3.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2551**. สำนักงานสถิติแห่งชาติกรุงเทพฯ.
- อภิรักษ์ ปัญญาภาพ. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันบุหรี่ของนักเรียนชายในสังกัดอาชีวศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550). **การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.

- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2549). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: ธนาคารพิมพ์.
- Addington, J.J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D.C., & Addington, D. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. **American Journal of Psychiatry** 155 : 974-976.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed)**. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Baker, A., Richmond, R., Haile M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor R. L., et al. (2006). A randomized controlled trial of smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. **American Journal of Psychiatry** 163(11): 1934-1942.
- Bandura, A. (1977). **Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavior Change**. Psychological Review. (84) March 1977 : 191-215.
- Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory**. New Jersey : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change psychological**. New York: Holt Rinchart and Winston.
- Boyd, M.A. (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 177: 212-217.
- Burn, N. (2007). **Understanding nursing research : building and evidence base practice**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Cohen, J. (1998). **Statistical power analysis for the behavioral science (2<sup>nd</sup> ed.)**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Condiotte, M., and Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation program. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 49 : 648-658.
- Dalack G.W., Meador- Woodruff J.H. (1996). Smoking. Smoking Withdrawal and Schizophrenia: Case Report and Review of the literature. **Schizophrenia Research** 22(2): 133-141.
- De Leon, J., Dadvand, M., Canuso, C., White, A.O., et al., (1995). Schizophrenia and smoking : an epidemiological survey in a state hospital. **Am. J. Psychiatry** 152: 453-455.
- De Leon, J., and Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavior. **Schizophrenia research** 76: 135-157.

- Evins, A. E., Mays, V. K., Rigotti, N. A., Tisdale, T., Cather, C., Goff, D. C. (2001) A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. **Nicotine and Tobacco Research** (3): 3967-403.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., et al. (2000). **Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- George, T. P., Zyedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., et al. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medication for smoking cessation in schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, 157: 1835-1842.
- Goff, D. C., Henderson, D. C., & Amico, E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia : Relationship to psychopathology and medication side effect. **American Journal of Psychiatry**, 149, 1189-1194.
- Hughes, J.R., (1993). Possible effects of smoke-free inpatient unit on psychiatric diagnosis and treatment. **J. Clin. Psychiatry** 54 : 109-114.
- Jetiyanuwatr, C. (2001). **Factor associated with smoking cessation of public health officials in Kanjanaburi province**. Master's Thesis, Department of Biostatistics, Graduate Studies, Mahidol University.
- Johnson, J.L. and other. (1999). Evaluation of a nurse delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. **Health and Lung** 28(1):55-64.
- Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., et al. (2001). Mental disorders and cause specific mortality. **British Journal of Psychiatry** 179: 498-502.
- Kim S., Nam KA. and Seo M. (2004). **Effectiveness of Smoking Cessation Program for Adolescents**. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve>. [2012/April/25]
- Lanza, S. (2012). What are the differences between Mild Cognitive Impairment (MCI) and dementia. Available from <http://www.eldercarelink.com/Alzheimers-and-Dementia>. [2012/April/25]
- Lawn S. & Pols R.. (2005). Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 39(4): 866–885.
- McChargue D.E. et al. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other. **Drugs Addiction** 97(8): 785–793.
- McCloughen A. (2003). The association between schizophrenia and cigarette smoking: A review of the literature and implications for mental health nursing practice. **International Journal of Mental Health Nursing** 12(1): 119–129.

- Meadows G. et al.(2001). Smoking and schizophrenia: the development of collaborative management guidelines. **Australasian Psychiatry** 9(1): 340-344.
- Miller, W., R. and Rollnick, S. (1991). **Motivation Interviewing preparing people to change addictive behavior**. New York London: The Guilford press.
- Monica, C., Mann-Wrobel., Melanie E. Bennett., Elaine E. Weiner., Robert W. Buchanan., Patricia, M., Ball. (2010). Smoking history and motivation to quit in smokers with schizophrenia in a smoking cessation program. **Schizophrenia Research** 126: 277-283.
- National Advisory Committee on Health and Disability. (2002). **Guidelines for smoking cessation: revised 2002**. Wellington (New Zealand): National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee).
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Report. 1962;10:799-812.
- Polit, D. F., and Beck C. T. (2004). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., (1992). **Stages of change in the modification of problem behaviors**. Prog. Behav. Modif. 28 : 183-218.
- Resnick, M. P. and Bosworth, E. E. (1989). A smoke-free psychiatric unit. **Hospital and Community Psychiatry**, 40(4): 525–527.
- Sadock, J.B. & Sadock, A.V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- SANE Australia. (2001). **Smoking reduction and cessation for people with Schizophrenia: Guideline for Practitioners**. [n.p]: Collaborative enterprise between SANE Australia and The University of Melbourne department of Psychiatry.
- Smith, R.C. et al.(2002). **Effects of the cigarette smoking and nicotine nasal spray on psychiatric symptoms and cognition in schizophrenia**. [online] Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=Pubmed>. [2002, Sep; 27(3)].
- Spiegler, M.D., & Gueveremont, D.C. (1998). **Contemporary behavior therapy** (3Ed.). Pacific Grove, CA: Books/Cole.
- Steinberg, M. L., Williams, J. M., and Ziedonis, D. M., (2004). Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. **Tobacco Control** 13(2): 206.
- Strasser Kathryn. et al.,(2002). Smoking cessation in schizophrenia: General practice guidelines. **Australian Family Physician**. 31(1): 21-24.
- Tanskanen, A., Viinamaki, H., Koivumaa-Honkanen, H. T., Jaaskelainen, J., Lehtonen, J., (1997). Smoking among psychiatric patients. **Eur.J. Psychiat.** 11: 179-188.

- University of Michigan Health System (UMHS). (2001) Smoking cessation. Ann Arbor Michigan: **University of Michigan Health System** (pp. 9).
- Velicer, W. F., Norman, G. J., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1999). Testing 40 predictions from the Transtheoretical Model. **Addictive Behaviors**, 24(4), 455-469.
- Williams, J. M., Ziedonis, D. M., and Foulds, J. (2004). A case series of nicotine nasal spray in the treatment of tobacco dependence among patients with schizophrenia. **Psychiatric Services** 55(9): 1064-1066.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011). **Schizophrenia**. [online]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/\[2011/August/7\]](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/[2011/August/7]).
- World Health Organization. (2013). **Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products**. Geneva: Switzerland.
- Ziedonis, D. M., George, T.P. (1997). Schizophrenia and nicotine use : report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issue. **Schizophrenia Bulletin** 23: 247-254.
- Ziedonis, D. M., and Trudeau, K. (1997). Motivation to quit using substance among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. **Schizophrenia Bulletin** 23: 229-23.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**





ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1.	นายแพทย์อาทิตย์ เล่าสู่อังกูร	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็ก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2.	นางวัชนี หัตถพนม	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3.	นายไพรวลัย รัมย์ชัย	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4.	ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
5.	อาจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

ที่ ศร 0512.11/ 0341

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ อาทิตย์ เล่าสอังกูร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ อาทิตย์ เล่าสอังกูร
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า โทร. 084-402-7554





ภาคผนวก ข  
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมโครงการวิจัย.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....

เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้ลงนามด้านล่างในหนังสือนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจน และเข้าใจเป็นอย่างดีจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และอาศัยอยู่เลขที่ 169 หมู่ที่ 4 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น เบอร์โทรศัพท์ 089-4215102 ถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าวของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง และเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบการบริการทางการแพทย์ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัย เกี่ยวกับการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัย นำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และผู้ช่วยวิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้ ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัวข้าพเจ้า 1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น โดยการลงนามข้างล่างนี้

..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง)	..... ลายมือชื่อ	..... สถานที่/วันที่
..... ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)	..... ลายมือชื่อ	..... สถานที่/วันที่
..... พยาน (ตัวบรรจง)	..... ลายมือชื่อ	..... สถานที่/วันที่

**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Patient/Participant Information Sheet)**

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท
<b>ชื่อผู้วิจัย</b>	นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 043-209999 ต่อ 63327 หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-4215102 E-mail: ap412@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. ท่านได้รับการเชื้อเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการโครงการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นโครงการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
  - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยจะจัดผู้ดูแลผู้ป่วย ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ
  - กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้จัดไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
  - กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในการศึกษา ดังนี้
 

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน และมีอาการทางจิตทุเลา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน



ภาคผนวก ค  
พิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม  
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

รหัสโครงการ : 001 / 2557

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอเมททัย ศรีจันทร์หาล้า

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร

วันที่รับรอง : วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2557

วันที่หมดอายุ : วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2558

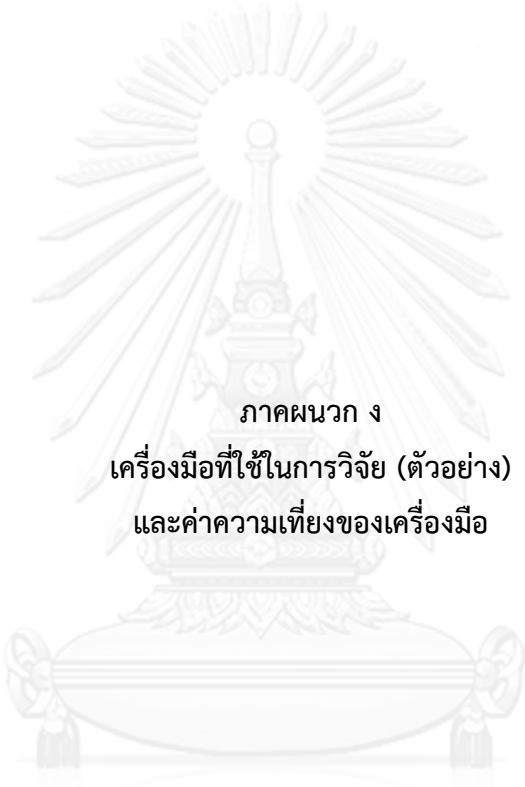
คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้ หนังสือออกวันที่ 2 เดือน เมษายน พ.ศ. 2557

.....  
(นางชนิษฐา สันทะห์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

.....  
(นายประกาศ อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)  
และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สำหรับผู้วิจัย ID.....

H.N.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา
- ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 5. ปริญญาตรี
- ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
- ( ) 7. อื่นๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
- ( ) 1. โสด ( ) 4. หย่า/ร้าง
- ( ) 2. คู่ ( ) 5. แยกกันอยู่
- ( ) 3. หม้าย ( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
- ( ) 1. เกษตรกรรม ( ) 4. รับราชการ
- ( ) 2. รับจ้าง ( ) 5. อื่นๆ (ระบุ).....
- ( ) 3. ค้าขาย
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. ความเพียงพอของรายได้
- ( ) 1. เพียงพอ
- ( ) 2. ไม่เพียงพอ
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
9. ระยะเวลาการสูบบุหรี่.....ปี.....เดือน
10. ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่
- ( ) 1. เคย.....ครั้ง ( ) 2. ไม่เคย
11. ปัจจุบันยังสูบบุหรี่
- ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่
12. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน.....มวน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว (ในระยะเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล)

ปฏิบัติได้ทุกครั้ง                      หมายถึงปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ  
 ปฏิบัติได้บางครั้ง                      หมายถึงปฏิบัติได้บางครั้ง  
 ปฏิบัติไม่ได้                                หมายถึงปฏิบัติไม่ได้เลยทุกครั้ง

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป			
3. ....			
4. ....			
5. ....			
6. ....			
7. ....			
8. ....			
9. ....			
10. ....			
11. ....			
12. ....			
13. ....			
14. ....			
15. ....			

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความมั่นใจของท่านต่อสถานการณ์การสูบบุหรี่

จูงใจอยากให้สูบบุหรี่มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่มากที่สุด  
 จูงใจอยากให้สูบบุหรี่ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่ปานกลาง  
 จูงใจอยากให้สูบบุหรี่น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านอยากสูบบุหรี่น้อยมาก  
 ไม่จูงใจเลย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ได้ทำให้ท่านอยากสูบบุหรี่เลย

ข้อความสถานการณ์	จูงใจให้ อยากสูบ บุหรี่ปานกลาง	จูงใจอยาก สูบบุหรี่ ปานกลาง	จูงใจ อยากสูบ บุหรี่ปานกลาง	ไม่ จูงใจ เลย
1. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
2. เมื่ออยู่กับคู่สมรสหรืออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
12. ....				
13. ....				
14. ....				
15. ....				
16. ....				

### แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS

ชื่อผู้ป่วย.....ผู้ประเมิน.....

Rating Key : 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง  
5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	1	2	3	4	5	6	7
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G1) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G2) - ขณะรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวสิ่งใดอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (N1) - การแยกตัวทางอารมณ์							
4. Conceptual disorganization (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (P1) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราวขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G3) - รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียในต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G4) - ความตึงเครียด							
7. Mannerisms and Posturing (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G5) - ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ							
8. Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (P2) - ทำที่หยิ่งยโสยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่แก่ผิดปกติจากคนอื่น							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G6) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	1	2	3	4	5	6	7
10. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (P3) - ความรู้สึกและท่าที่ไม่เป็นมิตร ถูกคนอื่น							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (P4) - รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Auditory hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) (P5) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G7) - การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G8) - ท่าที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (G9) - ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (N2) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) (P6) - ท่าที่ลุกลุกกลนมีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) (G10) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

หมายเหตุ : G1 – G10 = อาการทางจิตทั่วไป N1 – N2 = อาการทางลบ P1 – P6 = อาการทางบวก คะแนนรวมที่ได้ไม่เกิน 36 คะแนน สามารถเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

## ตัวอย่างการหาค่า Reliability

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

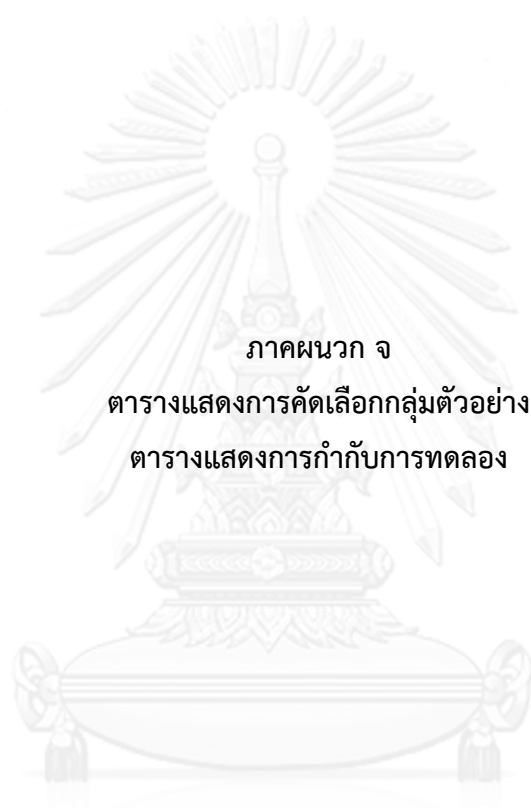
**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.824	.829	15

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
b1	1.60	.498	30
b2	1.63	.490	30
b3	1.57	.504	30
b4	1.70	.702	30
b5	1.53	.507	30
b6	1.43	.504	30
b7	1.40	.498	30
b8	1.37	.490	30
b9	1.50	.509	30
b10	1.47	.507	30
b11	1.67	.479	30
n12	1.33	.479	30
b13	1.57	.504	30
b14	1.57	.504	30
b15	1.63	.490	30





ภาคผนวก จ

ตารางแสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตารางแสดงการกำกับการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน	
1	15 มวน	12 มวน
2	20 มวน	15 มวน
3	10 มวน	14 มวน
4	12 มวน	10 มวน
5	10 มวน	10 มวน
6	10 มวน	12 มวน
7	15 มวน	17 มวน
8	20 มวน	15 มวน
9	30 มวน	20 มวน
10	10 มวน	15 มวน
11	10 มวน	10 มวน
12	15 มวน	15 มวน
13	14 มวน	15 มวน
14	10 มวน	10 มวน
15	10 มวน	14 มวน
16	15 มวน	15 มวน
17	15 มวน	15 มวน
18	10 มวน	10 มวน
19	10 มวน	10 มวน
20	15 มวน	14 มวน

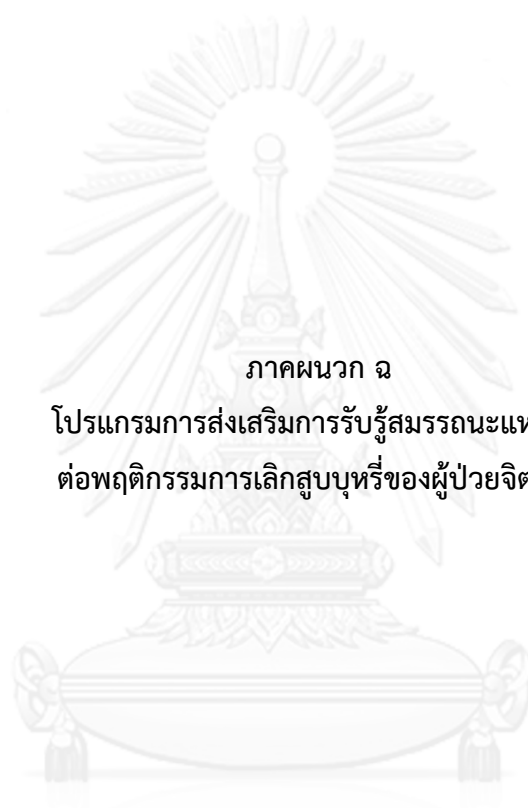
จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีจำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวัน ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 20 คู่

หมายเหตุ : จำนวนมวนแตกต่างกันในช่วง 5-10 มวน (พัชรินทร์ อินทร์ปรุง, 2548)

ตารางที่ 8 ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท  
ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=20)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง	แปลผล
คนที่ 1	39	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 2	39	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 3	41	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 4	40	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 5	39	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 6	45	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 7	41	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 8	39	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 9	41	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 10	40	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 11	45	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 12	43	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 13	41	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 14	40	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 15	40	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 16	40	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 17	40	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 18	41	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 19	39	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 20	41	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 8 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ใน  
กลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการวัดวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่  
4 โดยกลุ่มทดลองทุกคนต้องผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองที่กำหนดคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 39  
คะแนน จากคะแนนเต็มทั้งหมด 48 คะแนน คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน



ภาคผนวก ฉ

โครงการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
ต่อพฤติกรรมกรเลิกลสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท (ตัวอย่าง)

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน

**ระยะเวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่ และผลกระทบการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย และโรคจิตเภท
4. ให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถ สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองได้
3. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้
4. สามารถบอกถึงสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

**สาระสำคัญ**

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท แบบเป็นรายกลุ่ม เริ่มต้นด้วยการกล่าวต้อนรับ แนะนำตนเอง ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ได้รับ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

**สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 1 แบ่งกลุ่มย่อยเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรักษาของตนเองเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
3. ใบงานที่ 2 อธิบายเกี่ยวกับบุหรี่ โทษ พิษภัยของบุหรี่ และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

4. ใบความรู้ที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี โทษ พิษภัยของบุหรี ผลกระทบของบุหรีต่อโรคทางกาย และโรคจิตเภท
5. ใบงานที่ 3 อภิปรายปัญหาอุปสรรคและการจัดอุปสรรคการเลิกสูบบุหรี พร้อมวิธีการแก้ไข
6. ปากกา ดินสอสำหรับดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย

**กิจกรรม** ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** (ใช้เวลา 10 นาที)

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง
2. พูดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ให้เกิดสร้างความไว้วางใจและเป็นมิตร
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วม

กิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

5. ให้สมาชิกซักถามในประเด็นข้อสงสัย

**ระยะดำเนินการ** (ใช้เวลา 40 นาที)

**ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** (ใช้เวลา 10 นาที)

**การประเมินผล**

ประเมินผลกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสังเกตพฤติกรรม ให้ความร่วมมือ สนใจและตั้งใจ และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้คำพูดชักจูงของผู้ป่วย

## ใบงานที่ 1

คำชี้แจง ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มอภิปรายในประเด็นอาการสำคัญ ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท สาเหตุ-อาการ และการรักษาที่ผ่านมา โดยใช้เวลา 10 นาที และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

.....

.....

.....

.....

สาเหตุ-อาการ

.....

.....

.....

.....

การรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

## ใบงานที่ 2

**คำชี้แจง** ให้สมาชิกอธิบายเกี่ยวกับบุหรี โทษพิษภัยของบุหรี และผลกระทบของการสูบบุหรีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยใช้เวลา 10 นาที และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

**อธิบายเกี่ยวกับบุหรี โทษพิษภัยของบุหรี**

.....

.....

.....

.....

**ผลกระทบของบุหรีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย**

.....

.....

.....

.....

**ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท**

.....

.....

.....

.....



## ใบงานที่ 3

คำชี้แจง ให้สมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นต่าง ๆ โดยใช้คำถามดังต่อไปนี้

1. อุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. แนวทางการจัดปัญหาอุปสรรคขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า เกิดเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2516 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY