

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก



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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MOTIVATION PROGRAM TO QUIT SMOKING
IN ORTHOPEDIC PATIENTS

Miss Pannipa Hongin



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2015
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ใน ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
โดย	นางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

พรรณนิภา หงษ์อินทร์ : ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย
 ศัลยกรรมกระดูก (THE EFFECT OF MOTIVATION PROGRAM TO QUIT
 SMOKING IN ORTHOPEDIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุนิดา
 ปรีชาวงษ์, 127 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ใน
 ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเพศชายที่สูบบุหรี่ซึ่งรักษาใน
 โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่ม
 ควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน กลุ่มควบคุม
 ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ 3 ครั้งๆ ละประมาณ 15 – 20 นาที ส่วนกลุ่มทดลองเข้า
 ร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง
 ประกอบด้วย การกระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่, สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจาก
 การปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่, และส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ เก็บ
 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการสูบบุหรี่ ติดตามผลการเลิกบุหรี่
 ในช่วง 7 วันก่อนประเมินที่ 2 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม และยืนยันผลการเลิกสูบบุหรี่โดย
 ประเมินระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติ
 ทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในกลุ่มทดลองเลิก
 บุหรี่ในระยะสั้นได้ 10 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกสูบได้เพียง 1 คน อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อน
 ประเมินในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ
 คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577220336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUITSMOKING/PMIROTECTION MOTIVATION/ORTHOPENDIC PATIENTS

PANNIPA HONGIN: THE EFFECT OF MOTIVATION PROGRAM TO QUIT SMOKING IN ORTHOPEDIC PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF.SUNIDA PREECHAWONG, 127 pp.

This quasi experimental research is aimed to examine the effect of the motivation to quit smoking program in male orthopedic patients. The study samples were 60 smoking patients undergoing orthopedic surgery at Lerdsin Hospital. The patients were equally divided into the control group and the experimental group, 30 patients each. They were matched by the number of cigarettes smoked per day. The control group received a brief advice on smoking cessation 3 times, 15-20 minutes each while the experimental group participated in the 2-week motivation program on quit smoking based on the protection motivation theory. The program is aimed to increase perceived severity on smoking and promote response efficacy and self-efficacy on smoking cessation. The instruments used to collect data were self-reported demographic questionnaire and smoking questionnaire. Smoking cessation was determined by a combination of self-report using 7-day point prevalence and biochemical verification (breath carbon monoxide). The results showed that 10 patients in the experimental group could quit smoking while only 1 in the control group could. The 7-day point prevalence quit rate at 2 month follow up was significantly greater in the intervention group (33.3 % , 3.3%) than the control group ($P < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบ วิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จุดประกายความคิด และปลูกฝังจิตสำนึกการเป็นพยาบาลที่ดี ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์สูงสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน หัวหน้า พยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1, 2 ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และบุคคลที่สำคัญ ที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรมทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อนนิสิต ปริญญาโททุกคนที่ให้กำลังใจ มีเมตตาจิตและช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ นายทองพูน หงษ์อินทร์ นางนิ่มนวล หงษ์อินทร์ และพี่สาวนางพนิดา หงษ์อินทร์ ที่อยู่เคียงข้าง เป็นกำลังใจในการศึกษา ช่วยเหลือสนับสนุนและห่วงใยเสมอมาจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	10
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	10
วัตถุประสงค์การวิจัย	13
คำถามการวิจัย	13
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	14
สมมติฐานการวิจัย	15
ขอบเขตการวิจัย.....	15
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	16
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
1. การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	19
2. การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบ.....	23
3. การเลิกบุหรี่.....	29
4. ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้เลิกบุหรี่ (Protection motivation theory).....	33
5. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	35
6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเลิกสูบบุหรี่	36
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การดำเนินการทดลอง	50
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผลการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะ	73
รายการอ้างอิง	75
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	84
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	88
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย	93
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	100
ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ.....	109
ภาคผนวก ช คู่มือและแผนการสอน	111
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	127

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่..... 55

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 56

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิก บุหรี่ 57

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 58

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และรายได้ 62

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่ สูบต่อวัน 64

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวน ครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ และระยะเวลาที่เคยเลิกได้ 65

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกสูบ บุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่..... 66

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)..... 67

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้จำแนกตามจำนวน มวนที่สูบต่อวัน..... 68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุข อย่างองค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 6 ล้านคน คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 8.3 ล้านคนใน ค.ศ. 2030 และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรโลก ในปี ค.ศ. 2020 หากอัตราการสูบบุหรี่ยังไม่ลดลง อาจจะทำให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึง 10 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2013)

ในประเทศไทยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค พบว่า คนไทยที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีผู้สูบบุหรี่ทุกชนิดรวม 13 ล้านคน และมีคนตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป 50,737 คน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558) จากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากรไทยล่าสุด ปี พ.ศ. 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) พบว่าประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) โดยในภาพรวม พบว่าในช่วงปี 2547-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 23.0 และ 20.7 ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี 2556 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2557 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ ปี 2557 กับปี 2556 พบว่า ทั้งชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจในปี 2557 พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ 17.8 ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นปกตินิสัย คือ 19.5 ปี ประชากรอายุ 25 – 29 ปี มีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558)

ในแต่ละปีจะมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 70 ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งร้อยละ 44 ลองพยายามเลิก บุหรี่ แต่มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 7 ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Jones-Assini et al., 2011) ในคน ไทย กว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่สูบบุหรี่รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี ร้อยละ 80 อยากเลิกบุหรี่ แต่มีเพียงร้อยละ 30 ที่ลงมือเลิกบุหรี่ และน้อยกว่าร้อยละ 7 ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556) ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จยังมีน้อย การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่ง ในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรม

ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) การช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่เป็นการดูแลสุขภาพเชิงรุกตามนโยบายของรัฐบาล (ปิยมาศ สนวนกุล, 2552) ในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐมีการรักษาโรคติดบุหรี่ อีกทั้งการช่วยเหลือ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย และสนับสนุนการเข้าถึงการบริการรักษาเพื่อเลิกการติดบุหรี่แต่ก็ไม่สามารถกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่เข้ารับบริการได้ครบตามระยะเวลาการรักษา ไม่เพียงแต่ผู้สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่เท่านั้น แต่ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมยังก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของคนรอบข้างและเป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุข

ในวันบุหรีมีส่วนผสมของสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556) ที่สำคัญสารเคมีหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งของตัวผู้สูบบุหรี่เองและบุคคลใกล้เคียง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคร้ายแรงและเรื้อรังมากมาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้ผู้สูบบุหรี่ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ประมาณ 10 ล้านคน นับเป็น 1 ใน 6 ของประชากรไทย (อินทริธา รูปสว่าง, 2552) ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางออร์โทปิดิกส์ เป็นการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบกระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเลือดและเส้นประสาท ลักษณะการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บ ได้รับการกระทบ กระแทก หรือเกิดอุบัติเหตุได้แก่ กระดูกหัก ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน กล้ามเนื้อและเอ็นฉีกขาด เส้นประสาทได้รับการบาดเจ็บ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาและการพยาบาลที่เร่งด่วน และเน้นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพปกติโดยเร็ว

จากการสังเคราะห์งานวิจัย ของ Colby และคณะ (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระตุ้นต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินจำนวน 85 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการสร้างสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำแบบสั้นโดยการให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่โดยให้ข้อมูลให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคตและได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจ แบบสั้นมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้น และจากผลการศึกษายืนยันชัดเจนว่าการสร้างแรงจูงใจเป็นการช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จะเกิดจากตัวสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เองหรือผู้ใกล้ชิด และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือจากบุคลากรสุขภาพสามารถก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ ให้ผู้สูบบุหรี่ลงมือเลิกสูบบุหรี่และเลิกได้อย่างถาวรในที่สุด (กรองจิต วาที่สาธกกิจ, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยที่เป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การศึกษาผลของการนัดกดจุดสะท้อนร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (พัชรินทร์ อินทร์ปรง, 2551) เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการจูงใจในการเลิกบุหรี่ยังมีน้อย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่

โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับดูแลรักษา ฟิ้นฟู และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลยังเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีนโยบายให้ทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลยังคงสูบบุหรี่ แม้จะมีป้ายประกาศโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับการแนะนำให้เลิกบุหรี่ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ได้ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ (Henrikus et al., 2005) หากมีการสนับสนุนให้พยาบาลมีโอกาสและใช้ศักยภาพที่จะประเมินการสูบบุหรี่ เพื่อสร้างแรงจูงใจและทำความเข้าใจถึงสถานการณ์การเสพติดร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ และส่งเสริมสนับสนุนการพบปะพูดคุยกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีแรงบันดาลใจที่จะเลิกบุหรี่ ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยที่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ “ผู้ป่วยใน” ส่วนใหญ่ส่งเสริมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน และโรคถุงลมโป่งพอง โดยการให้คำปรึกษาร่วมกับการติดตามผล แต่ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกยังมีน้อย ไม่เป็นระบบ และการ

ช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกยังไม่มีแบบที่ครบถ้วนจริงจัง การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยการสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากการสร้างแรงจูงใจจะชักจูงให้ผู้สูบบุหรี่คล้อยตาม ให้เห็นถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและกระตุ้นให้การเลิกบุหรี่ และการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายอยู่ในช่วงอายุ 35-50 ปี มีสาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จากการอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเจ็บป่วย(อินทิรา รูปสว่าง, 2552) ยังไม่เห็นความสำคัญถึงการลดหรือเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงที่ส่วนใหญ่มาด้วยเรื่องการเสื่อมของกระดูกซึ่งจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการบาดเจ็บของระบบกระดูกกล้ามเนื้อ เส้นเลือดและเส้นประสาท จะต้องอาศัยการไหลเวียนของเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงกระดูกและเนื้อเยื่อการไหลเวียนของเลือดที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาผลการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด(Moller & Villebro, 2005)นอกจากนี้สารเคมีในบุหรี่มีผลให้แผลผ่าตัดหายช้าและกระดูกที่หัก ผสานและติดช้ากว่าปกติ (Andersen et al., 2001)หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายซึ่งส่งผลกระทบต่อระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือการที่ต้องเข้ามารักษาซ้ำและทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่

คำถามการวิจัย

สัดส่วนการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบกระชับเป็นอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจงใจให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่จะเกิดขึ้นได้หากผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพมีความรู้สึกว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เชื่อมั่นว่าผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่ เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การจงใจเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะได้รับข้อมูล ข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงอันตราย หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลจากการได้รับข้อมูลดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการจงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Colby (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระชั้นต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน จำนวน 85 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจ แบบสั้นมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้น

ทฤษฎีการจงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers & Prentice-Dunn (1986) ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) สามารถพัฒนาได้จากการกระตุ้นให้เกิดความกลัวว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ ศึกษาการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ (Maddux & Rogers, 1992) เช่น มีอันตรายถึงชีวิต กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคามดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived vulnerability) จะใช้การสื่อสารกระตุ้นให้เห็นถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะคุกคามนั้น

3. ความคาดหวังของประสิทธิผลการตอบสนอง (Response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น

4. การรับรู้ในความสามารถของตน (Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากมีน้อย ดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากจะพิจารณาในด้านทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะนั้นได้ดี และมีประสิทธิภาพ บุคคลเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้น ๆ ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม

งานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เนื่องจากการจูงใจจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม จากการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทำให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้การคุกคามจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้ผู้สูบบุหรี่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบกระชับ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยทำการทดลอง ณ แผนกศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลเลิดสิน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประชากร คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมกระดูกชาย

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่

ตัวแปรตาม คือ การเลิกบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเลิกบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้ ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนวันประเมินผล ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ (Point prevalence abstinence)(สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) โดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่ของฉันทิยา คารมย์ (2555) ยืนยันการเลิกสูบบุหรี่ด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก(Exhaled carbon monoxide) โดยใช้เครื่อง Smokerlyzer หากระดับ Exhaled CO น้อยกว่า 7 ส่วนในล้านส่วน (< 7 ppm) นับเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ หมายถึง การสร้างจูงใจให้กับผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมกระดูกขาที่สูบบุหรี่ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลา ครั้งละ 20 - 30 นาที โดยรายละเอียดของกิจกรรม ประกอบไปด้วย

1. กระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่หากยังคงสูบบุหรี่ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง วัดค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก ให้ข้อมูลพิษที่เกิดจากบุหรี่ การสะท้อนให้เห็นภาวะเสี่ยงของตนเอง วิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์

2. สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ เน้นย้ำผลดีของหยุดสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ แนะนำเทคนิคการปฏิบัติตัวในระหว่างผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่และ แนะนำการรับมือและจัดการกับอาการที่จะเกิดในช่วงเลิกบุหรี่ ฝึกเทคนิคคลายเครียด

3. สร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ อธิบายให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่ดีขึ้น สร้างความเชื่อมั่นในตนเองโดยใช้ตัวแบบเป็นผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ ทบทวนเทคนิคคลายเครียด

การให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ (Brief Advice) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่แนะนำให้ผู้ป่วยลงมือเลิกบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ และแนะนำเทคนิคคลายเครียด ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

ผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูก หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันที โดยแพทย์สั่งให้รับไว้เพื่อนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ที่สุบบุหรืออย่างน้อย 1 มวน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งผ่านการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกมาแล้ว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ถ้าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่มีสาเหตุจากบุหรี่
3. เป็นแนวทางสำหรับในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
 - 1.1 ความหมายการสูบบุหรี่
 - 1.2 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
 - 1.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
2. การรักษาโรคเสพยาสูบ
 - 2.1 การรักษาโดยใช้ยา
 - 2.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา
3. การเลิกบุหรี่
 - 3.1 ความหมายการเลิกบุหรี่
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่
4. ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้เลิกบุหรี่
5. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรค
6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเลิกสูบบุหรี่
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยคัดลยกรรมกระดูก

1.1 ความหมายของคำว่า “การสูบบุหรี่”

สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ดังนี้

1. สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วยอาจมีการงดสูบบุหรี่ชั่วคราว
2. สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาแน่นอนไม่ได้
3. ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของคนสรุปได้เป็น 4 ประเภท (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ, 2551) คือ

1. พฤติกรรมกาสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่ตลอดเวลาจะมีบุหรีติดปากตลอดและจะมีบุหรีติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลาเพราะทำให้รู้สึกสบายใจและภูมิจานพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้จะไปอย่างอัตโนมัติเป็นกิจวัตรประจำวัน

2. พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ดี แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยทำให้เกิดความพอใจ ความสุข ตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่หรือทำตามดารากาพยนตร์ที่ตนชอบ กลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรีที่พ้นออกมาจากปาก จมูก คนที่มีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่แบบนี้ ถ้าชักจูงให้เลิกบุหรีจะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก

3. พฤติกรรมกาสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ได้รับความกดดัน มีปัญหา หรือเพื่อระงับอารมณ์ หรือสูบบุหรี่เมื่อสถานการณ์ตื่นเต้น หวาดกลัว ความสุข ความเศร้า เจินอายุ เข้าสังคมอยู่คนเดียว ขณะขับรถ เป็นต้น บุคคลประเภทนี้จะสูบบุหรี่เมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น

4. พฤติกรรมที่ขาดบุหรีไม่ได้ พวกนี้จะถือบุหรีจัดเป็นสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบจะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การสูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจ พอใจและช่วยลดความรู้สึกกดดัน ทำให้บรรยากาศดี พฤติกรรมกาเลิกบุหรีของคนกลุ่มนี้อาจทำได้ยากจะต้องใช้ความพยายามตั้งใจมากเป็นพิเศษ

สรุปได้ว่าการสูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นภายหลังไม่ใช่สิ่งทีติดตัวมาแต่กำเนิดเป็นพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่พฤติกรรมกาสูบบุหรี่สามารถปรับเปลี่ยนได้หากได้รับการส่งเสริมทีเหมาะสมในแต่ละบุคคล และเข้าใจลักษณะพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของตนเอง

1.2 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

จากการศึกษายังไม่พบการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเป็นผู้ป่วยกลุ่มวัยผู้ใหญ่ จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มอายุ 25 – 59 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นร้อยละ 23.54 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558) ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีการบาดเจ็บระบบกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น เส้นเลือดและเส้นประสาท การรักษาที่สำคัญเป็นการผ่าตัดตามกระดูก บุหรี่เป็นปัจจัยที่ผลการหายของแผลและการติดของกระดูก อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ร้อยละ 80 ของคนสูบบุหรี่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 50 ของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน และสถิติการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีการคาดคะเนว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน ในประเทศที่ประชากรโดยรวมมีรายได้สูงปริมาณการสูบบุหรี่โดยรวมได้ลดน้อย แต่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางมีการสูบบุหรี่สูงขึ้น (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) ส่วนในประเทศไทย พบว่า กลุ่มคนที่มีรายได้น้อยและการศึกษาน้อย มักเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ทิพวรรณ ไชยปลัมภ์, 2556) ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราของการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงซึ่งจำเป็นต้องรีบแก้ไข นอกจากนี้การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงการสูญเสียภาวะสุขภาพ

1.3 ผลกระทบของบุหรี่ต่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ผลกระทบด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่มีการเจ็บเกี่ยวกับระบบกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น เส้นเลือดและเส้นประสาท หัตถการที่สำคัญเป็นการผ่าตัดตามกระดูก เส้นเลือดที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อและกระดูก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลและการติดของกระดูก บุหรี่เป็นสาเหตุของการลดลงของการไหลเวียนของเลือดไปยังทุกเนื้อเยื่อในร่างกาย การไหลเวียนของเลือดที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาแผล ดังนั้นการสูบบุหรี่มีผลเกี่ยวข้องกับการรักษาแผลผ่าตัดหายช้าและกระดูกที่หักจะผลิตกระดูกล่าช้า (Andersen et al., 2001) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Moller & Villebro, 2005) การสูบบุหรี่ทำให้แผลผ่าตัดหายช้า เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่สามารถจับกับเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ทำให้หลอดเลือดที่ผนังเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยลง การสูบบุหรี่จะเพิ่มปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือด กลุ่มของเกร็ดเลือดและเกิดลิ่มเลือดบริเวณที่หลอดเลือดที่มีการบาดเจ็บหรือมีแผล เกร็ดเลือดจะหลั่ง Platelet Factor-4, b-thromboglobulin และPlatelet Activating Factor เพิ่มขึ้นทำให้เลือดมีความหนืดขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มการหลั่งอิพิเนฟริน นำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด

(Atherothrombosis) การไหลเวียนที่ไม่ดีทำให้เม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปสู่เซลล์หรือเนื้อเยื่อที่ แผลได้ลดลง มีโอกาสทำให้ผิวหนังบริเวณผ่าตัดขาดเลือดแผลหายช้า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่เพิ่ม ความเสี่ยงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด (Francois et al., 2013) ผู้ป่วยที่กระดูกหักใช้เวลาในการรักษา นานกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 80 เนื่องจากนิโคตินจะไปขัดขวางออกซิเจนที่จะไปเลี้ยงกระดูก มีผลเป็นพิษต่อเซลล์กระดูกและยังยับยั้งกระบวนการต่างๆของการสร้างกระดูก

ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่ การงดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากการสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Moller & Villebro, 2005) การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยกระดูกหักแบบเฉียบพลันที่ต้องมีการผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะช่วงล่าง จากการศึกษา พบว่าผู้สูบบุหรี่มีการติดเชื้อเป็นสองเท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ และ 3.7 เท่า มีแนวโน้มที่จะมี การติดเชื้อที่กระดูกหน้าแข้งที่หักแบบเปิด และเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการผ่าตัดมี แนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาซ้ำและมีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น อีกทั้งยังมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการ ตายในโรงพยาบาล (DeWayne et al., 2014) จะเห็นได้จากการศึกษาของ Moller และคณะ (2002) ซึ่งได้ศึกษาผลของการงดสูบบุหรี่ 6-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดมีความ เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ระบบไหลเวียน และแผลผ่าตัดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนมากถึงร้อยละ 52 นอกจากนี้การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ยังพบว่า ในกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11 วัน ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีจำนวนเฉลี่ยนานถึง 13 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Padubidri และคณะ (2001) และ Sorensen (2003) ซึ่งได้ศึกษา ผลของการสูบบุหรี่ต่อการหายและการติดเชื้อของแผลผ่าตัด พบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัดทั้งในผู้ที่สูบบุหรี่

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้สูบบุหรี่ จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลเนื่องจากสถานพยาบาลจัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ นับเป็นโอกาสอันดีของผู้ป่วยที่พยาบาลจะได้ให้ความช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ความเจ็บป่วยเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งให้ผู้ป่วยคิดเลิกสูบบุหรี่ (Hennirikus et al., 2005; Miller, 2006) ดังนั้นจะเห็นว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยตรงกับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่ง หากไม่ได้รับการจัดการแก้ไขผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

บุหรี่ถือเป็นสินค้าที่สิ้นเปลือง ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และยังเป็นภาระเพิ่ม ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจให้กับตัวผู้สูบและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติด้วย ในประเทศที่มีรายได้สูง ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่ต่อปีมีประมาณ 6-15 ของ งบประมาณประจำปีด้านการรักษาพยาบาล ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางค่าใช้จ่ายด้านนี้ยังคง อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ของประเทศในกลุ่มนี้ยังอยู่

ในระยะเริ่มต้น แต่มีประมาณการว่าต่อไป งบประมาณค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลโรคที่เป็นสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ จะมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาธารณรัฐประชาชนจีนและประเทศอินเดีย (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

จากการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่พบว่า รัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายถึงปีละ 52,000 ล้านบาท ขณะที่รายรับจากภาษีและกำไรโรงงานยาสูบปีละ 41,000 ล้านบาท(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) และประเทศต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากกว่าเงินที่เก็บจากภาษียาสูบ ระหว่างปี 2546-2550 และรายรับของรัฐที่ได้จากการจัดเก็บภาษีบุหรี่ระหว่างปี 2546-2550 พบว่าแนวโน้มค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกปีและสูงกว่ารายรับการจัดเก็บภาษีบุหรี่ในทุกๆ ปี ในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายการบริโภคบุหรี่ของครัวเรือนในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นจาก 5,408 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2554 เป็น 5,613 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2555 หรือเพิ่มขึ้น 3.8 % จากการประมาณการรายได้ของรัฐบาลไทยในแต่ละปีพบว่าอุตสาหกรรมสูบบุหรี่รายได้ประมาณร้อยละ 5 ของรายได้ทั้งหมดที่รัฐบาลได้รับ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยปีละกว่า 50,000 คน และทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นค่าใช้จ่ายกว่า 56,000 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมบุหรี่สร้างรายได้ให้กับรัฐบาลเป็นจำนวนมาก แต่บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อตัวผู้สูบเองและผู้อื่น รวมทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐบาลที่ต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมาก เพื่อใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดต้นทุนค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเพิ่มมากขึ้น อุตสาหกรรมบุหรี่ยังอาจจะไม่คุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย ที่รัฐจะต้องใช้ไปในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยรวมแล้วการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจ โดยเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับตัวเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของรัฐด้านการรักษาพยาบาล (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

การหายใจของแผล สารพิษในควันบุหรี่ เช่น นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ จะรบกวนกระบวนการหายใจของแผล โดยนิโคตินจะทำให้เส้นเลือดหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณบาดแผลลดลง และยังไปยับยั้งการสังเคราะห์เซลล์เยื่อหุ้มบริเวณบาดแผล ส่วนคาร์บอนมอนนอกไซด์จะไปจับกับฮีโมโกลบินจนแน่น เรียกว่า คาร์บอกซีฮีโมโกลบิน ทำให้ฮีโมโกลบินไม่สามารถปล่อยออกซิเจนให้แก่เนื้อเยื่อตามปกติ บริเวณบาดแผลจึงได้รับออกซิเจนน้อย การหายใจของแผลจึงล่าช้า (Andersen, 2001)

ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด สารฟอร์มัลดีไฮด์ เป็นสารพิษจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดเลือดและถุงลม อันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อระบบทางเดินหายใจ และสารแคดเมียม ไนตริกออกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์คาร์บอนไดซัลไฟด์ สารเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือดที่นำไปสู่การที่เกิดเส้นเลือดหัวใจตีบคือเกิดเส้นเลือดแข็ง ผ่นังเส้นเลือดหนา เกร็ดเลือดจับตัวเส้นเลือดหัวใจหดตัว หัวใจเต้นไม่ปกติ ผลคือ ทำให้เลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ (Benowitz, 2003) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึกและขณะผ่าตัด

การเผาผลาญของยา ในผู้ที่สูบบุหรี่จะเร็วกว่าปกติ หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องให้ยาระงับความปวดในปริมาณมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่(John, 2009) เนื่องจากสารประกอบในบุหรี่จะกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ในตับ สารพิษในควันบุหรี่ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตที่ตับทำงานลดลงและยังไปทำลายวิตามินบางตัวที่ช่วยในระบบเผาผลาญ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาระงับปวดจะทำให้การเผาผลาญของยาเร็วขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องการยาระงับปวดในปริมาณมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด บุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องทั้งภูมิคุ้มกันในเซลล์และภูมิคุ้มกันในเลือด มีผลต่อการลดการหลั่งของไซโตไคนเนส (Cytokines) ในกระบวนการอักเสบและลดการตอบสนองของแอนติบอดี (Antibody) ทำให้การทำงานที่ผิดปกติของเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัสในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Benowitz, 2003)

2. การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบ

การบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบ มี 2 วิธี คือ การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatment) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2550)

2.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment)

การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่สามารถแบ่งยาช่วยเลิกบุหรี่ออกได้เป็น 2 กลุ่ม (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552; รณชัย คงสกนธ์, 2550) ดังนี้

ก. การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy-NRT)

ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนมีนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผลิตภัณฑ์นิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่าอาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพมี

โอกาสเลิกเสพยาได้สำเร็จมากขึ้น ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์นิโคตินอยู่ 6 แบบ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) ดังนี้

1) แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) แผ่นแปะนิโคตินที่มีจำหน่ายอยู่ในประเทศไทยมีหลายขนาด ควรเลือกใช้ขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยพิจารณาจากจำนวนของบุหรี่ที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ในแต่ละวัน โดยหากสูบบุหรี่วันละ 20 มวนขึ้นไปให้เริ่มต้นด้วยแผ่นแปะขนาด 21 มิลลิกรัม/วัน แต่หากสูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวันให้ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัม/วันโดยให้ใช้ติดต่อกันทุกวันๆละ 1 แผ่นเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ จากนั้นให้ลดขนาดลงเป็น 14 มิลลิกรัม/วันและ 7 มิลลิกรัม/วัน ทุก 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะต้องเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาดเมื่อเริ่มใช้ยา ผู้ใช้จะต้องแปะนิโคตินชนิดนี้ลงบนผิวหนังบริเวณที่สะอาดและไม่มีขน ยาจึงจะดูดซึมได้ดี เช่น บริเวณหัวไหล่ เอว หน้าท้อง เมื่อแปะแล้วระดับนิโคตินในเลือดจะเพิ่มถึงจุดสูงสุดภายใน 4-9 ชั่วโมง ระดับนิโคตินที่ได้จะค่อนข้างคงที่ตลอดบ่อยครั้งจึงไม่สามารถบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆได้ สำหรับผลแทรกซ้อนนั้น ที่พบได้บ่อยได้แก่ ผื่นแพ้และผิวหนังอักเสบเฉพาะที่ ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 50 แต่ส่วนใหญ่จะเป็นไม่มากและหายเองได้ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีอาการรุนแรง จนกระทั่งต้องหยุดยา ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสลับตำแหน่งที่แปะแผ่นยา ไม่ให้แปะบริเวณเดียวกันซ้ำๆ ยาชนิดนี้ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีโรคทางผิวหนังที่รุนแรงหรือควบคุมไม่ได้ เช่น eczema, psoriasis เป็นต้น

2) หมากฝรั่ง (nicotine gum) ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าชนิดแผ่นแปะ โดยจะเพิ่มถึงระดับสูงสุดได้ภายใน 30 นาทีหลังจากเคี้ยวหมากฝรั่งเม็ดแรก ในประเทศไทยมี 2 ขนาดได้แก่ 2 และ 4 มิลลิกรัม ควรเลือกขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยหากผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 20 มวนก็ให้เริ่มต้นด้วยขนาด 4 มิลลิกรัม แต่หากสูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวันให้เริ่มต้นด้วยขนาด 2 มิลลิกรัม แล้วเคี้ยวอย่างน้อย 1 ชิ้นทุก 1-2 ชั่วโมง (ไม่เกิน 24 ชิ้นต่อวัน) เฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์แรก จากนั้นให้ลดลงเป็น 1 ชิ้นทุก 2-4 ชั่วโมงต่อไปอีก 3 สัปดาห์ แล้วจึงลดเป็น 1 ชิ้นทุก 4-8 ชั่วโมงเป็นเวลาอีก 3 สัปดาห์แล้วจึงหยุดได้

3) นิโคตินแบบสูดทางปาก (Nicotine Oral Inhaler) มีลักษณะเป็นหลอดสูดทรงกระบอกบรรจุสารสกัดนิโคติน 4 มก. ผสมกับ 10% เมนทอล เมื่อสูดเข้าไปทางปาก นิโคตินจะถูกดูดซึมส่วนใหญ่ ผ่านทางเยื่อช่องปากและทางเดินหายใจ ซึ่งมีส่วนผสมของนิโคตินในปริมาณต่ำ ระดับของนิโคตินในเลือดจึงเทียบเท่ากับที่ได้จากหมากฝรั่งนิโคติน 2 มก. แนะนำให้ใช้สูด 4-6 ครั้งต่อวัน อาการไม่พึงประสงค์ คือ ระคายเคืองช่องปากและลำคอ

4) นิโคตินแบบพ่นจมูก (Nicotine Nasal Spray) ออกฤทธิ์ได้เร็วมาก เนื่องจากถูกดูดซึมผ่านเยื่อโพรงจมูกโดยตรง จึงออกฤทธิ์ได้ในเวลาไม่ถึง 10 นาทีหลังเริ่มใช้ ซึ่งอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการระคายเคืองจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล คออักเสบ

5) นิโคตินแบบเม็ดอม (Nicotine Lozenges) เป็นยาเม็ดอมในปากหรือข้างแก้มแบบละลายช้า เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเคี้ยวหมากฝรั่งได้ ควรเลือกใช้ขนาด 4 มก. ในผู้ที่ต้องสูบบุหรี่มวนแรกภายใน 30 นาที และเลือกใช้ขนาด 2 มก. ในผู้ที่ไม่อยากบุหรี่ภายใน 30 นาที

6) นิโคตินแบบอมใต้ลิ้น (Nicotine Sublingual Tablet) เป็นเม็ดอมขนาดเล็กๆ ใช้ออมใต้ลิ้นเท่านั้น โดยยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดอย่างรวดเร็วมากภายในเวลาเพียงไม่กี่นาที ซึ่งอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ การรับรู้รสผิดปกติ ระคายเคืองเยื่อช่องปากและคอ สะอึก คอแห้ง

ข. ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน (Non-Nicotine Therapy)

1) Bupropion เป็นยาเม็ดรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้โดยไม่มีส่วนประกอบของนิโคตินอยู่เลย วิธีใช้แตกต่างจากการให้นิโคตินทดแทนดังกล่าวมาแล้วข้างต้นกล่าวคือ แพทย์จะต้องให้ผู้ป่วยกำหนดวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของตน (target quit date) ให้ชัดเจนก่อนแล้วจึงเริ่มยานี้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดนั้น ขนาดของยาที่ใช้ให้รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งตอนเช้า ใน 3 วันแรก หลังจากนั้นให้เพิ่มขนาดเป็น 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 3-6 เดือน จำไว้ว่าผู้ป่วยจะต้องทำการหยุดบุหรี่โดยเด็ดขาดตั้งแต่วันที่ 8 หลังเริ่มยา จึงจะได้ผลดี ยานี้มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จไม่แตกต่างจากการใช้สารนิโคตินทดแทนนั้น กล่าวคือช่วยเลิกบุหรี่ได้ประมาณร้อยละ 20-25 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (พบได้ราวร้อยละ 35-40) ปากและคอแห้ง (ร้อยละ 10-71) ท้องผูก (ร้อยละ 9) คลื่นไส้ (ร้อยละ 6) และอาการชัก (ร้อยละ 0.1) หากผู้ป่วยมีปัญหาอนไม่หลับจากการใช้ยานี้ อาจแนะนำให้ให้เลื่อนเวลารับประทานยามื้อเย็นขึ้นมาเป็นตอนบ่ายแทน แต่ก็ต้องให้ห่างจากยามื้อเช้าอย่างน้อย 8 ชั่วโมงด้วย ยานี้ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติชักหรือเป็นโรคลมชักมาก่อน หรือมีประวัติ eating disorders หรือได้ใช้ยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOI) ภายในช่วง 2 สัปดาห์ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรหากไม่จำเป็น

2) Varenicline ยานี้มีจุดเด่นโดยเป็นทั้ง partial agonist และ antagonist ต่อ nicotinic acetylcholine receptor ชนิด alpha-4, beta-2 ซึ่งเป็น receptors ที่จะคอยจับกับนิโคตินแล้วกระตุ้นสมองส่วน ventral tegmental area ให้หลั่งสาร dopamine ออกมาส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากบุหรี่และเสพติด แต่เมื่อให้ยา varenicline เข้าไปยาจะจับกับ receptors เหล่านี้แทนนิโคตินและเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกับที่ได้รับสารนิโคตินเข้าไป โดยที่ไม่เกิดการเสพติดขึ้น ผู้ที่ใช้ยานี้จะรู้สึกสุขสบายคล้ายได้สูบบุหรี่จริง และจะมีอาการอยากบุหรี่ย่อยลง ในขณะที่เดียวกันการที่ยานี้จับตัวอยู่กับ receptors ก็เป็นการแย่งที่และป้องกันไม่ให้นิโคตินมาจับกับ receptors เหล่านี้ได้อีก จากการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่ายานี้สามารถช่วยในการเลิกบุหรี่ได้สูงถึงร้อยละ 44 แนะนำให้ ขนาด 1 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น

3) Nortriptyline เป็นยาต้านภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม tricyclic antidepressants มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine และ 5-hydroxytryptamine ที่ปลายประสาท จึงใช้ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ จากการศึกษางานวิจัยหลายฉบับ พบว่ายานี้ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก โดยขนาดที่ใช้ให้ เริ่มต้นที่ 25 มิลลิกรัม/วัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดขึ้นช้าๆ จนถึง 75-100 มิลลิกรัม/วัน ควรเริ่มยานี้อย่างน้อย 10 - 28 วันก่อนถึงวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาประมาณ 12 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้ง ตามัว ปัสสาวะคั่ง เวียนหัว มือสั่น และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรหลีกเลี่ยงยาชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย หรือมีข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มหลักข้างต้น และจำเป็นต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ยาชนิดนี้ก็นับว่ามีความเหมาะสมอย่างมาก โดยเฉพาะกับเศรษฐฐานะของคนไทย เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาถูกและมีหลักฐานทางแพทยียืนยันถึงประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่อย่างชัดเจน

4) Clonidine เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้ถูกนำมาใช้รักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิด ทั้งแอลกอฮอล์และสารอนุพันธ์ฝิ่นอย่างได้ผล จึงได้มีผู้ทดลองใช้ยานี้ในการช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าได้ผลดีขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ 0.1 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง หรือใช้แบบแผ่นแปะขนาด 0.1 มิลลิกรัม/วัน หากจำเป็นอาจปรับขนาดเพิ่มได้คราวละ 0.1 มิลลิกรัมทุกๆ สัปดาห์ ควรเริ่มยานี้ประมาณ 2-3 วัน ก่อนถึงวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่แล้วให้ยาต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานประมาณ 3-10 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ง่วงซึม เวียนศีรษะท้องผูก และ rebound hypertension หากหยุดยาในทันที ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้นิโคตินทดแทน/ยาเลิกบุหรี่แต่ละชนิด เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด แพทย์ควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และควรพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม เนื่องจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคติน ซึ่งจะช่วยให้โอกาสในการเลิกบุหรี่สำเร็จนั้นสูงขึ้น ในการเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่นั้น ควรพิจารณาปัจจัยหลายๆ อย่างร่วมกัน เช่น ข้อห้ามในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่มีในขณะนั้น จำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ทักษะจิตของผู้ป่วยต่อยาแต่ละชนิด ฐานะของผู้ป่วย และประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยต่อการใช้ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะติดบุหรี่อย่างรุนแรง หรือเคยล้มเหลวจากการใช้ยาเพียงชนิดเดียว อาจพิจารณาใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิด โดยให้สารนิโคตินทดแทนหรือยาแบบออกฤทธิ์ช้า (แบบแผ่นแปะ) ร่วมกับแบบออกฤทธิ์เร็ว (เช่น หมากฝรั่ง) นิโคตินที่ได้จากแผ่นแปะจะทำให้ระดับนิโคตินในกระแสเลือดของผู้ป่วยคงที่ และ มีอาการถอนนิโคตินน้อยลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันเกิดขึ้นยาแบบออกฤทธิ์เร็วก็จะช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังได้มีผู้ที่ใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมกันสองชนิดข้ามกลุ่ม เช่น ใช้แผ่นแปะนิโคตินร่วมกับ bupropion หรือ nortriptyline ก็พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจเช่นกัน แต่

เนื่องจากค่าใช้จ่ายและผลข้างเคียงที่ต้องเพิ่มสูงขึ้นจึงยังคงแนะนำให้เริ่มต้นด้วยยาขนานเดียวไปก่อน หากไม่ประสบความสำเร็จจากการรักษาจึงจะพิจารณาใช้ยาพร้อมสองชนิดต่อไป

2.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatment)

การรักษาผู้ติดยาโคเคนโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี แต่วิธีที่บุคลากรในวิชาชีพสุขภาพนิยมใช้ คือ การให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาจให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม หรือรายบุคคล หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งมีประสิทธิภาพ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

2.2.1 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดยาโคเคนที่ได้ผลดีที่สุด คือ การจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี คือ บุคคลจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองจากเจตคติ ความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551) Jetiyanuwatr (2001) พบว่าความตั้งใจอันแน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องกังวลและคิดถึงการสูบบุหรี่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าวิธีอื่นๆ

2.2.2 การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด เป็นการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการติดยาหรือทางใจ ทางสังคม และความเครียด เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุ ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การเสริมสร้างกำลังใจ การใช้วิธีนี้เพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี (U.S. Department of health and human services, 2000)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพโดยมีรูปแบบหลักที่สำคัญ 4 รูปแบบ คือ

- 1) การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยใช้หลักการมองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ในการบำบัดผู้ติดยาหรือเริ่มจากให้ผู้ป่วยทบทวนสถานการณ์หรือความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความอยากบุหรี่ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่การสูบบุหรี่ การฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นหรือมีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) การบำบัดโดยใช้หลักการปรับความคิดและพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม (Niaura, 2008) วิธีนี้ช่วยให้สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ แต่มีข้อจำกัดที่พบของวิธีการบำบัดนี้คือ ใช้จำนวนครั้งในการบำบัดมาก ในสหรัฐอเมริกา พบว่าต้องใช้การบำบัดอย่างต่อเนื่อง 20 สัปดาห์ จึงจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความยับยั้งชั่งใจเพื่อไม่สูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลานาน (Killen et al, 2008)

2) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีส่วนประกอบของหลักการบำบัด ดังนี้ การให้คำปรึกษาเพื่อนำไปปฏิบัติ เช่น การแก้ปัญหาและฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในการวางแผนและเตรียมการกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ ส่วนประกอบต่อมาคือ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายใน มีการส่งเสริมความพยายามเพื่อช่วยให้หยุดสูบบุหรี่ได้ การเสริมแรงเพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการหยุดสูบบุหรี่ และส่วนประกอบสุดท้ายคือ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายนอก โดยการรับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายนอก หรือการใช้บริการสายด่วนในการปรึกษาปัญหาการสูบบุหรี่ (Vidrine, Woerpel, Daza, Wright & Wetter, 2006) การให้คำแนะนำถึงผลเสียทั้งนี้เน้นการให้คำแนะนำโดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานและให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราต่อตัวเอง (feedback) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (สายรัตน์ นกน้อย, 2552) การให้คำปรึกษาในผู้ที่อยู่ในภาวะติดนิโคตินที่ได้ผลดีที่สุด คือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการ การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากการที่บุคคลจะยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองต้องมาจากเจตคติ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551) ทั้งนี้พฤติกรรมบำบัดมีข้อจำกัด คือ มักทำเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิด แหล่งสนับสนุนช่วยให้เลิกสูบบุหรี่จากบุคคลในกลุ่ม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรอเพื่อเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง จึงทำให้แรงจูงใจเพื่อที่จะหยุดสูบบุหรี่ลดน้อยลง และเมื่อทำเป็นรายบุคคลทำให้ภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Hughes, 2000)

3) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) เป็นแนวทางการบำบัดโดยเน้นผู้สูบบุหรี่เป็นศูนย์กลาง มุ่งหวังให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขความลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ การบำบัดต้องมีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ได้พูดสิ่งที่เป็นแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ของตนเอง ออกมา (Britt, Hudson & Blampied, 2004) หลักการสำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเอาใจใส่และการฟัง โดยวิธีการสะท้อนความ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง การต่อต้าน และยอมรับการตัดสินใจของผู้สูบบุหรี่ ส่งเสริมประสิทธิภาพในการหยุดสูบบุหรี่ และมองการเปลี่ยนแปลงของผู้สูบบุหรี่ในแง่ดี (Emmons & Rollnick, 2001) วิธีการนี้มีขั้นตอนของการบำบัดที่เป็นรูปแบบชัดเจนและใช้การบำบัดทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที จึงจะมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดหรือหยุดพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ (Soria, Legido, Escolano, Yeste & Montoya, 2006) และไม่ควรแนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบเพื่อสร้างแรงจูงใจที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสพให้เปลี่ยนใจมาเลิกเสพ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญ, 2555)

4) การบำบัดแบบกระชับ (Brief intervention) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของ Transtheoretical model ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานและสมมุติฐานว่า การบำบัดแบบกระชับ

สามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้เป็นจำนวนมากในช่วงเวลาที่จำกัด ใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาที่ไม่นาน (1-3 นาที) (Ulbricht, Baumeistian, Meyer, Schmidt, Schumann & John, 2009) สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในผู้ป่วยได้ และหากใช้เวลาในการให้คำปรึกษามากขึ้น หรือให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม จะยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จมากขึ้น

การบำบัดแบบกระชับ (Brief intervention) ตามแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย [ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕] ประกอบด้วย

1. เลิกวัน (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ หลังจากที่ได้ตัดสินใจเลิกเสพ ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก ซึ่งวิธีการหลังนี้ บุคลากรจะต้องเป็นผู้กำหนดวันเลิกเสพที่เป็นไปได้จริงสำหรับผู้ป่วยนั้นๆ (แต่ไม่ควรเกิน 2-4 สัปดาห์นับจากครั้งแรก) จากนั้นกำหนดปริมาณการเสพที่ต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละเวลาและแต่ละวัน เช่น ลดการเสพวันละ 1 มวน และห้ามเสพจนกว่าจะผ่านมื้ออาหารเช้าหรือเที่ยงในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น โดยอธิบายหรือเขียนเป็นแผนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

2. ลั่นวาจา (Tell family and others): บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน

3. พร้อมลงมือ (Anticipate challenges): วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน

4. ละอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products): กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ

การบำบัดแบบกระชับในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่แนะนำให้ผู้ป่วยลงมือเลิกบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบ ให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ และแนะนำเทคนิคคลายเครียด ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3. การเลิกบุหรี่

3.1 ความหมายการเลิกบุหรี่

นักวิชาการและนักวิจัยด้านการควบคุมยาสูบให้ความหมายของคำว่า การเลิกบุหรี่ ตามระยะเวลาการประเมินการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน ดังนี้

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 7 วันที่ผ่านมา (Lando, 2003)

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่สอบถามเป็นระยะ ตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป (Hughes et al., 2003; West et, 2005)

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่เคยสูบเป็นประจำและนานๆ ครั้ง ซึ่งมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายไม่น้อยกว่า 12 เดือน (สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2550)

การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ไม่ได้สูบบุหรี่ ติดต่อกัน 7 วัน จากการประเมินหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 เดือน (ฉันทิยา คารมย์, 2555)

การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow (1992) ได้จำแนกการประเมินผลลัพธ์การเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

1. การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมิน (Prochaska, 2004)

2. การหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องโดยทั่วไปสามารถได้ทั้งในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน หรือ 30 วัน (Prochaska, 2004)

3. การเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (prolonged abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถใช้แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ หลังการได้รับการจัดกิจกรรมทางการแพทย์ไปแล้ว (Prochaska, 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินการสูบบุหรี่จากการสอบถามว่า ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันต่อเนื่องกันประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ (Point prevalence abstinence) (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2554) และการวิจัยครั้งนี้ใช้ตัวชี้วัดทางชีวภาพ ได้แก่ ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled carbon monoxide) เป็นตัวชี้วัดยืนยันการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประเมินโดยใช้เครื่อง Smokerlyzer หากระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกน้อยกว่า 7 ส่วนในล้านส่วน (< 7 ppm) นับเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ (สุเทพ ทักษิณาเจนกิจ, 2550)

3.2 ปัจจัยในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ปัจจัยการเลิกสูบบุหรี่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยการเลิกสูบบุหรี่สามารถให้การช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ได้ ปัจจัยที่มีความที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้

3.2.3 เพศ เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ แต่ผลการวิจัยยังไม่สอดคล้องกัน โดยเพศชายมีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าเพศหญิง แต่งานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าเพศชาย

3.2.2 อายุ อายุที่แตกต่างกันจะมีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ต่างกัน โดยพบว่าช่วงอายุ 31-35 ปี เป็นช่วงที่เลิกยากที่สุดเพราะติดมากชิ้น และมักอ้างเรื่องความเครียดจากหน้าที่การงานและภาวะเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะเลิกได้ในกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป สุขภาพเริ่มเสื่อมลง ทำให้เกิดความกังวลเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา ปริชาวงษ์ (2556) พบว่าอายุยิ่งมากมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดรงานวิจัยในประเทศไทย ระบุว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่วนในประชากรทั่วไปอายุ 29 –59 ปี มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 1.77

3.2.3 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการเลิกสูบบุหรี่ ของประชากรทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีแนวโน้มเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด 1.63 เท่า (สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2550)

3.2.4 อาชีพ/ ลักษณะงาน บางอาชีพ หรือลักษณะของการทำงานจำเป็นต้องอยู่กับกลุ่มคนสูบบุหรี่ เช่น ไกด์ หรือที่ทำงานที่มีคนสูบบุหรี่มาก เช่น บาร์ ผับ ทำให้เกิดการอยากสูบบุหรี่ได้มากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากอาการถอนนิโคตินนั้น นอกจากจะมีสาเหตุมาจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของนิโคตินแล้ว ยังพบว่าการวางเงื่อนไขพฤติกรรมการเรียนรู้ ทำให้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เช่นการเห็นบุหรี่ เห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้อื่นหรือได้กลิ่นบุหรี่ มีผลต่ออาการอยากสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคติน (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

3.2.5 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน มีอิทธิพลในทางลบต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยการประเมินระดับการเสพติดนิโคตินว่ามีมากน้อยเพียงใด เนื่องจากระดับของการติดสารนิโคตินต่างกันจะมีความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินที่แตกต่างกัน (U.S. Department of health and human services, 1988) จากการศึกษาแบบทดลองของ Myung et al. (2007) พบว่าผู้สูบบุหรี่เพศชาย อายุ 20-55 ปี ในบริษัท Kyobo Life Insurance จำนวน 118 คน กลุ่มทดลองได้รับนิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนึ่ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้ Placebo โดยมีการติดตามประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 11-15 มวนต่อวัน และ ≥ 16 มวนต่อวัน มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จน้อยกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็น 0.24 และ 0.19 เท่า

3.2.6 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จากการศึกษาของ Lando et al. (2003) ในการติดตามผู้สูบบุหรี่ที่เคยเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2,350 คน จากโรงพยาบาล 4 แห่งในระยะเวลา 1 ปีพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 60 นาที มีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่สำเร็จสูงกว่าผู้สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน 5 นาที คิดเป็น 2.38 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Foulds et al. (2006) ที่ติดตามผู้สูบบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ที่ระยะ 1 และ 6 เดือน

พบว่า ระยะเวลา ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนมากกว่า 30 นาที เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.88 เท่า

3.2.7 จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ การศึกษาของสรรพพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ (2550) ที่พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกบุหรี่เพียงครั้งเดียว มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่ 2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็น 2.76 เท่า และการศึกษาของ Jetiyanuwatr (2001) ที่พบว่าผู้มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ 1 หรือ 2 ครั้ง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สูงกว่าผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็น 2.99 เท่า

3.2.8 การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลในทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจากการพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 25 จากการศึกษาของ Helgason et al. (2004) ในผู้สูบบุหรี่ชาวสวีเดน ที่ได้รับคำปรึกษาจาก Swedish Quitline เป็นเวลา 1 ปี พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว/สังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่คิดเป็น 3.1 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา คารมย์ (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่การเลิกบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คิดเป็น 1.10 เท่า และสามารถร่วมทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทำนายร้อยละ 37.60 ($R^2 = 367$)

3.2.9 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย MacKenzie et al (2004) ได้ศึกษาการติดตามผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน พบว่า มีสมรรถนะแห่งตนสูง คือความมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ ของ มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 9.8 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา คารมย์ (2555) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.10 ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 2.21 เท่า (Jetiyanuwatr,2001) การไม่มีภาวะเครียด/ความรู้สึกซึมเศร้า เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ 2.7 เท่า (Helgason et al., 2004) การศึกษาของ Gregor & Borrelli (2011) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของฉันทิยา คารมย์ (2555) พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.335$ และ $-.191$) และสามารถ ร่วมทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทำนายร้อยละ 37.60 ($R^2 = 367$)

3.2.11 แรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่มีผลในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจากการศึกษาของ วริศรา แยมศรี (2556) พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการลดการสูบบุหรี่ มากกว่าการ ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย นิยมรัตน์ (2555) พบว่า การสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหยุด สูบบุหรี่ได้ตั้งแต่วันที่ 6 ของการบำบัดและสามารถคงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ได้จนกระทั่งเข้าสู่ ระยะติดตามผล 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้เลิกบุหรี่ (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรก ในปีพ.ศ.2518 โดย Roger (1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปีพ.ศ.2526 (Rogers & Prentice-Dunn 1986) ซึ่งการ กระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self - efficacy) นั่นคือการ รวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันนี้ ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการ รู้ด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวน ของสื่อที่มากกระตุ้น และในการประเมินการรับรู้สามารถสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ การ ประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา(coping appraisal) (วาสนา มากผาสุข, 2551) ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความ รุนแรง (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) ซึ่งการรับรู้นี้จะ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมมีโอกาส เป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการ ปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ไขปัญหามีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่เป็นต้น และอาจ เกิดการตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การ หลีกเลียง ความเชื่อในศาสนา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ เหมาะสมก็คือ รางวัลหรือความพึงพอใจในตนเอง (intrinsic rewards) และความพึงพอใจจาก ภายนอก (extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความเชื่อมั่น ในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) ในการหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม แต่สิ่งที่ทำให้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคในการตอบสนอง เช่น ความไม่สะดวก ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก (Conner and Norman, 2005) จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อมการพูดชักชวน การเรียนจากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับในการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (Conner and Norman, 2005) ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิตกระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคามดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูงๆ พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะทำให้ไม่เกิดอันตราย

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรค หรือมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะคุกคามนั้น

3. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น จากการศึกษาของ Maddux และ Rogers (1992) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากมีน้อย แต่เป็นการที่บุคคลตัดสินใจตนเองว่าทักษะที่ตนเองมีอยู่นี้สามารถกระทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง นั่นคือมีความแตกต่างกันระหว่างการมีทักษะกับการมีความสามารถที่จะใช้

ทักษะได้ดี ดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากจะพิจารณาในด้านทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะนั้นได้ดี และมีประสิทธิภาพ บุคคลเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตน กระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอน ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตาม

ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันนี้มีความเชื่อว่าการจูงใจจะทำให้ได้ดีเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. การตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมมีน้อย
6. อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

5. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยคัดลยกรรมกระดูก

การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยคัดลยกรรมกระดูกชายที่สูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรค การแสดงภาพพิษภัยจากการสูบบุหรี่ แสดงภาพตัวอย่างความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก เป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ โดยการชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่ การให้ความรู้วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษาให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวกในการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมแก้ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สามารถสร้างความตระหนักในการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ซึ่งจะนำไปสู่ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และตัดสินใจเลิกบุหรี่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 กระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่หากยังคงสูบบุหรี่ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง วัดค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก ให้ข้อมูลพิษที่เกิดจากบุหรี่ การสะท้อนให้เห็นภาวะเสี่ยงของตนเอง วิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์

ครั้งที่ 2 สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ เน้นย้ำผลดีของหยุดสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ แนะนำเทคนิคการปฏิบัติตัวในระหว่างผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่และ แนะนำการรับมือและจัดการกับอาการที่จะเกิดในช่วงเลิกบุหรี่ ฝึกเทคนิคคลายเครียด

ครั้งที่ 3 สร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ อธิบายให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่ดีขึ้น สร้างความเชื่อมั่นในตนเองโดยใช้ตัวแบบ ทบทวนเทคนิคคลายเครียด

6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยคัดลยกรรมกระตุกเลิกสูบบุหรี่

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพสูง ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เนื่องจากเป็นบุคลากรต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลสภาพอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยคัดลยกรรมกระตุกที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสได้พบกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในแผนกคัดลยกรรมกระตุก การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลนั้นเป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่ง ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นยังเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จากการหยุดสูบบุหรี่อีกด้วย (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

บทบาทเชิงรุกในการช่วยเหลือผู้ป่วยคัดลยกรรมกระตุกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลให้เลิกบุหรี่ยังมีค่อนข้างน้อยมาก พยาบาลคัดลยกรรมกระตุกจึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือและแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและผู้ป่วยคัดลยกรรมกระตุกตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกบุหรี่ย ดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพซึ่งมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การดูแล ฟื้นฟูสภาพป่วยพิการ จึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบรวมทั้งการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลดังนี้

1) บทบาทด้านการให้ความรู้ เป็นการการผสมผสานระหว่างการการนำผลการศึกษาวิจัยต่างๆ มาใช้ให้ความรู้อย่างมีระบบ ให้ข้อมูลและชี้แนะเพื่อป้องกันมิให้มีผู้สูบบุหรี่ใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคือ เด็กวัยรุ่น และหญิงวัยทำงาน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถเข้าถึงผู้บุหรี่ยได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล การให้ความรู้ผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ยได้อย่างถูกต้อง

2) บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน เป็นการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมยาสูบระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพทั้งใน และนอกทีมสุขภาพ โดยใช้

ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นการส่งเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดขึ้นการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

3) บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา การเป็นที่ปรึกษาแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในเรื่องประวัติการสูบบุหรี่ การเสพติดบุหรี่ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจและให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่อย่างเป็นกันเอง คำแนะนำที่ใช้ต้องชัดเจน ใช้คำพูดทางบวก และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นพิษภัยของบุหรี่ ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติ เพื่อช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ได้

4) บทบาทผู้ให้การดูแล การให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

5) บทบาทด้านการวิจัย เป็นแกนนำและมีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิจัย ซึ่งเป็นอีกมาตรฐานหนึ่งในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ที่ประเทศไทยต้องดำเนินการ เผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ และนำผลวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะทำให้การพยาบาลมีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่

วิไลพร สว่าง (2554) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายเครื่องดื่มกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นักเรียนจำหน่ายเครื่องดื่มที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำมีระดับการติดยาโคตินเล็กน้อยนำมาสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คนแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนทดลอง ระยะการทดลอง และระยะหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่านักเรียนจำหน่ายเครื่องดื่มกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะการทดลองและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

เดือนทิพย์ เขมมโสภาส และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา เพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหลัก 5 A ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่

สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี และลดพฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้สูบบุหรีในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดหรือครอบครัวเด็กสุขภาพดีได้

ศิริราณี อิ่มนาชาวและคณะ (2555) ศึกษาารูปแบบพฤติกรรมการณ์เลิกบุหรีของผู้สูบบุหรีที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี:โรงพยาบาลมหาสารคาม รูปแบบพฤติกรรมการณ์เลิกบุหรีของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คน พบร้อยละ40.0 สามารถเลิกบุหรีได้เด็ดขาด เหตุผลที่ทำให้สำเร็จ ร้อยละ 83.3 มาจากตั้งใจจริง ร้อยละ 50.0 เชื่อว่าสามารถเลิกได้และร้อยละ 33.3 กลัวอันตรายจากบุหรี ร้อยละ 83.3 ใช้วิธีการหักดิบทันที ร้อยละ 16.6 ค่อยๆลดจนวนมวนที่สูบลง ร้อยละ 100 หลังจากเลิกสูบบุหรี สุขภาพกายและสภาพจิตใจ สดชื่นขึ้น ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.0 ที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรีได้เด็ดขาดแต่พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 100 สามารถลดปริมาณการสูบบุหรีและเว้นระยะห่างของการสูบบุหรีแต่ละมวนลง เหตุผลที่พบว่าเลิกไม่สำเร็จ ร้อยละ55.5 เกิดจาก จิตใจไม่เข้มแข็งพอแต่ทุกคนกำลังพยายามเลิกต่อไป งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรีตามแบบจำลองข้ามทฤษฎี พบว่าการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเลิกบุหรีต้องเกิดความต่อเนื่องและมีการประเมินผลต่อเนื่องชัดเจน การบำบัดในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในระยะเวลา ขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้ ผู้รับบริการขาดหายระหว่างบำบัดไม่มารับบริการต่อเนื่อง

ชะอ้อน สุทธิคณะ (2556) ศึกษาการส่งเสริมการเลิกบุหรีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกเลิกบุหรีโรงพยาบาลพะโต๊ะ โดยใช้หลักการ 5A's การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปัจจุบันยังสูบบุหรีจำนวน 8 คน ในชุมชนตำบลพระรัษ อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย แบบประเมินระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคติน แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี ชุดตรวจสารนิโคตินในปัสสาวะ เครื่องตรวจระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออก และคู่มือการเลิกบุหรี ระยะเวลาการศึกษา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมาย 8 คน เพศชาย 7 คน เพศหญิง 1 คน หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มเป้าหมายสามารถเลิกบุหรีได้จำนวน 7 คน และลดจำนวนการสูบบุหรี 1 คน จำนวนครั้งที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบลดลงไม่เข้ารับบริการพ่นยาที่แผนกฉุกเฉิน และจำนวนครั้งของการพ่นยาเองที่บ้านลดลงเฉลี่ยจาก 9.63 ครั้งเหลือ 1.63 ครั้ง

Maud-Christine Chouinard และคณะ(2005) ศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการเลิกสูบบุหรีในบุคคลที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน แบ่งเป็นการให้การพยาบาลปกติ และโปรแกรมการเลิกสูบบุหรีในบุคคลที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นเวลา 1 ชั่วโมงในช่วง 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการสูบบุหรีเลิกบุหรีที่ 6 เดือนคิดเป็น 41.5% ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีการ

โทรศัพท์ติดตาม งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fung และคณะ (2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรกระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบไปด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจากที่มีการพบกันครั้งแรก 3 วันและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้การนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกและการโทรศัพท์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย ประเมินการเลิกสูบบุหรี่เมื่อครบ 3 เดือนและ 12 เดือน โดยประเมินจากรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 3 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมรายงานว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และการตรวจสารคาร์บอนมอนอกไซด์ พบว่า อยู่ในระดับต่ำ เมื่อครบ 12 เดือน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึง 68 ราย (ร้อยละ 32)

Sitthipant (2005) ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการใช้ยานอร์ทริปทัยลีนร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับและโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับเพียงอย่างเดียวต่อการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่มารับการรักษาที่คลินิกอดบุหรี่จำนวน 137 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยานอร์ทริปทัยลีนร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับและกลุ่มที่ 2 ได้รับความช่วยเหลือร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับเพียงอย่างเดียวและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการหยุดสูบบุหรี่เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ติดต่อกันหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มที่ได้รับยานอร์ทริปทัยลีน มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 43.5 และร้อยละ 26.5 ในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างเดียว

Zheng และคณะ (2007) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมผลของการใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ในประเทศจีน การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่สูบบุหรี่ จำนวน 225 ราย มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (n=118) และกลุ่มควบคุม (n=107) กลุ่มทดลองได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและทักษะต่างๆในการเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการอบรมตามปกติ ติดตามผลที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี หลังทดลอง ผลการทดลอง การติดตามประเมินผลเมื่อครบ 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 40.5 สามารถเลิกบุหรี่ได้ส่วนในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 5 เมื่อ

ติดตามครบ 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ

อาริยา ชัยยศ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย โดยใช้แนวคิด IMB model เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์จำนวน 3 ครั้งเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

พัชรวาลัย กนกจรรยา (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คนได้รับการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน ซึ่งโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุราผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยา (AUDIT) แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแบบวัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษา (SOCRATES – 8A) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สีอรุณ แผลมภู (2554) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติด ในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ที่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของการบำบัดด้วยยาของสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ขณะที่กลุ่ม

ทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการดูแลตามปกติเป็นระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแรงจูงใจภายในสูงขึ้นโดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ย ของแรงจูงใจภายในในช่วงก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในทำให้ผู้ติดสารเสพติดมีแรงจูงใจภายในและเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากขึ้น

วิชัย นิยมรัตน์ และคณะ (2555) ศึกษาการใช้กิจกรรมบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) โดยมีการประเมินการติดนิโคตินคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ The transtheoretical Model อยู่ในระยะตัดสินใจหยุด สูบบุหรี่จำนวน 20 คน ผลการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ เพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ กลุ่มทดลองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่วันที่ 6 ของการบำบัด และสามารถคงพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ได้จนกระทั่งเข้าสู่ระยะติดตามผล 30 วันหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ชัชชัย ดิยะไพธาดา (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 แบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีผู้เข้าร่วมการทดลอง 66 ราย ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรม 10 สัปดาห์ โปรแกรมสุขศึกษานี้ประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความรู้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังของการตอบสนอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน แรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Colby และคณะ (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินจำนวน 85 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการสร้างสร้างแรงจูงใจแบบสั้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ร่วมกัน

พูดคุยถึงประเด็นหรือเหตุผลที่สูบบุหรี่และเหตุผลที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ 3) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจที่บ่งบอกถึงภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการสูบบุหรี่ 4) การกำหนดในการเลิกบุหรี่และร่วมกันคาดการณ์ถึงอุปสรรคและปัญหาที่ต้องเผชิญเมื่อเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 5) ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อยังคงสูบบุหรี่ต่อไปและเมื่อหยุดสูบบุหรี่ 6) ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำแบบสั้นโดยการให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่โดยให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคตและได้รับแผนพับเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์มีการโทรศัพท์ติดตามโดยในกลุ่มที่ 1 ได้รับการชมเชยที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้รวมทั้งร่วมกันพูดคุยถึงปัญหาและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำสั้น ๆ ให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป ประเมินผลการทดลองในเดือนที่ 1, 3 และ 6 หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจ แบบสั้นมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Shahab และคณะ (2007) ศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความคิดเห็นส่วนบุคคลเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะหยุดการสูบบุหรี่และการประเมินสาเหตุการสูบบุหรี่ จำนวน 20 คนเข้าร่วมคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นส่วนบุคคลภาพเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะหยุดการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะหยุดการสูบบุหรี่ หลังได้รับการตรวจสอบโดยการรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อความตั้งใจที่จะเพิ่มขึ้นที่จะหยุดการสูบบุหรี่ในคนที่มึระดับที่สูงขึ้นของการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องเกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่ด้วย

Won-Young Choi (2013) ศึกษาผลของการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในการหายใจต่อแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายอายุมากกว่า 19 ปีที่สูบบุหรี่จำนวน 95 คน เป็นการศึกษาระยะสั้นเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ประมาณ 5-10 นาทีด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์จากการหายใจ หลังจาก 4 สัปดาห์ได้มีการวัดระดับแรงจูงใจ ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ไม่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่หลังจาก 4 สัปดาห์

Yaqiong และคณะ (2014) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคทำนายการสูบบุหรี่ในหมู่วัยรุ่นในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 553 คน เป็นการศึกษาพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่และความตั้งใจ โดยการประยุกต์ใช้ Protection Motivation Theory (PMT) ในกลุ่มตัวอย่างประเมินโดยใช้ PMT Scale พบว่าความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ที่เกิดขึ้น

โดยรวมมีผลจากการรับรู้ มีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องทางบวกกับความตั้งใจสูบบุหรี่และพฤติกรรม ความรู้ความสามารถที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ งานวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า หากมีการจัดกระทำควมมุ่งเน้นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ผลของบุหรี่เพื่อลดความตั้งใจ การใช้สูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วย เรื้อรังและเน้นการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ ส่วนการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม กระจกยังมีน้อยและยังไม่เป็นแบบแผนครบถ้วน การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จำเป็นที่จะต้องมีการ สร้างแรงจูงใจ เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ (วริศรา แยมศรี, 2556) การ สร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่จะเป็นการกระตุ้นให้การรับรู้ความรุนแรงให้เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จากการสูบบุหรี่เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ สามารถประเมินอันตรายจากการสูบบุหรี่ การ รับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองในการสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าหากตนเองยังสูบบุหรี่อยู่ก็จะตกอยู่ใน ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การสร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการ เลิกบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าหากเลิกสูบบุหรี่จะลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน และ การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ได้อย่าง เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Dunn and Rogers (1986) นำมาประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยศัลยกรรมกระจกเลิกบุหรี่ การจูงใจ เป็นหลักพื้นฐานของการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยพฤติกรรมบำบัด การสร้างแรงจูงใจที่มากพอจน ทำให้เกิดแรงบัลดาลใจจะเลิกสูบบุหรี่ โดยการกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ โอกาสความเสี่ยงของโรคจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และการสร้างความตระหนักในการรับรู้ ความสามารถของตนในการป้องกันโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะทำให้มี การรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ นำไปสู่การ การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระจกต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างจิตใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 วันแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง ให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่โดย
เน้นและกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงจากการ
สูบบุหรี่

- วัดค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก
- ให้ข้อมูลพิษที่เกิดจากบุหรี่ การสะท้อนให้เห็นภาวะเสี่ยง
ของตนเอง
- วิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมความพร้อมการเผชิญ
สถานการณ์
- แจกคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการเลิกบุหรี่

- เน้นย้ำผลดีของหยุดสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ
- แนะนำเทคนิคการปฏิบัติตัวในระหว่างผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่
และ แนะนำการรับมือและจัดการกับอาการที่จะเกิดในช่วง
เลิกบุหรี่
- ฝึกเทคนิคคลายเครียด

ครั้งที่ 3 สร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่

- อธิบายให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่ดีขึ้น
- สร้างความเชื่อมั่นในตนเองโดยใช้ตัวแบบ
- ทบทวนเทคนิคคลายเครียด

การเลิกบุหรี่

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Two group post test only) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม		O ₁
กลุ่มทดลอง	X ₁	O ₂
โดย X ₁ หมายถึง	การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่	
O ₁ หมายถึง	จำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่หลังได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่	
O ₂ หมายถึง	จำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่	

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายที่สูบบุหรี่
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลเลิดสิน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศชาย อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางออร์โธปิดิกส์ที่มีภาวะฉุกเฉินและไม่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ กระดูกหัก การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นเลือด เส้นเอ็นและเส้นประสาทฉีกขาด
3. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการติ่งถ่วงน้ำหนักในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
4. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
5. ไม่ได้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการทดลอง
6. มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

7. ผู้ป่วยเต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ไม่ครบ 3 ครั้ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่งน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 30 คน (Polit&Beck, 2004) ในการศึกษาคั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ โดยให้ตึกศัลยกรรมกระดูกชาย 1 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และตึกศัลยกรรมกระดูกชาย 2 เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน พร้อมทั้งทำการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ในเรื่องจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยจับคู่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันไม่เกิน 10 มวน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันจำนวน 23 มวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน การเลิกสูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ และประเมินการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

2.1 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

2.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างโดยจินตนา ยูนิพันธ์และคณะ (2558) มีข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ วัดความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นจึงมีข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า Rating scale 10 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง คือ

ไม่มั่นใจในการเลิกบุหรี่	= 0 คะแนน
มีความมั่นใจน้อย	= 1-3 คะแนน
มีความมั่นใจปานกลาง	= 4-6 คะแนน
มีความมั่นใจมาก	= 7-9 คะแนน
มีความมั่นใจมากที่สุด	= 10 คะแนน

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการจูงใจป้องกันโรคของ Rogers & Prentice-Dunn(1986) และตามแนวการบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม, 2555) ในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 30-35 นาที รายละเอียดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) กระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ หากยังคงสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่จะส่งผลต่อกระดูกและหลอดเลือด พุดคุยรวมทั้งประเมินประสิทธิภาพการเลิกบุหรี่ สิ่งที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่และวางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้ป่วย แล้วพุดคุยวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงร่วมกับผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่และกำหนดวันเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ผู้วิจัยอธิบายการเปลี่ยนแปลงค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้เห็นว่าค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกลดลงและส่งผลดีต่อสุขภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึง

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งวางแผนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยแนะนำเทคนิคการปฏิบัติตัวในระหว่างผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ แนะนำการรับมือและจัดการกับอาการที่จะเกิดในช่วงเลิกสูบบุหรี่ และฝึกเทคนิคคลายเครียดโดยใช้ห้องตรวจที่ว่างในการฝึก

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) สร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ผู้วิจัยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยการวาดกราฟให้ผู้ป่วยเห็นระดับการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน จะสะท้อนให้เห็นว่ามีการขับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ออกจากร่างกาย ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์สร้างความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในตัว หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนเทคนิคคลายเครียดพร้อมทั้งให้ลองทำด้วย ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันคิดเทคนิคคลายเครียดเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยเสนอการบีบลูกบอลยางเล็กๆคลายเครียดและให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติ

ในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้ใช้การวัดตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled carbon monoxide) ด้วยเครื่อง Smokerlyzer เพื่อเป็นการกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ และยืนยันการสูบบุหรี่ ซึ่งในการประเมินค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกได้มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ส่วนในล้านส่วน (ppm) แสดงว่าคุณคนนั้นมี การสูบบุหรี่ นอกจากนี้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจยังมีสื่อที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

แผนการสอน พืชภัยที่เกิดจากบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง วิธีการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืน ทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ วิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่ เทคนิควิธีการบรรเทาอาการถอนนิโคติน

สื่อการสอน ได้แก่ แผ่นภาพพลิก พืชภัยที่เกิดจากบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง วิธีการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืน ทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ วิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี่ เทคนิควิธีการบรรเทาอาการถอนนิโคติน

คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย สิ่งที่ต้องทำในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การจัดการกับอาการระหว่างเลิกบุหรี่ หลักการป้องกันการกลับมาสู้อีก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการสูบบุหรี่ และแบบประเมินการเลิกบุหรี่ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1.1 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 3 คน
- 1.2 ที่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 1 คน
- 1.3 พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ 1 คน

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2008)

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปได้ดังนี้
 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ CVI = .82
 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการสูบบุหรี่ CVI = .88

ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อความมีความตรงกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นและมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหาและรายละเอียดของแผนการสอน แผ่นภาพพลิก คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง สรุปได้ดังนี้

1. แผนการสอน
 - 1.1 ควรเน้นที่อันตรายของบุหรี่ที่มีผลต่อกระดูกและการเจ็บป่วยในครั้งนี้
 - 1.2 ควรให้ผู้ป่วยได้ทราบว่า การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยให้กระดูกและแผลผ่าตัดดีขึ้น

อย่างไร

2. แผ่นภาพพลิก ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มภาพแผลผ่าตัดและกระดูกที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ เปรียบเทียบกับแผลผ่าตัดและกระดูกของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อแผลผ่าตัดและกระดูกมากขึ้น

3. การจูงใจให้เลิกบุหรี่ ผู้วิจัยควรมีทักษะในการจูงใจให้เลิกบุหรี่ เพื่อช่วยกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย

ภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยปรับแก้เนื้อหาของแผนการสอน แผนภาพ พลิก และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำ และได้ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 3 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา และเวลาที่ ใช้ หลังการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยกับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบางคนยังไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ใน แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขภาษาให้ง่ายต่อการเข้าใจก่อนที่จะนำไปใช้จริง การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความ เที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

1. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่เท่ากับ .85
2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการสูบบุหรี่เท่ากับ .80

การดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อ ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ จากผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองจิต วาทีสาธกกิจ (อาจารย์ผู้ที่มีความรู้ความ ชำนาญในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่และเป็นพี่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการ ไม่สูบบุหรี่) รวมทั้งเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง เรื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความรู้และความเข้าใจในการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และการจูงใจให้ เลิกบุหรี่

2. ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาล เลิดสิน ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่หนังสือรับรอง 0306 / 13 /227 เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอใช้สถานที่ในการเก็บ ข้อมูลและดำเนินการวิจัย

3. การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานด้าน ศัลยกรรมกระดูกจำนวน 1 คน ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือการวิจัยอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และคุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่าง

4. ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทราบเกี่ยวกับ โปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุหรี่ ทั้งผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยเดิมและผู้ป่วยที่รับใหม่ทุกราย และ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้งให้ผู้วิจัยทราบเมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดย จัดให้หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 เข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกชาย 2 เข้าเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2558 ถึง 1 พฤศจิกายน 2558 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ทั้ง 2 หอผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อครบ 2 เดือนผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ หอตรวจผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์เพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งวัดค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจเพื่อเป็นการยืนยันการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนทั้งหมด 30 คน โดยมีผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำ แบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ 3 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ใช้เวลา 15-20 นาที) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่ม ตัวอย่าง แนะนำตัวและ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยแจกแผ่น พบเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลเลิดสิน และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำ ในแผ่นพับ แล้วจึงนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ใช้เวลา 15-20 นาที) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป และตอบข้อซักถามของผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในแผนพับเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่แล้วจึงนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ใช้เวลา 15-20 นาที) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามการเลิกสูบบุหรี่และอุปสรรคระหว่างการเลิกบุหรี่ และแนะนำเพิ่มเติมการบีบลูกบอลยางเล็กๆ คลายเครียด พร้อมทั้งให้ลูกบอลยางเล็กๆ แก่ผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 30-35 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) กระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพหากยังคงสูบบุหรี่ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัย วัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน มีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่า 7 ส่วนในล้านส่วน (ppm) และอีก 5 คนมีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 7 ส่วนในล้านส่วน (ppm) อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่จะส่งผลต่อกระดูกและแผลผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่าในบุหรี่มีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ แต่พอรู้ว่าก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เป็นก๊าซพิษที่ออกจากท่อไอเสียรถ รวมทั้งประเมินประสบการณ์การเลิกบุหรี่ ประเมินกลไก การกระตุ้นเราให้สูบบุหรี่และวางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้ป่วย แล้วพูดคุยวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงร่วมกับผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่สามารถเลิกได้อยู่ที่สองสัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยหาแนวทางเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางที่เคยใช้ในการเลิกบุหรี่ เช่น เคี้ยวหมากฝรั่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และแนะนำและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งกำหนดนัดหมายการพบกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างอีก 8 คนเป็นผู้ป่วยที่รอผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่าง

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้วิจัยได้สอบถามอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดพร้อมทั้งประเมินระดับปวด พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและประเมินระดับปวดอยู่ที่ระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่าง เต็มใจที่จะเข้าร่วมการทำกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ผู้วิจัยอธิบายการเปลี่ยนแปลงค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนมีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 7 ส่วนในล้านส่วน (ppm) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า “ตัวเลขลดลงจริงๆ แสดงว่าก๊าซพิษต้องลดลง” ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้เห็นว่าค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกลดลงและส่งผลดีต่อสุขภาพ เพื่อสร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งวางแผนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยแนะนำเทคนิคการปฏิบัติตัวในระหว่างผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ แนะนำการรับมือและจัดการกับอาการที่จะเกิดในช่วงเลิกบุหรี่ และฝึกเทคนิคคลายเครียดโดยใช้ห้องที่ว่างในการฝึก ดังนี้

1. ฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด ระหว่างการเลิกบุหรี่จะต้องมีความเครียด และต้องเผชิญกับความเครียด การฝึกการหายใจจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการฝึกหายใจเพื่อคลายเครียดและให้ผู้ป่วยลองทำพร้อมกันกับผู้วิจัย โดยเริ่มจากตั้งสติ จากนั้นสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ นับ 1 2 3 4 5 แล้วค่อยๆ ปล่อยลมหายใจออกโดยนับ 6 7 8 9 10 พร้อมทั้งทำใจให้สงบนิ่ง เอาความอึดอัดออกไปกับลมหายใจ และนำความสดชื่นเข้าตามลมหายใจ ทำ 4-5 ครั้งต่อเนื่องกันจะทำให้รู้สึกดีขึ้นได้เมื่อมีความเครียด การฝึกหายใจยังช่วยนำออกซิเจนไปยังปอดและสมองได้อย่างดีอีกด้วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถฝึกและปฏิบัติเพื่อคลายเครียดได้ทุกคน ผู้วิจัยแนะนำเพิ่มเติมการบีบลูกบอลยางเล็กๆ คลายเครียด พร้อมทั้งให้ลูกบอลยางเล็กๆ แก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ไม่สามารถบีบลูกบอลยางเล็กๆ ได้ทั้งสองข้าง เนื่องจากที่มือทำการผ่าตัดต่อเส้นเอ็นไว้

2. ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เริ่มอธิบายและฝึกไปพร้อมๆ กัน ด้วยการนั่งในท่าที่สบาย จากนั้นค่อยๆ เกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ขึ้นมา โดยไล่จากปลายเท้า ข้อเท้า ต้นขา ลำตัว แขน มือ นิ้ว ใหญ่ คอ ศีรษะ เกร็งไว้สักหนึ่งอึดใจ จากนั้นค่อยๆ ผ่อนคลาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยอธิบายได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ไม่สามารถนั่งฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากแพทย์ต้องให้นอนบนเตียงยังไม่ให้ลุกนั่ง หลังจากให้คำแนะนำแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งกำหนดนัดหมายการพบกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) สร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 7 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ผู้วิจัยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยการวาดกราฟให้ผู้ป่วยเห็นระดับการเปลี่ยนแปลงของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่ลดลงอย่างชัดเจน เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นว่ามีการขับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ออกจากร่างกาย หลังจากนั้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นสุขภาพจะดีขึ้น และยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นอันตรายทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดผ่าตัดได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซักถามถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้วิจัยสร้างความมั่นคงในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยยึดมั่นกฎประจำตัวว่า ไม่สูบบุหรี่ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนเทคนิคคลายเครียดพร้อมทั้งให้ลองทำด้วย ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันคิดเทคนิคคลายเครียดเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยเสนอการบีบลูกบอลยางเล็กๆคลายเครียดและให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติ ผู้วิจัยกำหนดการนัดหมายพบผู้ป่วยครั้งต่อไปที่หอผู้ป่วยและใช้โทรศัพท์ติดตามกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อครบ 1 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 คน กลับไปสูบบุหรี่อีก เมื่อครบ 2 สัปดาห์พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนกลับไปสูบบุหรี่อีก เมื่อครบ 4 สัปดาห์พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนกลับไปสูบบุหรี่อีก

การกำกับการทดลองและผลการทดลอง

การสนใจในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบกำกับการทดลอง และได้เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบ ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่

การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่	\bar{x}	SD	df	t
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	40.40	7.63	29	-6.40*
หลังทดลอง	49.98	2.94		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	36.84	5.69	29	.525
หลังทดลอง	36.13	5.05		

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุหรี่มีค่าเท่ากับ 40.40 และหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุหรี่มีค่าเท่ากับ 49.98 ซึ่งแสดงว่าหลังได้รับโปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุหรี่มีการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ดีขึ้น และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ก่อนหลังมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับคำแนะนำแบบกระซับ มีค่าเท่ากับ 36.84 และหลังได้รับคำแนะนำแบบกระซับ มีค่าเท่ากับ 36.13 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ก่อนหลังมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ก่อนและหลังให้คำแนะนำแบบกระซับไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	การรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่				df	t
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	36.84	5.69	40.40	7.63	29	46.69
หลังทดลอง	36.13	5.05	49.98	2.94	29	66.03*

*p<.05

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 40.40 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 36.84 แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 49.98 ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังจากได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 36.13

เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนน และหลังจากทำการทดลองแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่มีการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่

การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิก สูบบุหรี่	\bar{x}	SD	df	t
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	5.33	.844		
หลังทดลอง	7.13	.819	29	-7.76*
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	4.90	.885		
หลังทดลอง	5.73	.740	29	-4.087*

*p<.01

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรืมีค่าเท่ากับ 5.33 และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรืมีค่าเท่ากับ 7.13 ซึ่งแสดงว่าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรืมีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนหลังมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับคำแนะนำแบบกระซิบ มีค่าเท่ากับ 4.9 และหลังได้รับคำแนะนำแบบกระซิบ มีค่าเท่ากับ 5.73 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนหลังมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำแบบกระซิบเพื่อเลิกบุหรืแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่				df	t
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	4.90	.88	5.33	.84	29	49.76
หลังทดลอง	5.73	.74	7.83	.81	29	68.90*

*p<.05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.90 ในขณะที่กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 5.33

แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 7.83 ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังจากได้รับคำแนะนำแบบกระชับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 5.73

เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมจากหัวหน้าแผนกศัลยกรรมกระดูก ในขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยใน

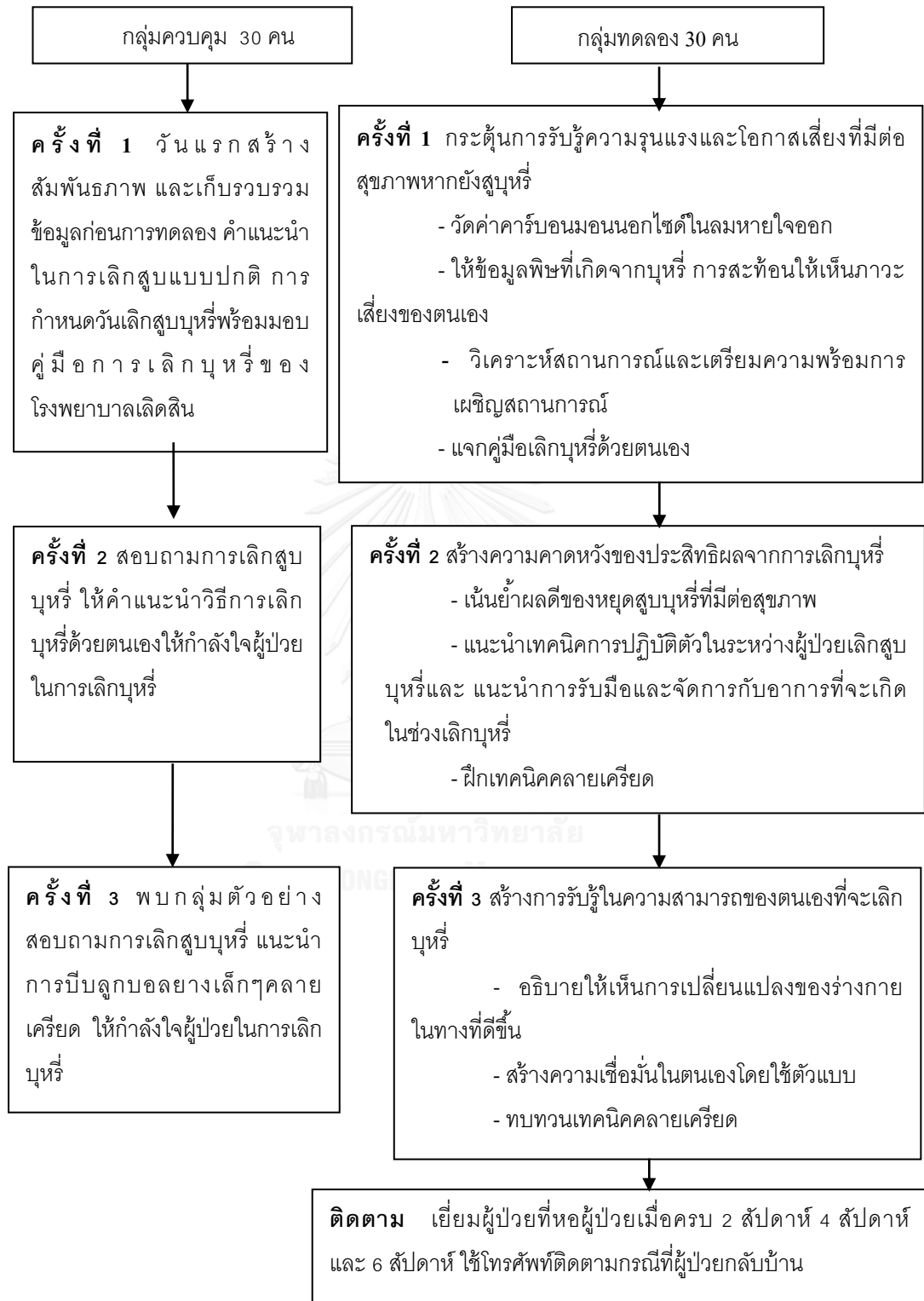
ครั้งนี้ อธิบายขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัย ก่อนวันทำการทดลอง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ขณะดำเนินการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เกิดการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติใช้การทดสอบ Chi-square test ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชั้นเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปโปรแกรมการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระซิบเพื่อเลิกบุหรื กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 60 คน ซึ่งรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูก ของโรงพยาบาล เลิดสิน ผลการวิเคราะห์นำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติสูบบุหรี่และเลิกบุหรื จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรืที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรื บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกบุหรื

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรืได้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และรายได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
20-29 ปี	5	16.7	6	20.0	11	18.3
30-39 ปี	4	13.3	16	53.4	20	33.3
40-49 ปี	9	30.0	1	3.3	10	16.7
50-59 ปี	12	40.0	7	23.3	19	31.7
		$\bar{x} = 39.11$		SD = 12.89		
สถานภาพสมรส						
โสด	13	43.3	14	46.7	27	45.0
คู่	15	50.0	15	50.0	30	50.0
หม้าย/หย่า/แยก	2	6.7	1	3.3	3	5.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	3.3	1	3.3	2	3.0
มัธยมศึกษา	10	33.3	7	23.3	17	28.0
ประกาศนียบัตร	16	53.4	14	46.7	30	50.0
ปริญญาตรี	2	6.7	8	26.7	10	16.0
อื่นๆ	1	3.3	0	0.0	1	3.0

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และรายได้จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และรายได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	25	83.3	26	90.1	51	85.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.4	1	3.3	5	10.2
รับราชการ	0	0.0	1	3.3	1	1.6
ค้าขาย	1	3.3	0	0.0	1	1.6
เกษตรกร	0	0.0	1	3.3	1	1.6
รายได้ต่อเดือน						
1 - 10,000 บาท	9	30.0	5	16.6	14	23.3
10,001 - 20,000 บาท	5	16.6	15	50.0	20	33.3
20,001 - 30,000 บาท	14	46.7	8	26.7	22	36.6
30,001 - 40,000 บาท	2	6.7	2	6.7	4	6.8

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.11 ปี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพคู่ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษากลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.4)มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ในขณะที่กลุ่มทดลองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7) มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตร กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 90.1) กลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.7) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001 - 30,000 บาท และกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่						
1-5 ปี	8	26.7	6	20.0	14	23.3
6-10 ปี	9	30.0	9	30.0	18	30.0
11-20 ปี	11	36.6	9	30.0	20	33.4
มากกว่า 21 ปีขึ้นไป	2	6.6	6	20.0	8	13.3
	$\bar{x} = 12.36$ SD = 7.29		$\bar{x} = 13.43$ SD = 8.17			
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
1-10 มวน	6	20.0	6	20.0	12	20.0
11-20 มวน	11	36.7	11	36.7	22	36.7
มากกว่า 20 มวน	13	43.3	13	43.3	26	43.3
	$\bar{x} = 23.32$ SD = 7.29		$\bar{x} = 23.32$ SD = 7.29			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.4) สูบบุหรี่มาเป็นเวลา 11-20 ปี โดยเฉลี่ยกลุ่มควบคุมสูบบุหรี่มาเป็นเวลา 12.36 ปี และกลุ่มทดลองสูบบุหรี่มาเป็นเวลา 13.43 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.3) สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน ทั้งสองกลุ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 23.32 มวน

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ และระยะเวลาที่เคยเลิกได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพยายามเลิกสูบบุหรี่						
เคย	25	80.0	23	76.7	48	80.0
ไม่เคย	5	20.0	7	23.3	12	20.0
จำนวนครั้งของความพยายามเลิกสูบบุหรี่ (n=25)						
1-2 ครั้ง	19	76.0	17	74.0	36	62.0
> 3 ครั้ง	6	24.0	6	26.0	12	38.0
ระยะเวลาที่เคยเลิกได้						
1-14 วัน	16	64.0	4	17.4	20	41.8
15-30 วัน	5	20.0	4	17.4	9	18.7
มากกว่า 1 เดือน	1	4.0	8	34.8	9	18.7
มากกว่า 6 เดือน	0	0.0	5	21.7	5	10.4
มากกว่า 1 ปี	3	12.0	2	8.7	5	10.4

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.0) และมากกว่าครึ่งพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 62.0) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.8) สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่า 14 วัน

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่เป็นแรงบัลดาลในการเลิกสูบบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่เป็นแรงบัลดาลในการเลิกสูบบุหรี่						
คนในครอบครัวอยู่บ้านเดียวกัน	14	46.6	24	80.0	38	63.4
ตนเอง	12	40.0	2	6.7	14	23.3
แพทย์ผู้ทำการรักษา	2	6.7	4	13.3	6	10.0
เพื่อน	2	6.7	0	0.0	2	3.3
แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่						
ครอบครัว	15	50.0	10	33.4	25	41.7
มีปัญหาสุขภาพ	7	23.3	12	40.0	19	31.7
รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี	7	23.4	4	13.3	11	18.3
สังคมไม่ยอมรับ	0	0.0	4	13.3	4	6.6
กลัวตาย	1	3.3	0	0.0	1	1.7

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสองในสาม (ร้อยละ 63.4) ระบุว่าคนในครอบครัวอยู่บ้านเดียวกันเป็นแรงบัลดาลในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.7) มีครอบครัวเป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 3.3) ระบุว่าแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของตน คือ กลัวตาย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

	เลิกได้		เลิกไม่ได้		df	Chi-square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มควบคุม	1	3.3	29	96.7	1	7.36*
กลุ่มทดลอง	10	33.3	20	66.7	1	

*p<.05

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วย Chi-square test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้จำแนกตามจำนวนมวนที่สูบต่อวัน

	เลิกได้		เลิกไม่ได้		Chi-square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1-20 มวน (n=17)					
กลุ่มควบคุม	1	3.3	16	53.4	7.00*
กลุ่มทดลอง	8	26.8	9	30.0	
มากกว่า20 มวน (n=13)					
กลุ่มควบคุม	0	0.0	13	43.3	2.00
กลุ่มทดลอง	2	6.6	11	36.6	

*p<.05

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ระหว่าง 1- 20 มวน เลิกบุหรี่ได้ โดยกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 1 คน (ร้อยละ3.3) และกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.8) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วย Chi-square test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่ระหว่าง 1- 20 มวน ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.6) แต่กลุ่มควบคุมไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เลย เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วย Chi-square test พบว่าไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่

ประชากรการวิจัย คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายที่สูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เพศชาย อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางออร์โธปิดิกส์ทั้งมีภาวะฉุกเฉินและไม่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ กระดูกหัก การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นเลือด เส้นเอ็นและเส้นประสาทฉีกขาด
3. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดื่งถ่วงน้ำหนักในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
4. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
5. ไม่ได้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการทดลอง
6. มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
7. ผู้ป่วยเต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ไม่ครบ 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่
 - 2.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยเตรียมตัวผู้วิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. ระยะดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางที่วางแผน โดยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมให้ครบทั้ง 30 คนก่อน จึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่และได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ดังนี้

1. เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยคัดลอกกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่และได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจูงใจต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยคัดลอกกรรมกระดูก โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยคัดลอกกรรมกระดูกที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่และได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน

จากผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 10 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ 1 คน จากการได้รับการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จึงทำให้กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer อธิบายให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงพิษภัยของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่จะส่งผลกระทบต่อกระดูกและแผลผ่าตัด และผู้วิจัยได้พูดคุยรวมทั้งประเมินประสบการณ์การเลิกบุหรี่ สิ่งที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ แล้ววิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงร่วมกับผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยวางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้ป่วย แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่และกำหนดวันเลิก

การสร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยเน้นย้ำผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย แนะนำการรับมือและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วงเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งฝึกทักษะคลายเครียด ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ นอกจากการกระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงจาก

การสูบบุหรี่ และการสร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการสูบบุหรี่แล้ว การสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยร่วมวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างความมั่นคงในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความมั่นใจ และมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีเพียง 1 คนที่เลิกบุหรี่ได้ ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 10 คนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ทั้งนี้ผู้ป่วย 10 คนในกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้นั้นแสดงเจตจำนงที่จะเลิกบุหรี่และได้กำหนดวันเลิกบุหรี่ (Quit data) ภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในครั้งแรก และยังคงหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องมาถึงการประเมินผลที่ 2 เดือน ในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้แต่ยังคงนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 1 คน และกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยจำนวน 20 คนที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้แต่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ระหว่าง 1- 20 มวน เลิกบุหรี่ได้โดยกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3) ส่วนกลุ่มทดลองเลิกได้จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.8) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ในแต่ละกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน พบว่า กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.6) แต่กลุ่มควบคุมไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เลย จะเห็นว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ยังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่อาจจะไม่สามารถช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน และสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การที่จำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเลิกสูบบุหรี่ได้ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวลัย กนกจรรยา (2554) ประยุกต์ใช้ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกาเสพติดสุราในผู้เสพติดสุรา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกาเสพติดสุราของผู้เสพติดสุราหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย นิยมรัตน์และคณะ (2555) ที่ทดสอบการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจ เพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ พบว่า กลุ่มทดลองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่วันที่ 6 ของการบำบัด และสามารถคงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ได้จนกระทั่งเข้าสู่ระยะติดตามผล 30 วันหลังสิ้นสุดโปรแกรม ในขณะที่เดียวกันผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศตาม Colby และคณะ (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระตุ้นต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันผลการวิจัยยังสนับสนุนการศึกษา Won-Young Choi (2013) ศึกษาผลของการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในการหายใจต่อแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายอายุมากกว่า 19 ปีที่สูบบุหรี่จำนวน 95 คน เป็นการศึกษาระยะสั้นเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ประมาณ 5-10 นาทีด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์จากการหายใจ หลังจาก 4 สัปดาห์ได้มีการวัดระดับแรงจูงใจ ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เสนอแนวทางการพัฒนาการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก สามารถนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ โดยจัดกิจกรรมที่กระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงจากการอธิบายให้เห็นถึงโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเลิกบุหรี่ และเห็นความสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ว่าจะส่งผลดีต่อตนเองอย่างไร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน และในการทดลองควรจะมีการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างในเรื่องของตำแหน่งการหักของกระดูก เนื่องจากตำแหน่งการหักของกระดูกมีผลต่อการทำกิจกรรมในการเลิกบุหรี่

2. ควรมีการศึกษาการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยติดตามผลการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องในระยะยาว 6 เดือนถึง 1 ปี



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2553). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กองมณี จะเลินวง. (2553). *การใช้การวิเคราะห์ถดถอยบัวล์ของเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณการสูบ
บุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขประเทศ สปป. ลาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เครือข่ายสหวิชาชีพสุขภาพ. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์ และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ*.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษ. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- วิชัย นิยมรัตน์และกนกศรี จาดเงิน. (2555). *ผลการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดสร้างแรงใจ
เพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ*. *นราธิวาสศรี
นครินทร์วารสาร*, 2(4): 29-39.
- ซันนัย ดิยะไพศาตาและพรณี บรรชรหัตถกิจ. (2556). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกัน
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรของนักเรียนชั้น
ประถมศึกษาปีที่5*. *ศรีนครินทร์วารสาร*, 28(2): 146-54.
- ชะอ้อน สุทธิคุณ. (2556). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกเลิกบุหรี่
โรงพยาบาลพะโต๊ะ*. *สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*.
- เดือนทิพย์ เขษมโสภาสและพรทิพย์ ชีวะพัฒน์. (2555). *ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้
คำปรึกษา เพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่*. *วารสารเกื้อการณ*, 19(1): 1-6.
- ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและ
หลอดเลือดที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่*. *วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ทิพวรรณ ไชยปลัมภ์. (2556). *เหล่า บุหรี่ และเศรษฐกิจ*. ศูนย์สารสนเทศเพื่อพัฒนาชุมชน.
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). *การประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา*. *วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล*.

- บุบผา จันมูล, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, ประภา ยุทธไตร. (2556). การบำบัดกระชับเพื่อลดหรือหยุดพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่: การพยาบาลหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27 (1)
- ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงษ์, ชวนชม ธนสนธิศักดิ์, สุชาดา โตพึงพงษ์. (2552). การออกหน่วยคัดกรองผู้สูบบุหรี่: การให้คำปรึกษาอย่างสั้นและส่งต่อโดยเภสัชอาสา. วารสารควบคุมยาสูบ, 2(1): 62-71
- ปิยาภรณ์ เยาวเรช, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ภรดี วัฒนสมบุรณ์ และดุสิต จุจิวรัตน์. 2550. กระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล. วารสารควบคุมยาสูบ, 1(2): 29-42.
- ผ่องศรี ศรีมรกต, จรรยา ไจหนูน, ปุณยนุช สนามทอง, ยุพิน หงษ์ทอง, ประทีป แสงวงดี, อรสา อัครวัชรางกูร. (2553). ประสิทธิภาพการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลจากงานประจำสู่งานวิจัย. กรุงเทพฯ: มณีสฟิล์ม.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณณี ปานเทวัญ. (2552). ก้าวให้ทันการเปลี่ยนแปลงในเรื่องบุหรี่. วารสารพยาบาลทหารบก, 10(8) 30-37.
- พัชรารัตน์ กนกจรรยา. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการเสพยาในผู้เสพติด สุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์. (2552). ประสบการณ์การเลิกบุหรี่ของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ: กรณีศึกษาในชุมชนในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณันธิยา คารมย์. (2555). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รมณีย์ ชัดเงางาม และเพ็ญพรรณ เลหาพันธ์. (2556). ผลของการเลิกสูบบุหรี่ต่อผลของปริพันธ์บำบัดแบบไร้ศัลยกรรม. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 63(1): 39-49
- วิไลพร สว่าง, วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. (2554). การปรึกษากลุ่มแบบจัดการตนเองเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายเรื่อ. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, 7(2): 85-99
- วาสนา มากผาสุข. (2551). ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริภาณี อิ่มนาขาว, สัมฤทธิ์ ขวัญโพน, พัชรี ภาวระโช, มณฑกานต์ อันสีแก้ว, ราภรณ์ สาวีสทธิ, นิตยา ตะนะสอน. (2555). รูปแบบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่: โรงพยาบาลมหาสารคาม. ทุนสนับสนุนการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.

- สุเทพ ทักษิณาเจนนิกิจ. (2550). ศึกษาอัตราการติดสารนิโคตินอัตราการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ถวายราชินี 72 พรรษา ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข*, 12 (2): 173-182.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาระดับวิชาชีพสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สมิต วัฒนธัญกรรม, สุเชต เชื้อภักดี และปราณี ภาณุมาศ. (2551). *คู่มือมาตรฐานคลินิกเลิกบุหรี่*. พิมพ์ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ตอนที่ 2: การดูแลรักษาโดยใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่. *เอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การรักษาโรคติดบุหรี่ (Advanced Thai Tobacco Cessation Workshop)”*.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2554). *ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัยผู้ใหญ่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). การประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่: ตัวชี้วัดผลลัพธ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 36 (2): 132-139.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2550*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์. (2551). *คู่มือมาตรฐานคลินิกเลิกบุหรี่*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สีอรุณ แผลมภู. (2554). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สนทรรศ บุษราทิจและอภิญา สิริไพบุลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3): 305-312
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2554). *สรุปการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรพ.ศ.2554* อ้างใน http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-7.html
- อาคม ปาเจริญ. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีการจูงใจให้ป้องกันโรคของโรเจอร์ สำหรับสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันเอดส์ ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญา ผ่านพิณิจ. (2550). *ผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อาเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2551). หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*, 66-78. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- อรอนงค์ ส่งทวน. (2552). *ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาริยา ชัยยศ. (2552). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). *โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสูติศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Bolman, C., Vries, H., & Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contacts smoking cessation intervention for cardiac in patients. *Health Education Research*, 17(1), 99-116
- Benowitz, N. L. 2003. Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Progress in Cardiovascular Diseases* 46(1): 91–111.
- Barrera, R., et al. 2005. Smoking and timing of cessation: impact on pulmonary complications after thoracotomy. *Chest* 127(6): 1977–1983.
- Britt, E., Hudson, S.M., & Blampied, N.M. (2004). Motivational interviewing in health setting: a review. *Patient Education and Counselling*, 53, 147-155
- Colby, S. M. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors*, 30: 865 – 874
- Conner, M. and Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- DeWayne Neptune, Billie Bonevski, Natalie Enninghorst & Zsolt J. Balogh. (2014). The prevalence of smoking and interest in quitting among surgical patients with acute extremity fractures. *Drug and Alcohol Review*, 33: 548–554

- Emmons, K.E., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 68-74
- Edouard, M. , Cathrine, H. , & Rolf-Ruediger, O. (2003). Wound Healing Problems in Smokers and Nonsmokers after 132 Abdominoplasties. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111(6): 2082-2087
- Eyup Celik . (2014). Factorial structure and psychometric properties of self-motivation for smoking cessation scale in a sample of Turkish adolescents. *European Journal of Research on Education*, 2(1), 47-54
- Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis of protection motivation theory. *Journal of applied social psychology*, 30(2): 407-429
- Fung, P. R., Snape-Jenkinson, S. L., Godfrey, M. T., Love, K. W. Zimmerman, P. V., Yang, I. A. and Fong, K. M. (2005). Effectiveness of hospital-Base Smoking Cessation. *Chest*, 128(1): 216-223
- Galvin, K., Webb, C., & Hillier, V. (2000). The outcome of nurse-led health education program for patients with peripheral vascular disease who smoke assessment using attitudinal variables. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4: 54-66.
- Geoffrey C. Williams, Maryle`ne Gagne, Richard M. Ryan, and Edward L. Deci. (2002). Facilitating Autonomous Motivation for Smoking Cessation. *Health Psychology*, 21(1): 40–50
- Hughes, J. R. , Keely, J. & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99(1): 29-38
- Hennirikus , D. J.,F et al. (2005). The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Preventive Medicine*, 40: 249 – 258
- Hoving, E. F., Modde, A. N., de Vries, H. (2006). Predictors of smoking relapse in a sample of Dutch adult smokers; the roles of gender and action plans. *Addictive Behaviors*, 31: 1177-1189
- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province*. The degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- John, U., Meyer, C., a, Rumpf, H. J., & Hapke, U. 2009. Nicotine dependence criteria and nicotine withdrawal symptoms in relation to pain among an adult general population sample. *European Journal of Pain* 13: 82–88.

- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Schatzberg, A.F., Arredondo, C., Murphy, G., Hayward, C., Celio, M., Crompton, D., Fong, D., Pandurangi, M. (2008). Extend cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addiction*, 103, 1381-1390
- McGuffey, E. (1993). Smoking and drug metabolism. *American Pharmacists*, 9: 20
- Møller, A. M. , Villebro, N. , Pedersen, T. , & Tonnensen, T. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: randomized clinical trial. *The Lancet*, 359: 114 – 117
- Martinez, L. G. (2004). *Nursing management of coronary artery disease and acute coronary syndrome*. In S. M. Lewis, M. Mc. Heitkemper, & S.R. Dirksen (Eds.). *Medical-surgical nursing*, 799-837
- Maud-Christine Chouinard, Sylvie Robichaud-Ekstrand. (2005). The Effectiveness of a Nursing Inpatient Smoking Cessation Program in Individuals With Cardiovascular Disease. *Nursing Research*, 54(4): 243–254
- Møller, A.M. & Villebro, N. (2005). *Smokers are at increased risk of complications after surgery but there is limited direct evidence that stopping smoking before surgery reduces complications* [online]. Available from: <http://www.cochrane.org/reviews>[2008, August 12]
- Myung, S.K., Seo, H.G., Park, S., Kim, Y., Kim, D.J., Lee, H., Seong, M.W., & Kim, M.Y. (2007). Sociodemographic and smoking behavioral predictors associated with smoking cessation according to follow-up periods: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of transdermal nicotine patches. *Journal of Korea Medical Science*, 22(6): 1065-1070.
- Maddux, J. E. (1992). Social cognitive models of health and exercise behavior: An introduction and review of conceptual issues. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5, 116-140.
- Niaura, R. (2008). Nonpharmacologic therapy for smoking cessation: characteristics and efficacy of current approaches. *The American Journal of Medicine*, 121, (4A): 11-19
- Padubidri, A. N., et al. (2001). Complications of Postmastectomy Breast Reconstructions in Smokers, Ex-smokers, and Nonsmokers. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 107(2): 342-349
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research principle and method*. (7th ed.). Philadelphia:Lippincott William & Wilkins.

- Quist-Paulsen, P., & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ*, 327: 1254-1257.
- Roger, R.W. & Prentice-Dunn, S. (1986). Protection Motivation Theory and Preventive Health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1(3): 153-161
- Rice, V.H., & Stead, L.F. (2001). *Nursing interventions for smoking cessation*. The Cochrane Data base of Systematic Reviews (Complete Reviews).
- Rachael L. Murray, Ann McNeill, Sarah Lewis, John Britton & Tim Coleman. (2010). Unplanned attempts to quit smoking: a qualitative exploration. *Journal compilation 2010 Society for the Study of Addiction*, 105: 1299–1302
- SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. (2002). Biochemical verification on tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res*, 4(2): 149 – 59.
- Stevens KR, Munoz LR. (2004). Cigarette smoking: evidence to guide measurement. *Res Nurs Health*, 27 (4): 281 – 92.
- Sarna, L., & Bialous, S. (2005). Tobacco control in the 21st century: A critical issue for the nursing profession. *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(1), 15-24
- Shiffman, S. (2005). Dynamic Influences on Smoking Relapse Process. *Journal of Personality*, 73(6): 1715-1746
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A.L., & Montoya, J. (2006). A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56, 768-774
- U.S. Department of health and human services. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline*. Rockville MD
- Yaqiong Yan, Angela J. Jacques-Tiura, Xinguang Chena, Nianhua Xie, Jing Chen, Niannian Yang, Jie Gong, Karen Kolmodin MacDonell. (2014). Application of the Protection Motivation Theory in predicting cigarette smoking among adolescents in China. *Addictive Behaviors*, 39: 181–188
- Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MJ. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bull*, 111(1): 23 - 41.

Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patient with diabetes. *Diabetes care*, 21: 1644-1651

Won-Young Choi, Cheol-Hwan Kim¹, Ok-Gyu Lee. (2013). Effects of Brief Smoking Cessation Education with Expiratory Carbon Monoxide Measurement on Level of Motivation to Quit Smoking. *Korean J Fam Med*, 34(3): 190-198







รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร	อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีระพล แสงปัญญา	อาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการและวิเทศ สัมพันธ์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ	ที่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา บุรี
นางวรรณิ อัมระนันท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัยธานี

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

เดือน พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผศ. กรองจิต วาทีสาธกกิจ

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

เนื่องด้วย นางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจุดต่อการเล็บบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก." โดยมี ผศ.ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

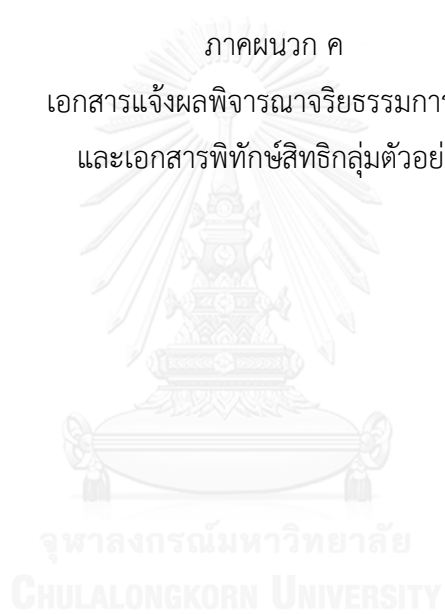
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผศ.ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 08-1869-0654

นางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์ โทร. 08-6358-4946

ภาคผนวก ค
เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเลิดสิน โทร. ๐-๒๓๕๓-๙๘๐๐ ต่อ ๙๗๓๔

ที่ สธ ๐๓๐๖ / ๑๓ ๒๒๒

วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง การขอเข้าเก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจูงใจต่อการ
เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยคัดลอกกรรมกระดูก

โดยมี (นาย,นาง,นางสาว).....พรณนิภา หงษ์อินทร์.....เป็นหัวหน้าโครงการ ได้ขออนุมัติ
เข้าเก็บข้อมูล ตามหนังสือที่.....ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๘๘๓.....

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....โดยถูกต้องแล้วและ

คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาแล้ว(ว/ด/ป).....๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘.....

ผู้อำนวยการอนุมัติ (ว/ด/ป).....๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘.....

โดยเอกสารฉบับนี้หมดอายุ (ว/ด/ป).....๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายวีระ สิริอังกร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน

เมื่อผู้จำหน่าย

ขอทราบค่าประเมินราคา

เห็นว่า ไม่ประสงค์จะขายรถจักรยานยนต์

จึงเขียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย

ขอเป็นพระคุณ



นายแพทย์วุฒิชัย จตุทอง
หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนวิชาการ

ศ. ศุภพร

ที่ปรึกษา

Signature
28/7/58

อนุมัติ

Signature

(นายสมพงษ์ คั่นจียรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจดิลิน
พ.ศ. ๒๕๕๘

Consent form

ข้าพเจ้านางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์ ที่อยู่ หมู่บ้าน เสนาวิลล่า 84 ซอย 11 ถนนแฮปปี้ แลนด์ แขวง คลองจั่น เขต บางกะปิ จังหวัดกรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10240 บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ เลขที่1330900061494 ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัย/ค้นคว้า เรื่อง ผลของโปรแกรมการจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งผู้วิจัยได้แก่ นางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์ ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยและผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้ และรับรองว่า หากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้า และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ได้ที่ หมู่บ้าน เสนาวิลล่า 84 ซอย 11 ถนนแฮปปี้แลนด์ แขวง คลองจั่น เขต บางกะปิ จังหวัดกรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10240 (มือถือ 08-6358-4946) E-mail pannipa1128@gmail ที่ทำงาน โรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 ชั้น 17 190 ถนนสีลม แขวงศรีเวียง เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2358-9895

ลงนาม

ผู้ยินยอม

ลงนาม

สามี / ภรรยา / ผู้ปกครองของผู้ยินยอม

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร

Information sheet

ข้าพเจ้านางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์ หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย ทางโครงการจึงขอเชิญท่านเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยท่านจะต้องเสียสละเวลาประมาณ 20 นาที

ท่านจะได้รับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยการจูงใจและให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยจะทำการสัมภาษณ์ตามแบบที่ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลเลิดสิน

หัวหน้าโครงการวิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการเจ็บป่วยของท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน และไม่สามารถสืบถึงตัวท่านได้ การรายงานผลการศึกษารายงานผลเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์การศึกษาโครงการ

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษา ท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของแพทย์ หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามหัวหน้าโครงการได้ที่หมู่บ้าน เสนาวิลล่า 84 ซอย 11 ถนนแฮปปี้แลนด์ แขวง คลองจั่น เขต บางกะปิ จังหวัดกรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10240 เบอร์โทรศัพท์ 08-6358-9895 E-mailpannipa1128@gmail.com ที่ทำงาน โรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 ชั้น 17 190 ถนนสีลม แขวงศรีเวียง เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2358-9895

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการวิจัย

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย



เครื่องมือในการวิจัย ประกอบไปด้วย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

คำชี้แจง แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุรืร่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	10 ข้อคำถาม
ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่	12 ข้อคำถาม
ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุรืร่	1 ข้อคำถาม
ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเลิกสูบบุหรี่	8 ข้อคำถาม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมคำในช่องว่างในส่วนที่เว้นว่างไว้ เกี่ยวกับข้อมูลของท่าน ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ ปี
2. งาน/อาชีพปัจจุบัน.....
3. รายได้บาทต่อเดือน
4. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () อื่นๆ.....
5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ

ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

6. ท่านสูบบุหรี่มานาน ปี
7. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่วันละ มวน
8. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่
() ไม่เคย
() เคย จำนวนครั้งที่เคยเลิก ครั้ง
เลิกได้นานที่สุดปี.....เดือน.....วัน
- ถ้าเคยเลิกแล้ว เพราะเหตุใดจึงกลับไปสูบบุหรี่อีก
() เครียด () หงุดหงิด () แอลกอฮอล์ () เห็นคนอื่นสูบ
() คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร () อื่นระบุ.....
9. บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) คือ
() คนในครอบครัวอยู่บ้านเดียวกัน () คนในครอบครัวแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
() เพื่อน () บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ
() แพทย์ผู้ทำการรักษาโรค () ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน
() ตนเอง เนื่องจาก..... () อื่นๆ.....
10. แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ
() มีปัญหาสุขภาพ () ครอบครัว () สังคมไม่ยอมรับ () ราคาแพง () กลัวตาย
() ถูกจำกัดบริเวณ () รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่

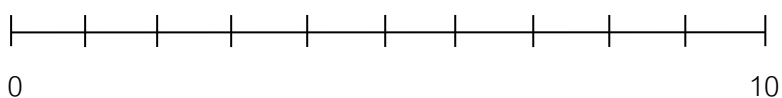
คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบความเห็นการรับรู้อันตรายจากการสูบบุหรี่ กรุณาอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบเพียงช่องเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของท่านของแต่ละข้อคำถาม

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. สารพิษในควันบุหรี่ส่งผลให้การหายใจของแผ่นผ้าตัดซ้ำ					
2. ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เป็นสารพิษที่มาจากบุหรี่สามารถจับกับเม็ดเลือดแดง ทำให้การนำออกซิเจนไปยังผลลดลง					
3. สารพิษในควันบุหรี่จะทำให้มีอาการมึนงง คลื่นไส้ เหนื่อยง่าย					
4.....					
5.....					
6.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12.....					

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ต้องการทราบความมั่นใจในการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ กรุณาอ่านข้อ
คำถาม และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตำแหน่งระหว่าง **ไม่มีความมั่นใจเลย** กับ **มีความมั่นใจมาก
ที่สุด** เพียงช่องเดียวของข้อคำถามว่า

1. ระดับความมั่นใจในการเลิกบุหรี่



ไม่มีความมั่นใจเลย

มีความมั่นใจมากที่สุด



ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของคุณในปัจจุบัน กรุณาตอบคำถามตามที่
คุณปฏิบัติกิจกรรมต่างๆต่อไปนี้ด้วยความเป็นจริง

1.ปัจจุบันนี้ คุณสูบบุหรี่หรือไม่

สูบ ไม่สูบ

2.ใน 7 วันที่ผ่านมา คุณหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

3.หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ / ได้รับคำแนะนำเลิกบุหรี่ที่คุณหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องกันนานถึง 3
เดือน ใช่หรือไม่

ไม่ใช่ (หากตอบว่า ไม่ใช่ ให้ถามข้อ 4)

ใช่ (ถามข้อ 3.1 ต่อ)

3.1 คุณหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องกันนานถึง 6 เดือนใช่หรือไม่

ไม่ใช่

ใช่ คุณหยุดได้นานถึง 6 เดือนใช่หรือไม่

4.หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ คุณหยุดสูบบุหรี่ได้นานที่สุดวัน.....เดือน

(ในกรณีที่ไม่ได้หยุดสูบบุหรี่หลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ ให้ถามว่า เคยเลิกได้นานที่สุด.....วัน.....เดือน)

5.หลังจากได้รับคำปรึกษาเลิกบุหรี่ คุณเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่

(โดยเฉพาะคนที่เลิกได้ไม่เกิน 7 วัน)

ไม่เคย

เคย ครั้ง ครั้งที่เลิกได้นานที่สุด..... วัน/เดือน/ปี

6.นอกจากได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แล้ว คุณใช้วิธีการเลิกบุหรี่อื่นๆ หรือไม่

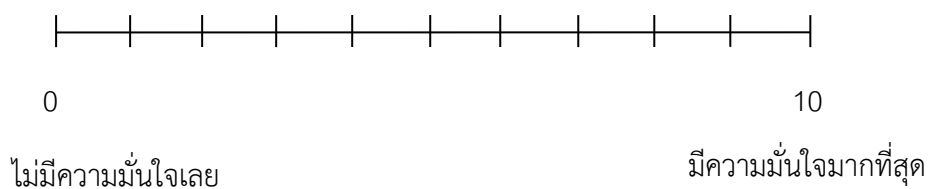
ไม่ใช้

ใช่ ยาช่วยเลิกบุหรี่ (1) (ระบุ).....

ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน (ระบุ).....

อื่นๆ (เช่น ชาหญ้าดอกขาว) ระบุ

7.หลังจากที่คุณได้รับคำปรึกษาให้เลิกบุหรี่แล้ว ระดับความมั่นใจของคุณในการเลิกบุหรี่



8.เมื่อเทียบกับก่อนที่จะได้รับคำปรึกษา ระดับความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ของคุณเป็นอย่างไร



ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



ตารางแสดงลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุหรืที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	จำนวนบุหรืที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	5	5
2	10	10
3	10	10
4	5	5
5	7	7
6	10	10
7	12	12
8	15	15
9	15	15
10	20	20
11	15	15
12	15	15
13	20	20
14	15	15
15	20	20

ตารางแสดงลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุหรืที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คู่ที่	จำนวนบุหรืที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
11	20	20
12	30	30
13	35	35
14	25	25
15	25	25
16	30	30
17	30	30
18	30	30
19	30	30
20	25	25
21	30	30
22	30	30
23	30	30
24	30	30
25	30	30
26	30	30
27	30	30
28	30	30
29	30	30
30	30	30

ตารางแสดงคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	52.33	47.33
2	38.25	53.42
3	49.42	49.42
4	42.33	51.33
5	36.33	50.33
6	40.08	49.33
7	53.42	50.42
8	53.42	42.33
9	55.42	52.25
10	35.25	53.33
11	22.25	46.42
12	46.33	50.42
13	25.17	45.33
14	44.33	53.33
15	42.33	49.33
16	39.33	48.33
17	34.25	53.33

ตารางแสดงคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คนที่	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
18	42.33	53.33
19	33.25	44.33
20	41.33	50.33
21	36.25	49.33
22	37.25	50.33
23	36.25	53.42
24	43.33	48.33
25	36.25	49.33
26	37.25	50.33
27	36.25	53.42
28	43.33	48.33
29	43.33	48.33
30	35.33	54.33

ตารางแสดงคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	5	7
2	5	7
3	5	7
4	6	7
5	6	6
6	5	6
7	5	5
8	7	5
9	6	7
10	6	8
11	6	8
12	6	8
13	6	7
14	6	7
15	5	7
16	4	7
17	4	7
18	4	8

ตารางแสดงคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

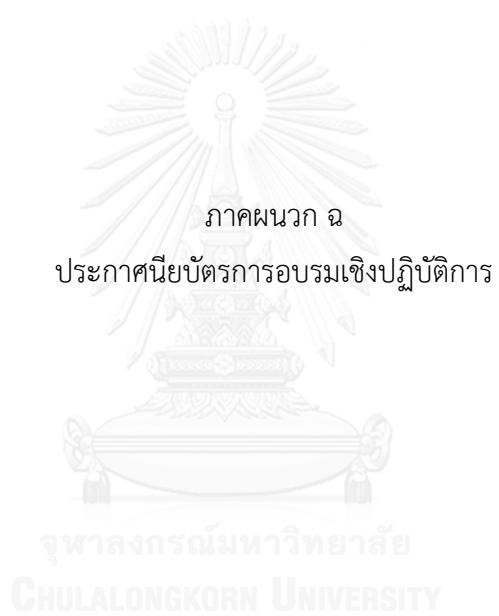
คนที่	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
19	6	8
20	6	8
21	6	8
22	6	7
23	6	7
24	5	7
25	5	7
26	5	7
27	5	7
28	5	8
29	3	8
30	5	8

ตารางแสดงระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกของกลุ่มทดลอง

คนที่	ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ประเมินผล
1	7	4	3	8
2	8	5	3	8
3	7	5	3	2
4	8	5	4	10
5	10	5	4	8
6	8	5	4	4
7	10	5	2	7
8	8	4	2	4
9	8	4	2	3
10	7	4	3	10
11	7	4	4	3
12	7	3	3	10
13	10	3	3	8
14	10	3	3	3
15	10	3	3	3
16	8	3	3	10
17	10	3	3	10
18	10	3	3	4
19	10	3	3	10
20	8	3	3	10
21	8	3	3	3

ตารางแสดงระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกของกลุ่มทดลอง(ต่อ)

คนที่	ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ประเมินผล
22	10	4	3	3
23	10	5	3	8
24	10	4	4	7
25	10	5	4	7
26	10	4	4	7
27	8	5	2	10
28	8	4	2	10
29	8	4	2	10
30	8	4	3	8



ใบรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวพรรณนิภา ทองอินทร์

ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่

วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เวลา 09.00 – 16.00 น.

ณ อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Nov Omsorn

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณจิต วาทีสารภกิจ)

ที่ปรึกษาวิชาการ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

วิทยาการ/ผู้รับรอง



เลิกบุหรี่ที่คุณทำได้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

น.ส.พรรณนิภา หงษ์อินทร์ นิสิตปริญญา
มหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. สุนิดา วิชาวงศ์

คำนำ

การเลิกสูบบุหรี่มีผลดีต่อร่างกายอย่างมากและให้ผลทันที การเลิกสูบบุหรี่ได้นั้นเป็นการเอาชนะพิษภัยของบุหรี่ได้ และคุณก็จะได้สุขภาพที่แข็งแรงกลับคืนมา สิ่งที่สำคัญในการเลิกสูบบุหรี่คือคุณต้องมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้คุณก้าวไปสู่ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ มีคนจำนวนมากที่ประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวเอง และคุณเองก็สามารถเลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้

หยุดทำร้ายสุขภาพของตัวเองและคนที่คุณรัก หันมาเลิกสูบบุหรี่กันดีกว่าค่ะ คู่มือเล่มนี้จะเป็นการแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การจะการกับอาการระหว่างหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งจะสามารถนำคุณไปสู่การเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวร

พรรณนิภา หงษ์อินทร์

ผู้จัดทำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

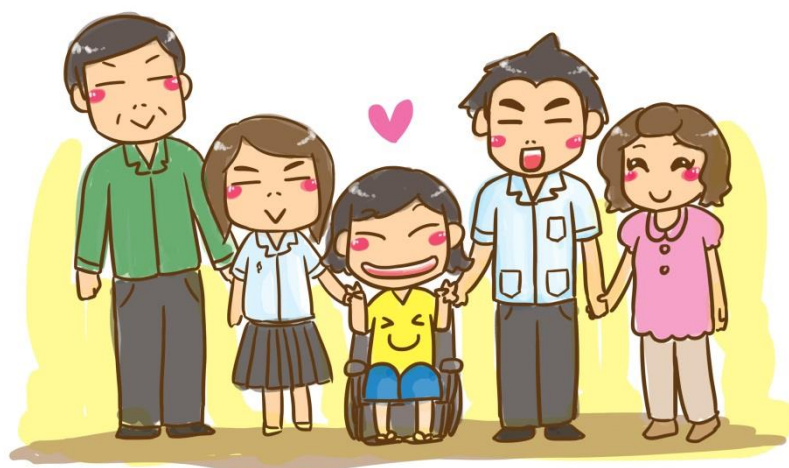
เลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง

สิ่งที่ต้องทำ

- หาแรงจูงใจหรือกำลังใจ ซึ่งจะทำให้คนสูบบุหรี่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ ลงมือเลิก และเลิกได้ ไม่กลับมาสูบบอก หากกำลังใจเพื่อระคับระคองขณะเลิกบุหรี่หรือปรึกษาผู้รู้
- กำหนดวัน กำหนดวันที่พร้อมลงมือเลิก อย่าให้นานเกิน 14 วัน เพราะจะทำให้เปลี่ยนใจได้
- ทิ้งบุหรี่เลย หรือค่อยๆลด ทั้งนี้ควรคู่ไปกับการได้รับข้อมูลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย หากไม่พร้อมที่จะหักดิบให้ค่อยๆลด
- วิธีบรรเทาต่อสู้อากาศชาคินโคติน โดยให้คนสูบบุหรี่เลือกวิธีที่ปฏิบัติได้ และเหมาะสมกับตนเองเพราะวิธีปฏิบัติบางอย่างไม่เหมาะสม หรือไม่มีประสิทธิภาพกับบางคน
- ออกกำลังกาย เป็นหลักการเลิกบุหรี่ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลว่าไม่มีเวลา หรือเหนื่อยง่าย การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและหัวใจได้ทำงาน เช่น เดินหรือวิ่ง หรือปั่นจักรยานให้ร่างกายเคลื่อนไหวต่อเนื่องประมาณ 4-6 สัปดาห์ ร่างกายจะหลั่งสารโดปามีน ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกสบายคลายเครียดจะช่วยให้เลิกบุหรี่ยง่ายขึ้น

- ไม่ทำทนายบุหรี เป็นหลักการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีก คนที่สูบบุหรี่ได้บางคนลองสูบใหม่เพราะอยากทดลองตัวเองว่าเลิกได้จริงหรือไม่

เลิกบุหรีคุณทำได้
ทุกคนเป็นกำลังใจให้



การจัดการกับอาการระหว่างเลิกบุหรี่

สัญญาณ	วิธีการจัดการ
รู้สึกเหนื่อยง่ายไม่มีแรง	ให้นอนพัก หรือ พักการทำงาน
มีปัญหาในการนอน	อย่าดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น กาแฟ หรือ เครื่องดื่มประเภทโซดา
มีอาการไอ คอแห้ง บางครั้งมีน้ำมูกไหล	ดื่มน้ำ หรือ น้ำผลไม้ให้มากๆ
เวียนศีรษะ	หากอยู่ในท่านอน หรือ นั่ง ให้ลุกขึ้นช้าๆ
แน่นหน้าอก	ให้หายใจเข้าลึกๆ

สัญญาณ	วิธีการจัดการ
หิวบ่อย	ดื่มน้ำ และ กินอาหารที่มีแคลอรีต่ำเช่น ผักสด ข้าวโพด และผลไม้ที่ไม่หวาน ฯลฯ
ไม่มีสมาธิ	ทำงานให้น้อยลง และ พัก เป็นช่วงให้บ่อยขึ้น
ปวดท้อง มีลมในกระเพาะ	ดื่มน้ำ และ กินอาหารประเภทมีกากอาหารสูง เช่น ผัก และ ผลไม้

หลักการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีก

- ไม่มีบุหรี่ปีกัดตัว ไม่ซื้อ ไม่ขอ ไม่รับ ไม่จุด ไม่ดู
- บอกกับตัวเองว่ามวนนี้ไม่สูบ วันนี้ไม่สูบไปเรื่อยๆ
- คิดถึงความตั้งใจ ความลำบากที่เลิกบุหรี่ได้
- ปฏิเสธเมื่อมีคนอื่นยื่นบุหรี่ให้
- เมื่อมีคนถามว่าทำไมจึงไม่สูบ ให้ตอบว่าไม่สูบ ไม่ต้องให้เหตุผล จะได้ไม่มีการโต้แย้ง

เทคนิคคลายเครียด

1. ฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด ตั้งสติจากนั้นสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ นับ 1 2 3 4 5 แล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกโดยนับ 6 7 8 9 10 พร้อมทั้งทำใจให้สงบนิ่ง เอาความอึดอัดออกไปกับลมหายใจ และนำความสดชื่นเข้าตามลมหายใจ ทำ 4-5 ครั้ง ต่อเนื่องกันจะทำให้รู้สึกดีขึ้นได้เมื่อมีความเครียด การฝึกหายใจยังช่วยนำออกซิเจนไปยังปอดและสมองได้อย่างดีอีกด้วย
2. ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เริ่มด้วยการนั่งในท่าที่สบาย จากนั้นค่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่างๆขึ้นมา โดยไล่จากปลายเท้า ข้อเท้า ต้นขา ลำตัว แขน มือ นิ้ว ไหล่ คอ ศีรษะ เกร็งไว้สักหนึ่งอึดใจ จากนั้นค่อยๆผ่อนคลาย

อย่ารอช้า...ลงมือทิ้งบุหรี ไม่ซื้อ ไม่ขอ ไม่รับ ไม่จุด ไม่
ดู



เมื่ออยากสูบบุหรี่

1. อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ
 2. ล้างหน้าหรือดื่มน้ำ เมื่อรู้สึกกระวนกระวาย
 3. สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆและช้าๆ 2-3 ครั้ง
 4. ทำกิจกรรมอื่นทดแทน ยึดเวลาออกไป
- ประมาณ 3 - 5 นาที

ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่

A large rectangular box with a blue border, containing 25 horizontal dotted lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the box, providing a guide for text entry.

เลิกบุหรี่ได้แล้ว



แผนการให้ความรู้เรื่องพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง

ผู้สอน	นางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์
ผู้เรียน	ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิศสิน
ระยะเวลา	30 นาที
สถานที่	ห้องประชุมประจำแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิศสิน
วัตถุประสงค์	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน

1. ผู้ป่วยมีความรู้พิษภัยที่เกิดจากบุหรี่
2. ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงพิษภัยที่จากการสูบบุหรี่ทั้งต่อ
ตนเองและคนรอบข้าง
3. ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
4. ผู้ป่วยตัดสินใจเลิกบุหรี่
5. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและลงมือเลิกบุหรี่อย่างถาวร

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม การสอน	สื่อ/ อุปกรณ์	เวลา	การ ประเมิน ผล
1. เพื่อนำเข้าสู่บทเรียน	<p>การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปอด พบว่าร้อยละ 90 ของโรคมะเร็งปอดในผู้ชาย</p> <p>พิษภัยที่เกิดจากบุหรี่</p> <p>ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ไบยาสูบ กระดาษที่หุ้มวน และสารเคมีหลายร้อยชนิด ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคืองและเพื่อให้บุหรี่นำสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งอย่างน้อย 250 ชนิด เป็นที่รู้จักว่ามีสารที่อันตรายและมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นสา</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าว ทักทาย และแนะนำตัว พูดคุยถึงอาการเจ็บป่วยของผู้เรียน และนำเข้าสู่บทเรียน</p>	<p>- วีซีดีเรื่องพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่</p> <p>- คู่มือวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม การสอน	สื่อ/อุปกรณ์	เวลา	การ ประเมินผล
	<p>วิธีการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตื่นนอนตอนเช้าดื่มน้ำอย่างน้อย 2 แก้ว 2. ดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวัน 3. บ้วนปากทุกครั้งหลังดื่มกาแฟ หลังอาหาร 4. หลีกเลียงจากสถานที่ที่สูบบุหรี่ หรือมีคนสูบบุหรี่ 5. ลดอาหารที่มีแป้ง ไขมันสูง เพิ่มผักผลไม้ 6. รับประทานอาหารให้เหมือนเดิม แต่เคี้ยวให้ช้าๆ 7. งดอาหารลดจัด 8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 15-30 นาที/สัปดาห์ <p>9. พบทันตแพทย์ทุกๆ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อขูดหินปูน เมื่ออยากสูบบุหรี่ให้ใช้หลักปรับพฤติกรรม 5</p>				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรรณนิภา หงษ์อินทร์ เกิดเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2528 ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2551 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปีพ.ศ. 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

