

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อ
ความรู้สึกรายากบุหรีและพฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี



นายวีระ เจริญกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

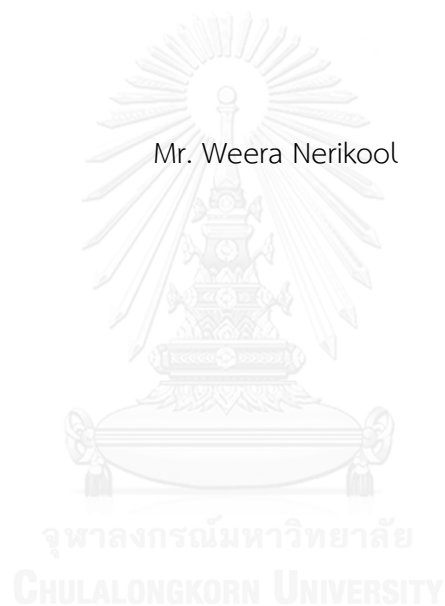
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF BEHAVIORAL CHANGE COUNSELING INTEGRATED WITH EXERCISE
INTERVENTION ON CIGARETTE CRAVING AND SMOKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC
WITH NICOTINE DEPENDENCE PATIENTS



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

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่
โดย	นายวีระ เจริญกุล
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วีระ เนริกุล : ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ (EFFECTS OF BEHAVIORAL CHANGE COUNSELING INTEGRATED WITH EXERCISE INTERVENTION ON CIGARETTE CRAVING AND SMOKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC WITH NICOTINE DEPENDENCE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 172 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 2) ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน (FTND) 3) แบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) และ 4) แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และเครื่องมือชุดที่ 2, 3 และ 4 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82, .88 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (T-test) สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) และ Planed comparisons กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย สรุปดังนี้

1. ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577314736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: BEHAVIORAL CHANGE COUNSELING INTEGRATED WITH EXERCISE / CIGARETTE CRAVING / SMOKING BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIC WITH NICOTINE DEPENDENCE PATIENTS

WEERA NERIKOOL: EFFECTS OF BEHAVIORAL CHANGE COUNSELING INTEGRATED WITH EXERCISE INTERVENTION ON CIGARETTE CRAVING AND SMOKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC WITH NICOTINE DEPENDENCE PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, 172 pp.

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: 1) cigarette craving and smoking behavior of schizophrenic with nicotine dependence patients before and after the experiment among the experimental group who received the intervention program and the control group who received regular nursing care; 2) cigarette craving and smoking behavior between the experimental group who received the intervention program and the control group who received regular nursing care. The sample consisted of 40 schizophrenic with nicotine dependence patients, received services at the inpatient of Somdetchaopraya institute of psychiatry, who met inclusion criteria. They were matched pair with scores on nicotine dependence and then randomly assigned to the experimental and control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the behavioral change counseling integrated with exercise program and the control groups received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) behavioral change counseling integrated with exercise program 2) the Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) 3) the Tobacco Craving Questionnaire-Short Form (TCQ-SF) and 4) the Intention to quit smoking test. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The 2nd, 3rd and 4th instrument had Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .82, .88 and .88 respectively. The t-test, repeated measures analysis of variance (Repeated ANOVA) and Planed comparisons was used in data analysis. Major findings were as follows:

1) cigarette craving and smoking behavior of schizophrenic with nicotine dependence patients in the experimental group who received the behavioral change counseling integrated with exercise program was significantly lower than that before at p. 05;

2) cigarette craving and smoking behavior of schizophrenic with nicotine dependence patients in the experimental group who received the behavioral change counseling integrated with exercise program was significantly lower than those who received the regular nursing care at p. 05.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาช่วยเหลือและสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้เมตตาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทรที่ท่านมอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงบุคลากรของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ ท่านผู้อำนวยการ กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกราตรี เพื่อนร่วมงานที่ได้เอื้อเฟื้อการทำงาน จัดสรรเวลา ตลอดจนให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา รวมถึงหัวหน้าตึกสามัญชยและบุคลากรทางการพยาบาลที่คอยเอื้ออำนวยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ช่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยที่ได้กรุณาเสียสละเวลาและความสุขสบายส่วนตัวมาเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนสำคัญยิ่งของความสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณท่านคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่คอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการติดต่อด้านเอกสารต่างๆ ในการดำเนินการวิจัยด้วยดีตลอดมา รวมถึงเพื่อนๆพยาบาลร่วมสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ และเป็นกำลังใจที่ติดตามตลอด จนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ จิตใจที่มั่นคง และอุดมไปด้วยสติปัญญา รวมถึงครอบครัวเนริกุลทุกคนที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จทั้งหมด ทั้งคอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ใดๆที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอยกให้แก่บุพการี คณาจารย์ และผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ขอให้มีความสุขกายพลั่งใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี.....	18
2. การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท.....	26
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดบุหรี.....	33
4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย.....	40
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	52
ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	71

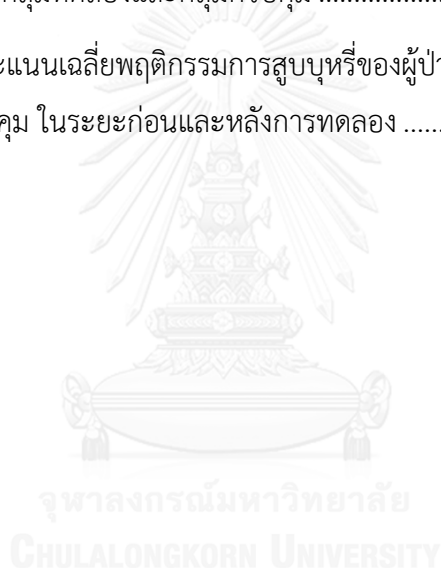
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	113
รายการอ้างอิง	130
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	124
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาการตรวจสอบความเที่ยง	126
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	129
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบบแสดงความยินยอม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	161
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	166
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	172

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ตารางแสดงรายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาของ Bernard et al. (2013).....	41
ตาราง 2 แนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิด ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model)	45
ตาราง 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับการเสพติดนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	55
ตาราง 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย	74
ตาราง 5 ตารางแสดงผลคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ปีก่อนเริ่มโปรแกรม และภายหลังการออก กำลังกายตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง	89
ตาราง 6 ระดับคะแนนความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย	90
ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา	95
ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลา การเจ็บป่วยทางจิต และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล	96
ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการ สูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และโรคประจำตัว	98
ตาราง 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ ต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนสุดท้าย	98
ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และ จำนวนครั้งที่พยายามเลิก	100
ตาราง 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ เลิกได้ และสาเหตุการกลับมาสูบบุหรี่อีก	101

ตาราง 13 ตารางแสดงผลคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ปีก่อนเริ่มโปรแกรม และภายหลังการออกกำลังกายตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	102
ตาราง 14 คะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในระยะก่อนและหลังการทดลอง.....	104
ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำของความรู้สึกอยากบุหรี่ปีกของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม	108
ตาราง 16 การทดสอบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรี่ปีกของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก.....	109
ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก ระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	111
ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง	112



สารบัญภาพ

หน้า

แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
แผนภาพ 2 สรุปขั้นตอนการวิจัย	93
แผนภาพ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกรอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับช่วงเวลาในการวัด.....	103
แผนภาพ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง	106



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด มักจะมีความผิดปกติของการรับรู้ความเป็นจริงร่วมกับการมีหูแว่วประสาทหลอน รวมถึงความผิดปกติในด้านความคิดและพฤติกรรม (Nicole Dube, 2012) ดังจะเห็นได้จากผลการทบทวนและศึกษาข้อมูลเชิงระบาดวิทยาทั่วโลก พบอัตราความชุกของโรคจิตเภทในอัตราเฉลี่ย 15.2 คนต่อแสนประชากร (McGrath et al., 2008) และพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทรายใหม่เท่ากับ 0.5-1.5 คนต่อแสนประชากร (Sadock and Sadock, 2005) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราความชุกของโรคจิตเภทในประชากรไทยก็สูงเช่นกัน โดยพบถึง 8.8 ต่อประชากรพันคน (Phanthunane et al., 2010) และจากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 – 2553 ยังพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวนมากถึง 252,492 และ 252,655 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2554 - 2555 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 36.5 และ 36.12 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2555)

ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภทนั้นมีกลุ่มอาการที่เด่น ๆ 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นผลจากความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหูแว่วประสาทหลอน ซึ่งเป็นความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้าที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก อาการหลงผิด การขาดความเชื่อมโยงกับเหตุผลและความเป็นจริง และ 2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการเกี่ยวข้องกับแสดงทางด้านอารมณ์ ความตั้งใจในการทำหน้าที่ หรือพฤติกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อารมณ์เฉยเมย ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ พูดคุยไม่สบตา การพูดน้อยลง การคิดอะไรซ้ำๆ หรือคิดเพียงเรื่องเดียว การขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจการแต่งกาย เมื่อยาลง มีการเก็บตัว และไม่ค่อยมีการแสดงออก (ยูริชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) (Lindenmayer and Khan, 2006) ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะโดปามีน (Dopamine) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยควบคุมและรักษาอาการดังกล่าว แต่ในขณะเดียวกันยาต้านโรคจิตนั้นอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงในบางลักษณะที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติดที่ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย จึงส่งผลให้

ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้บุหรี่เสมือนเป็นยาบำบัดปัญหาทางสุขภาพตนเอง (Self-medication) กล่าวคือ สูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของตนเอง และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาต้านโรคจิต จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่ร่วมและสูบในปริมาณที่มาก

การสูบบุหรี่ร่วมนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงถึง 75 – 90 % (Campbell et al., 2013) ซึ่งสูบมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปถึงสามเท่า และสูบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเทียบกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ (McCreadie and Kelly, 2000) สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 71.42 (ธัญชนก จิงา, 2546) และสถิติของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่ได้รับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 133 ราย มีการสูบบุหรี่จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.38 และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในจำนวน 125 ราย มีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงถึง 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.8 (ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2557) นอกจากนี้มีการศึกษาความชุกในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แบบเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 10.7 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่พบเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้น (สมจิตร มณีกันนท์ และคณะ, 2557) ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น เพราะไม่ใช่เพียงให้การดูแลในส่วนของการทางจิตเท่านั้น แต่การสูบบุหรี่นำไปสู่การเกิดโรคร่วมทางกายที่รุนแรงตามมา

สำหรับสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าสาเหตุหลักมักจะเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการของโรคจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยมีการสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของตนเอง และช่วยลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เพื่อบำบัดปัญหาทางสุขภาพของตนเอง (Self-medication) ซึ่งอธิบายได้ว่า สารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลต่อสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น Dopamine, Norepinephrine, Glutamate, Beta-endorphin, Serotonin และ Acetylcholine จะออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับ Nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) จากนั้นจะส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens (Shell region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ซึ่งส่งผลให้อาการด้านบวกและอาการด้านลบ (Negative Symptom) ของผู้ป่วยนั้นดีขึ้น (Levin et al., 1996) โดยจะทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ ความสบายใจ ความเพลิดเพลิน เกิดความตื่นตัว ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดัน มีแรงจูงใจในการทำงานหรือการวางแผนงานต่างๆ มากขึ้น และลดความอยากอาหารลงได้

(McChrgue, Gulliver and Hitsman, 2002) แต่อาจมีความแตกต่างกันบ้างตามชนิดของสารสื่อประสาทนั้นๆ และสารนิโคตินในบุหรี่ยังไปมีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของ Dopamine บริเวณ Mesocortical, Mesolimbic และ Nigrostriatal pathway ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวให้ดีขึ้น (McChrgue, Gulliver and Hitsman, 2002) จึงช่วยลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอาการ Parkinsonian symptom ที่เกิดจากการออกฤทธิ์ของกลุ่มยาด้านโรคจิตที่มีผลในการยับยั้งโดปามีนในบริเวณดังกล่าว ได้แก่ อาการสั่น กล้ามเนื้อแข็ง และการเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Veena and Peggy, 2005) นอกจากนี้สาเหตุปัจจัยหลักที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นยังพบว่า พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม (McCreadie and Kelly, 2000) รวมถึงการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการขาดการออกกำลังกาย (Kilian et al., 2006) การขาดแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้น้อย (Williams and Foulds, 2007) ความอยากหรืออยากลอง เลียนแบบเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด การใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียด ใช้เพราะความเคยชิน เพื่อให้มีสมาธิในการทำกิจกรรม และเพื่อความตื่นตัว (Forchuk et al., 1997) ยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่บ่อยๆ และเพิ่มปริมาณในการสูบบุหรี่มากขึ้น และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการคำนึงถึงอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ตามมา และเมื่อสูบบ่อยอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการติดบุหรี่ จนเกิดความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่

จากการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ พบว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อตัวผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้สูบเองนั้น พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดโรคร้ายที่รุนแรงต่างๆ มากมาย อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่เร็วขึ้น (Brown, Barraclough and Inskip, 2000) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาถึงสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจร้อยละ 29 มะเร็งปอดร้อยละ 19 และโรคเกี่ยวกับถุงลมโป่งพองร้อยละ 17 (Capasso et al, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณการรักษาของยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก Hydrocarbon ของทาร์ ที่อยู่ในบุหรี่ยานั้น จะทำให้เอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย จึงต้องให้ขนาดยาที่สูงขึ้นเพื่อให้ถึงระดับของการรักษา อีกทั้งยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาในบางลักษณะที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติดที่ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า อันจะก่อให้เกิดความผิดปกติอย่างถาวรตามมา (McCreadie and Kelly, 2000) สำหรับผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิด หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง (Passive smoking) โดยผู้ชดใกล้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในปริมาณที่มากและมีระยะเวลาานาน จะมี

ผลเสียต่อภาวะสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ ระคายเคืองต่อจมูก ตา ลำคอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบาย และเกิดอาการกำเริบของโรคประจำตัว เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด หัวใจขาดเลือด นำไปสู่การเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม โดยการสูบบุหรี่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ และนำไปสู่ปัญหาทางสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรก ควันบุหรี่ก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะสถานที่แออัด และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเพลิงไหม้ เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้มีการเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ รวมถึงบุคลากรขาดความมีประสิทธิภาพ จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (มูลนิธิเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่, 2548)

Heidi et al. (2012) กล่าวว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินได้จากปริมาณการสูบต่อวัน จำแนกเป็น การสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก (Heavy smoking) คือมีการสูบตั้งแต่ 1 ซองขึ้นไป (20 มวน) ต่อวัน และการสูบบุหรี่ในปริมาณที่ไม่หนัก (Non heavy smoking) คือ มีการสูบน้อยกว่า 1 ซอง ต่อวัน นอกจากนี้ Fagerstorm (1993, อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550) เสนอวิธีการประเมินถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยแบ่งระดับการเสพติดบุหรี่หรือนิโคติน ด้วยการใช้ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) ซึ่งแบ่งระดับการเสพติดบุหรี่หรือนิโคติน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และ ระดับรุนแรง ซึ่งจากการศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก (≥ 25 มวนต่อวัน) ถึงร้อยละ 68 (McCreadie and Kelly, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Winterer (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก (Heavy smoking) มากกว่าร้อยละ 50

สำหรับปัญหาการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนักหรือระดับที่รุนแรงนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Strasser et al., 2002) และเมื่อผู้ป่วยต้องมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ทำให้ต้องมีการหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราว (Temporarily smoking abstinence) จึงเกิดอาการของการหยุดสูบบุหรี่ในลักษณะต่างๆ ตามมา เช่น อยากสูบบุหรี่มาก วิดกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย ปวดหัวเพิ่มขึ้น ไม่มีสมาธิ บางรายซึมเศร้า หดหู่ นอนไม่หลับ และส่วนใหญ่จะมีความอยากในการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองได้น้อย (David, 2012) อาการเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่อยู่ในสมองตามแนวความคิดการปรับตัวทางระบบประสาท เนื่องจากสารเสพติดจะกระตุ้นให้บุคคลมีการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองบางตัวมากขึ้น เช่น Dopamine, GABA และ Opioids ทำให้เกิดกลไก Reward pathway คือทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ และสุขสบายทั้งกายและใจ ในทางกลับกันเมื่อหยุดใช้สารเสพติด สารสื่อประสาท

ดังกล่าวจะมีปริมาณลดลง จึงทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆตามมา (Robinson and Berridge, 2008; กงจักร สอนลา, 2012) โดยเฉพาะระดับของฮอว์โมนคอร์ติซอลที่ต่ำ จะทำให้เกิดความรู้สึกอยากบุหรี่เพิ่มขึ้น (Steptoe and Ussher, 2006) อาการดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นประมาณ 2 หรือ 3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายและมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3-5 วัน

อาการอยากบุหรี่ (craving) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในบริบทของการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตแบบผู้ป่วยในของประเทศไทย เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐทุกแห่งจะมีกฎระเบียบงดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหานี้นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความเครียด ทุกข์ทรมานจนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาอาการทางจิต อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกด้วย ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 60 – 98 อีกด้วย (Shaw and al'Absi, 2008) นอกจากนี้อาการอยากบุหรี่ยังเป็นอุปสรรคขัดขวางความพยายามในการเลิกบุหรี่สำเร็จ อีกทั้งมีผลต่อการตัดสินใจที่จะสูบบุหรี่เกือบทุกมวนในแต่ละวัน ทำให้เกิดความล้มเหลวไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Hendricks et al., 2006) นำไปสู่การกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากภายหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จนทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและต้องกลับมารักษาซ้ำก่อนระยะเวลา 6-12 เดือน พบถึงร้อยละ 70 – 83 ของผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ (Jennifer and Eden, 2007) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาความอยากสูบบุหรี่

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มที่เต็มใจจะเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มที่ยังไม่เต็มใจหรือไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ จากการศึกษาวิธีการบำบัดรักษา พบว่าการรักษาด้วยการให้สารทดแทนนิโคตินนั้นได้ผลดีในการลดอาการอยากบุหรี่ในขณะที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และเป็นบทบาทหลักในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยสารทดแทนนิโคตินยังไม่ได้มีการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้นการรักษาด้วยยาหรือนิโคตินทดแทนอาจต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นซึ่งวิธีดังกล่าวจะเหมาะสมและได้ผลดีกับผู้ป่วยกลุ่มที่เต็มใจจะเลิกบุหรี่ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้สารทดแทนนิโคตินในการบำบัด กับวิธีการบำบัดวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยา เช่น การให้คำปรึกษา การปรับพฤติกรรม การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งเป็นการบำบัดที่มีค่าใช้จ่ายประหยัดกว่า แต่พบว่าประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน หรืออาจดีกว่าการบำบัดด้วยยาหรือนิโคติน หากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองร่วมด้วย ส่วนในกลุ่มที่ยังไม่เต็มใจจะเลิกหรือไม่มีความตั้งใจ อาจเป็นเพราะยังไม่มีความรู้หรือไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ ทำให้ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ซึ่งการใช้หลักการขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Model) โดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ 5R การสร้างความตั้งใจในการเลิก โดยใช้หลักการ 5A's ในการป้องกัน

การหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การกระตุ้นตนเองให้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ และการพูดกับตนเองในด้านบวก ถือว่าเป็นวิธีที่ได้ผลในการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (รณชัย คงสกนธ์, 2553) ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากอาการอยากบุหรี่จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช และเมื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่านระยะของอาการอยากบุหรี่ไปได้แล้ว ก็จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการลด หรือเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ เนื่องจากถือเป็นปัจจัยที่พบว่าเป็นตัวทำนายที่ดีของแนวโน้มในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ นอกจากนี้การพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่ออยู่ในสังคม ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ควรกำหนดไว้ในการวางแผนก่อนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินบนสายพาน (Taylor, Katomeri and Ussher, 2005) แบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิค การเดินทั่วไป และการปั่นจักรยาน โดยจะต้องเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (ชีพจรเพิ่มขึ้น 40-60%) (Daniel, Cropley and Fife-Schaw, 2006) สามารถช่วยลดอาการขาดนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวได้เป็นอย่างดี (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) และเมื่อศึกษาถึงกลไกของการออกกำลังกายในการช่วยลดอาการอยากบุหรี่ พบว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ ช่วยลดความว้าวุ่นใจ ลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น เพิ่มความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเภทและจิตเวชอื่นๆ ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกเช้า หรือในกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ แต่รูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น ยังไม่ถึงระดับของการลดอาการอยากบุหรี่ จึงยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังมีอาการอยากบุหรี่อยู่

ในปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดการสูบบุหรี่ได้โดยการพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การสอนการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ จัดการกับแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการติดตามให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่ (Riggs, Hughes and Pillitteri, 2001) สำหรับในบริบทของประเทศไทยนั้นได้มีการศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่มีค่าคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(จิราภรณ์ เนียมบุญชู, 2550) นอกจากนี้ยังมีการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยคนบุหรี ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยคนบุหรีมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี ความตั้งใจ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ดี (เดือนทิพย์ เขมมโสภาสและพรทิพย์ ชิวพัฒน์, 2555) อย่างไรก็ตามแม้จะพบว่าการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียวสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้จริง แต่โอกาสที่จะกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำก็ค่อนข้างสูง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ทั้งนี้เนื่องจากผลของอาการอยากบุหรีที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจนต้องกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีกเพื่อลดอาการนั้น และส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงจนต้องถูกส่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งการให้คำปรึกษาไม่สามารถลดอาการอยากบุหรีได้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาติดบุหรี และรูปแบบการจัดการกับอาการอยากบุหรีที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมโดยการผสมผสานการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย เพื่อนำมาใช้ลดปัญหาความรู้สึอยากบุหรีของผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึอยากบุหรีน้อยลง ในขณะเดียวกันก็มีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจในการหยุดสูบบุหรี่ อีกทั้งมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อสามารถลด ละ หรือ เลิก การสูบบุหรี่อย่างได้ผลเมื่อกลับไปดำรงชีวิตในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึอยากบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ความรู้สึอยากบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกลอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกลอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การสูบบุหรี่ในระดับที่ติดของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและมีความซับซ้อน ต่อการดูแล ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่า ปัจจัยหลักมักจะเกี่ยวข้องกับ ลักษณะอาการของโรคจิตเภทเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น กล่าวคือ มีการสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของตนเอง (Self-medication) และช่วยลดอาการข้างเคียงที่ อาจเกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อีกทั้งพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม (McCreadie and Kelly, 2000) การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการขาดการออกกำลังกาย (Kilian et al., 2006) การขาดแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ในการสูบบุหรี่ได้น้อย (Williams and Foulds, 2007) ความอยากรู้อยากลอง เลียนแบบเพื่อนหรือ บุคคลใกล้ชิด การใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียด ใช้เพราะความเคยชิน เพื่อให้มีสมาธิในการทำ กิจกรรม และเพื่อความตื่นเต้น (Forchuk et al., 1997) ยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการ สูบบุหรี่บ่อยๆ และเพิ่มปริมาณในการสูบบ่อยครั้ง และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนัก ในการคำนึงถึงอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ตามมา และเมื่อสูบบ่อยอย่างต่อเนื่องจะ

ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการติดบุหรี่ จนเกิดความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Strasser et al., 2002) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่อย่างทันที ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากบุหรี่ในลักษณะต่างๆ ตามมา เนื่องจากระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ทำให้เกิด Reward partway คือ ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจสุขใจ และสุขสบายทั้งกายและใจ มีปริมาณลดลงอย่างกะทันหัน (Robinson and Berridge, 2008; กงจักร สอนลา, 2012) ทั้งนี้มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสายพาน (Taylor, Katomeri and Ussher, 2005) แบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิค การเดินทั่วไป และการปั่นจักรยาน โดยจะต้องเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (ชีพจรเพิ่มขึ้น 40-60%) (Daniel, Cropley and Fife-Schaw, 2006) สามารถช่วยลดอาการขาดนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวได้เป็นอย่างดี (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) และเมื่อศึกษาถึงกลไกของการออกกำลังกายในการช่วยลดอาการอยากบุหรี่ พบว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ ช่วยลดความว้าวุ่นใจ ลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น เพิ่มความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิด TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) นั้นสามารถช่วยปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ เพราะเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ และวิธีการเลิกบุหรี่ การจัดการกับแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้น รวมถึงการติดตามให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Riggs, Hughes and Pillitteri, 2001)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมที่สามารถช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ รวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยประยุกต์จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกาย ที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย แต่ในโปรแกรมหดกล่าวไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมไว้ชัดเจนผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและผสมผสานกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่ามีความพร้อมอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อีกทั้งช่วยกำกับให้มี

ความพร้อมและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่เสมอ เพราะแรงจูงใจเป็นสิ่งไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (รณชัย คงสกนธ์, 2553)

ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความไว้วางใจ และเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกระบวนการในการบำบัด ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนักและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จะเน้นกลวิธีที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและเกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Consciousness raising) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และเน้นประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ทบทวนถึงประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Self-reevaluation) พยายามนำข้อมูลที่ได้สะท้อนกลับ (feedback) เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหามากขึ้น ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์โดยแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Dramatic relief) รวมถึงการประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation) หลักการดังกล่าวจะเป็นการผลักดันให้ผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นเพิกเฉย (Pre-contemplation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation)

กิจกรรมครั้งที่ 2, 4 และ 6 เป็นการออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่แบบชั่วคราวนี้ได้ เนื่องจากการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 40-60 %) (Ussher, Nunziata and Cropley, 2001) ส่งผลต่อ Ventilatory Threshold จะช่วยลดความต้องการ การรู้คิดลดลง เป็นสื่อในการช่วยลดแรงกดดันและแรงกระตุ้นได้ดี ช่วยลดความว้าวุ่นใจ ความเครียดและแรงกระตุ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น Beta Endorphins, Cortisol หรือ Opioids โดยเฉพาะ Dopamine ในส่วนของ mesolimbic ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลาง จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้น

ทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ยุติ เหมือนกับติดสารเสพติดอื่นๆ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) เพิ่มความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและมีแนวทางที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ (Decision balance) ใช้หลักการพูดคุยถึงผลดีผลเสียของการเปลี่ยนและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ (Pros & Cons) พร้อมทั้งกระตุ้นให้กล่าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ เสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Social liberation) รวมถึงวิธีการแก้ปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และนำไปปฏิบัติได้จริง (Self-liberation) หลักการดังกล่าวจะเป็นการผลักดันให้ผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation)

กิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นการให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้น การค้นหาสิ่งกระตุ้น มีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งในบริบทที่อยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง (Self-reevaluation) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) โดยร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหา อภิปรายถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น อาการอยากบุหรี่ยุติ อาการถอนนิโคติน ตามด้วยการฝึกทักษะการหยุดความคิด (Thought stopping) หลักการดังกล่าวจะเป็นการผลักดันให้ผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นการลงมือกระทำ (Action)

กิจกรรมครั้งที่ 7 เป็นการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ ในครั้งนี้ผู้วิจัยจะเน้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงทางเลือกที่เฉพาะของตนเพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตน (Social liberation) และระบุถึงวิธีการที่

เฉพาะของตน (Peer education) จากนั้นร่วมกันอภิปรายโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงทางเลือกวิธีการต่างๆ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) และผู้บำบัดจะส่งเสริมทักษะเพิ่มเติมที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ เทคนิคการปฏิเสธ และเทคนิคการประเมิณและการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ หลักการดังกล่าวจะเป็นการผลักดันให้ผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action)

กิจกรรมครั้งที่ 8 เป็นการสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้จะจัดทำเป็นรายบุคคลก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยจะเน้นให้ผู้ป่วยได้ทราบทบทวนการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ทั้งหมด รวมถึงการหาแนวทางการจัดการกับสิ่งที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับสิ่งกระตุ้น การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ การเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ในอนาคต และเน้นย้ำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนที่ชัดเจนและสามารถทำได้จริง จากนั้นเป็นการประเมินผลและสรุปถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยจะเน้นการใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarization) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) หลักการดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างต่อเนื่องขณะที่อยู่บ้าน และผลักดันให้ผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองอยู่ในขั้นลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกอยากหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความรู้สึกอยากหยุดสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. ความรู้สึกอยากหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดยาหรือร่วมด้วย ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดยาหรือร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกอยากบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท มีประวัติการเสพติดบุหรี่หรือนิโคตินในระดับปานกลางขึ้นไป โดยประเมินจากแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (Fagerstrom, 1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2550) มีระดับคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป และมีอาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ความรู้สึกอยากบุหรี่ หมายถึง เป็นความปรารถนาหรือความต้องการที่จะสูบบุหรี่ เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม สรีระวิทยาและสารเคมีในระบบประสาท เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านความคาดหวัง 3)

ด้านพฤติกรรมหุ่นหันปล้นเล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ และ 4) การมีเป้าหมายที่ชัดเจน ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินถึงความรู้สึกอยากบุหรี่ ด้วยแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นมาภายหลังไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่ กำเนิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากนิสัยหรือความเคยชินที่จะหยิบบุหรี่ยาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ หรือสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย หรือเมื่อรู้สึกมีปัญหา เครียด รู้สึกกดดันในสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้รู้สึก ผ่อนคลาย ความเครียดลดลง กระตุ้นร่างกายให้เกิดความตื่นเต้น จนนำไปสู่การสูบบุหรี่ในระดับที่ติด หรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด กระทบ กระจายใจ มีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลา ช่วงเวลาของการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน ความยุ่งยากที่ต้องงดสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานที่ห้าม สูบบุหรี่ รวมถึงการงดสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งประเมินจากแบบประเมินระดับการเสพติด นิโคติน (Fagerstorm Test for Nicotine Dependence: FTND) ของ Fagerstorm (1993) ซึ่ง แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2550) แบ่งระดับพฤติกรรมการเสพติดบุหรี่หรือนิโคติน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับรุนแรง (7-10 คะแนน)

โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกาย หมายถึง กระบวนการดำเนิน กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกาย ที่พัฒนาจาก ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย แต่ในโปรแกรมหดกล่าวไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของระยะการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมไว้ชัดเจนผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและผสมผสาน กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วย ได้ประเมินตนเอง ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่ามีความพร้อมอยู่ในขั้นตอนใดของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อีกทั้งช่วยกำกับให้มีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่เสมอ เพราะแรงจูงใจเป็นสิ่งไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (รณ ชัย คงสกันต์, 2553) เป็นกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และ ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมี รายละเอียดโปรแกรมดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ การกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Consciousness raising) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และเน้นประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง ทบทวนถึงประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน (Self-reevaluation) พยาบาลนำข้อมูลที่ได้สะท้อนกลับ (feedback) เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหามากขึ้น ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์โดยแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน (Dramatic relief) รวมถึงการประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation)

การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 2, 4 และ 6 ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 40-60 %) ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเดินวิ่งบนสายพาน การปั่นเครื่องปั่นจักรยาน การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เป็นต้น โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย (warm down) 10 นาที ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 50 นาที (โดยกำกับจากอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 40-60%) และ cool down อีก 10 นาที (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) มีการวัดสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย และวัดอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างการออกกำลังกาย

การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Decision balance) กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Social liberation) รวมถึงถึงวิธีการแก้ปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน

การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง (Self-reevaluation) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) ในการค้นหาสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง และแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น รวมถึงความรู้เพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่

บุหรืซ้ำ เช่น อาการอยากบุหรื อาการถอนนิโคติน ตามด้วยการฝึกทักษะการหยุดความคิด (Thought stopping)

ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรื หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงทางเลือกที่เฉพาะของตนเพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืของตน (Social liberation) และระบุถึงวิธีการที่เฉพาะของตน (Peer education) ใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงทางเลือกวิธีการต่างๆ ตามด้วยการฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการจัดการกับความเครียด (Stress management)

การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรื หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืทั้งหมด รวมถึงการหาแนวทางการจัดการกับสิ่งที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับสิ่งกระตุ้น การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรื การเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ในอนาคต และเน้นย้ำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืของตนที่ชัดเจนและสามารถทำได้จริง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบหออผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด อาทิเช่น กลุ่มบำบัดทั่วไป กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มยาเสพติด กลุ่มฝึกทักษะฟื้นฟู เป็นต้น การดูแลรักษาด้วยยาทางจิตเวช รวมถึงการปฏิบัติตามข้อห้ามของโรงพยาบาลโดยการงดสูบบุหรื

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทเห็นความสำคัญและมีความตระหนักในการลด ละเลิกสูบบุหรื
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรื
3. เป็นแนวทางศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการสูบบุหรืในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

- 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่
- 1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่
- 1.3 เหตุปัจจัยและกลไกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- 1.4 อาการอยากบุหรี่และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 1.5 ผลกระทบจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2. การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ปัจจัยและกลไกการเสพติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 บทบาทพยาบาลและรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดการเสพติดบุหรี่

- 3.1 แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Theory)
- 3.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย

4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี

บุหรีเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะเมื่อเสพเข้าไปแล้วจะทำให้เกิดความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในบุหรีเมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดควันของบุหรี ซึ่งประกอบด้วยสารเคมีต่างๆ มากกว่า 4,000 ชนิด สารประกอบที่สำคัญได้แก่ สารนิโคติน เป็นสารประกอบหลักที่พบในบุหรี สามารถแพร่ผ่านโครงสร้างกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood-brain barrier) โดยจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองภายใน 7-10 วินาที หลังได้รับเข้าสู่ร่างกาย ออกฤทธิ์นาน 5-120 นาที และมีค่าครึ่งชีวิตอยู่ 1-4 ชั่วโมง (Benowitz, 2003) สารนิโคตินที่เสพเข้าไปส่วนใหญ่อ้อยละ 95 จะไปจับที่ปอด บางส่วนจับที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก บางส่วนดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ที่ส่งผลต่อการหลั่งของสาร Epinephrine จากต่อมหมวกไต ทำให้มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วและเต้นไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนขาหดตัว และเพิ่มไขมันในเส้นเลือด ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อระบบการเผาผลาญ โดยสารนิโคตินในบุหรีมวนแรกของแต่ละวันจะไปกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ทำให้ลดความอยากอาหารและการย่อยอาหารช้าลง (Vannderkaay, 2006) ปริมาณของสารนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายโดยการสูบบุหรี เมื่อเสพเข้าไปในปริมาณมากอาจทำให้เกิดภาวะเป็นพิษจากนิโคติน และเสียชีวิตได้ ซึ่งประมาณ 40-60 มิลลิกรัม (บุหรี 1 มวน จะมีนิโคติน 1-2.8 มิลลิกรัม)(สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสราน นามเดช และนลินี เกิดประสงค์, 2551)

1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี มีรายละเอียดดังนี้

Tomkins (1996) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นมาภายหลังไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด

- เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากนิสัยหรือความเคยชิน มีความสุขความพึงพอใจที่ได้สูบบุหรี หรืออาจแค่พกไว้ติดตัว
- เป็นพฤติกรรมการสูบบุหรีที่มองโลกในแง่ดี คือสูบบุหรีเพื่อช่วยกระตุ้น ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดและกระตุ้นร่างกายให้เกิดความตื่นตัว มีความสุขที่ได้สูบบุหรี สูดดม หรือสัมผัสควันบุหรี
- เป็นพฤติกรรมการสูบบุหรีที่มองโลกในแง่ลบ คือสูบบุหรีมีรู้สึกมีปัญหา มีความเครียด รู้สึกกดดันในสถานการณ์หนึ่ง จึงต้องหาสิ่งมาทดแทน
- เป็นพฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรีไม่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูบบุหรีในระดับที่ติด ขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรีจะรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด กระวนกระวายใจ มีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย

ใจขึ้น ตะเกาพงษ์ (2550) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นลักษณะพฤติกรรมที่เกิดจากร่างกายมีความต้องการสารนิโคติน จึงนำไปสู่พฤติกรรมที่มีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เพราะทนต่อภาวะขาดนิโคติน เครียด ความกดดันจากสังคม การควบคุมตัวเองไม่ได้

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2552) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสพติดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทางด้านร่างกายจิตใจนั้นสูบบุหรี่เพื่อทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด มีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงความรู้สึกดีต่างๆ ที่เกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนทางสังคมจะเป็นลักษณะความเคยชินที่จะหยิบบุหรี่ยาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นมาภายหลังไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากนิสัยหรือความเคยชินที่จะหยิบบุหรี่ยาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย หรือเมื่อรู้สึกมีปัญหา เครียด รู้สึกกดดันในสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ความเครียด กระตุ้นร่างกายให้เกิดความตื่นเต้น จนนำไปสู่การสูบบุหรี่ในระดับที่ติดหรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบจะรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด กระวนกระวายใจ มีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย

1.2.1 การติดบุหรี่หรือนิโคติน (Tobacco/Nicotine Dependence) เป็นการเสพติดสารเคมีที่อยู่ในบุหรี่ ได้แก่ นิโคติน มีเกณฑ์การวินิจฉัยตามหลัก Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition (DSM-IV) อย่างน้อย 3 ใน 7 ข้อ ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน ดังนี้

1. มีอาการติดต่อนิโคติน คือ ต้องการเสพนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ผลตามที่ร่างกายต้องการ

2. มีอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal) จะเกิดกับผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ภายใน 4 ชั่วโมง หลังจากสูบบวนสุดท้าย และความรุนแรงจะอยู่ในช่วง 3-5 วัน จะส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ วินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ DSM-IV ดังนี้

2.1) มีการใช้นิโคตินทุกวันติดต่อกันอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์

2.2) หลังจากหยุดหรือลดการใช้นิโคตินในทันที จะมีอาการอย่างน้อย 4 ข้อ ใน 24 ชั่วโมง เช่น อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวาย สมาธิลดลง หัวใจเต้นช้าลง และมีความอยากอาหารหรือน้ำหนักมากขึ้น

2.3) ส่งผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ กิจกรรมต่างๆ

2.4) อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย และไม่ใช่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

3. มีการใช้นิโคตินมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ

4. ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้นิโคตินทั้งที่ต้องการหยุด
5. ใช้เวลามากไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน หรือการเสพนิโคติน เช่น การสูบบุหรี่ต่อเนื่องหลายมวน
6. ลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรืองานที่สำคัญหรือกิจกรรมสนทนาการอันเนื่องมาจากติดนิโคติน
7. ยังใช้สารนิโคติน แม้มีปัญหาสุขภาพและจิตใจที่มีสาเหตุจากนิโคติน หรือมีอาการมากขึ้นจากการใช้นิโคติน

1.2.2 การประเมินพฤติกรรมการติดนิโคติน ได้แก่ แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) (Fagerstrom, 1993) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2550) ซึ่งเป็นประเมินที่วิเคราะห์ถึงความรุนแรงของระดับการติดนิโคติน มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ รวมเป็นทั้งหมด 10 คะแนน แบ่งระดับการติดนิโคตินออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับรุนแรง (7-10) ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) นอกจากนี้ยังประเมินในด้านปริมาณการสูบบุหรี่ มีทั้งการสูบบุหรี่หนัก (Heavy smoking) และไม่หนัก (Non heavy smoking) โดยประเมินจากปริมาณการสูบต่อวันถ้าสูบตั้งแต่ 1ซองขึ้นไป (20 มวน) ถือว่าเป็นการสูบบุหรี่หนัก และถ้าน้อยกว่า 1 ซองลงมาถือว่าการสูบบุหรี่ไม่หนัก (Heidi et al., 2012)

1.3 เหตุปัจจัยและกลไกของพฤติกรรมสูบบุหรี่

การที่บุคคลยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากปัจจัยหลักทั้ง 3 ปัจจัยซึ่งนำไปสู่การติดบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) ได้แก่

- 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย (Nicotine effect) เกี่ยวข้องกับการหลั่งสารเคมีที่อยู่ในสมองหลายตัว ทำให้เกิดความสุขเพลิดเพลิน ลดความเครียด ความวิตกกังวล จึงทำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ซ้ำๆ
- 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological effect) เช่น การสูบบุหรี่เพื่อให้อารมณ์ดี มีความสุขสดชื่น การมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ยอมตาม และมีทัศนคติเชื่อในผลบวกของบุหรี่
- 3) ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม การมีสิ่งแวดล้อม เพื่อนฝูงที่สูบบุหรี่ เคียงข้าง

กลไกการติดบุหรี่ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2550)

การสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นสุข หรือเรียกว่า Brain reward pathway โดยเมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป สารนิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายใน 10 วินาที ออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับ Nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens (Shell region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาท

Dopamine ซึ่งส่งผลให้ร่างกายเกิดความรู้สึกมีความสุข สบายใจ มีแรงจูงใจในการทำงานหรือการวางแผนงานต่างๆมากขึ้น ความวิตกกังวล ความเครียด ความกดดันลดลง เกิดความตื่นตัวและลดความอยากอาหารได้ นอกจากนี้โคตินยังส่งผลต่อสารสื่อประสาทอื่นที่ส่งผลให้ผู้ติดยาหรือเกิดความรู้สึกพึงพอใจเช่นกัน ได้แก่ Norepinephrine ทำให้เกิดความตื่นตัว มีพลัง ลดความรู้สึกซึมเศร้า และลดความอยากอาหาร Acetylcholine ทำให้ตื่นตัว ความคิดความจำดี มีสมาธิมากขึ้น Serotonin ทำให้รักษาระดับอารมณ์ต่างๆได้ดี ลดความอยากอาหาร Glutamate and Beta-endorphin ลดความวิตกกังวลและความเครียด การติดยาหรือเป็นไปตามกลไก Reward partway คือทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจสุขใจ และสุขสบายทั้งกายและใจ ในทางกลับกันเมื่อหยุดใช้สารเสพติด สารสื่อประสาทดังกล่าวจะมีปริมาณลดลง จึงทำให้เกิดอาการอยากยาหรือสารเสพติดอื่นๆตามมา (Robinson and Berridge, 2008; กงจักร สอนลา, 2012) ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมาน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จึงต้องมีการสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน จนทำให้สมองเกิดความเคยชินจากการได้รับสารนิโคติน และเกิดการติดยาหรือในที่สุด

1.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากยา (Craving)

1.4.1 ความหมายของความอยากยา ได้มีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายของความอยากไว้มากมาย มีรายละเอียดดังนี้

จำลอง ดิษยวณิช (2541) ให้ความหมายว่า เป็นความปรารถนา ความพึงพอใจต่อสิ่งนั้นๆ เมื่อไม่ได้ตามความปรารถนา หรือความพึงพอใจทำให้เกิดความอยากเกิดขึ้น

พระปราโมทย์ ปาโมชโช (2550) ให้ความหมายว่ามีลักษณะเช่นเดียวกับตัณหา เมื่อเกิดความอยากจะเป็นตัวนำไปสู่การกระทำ เกิดการกระทำตามอำนาจของความอยากตามมา

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายว่า ปรารถนา ประสงค์ ต้องการ

ผู้วิจัยสรุปความหมายของความอยากได้ว่า เป็นความปรารถนา หรือต้องการ ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเมื่อไม่ได้ตามความปรารถนา ความต้องการ จะทำให้เกิดความอยากเกิดขึ้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตำราและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของความอยากยา ได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของความอยากยาดังนี้

อรอนงค์ ส่งทวน (2552) ให้ความหมายของความอยากยาคือว่า เป็นความรู้สึกปรารถนาที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1) ความต้องการสูบบุหรี่ 2) ความคาดหวังในผลดีอันบวกจากการสูบบุหรี่ 3) ความคาดหวังที่จะบรรเทาอาการจากการขาดนิโคตินและผลดีอันลบจากการเลิกบุหรี่ และ 4) ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่

Mezinskis et al. (2001) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกต้องการที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม สรีระวิทยาและสารเคมีในระบบประสาท

Heishman et al. (2003) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความต้องการหรือปรารถนาที่จะสุขสบาย เมื่อไม่ได้สุขสบายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) การมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness)

Shiffman et al. (2004) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความปรารถนาหรือความต้องการที่จะสุขสบายอย่างรุนแรง

จากความหมายของความรู้สึกลอยๆอยากบุหรี่ ผู้วิจัยสรุปความหมายได้ว่า เป็นความปรารถนาหรือความต้องการที่จะสุขสบาย เมื่อไม่ได้สุขสบายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกลึกซึ้ง พฤติกรรม สรีระวิทยาและสารเคมีในระบบประสาท เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) การมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness)

1.4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความอยากบุหรี่ (Craving)

จากการศึกษาทางวิจัยและทบทวนวรรณกรรม พบว่าความอยากเป็นปัจจัยขัดขวางหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ที่เป็นผลมาจากการขาดนิโคติน ทำให้แสดงอาการขาดนิโคติน และเกิดความอยากตามมา ซึ่งความอยากทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ยากต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สามารถอธิบายความอยากสูบบุหรี่ได้ด้วยแนวคิดหลัก 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข 2) แนวคิดการปรับตัวทางระบบประสาท และ 3) แนวคิดเกี่ยวกับการรู้คิด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.2.1 แนวคิดการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Classical Conditioning)

ถูกคิดค้นโดยพาฟลอฟ (Ivan P. Pavlov) มีหลักการว่า พฤติกรรมอยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งเร้า เน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมว่าเป็นตัวกระตุ้น ตามหลักของกระบวนการวางเงื่อนไข แล้วเกิดการตอบสนองต่อเงื่อนไขนั้น การนำหลักการนี้ไปใช้ในการให้การรักษาโดยเชื่อว่า พฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาเป็นผลมาจากสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ฉะนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น อาการขาดนิโคติน เป็นตัวกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข ทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่ตามมาได้ หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อม สถานที่เดิมๆ ที่มีการสูบบุหรี่ ร่วมกับมีอาการขาดนิโคติน ทั้งสองนี้ถือเป็นตัวกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข เมื่อเกิดการกระตุ้นซ้ำๆ จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่ตามมาได้เช่นกัน

1.4.2.2 แนวคิดการปรับตัวทางระบบประสาท (Neuroadaptive model) แนวคิดนี้ถูกสร้างขึ้นโดย Robinson and Berridge (2003) อธิบายถึงกลไกการสุขสบายหรือเกี่ยวข้องกับสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นสุข หรือเรียกว่า Brain reward pathway

โดยเมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป สารนิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายใน 10 วินาที ออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับ Nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens (Shell region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) ซึ่งส่งผลให้ร่างกายเกิดความรู้สึกมีความสุข สบายใจ เพลิดเพลิน มีแรงจูงใจในการทำงานหรือการวางแผนงานต่างๆมากขึ้น ความวิตกกังวล ความเครียด ความกดดันลดลง เกิดความตื่นตัวและลดความอยากอาหารได้ นอกจากสารโดปามีนแล้ว นิโคตินยังส่งผลต่อสารสื่อประสาทอื่น ออกจากปลายประสาทของตัวมันเองที่ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจเช่นกัน ได้แก่ Norepinephrine ทำให้เกิดความตื่นตัว มีพลัง ลดความรู้สึกซึมเศร้า และลดความอยากอาหาร Acetylcholine ทำให้ตื่นตัว ความคิดความจำดี มีสมาธิมากขึ้น Serotonin ทำให้รักษาระดับอารมณ์ต่างๆได้ดี ลดความอยากอาหาร Glutamate and Beta-endorphin ลดความวิตกกังวลและความเครียด การติดบุหรี่เป็นไปตามกลไก Reward partway คือทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ และสุขสบายทั้งกายและใจ ในทางกลับกันเมื่อหยุดใช้สารเสพติด สารสื่อประสาทดังกล่าวจะมีปริมาณลดลง จึงทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆตามมา (Robinson and Berridge, 2008; กงจักร สอนลา, 2012) และจะแสดงอาการอยากบุหรี่ (Cigarette craving) ที่เป็นผลจากการขาดนิโคติน หรือระดับนิโคตินลดลง ได้แก่ อยากบุหรี่มาก วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิด ปวดศีรษะ ไม่มีสมาธิ อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ บางรายความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองได้น้อย (Dugdale , 2012) ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จึงต้องมีการสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน จนทำให้สมองเกิดความเคยชินจากการได้รับสารนิโคติน และเกิดการติดบุหรี่ในที่สุด อาการถอนนิโคตินจะเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมง หลังจากสูบบุหรี่ครั้งสุดท้าย และความรุนแรงจะอยู่ในช่วง 3-5 วัน แล้วค่อยๆลดลงภายใน 3-4 สัปดาห์

1.4.2.3 แนวคิดด้านการรู้คิด (Cognitive model) แนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดของบุคคลที่สัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ทางบวกจากการใช้ยาเสพติด ภายใต้ประสบการณ์เดิม และเกิดความคิดแบบอัตโนมัติขึ้น นำไปสู่การแสวงหาสารเสพติดต่อไป (Tiffany, 1999: กงจักร สอนลา, 2012) สามารถอธิบายด้วยแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังนี้

1) Outcome Expectancy Model แนวคิดนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดความอยากสารเสพติด เช่นบุหรี่ จะทำให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ทั้งด้านบวกด้านลบตามมา และจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากและจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยคาดหวังว่าสูบเพื่อการบำบัดตนเอง เมื่อได้สูบเกิดความรู้สึกมีความสุขความพึงพอใจ พยายามหาบุหรี่นั้นคือสิ่งเร้ามาเพื่อตอบสนองความต้องการของตนให้ได้ (Marlatt, 1987: กงจักร สอนลา, 2012)

2) Cognitive Processing Model แนวคิดนี้ใช้อธิบายในผู้ที่ติดบุหรี่ได้ว่า ความอยากเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านคำพูด อวัยวะในร่างกาย พฤติกรรมและจิตใจเมื่อไม่สามารถหาบุหรี่มาตอบสนองตนเองได้ ทำให้เกิดภาวะขาดนิโคติน และเกิดความอยากตามมา กล่าวคือ ความต้องการที่จะหยุดเสพหรือไม่สามารถหาสารเสพติดมาเสพได้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากตามมานั่นเอง (Tiffany, 1999: กงจักร สอนลา, 2012) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.2 ไม่สามารถตัดใจเลิกบุหรี่ได้เนื่องจากมีอาการอยากบุหรี่ (ฐิติรัตน์ ชื่นจิต, 2547) และเมื่อเกิดอาการอยากบุหรี่ที่รุนแรงไม่สามารถจัดการอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การกลับสูบบุหรี่ซ้ำได้ (Cropley, Ussher and Charitou, 2007)

1.4.2.4 แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client- Centered) โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือให้บุคคลได้มีการสำรวจ และจัดการกับความรู้สึกลังเลใจของตนเอง (Ambivalence) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้มีความเหมาะสมได้ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) แนวคิดนี้พัฒนาโดย Miller and Rollnick (1991) ตามหลักการพื้นฐานของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and DiClemente (1986) ซึ่งมีการอธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นขั้นตอน มีหลักสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- Evocative/Elicit หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิด หรือสามารถแสดงคำพูดที่นำไปสู่เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
- Collaborative หลักการนี้เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในการช่วยเหลือและค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะใช้ในการแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา
- Autonomy หลักการนี้เป็นการที่ผู้บำบัดมีการให้อิสระ สนับสนุนให้ผู้รับบริการมีการคิด และตัดสินใจด้วยตนเอง โดยที่ผู้บำบัดคอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการตัดสินใจนั้น ๆ

1.4.3 การประเมินความอยากบุหรี่ มีแนวทางในการประเมินดังนี้

1.4.3.1 การประเมินจากการรายงาน เป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้มากที่สุด เพราะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรงและประเมินด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความอยากตามเครื่องมือวัดความอยาก เช่น แบบวัดความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) แบบประเมินความอยากของ Cox, Tiffany and Christen (2001) เป็นต้น

1.4.3.2 การประเมินโดยการสังเกตอาการหรือพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่จะแสดงอาการของความอยากบุหรี่ออกมาในด้านอารมณ์พฤติกรรม เช่น หงุดหงิด กระทบกระวาย ไม่มีสมาธิ มีอารมณ์เศร้า เป็นต้น เช่น การประเมินการเคลื่อนไหวของใบหน้าโดยใช้แบบประเมิน Facial Acting Coding System ของ Ekman and Friesen (1987) (Sayette et al., 2000)

1.4.3.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา ความอยากก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านสรีระวิทยาเชิงปริมาณที่สามารถวัดได้ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure: MAP) (Mirinda et al., 2008) หรืออาจประเมินจากสารชีวเคมีทางสมอง เช่น การวัดอัตราการเผาผลาญกลูโคส (Sayette et al., 2000)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้แบบวัดความรู้สึอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) มีค่าความเที่ยงที่น่าเชื่อถือได้

1.5 ผลกระทบจากพฤติกรรมกาสูบหรี่ การสูบบุหรี่นับเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆมากมาย ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบต่อตัวผู้สูบเอง การสูบบุหรี่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเป็นบ่อเกิดของโรคร้ายต่างๆ มากมาย อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และยิ่งในปัจจุบันการสูบบุหรี่มักจะเริ่มสูบตั้งแต่เมื่ออายุน้อยๆ เมื่ออายุมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเสพยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเลิกได้ยาก เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายก่อนวัยอันควร จากการศึกษาถึงสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 29% , มะเร็งปอด 19% และโรคเกี่ยวกับถุงลมโป่งพอง 17% (Capasso et al., 2008)

1.5.2 ผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด (มูลนิธิเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่, 2548) ควันบุหรี่ยังมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ใกล้ชิด หรือเกิดโรคจากควันบุหรี่ยี่มือสอง (Passive smoking) มีผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ระยะสั้น ได้แก่ ระคายเคืองต่อจมูก ตา ลำคอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบาย และเกิดอาการกำเริบของโรคประจำตัว เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด หัวใจขาดเลือด และผลในระยะยาว ได้แก่ โรคมะเร็งชนิดร้ายแรง ถ้าได้รับควันบุหรี่ยี่มือสองในปริมาณที่มากและนานพอสมควร

1.5.3 ผลกระทบของบุหรี่ยี่ต่อสังคม การสูบบุหรี่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ ต่อไป มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าเริ่มมาจากการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น และนำไปสู่ปัญหาต่างๆที่เป็นผลกระทบต่อสังคม เช่น อาชญากรรม เป็นต้น

1.5.4 ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม บุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรก ควันบุหรี่ยี่ก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะสถานที่แออัด และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเพลิงไหม้ เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน

1.5.5 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เช่นมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และโรคสมองอุดตัน รวมถึงบุคลากรขาดความมีประสิทธิภาพ จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น

จากผลกระทบดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผลกระทบจากการสูบบุหรี่มิใช่เพียงเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพของตัวผู้สูบเท่านั้น ยังส่งผลกระทบในด้านต่างๆอีกมากมาย เช่น ควันบุหรี่มือสองซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ใกล้ชิด สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

2. การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia)

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมจะต้องมีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีความผิดปกติจากโรคทางสมอง อาการทางกาย พิษจากยาและสารเสพติด

American Psychiatric Association (1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) ว่าเป็นลักษณะการเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ส่วนอาการทางลบประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูดและขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะต้องมีระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

ผู้วิจัยสรุปถึงความหมายของโรคจิตเภทได้ว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลต่ออารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยไม่มีความผิดปกติจากโรคทางสมอง อาการทางกาย พิษจากยาและสารเสพติด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ อาการทางบวกประกอบด้วยความคิดหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ส่วนอาการทางลบประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่พูดและขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง จะต้อง มีระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

2.1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท มีรายละเอียดดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

2.1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยังมีโอกาสสูง โดยเฉพาะลูกที่พ่อและแม่ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยถึงร้อยละ 40

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Neurochemical disturbances) จะมีความสัมพันธ์กับระดับของสารสื่อประสาทโดปามีนที่เพิ่มสูงขึ้น

3) กายวิภาคของสมอง (Neuroanatomy) จะเกี่ยวกับโพรงสมองที่มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ทำให้มีปริมาณของ Fluid volume เพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางด้านลบของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; Boyd, 2012)

4) ประสาทสรีรวิทยา มีการศึกษาถึงผลของ PET scan พบว่า สมองส่วนหน้า จะมีการไหลเวียนของเลือดในสมอง และการเผาผลาญน้ำตาลลดลง ซึ่งเชื่อว่ามีความสัมพันธ์อาการแสดงทางด้านลบ และความผิดปกติทางด้านรับรู้

2.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychological factors)

ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ เชื่อว่าความผิดปกติของพัฒนาการทางบุคลิกภาพในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงขวบปีแรก มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพในส่วนการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในด้านภาษา สติปัญญา การคิด การกระทำ ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

2.1.2.3 ปัจจัยทางด้านครอบครัว (Family factors)

ปัจจัยดังกล่าวจะมุ่งเน้นไปที่ครอบครัว ซึ่งถ้าบุคคลในครอบครัวมีเจตคติ หรือแสดงออกทางอารมณ์ที่มากไป ในผู้ป่วยนั้นส่งผลต่ออาการทางจิตกำเริบได้สูง

2.1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทไว้ว่าจะต้องมีอาการแสดงดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1. ลักษณะอาการ (Characteristic Symptom) จะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัด 1 เดือนขึ้นไป ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ลักษณะคำพูดที่ไม่ต่อเนื่อง (Disorganized speech) มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ Catatonic ที่สามารถเห็นได้ชัด อาการด้านลบ (Negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (Affective flattening) พูดน้อยหรือ ไม่พูด (Alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น

2. บกพร่องด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงาน โดยขาดความรับผิดชอบ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่มีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัว ซึ่งจะมีความบกพร่องจากระดับเดิมอย่างชัดเจน อย่างน้อย 1 ด้าน

3. อาการดังกล่าวคงอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และต้องมีระยะอาการกำเริบ (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน อาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้นหรือระยะอาการหลงเหลือได้
4. อาการทางจิตที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความผิดปกติด้านอารมณ์ และต้องมีสาเหตุจากยา สารพิษ สารเสพติด โรคทางกายอื่นๆ
5. หากผู้ป่วยมีประวัติ Autistic หรือมีความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก จะวินิจฉัยเป็น โรคจิตเภท ต้องมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่ชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

2.1.4 อาการและอาการแสดง โรคจิตเภทแบ่งกลุ่มอาการแสดงได้เป็น 2 กลุ่ม (Lindenmayer and Khan, 2006)

2.1.4.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ลักษณะอาการจะเป็นผลจากความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการประสาทหลอน เป็นความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้าที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ อาการหูแว่ว เป็นการได้ยินเสียงบุคคลมาพูดคุย ต่ำว่า สั่งให้ทำสิ่งต่างๆ ซึ่งในความเป็นจริงไม่มี อาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติทางการเห็น นอกจากนี้รวมถึงการแปลภาพที่ผิดปกติจากความเป็นจริง อาการหลงผิด เป็นลักษณะของอาการที่ผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อที่ผิดแปลก ขาดความเชื่อมโยงกับเหตุผลและความเป็นจริง

2.1.4.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการแสดงทางด้านอารมณ์ ความตั้งใจในการทำงานที่ หรือพฤติกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งกลุ่มอาการทางด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมยและจำกัด ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ พูดคุยไม่สบตา การพูดน้อยลง การคิดอะไรซ้ำๆ หรือคิดเพียงเรื่องเดียว โดยมักจะมีเนื้อหาในการพูดลดลง การขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจการแต่งกาย เฉื่อยชาลง มีการเก็บตัว ไม่ค่อยมีการแสดงออก (ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552)

2.1.5 การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ มีรายละเอียดการดำเนินโรคในแต่ละระยะดังนี้ (ธวัชชัย ลิฬหานาจ, 2552)

2.1.5.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) เป็นช่วงที่จะมีอาการเพียงเล็กน้อย และไม่ชัดเจน อาจผิดปกติในด้านการทำหน้าที่ด้านการคิดเชิงวิภาษ (IQ) ความใส่ใจ ความจำเกี่ยวกับการพูด หน้าทีด้านการบริหาร (executive skill) และ motor skill เป็นต้น

2.1.5.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่ จะมีอาการโรคจิต จะมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและประสบการณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เป็นอยู่ และเริ่มหลังจากเข้าวัยเจริญพันธุ์ การทำหน้าที่จะบกพร่องชัดเจนและจะแย่งลงเรื่อยๆ อาการในระยะนี้ไม่เฉพาะเจาะจง และไม่มีอาการโรคจิต เช่น อารมณ์เศร้า วิตกกังวล apathy แยกตัวจากสังคม กระบวนการและเนื้อหาความคิดเปลี่ยนไปจากเดิมแต่ไม่ถึงขั้นมีอาการหลงผิด

2.1.5.3 ระยะอาการโรคจิต (Psychotic/Active phase) จะแสดงอาการของโรคจิตทั้งกลุ่มอาการด้านบวก ด้านลบ ด้านการคิด และด้านอารมณ์ อาการมากขึ้นอยู่แต่ละบุคคล และการทำหน้าที่ด้านสังคมจะแย่ลงอย่างมาก

2.1.5.4 การดำเนินโรครยะยาว ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะของการฟื้นตัว เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ สามารถกลับมาทำหน้าที่ทางสังคมได้ ระยะความเรื้อรังของอาการและภาวะทุพพลภาพ ผู้ป่วยโรคทึกรายจะมีอาการเรื้อรัง หรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ปัจจัยและกลไกการเสพติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการขาดการออกกำลังกาย (Kilian et al, 2006) การมีแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้น้อย (Williams and Foulds, 2007) รวมถึงความอยากหรืออยากลอง เลียนแบบเพื่อนบุคคลใกล้ชิด การใช้เพื่อนคลาย ใช้เพราะความเคยชิน เพื่อให้มีสมาธิในการทำกิจกรรม ลดความเครียดหรือความตึงเครียด (Forchuk et al., 1997) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีการใช้บุหรี่เสมือนเป็นยาบำบัดปัญหาทางสุขภาพตนเอง (Self medication) กล่าวคือ

1) การสูบบุหรี่จะช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อศึกษาถึงกลไกการสูบบุหรี่พบว่า สารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อสารสื่อประสาทหลายชนิด (McChrgue, Gulliver and Hitsman, 2002) โดยจะออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับ Nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens (Shell region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ซึ่งส่งผลในด้านบวกที่คล้ายกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันบ้างตามชนิดของสารสื่อประสาทนั้นๆ โดยจะส่งผลต่อร่างกายทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ ความสบายใจ ความเพลิดเพลิน เกิดความตื่นตัว ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดัน มีแรงจูงใจในการทำงานหรือการวางแผนงานต่างๆมากขึ้น และลดความอยากอาหารลงได้ (McChrgue, Gulliver and Hitsman, 2002) และกลไกการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทดังกล่าวยังส่งผลต่ออาการด้านลบ (Negative Symptom) ในด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น เช่น ด้านความตั้งใจในการทำหน้าที่ ด้านอารมณ์ ด้านการสื่อสารพูดคุยการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความกระตือรือร้น และสนใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น (ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุตมรัตน์, 2552)

2) ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของ Dopamine บริเวณ Mesocortical, Mesolimbic และ Nigrostriatal pathway ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวให้ดีขึ้น (McChrgue, Gulliver and Hitsman, 2002) จึงช่วยลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตที่อาจ

เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอาการ Parkinsonian symptom ได้แก่ สั่น กล้ามเนื้อแข็ง และเคลื่อนไหว เชื่องช้า (Veena and Peggy, 2005) ที่เกิดจากการออกฤทธิ์ของกลุ่มยาต้านโรคจิตที่มีผลในการยับยั้งโดปามีนในบริเวณดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า จากปัจจัยดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการสูบบุหรี่บ่อยๆ และเพิ่มปริมาณในการสูบบุหรี่มากขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการติดบุหรี่ และเมื่อต้องการเลิกสูบบุหรี่ จะกระทำได้อย่างยาก อีกทั้งมีปัจจัยที่ขัดขวางการสูบบุหรี่ เช่น การเกิดความทุกข์ทรมานจากการขาดนิโคติน ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (Zhou and Jame, 2009) ความตั้งใจและสมาธิลดลง รวมถึงการขาดแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่อีกด้วย

2.3 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 ผลต่อสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีอัตราการติดบุหรี่ที่สูง และรุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป และเมื่อเข้ารับการรักษาจะมีการหยุดสูบบุหรี่ในอัตราที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (McChrgue, Gulliver and Hitsman, 2002) ตามมา เป็นสาเหตุที่ส่งเสริมการเสียชีวิตที่เร็วขึ้น (Brown et al, 2000) และบุหรี่ยังมีผลทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น ยังส่งผลทางลบ โดยผู้สูบบุหรี่จะต้องเพิ่มปริมาณของยาต้านโรคจิต เนื่องจาก Hydrocarbon ของทาร์ ที่อยู่ในบุหรี่ จะทำให้เอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย จึงต้องให้ขนาดยาที่สูงขึ้นเพื่อให้ถึงระดับของการรักษา นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา ในบางลักษณะที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง นิ่งไม่ติดที่ การเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดความผิดปกติอย่างถาวร นอกจากนี้ บุหรี่ยังนำไปสู่การเสพติดอื่นๆ อีกด้วย (McCreadie and Kelly, 2000)

2.3.2 ผลต่อเศรษฐกิจและสังคม จะใช้เงินหนึ่งส่วนสามของรายได้เพื่อซื้อบุหรี่สูบบุหรี่ (McCreadie and Kelly, 2000) ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องใช้ปริมาณยาที่เพิ่มขึ้น และค่ารักษาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีกลิ่นตัวเหม็น ฟันเหลือง เล็บดำ ผิวพรรณ เป็นตัน และการสูบบุหรี่บ่อยๆจะขัดขวางการเข้าสังคม รวมถึงผลเสียกับคนในครอบครัว เช่น เกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง (Passive smoking) มีผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ระยะสั้น

2.4 บทบาทพยาบาลและรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ เนื่องจากเป็นวิชาชีพหนึ่งที่เข้าถึงผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้ง่ายและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (ปิยาภรณ์ เยาวเรชและคณะ, 2550) โดยเน้นกระบวนการพยาบาลส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมถึงการดูแลทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ และคำนึงถึงสาเหตุและปัจจัยในการติดบุหรี่ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Therapy) การบำบัดด้วยวิธีนี้จะเน้นรักษาด้วยจิตสังคม (Psychosocial) และพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ใช้ทฤษฎีด้านพฤติกรรม โดยเชื่อว่า พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้รางวัล (Reward) การเสริมแรงทางบวก (Reinforcement) การชมเชย ให้กำลังใจ เสริมพฤติกรรมที่ดี และการเสริมแรงทางลบ (Punishment) การลงโทษ เพื่อลดพฤติกรรมนั้น ที่เราไม่ต้องการ (เดชา ลิตอนันต์พงศ์, 2549) มีขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ดังนี้

2.4.1.1. การเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยเชื่อว่า คนเราจะสามารถเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่นั้น ต้องเล็งเห็นประโยชน์ในพฤติกรรมใหม่ และผลด้านลบของพฤติกรรมเดิม และอีกประการหนึ่งคือ แรงจูงใจหรือความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (รณชัย คงสกนธ์, 2553) โดยใช้หลักการขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Model) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ระยะเวลาเพิกเฉยไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (Pre-contemplation) 2) ระยะเวลาลังเลใจ (contemplation) 3) ระยะเวลาตัดสินใจ (Determination) 4) ระยะเวลาลงมือกระทำ (Action) และ 5) ระยะเวลากระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) โดยหากประเมินได้ว่าผู้ป่วยยังไม่มี ความตั้งใจที่จะเลิก บุหรี่ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ 5R ในการพูดคุยกับผู้ป่วย ดังนี้
- 1) Relevance การพูดคุยให้ตรงประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยพิจารณาตนเองว่าทำไมจึงต้องเลิกบุหรี่ และระบุถึงโรคหรือปัญหาที่คงอยู่จากการสูบบุหรี่ร่วมด้วย
- 2) Risks การระบุความเสี่ยง ได้แก่ ให้ผู้ป่วยพิจารณาด้านลบของการยังคงสูบบุหรี่ เน้นถึงการลดสูบบุหรี่ไม่ได้ช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาต่างๆ แต่ยังคงก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาการหายใจ การเกิดโรคปอด โรคมะเร็ง เป็นต้น
- 3) Reward ระบุถึงประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยคิดถึงประโยชน์ของการหยุดสูบบุหรี่ที่จะเกิดกับตนเอง คนรอบข้าง เป็นต้น
- 4) Roadblocks ระบุถึงอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ อะไรเป็นอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่ เช่น อาการขาดนิโคติน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น
- 5) Repetition ความสม่ำเสมอ ได้แก่ การเสริมสร้างแรงจูงใจทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัด เพราะจะช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้

2.4.1.2 เตรียมตัวก่อนการเลิกบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยเกิดความพร้อมและมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนต่อไปจำเป็นต้องมีการจัดการกับสิ่งแวดล้อม หรือตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทิ้งไฟแช็ค ที่เขี่ยบุหรี่ เป็นต้น

2.4.1.3 ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ ประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทใน

สมองแล้ว ยังเป็นเรื่องของพฤติกรรมที่เป็นความเคยชิน ทำซ้ำจนเป็นนิสัย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงนิสัยการดำรงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จึงจำเป็นอย่างยิ่งในช่วงต้นของการหยุดสูบบุหรี่และในระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับมาเสพติด และขั้นตอนการสร้างความตั้งใจในการเลิก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ จำเป็นต้องมีการกระตุ้นตนเองให้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ และการพูดกับตนเองในด้านบวก จะส่งเสริมให้คงความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ดีขึ้น โดยบทบาทของพยาบาลจำเป็นต้องมีการดำเนินการในการประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5A's ดังนี้

- 1) Ask การถามถึงประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยครอบครัว เพื่อน และถามถึงสาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ให้ได้
- 2) Assessment การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ
- 3) Advise การให้คำแนะนำถึงการเลิกบุหรี่
- 4) Assist การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกำหนดวันเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาด้วยหลัก 5R การฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (Skill training and relapse prevention) ในกลุ่มเสี่ยงโดยการวางแผน การฝึกหัดพฤติกรรม และปรับทักษะวิธีคิด (cognitive coping skill) การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) เป็นการกำจัดตัวกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ปริมาณมากๆ (Rapid smoking) ให้ผู้สูบบุหรี่ๆ ติดกัน จนเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อสร้างเงื่อนไขการสูบบุหรี่ ที่ทำให้ไม่สบาย กลุ่มพฤติกรรมบำบัด (Group behavior therapy) ใช้กลไกของกลุ่มในการกระตุ้น และให้กำลังใจผู้ติดบุหรี่ด้วยกัน (เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 2549) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการหยุดสูบบุหรี่
- 5) Arrange การนัดหมายเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง

2.4.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological Therapy) (สุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญา, 2553) การรักษาด้วยยาเป็นบทบาทที่พยาบาลไม่สามารถกระทำได้ จะเป็นแพทย์ที่จะเป็นผู้สั่งการรักษาแต่พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และคอยให้กำลังใจ การรักษาด้วยยาก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเลิกบุหรี่ เพราะการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลดีพอ และการรักษาด้วยยาอาจเกิดความล้มเหลวในรายที่ไม่ต้องการเลิกบุหรี่อย่างแท้จริง โดยเกณฑ์ที่จะเลือกรักษาด้วยยา ประกอบด้วย มีการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 ต่อวันขึ้นไป มีความประสงค์ที่จะรักษาด้วยยาหลังจากได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ และเป็นผู้ที่มีโอกาสล้มเหลวสูงจากการเลิกบุหรี่ ได้แก่ ผู้มีปริมาณสูบต่อวันมาก หรือเป็นผู้ที่เคยล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่มาก่อน ชนิดของยา ได้แก่ Nicotine Replacement Therapy (NRT) จะออกฤทธิ์โดยการปลดปล่อยสารนิโคตินในกระแสเลือด ไปจับกับ nicotine receptors ในสมอง เพื่อลดอาการอยากบุหรี่ที่เกิดขึ้นจากการขาดสารนิโคติน Bupropion SR ยานี้เป็นชนิดรับประทานขนาด 150

มิลลิกรัม ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งการ Reuptake ของสารโดปามีนที่ปลายประสาท ทำให้ระดับสารโดปามีนในสมองสูงขึ้น จึงลดอาการอยากบุหรี่ได้ Varenicline ยานี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อ alpha-4 beta-2 nicotinic receptor โดยสมองทำหน้าที่เป็นทั้ง partial agonist และ antagonist ไปพร้อมๆกัน เมื่อได้รับยาเข้าไปจะไปกระตุ้น receptor คล้ายกับมาสารนิโคตินมาจับทำให้ลดอาการอยากบุหรี่ได้ Nortriptyline มีฤทธิ์ในการยับยั้งการ Reuptake ของสารสื่อประสาท norepinephrine และ 5-hydroxytryptamine ที่ปลายประสาท ทำให้สารสื่อประสาทเหล่านั้นหลงเหลืออยู่ในปริมาณมากขึ้นจนก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย (Reward effect) จึงช่วยลดอาการอยากบุหรี่ได้

บทบาทหลักของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่

1. บทบาทด้านการให้ความรู้ การให้ความรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม รวมถึงครอบครัว ผ่านสื่อประกอบต่างๆ
2. บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคต่างๆ
3. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา คอยให้คำปรึกษาในการส่งเสริมผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่
4. บทบาทผู้ให้การดูแล ปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่
5. บทบาทด้านการวิจัย พัฒนางองค์ความรู้ใหม่ๆ และนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดบุหรี่

3.1 แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ที่แสวงหาวิธีการ และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาต่างๆ แก่ผู้รับการปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจำง เข้าใจในตนเอง ตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมตามศักยภาพของตน (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The Behavioral Counseling Approach) (วีชรี ทรัพย์มี, 2549) เป็นการจัดสภาพการเรียนรู้ใหม่ (Relearning Situation) โดยมีรากฐานทฤษฎีมาจากการเรียนรู้ เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมนั้นๆของผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะต้องมีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาว่าต้องการที่จะเปลี่ยนในพฤติกรรมใด ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้เลือกเทคนิคกลวิธีหรือกลยุทธ์ว่ามีสภาพการณ์ใดบ้างที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากจากนั้นผู้รับการปรึกษาเป็นผู้ที่เลือกด้วยตนเองในการแก้ไขปรับปรุงในพฤติกรรมนั้นๆ อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตน ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (The Behavioral Counseling Approach) มีรากฐานการเรียนรู้ ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงกระบวนการเรียนรู้

โดยการเรียนรู้ของพฤติกรรมมนุษย์จะเกี่ยวข้องกับตัวแปรสองตัวแปร คือ สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (antecedent) และผลที่ตามมา (consequence) ดังนั้นเราควรควบคุม หากเราควบคุมทั้งสองตัวแปรได้ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของการเรียนรู้ได้ดังนี้

3.1.1.1 การเรียนรู้ด้วยการวางเงื่อนไขแบบดั้งเดิม (Classical Conditioning) ถูกคิดค้นโดยพาฟลอฟ (Ivan P. Pavlov) มีหลักการว่า พฤติกรรมอยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งเร้า เน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมว่าเป็นตัวกระตุ้น ตามหลักของกระบวนการวางเงื่อนไข แล้วเกิดการตอบสนองต่อเงื่อนไขนั้น การนำหลักการนี้ไปใช้ในการให้การศึกษาโดยเชื่อว่า พฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาเป็นผลมาจากสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขและสิ่งแวดลอมเป็นตัวแปรสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ฉะนั้นการจัดสิ่งแวดลอมใหม่เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.1.1.2 การเรียนรู้ด้วยวิธีวางเงื่อนไขแบบแสดงการกระทำ (Operant Conditioning) ถูกคิดค้นโดย Skinner (B.F. Skinner) วิธีนี้เน้นผลที่เกิดจากการกระทำ ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกควบคุมจากผลที่ได้รับ กล่าวคือการกระทำใดๆ ถ้าได้รับการเสริมแรงจะมีแนวโน้มให้เกิดการกระทำนั้นอีก หลักการนี้นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาโดยการเสริมแรง ชมเชยให้กำลังใจในพฤติกรรมที่พึงปรารถนา (Reinforcement) และการลงโทษ (Punishment) ในพฤติกรรมที่ไม่ต้องการให้เกิดหรือต้องการลดพฤติกรรมนั้นๆ

3.1.1.3 การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) /การเรียนรู้จาก การสังเกต (Observational Learning) หรือการเรียนรู้จากต้นแบบ (Modeling) โดยแบนดูรา (Albert Bandura) เป็นผู้อธิบายกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมว่ามีกระบวนการเรียนรู้ดังนี้

- 1) การเรียนรู้จากสิ่งแวดลอมเป็นตัวแบบที่จะต้องมีลักษณะที่น่าสนใจและผู้เรียนมีความสามารถในการสังเกตและรับรู้ได้ดีพอ
- 2) ผู้เรียนจะนำการรับรู้เข้าสู่กระบวนการคิดวิเคราะห์ของตน
- 3) ผู้เรียนจะจดจำการกระทำของตัวแบบไว้
- 4) ผู้เรียนจะแสดงพฤติกรรมที่สังเกตได้จากตัวแบบ ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้ ได้แก่ ระดับวุฒิภาวะสติปัญญา การฝึกฝน เป็นต้น การแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ และการคาดหวังถึงผลที่จะได้รับ

กลวิธีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม การเสริมแรง (Reinforcement Techniques), การเรียนรู้จากตัวแบบ (Social Modeling Techniques), การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertive Training Techniques), การขจัดความรู้สึกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization)

เทคนิคที่ใช้ในการให้การศึกษาแบบพฤติกรรมนิยม เทคนิคในการให้การศึกษาจะเลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสม

1. Permissiveness เป็นการให้ผู้รับการปรึกษาเล่ารายละเอียดต่าง ๆ ออกมา และผู้ให้การปรึกษารับฟังและยอมรับในเรื่องนั้น
2. Free Association เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีอิสระในการพูดและเล่าเรื่องราว
3. Reinforcement เป็นการให้แรงเสริมได้แก่ การให้รางวัล การจูงใจ หรือชมเชย
4. Labeling ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถแยกแยะว่าอะไรที่เป็นปัญหา
5. Foresight เป็นเทคนิคที่พยายามช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคาดการณ์ถึงอนาคต

3.1.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy) ทฤษฎี

เผชิญความจริง เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นพฤติกรรมปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา ผู้ริเริ่มคือ วิลเลียม กลาสเซอร์ เมื่อ ค.ศ. 1992 โดยที่เขาเชื่อว่า มนุษย์มีธรรมชาติที่ดีและมีความสามารถที่จะรับผิดชอบตนเอง และมนุษย์มีความต้องการที่จะมีเอกลักษณ์ (Identity) ซึ่งเอกลักษณ์นั้นมี 2 ทิศทางคือ เอกลักษณ์ด้านความสำเร็จ (Success Identity) กับเอกลักษณ์ด้านความล้มเหลว (Failure Identity) มนุษย์จะรักตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองมีค่า และสามารถรักผู้อื่นได้ก็ต่อเมื่อ เขารู้สึกว่าเขามีเอกลักษณ์ด้านความสำเร็จเท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ๆ ต้องสนับสนุนให้คนเหล่านี้รู้จักตนเอง มีความรับผิดชอบ พิจารณาส่งต่างๆ ตามสภาพที่เป็นจริง และรู้จักประเมินสิ่งถูกผิด องค์ประกอบเหล่านี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในคนที่มีเอกลักษณ์ด้านความล้มเหลวให้กลับมาเป็นผู้มีเอกลักษณ์ด้านความสำเร็จ เพื่อให้เขากลับมารักตนเองเห็นคุณค่าตนเอง

3.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM)

แนวคิดหลักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) 3) ความสมดุลในการตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Decision balance) และ 4) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change)

3.2.1 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) เป็นทฤษฎีของ

James O. Prochaska, Ph.D. และ Carlo Diclemente, Ph.D. ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า 1) คนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นแสดงออกว่าต้องเปลี่ยนหรืออยากเปลี่ยน หากไม่มีการแสดงออกว่าต้องทำหรือต้องเปลี่ยน แม้จะให้ข้อมูลเพียงใดก็จะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) บุคคลนั้นรับรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง คนรอบข้างอย่างไร และ 3) จะเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมก็ต่อเมื่อทราบว่าจะต้องขอความช่วยเหลือจากใคร การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกลไกหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1) Precontemplation ชั้นเพิกเฉยไม่สนใจปัญหา เป็นชั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองใน 6 เดือนที่ผ่านมา เพิกเฉย ไม่รับรู้ ไม่สนใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในชั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พูดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้นในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาบุคคลที่อยู่ในชั้นนี้ควรมีการใช้เทคนิคเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้ 1) สร้างความตระหนัก ปลุกจิตสำนึก (conscious raising) เป็นการใช่วิธีต่างๆบอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยน และผลดีของการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้การศึกษา อธิบาย ตีความหมายให้ฟัง บอกให้รู้ตรงๆ หรือรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ 2) การให้บุคคลนั้นพูดถึงความรู้สึกถึงการได้ทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าไม่ได้ทำจะรู้สึกอย่างไร และ 3) การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าเมื่อตนเปลี่ยนพฤติกรรมนี้จะส่งผลต่อบุคคลอื่น หรือคนรอบข้างอย่างไร (environmental reevaluation)

2) Contemplation ชั้นลังเลใจ เป็นชั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้เริ่มคิดที่จะเปลี่ยนใน 30 วันที่ผ่านมา เริ่มมีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน ในชั้นนี้ควรเปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้มีการประเมินตนเองมากที่สุด ถ้าตนเองทำพฤติกรรมนั้นๆ จะเป็นอย่างไร เกิดอะไรขึ้นบ้าง และถ้าไม่ทำสิ่งที่ตามมาจะเป็นอย่างไร

3) Preparation ชั้นตัดสินใจและเตรียมตัว เป็นชั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 30 วันข้างหน้า เมื่อตัดสินใจแล้วว่า จะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน ก็จะมีการวางแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ค้นคว้าข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในชั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมให้บุคคลนั้นเกิดการพัฒนาและพร้อมที่จะเปลี่ยนตามศักยภาพของตน

4) Action ชั้นลงมือปฏิบัติ เป็นชั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น

5) Maintenance ชั้นกระทำต่อเนื่อง เป็นชั้นที่บุคคลคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่และกระทำอย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในชั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในชั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะเวลาถือว่าเป็นการสร้าง ความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้

ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุล อย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และหากบุคคลนั้นกลับไปมีปัญหาซ้ำกลับ ไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีกก็จะเกิดการ Relapse คือ การที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหาซ้ำหรือเสพซ้ำอย่างเต็มตัว

3.2.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ เป็นองค์ประกอบที่ต้องนำมาใช้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ ในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงแบ่งเป็น 10 ประการ คือ

- 1) การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising) หมายถึง การที่ได้รับข้อมูลใหม่ และทำความเข้าใจแล้วนำมาสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมที่มีผลต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด
- 2) การระบายอารมณ์ (Dramatic relief) หมายถึง การแสดงออกในรูปของอารมณ์ความรู้สึกจากประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
- 3) การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) หมายถึง การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา ในเรื่องของความเข้าใจและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมตนเอง
- 4) การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation) หมายถึง การพิจารณาและ ประเมินได้ว่าการสูบบุหรี่ของตนมีผลเสียต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลใกล้เคียงซึ่งประเมินจากการ แบบสอบถามถึงผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม
- 5) การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning) หมายถึง การเลือก กิจกรรมที่มีประโยชน์มาปฏิบัติแทนการสูบบุหรี่
- 6) การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-liberation) หมายถึง การที่ตนเองมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้และสัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น
- 7) การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ทำให้รู้สึกถูกกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่อีกครั้ง
- 8) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship) หมายถึง การมีบุคคลที่พูดคุยได้ รับกำลังใจและการยอมรับด้วยความจริงใจระหว่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

9) การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement management) หมายถึง การที่ได้รับแรง เสริมในทางบวก เช่น การชมเชย และการได้รับรางวัลจากผู้อื่นเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้

10) การประกาศอิสรภาพของสังคม (Social liberation) หมายถึง การบอกกล่าว ให้บุคคล รอบข้างได้รู้ถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ ตนเอง

3.2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) เป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลมีต่อตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะพบว่าบุคคลที่อยู่ในขั้นไม่สนใจหรือขั้นลังเลใจจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่น้อยกว่าขั้นอื่น

3.2.4 ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) การชั่งน้ำหนักหาผลดีผลเสีย เหตุผลที่ควรเปลี่ยน เหตุผลที่ไม่ควรเปลี่ยน การหาเหตุผลสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้ได้มากที่สุด จะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ง่ายที่สุด

3.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

Caspersen, Powell and Christenson (1985) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกาย (Exercise) ว่าเป็น การออกแรงของกล้ามเนื้อจนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นการเคลื่อนไหวออกแรงอย่างมีแบบแผน และมีการกระทำซ้ำๆ เพื่อให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ ในบริบทของผู้วิจัยนำการออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการอยากบุหรี่

3.3.1 ผลกระทบของการออกกำลังกาย เมื่อมีการออกกำลังกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับร่างกายเพื่อปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมี 2 ประเภท ดังนี้ (Spielholz, 1990)

3.3.1.1 การปรับตัวทันที (response) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชั่วคราว เช่น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อหยุดออกกำลังกายก็จะกลับสู่ภาวะปกติเช่นเดิม หรือถ้าออกกำลังกายมากพอที่จะปรับตัวในระยะหลังขึ้น

3.3.1.2 การปรับตัวระยะหลัง (Adaptative or Training effect) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อปรับสภาพร่างกายใหม่ ให้สามารถรองรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกายในขนาดหนักมากกว่าปกติ เช่น การมีกล้ามเนื้อที่ใหญ่ ทนทานและแข็งแรงมากขึ้น

3.3.2 ประเภทของการออกกำลังกาย (Frontera, 2001) มีดังนี้

1) การบริหารข้อเพื่อคงหรือเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ

2) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงการบริหารเพื่อเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น Isometric exercise เป็นการออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อ ต่อด้านของวัตถุโดยไม่มี การเคลื่อนไหวของข้อ, Isotonic exercise เป็นการออกกำลังต้านแรงต้าน เป็นต้น

3) การออกกำลังเพื่อเพิ่มการคงทน

4) การออกกำลังเพื่อผ่อนคลาย

5) การออกกำลังเพื่อฝึกทักษะการประสานงาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้การออกกำลังกายเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ยังวิธีการเดินบนสายพานเนื่องจากการต้องมีการควบคุมระดับการออกกำลังกายให้อยู่ในระดับปานกลางโดยการติดตามการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น 40-60 %

3.3.3 ลักษณะของการออกกำลังกาย (สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธินและวุฒิชัย เพิ่มศิริ วาณิชย์, 2556) สิ่งที่ควรคำนึงถึง คือ วัตถุประสงค์การออกกำลังกาย วิธีการ ความแรง ระยะเวลา ความถี่ และข้อควรระวัง ในที่นี้ผู้วิจัยขอกล่าวถึงส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ วิธีการ ความแรง และ มีรายละเอียดดังนี้

3.3.3.1 วิธีการออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าการออกกำลังกายที่ช่วยในการลดความไม่สุขสบายจากอาการอยากบุหรี่ยัง ได้แก่ การเดินและการปั่นจักรยาน มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การออกกำลังกายระดับปานกลางโดยการปั่นจักรยานช่วยลดความอยากบุหรี่ยังและอาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่อย่างรวดเร็วหลังการออกกำลังกาย (Daniel, Cropley and Fife-Schaw, 2006) การเดินบนสายพาน รวมถึงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิค จะช่วยลดอาการอยากบุหรี่ยังในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวได้เช่นกัน (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007)

3.3.3.2 ความแรง (Intensity) ระดับความแรงของการออกกำลังกายโดยทั่วไปมี 6 ระดับ โดยดูจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นในแต่ละระดับ ดังนี้ (Lippincott, William and Wilkins, 2000)

- 1) ระดับเบามาก Heart rate เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 35%
- 2) ระดับเบา Heart rate เพิ่มขึ้น 35-45%
- 3) ระดับปานกลาง Heart rate เพิ่มขึ้น 55-69%
- 4) ระดับหนัก Heart rate เพิ่มขึ้น 70-89%
- 5) ระดับหนักมาก Heart rate เพิ่มขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับ 90%
- 6) ระดับหนักที่สุด Heart rate เพิ่มขึ้น 100%

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความแรงของ พบว่าการออกกำลังกายในระดับปานกลาง จะวัดจากการเต้นของชีพจรที่เพิ่มขึ้นเป็น 40-60 % ส่งผลต่ออาการขาด

นิโคติน อาการอยากบุหรี่และความรุนแรงของอาการอยากบุหรี่ลดลง (Taylor, Katomeri and Ussher, 2005)

3.3.4 กลไกการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อการลดอาการอยากบุหรี่ สามารถอธิบายได้ดังนี้ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007)

3.3.4.1 ช่วยลดความว้าวุ่นใจ (distraction) ระดับความแรงที่สูงขึ้นจากการออกกำลังกายจะส่งผลต่อ Ventilatory Threshold จะช่วยลดความต้องการ การรู้คิดลดลง ได้ดีกว่าการออกกำลังกายในระดับความแรงที่ต่ำ ส่วนการออกกำลังกายระดับความแรงที่ต่ำ จะมีการมุ่งเน้นไปที่สมอง ส่วนการรับรู้ ให้มีการพิจารณาร่างกายในส่วนต่างๆ ส่งผลต่อการมีสติที่เพิ่มขึ้น เช่น โยคะ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (stretching) และการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เป็นต้น นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยโดยติดตามการออกกำลังกายในระดับรุนแรงปานกลาง พบว่า ช่วยลดอาการอยากบุหรี่ได้ดีกว่า

3.3.4.2 ลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น (Stress reduction and activation) เมื่อติดตามผลการออกกำลังกายต่อการลดอาการอยากบุหรี่พบว่า การออกกำลังกายจะเป็นสื่อในการช่วยลดแรงกดดันและแรงกระตุ้นได้ดีกว่า

3.3.4.3 กลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) กลไกนี้มีการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย เช่น การเพิ่มขึ้นของ Beta Endorphins, Cortisol หรือ Opioids จะเป็นตัวที่เชื่อมโยงระหว่างการมีส่วนร่วมของการออกกำลังกายและการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และเกี่ยวข้องกับกลไกการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ มีการเพิ่มขึ้นของโดปามีนในส่วน of mesolimbic ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลาง เหมือนกับติดสารเสพติดอื่นๆ

4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกาย ที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นการทำกิจกรรมแบบกลุ่ม ทั้งหมด 8 ครั้ง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตาราง 1 ตารางแสดงรายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาของ Bernard et al. (2013)

กิจกรรม	กลยุทธ์	เวลาที่ ใช้
1. การให้คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - Information โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการลด/เลิกสูบบุหรี่ - Motivational readiness การสร้างแรงจูงใจในการลด/เลิกสูบบุหรี่ โดยการให้ข้อมูลถึงความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 	75 นาที
2. การออกกำลังกาย	<p>เป็นการออกกำลังกายด้วยการเดิน ใช้เวลา 90 นาที คือ 10 นาทีแรกเป็นการ warm down 50 นาที ต่อมาเป็นการออกกำลังกายด้วยการเดินซึ่งมีความแรงในระดับปานกลาง และอีก 10 นาทีถัดมาเป็นการ cool down และ 20 นาทีสุดท้ายเป็นการอภิปรายและสรุปถึงการทำการทำกิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring) กำลังในการออกกำลังกายและภาวะหายใจเหนื่อยหอบหรือไม่ - การสนับสนุนให้เกิดสังคมการออกกำลังกาย มีสัมพันธภาพระหว่างกัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการออกกำลังกาย - การประเมินตนเองถึงกำลังในการออกกำลังกายและภาวะหายใจเหนื่อยหอบโดยใช้ VAS (visual analog scale) 	90 นาที
3. การให้คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - การเพิ่มความตระหนักรู้ (Consciousness raising) โดยการส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจที่สมดุล (Decision balance) - การรับรู้ในสิ่งแวดล้อมที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Social liberation) โดยการเล่นเกมส์ตามบทบาทที่สมมติขึ้น (playing role game) - การระบุถึงวิธีการแก้ปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Identifying solution for change behavior) โดยการอภิปรายถึงวิธีการเผชิญปัญหากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เป็นอยู่ - การหาสิ่งทดแทน (Counter-conditioning) โดยการ 	75 นาที

กิจกรรม	กลยุทธ์	เวลาที่ ใช้
	จัดการกับความเครียด (Stress management)	
4. การออกกำลัง กาย	<ul style="list-style-type: none"> - การสะท้อนกลับ (Feedback) โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรม การออกกำลังกายที่กำลังทำอยู่นั้นมีประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่หรือไม่ - การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring) เรื่องของความพึงพอใจและภาวะหายใจเหนื่อยหอบในการออกกำลังกาย เครื่องมือ/การบ้าน - การประเมินตนเองถึงความพึงพอใจในการออกกำลังกายและภาวะหายใจเหนื่อยหอบโดยใช้ VAS (visual analog scale) 	90 นาที
5. การให้ คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) โดยการประเมินถึงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองว่าลดลงหรือไม่ - การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Helping relation) โดยการอธิบายวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เป็นอยู่ เพื่อสร้างพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ใหม่ที่ดีขึ้น - การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ตนเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้สำเร็จ - การเสริมแรง (Reinforcement) โดยชี้ให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่และเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงมีการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ และสะท้อนกลับ 	75 นาที
6. การออกกำลัง กาย	<ul style="list-style-type: none"> - การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินถึงภาวะเมื่อยล้าและภาวะหายใจเหนื่อยหอบโดยใช้ VAS (visual analog scale) - Social modeling โดยชี้ให้เห็นโอกาสที่ดีจากการออกกำลังกาย และผลดีของการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับตน 	90 นาที

กิจกรรม	กลยุทธ์	เวลาที่ ใช้
7. การให้คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) โดยการประเมินถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่าลดลงหรือไม่ - การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Helping relation) โดยการอธิบายวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เป็นอยู่ เพื่อสร้างพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใหม่ที่ดีขึ้น - การทำพันธะสัญญากับตนเอง (Self-liberation) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ตนเกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ - การเสริมแรง (Reinforcement) โดยชี้ให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่และเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงมีการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ และสะท้อนกลับ - Helping relation โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ - Peer education โดยการระบุถึงวิธีการที่เฉพาะในแต่ละบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 	75 นาที
8. การให้คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - Self-reevaluation โดยการอธิบายถึงการป้องกันในการเพิ่มปริมาณการสูบบุหรี่ และการเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ในอนาคต และระบุการตั้งเป้าหมายในอนาคตที่สามารถทำได้จริง และสามารถวัดได้ในระยะยาว - การเสริมแรง (Reinforcement) และการสะท้อนกลับ 	75 นาที

จากโปรแกรมดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยพบว่า ช่วงเวลาการเกิดอาการอยากบุหรี่ มักจะเกิดขึ้นประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายและมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3-5 วัน ที่อาจเพิ่มระดับความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Zhou and Jame, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการปรับโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับช่วงเวลาการเกิดอาการอยากบุหรี่ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วง 3 วันแรกเท่านั้น และจัดกิจกรรมให้มีความต่อเนื่องวันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ โดยในช่วงเช้าเป็นกิจกรรมการให้คำปรึกษา จำนวน 4

ครั้ง ครั้งละ 75 นาที และควบคู่ไปกับกิจกรรมออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้งในช่วงบ่าย ครั้งละ 90 นาที ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดอาการอยากบุหรี่ปริมาณการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี ส่วนในครั้งที่ 8 จะเป็นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลซึ่งทำก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อทบทวนเน้นย้ำถึงรายละเอียดของกิจกรรมที่ผ่านมา นำไปสู่การเกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ในกิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมในครั้งที่ 2, 4 และ 6 ซึ่ง Bernard et al. (2013) ได้เลือกวิธีการออกกำลังกายด้วยการเดินในระดับปานกลาง (moderate intensity) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับอาการอยากบุหรี่ปริมาณการเกิดจากการขาดนิโคติน ได้แก่ อาการด้านลบ ความวิตกกังวล และความรู้สึกอยากบุหรี่ปริมาณการออกกำลังกายเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย (warm up) 10 นาที เดินด้วยความแรงในระดับปานกลาง (moderate intensity) 50 นาที อีก 10 นาทีเป็นการ cool down จากการศึกษาเพิ่มเติมถึงรูปแบบ วิธีการ ความแรง และระยะเวลาของการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพบว่ามีการศึกษาถึงรูปแบบการออกกำลังด้วยวิธีต่างๆ เช่น การเดินบนสายพาน (Taylor, Katomeri and Ussher, 2005) การปั่นจักรยาน (Ussher, Nunziata and Cropley, 2001) การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิก (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการลดความรู้สึกอยากบุหรี่ปริมาณการได้ดีทั้งสิ้น และเมื่อศึกษาถึงระดับความแรงในการออกกำลังกายงานวิจัยส่วนใหญ่ มีผลการศึกษาที่ตรงกันว่า การออกกำลังกายระดับปานกลางส่งผลต่อการลดความรู้สึกอยากบุหรี่ปริมาณการได้ดี โดยการออกกำลังกายในระดับปานกลางจะวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเป็น 40-60 % (Ussher, Nunziata and Cropley, 2001) ดังนั้นผู้วิจัยจึงยังคงจัดให้ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (moderate intensity) เช่นเดิม แต่เพิ่มวิธีการออกกำลังกายให้มีความหลากหลายมากขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การเดินบนสายพาน การปั่นจักรยาน การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก และการเดินแอโรบิก ส่วนระยะเวลาการออกกำลังกายยังคงตามเดิม โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย (warm down) 10 นาที ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 50 นาที cool down อีก 10 นาที และมีการอภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย 20 นาที

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยผสมผสานระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้เน้นถึงระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความตั้งใจว่ามีความพร้อมอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อีกทั้งช่วยกำกับให้มีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่เสมอ ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเพิกเฉย (Pre-contemplation) 2) ระยะลังเลใจ (contemplation) 3) ระยะตัดสินใจ

(Determination) 4) ระยะลงมือกระทำ (Action) และ5) ระยะกระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) ซึ่ง Christopher C. Wagner and Karen S. Ingersoll (2013) ได้อธิบายถึงแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) มีรายละเอียดดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตาราง 2 แนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model)

TTM Process of change		Description	Promotes movement from which stage of change
1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึนึกคิด (Experiential process)	1.1 การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising)	การให้ความรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมนั้นอย่างถ่องแท้	Precontemplation Contemplation
	1.2 การระบายอารมณ์ (Dramatic relief)	การแสดงออกในรูปแบบของอารมณ์ความรู้สึนึกคิดจากประสบการณ์ที่ไม่ดีและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม	Precontemplation
	1.3 การประเมินตนเอง (Self-reevaluation)	การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในเรื่องของความรู้ความเข้าใจและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมตนเอง	Precontemplation Contemplation

TTM Process of change		Description	Promotes movement from which stage of change
	1.4 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation)	การพิจารณาและประเมินได้ว่าการสูบบุหรี่ของตนมีผลเสียต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลใกล้เคียงซึ่งประเมินจากการแบบสอบถามถึงผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม	Precontemplation Contemplation
	1.5 การปลดปล่อยทางสังคม (Social liberation)	การหาทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	Contemplation Maintenance
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior processes)	2.1 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-liberation)	การที่ตนเองมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้และสัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น	Preparation Action Maintenance
	2.2 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping)	การมีบุคคลที่พูดคุยได้ รับกำลังใจและ	Preparation

TTM Process of change		Description	Promotes movement from which stage of change
	relationship)	การยอมรับด้วยความ จริงจังระหว่าง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	Action Maintenance
	2.3 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)	การจัดการกับ ตัวกระตุ้นที่ทำให้ อยากสูบบุหรี่อีกครั้ง	Preparation Action Maintenance
	2.4 การเผชิญกับ เงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning)	การเลือกกิจกรรมที่มี ประโยชน์มาปฏิบัติ แทนการสูบบุหรี่	Preparation Action Maintenance
	2.5 การเสริมแรงใน การจัดการ (Reinforcement management)	การเสริมแรงใน ทางบวก เช่น การ ชมเชย และการได้รับ รางวัลจากผู้อื่นเมื่อ เลิกสูบบุหรี่ได้	Action Maintenance

จากการทบทวนระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ผู้วิจัยได้มีการ
ปรับกิจกรรมในส่วนของการให้คำปรึกษา ให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยง มีรายละเอียดดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นกิจกรรมครั้งที่ 1 จะใช้
กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นเพิกเฉย (Precontemplation) มีการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) โดย
เน้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย

- การชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและเกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Consciousness raising)
- การเน้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองถึงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง ทบทวนถึงประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน (Self-reevaluation) และนำข้อมูลที่ได้สะท้อนกลับ (feedback) เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหามากขึ้น
- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการระบายอารมณ์โดยแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน (Dramatic relief)
- การประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation)

การชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจ และหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เป็นกิจกรรมครั้งที่ 3 จะใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) ประกอบด้วย

- Decision balance โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ด้วยการพูดคุยถึงผลดีผลเสียของการเปลี่ยนและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Pros & Cons)
- Change Talk เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- Social liberation มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ อีกทั้งการเสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายแนวทางที่ชัดเจน
- Self liberation กิจกรรมดังที่กล่าวมาในขั้นตอนนี้จะส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติได้จริง

การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น เป็นกิจกรรมครั้งที่ 5 จะใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นการลงมือกระทำ (Action) ประกอบด้วย

- Self-reevaluation โดยเน้นการประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่
- Helping relation มีสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม และให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น อาการอยากบุหรี่ อาการถอนนิโคตินตามด้วยการฝึกทักษะการหยุดความคิด (Thought stopping)

ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เป็นกิจกรรมครั้งที่ 7 โดยผู้ป่วยทุกรายจะต้องมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) ประกอบด้วย

- Social liberation จะเน้นให้กลุ่มได้ทบทวนถึงทางเลือกที่เฉพาะของตนเพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน

- Peer education ระบุถึงวิธีการที่เฉพาะของตน

- Helping relation การสนับสนุนช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม การส่งเสริมทักษะเพิ่มเติมที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ เทคนิคการปฏิเสธ และเทคนิคการประเมินและการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เป็นกิจกรรมครั้งที่ 8

- เน้นการทบทวนการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ทั้งหมด

- การหาแนวทางการจัดการกับสิ่งที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับสิ่งกระตุ้น การฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ การเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ในอนาคต และเน้นย้ำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนที่ชัดเจนและสามารถทำได้จริง

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนขณะที่อยู่บ้าน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เดือนทิพย์ เขชมโสภาสและพรทิพย์ ชิวพัฒน์ (2555) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยวันบุหรี่ใช้แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and Diclemente เพื่อศึกษาถึงระดับความรู้ ความตั้งใจ และพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด หรือเด็กที่มีสุขภาพดี โดยเป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาหนึ่งกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยวันบุรีมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความตั้งใจ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้ดี

อรอนงค์ ส่งทวน (2552) ได้ศึกษาผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมกลุ่มละ 20 คน มีการจับคู่ค่านึงความคล้ายของระดับการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งในการพยายามเลิกสูบ ผลการวิจัยพบว่า อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ลดลง หลังได้รับโปรแกรม

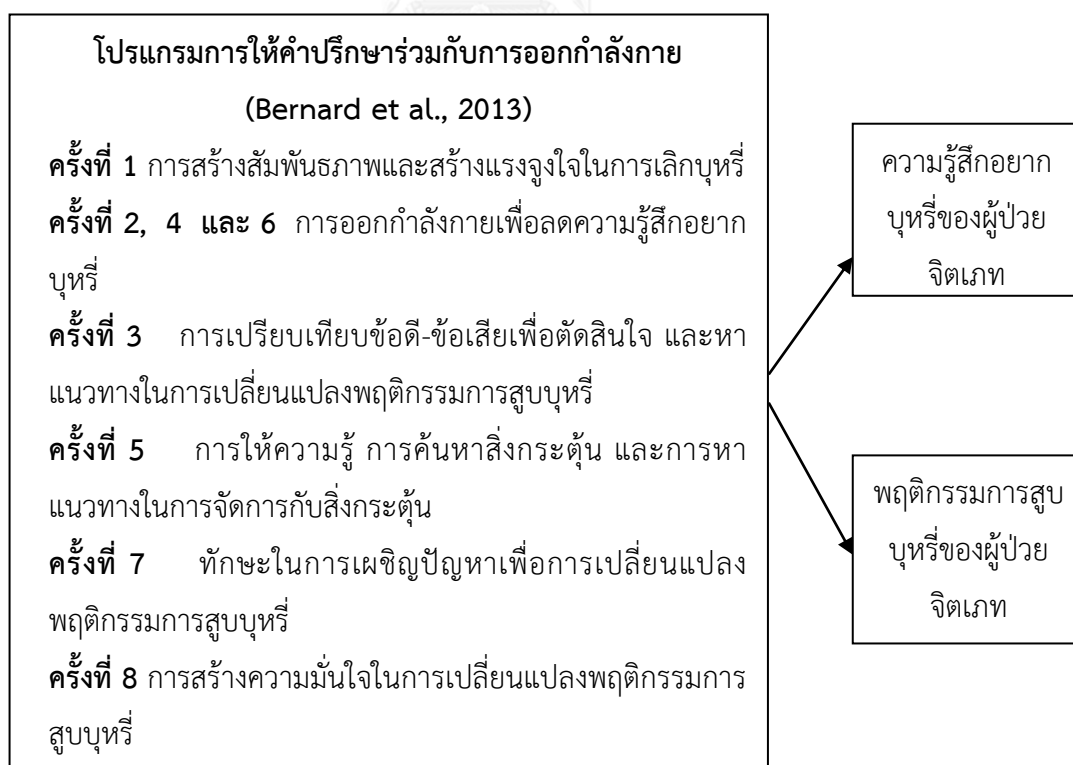
Bernard et al. (2013) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ร่วมกับการออกกำลังกาย โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายมาใช้ลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการศึกษาแบบ Single group prospective กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คน เป็นการศึกษาบูรณาการระหว่างการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิด การออกกำลังกาย ที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย โดยกิจกรรมมีทั้งหมด 8 ครั้ง จัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งใน 5 ครั้งจะเป็นการให้คำปรึกษา ส่วนอีก 3 ครั้งจะเป็นการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจในอาการของตนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อติดตามประเมินปริมาณการสูบ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ หลังจากได้รับโปรแกรมไปแล้ว 6 สัปดาห์ พบว่าปริมาณการสูบลดลงและระดับคาร์บอนไดออกไซด์คงที่เมื่อเทียบกับระดับคาร์บอนไดออกไซด์ ก่อนทดลอง มีแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับวิตกกังวลกับภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Taylor, Katomeri and Ussher (2005) ได้ศึกษาถึงผลของการเดินบนสายพานต่ออาการอยากบุหรี่ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวจำนวน 15 คนที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน และมีการหยุดสูบบุหรี่ 15 ชั่วโมงก่อนเข้าโปรแกรม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มควบคุมเดินบนสายพานเป็นระยะเวลา 15-20 นาที เป็นระยะทาง 1 ไมล์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้นั่งนิ่งๆ เป็นเวลา 40 นาที วัดความอยากบุหรี่และระดับความรุนแรงของความอยากบุหรี่ในนาทีที่ 10, 20, 30 และ 40 หลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Taylor, Ussher and Faulkner (2007) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายต่ออาการอยากบุหรี่ อาการขาดนิโคตินและพฤติกรรมการสูบ โดยการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) มีการเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 14 เรื่อง โดยใน 12 เรื่องเป็นการเปรียบเทียบระหว่างการออกกำลังกายแบบ Passive ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีกลไกในการลดอาการอยากบุหรี่ ขาดนิโคติน โดยช่วยลดอาการว้าวุ่นใจ (distraction) ลดความเครียดและแรงกระตุ้น (Stress reduction and activation) และเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกร้อยกายบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ ประเมินด้วยเครื่องมือวัดความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประเมินด้วยเครื่องมือวัดระดับการเสพติดบุหรี่หรือนิโคติน (Fagerstorm Test for Nicotine Dependence: FTND) ของ Fagerstorm (1993) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายของ Bernard et al. (2013) ซึ่งจะช่วยให้มีสารโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้นและทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ คือช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor et al., 2007) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและทักษะที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ (Riggs et al., 2001) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อให้ความเหมาะสมในการนำมาใช้ลดความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งสามารถแสดงในแผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ มีรูปแบบของการทดลองดังนี้

O ₁	O ₂	X	O ₃	X	O ₄	X	O ₅	O ₆	กลุ่มทดลอง
O ₇	O ₈		O ₉		O ₁₀		O ₁₁	O ₁₂	กลุ่มควบคุม

- X หมายถึง การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
- O₁ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
- O₂ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
- O₃ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายครั้งที่ 1
- O₄ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายครั้งที่ 2

- O₅ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายครั้งที่ 3
- O₆ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการสูบบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 2 สัปดาห์
- O₇ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการสูบบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₈ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₉ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติวันที่ 1
- O₁₀ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติวันที่ 3
- O₁₁ หมายถึง การประเมินความรู้สึกอยากบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติวันที่ 5
- O₁₂ หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการสูบบวหรือของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 2 สัปดาห์

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดบวหรือร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดบวหรือร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่อง 3 วันแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรือที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. มีประวัติการเสพติดบุหรี่หรือนิโคตินในระดับปานกลางขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2550) มีระดับคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป
3. เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วง 3 วันแรก
4. มีอาการทางจิตสงบ ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) พบว่ามีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ฟังและอ่านออกเขียนได้
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคหอบหืด
3. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตที่กำลังรุนแรง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (Polite and Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองของคะแนนความอยากบุหรี่ ตามการศึกษาของ อรอนงค์ ส่งทวน (2552) เรื่องผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 81.42% และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 18.58% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 พบว่ามีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็น 40 คน (Burns and Glove, 2005)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านความเห็นชอบอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกราตรี ตึกรสสุคนธ์ ตึกเฟื่องฟ้า และตึกพยัคฆมอก เพื่อขออนุญาตทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นโดยพิจารณาการวินิจฉัยโรค ประวัติการสูบบุหรี่ และระยะเวลาการเข้ารับการรักษาจากแฟ้มรายงานผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน และประเมินอาการทางจิต จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Damaj, Kao and Martin, 2003) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินมาพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับสูง (7-10 คะแนน) จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีคะแนนการเสพติดนิโคตินในระดับสูง จนได้ครบทั้ง 2 คู่

4. เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินได้จนครบ 2 คู่แล้ว จากนั้นผู้วิจัยทำการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 คู่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตาราง 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับการเสพติดนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่	คะแนนพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน	ระดับพฤติกรรม
-----	-------------------------------	---------------

ที่	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	การเสพติดนิโคติน
1	5	5	ระดับปานกลาง
2	5	5	ระดับปานกลาง
3	7	7	ระดับสูง
4	8	8	ระดับสูง
5	6	6	ระดับปานกลาง
6	5	5	ระดับปานกลาง
7	8	8	ระดับสูง
8	8	8	ระดับสูง
9	8	8	ระดับสูง
10	7	7	ระดับสูง
11	6	6	ระดับปานกลาง
12	9	9	ระดับสูง
13	5	5	ระดับปานกลาง
14	9	7	ระดับสูง
15	8	8	ระดับสูง
16	10	10	ระดับปานกลาง
17	7	7	ระดับสูง
18	5	6	ระดับปานกลาง
19	8	8	ระดับสูง
20	8	7	ระดับสูง

จากตารางที่ 3 จากการจับคู่ให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน โดยใช้ระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน ซึ่งผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) 7 คู่ รวมจำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินในระดับสูง (7-10 คะแนน) 13 คู่ จำนวน 26 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรม

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อเดือนกันยายน 2558 (ดังภาคผนวก จ หน้า)

การวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการหลังจากได้รับความเห็นชอบและได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อีกทั้งผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการดูแลและบำบัดรักษา สำหรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การเสพติดนิโคติน (FTND) และแบบประเมินความรู้สึกร้อยกายบุหรี (TCQ-SF)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายของ Bernard et al. (2013) ที่พัฒนาด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายของผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย แต่ในโปรแกรมหดกล่าวไม่ได้กล่าวรายละเอียดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมไว้ชัดเจนผู้วิจัยจึงทบทวน

วรรณกรรมเพิ่มเติมและผสานระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ในกิจกรรมแต่ละครั้งเพื่อให้เห็นถึงความชัดเจนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจาก Bernard et al. (2013) ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้ประยุกต์โปรแกรมดังกล่าวเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกาย ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้สึกอยากบุหรี่ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.2 ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้ขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

ระยะเวลา 75 นาที

รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม

สาระสำคัญ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีสาระสำคัญดังนี้

การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินกิจกรรมในระยะแรก เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การกล่าวทักทายทั่วไป (small talk) แนะนำตนเอง การละลายพฤติกรรมทำความรู้จักซึ่งกันและกันเพื่อสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองและเกิดความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกระบวนการในการบำบัดระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Motivation readiness) สมาชิกจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความตระหนักในพฤติกรรมดังกล่าวก่อน โดยผู้บำบัดจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Consciousness raising) จากนั้นผู้บำบัดจำเป็นต้องให้สมาชิกประเมินถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Self-reevaluation) ประเมินความรู้ความเข้าใจและความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมาน้อยเพียงใด อีกทั้งยังส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบายถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Dramatic relief) ซึ่งผู้บำบัดจะทำหน้าที่กระตุ้นและสะท้อนกลับเพื่อให้สมาชิกเห็นถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง มองตนเองอย่างเข้าใจ รวมถึงการประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation) หลักการดังกล่าวจะช่วยผลักดันให้มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) จากระยะเพิกเฉย (Pre-contemplation) ไปเป็นระยะลังเลใจ (Contemplation)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยๆ

ระยะเวลา 90 นาที

รูปแบบ บำบัดเป็นรายบุคคล

สาระสำคัญ

ความรู้สึกลอยๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยการหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการลอยๆ ได้ และนำไปสู่ความล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ซึ่งวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเป็น 40-60 % (Ussher, Nunziata and Cropley, 2001) ส่งผลต่อ Ventilatory Threshold จะช่วยลดความรู้สึกลอยๆ ลดความว้าวุ่นใจ อีกทั้งเป็นสื่อช่วยในการลดความเครียด แรงกดดันและแรงกระตุ้นได้ดี นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น Beta Endorphins, Cortisol หรือ Opioids โดยเฉพาะโดปามีน ในส่วนของ mesolimbic ซึ่งอยู่ในสมอง

ส่วนกลาง จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward pathway เพิ่มขึ้นทดแทน การกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ เหมือนกับติดสารเสพติดอื่นๆ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) เพิ่มความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ และช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ จากการที่ต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวนี้ได้ กิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 อธิบายถึงวิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (Moderate exercise) ว่า ช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ได้อย่างไร เพื่อสร้างแรงจูงใจ อีกทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มช่วยกันคิด เสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์มาทดแทนการสูบบุหรี่ (Counter conditioning) ว่ามีวิธีการ ใดบ้าง (10 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 เป็นกระบวนการออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย (warm down) 10 นาที ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 50 นาที (โดยกำกับจากอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มขึ้น 40-60%) และ cool down อีก 10 นาที (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) ซึ่งผู้วิจัย จัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายด้วยเครื่องปั่นจักรยาน ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งผู้วิจัยจะประเมิน ความรู้สึกอยากบุหรี่ วัดสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย และวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างการออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการออกกำลังกายผู้วิจัยจะสรุปให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับ จากกิจกรรมดังกล่าว ร่วมกับการชมเชย และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Reinforcement management) (10 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ระยะเวลา 75 นาที
รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม
สาระสำคัญ

มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และมี แนวทางที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมิน ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ ในขั้นลังเลใจ (contemplation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่

ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) โดยผู้บําบัดส่งเสริมให้สมาชิกมีการชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Decision balance) ใช้หลักการพุดคุยถึงผลดีผลเสียของการเปลี่ยนและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Pros & Cons) พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันเสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Social liberation) รวมถึงค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร่วมกันอภิปรายถึงวิธีการแก้ปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แล้วให้สมาชิกได้เลือกแนวทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติได้จริง (Self-liberation)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่แบบชั่วคราว ทำเช่นเดียวกับกิจกรรมการออกกำลังกายในครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 5 การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

ระยะเวลา 75 นาที

รูปแบบ บําบัดเป็นรายกลุ่ม

สาระสำคัญ

สิ่งกระตุ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ โดยเริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นการลงมือกระทำ (Action) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้ประเมินตนเอง (Self-reevaluation) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) โดยร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหา อภิปรายถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น อาการอยากบุหรี่ อาการถอนนิโคติน ตามด้วยการฝึกทักษะการหยุดความคิด (Thought stopping) โดยการสาธิตวิธีการ ยกตัวอย่างสถานการณ์และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดวิเคราะห์และปฏิบัติตาม จากนั้นร่วมกันสรุปถึงแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นอย่างชัดเจนและเป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้จริงอีกครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่แบบชั่วคราว ทำเช่นเดียวกับกิจกรรมการออกกำลังกายในครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 7 ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่

ระยะเวลา 75 นาที

รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม

สาระสำคัญ

การเสริมสร้างทักษะในการเผชิญปัญหา เป็นสิ่งที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยเริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งสมาชิกทุกรายจะต้องมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) และผู้วิจัยจะให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนถึงทางเลือกที่เฉพาะของตนเพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตน (Social liberation) และระบุถึงวิธีการที่เฉพาะของตน (Peer education) จากนั้นร่วมกันอภิปรายโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงทางเลือกวิธีการต่างๆ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) และผู้บำบัดจะส่งเสริมทักษะเพิ่มเติมที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ เทคนิคการปฏิเสธ และเทคนิคการประเมินและการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรมครั้งที่ 8 การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่

ระยะเวลา 60 นาที
รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม
สาระสำคัญ

การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้จะจัดทำเป็นรายบุคคลก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การทบทวนการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งหมด รวมถึงการหาแนวทางการจัดการกับสิ่งที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับสิ่งกระตุ้น การฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ การเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ในอนาคต และเน้นย้ำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนที่ชัดเจนและสามารถทำได้จริง จากนั้นเป็นการประเมินผลและสรุปถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยจะเน้นการใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarization) การยืนยันยืนยันรับรอง (Affirmation) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองขณะที่อยู่บ้าน และผู้วิจัยจะติดตามประเมินถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือและเขียนรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมไว้ในคู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่สำหรับพยาบาลไว้อย่างละเอียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายที่พัฒนาขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าว พร้อมทั้งทำการปรับปรุงเนื้อหา ภาษาที่ใช้และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยอมรับถึงการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการออกกำลังกาย จำนวน 5 คน

ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก หน้า 124) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมดังกล่าว

จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index-CVI) ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) (ตั้งสูตรการคำนวณในภาคผนวก ข หน้า 126) พบว่า ได้ค่า CVI เท่ากับ .88 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมนี้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและด้านภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง โดยมีประเด็นของการปรับแก้ไข ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ได้มีการปรับเนื้อหาเพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นการสูบบุหรี่ และเทคนิควิธีการในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ด้วยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเขียนระบุถึงสิ่งกระตุ้นในการสูบบุหรี่ให้ได้จำนวนมากที่สุด เพราะจะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนเมื่อนำมาอภิปรายในกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับมุมมองของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 2 ในกิจกรรมครั้งที่ 3 ได้มีการปรับเพิ่มเนื้อหาในส่วนต้นๆ ของกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ และสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างความคิด และความรู้สึกได้ จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างความคิด และความรู้สึก ไปยังตัวกระตุ้น โดยมีการเพิ่มตัวอย่างเพื่อให้มองเห็นภาพชัดเจนขึ้น

ประเด็นที่ 3 ในกิจกรรมครั้งที่ 5 ได้มีการปรับเพิ่มกิจกรรมกลุ่มโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการโหวตถึงสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่พบได้บ่อยๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างต้องสูบบุหรี่ จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มระดมความคิดเห็นภายในกลุ่มว่าถ้าเจอตัวกระตุ้นดังกล่าวแล้ว จะเกิดความคิดอย่างไรได้บ้างทั้งในด้านบวก และด้านลบ และความคิดดังกล่าว โดยเฉพาะความคิดในด้านลบ จะนำไปสู่การเกิดความรู้สึกอะไรตามมาได้บ้าง และความรู้สึกเหล่านั้นจะนำไปสู่การสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร

ประเด็นที่ 4 ในกิจกรรมครั้งที่ 5 ได้ปรับให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายและวิพากษ์ถึงวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคของการสูบบุหรี่ โดยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์ตัวอย่างขึ้นมาและให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันระดมความคิด จากนั้นอภิปรายร่วมกัน

หลังจากปรับแก้ทั้งสี่ประเด็นข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 5 คน ที่ตีผู้ป่วยสามัญชายเฟื่องฟ้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างวันที่ 1 – 7 กันยายน 2558 โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 8 ครั้ง ตามเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ทั้งในแง่ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่าง ๆ ได้ค่อนข้างดี สามารถปฏิบัติตามได้ และแต่ละกิจกรรมสามารถดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขเนื้อหาในโปรแกรมเพิ่มเติม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน (FTND) และแบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ (TCQ-SF) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยทางจิต จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนสุดท้าย จำนวนครั้งที่พยายามจะเลิกสูบบุหรี่ เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใดบ้าง ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด และสาเหตุการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

2.2 แบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form :

TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึงความรู้สึกอยากบุหรี่ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุ่นหัน พลันเล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) ด้านการมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ คือ Heishman SJ ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ให้แปลเครื่องมือดังกล่าวเป็นภาษาไทย และใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (ดังเอกสารในภาคผนวก ค หน้า 132) จากนั้นผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีความเข้าใจในบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี

แบบประเมิน TCQ-SF ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert Scale) 7 ระดับ ระหว่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) โดยให้คะแนน 1-7 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทั้ง 12 ข้อมารวมกัน โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 12-84 คะแนน แปลผลคะแนนโดยผู้วิจัยที่มีคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้สึกอยากบุหรี่มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี รวมถึงการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการออกกำลังกาย เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้วยการให้คะแนนความสอดคล้องของคำถามในแต่ละข้อกับคำจำกัดความของตัวแปรนี้ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในระดับ 3 และ 4 มาใช้ ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยคำนวณจาก สัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยัรนากร, 2553) (ดังสูตรการคำนวณในภาคผนวก ข หน้า 126) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .98 ถือว่าผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับข้อคำถามในข้อ 7, 10-12 ใช้คำว่า “ถ้า” แทน “หาก” เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับคำถามข้ออื่นๆ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form: TCQ-SF) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงเครื่องมือเท่ากับ .88 (รายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 127)

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้เครื่อง Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerstorm (1993) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2550) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประเมินค่าคะแนนตามข้อที่เลือกตอบ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

- 1) ท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน คำตอบมี 4 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน
- 2) เวลาที่เริ่มสูบบุหรี่มวนแรก คำตอบมี 4 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน
- 3) ท่านสูบบุหรี่มากในช่วง 2-3 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวันหรือไม่ คำตอบมี 2 ตัวเลือก มีคะแนน 0 ถึง 1 คะแนน
- 4) บุหรี่มวนไหนที่ท่านรู้สึกว่ายากที่จะโยนทิ้งมากที่สุด คำตอบมี 2 ตัวเลือก มีคะแนน 0 ถึง 1 คะแนน
- 5) ท่านยังคงสูบบุหรี่แม้ว่าจะเจ็บป่วย หรือต้องนอนอยู่บนเตียงนอน หรือไม่สบายเป็นไข้หวัด หรือไออย่างหนัก คำตอบมี 2 ตัวเลือก มีคะแนน 0 ถึง 1 คะแนน
- 6) ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่ที่ต้องอยู่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ คำตอบมี 2 ตัวเลือก มีคะแนน 0 ถึง 1 คะแนน

คิดคะแนนของแบบประเมินนี้ ด้วยการนำคะแนนของทั้ง 6 ข้อมารวมกัน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนนพฤติกรรม การสูบบุหรี่นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
0 - 4 คะแนน	พฤติกรรม การติดยาหรือระดับเล็กน้อย
4 - 6 คะแนน	พฤติกรรม การติดยาหรือระดับปานกลาง
7 - 10 คะแนน	พฤติกรรม การติดยาหรือในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) นี้ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรือ รวมถึงการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการออกกำลังกาย เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมเชิงภาษา กับความตรงเชิงโครงสร้างคือค่าจำกัดความของตัวแปรแต่ละตัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และ ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) (ดังสูตรการคำนวณในภาคผนวก ข หน้า 126) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ถือว่าผ่าน

เกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) นี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่และมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82 (รายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 127)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือนี้พัฒนาโดยรุ่งทิพา ใจจา (2550) ตามแนวทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbien (1980) ใช้ประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมในการประเมินถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ แบบประเมินนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ เพื่อประเมินว่าข้อคำถามนั้นๆ ตรงกับความรู้สึกมากของผู้ตอบน้อยเพียงใด สามารถเลือกตอบได้เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับความรู้สึก	ความหมาย
1	น้อยที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด
2	ค่อนข้างน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างน้อย
3	น้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
4	มาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
5	ค่อนข้างมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
6	มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การคิดคะแนน ทำได้โดยนำคะแนนของทั้ง 12 ข้อ มารวมกัน สำหรับการแปลผลคะแนนนั้น เป็นการแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ซึ่งประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom (1991) โดยแบบประเมินนี้มีค่าคะแนนระหว่าง 12-72 คะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	การแปลผล
12-42	ต่ำกว่าร้อยละ 60	มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ต่ำ
43-57	ร้อยละ 60-80	มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ปานกลาง
58-72	มากกว่าร้อยละ 60	มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่นี้ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ รวมถึงการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการออกกำลังกาย เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1 คน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมเชิงภาษา กับความตรงเชิงโครงสร้างคือค่าจำกัดความของตัวแปรแต่ละตัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และ ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ซึ่งต้องมีค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992; บุญใจ ศรีสถิตยรักรู, 2553) (ดังสูตรการคำนวณในภาคผนวก ข หน้า 126) ซึ่งในสำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ.98 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่อย่างไรก็ตามแม้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จะผ่านเกณฑ์คุณภาพ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มคำว่า “จะ” ในข้อความที่ 1-4 เช่น “ข้าพเจ้าจะไม่ไปในแหล่งที่จำหน่ายบุหรี่” เพื่อให้ข้อความเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับคำถามข้ออื่น

ประเด็นที่ 2 ผู้วิจัยให้ปรับเปลี่ยนข้อความจากคำว่า “ข้าพเจ้า” เป็นคำว่า “ฉัน” ในทุกข้อความของแบบสอบถามนี้ เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแบบสอบถามอื่น

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่นี้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่

ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88 (รายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 127)

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึงระดับความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเวช พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 ซึ่งพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ (2549) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2= สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทั้ง 18 ข้อ มารวมกัน โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 18-126 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
18-36	หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย
คะแนนมากกว่า 36	หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ มีคะแนนระดับความรุนแรงของอาการทางจิตในระดับน้อย คือ มีคะแนนตั้งแต่ 36 คะแนน หรือน้อยกว่า

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ จำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และ

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านขององค์ความรู้ โดยศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจาก ตำรา งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเด็นที่เกี่ยวกับ แนวคิดและทฤษฎีของการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกาย รวมถึง วิธีการและเทคนิคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมีความชำนาญ ก่อนการนำไปใช้จริง

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตามที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยทำหนังสือแนะนำแนบตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล ในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้จิตเภทที่ติดบุหรี่หรือสารเสพติดอื่น

1.7 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยติดต่อประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกราตรี ตึกรสสุคนธ์ ตึกเฟื่องฟ้า และตึกพยัคฆมอก เพื่อขออนุญาตทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นโดยพิจารณาการวินิจฉัยโรค ประวัติการสูบบุหรี่ และระยะเวลาการเข้ารับการรักษาจากแฟ้มรายงานผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน และประเมินอาการทางจิต จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

1.9 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยใช้คะแนนระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินมาพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับสูง (7-10 คะแนน) จากนั้นผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินในระดับที่ใกล้เคียงกันคือระดับปานกลางจับคู่กัน และระดับสูงจับคู่กัน เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินได้จนครบ 20 คู่แล้ว จากนั้นผู้วิจัยทำการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลุ่มละ 20 คน

1.10 เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทำการประเมินก่อนดำเนินการวิจัย (Pre-test)

2. ขั้นตอนการวิจัย

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน (FTND) และแบบประเมินความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ (TCQ-SF)

2.1.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินด้านร่างกายจิตใจ การเข้ากลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามปัญหาอาการ การวางแผนจำหน่าย รวมถึงปฏิบัติตามกฎระเบียบการงดสูบบุหรี่

2.1.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการติดตามประเมินถึงความรู้สึกร้อยกายบุหรี่เป็นระยะ ๆ โดยประเมินจำนวน 3 ครั้ง ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 1 วันที่ 3 และวันที่ 5 เนื่องจากความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ยานั้นมักจะเกิดขึ้นประมาณ 2 หรือ 3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายและมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3 -5 วัน จากนั้นความรุนแรงก็จะลดลงเรื่อยๆ เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และนัดประเมิน

พฤติกรรมกรสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากที่ถูกผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Post-test)

2.1.1.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรเสพติดนิโคติน (FTND) แบบประเมินความรู้สึกรอกยาสูบหรี่ (TCQ-SF) และแบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2.2 หลังจากประเมิน Pre-test ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการออกกำลังกาย ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกรอกยาสูบหรี่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้าย ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยดำเนินการที่หอผู้ป่วยสามัญชายราตรี และห้องฟ้า โดยผู้วิจัยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรม ตามวันเวลา และสถานที่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตาราง 4 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

กิจกรรม	กลุ่มที่ / จำนวน สมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่	1 (10)	14/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกราตรี
	2 (10)	15/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกรอกยาสูบหรี่	1 (10)	14/9/58	13.30-15.00 น.	ตึกราตรี
	2 (10)	15/9/58	13.30-15.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจและหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรสูบบุหรี่	1 (10)	16/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกราตรี
	2 (10)	17/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 4 การออกกำลังกายเพื่อลด	1 (10)	16/9/58	13.30-15.00 น.	ตึกราตรี

กิจกรรม	กลุ่มที่ / จำนวน สมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
ความรู้สึกลอยากบुหรี	2 (10)	17/9/58	13.30-15.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 5 การให้ความรู้ การค้นหาสิ่ง กระตุ้น และการหาแนวทางในการ จัดการกับสิ่งกระตุ้น	1 (10)	18/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกราตรี
	2 (10)	19/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 6 การออกกำลังกายเพื่อลด ความรู้สึกลอยากบुหรี	1 (10)	18/9/58	13.30-15.00 น.	ตึกราตรี
	2 (10)	19/9/58	13.30-15.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 7 ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่	1 (10)	20/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกราตรี
	2 (10)	21/9/58	09.45-11.00 น.	ตึกเฟื่องฟ้า
ครั้งที่ 8 การสร้างความมั่นใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่	1 (10)	จัดทำเป็นรายบุคคลก่อน		ตึกราตรี
	2 (10)	จำหน่าย รายละเอียด 45-60 นาที		ตึกเฟื่องฟ้า

โดยมีรายละเอียดชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับ การออกกำลังกาย ดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างกันภายในกลุ่ม
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องพิษภัยบุหรี
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีตระหนักในพิษภัยบุหรีและมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีทุกคนสามารถ

1. ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี โดยเกิดความไว้วางใจและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม
2. บอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้

3. บอกถึงพิษภัยบุหรี่ได้
4. ประเมินถึงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้
5. บอกถึงผลกระทบ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ของตนเองได้
6. บอกถึงประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้
7. ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

การดำเนินกิจกรรม

ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา (30 นาที) โดยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องทั่วไป (small talk) แสดงท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือและยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เกิดความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มแนะนำตัวทำความรู้จักกันผ่านกิจกรรมละลายพฤติกรรม เมื่อบรรยากาศผ่อนคลาย ผู้วิจัยจึงเริ่มชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกระบวนการในการร่วมกิจกรรม กฎกติกา ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และพูดถึงประเด็นการรักษาความลับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2) ในขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 45 นาที ดำเนินกิจกรรมโดยเริ่มต้นด้วยการให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ประเมินถึงความพร้อมหรือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากนั้นให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องพิษภัยบุหรี่ผ่านใบความรู้ วิดีโอเรื่องพิษภัยบุหรี่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมภายในกลุ่มโดยการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นและเชื่อมโยงกับรูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ รวมถึงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง นำปัญหาที่ได้มาสะท้อนกลับเพื่อให้เห็นถึงปัญหาของตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
3. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่
4. คู่มือสำหรับผู้ป่วย
5. วิดีโอเรื่องพิษภัยบุหรี่
6. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี่

7. ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบวัดความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่
8. ใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง
9. ใบกิจกรรมที่ 1.3 แบบสำรวจผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของตนเอง
10. ใบกิจกรรมที่ 1.4 ประโยชน์จากการเลิกบุหรี่

การประเมินผล

การประเมินผลสำหรับกิจกรรมครั้งที่ 1 นี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ตามการดำเนินกิจกรรม คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ แต่ละขั้นตอนสามารถสรุปผลการประเมิน ได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1 ดังกล่าวมา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี เกิดความไว้วางใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม เห็นได้จากสีหน้าท่าที ยิ้มแย้มแจ่มใส และให้ความร่วมมือในการพูดคุยตอบคำถามดี สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างถูกต้องและชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีผลการประเมินดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพิษภัยบุหรี่มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินในใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบวัดความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ ที่พบว่าผู้ป่วยทุกรายผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนความรู้ถูกต้อง ร้อยละ 70 ขึ้นไป

2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินและสามารถประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินจากใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ผลการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีปริมาณการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยร้อยละ 20.35 มวน/วัน หรือเทียบเท่ากับ 1 ซอง/วัน ซึ่งถือว่าการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก (Heavy smoking) (Heidi et al., 2012)

3. มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยจะเห็นได้จากผลการประเมินตามใบกิจกรรมที่ 1.3 แบบสำรวจผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่ จะระบุถึงผลกระทบในด้านต่างๆ ของการสูบบุหรี่ ดังนี้

- ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะรับรู้ ว่า บุหรี่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา เช่น โรคมะเร็ง โรคปอด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

- ด้านอารมณ์จิตใจ พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกรายรับรู้ว่าจะเมื่อติดบุหรี่มากๆ ถ้าไม่ได้สูบจะทำให้อารมณ์เสียหงุดหงิด มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่คิดว่าบุหรี่ไม่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ ผู้วิจัยจึงได้

อธิบายเพิ่มเติมว่าบุหรี่ปริศส่งผลต่ออารมณ์อย่างไร และสะท้อนให้เห็นถึงอาการก่อนมานอนโรงพยาบาลว่าบุหรี่ปริศจะทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดนอนไม่หลับ

และหลังจากผู้วิจัยได้...สะท้อนกลับ (feedback) ในประเด็นของอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เครียด หงุดหงิด ก้าวร้าว เชื่อมโยงไปกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย พบว่า ทุกรายก็รับรู้และเข้าใจในประเด็นของบุหรี่ปริศว่าส่งผลต่ออารมณ์จิตใจได้เป็นอย่างดี ดังจะเห็นได้จากข้อความที่ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ตอนที่ผมอยู่ที่บ้านผมติดบุหรี่ปริศหนักมากสูบบวันละ 1 ซอง บางทีเครียดมากๆ สูบมากกว่า 1 ซองอีก พอผมไม่ได้สูบผมรู้สึกหงุดหงิดมาก นอนก็ไม่หลับจะต้องหามาสูบให้ได้”

- ในด้านอื่นๆก็จะเป็นด้านเศรษฐกิจรายได้ ส่วนใหญ่บอกว่า ต้องเสียเงินจำนวนมากเพื่อไปซื้อบุหรี่ปริศ ผู้วิจัยจึงคำนวณราคาให้ผู้ป่วยเห็นชัดเจนว่าบุหรี่ปริศ 1 ซอง ราคาประมาณ 65 บาท ถ้าสูบทุกวัน ใน 1 เดือน จะเสียเงินราว 1,950 บาท และเชื่อมโยงไปว่าเงินที่เสียไปได้ประโยชน์อะไร กลับคืนมาบ้างทุกรายก็ตอบว่า “ไม่มี” และผู้วิจัยก็เสริมต่อไปว่าเงินจำนวนนี้เอาไปทำประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ลูก และคนในครอบครัวได้

4. ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปริศทุกคนสามารถรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ดังจะเห็นได้จากใบกิจกรรมที่ 1.4 เรื่องประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ปริศ ซึ่งผู้ป่วยระบุถึงประโยชน์ต่างๆ ของการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ “ไม่ต้องเสียเงิน” “สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคร้าย” “มีอายุยืนขึ้น” “คนรอบข้างไม่รังเกียจอยากอยู่ใกล้” “ลดการเกิดอาการทางจิตกำเริบได้” ฯลฯ เป็นต้น

5. เมื่อประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในตอนท้ายของการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปริศทุกรายสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในข้อ 4 คือ หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้ป่วยทุกรายต้องมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) เมื่อพิจารณาถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจเป็นรายบุคคล พบว่า มีจำนวน 17 ราย ที่อยู่ในระยะลังเลใจ (Contemplation) ส่วนอีก 3 ราย อยู่ในระยะการตัดสินใจ ดังจะเห็นได้จากข้อความที่ผู้ป่วยบางรายพูด เช่น

“ผมคิดว่าถ้ากลับบ้านไปควรจะต้องลดการสูบบุหรี่แล้วครับ”

“ผมอยากเลิกบุหรี่ปริศแต่ผมกลัวว่าผมจะเลิกไม่ได้”

“ผมอยากเลิกบุหรี่ปริศครับ แต่เหตุผลที่สูบบุหรี่เพราะเครียด แล้วถ้าผมเครียดละครับจะทำยังไง”

“ถ้าผมเลิกบุหรี่ปริศได้ลูกสาวผมคงให้ผมอุ้มและกอดมากขึ้นครับ ไม่แสดงท่าทีเหม็นบุหรี่ปริศ”

กิจกรรมครั้งที่ 2, 4 และ 6 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ปริศ

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีความรู้สึกริ่อกอยากบุหรี่ลดลง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทุกคนได้รับ

1. การประเมินความรู้สึกริ่อกอยากบุหรี่
2. การออกกำลั้กายระดับปานกลางอย่างถูกต้องตามขั้นตอน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. คู่มือสำหรับผู้ป่วย
3. ใบความรู้ที่ 2.1 การออกกำลั้กายลดอาการอยากสูบบุหรี่
4. ใบกิจกรรมที่ 2.1 แบบประเมินความรู้สึกริ่อกอยากบุหรี่
5. ใบกิจกรรมที่ 2.2 แบบบันทึกผลการออกกำลั้กาย
6. เครื่องวัดสัญญาณชีพ
7. เครื่องปั่นจักรยาน
8. เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ

การดำเนินกิจกรรม

การออกกำลั้กายเพื่อลดความรู้สึกริ่อกอยากบุหรี่ในโปรแกรมนี้จะมีการออกกำลั้กายทั้งหมด 3 ครั้ง หลังจากที่ถูกวิจัยได้มีการประเมินกลุ่มตัวอย่าง 3 วันแรกที่มานอนโรงพยาบาล จะมีการออกกำลั้กายในวันที่ 1 วันที่ 3 และวันที่ 5 ของโปรแกรม จะมีการติดตามความรู้สึกริ่อกอยากบุหรี่ในช่วงแรกก่อนออกกำลั้กาย และหลังจากออกกำลั้กายทั้ง 3 ครั้ง ในกิจกรรมครั้งนี้เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจโดยอธิบายเชื่อมโยงถึงวิธีการออกกำลั้กายในระดับปานกลาง (Moderate exercise) ว่าช่วยลดความรู้สึกริ่อกอยากบุหรี่ได้อย่างไร ร่วมด้วยการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดเสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์มาทดแทนการสูบบุหรี่ (Counter conditioning) ว่ามีวิธีการใดบ้าง จากนั้นเข้าสู่กระบวนการออกกำลั้กายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย (warm down) 10 นาที ออกกำลั้กายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 50 นาที (โดยกำกับจากอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 40-60%) และ cool down อีก 10 นาที (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) ซึ่งผู้วิจัยจะให้สมาชิกเลือกวิธีการออกกำลั้กายตามที่ตนชอบและสนใจ โดยเตรียมอุปกรณ์สำหรับออกกำลั้กายไว้ให้ เช่น เครื่องปั่นจักรยาน สายพานสำหรับเดินหรือวิ่ง เป็นต้น ในการออกกำลั้กายแต่ละครั้งผู้วิจัยจะ

ประเมินความรู้สึกร้อยกายบุหรี วัดสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย และวัดอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างการออกกำลังกาย เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการออกกำลังกายผู้วิจัยจะสรุปให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมดังกล่าว ร่วมกับการชมเชย

การประเมินผล

จากการประเมินผลการออกกำลังกายของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีในทั้ง 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการออกกำลังกายตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการออกกำลังกายคนละประมาณ 20-30 นาที เพื่อให้ถึงระดับที่ช่วยลดความรู้สึกร้อยกายบุหรี นั่นคือ มีชีพจรเพิ่มขึ้นจากก่อนออกกำลังกายเป็น 40-60% และผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนความรู้สึกร้อยกายบุหรีลดลงในแต่ละครั้งตามลำดับ ดังผลการประเมินซึ่งแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจและหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีได้ค้นหาทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี
3. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีการวางแผนสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีสามารถ

1. ระบุข้อดีข้อเสียในการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีได้
2. กล่าวข้อความที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีได้
3. บอกถึงปัญหา อุปสรรคและวิธีการจัดการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีได้
4. บอกถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีของตนเองได้
5. บอกถึงแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีของตนเองได้
6. ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

การดำเนินกิจกรรม

ในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจ และขั้นตอนที่ 2 เส้นทางสู่การเลิกบุหรี่ มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจการชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 35 นาที เริ่มต้นด้วยการประเมินถึงความพร้อมหรือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าอยู่ในขั้นใดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในแต่ละรายได้วิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นถามผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในประเด็นดังนี้ “หากยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องจะมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร” และ “หากเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร” กระตุ้นให้แต่ละคนร่วมกันอภิปรายถึงผลการวิเคราะห์การชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจที่ได้ ผู้วิจัยอธิบายเชื่อมโยงผลของการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ ไปสู่ความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เมื่อแต่ละคนได้ตัดสินใจเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้ว ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุรุษีก้าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมและแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 เส้นทางสู่การเลิกบุหรี่ ในขั้นตอนนี้ใช้เวลา 40 นาที เริ่มต้นด้วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุรุษีก้าวถึงประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน จากนั้นผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่องเส้นทางสู่การเลิกบุรุษีก้าว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวและนำไปสู่การวางแผนที่จะเลิกบุรุษีก้าวของตน เปิดโอกาสให้แต่ละคนได้ร่วมกันค้นหาปัญหา อุปสรรคและวิธีการจัดการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ร่วมกันเสนอทางเลือกที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการเลิกบุรุษีก้าวของแต่ละคนที่สามารถทำได้จริง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
3. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. คู่มือสำหรับผู้ป่วย
5. ใบความรู้ที่ 3.1 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ
6. ใบความรู้ที่ 3.2 เส้นทางสู่การเลิกบุรุษีก้าว

7. ใบกิจกรรมที่ 3.1 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ
8. ใบกิจกรรมที่ 3.2 ความคิดเปลี่ยน พฤติกรรมเปลี่ยน
9. ใบกิจกรรมที่ 3.3 ปัญหา อุปสรรคและการจัดการ
10. ใบกิจกรรมที่ 3.4 ทางเลือกใหม่
11. ใบกิจกรรมที่ 3.5 การตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่

การประเมินผล

ในการประเมินผลกิจกรรมครั้งที่ 3 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และขั้นตอนที่ 2 เส้นทางสู่การเลิกบุหรี่ มีรายละเอียดการประเมินผลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ให้ความสนใจต่อการดำเนินกิจกรรมการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจเป็นอย่างดี ประเมินจากการที่ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือ และมีความตั้งใจเป็นอย่างดี เห็นได้จากผลการคิดวิเคราะห์ตามใบกิจกรรมที่ 3.1 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อการตัดสินใจ มีตัวอย่างการวิเคราะห์ที่น่าสนใจ ดังนี้

- สิ่งที่ดีหากยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“การสูบบุหรี่ทำให้คลายเครียดได้”	“ทำให้สมองปลอดโปร่งรู้สึกสบาย”
“ทำให้มีสังคม”	“ทำให้มีสมาธิดี”
- สิ่งที่ดีหากต้องลด/เลิกการสูบบุหรี่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“สุขภาพดีขึ้น”	“มีเงินเก็บมากขึ้น”
“ลูกสาวให้หอม ให้กอดมากขึ้น”	“ไม่ทำให้หงุดหงิด”
“ไม่ทะเลาะกับครอบครัวเรื่องเงินบ่อยๆ”	“ไม่ทำให้อาการกำเริบ”
- สิ่งที่ไม่ดีหากต้องหยุด/ลดการสูบบุหรี่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“เครียด”	“หงุดหงิด”
“ไม่มีสมาธิ”	“ไม่สูบก็นอนไม่หลับ”
- สิ่งที่ไม่ดีหากยังคงสูบบุหรี่อยู่

“ทะเลาะกับคนในครอบครัวบ่อยๆ”	“มีหงุดหงิดฉุนเฉียวก้าวร้าวมากขึ้น”
“นอนไม่หลับ”	“มีปัญหาเรื่องเงิน”
“มีหุแหว่”	

จากการวิเคราะห์การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อการตัดสินใจพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนมากเล็งเห็นข้อดีของพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าข้อเสียของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในระยะนี้

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนโดยใช้หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในกิจกรรมขั้นตอนนี้ยังพบแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยบางราย เช่น

“การสูบบุหรี่ทำให้คลายเครียดได้” “ทำให้สมองปลอดโปร่งรู้สึกสบาย”
 “ทำให้มีสังคม” “ทำให้มีสมาธิดี หลับสบาย”

สำหรับกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่างๆ โดยเน้นการหมุนตามแรงต้าน (Roll With Resistance) และแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy) ในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีการแสดงออก และใช้กระบวนการกลุ่มช่วยสนับสนุนให้เห็นถึงข้อดีต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดแรงต้านลดลง เห็นถึงความสำคัญหรือข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้นเห็นได้จากคำพูดที่ผู้ป่วยเขียนในใบกิจกรรมที่ 3.2 ความคิดเปลี่ยน พฤติกรรมเปลี่ยน เช่น

“ถ้าเลิกบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีอายุยืนยาว”
 “ผมอยากเลิกบุหรี่แล้วครับเพื่อพ่อแม่ พี่ น้องและตัวเอง”
 “ผมว่าถ้าผมตั้งใจจะเลิกผมทำได้แน่ๆ”
 “ผมว่าถ้ามีเพื่อนชวนหรือเห็นคนสูบบุหรี่ผมต้องไม่เข้าไปใกล้ครับ”

ขั้นตอนที่ 2 เส้นทางสู่การเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่สามารถระบุถึงปัญหาอุปสรรครวมถึงวิธีการจัดการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ พร้อมทั้งระบุวิธีการจัดการได้อย่างเหมาะสม เห็นได้จากใบกิจกรรมที่ 3.3 ปัญหา อุปสรรคและการจัดการ ใบกิจกรรมที่ 3.4 ทางเลือกใหม่ ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่มักจะพบบ่อย ๆ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ “เวลาเครียด คิดอะไรไม่ออกมักจะสูบบุหรี่” “เห็นคนอื่นสูบ แล้วอยากสูบ” “มักจะมีเพื่อนชวน” “ว่างๆ ไม่มีอะไรทำ” จากปัญหาและอุปสรรคที่พบผู้วิจัยจึงให้ทางกลุ่มช่วยกันคิดต่อไปว่า แล้วจะมีวิธีการจัดการอย่างไรบ้างเมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น ผู้ป่วยก็สามารถระบุถึงวิธีการที่เหมาะสมได้ เช่น “ถ้าว่างการหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถระบุถึงแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ดังนี้

- การไม่หักดิบหรือเลิกสูบบุหรี่ในทันที
- เวลาที่อยากสูบ จะนึกถึงโทษของบุหรี่ จะนึกถึงสุขภาพของตัวเอง คนที่เรารัก

- การหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำ เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง ทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว

- ถ้าอยากเลิกแล้วเลิกไม่ได้ จะไปปรึกษาแพทย์

เมื่อประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในตอนท้ายของการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทุกรายสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในข้อ 1 คือ หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมผู้ป่วยทุกรายต้องมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) เมื่อพิจารณาถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้ป่วยทุกราย (n=20) มีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะตัดสินใจ (Preparation)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่สามารถค้นหาและหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง
3. เพื่อผลักดันให้สมาชิกในกลุ่มมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. อธิบายเรื่องสิ่งกระตุ้นและการจัดการกับสิ่งกระตุ้นจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้
2. ระบุสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองได้
3. บอกวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองได้
4. มีทักษะในการหยุดความคิดเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้
5. มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในระดับที่สูงขึ้น

การดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้น และขั้นตอนที่ 2 ทักษะการจัดการกับสิ่งกระตุ้น มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้น ใช้เวลา 30 นาที เน้นให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ค้นหาสิ่งกระตุ้นจากประสบการณ์ของตน เรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ และวางแผนในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นร่วมกันภายในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ทักษะการจัดการกับสิ่งกระตุ้น ใช้เวลา 45 นาที เน้นวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่อยู่ในบริบทของโรงพยาบาล เช่น การจัดการกับความคิดเมื่ออยากสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์ และฝึกทักษะในการจัดการกับความคิด และมีการอภิปรายร่วมกัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
3. คู่มือผู้ป่วย
4. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
5. ใบความรู้ที่ 4.1 สิ่งกระตุ้น
6. ใบความรู้ที่ 4.2 ทักษะการหยุดความคิด
7. ใบกิจกรรมที่ 4.1 สถานการณ์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น
8. ใบกิจกรรมที่ 4.2 สิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น
9. ใบกิจกรรมที่ 4.3 การฝึกทักษะการหยุดความคิดจากสถานการณ์

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถระบุสิ่งกระตุ้นได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ เพื่อนชวนสูบบุหรี่ สถานะสังคมต่างๆ อุปกรณ์สำหรับสูบบุหรี่ การเลี้ยงสังสรรค์ในโอกาสต่างๆ หรือช่วงเทศกาล การใช้สารเสพติดอื่นร่วม เช่น สุรายาบ้า กัญชา รวมไปถึงความเครียดจากการทำงาน บรรยากาศช่วงฝนตก เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยร่วมกันค้นหาสิ่งกระตุ้นสถานการณ์จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถระบุได้ถูกต้อง สำหรับวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นนั้นผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ก็ระบุวิธีการจัดการได้อย่างเหมาะสมเห็นได้จากตัวอย่าง ดังนี้

“กรณีเพื่อนหรือคนมาชวนก็ปฏิเสธอย่างหนักแน่นเลยครับว่าไม่สูบ แล้วก็เดินหนี”

“พยายามเลี่ยงสถานที่ยวกลางคืนต่างๆ ครับ”

“เลี่ยงจากสถานการณ์ที่ต้องทำให้สูบบุหรี่ เช่น ถ้าเพื่อนชวนสังสรรค์ก็บอกมีธุระ”

“ถ้าอยากสูบ ก็ให้หาอะไรทำจะได้ลืมๆ ไปครับ”

ในการฝึกทักษะการหยุดความคิดนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์มาให้ และให้ผู้ป่วยร่วมกัน ฝึกวิธีการจัดการกับความคิดกรณีที่เจอสถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดให้ ซึ่งผู้ป่วยก็ให้ความร่วมมือและ ระบุวิธีการจัดการกับความคิดเมื่ออยากสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม เช่น จากสถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ว่า

- หลังจากที่คุณทำงานมาอย่างเหน็ดเหนื่อย และเครียดจากงานที่ทำ คุณกำลังคิดว่าถ้า ขณะนั้นได้สูบบุหรี่ซีก 1 มวน จะช่วยให้คุณผ่อนคลายได้ คุณจะจัดการกับความคิดนี้อย่างไร เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปสูบบุหรี่อีก ผู้ป่วยมักจะตอบว่า “หากิจกรรมที่สร้างสรรค์ทำเพื่อคลายเครียด ฟัง เพลงที่ชอบ ดูหนัง” “หยุดคิดถึงบุหรี่แล้วหาอะไรอร่อยๆทาน” “คุยกับคนในครอบครัว” เป็นต้น

- ในคืนวันศุกร์สิ้นเดือน คุณนั่งอยู่คนเดียวและคิดอะไรไปเรื่อยที่ริมระเบียง ในขณะที่นั้นก็ กำลังคิดถึงการเคยสูบบุหรี่ร่วมกับเพื่อน และทำให้คุณสูบบุหรี่อีกครั้ง คุณจะจัดการกับความคิดนี้ อย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปสูบบุหรี่อีก ผู้ป่วยมักจะตอบว่า “โทรหาเพื่อนคุย” “หยุดคิดถึงบุหรี่ไป คุยกับคนในครอบครัว” “ไม่สร้างบรรยากาศให้รู้สึกเหงาด้วยการดูทีวี ฟังเพลง”

- คุณทะเลาะกับครอบครัวบ่อยครั้ง ทุกครั้งที่ทะเลาะกันจะทำให้คุณเครียดมากต้องสูบบุหรี่ ในทุกๆครั้ง คุณจะจัดการกับความคิดนี้อย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปสูบบุหรี่อีก ผู้ป่วยมักจะตอบว่า “เลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องทะเลาะกันสักพัก” “ไม่สร้างสถานการณ์ให้ตึงเครียดมากขึ้น ไม่ชวน ทะเลาะ”

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 7 ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นลง มือกระทำ (Action)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

1. มีทักษะการปฏิเสธเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้
2. ทักษะการจัดการกับความเครียดเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอยู่ในขั้นตอนที่สูงขึ้น

การดำเนินกิจกรรม เป็นขั้นตอนในการฝึกทักษะเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการจัดการกับความเครียด มีรายละเอียด ดังนี้ สำหรับทักษะการปฏิเสธผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์ และให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีการปฏิเสธจากสถานการณ์ที่กำหนดให้เป็นรายบุคคล ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และอภิปรายร่วมกัน ส่วนทักษะการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยเน้นเรื่องความเครียดกับการสูบบุหรี่ และมีการประเมินความเครียดในขณะนั้น จากนั้นฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการทำสมาธิเบื้องต้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. คู่มือผู้ป่วย
3. แบบสอบถามขั้นบันไดประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. วิดีโอเรื่องการผ่อนคลายความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 5.1 ทักษะการปฏิเสธ
6. ใบความรู้ที่ 5.2 การจัดการความเครียด
7. ใบกิจกรรมที่ 5.1 ทักษะการปฏิเสธ
8. ใบกิจกรรมที่ 5.2 แบบฝึกทักษะการจัดการความเครียด
9. แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีทักษะการปฏิเสธเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เห็นได้จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ ดังนี้

- ถ้ามีเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ โดยพูดสับประมาทว่า “ถ้าไม่สูบบุหรี่เป็นคนไม่กล้า ไม่แน่จริง” คุณจะโต้ตอบกับเพื่อนของคุณว่าอย่างไร ผู้ป่วยมักจะตอบว่า “ผมจะบอกว่าไม่สูบแล้วก็เดินหนี” “ผมขอไม่สูบบุหรี่เพราะเดี๋ยวจะทำให้อาการกำเริบครับ” “ลูกผู้ชายเขาควรกล้าทำในสิ่งที่เป็นโยบายครับ บุหรี่ไม่ดี ผมไม่สูบบุหรี่ครับ”

- ช่วงเทศกาลวันปีใหม่คุณถูกเพื่อนสนิทชวนให้ลองสูบบุหรี่ คุณจะโต้ตอบคำชวนของเพื่อนอย่างไร ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธว่า “ผมไม่สูบแล้วครับ เดี่ยวลูกผมเหม็นบุหรี่” “ผมไม่สูบบุหรี่ครับขอติมนมแทนดีกว่าครับ” “ผมว่าบุหรี่ยังไม่ดีครับสูบแล้วปากเหม็น”

- ถ้าคุณถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่หลายๆ ครั้ง แต่คุณได้ปฏิเสธไปแล้ว จนเพื่อนโกรธมาก และพูดขู่ว่าจะเลิกคบ คุณจะตอบโต้เพื่อนว่าอย่างไร “ผมจะพูดด้วยน้ำเสียงที่หนักแน่นว่าผมไม่สูบบุหรี่แล้วเดินหนี”

สำหรับการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดนั้นผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และปฏิบัติได้ถูกต้อง และมีบางคนพูดว่า “เป็นประโยชน์มากครับ ทำงานด้วย เดี่ยวผมจะเอาไปฝึกทำที่บ้านเวลาที่เครียดๆ”

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 8 การเสริมสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. เพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นการกระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance)
3. เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่สามารถ

1. บอกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้
2. มีขั้นตอนการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยมีการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ขณะอยู่ที่บ้าน
3. มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การดำเนินกิจกรรม

เป็นการบำบัดรายบุคคลโดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วง 1-2 สัปดาห์ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พูดคุยกับผู้ป่วยถึงกิจกรรมที่ผ่านมา ร่วมสรุปและระบุแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และเสริมสร้างความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ขณะอยู่ที่บ้าน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. คู่มือผู้ป่วย
3. ใบกิจกรรมที่ 6.1 บุหรี่เลิกได้...ง่ายนิดเดียว
4. ใบกิจกรรมที่ 6.2 แบบบันทึกการสูบบุหรี่ด้วยตนเองที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถสรุปแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และในกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาพบว่า ร่วมมือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ลดลง สูบน้อยลงเห็นได้จาก ตารางที่ 14 คะแนนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในระยะก่อนและหลังการทดลอง

2.1.2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) ทันทีมีรายละเอียดผลคะแนนดังตารางที่ 5 ดังนี้

ตาราง 5 ตารางแสดงผลคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ปริมาณก่อนเริ่มโปรแกรม และภายหลังการออกกำลังกายตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนความรู้สึก อยากบุหรี่ปริมาณก่อนออก กำลังกายตาม โปรแกรม(ครั้งที่ 1)	คะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ปริมาณหลังออกกำลังกาย			การแปลผล
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
1	47	43	35	23	ลดลง
2	50	45	35	23	ลดลง
3	43	59	51	19	ลดลง
4	52	44	25	17	ลดลง
5	81	72	57	26	ลดลง
6	69	59	49	26	ลดลง
7	69	71	38	29	ลดลง
8	62	60	49	22	ลดลง
9	42	34	24	17	ลดลง
10	75	62	52	27	ลดลง
11	71	66	39	24	ลดลง
12	76	71	59	26	ลดลง
13	60	53	41	21	ลดลง
14	64	53	35	16	ลดลง
15	74	69	59	23	ลดลง

คนที่	คะแนนความรู้สึกลูก อยากบวหรีก่อนออก กำลังกายตาม โปรแกรม(ครั้งที่ 1)	คะแนนความรู้สึกลูกอยากบวหรีหลังออกกำลังกาย			การแปลผล
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
16	76	72	58	24	ลดลง
17	53	43	24	15	ลดลง
18	53	35	20	15	ลดลง
19	31	25	19	16	ลดลง
20	59	47	41	20	ลดลง
\bar{x}	60.45	54.15	40.15	21.45	ลดลง
S.D.	13.64	14.18	13.21	4.36	

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรีทุกรายมีคะแนนความรู้สึกลูกอยากบวหรีลดลงหลังได้รับการออกกำลังกาย

2.1.2.4 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ผู้วิจัยได้ดำเนินการกำกับการทดลองทันที โดยใช้แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบวหรี ซึ่งผู้ป่วยทุกคนต้องมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คือ 43 คะแนนขึ้นไป คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากการประเมินความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี ก่อนการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบวหรีทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล มีรายละเอียดการประเมินผล ดังตารางที่ 6 ดังนี้

ตาราง 6 ระดับคะแนนความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรีของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n = 20)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	60	63	+3
2	48	59	+11
3	40	55	+15
4	60	66	+6

คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n = 20)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
5	28	48	+20
6	31	46	+15
7	32	50	+18
8	48	61	+13
9	44	53	+9
10	49	53	+4
11	53	60	+7
12	31	50	+19
13	45	55	+10
14	54	64	+10
15	49	52	+3
16	51	59	+8
17	36	49	+13
18	35	50	+15
19	53	66	+13
20	31	49	+18
\bar{x}	43.9	55.4	10.6

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่าก่อนการทดลองมีระดับคะแนนความความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 43.9$) และหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ($\bar{x} = 55.4$) ส่วนค่าผลต่างของคะแนนความตั้งใจหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่า มีระดับคะแนนความต่างที่เพิ่มขึ้น ($\bar{x} = 10.6$) และเมื่อพิจารณาเฉพาะคะแนนความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ผู้ป่วยทุกรายผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ นั่นคือ มีคะแนนความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คือ 43 คะแนนขึ้นไป หรือมากกว่าร้อยละ 60

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยจะประเมินถึงความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมกันโดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังจากออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังจากออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3

3.2 ผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้แบบประเมินการเสพติดนิโคติน ซึ่งเป็นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน คือ ก่อนให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับออกกำลังกาย และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (Post-test)

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

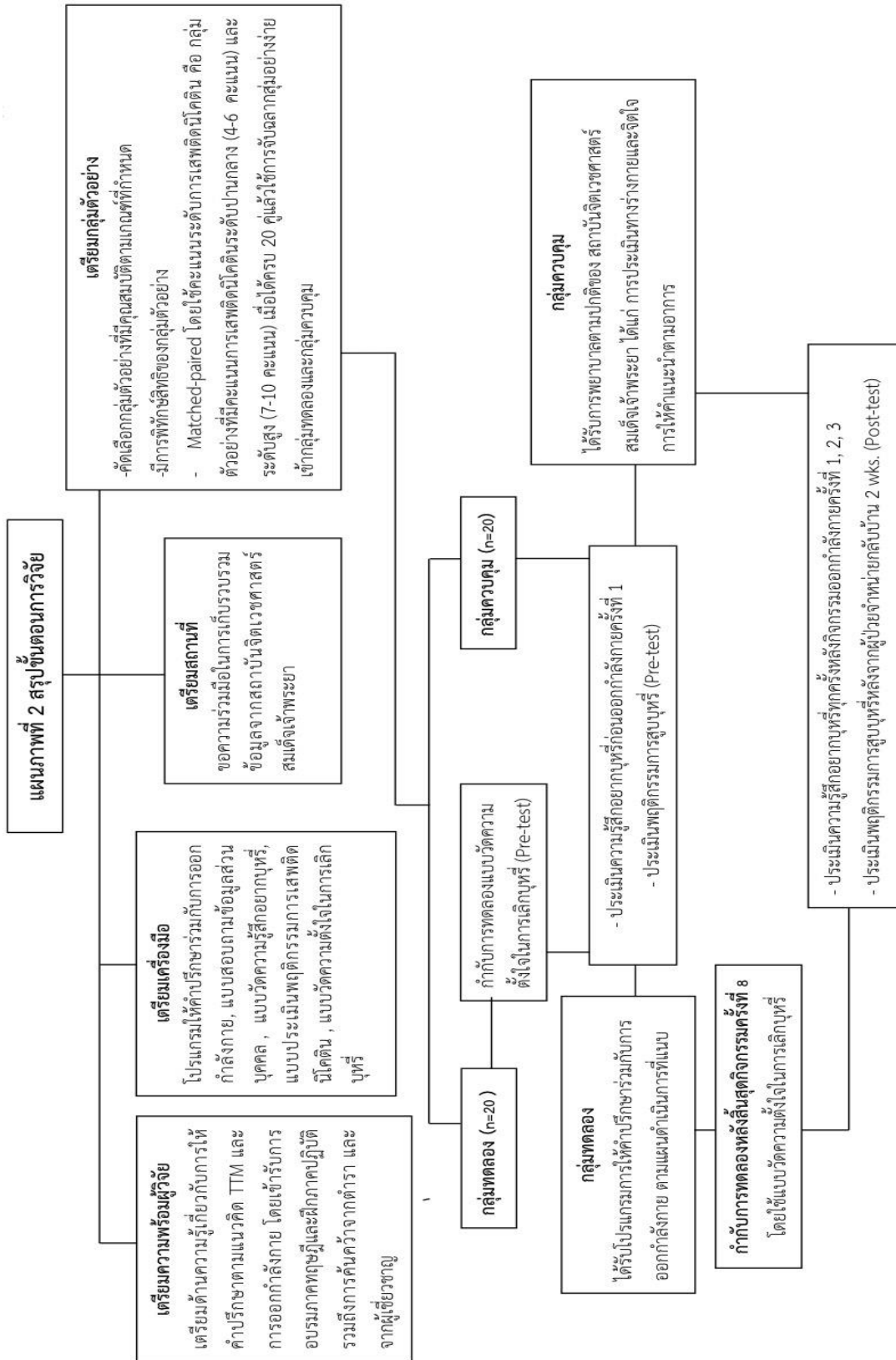
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ของกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติสัจติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปะหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



แผนภาพ 2 สรุปขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดบุหรี่ร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched paired) ด้วยระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคตินเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน มีการประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ในระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1, 2 และ 3 และประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในระยะเวลาก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100	20	100	40	100
อายุ						
≤ 20 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
21-30 ปี	5	25.0	7	35.0	12	30.0
31-40 ปี	7	35.0	7	35.0	14	35.0
41-50 ปี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
≥ 51 ปี	1	5.0	-	-	1	2.5
	\bar{x} = 35.75		\bar{x} = 32.25		\bar{x} = 34.00	
	S.D. = 9.42		S.D. = 8.81		S.D. = 9.18	
อายุเฉลี่ย (ปี)						
สถานภาพสมรส						
โสด	13	65.0	10	50.0	23	57.5
คู่	4	20.0	6	30.0	10	25.0
หม้าย	1	5.0	-	-	1	2.5
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	10.0	4	20.0	6	15.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	25.0	2	10.0	7	17.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	2	10.0	6	15.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	30.0	6	30.0	12	30.0
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.0	3	15.0	5	12.5
ปริญญาตรี/สูงกว่า	3	15.0	7	35.0	10	25.0

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิด

เป็นร้อยละ 65.0 และ 50.0 รองลงมาคือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 30.0 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 25.0 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 30.0 ตามลำดับ

ตาราง 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	10	50.0	8	40.0	18	45.0
ค้าขาย	4	20.0	3	15.0	7	17.5
รับราชการ	-	-	2	10.0	2	5.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	25.0	5	25.0	10	25.0
อื่นๆ	1	5.0	2	10.0	3	7.5
รายได้ (บาทต่อเดือน)						
0 -1,000	6	30.0	7	35.0	13	32.5
1,001 – 5,000	1	5.0	-	-	1	2.5
5,001 – 10,000	7	35.0	7	35.0	14	35.0
≥ 10,001	6	30.0	6	30.0	12	30.0
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	$\bar{x} = 6950.00$		$\bar{x} = 7500.00$		$\bar{x} = 7225.00$	
	S.D. = 5206.02		S.D. = 6878.65		S.D. = 6027.66	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต (ปี)						
< 1 ปี	-	-	1	5.0	1	2.5
1 – 5 ปี	14	70.0	17	85.0	31	77.5
6 – 10 ปี	3	15.0	-	-	3	7.5
≥ 11 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	$\bar{x} = 4.55$		$\bar{x} = 3.05$		$\bar{x} = 3.8$	
ทางจิตโดยเฉลี่ย	S.D. = 4.90		S.D. = 3.44		S.D. = 4.25	
จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล						
1 – 5 ครั้ง	18	90.0	18	90.0	36	90.0
6 – 10 ครั้ง	-	-	2	10.0	2	5.0
≥ 11 ครั้ง	2	10.0	-	-	2	5.0
จำนวนครั้งที่นอน	$\bar{x} = 3.50$		$\bar{x} = 2.40$		$\bar{x} = 2.95$	
โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย	S.D. = 3.49		S.D. = 2.23		S.D. = 2.94	

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 40.0 ตามลำดับ รองลงมาในกลุ่มทดลองมีอาชีพค้าขาย และในกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 25.0 ตามลำดับ ซึ่งรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท และในช่วง 0 -1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.0 เท่ากัน สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 85.0 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.0 เท่ากัน

ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น						
ไม่มี	8	40.0	8	40.0	16	40
มี	12	60.0	12	60.0	14	60
ประวัติการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว						
ไม่มี	-	-	4	20.0	4	10.0
มี	20	100.0	16	80.0	36	90.0
โรคประจำตัว						
ไม่มี	20	100.0	20	100.0	40	100.0
มี	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 60.0 เท่ากัน และส่วนใหญ่จะมีประวัติการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวร่วมด้วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ 80.0 ตามลำดับ และไม่พบว่ามีโรคประจำตัวเลยในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตาราง 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่จนสุดท้าย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่						
11- 15 ปี	8	40.0	4	20.0	12	30.0
16 – 20 ปี	9	45.0	14	70.0	23	57.5
≥ 21 ปี	3	15.0	2	10.0	5	12.5
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย	$\bar{x} = 17.05$		$\bar{x} = 17.30$		$\bar{x} = 17.18$	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	S.D. = 2.95		S.D. = 2.06		S.D. = 2.51	
จำนวนบุหรืที่สูบต่อวัน (มวน)						
11 – 20 มวน	10	50.0	7	35.0	17	42.5
21 – 30 มวน	10	50.0	12	60.0	22	55.0
≥ 21 มวน	-	-	1	5.0	1	2.5
จำนวนบุหรืที่สูบต่อวันโดยเฉลี่ย (มวน)	$\bar{x} = 20.35$		$\bar{x} = 22.75$		$\bar{x} = 21.55$	
	S.D. = 5.70		S.D. = 5.64		S.D. = 5.73	
จำนวนชั่วโมงที่ผ่านมาหลังจากสูบบุหรืมวนสุดท้าย						
1 – 5 ชั่วโมง	1	5.0	-	-	1	2.5
6 – 10 ชั่วโมง	6	30.0	9	45.0	15	37.5
11 – 15 ชั่วโมง	5	25.0	9	45.0	14	35.5
16 – 20 ชั่วโมง	4	20.0	2	10.0	6	15.0
≥ 21 ชั่วโมง	4	20.0	-	-	4	10.0
จำนวนชั่วโมงที่ผ่านมาหลังจากสูบบุหรืมวนสุดท้ายโดยเฉลี่ย	$\bar{x} = 15.25$		$\bar{x} = 11.75$		$\bar{x} = 13.50$	
	S.D. = 7.51		S.D. = 3.43		S.D. = 6.03	

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่จะมีอายุที่เริ่มสูบบุหรืโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 16 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 70.0 ตามลำดับ รองลงมา คือ ช่วงอายุ 11- 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 20.0 ตามลำดับ ส่วนจำนวนบุหรืที่สูบต่อวัน ในกลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่จะสูบบุหรืหรืออยู่ในช่วง 11 – 20 มวน และ 21 – 30 มวน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่จะสูบบุหรืหรืออยู่ในช่วง 21 – 30 มวน คิดเป็นร้อยละ 50.0 สำหรับจำนวนชั่วโมงที่ผ่านมาหลังจากสูบบุหรืมวนสุดท้าย โดยผู้ป่วยทุกรายจะมีระยะเวลาที่แตกต่างกัน และช่วงเวลาการมารักษาแบบผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก ผลการศึกษา พบว่าในกลุ่ม

ทดลองโดยส่วนใหญ่ จะอยู่ในช่วง 6 – 10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 30.0 และในกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 6 – 10 ชั่วโมง และ 11 – 15 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 45.0 เท่ากัน

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และจำนวนครั้งที่พยายามเลิก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพยายามเลิกสูบบุหรี่						
เคย	10	50.0	9	45.0	19	47.5
ไม่เคย	10	50.0	11	55.0	21	52.5
จำนวนครั้งที่พยายามเลิก						
ไม่เคย	10	50.0	11	55.0	21	52.5
1 – 2 ครั้ง	8	40.0	9	45.0	17	42.5
3 – 4 ครั้ง	1	5.0	-	-	1	2.5
≥ 5 ครั้ง	1	5.0	-	-	1	2.5
จำนวนครั้งที่พยายามเลิกโดยเฉลี่ย	$\bar{x} = 1.30$		$\bar{x} = .60$		$\bar{x} = .95$	
	S.D. = 2.32		S.D. = .75		S.D. = 1.74	

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีทั้งเคยพยายามเลิกและไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 55.0 และในกลุ่มที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีจำนวนการเลิกสูบบุหรี่ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 45.0 ตามลำดับ

ตาราง 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา ระยะเวลาที่เลิกได้ และสาเหตุการกลับมาสูบบุหรี่อีก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา						
หักดิบ	4	20.0	2	10.0	6	15.0
ลดจำนวนมวนลง	4	20.0	2	10.0	6	15.0
ออกกำลังกาย	-	-	1	5.0	1	2.5
อมลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง	2	10.0	3	15.0	5	12.5
ไม่เคยเลิก	10	50.0	12	60.0	22	55.0
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้						
≤ 1 เดือน	16	80.0	14	70.0	30	75.0
2 – 3 เดือน	2	10.0	4	20.0	6	15.0
4 – 5 เดือน	-	-	2	10.0	2	5.0
≥ 6 เดือน	2	10.0	-	-	2	5.0
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้โดยเฉลี่ย (เดือน)						
	$\bar{x} = 2.88$		$\bar{x} = 1.04$		$\bar{x} = 1.95$	
	S.D. = 7.27		S.D. = 1.50		S.D. = 5.26	
สาเหตุการกลับมาสูบบุหรี่						
เครียด	7	35.0	6	30.0	13	32.5
ความอยาก	2	10.0	3	15.0	5	12.5
อื่นๆ	1	5.0	-	-	1	2.5
ไม่เคยเลิก	10	50.0	11	55.0	21	52.5

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่วิธีการส่วนใหญ่ที่ใช้จะเป็นการหักดิบและลดจำนวนมวนลง คิดเป็นร้อยละ 20.0 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่วิธีการส่วนใหญ่ที่ใช้จะเป็นการอมลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง คิดเป็นร้อยละ 15.0 รองลงมา คือ วิธีการหักดิบ และลดจำนวนมวนลง คิดเป็นร้อยละ 10.0 เท่ากัน ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง ≤ 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80.0

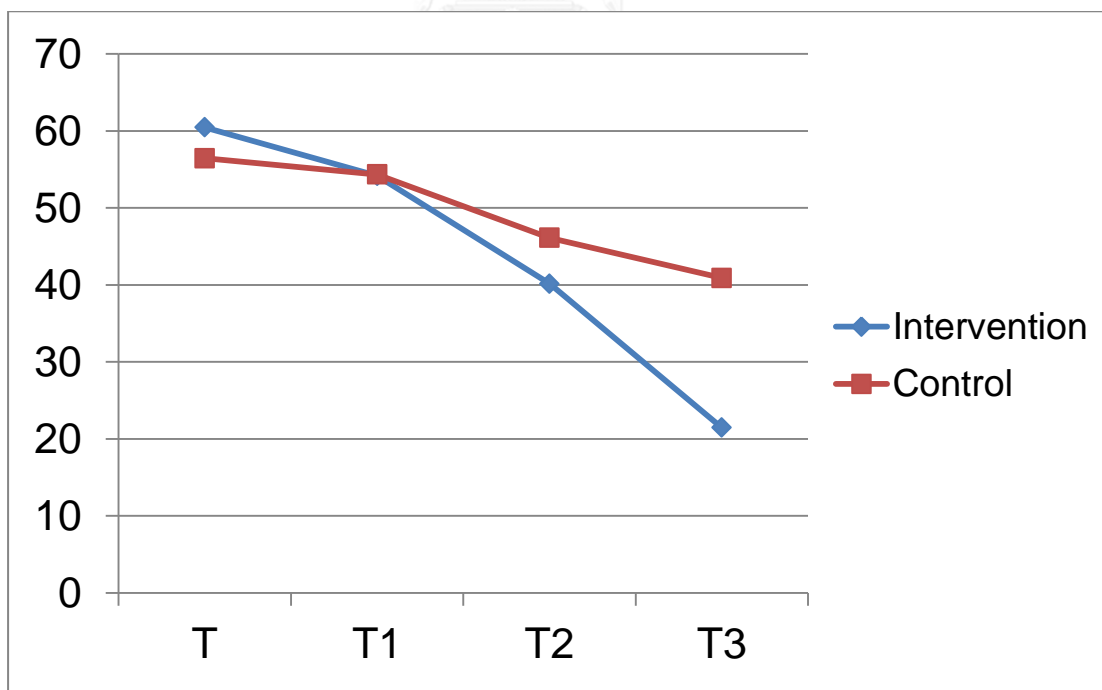
และ 70.0 ตามลำดับ สำหรับสาเหตุการกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จะเกิดจากความเครียด คิดเป็นร้อยละ 35.0 และ 30.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 คะแนนความรู้สึกลอยากบุหรี่ยและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 13 ตารางแสดงผลคะแนนความรู้สึกลอยากบุหรี่ปริมาณก่อนเริ่มโปรแกรม และภายหลังการออกกำลังกายตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	T	T1	T2	T3	T	T1	T2	T3
1	47	43	35	23	63	62	57	55
2	50	45	35	23	64	60	57	57
3	43	59	51	19	71	63	44	45
4	52	44	25	17	66	54	42	39
5	81	72	57	26	56	50	33	15
6	69	59	49	26	73	69	42	18
7	69	71	38	29	57	47	26	16
8	62	60	49	22	62	61	46	21
9	42	34	24	17	38	37	31	33
10	75	62	52	27	37	36	37	32
11	71	66	39	24	58	64	69	60
12	76	71	59	26	47	47	52	51
13	60	53	41	21	65	61	59	49
14	64	53	35	16	42	34	40	46

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	T	T1	T2	T3	T	T1	T2	T3
15	74	69	59	23	52	52	52	45
16	76	72	58	24	48	50	46	43
17	53	43	24	15	49	46	34	36
18	53	35	20	15	56	58	44	39
19	31	25	19	16	60	64	56	60
20	59	47	41	20	65	72	55	58
\bar{x}	60.45	54.15	40.15	21.45	56.45	54.35	46.10	40.90
S.D.	13.64	14.18	13.21	4.36	10.34	10.89	10.97	14.68



แผนภาพ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกอียากบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับช่วงเวลาในการวัด

จากตารางที่ 13 และแผนภาพที่ 3 อธิบายได้ว่า

1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกรอคอยากบุหรี่เฉลี่ยในระยะก่อนออกกำลังกาย (T) ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 (T3) เท่ากับ 60.45 (S.D. 13.64), 54.15 (S.D. 14.18), 40.15 (S.D. 13.21) และ 21.45 (S.D. 4.36)

2) ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกรอคอยากบุหรี่เฉลี่ยในระยะก่อนออกกำลังกาย (T) ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 (T3) เท่ากับ 56.45 (S.D. 10.34), 54.35 (S.D. 10.89), 46.10 (S.D. 10.97) และ 40.90 (S.D. 14.68) ตามลำดับ

3) ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนความรู้สึกรอคอยากบุหรี่ยลดลง และลดลงมากในครั้งที่ 3 ส่วนในกลุ่มควบคุมก็ลดลงเช่นกัน แต่ไม่มากเท่ากลุ่มทดลอง

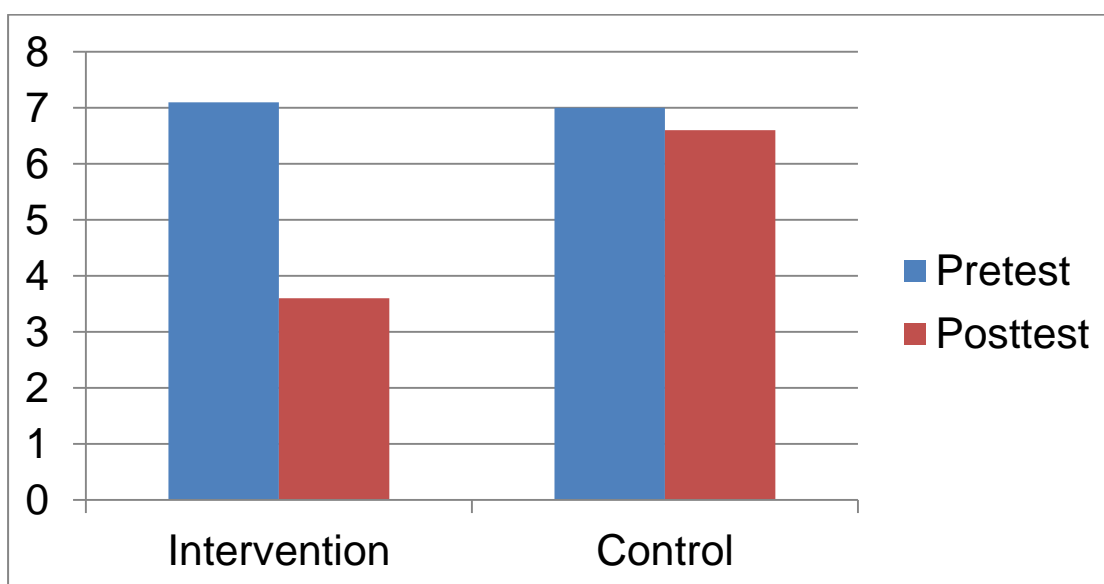
4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับช่วงเวลาที่เกิดของความรู้สึกรอคอยากบุหรี่ เป็นแบบ Ordinal interaction คือ ความรู้สึกรอคอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองลดลงมากโดยเฉพาะในครั้งที่ 3 และไม่มีช่วงใดช่วงหนึ่งที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกรอคอยากบุหรี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 14 คะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในระยะก่อนและหลังการทดลอง

คู่มือ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	5	ปานกลาง	2	เล็กน้อย	8	สูง	7	สูง
2	5	ปานกลาง	2	เล็กน้อย	7	สูง	7	สูง
3	7	สูง	4	ปานกลาง	8	สูง	9	สูง
4	8	สูง	4	ปานกลาง	8	สูง	6	ปานกลาง

ลำดับ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
5	6	ปานกลาง	3	เล็กน้อย	5	ปานกลาง	3	เล็กน้อย
6	5	ปานกลาง	3	เล็กน้อย	8	สูง	7	สูง
7	8	สูง	4	ปานกลาง	6	ปานกลาง	6	ปานกลาง
8	8	สูง	4	ปานกลาง	8	สูง	6	ปานกลาง
9	8	สูง	3	เล็กน้อย	5	ปานกลาง	4	ปานกลาง
10	7	สูง	4	ปานกลาง	5	ปานกลาง	5	ปานกลาง
11	6	ปานกลาง	4	ปานกลาง	8	สูง	8	สูง
12	9	สูง	6	ปานกลาง	6	ปานกลาง	6	ปานกลาง
13	5	ปานกลาง	3	เล็กน้อย	8	สูง	8	สูง
14	9	สูง	4	ปานกลาง	5	ปานกลาง	5	ปานกลาง
15	8	สูง	3	เล็กน้อย	7	สูง	7	สูง
16	10	สูง	6	ปานกลาง	5	ปานกลาง	5	ปานกลาง
17	7	สูง	4	ปานกลาง	8	สูง	8	สูง
18	5	ปานกลาง	2	เล็กน้อย	7	สูง	7	สูง
19	8	สูง	3	เล็กน้อย	10	สูง	10	สูง
20	8	สูง	4	ปานกลาง	8	สูง	8	สูง
\bar{x}	7.10	สูง	3.60	เล็กน้อย	7.00	สูง	6.60	ปานกลาง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
S.D.	1.55	-	1.10	-	1.41	-	1.70	-



แผนภาพ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

จากตารางที่ 14 และแผนภาพที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่เฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 7.10 (S.D. 1.55) และ 3.60 (S.D. 1.10) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่เฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เท่ากับ 7.00 (S.D. 1.41) และ 6.60 (S.D. 1.70) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง พบว่า ในระยะก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 7.10$) และหลังการทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{x} = 3.60$) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 7.00$) และหลังการทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.60$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการวัดความรู้สึกอยากบุหรี่ยในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน คือ ระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา โดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ตัวแปร

1. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้สึกอยากบุหรี่ย
2. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1 ตัวแปรระหว่างกลุ่ม (Between-Subjects Factor) คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมกับการออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 ตัวแปรภายในกลุ่ม (Within-Subjects Factor) ได้แก่ ช่วงระยะเวลาที่ใช้วัดคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ย แบ่งออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่ คือ ระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของความรู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลของความรู้สึกอยากบุหรี่ยในระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ปาริชาติ โรจนพลากร และยวดี ภาษา, 2553)

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าค่า Mauchly's W เท่ากับ .290 และค่า p - Value เท่ากับ .000 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความแปรปรวนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเลือกรายงานความแปรปรวนของความรู้สึกอยากบุหรี่ย โดยใช้วิธีของ Greenhouse - Geisser

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำของความรู้สึกอยากบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	39	16266.500			
กลุ่ม	1	1166.400	1166.400	2.935	.095
Error	38	15100.100	397.371		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	68.673	27687.500			
ช่วงเวลาที่วัด	1.717	17954.450	10458.017	103.343	.000
ช่วงเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.717	3131.050	1823.758	18.022	.000
Error (ช่วงเวลาที่วัด)	65.239	6602.000	101.197		

หมายเหตุ: ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse – Geisser

จากตารางที่ 15 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้สึกอยากบุหรืเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2.935, p > .05$)

2) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้สึกอยากบุหรืเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืเฉลี่ยภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=103.343, p < .05$)

3) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับช่วงเวลา ที่วัด จากภาพที่ 3 และตารางที่ 15 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายและการพยาบาลตามปกติ) กับระยะเวลาในการวัดความรู้สึกอยากบุหรื มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= 18.022, p < .05$)

สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกอยากบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความรู้สึกอยากบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง เพื่อตรวจสอบสมมติฐาน

การวิจัย และให้มีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี Planned Comparisons ในการทดสอบค่าเฉลี่ยดังกล่าว (Hays, 1973) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตาราง 16 การทดสอบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

การทดสอบค่าเฉลี่ย	Contrast	Variance of Contrast	F
ภายในกลุ่มทดลอง			
T VS T1	-6.30	10.119	3.922 *
T1 VS T2	-14.00		19.369 *
T2 VS T3	-18.70		34.557 *
ภายในกลุ่มควบคุม			
T VS T1	-2.10		.435
T1 VS T2	-8.25		6.726 *
T2 VS T3	-5.20		2.672 *
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
T	-4.00		1.581
T1	-0.20		.003
T2	-5.95		3.498 *
T3	-19.45		37.385 *

* $p < .05$

จากตารางที่ 16 สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายในระยะต่างๆ พบผลการศึกษา ดังนี้

1.1 ความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนออกกำลังกาย (T) และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.922, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรี่ปีก่อนออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) ลดลงกว่าก่อนออกกำลังกาย (T) (Contrast = -6.30)

1.2 ความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาในระยะเวลาหลังออกกำลังกาย ครั้งที่ 1 (T1) กับหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F= 19.369, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความ รู้สึกอยากบุหรี่ยในระยะเวลาหลังออกกำลังกาย ครั้งที่ 2 (T2) ลดลงกว่าหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) (Contrast = -14.00)

1.3 ความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาในระยะเวลาหลังออกกำลังกาย ครั้งที่ 2 (T2) กับหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 (T3) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F= 34.557, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความ รู้สึกอยากบุหรี่ยในระยะเวลาหลังออกกำลังกาย ครั้งที่ 3 (T3) ลดลงกว่าหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) (Contrast = -18.70)

สรุปได้ว่า ผลการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยของความ รู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา ในแต่ละระยะดังข้างต้น พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ความรู้สึกอยากบุหรี่ยของผู้ป่วย จิตเภทที่ติดยาหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออก กำลังกายจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการ ออกกำลังกาย และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกช่วงตลอดทั้ง 3 ครั้ง ของการออกกำลังกาย

2. เปรียบเทียบความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาภายในกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะต่างๆ พบผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา ก่อนการทดลอง (T) และ ในการติดตามครั้งที่ 1 (T1) ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F= .435, p > .05$)

2.2 ความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยา ในการติดตามครั้งที่ 1 (T1) กับการติดตามครั้งที่ 2 (T2) และระหว่างการติดตามครั้งที่ 2 (T2) กับการติดตามครั้งที่ 3 (T3) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=6.726, 2.672, p < .05$) ตามลำดับ

3. ความรู้สึกอยากบุหรี่ยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนออกกำลังกาย (T) และระยะเวลาหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) ไม่มี ความแตกต่างกัน แต่ในระยะเวลาหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) และครั้งที่ 3 (T3) พบว่า ความรู้สึกอยากบุหรี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการ ออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($F=3.498, p < .05$) และ ($F=37.385, p < .05$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของ ความรู้สึกอยากบุหรี่ยในการติดตามครั้งที่ 2 (T2) และการติดตามครั้งที่ 3 (T3) ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.95) และ (Contrast = -19.45) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้สึกร้อยกายบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรืในข้าง ต้น สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ความรู้สึกร้อยกายบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรืที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย น้อยกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรืของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ ติดยุหรืระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรื ระยะก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ สูบบุหรื	\bar{x}	S.D.	df	t	p
กลุ่มทดลอง (n = 20)					
ก่อนการทดลอง	7.10	1.55	19	15.65	.000
หลังการทดลอง	3.60	1.10			
กลุ่มควบคุม (n = 20)					
ก่อนการทดลอง	7.00	1.41	19	1.71	.104
หลังการทดลอง	6.60	1.70			

จากตารางที่ 17 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรืในกลุ่ม ทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรืก่อนการทดลองเท่ากับ 7.10 (S.D. = 1.55) และหลังการทดลองลดลงเป็น 3.60 (S.D. = 1.10) เมื่อพิจารณาความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรืในกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งแม้จะพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรืหลังการทดลองจะลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 7.00$ และ 6.60 ตามลำดับ) แต่ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คือ พฤติกรรมการสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยุหรื หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมี

พฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ร่วมกับการออกกำลังกาย

ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การสูบบุหรี่	\bar{x}	S.D.	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.10	1.55	38	.213	.833
กลุ่มควบคุม	7.00	1.41			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.60	1.10	38	-6.639	.000
กลุ่มควบคุม	6.60	1.70			

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
($\bar{x} = 3.60$ และ 6.60 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4
คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่
เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกลอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความรู้สึกลอยากหรือน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

2. ความรู้สึกลอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดบุหรี่ยาร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีปัญหาติดบุหรี่ยาร่วมด้วย และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ช่วง 3 วันแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายของ Bernard et al. (2013) ที่พัฒนาด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายของผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย แต่ในโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้กล่าวรายละเอียดของระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมไว้ชัดเจนผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและผสมผสานกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในโปรแกรมเป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 4 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 5 การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

กิจกรรมครั้งที่ 6 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 7 ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 8 การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .88 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน (FTND) และแบบประเมินความรื้อสึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความรื้อสึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form: TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) ผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีความเข้าใจในบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี และนำมาตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .98 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้เครื่อง Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerstorm (1993) แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2550) ฉบับปรับปรุง มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .98 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยรุ่งทิพา ใจจา (2550) ตามแนวทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbien (1980) ใช้ประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมในการประเมินถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .98 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีการจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านขององค์ความรู้จากเอกสาร ตำราต่างๆ รวมถึง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ขั้นตอนการวิจัย

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน (FTND) และแบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ย (TCQ-SF)

2.2 ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) เฉพาะในกลุ่มทดลอง

2.3 ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายที่กำหนดไว้ ส่วนควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินด้านร่างกายจิตใจ การเข้ากลุ่มบำบัดของทางหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามปัญหาอาการ การวางแผนจำหน่าย รวมถึงการงดสูบบุหรี่ตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล

2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ผู้วิจัยจะทำการกำกับการทดลองโดยใช้แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ย (Post-test) ในกลุ่มทดลองทันที

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยจะประเมินถึงความรู้สึกลอยากบุหรี่ย (TCQ-SF) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมโดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3

3.2 ผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยโดยใช้แบบประเมินการเสพติดนิโคติน ซึ่งจะเกิดขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน คือ ก่อนให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับออกกำลังกาย และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกร้อยกายบุหรืของกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติสติดิติตความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรสูบบุหรืของกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรสูบบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้สึกร้อยกายบุหรืเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายในระยะต่างๆ พบผลการศึกษา ดังนี้

1.1 ความรู้สึกร้อยกายบุหรืเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืก่อนออกกำลังกาย (T) และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.922, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกร้อยกายบุหรืในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) ลดลงกว่าก่อนออกกำลังกาย (T) (Contrast = -6.30)

1.2 ความรู้สึกร้อยกายบุหรืเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) กับหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 19.369, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกร้อยกายบุหรืในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) ลดลงกว่าหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) (Contrast = -14.00)

1.3 ความรู้สึกร้อยกายบุหรืเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) กับหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 (T3) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 34.557, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกร้อยกายบุหรืในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 (T3) ลดลงกว่าหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) (Contrast = -18.70)

สรุปได้ว่า ผลการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกร้อยกายบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืในแต่ละระยะดังข้างต้น พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ความรู้สึกร้อยกายบุหรืของผู้ป่วย

จิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกช่วงตลอดทั้ง 3 ครั้ง ของการออกกำลังกาย

2. เปรียบเทียบความรู้สึกรอยากบุหรี่เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะต่างๆ พบผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ความรู้สึกรอยากบุหรี่เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ก่อนการทดลอง (T) และในการติดตามครั้งที่ 1 (T1) ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = .435, p > .05$)

2.2 ความรู้สึกรอยากบุหรี่เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ในการติดตามครั้งที่ 1 (T1) กับการติดตามครั้งที่ 2 (T2) และระหว่างการติดตามครั้งที่ 2 (T2) กับการติดตามครั้งที่ 3 (T3) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 6.726, 2.672, p < .05$) ตามลำดับ

3. ความรู้สึกรอยากบุหรี่เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนออกกำลังกาย (T) และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 (T1) ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 (T2) และครั้งที่ 3 (T3) พบว่า ความรู้สึกรอยากบุหรี่ปีก่อนการทดลองที่ติดบุหรี่ปีก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.498, p < .05$) และ ($F = 37.385, p < .05$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกรอยากบุหรี่ปีก่อนการติดตามครั้งที่ 2 (T2) และการติดตามครั้งที่ 3 (T3) ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.95) และ (Contrast = -19.45) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้สึกรอยากบุหรี่ปีก่อนการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนการทดลองสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ความรู้สึกรอยากบุหรี่ปีก่อนการทดลองของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนการทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.10 (S.D. = 1.55) และหลังการทดลองลดลงเป็น 3.60 (S.D. = 1.10) เมื่อพิจารณาความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนการทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งแม้จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

สูบบุหรี่หลังการทดลองจะลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}^- = 7.00$ และ 6.60 ตามลำดับ) แต่ก็ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการ ออกกำลังกายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

5. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ในระยะหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}^- = 3.60$ และ 6.60 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการออกกำลังกายช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการ ออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายช่วยลด ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยมี การอภิปรายผลการวิจัยใน 2 ประเด็น คือ ความรู้สึกอยากบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกอยากบุหรี่

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีความรู้สึกอยากบุหรือน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยประยุกต์และพัฒนาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายนั้น ซึ่งในโปรแกรมการให้คำปรึกษาจะช่วยพัฒนาทักษะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการกับอาการอยากบุหรี่และวิธีการเลิกบุหรี่ การจัดการกับแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้น รวมถึงการติดตามให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Riggs, Hughes and Pillitteri, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Williams and Foulds (2007) ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังมีแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรือน้อย จึงไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ส่วนการออกกำลังกายนั้นเป็นเป้าหมายหลักเพื่อช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เมื่อศึกษาถึงความรู้สึกอยากบุหรี่ พบว่า เกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนักหรือระดับที่รุนแรง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Strasser et al., 2002) และเมื่อผู้ป่วยต้องมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ทำให้ต้องมีการหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราว (Temporally smoking abstinence) จึงเกิดอาการของการหยุดบุหรี่ในลักษณะต่างๆ ตามมา เช่น อยากสูบบุหรี่มาก วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย ปวดหัวเพิ่มขึ้น ไม่มีสมาธิ บางรายซึมเศร้า หดหู่ นอนไม่หลับ และส่วนใหญ่จะมีความอยากในการรับประทานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองได้น้อย (David, 2012) ซึ่งอาการเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่อยู่ในสมองตามแนวคิดการปรับตัวทางระบบประสาท เนื่องจากสารเสพติดจะกระตุ้นให้บุคคลมีการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองบางตัวมากขึ้น เช่น Dopamine, GABA และ Opioids ทำให้เกิดกลไก Reward partway คือทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจสุขใจ และสุขสบายทั้งกายและใจ ในทางกลับกันเมื่อหยุดใช้สารเสพติด สารสื่อประสาทดังกล่าวจะมีปริมาณลดลง จึงทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่ปริมาณมากขึ้น (Robinson and Berridge, 2008; กงจักร สอนลา, 2012) โดยเฉพาะระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ต่ำ จะทำให้เกิดความรู้สึกอยากบุหรี่ปริมาณเพิ่มขึ้น (Steptoe and Ussher, 2006)

และช่วงของการเกิดอาการดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นประมาณ 2 หรือ 3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายและมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3 -5 วัน ในขณะเดียวกันเมื่อศึกษาถึงกลไกของการออกกำลังกายในการช่วยลดอาการอยากบุหรือนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ ช่วยลดความว้าวุ่นใจ ลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น เพิ่มความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า การออกกำลังกายในระดับปานกลาง (ชีพจรเพิ่มขึ้น 40-60%) (Daniel, Cropley and Fife-Schaw, 2006) ได้แก่ การเดินบนสายพาน (Taylor, Katomeri and Ussher, 2005) การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิก การเดินทั่วไป และการปั่นจักรยาน เป็นต้น สามารถช่วยลดอาการขาดนิโคตินและอาการอยากบุหรือนในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวได้เป็นอย่างดี (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) เห็นได้จากค่าคะแนนความรู้สึกอยากบุหรือน้อยของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมกับการออกกำลังกาย เมื่อเทียบกับในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะก่อนออกกำลังกายเทียบกับระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 เทียบกับกับระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 เทียบกับหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.922, p < .05$), ($F = 19.369, p < .05$), ($F = 34.557, p < .05$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรือนในแต่ละระยะเมื่อเทียบกับก็ลดลงได้เช่นเดียวกัน (Contrast = -6.30), (Contrast = -14.00), (Contrast = -18.70) แต่เมื่อพิจารณาถึงช่วงระยะเวลาการลดลงของความรู้สึกอยากบุหรือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่วัดในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอยากบุหรือนลดลงได้เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง แต่เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยจะลดลงได้น้อยกว่ากลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับ แต่เห็นได้ชัดเจนว่าความรู้สึกอยากบุหรือนของกลุ่มทดลองนั้นจะลดลงตั้งแต่การออกกำลังกายในระยะที่ 1 และมีความแตกต่างกับระยะก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในระยะนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลตามปกติที่ประกอบด้วย การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบหออผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การเข้ากลุ่ม

กิจกรรมบำบัด อาทิเช่น กลุ่มบำบัดทั่วไป กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มยาเสพติด กลุ่มฝึกทักษะฟื้นฟู เป็นต้น การดูแลรักษาด้วยยาทางจิตเวช รวมถึงการปฏิบัติตามข้อห้ามของโรงพยาบาล โดยการงดสูบบุหรี่ก็มีประสิทธิผลในการลดความรู้สึกลอยากบุหรืได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า ความรู้สึกลอยากบุหรืจะสามารถลดลงได้เองเมื่อระยะเวลาผ่านไปโดยอาการดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นประมาณ 2 หรือ 3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายและมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3 -5 วัน และมีแนวโน้มที่จะลดความรุนแรงลงหลังจาก 7 วัน (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) แต่เมื่อได้รับการออกกำลังกายจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการอยากบุหรืได้ดีและรวดเร็วกว่า

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความรู้สึกลอยากบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลอยากบุหรืของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรืก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนออกกำลังกายและระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบว่าความรู้สึกลอยากบุหรืระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=3.498$, $p<.05$) และ ($F=37.385$, $p<.05$) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของความรู้สึกลอยากบุหรืในระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.95) และ (Contrast = -19.45) ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า การเกิดอาการอยากบุหรืนั้น จะเกิดในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่ปริมาณที่หนัก คือมากกว่าหรือเท่ากับ 21 มวนขึ้นไป จากการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่าในช่วงแรกหลังจากผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยในกลุ่มทดลองโดยส่วนใหญ่จะหยุดสูบบุหรี่มาแล้วอยู่ในช่วง 6 – 10 ชั่วโมง จำนวนบุหรืที่สูบบ่อยู่ในช่วง 21 – 30 มวน ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-4 ว่า การเกิดความรู้สึกลอยากบุหรืหรือภาวะถอนนิโคตินนั้นสามารถเกิดได้หลังจากหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ช่วง 2 หรือ 3 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้าย และมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3 -5 วัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) ที่ว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการถอนนิโคตินหรือความรู้สึกลอยากบุหรืนั้นจะพบได้ตั้งแต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาใน

ช่วงเวลาดังกล่าว นั่นคือ 3 วันแรกของการนอนโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในเพื่อเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้งเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายนั้นส่งผลให้ความรู้สึกอยากบุหรีลดลงได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับกลไกของการออกกำลังกายในการช่วยลดอาการอยากบุหรีนั้นจะมีความส่งผลต่อการปรับตัวของจิตชีววิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี ช่วยลดความว้าวุ่นใจ ลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น เพิ่มความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007)

ประเด็นที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรีในกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรีก่อนการทดลองเท่ากับ 7.10 (S.D. = 1.55) และหลังการทดลองลดลงเป็น 3.60 (S.D. = 1.10) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยประยุกต์และพัฒนาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายนั้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีได้ อธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายที่เป็น การดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไป กับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรีจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้คำปรึกษา แบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการที่ผู้วิจัยเลือกที่ใช้ กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วยในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ เนื่องจากว่ากระบวนการกลุ่มจะเป็นแรงที่ ช่วยผลักดัน และสนับสนุนกลุ่มเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เห็นได้จากในช่วงที่มีการทำ กิจกรรมก็จะพบว่า ยังมีบางคนที่มีการต่อต้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีระยะของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นที่เพิกเฉยไม่สนใจปัญหานั้นก็จะมีกลุ่มคอยช่วยแลกเปลี่ยนประเด็น

ประสบการณ์ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจมากขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Santa Ana et al. (2007) ที่ว่า การใช้รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้ป่วยจะเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม มีการสนับสนุนระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม ช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคล และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการที่มีทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เร็วมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างประสบความสำเร็จ

เทคนิคที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นก็จะเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ในแต่ละกิจกรรมจะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยในช่วงแรกจะเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ มีความไว้วางใจ เกิดความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม และช่วยให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามที่กำหนดไว้ จากนั้นการให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้น และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ (Consciousness raising) การใช้เทคนิคที่เน้นประเมินถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Self-reevaluation) นำข้อมูลที่ได้สะท้อนกลับไป (feedback) ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ โดยแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Dramatic relief) รวมถึงการประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation) จะเป็นจะเป็นกลวิธีที่ชี้ให้เห็นความตระหนัก เห็นความสำคัญเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากนั้น มีแรงจูงใจและเห็นความสำคัญของปัญหา มากขึ้น เห็นได้จากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่เพิกเฉย ไม่รับรู้ถึงปัญหา ไม่อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และในระยะนี้ผู้ป่วยก็จะมี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) น้อย เช่นคำพูดที่ว่า “บุหรี่สูบแล้วไม่เห็นเป็นอะไรเลยครับ” “ผมคิดว่าผมไม่เลิกหรอกเพราะตอนนี้ผมสูบบุหรี่เยอะๆ ผมก็ร่างกายแข็งแรงดี” “ผมเลิกไม่ได้หรอกครับ อีกร้อยอย่างผมก็ไม่อยากเลิกด้วย” หลังจากใช้เทคนิคที่กล่าวมานั้นก็ช่วยผลักดันให้มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นเพิกเฉย (Pre-contemplation) ไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นอยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) ซึ่งหลักการนี้เป็นไปตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นที่บุคคลนั้นมีต่อตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เมื่อเข้าสู่ขั้นลังเลใจ (contemplation) ของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยก็จะเน้นให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) ด้วยวิธีการชั่งน้ำหนักหาผลดีผลเสีย เหตุผลที่ควรเปลี่ยน เหตุผลที่ไม่ควรเปลี่ยน การหาเหตุผลสนับสนุนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้ได้มากที่สุด จะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ง่ายที่สุด พร้อมทั้งกระตุ้นให้กล่าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Social liberation) รวมถึงถึงวิธีการแก้ปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และนำไปปฏิบัติได้จริง (Self-liberation) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation)

ในขั้นของการตัดสินใจ (Preparation) ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง (Self-reevaluation) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) โดยร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหา อภิปรายถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น อาการอยากบุหรี่ อาการถอนนิโคติน ตามด้วยการฝึกทักษะการหยุดความคิด (Thought stopping) หลักการนี้ก็ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยอยู่ในขั้นการลงมือกระทำ (Action)

ในขั้นการลงมือกระทำ (Action) นี้ ผู้วิจัยจะฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ได้แก่ เทคนิคการปฏิเสธ เทคนิคการประเมินและการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ เน้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนถึงทางเลือกที่เฉพาะของตน และระบุถึงวิธีการที่เฉพาะของตน (Peer education) จากนั้นร่วมกันอภิปรายโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งมีการสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เทคนิคและวิธีการที่กล่าวมานั้นเป็นกลไกที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งเห็นได้จากผลการวิจัยที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายนั้นมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด อาทิเช่น กลุ่มบำบัดทั่วไป รวมถึงการดูแลรักษาด้วยยาทางจิตเวช ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้เป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังคงมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังมีแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย จึงไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Williams and Foulds, 2007) ดังนั้นการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายนี้ จะมีการใช้หลักการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะมีส่วนช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยระดับแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สนับสนุนให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกลอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกลอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้านยาเสพติด ความรู้ด้านการพยาบาลจิตเวช มีทักษะในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมบำบัดให้เป็นไปตามที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไปใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แตกต่างกันหรือกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น ในการฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมอภิปรายในการหาแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นหรือไม่สามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ พยาบาลสามารถเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

1.3 การให้คำปรึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น จนสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ซึ่งการที่จะบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยสามารถกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ต่อเนื่องนั้นต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างสม่ำเสมอ

1.4 ควรจัดให้มีการออกกำลังกายเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ที่ติดบุหรี่ เป็นแนวทางในการดูแลตามปกติ

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละรูปแบบ แบบรายบุคคล แบบรายกลุ่ม และแบบรายครอบครัว

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับติดบุหรี่ที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในระดับที่แตกต่างกันให้มีประสิทธิผลมากที่สุด

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่นว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่ หรือมีปัจจัยและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวช ในแต่ละกลุ่มหรือไม่

5. ควรมีการเพิ่มรูปแบบการออกกำลังกายวิธีการอื่นๆ ให้มีความหลากหลาย เพื่อ เปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการลดอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2555). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*, หน้า 119. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบดลอก.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). ปัจจัยหลักที่ทำให้มีปัญหสุขภาพจิตของประชากรไทย. *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*, กรุงเทพมหานคร: บางกอกบดลอก.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2541). พุทธศาสนาและจิตเวชศาสตร์. *วารสารสมาคมและจิตเวชแห่งประเทศไทย*. 43(3): 266-291.
- จิตติมา พุ่มพรวณู. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหาร ชั้นประทวน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษ. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใจชื่น ตะเกาพงษ์. (2550). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนในช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ ปทุมวัน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- ฐิติรัตน์ ชื่นจิต. (2547). ประสิทธิภาพของบุโพรพ็อนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2549). การสูบบุหรี่ สาเหตุของการสูบบุหรี่ และการรักษา. *Chula Med J*, 50 (1): 30-41.
- เดือนทิพย์ เขมมโสภาส และพรทิพย์ ชิวพัฒน์. (2555). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดควันบุหรี่. *Kuakarun Journal of Nursing*, 19(1): 103-117.

- ธัญชนก จิงา. (2546). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ. (2552). ลักษณะการดำเนินโรค. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกันานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคจิตเภท*, หน้า 39-50. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธีรวิทย์ คล่องใจ. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินวัตกรรมวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี*. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: http://www.thaiheart.org/images/column_1353671720/Smoking_2.pdf. [10 มีนาคม 2557]
- ปิยาภรณ์ เขียวเรข, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ภารดี วัฒนสมบูรณ์ และดุสิต จุจิรารัตน์. (2550). กระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล. *วารสารควบคุมยาสูบ* 1(2): 29-42.
- ปราโมทย์ ปาโมชโช. (2550). *ทางเอก*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เมื่อดทราย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). *แนวปฏิบัติการพัฒนางานบริการเลิกบุหรี่สู่งานประจำ*. กรุงเทพฯ: เบญจผล.
- พิชัย แสงชาญชัย, บรรณาธิการ. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พัชชราวัลย์ กนจรรยา. (2554). *ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานแบบสั้นโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การ
 เลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ ททัชชนนี บุญเจริญ. (2549). แนวเวชปฏิบัติกรให้บริการผู้มี
 ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอแอมอออกเโนเซอร์
 แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
 กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). อาการและอาการแสดง. ในพิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ
 วาสิกานนท์(บรรณาธิการ), ตำราโรคจิตเภท. หน้า 77-100. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
 ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นาน
 มีบุ๊คส์ พับลิเคชันส์.
- รุ่งทิพา ใจจา. (2550). ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสมผสานหลักทางพระพุทธศาสนา กับเทคนิค
 การเรียนรู้ทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสูราของผู้เสพติดยสูรา. การค้นคว้าแบบอิสระ
 หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
 รมชัย คงสกนธ์. (2553). หลักการทั่วไปในการรักษาโรคติดยสูรา. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา
 (บรรณาธิการ), การรักษาโรคติดยสูรา เล่ม 2. หน้า 7-16. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินติ้ง.
 วัชรีย์ ทรัพย์มี. (2549). ทฤษฎีให้บริการปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. (2550). เกสซ์บำบัดในการเลิกสูรา. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
 (บรรณาธิการ), ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมปริมาณการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากร
 และนักศึกษาวชิชาชีพด้านสุขภาพ. หน้า 465-492. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ. (2555). สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ
 ไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคองการพิมพ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2555). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. รายงาน
 ประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555, หน้า 119.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, โรงพยาบาล. ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ. (2557). การ

- สำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). การรักษาโรคติดยาเสพติดด้วยยาช่วยเลิกบุหรี่. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (บรรณาธิการ), *การรักษาโรคติดยาเสพติด เล่ม 2*. หน้า 95-108. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรินติ้ง.
- สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธินและวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2556). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ* [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://hsmi.psu.ac.th/images/stories/hsripic2/suthipong.pdf>. [10 มีนาคม 2557]
- สมจิตร รมณีกานนท์ และคณะ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 59(4): 371-380.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานา นามเดช และณลินี เกิดประสงค์. (2551). พิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ. ใน ทศนา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร์ กลั้มพากร (บรรณาธิการ), *บุหรี่ยับสุขภาพ: บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่*, หน้า 43-89. เชียงราย: เชียงรายรุ่งโรจน์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2552). *ผลของการกวดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารยา หาอุปาระและคณะ. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *Rama Nursing Journal*, 12(3):260-275.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรอนงค์ ส่งทวน. (2552). *ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยคัดยกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Ajzen and Fishbein. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Alguilar, M. C., Gurpegui, M., Diaz F. J. and de Leon, J. (2005). Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interaction. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3): 215-221.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in changing society*. United Kingdom: Cambridge university press.

Benowitz, N.L. (2003). Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Progress in Cardiovascular disease*, 46(1): 91-111.

Bernard, P.P.N., et al. (2013). Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with Schizophrenia: a feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27 (1): pp23–31.

Biener, L., and Adama, D.B. (1991). The contemplation ladder: Validation of measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology* 10: 360-365.

Black, D. W., and Andreasen, N. C. (2011). *Introductory Textbook of Psychiatry*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation Learning*. New York: McGraw-Hall.

- Boyd, M. A. (2012). *Psychaitric Nursing Contemporary Prctice*. 5th ed. US: wolter Kluwer Health, อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชย์. 2555. *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบดี*. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปัยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- Brown, S., Barraclough, B. and Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 212–217.
- Campbell, E. C., Hurford, I. M., Esposito, A. Z., Lybrand J., Mann, S. C. and Caroff, S. N. (2013). Comorbid Addictions and Schizophrenia. *Interventions for Addiction*, 3, 497 – 502.
- Capasso, R. M., Lineberry, T.W., Bostwick, J. M., Decker, P. A. and St. Sauver, J. (2008). Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota cohort: 1950–2005. *Schizophrenia Research*, 98: 287–294.
- Cropley, M.I., Ussher, M., and Charitou, E. (2007). Acute effect of a guided relaxation routine(body scan) on tobacco withdrawal symptoms and craving in abstinent smokers. *Addiction*, 102: 989-993.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *public health reports*, 100: 126-131.
- Cox, L.S., Tiffany, S.T., and Christen,A.G. (2001). Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in a laboratory and clinical settings. *Nicotine and Tobacco Research*, 3: 7-16.
- David, C. D.(2 0 1 2). *Nicotine and Tobacco [online]*. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000953.htm>[2013, September 10].
- Damaj, M.I., Kao, I., and Martin, B.R. (2003). Characterization of Spontaneous and precipitated Nicotine withdrawal in the mouse. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 307(2): 526-534.

- Daniel, J.Z., Cropley, M. and Fife-Schaw, C. (2006). The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction*, 101: 1187-1192.
- Fagerstrom, K.O. (1993). Effectiveness of Nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111: 271-277, อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต. 2550. *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเฟลส ลิมิเต็ด พาสเนอรัลชีฟ.
- Frontera, W.R. (2001). Exercise. In Gonzalez, E.G., Myers, S.J., Edelstein, J.E., Lieberman, J.S., and Downey, J.A., (editors), *Downey and Darling's physiological basis of rehabilitation medicine*. 3rd ed. Boston: Butterworth Heinemann, 379-396.
- Forchuk, C., Norman, R., Malla, A., Vos, A., and Martin, L. (1997). Smoking and Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4: 355-359.
- Heidi, J.W., et al. (2012). Clinical characteristics of heavy and non-heavy smokers with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 138: 285-289.
- Grove, S.K., Burns, N. and Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 7th Ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Hays, W. L. (1973). *Statistic for the social sciences*. 2nd Ed. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Heishman, S.J., et al. (2003). Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine and Tobacco Research*, 5(5): 645-654.
- Hendricks, P.S., Ditte, J. W., Drobos, D. J., and Brandon, T. H. (2006). The early time course of smoking withdrawal effect. *Psychopharmacology*, 187: 385-396.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading MA: Addison Wesley.
- Hughes, J. R. (2007). Effect of abstinence from tobacco: Valid symptom and time course. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(3): 315-327.

- Jennifer, D. G. and Eden, A. E. (2007). How to treat nicotine dependence in smoker with schizophrenia. *Current Psychiatry*, 6(7).
- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health official in Kanchanaburi Province*. Master's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S., and Frasch, K. (2006). Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114: 242–248.
- Lindenmayer, J. P., and Khan, A. (2006). *Textbook of schizophrenia*. American: Psychiatric Publishing.
- Marlatt, G.A. (1987). Craving for Alcohol, loss of control and Relapse: a cognitive-behavioural analysis, in Nathan, P.E., Marlatt, G.A. and Laberg, T. (Eds), *Alcoholism: new directions in behavioral research and treatment*, 271-314.
- McChrgue, D.E., Gulliver, S.B., and Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment. *Addiction*, 97: 785-791.
- McCreadie, R. G., and Kelly, C. (2000). Patient with Schizophrenia who smoke private disaster. *British Journal of Psychiatry*, 176: 109.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., and Welham, J. (2008). *Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality*. *Epidemiologic reviews* 30: 67-76.
- Mezinskis, J. P., Honos-Webb, L., Kropp, F. and Somoza, E. (2001). The measure of craving. *Journal of Addictive Diseases*, 20(3): 67-85.
- Mirinda, R., Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Tidey, J., and Ray, L. (2008). Effect of repeated days of smoking cue exposure on urge to smoke and physiological reactivity. *Addictive Behaviors*. 33: 347-353.
- Nicole Dube. (2012). Cigarette smoking and schizophrenia. *OLR Research report*.

- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M. and Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8-24 .
- Polit, D. F., and Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principle and methods (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., and Norcross, J.C. (1992). In search of how people change Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Prochaska, J., Johnson, S., and Lee, P. (2009). The Transtheoretical model behavior change. *The Handbook of Health Behavior Change*, 3: 85–106, Cited in Bernard, P.P.N., et al. 2013. Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with Schizophrenia: a feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27 (1): pp23–31.
- Riggs, R. L., Hughes, J. R., and Pillitteri, J. L. (2001). Two behavioral treatments for smoking reduction: A pilot study. *Nicotine and Tobacco Research*, 3: 71–76.
- Rios-Bedoya, C.F., et al. (2008). Association of withdrawal feature of nicotine dependence as measured by the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Addictive Behaviors* 33: 1086-1089.
- Robinson, T.E., and Berridge, K.C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *The Royal Society*, 363: 3137-3146, อ้างถึงใน กงจักร สอนลา. 2555. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกลอยๆและออกฮอลล์ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott willium and wikins.
- Sayette, M. A., et al. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*. 95(2): s189-s210.

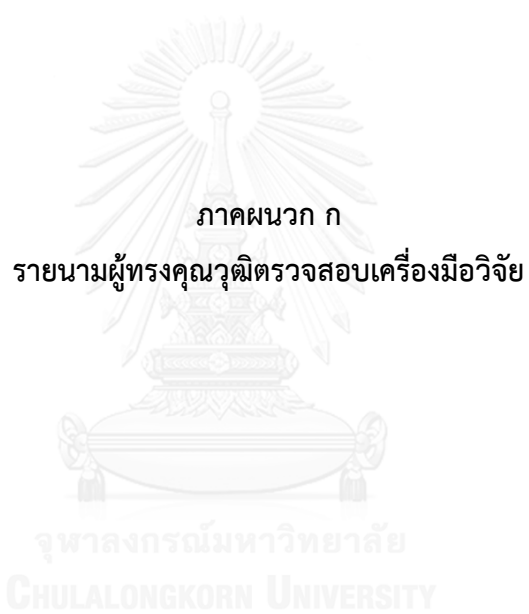
- Shaw, D., and al'Absi, M. (2008) Attenuated beta endorphin response to acute stress is Associate with smoking relapse. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 90: 357-362.
- Shiffman, S., Pillitteri, J.L., Burton, S.L. and DiMarino, M.E. (2004). Smoker and exsmoker reactions to cigarettes claiming reduced risk. *Tobacco Control*, 13(1):78-84.
- Spielholz, N.I. (1990). Scientific basis of exercise programs. In Basmajian, J.V., Wolf, S.L. (editors) *Therapeutic exercise*. 5th ed. Baltimore: William and Wilkins, 49-76.
- Stephoe, A., and Ussher, M. (2006). Smoking, cortisol and nicotine. *International Journal of Psychophysiology*, 59: 228-235
- Strasser, KM. (2002). *Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia*[online]. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/publications/smoke/smoke.pdf> [2014, January 4].
- Suttajit S, Srisurapanont M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 54 (Supplement 1):215-375.
- Taylor, A.H., Katomeri, M., and Ussher, M. (2005). Acute effect of self-paced walking on urges to smoke during temporary abstinence. *Psychopharmacology*, 181: 1-7.
- Taylor, A. H., Ussher, M. H., and Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: A systematic review. *Addiction*, 102, 534-543.
- Tiffany, S. (1999). Cognitive Concepts of Craving. *Alcohol Research and Health*, 23: 215-224.
- Ussher, M.H., Nunziata, P. and Cropley, M. (2001). Effect of short bout exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. *Psychopharmacology*, 158: 66-72.

- Vanderkaay, P. (2006). *The effects of nicotine and nicotine withdrawal on cardiovascular reactivity and affective responses in a sample of habitual and occasional cigarette smokers*. Doctoral dissertation. Department of the College of Art and Sciences, Ohio University.
- Veena, K. and Peggy, P. (2005). Review Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*, 29: 1021-1034.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. [online] Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>. [2014, January 4].
- Williams, D. M., Dunsiger, S., Whiteley, J. A., Ussher, M. H., Ciccolo, J. T., and Jennings, E. G. (2011). Acute effects of moderate intensity aerobic exercise on affective withdrawal symptoms and cravings among women. *Addictive Behaviors*, 36: 894-897.
- Williams, J. M. and Foulds, J. (2007). Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164: 222-227.
- Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2):112-119.
- Zhou, X. and James, N. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the Attempt cohort study. *Addictive Behaviors*, 34: 365-373.
- Ziedonis, D., et al. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(12): 1691-1715.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. อาจารย์ ดร. พรรษา เศรษฐบุปผา	อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นางสาวสavitree สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. นางสาวสกวรัตน์ เทพประสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง
5. นางสาวเกศแก้ว โสภณวรกิจ	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาการตรวจสอบความเที่ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

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

1. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของโปรแกรมการให้คำปรึกษา
ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

$$CVI = \frac{7}{8} = .88$$

2. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของแบบประเมินความรู้สึกล
อยากบุหรี (TCQ-SF)

$$CVI = \frac{11}{12} = .92$$

3. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมกา
รสูบบุหรี (FTND)

$$CVI = \frac{12}{12} = 1.0$$

4. ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของแบบประเมินความตั้งใจใ
การเลิกสูบบุหรี

$$CVI = \frac{11}{12} = .92$$

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.876	.873	12

2. แบบประเมินระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (FTND) เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (FTND) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.823	6

3. แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (FTND) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.883	12



เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณมากที่สุดลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่
 - () 3. หม้าย () 4. แยก/หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช. () 4. อนุปริญญา / ป.ว.ส.
 - () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - () 1. เกษตรกร () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ
 - () 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้บาท / เดือน
7. ระยะเวลาการป่วยทางจิต.....ปี
8. นอนโรงพยาบาลครั้งที่.....
9. ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ
 - () 1. ไม่มี
 - () 2. มี ระบุชนิด/ปริมาณ/ความถี่/ครั้งสุดท้ายที่ใช้.....
10. ประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว
 - () 1. ไม่มี
 - () 2. มี ความสัมพันธ์กับท่าน.....
11. โรคประจำตัว () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ

ประวัติการสูบบุหรี่

1. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่.....ปี
2. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยวันละกี่มวน
3. ท่านสูบบุหรี่มวนสุดท้ายเมื่อไหร่ วันที่.....รวมระยะเวลาเป็น.....ชม.
4. ท่านเคยพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่
 - () 1. เคย
 - () 2. ไม่เคย ระบุสาเหตุ.....
5. กรณีเคยพยายามที่จะเลิกบุหรี่ จำนวนครั้งที่ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่.....ครั้ง
6. กรณีเคยพยายามที่จะเลิกบุหรี่ ท่านพยายามเลิกด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 1. หักดิบหรือเลิกสูบทันที
 - () 2. ค่อยๆลดจำนวนมวนลง
 - () 3. นึกถึงโทษของบุหรี่
 - () 4. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรี่
 - () 5. ออกกำลังกาย
 - () 6. อดลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง
 - () 7. การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
 - () 8. อื่นๆ ระบุ.....
7. กรณีเคยพยายามที่จะเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด.....
8. กรณีเคยพยายามที่จะเลิกบุหรี่ ท่านกลับมาสูบบุหรี่อีกเพราะเหตุใด

.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเสพติดสารนิโคติน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบที่ท่านต้องการ

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - 10 มวนหรือน้อยกว่านั้น (0)
 - 11-20 มวนต่อวัน (1)
 - 21-30 มวนต่อวัน (2)
 - 31 มวนหรือมากกว่านั้น (3)
2. ท่านเริ่มต้นสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่
 - ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3)
 - 6-30 นาทีหลังตื่นนอน (2)
 - 31-60 นาทีหลังตื่นนอน (1)
 - หลังตื่นนอน 60 นาทีไปแล้ว (0)
3.
4.
5.
6. ท่านยังคงสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วย หรือต้องนอนอยู่บนเตียงนอน หรือไม่สบาย เป็นไข้หวัดหรือไออย่างหนัก
 - ใช่ (1)
 - ไม่ใช่ (0)

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่
(Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF)

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งคำถามในแต่ละข้อจะถามถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกอยากบุหรี่ของท่านตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เทียบกับคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 ดังตาราง

ระดับความคิดเห็น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	2	3	4	5	6	7	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันอยากสูบบุหรี่ตอนนี้							
2. ถ้าฉันได้สูบบุหรี่ตอนนี้ ฉันคงจะไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้							
3. ถ้าฉันมีบุหรี่ซีกมวนอยู่ในมือ ฉันคงจะสูบบมัน							
4. บุหรี่น่าจะมึรสชาดีดี ถ้าได้สูบบในตอนนี้							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11. ฉันคงจะไม่สามารถจำกัดปริมาณการสูบบได้ ถ้าฉันได้สูบบบุหรี่ในตอนนี้							
12. ฉันคงจะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ดีกว่านี้ ถ้าฉันได้สูบบบุหรี่ในตอนนี้							

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึก
ท่านมากที่สุด

น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด
ค่อนข้างน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างน้อย
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่						
2. ฉันไม่ต้องการที่จะสูบบุหรี่						
3. ฉันวางแผนที่จะปฏิเสธทุกคนที่มา ชักชวนให้สูบบุหรี่						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10. เมื่อมีเทศกาลหรืองานเลี้ยงสังสรรค์ ฉันจะไม่สูบบุหรี่						
11. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจฉันจะไม่สูบบุหรี่						
12. เมื่อมีเวลาว่างฉันจะหากิจกรรมที่เป็น ประโยชน์ทำ โดยไม่สูบบุหรี่						

คู่มือสำหรับพยาบาล

“โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
ต่อความรู้สึกอยากบุหรืและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาสูบ”



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดและหลักการ

การติดบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย จึงไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Williams and Foulds, 2007) และเมื่อผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่เมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจะทำให้เกิดความรู้สึกอยากบุหรี่ตามมาเนื่องจากระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ทำให้เกิด Reward partway มีการลดระดับลงกระทันหัน (Robinson and Berridge, 2008; กงจักร สอนลา, 2012) ทั้งนี้พบว่าทำให้ค่าปริกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายของ Bernard et al. (2013) จะทำให้มีสารโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้นและทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ คือช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor et al., 2007) นอกจากนี้การให้ค่าปริกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและทักษะที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ (Riggs et al., 2001) ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ค่าปริกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อให้ความเหมาะสมในการนำมาใช้ลดความรู้สึกอยากบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในบริบทของประเทศไทย

โปรแกรมการให้ค่าปริกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากโปรแกรมการให้ค่าปริกษาพร้อมกับการออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson and Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกาย ที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายและผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม โดยเชื่อมโยงกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Model) ของ Prochaska and Diclemente (1992) ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเพิกเฉย (Pre-contemplation) 2) ระยะลังเลใจ (contemplation) 3) ระยะตัดสินใจ (Determination) 4) ระยะลงมือกระทำ (Action) และ 5) ระยะกระทำอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความตั้งใจว่ามีความพร้อมอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) อีกทั้งช่วยกำกับให้มีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่เสมอ เพราะแรงจูงใจเป็นสิ่งไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (รณชัย คงสกนธ์, 2553)

ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ค่าปริกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้ค่าปริกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความไว้วางใจ และเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกระบวนการในการบำบัด ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งยังส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนักและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นเพิกเฉย (Precontemplation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) โดยผู้บำบัดอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และให้สมาชิกภายในกลุ่มประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ทบทวนถึงประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Self-reevaluation) และผู้บำบัดจะนำข้อมูลที่ได้สะท้อนกลับ (feedback) เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหามากขึ้น ร่วมกับการกระตุ้นให้สมาชิกมีการระบายอารมณ์โดยแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Dramatic relief) รวมถึงการประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation) เพื่อชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและเกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Consciousness raising) และมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว (Motivation readiness)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกอยากบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่แบบชั่วคราว โดยเริ่มจากการอธิบายเชื่อมโยงถึงวิธีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (Moderate exercise) ว่าช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ได้อย่างไร ร่วมด้วยการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดเสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์มาทดแทนการสูบบุหรี่ (Counter conditioning) ว่ามีวิธีการใดบ้าง จากนั้นเข้าสู่กระบวนการออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย (warm down) 10 นาที ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 50 นาที (โดยกำกับจากอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 40-60%) และ cool down อีก 10 นาที (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007) ซึ่งผู้บำบัดจะให้สมาชิกเลือกวิธีการออกกำลังกายตามที่ตนชอบและสนใจ โดยเตรียมอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายไว้ให้ เช่น เครื่องปั่นจักรยาน สายพานสำหรับเดินหรือวิ่ง เป็นต้น ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งผู้บำบัดจะประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ วัดสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย และวัดอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างการออกกำลังกาย เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการออกกำลังกายผู้บำบัดจะสรุปให้เห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมดังกล่าว ร่วมกับการชมเชย และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Reinforcement management)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ และหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกมีการชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจ และมีแนวทางที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นลังเลใจ (contemplation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้น และอย่างน้อยอยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) โดยผู้บำบัดส่งเสริมให้สมาชิกมีการชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Decision balance) ใช้หลักการพูดคุยถึงผลดีผลเสียของการเปลี่ยนและไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Pros & Cons) พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกกล่าวข้อความที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันเสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Social liberation) รวมถึงค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ร่วมกันอภิปรายถึงวิธีการแก้ปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แล้วให้สมาชิกได้เลือกแนวทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติได้จริง (Self-liberation)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกรออยากบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากรู้สึกรออยากบุหรี่ที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่แบบชั่วคราว ทำเช่นเดียวกับกิจกรรมการออกกำลังกายในครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 5 การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้น การค้นหาสิ่งกระตุ้น มีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งในบริบทที่อยู่ในโรงพยาบาลตลอดจนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ โดยเริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Preparation) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเป็นขั้นตอนที่สูงขึ้นและอย่างน้อยอยู่ในขั้นการลงมือกระทำ (Action) จากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ประเมินตนเอง (Self-reevaluation) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) โดยร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหาอภิปรายถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง อีกทั้งให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้บำบัดให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น อาการอยากบุหรี่ อาการถอนนิโคติน ตามด้วยการฝึกทักษะการหยุดความคิด (Thought stopping) โดยการสาธิตวิธีการ ยกตัวอย่างสถานการณ์และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิด

วิเคราะห์และปฏิบัติตาม และให้สมาชิกในกลุ่มสรุปถึงแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นอย่างชัดเจนและเป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้จริงอีกครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 6 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากรู้สึกลอยๆที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่แบบชั่วคราว ทำเช่นเดียวกับกิจกรรมการออกกำลังกายในครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 7 ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเริ่มจากการให้สมาชิกในกลุ่มประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งสมาชิกทุกรายจะต้องมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นลงมือกระทำ (Action) และผู้บำบัดจะให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนถึงทางเลือกที่เฉพาะของตนเพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน (Social liberation) และระบุถึงวิธีการที่เฉพาะของตน (Peer education) จากนั้นร่วมกันอภิปรายโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงทางเลือกวิธีการต่างๆ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (Helping relation) และผู้บำบัดจะส่งเสริมทักษะเพิ่มเติมที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ เทคนิคการปฏิเสธ และเทคนิคการประเมินและการจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในบริบทของการรักษาแบบผู้ป่วยในและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

กิจกรรมครั้งที่ 8 การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งกิจกรรมในครั้งนี้จะจัดทำเป็นรายบุคคลก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง การทบทวนการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งหมด รวมถึงการหาแนวทางการจัดการกับสิ่งที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกับสิ่งกระตุ้น การฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ การเผชิญปัญหาในสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ในอนาคต และเน้นย้ำแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนที่ชัดเจนและสามารถทำได้จริง จากนั้นเป็นการประเมินผลและสรุปถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม โดยจะเน้นการใช้เทคนิคการสรุปความ (Summarization) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนขณะที่อยู่บ้าน และพยาบาลจะติดตามประเมินถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

สรุปการดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย
ต่อความรู้สึกลอยกายหรือและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

ครั้งที่	วันดำเนินการ	เวลาดำเนินการ	ชื่อกิจกรรม	รูปแบบ
1	วันจันทร์	09.45-11.00 น.	การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่	รายกลุ่ม
2		13.30-15.00 น.	การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยกายหรือ	
3	วันพุธ	09.45-11.00 น.	การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียเพื่อตัดสินใจและหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่	
4		13.30-15.00 น.	การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยกายหรือ	
5	วันศุกร์	09.45-11.00 น.	การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น	
6		13.30-15.00 น.	การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยกายหรือ	
7	วันอาทิตย์	09.45-11.00 น.	ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่	
8	ก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล 1 สัปดาห์	เช้า/บ่าย	การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่	

แผนการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

ต่อความรู้สึกลอยากบู่หรือและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบู่หรือ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบู่หรือ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบู่หรือ

สถานที่ หอผู้ป่วยจิตเวชสามัญชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 75 นาที

รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4-5 คน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและสมาชิกภายในกลุ่ม รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง
2. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องพิษภัยบู่หรือ
4. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มตระหนักในพิษภัยบู่หรือและมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นสังเกตใจ (Contemplation)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกในกลุ่มไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างใด โดยเกิดความไว้วางใจและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในในกลุ่ม
2. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้
3. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงพิษภัยบู่หรือได้
4. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินถึงพฤติกรรมสุขภาพสุบู่หรือของตนเองได้
5. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงผลกระทบ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการสุบู่หรือของตนเองได้
6. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงประโยชน์จากการเลิกสุบู่หรือที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้
7. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินกิจกรรมในระยะแรก เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การกล่าวทักทายทั่วไป (small talk) แนะนำตนเอง การละลายพฤติกรรมทำความรู้จักซึ่งกันและกันเพื่อสร้างบรรยากาศให้เป็นที่คุ้นเคยและเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจนถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบกระบวนการในการบำบัด ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Motivation readiness) สมาชิกจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความตระหนักในพฤติกรรมดังกล่าวก่อน โดยผู้บำบัดจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Consciousness raising) จากนั้นผู้บำบัดจำเป็นต้องให้สมาชิกประเมินถึงพฤติกรรมของตนเอง (Self-reevaluation) ประเมินความรู้ความเข้าใจ และความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้นและยังส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบายนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรมของตนเอง (Dramatic relief) ซึ่งผู้บำบัดจะทำหน้าที่กระตุ้นและสะท้อนกลับเพื่อให้สมาชิกเห็นถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง มองถึงการประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation) หลักการดังกล่าวจะช่วยผลักดันให้มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) จากระยะเพิกเฉย (Precontemplation) ไปเป็นระยะลังเลใจ (Contemplation)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. บ้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม
3. บอร์ดวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่ม
4. แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
5. คู่มือสำหรับผู้ป่วย
6. วิดีโอเรื่องพิษภัยบุหรี่
7. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี่
8. ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบวัดความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่
9. ใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเอง

10. ไปกิจกรรมที่ 1.3 แบบสำรวจผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของตนเอง

11. ไปกิจกรรมที่ 1.4 ประโยชน์จากการเลิกบุหรี่

เกณฑ์การประเมินผล

1. สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม โดยประเมินจากสีหน้าท่าทาง การพูดคุย บรรยายความคิดเห็นและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี
2. สมาชิกในกลุ่มสามารถออกถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างถูกต้องทุกข้อ
3. สมาชิกในกลุ่มสามารถออกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้ถูกต้องทุกข้อ
4. สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจเรื่องพิษภัยบุหรี่โดยผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป
5. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างถูกต้อง
6. สมาชิกในกลุ่มสามารถออกถึงผลกระทบ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยคนละ 5 ข้อ
7. สมาชิกในกลุ่มสามารถออกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยคนละ 5 ข้อ
8. สมาชิกในกลุ่มมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นสังเกตใจ (Contemplation)

ในการบำบัดครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
1. สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี	การสร้างสัมพันธ์ภาพทำได้โดยพยายามแสดงท่าทีที่เป็นมิตร สุภาพ อ่อนโยน แสดงความจริงใจ เข้าใจ และให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย รวมถึงการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเองเป็นอย่างดี	1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ (30 นาที) 1.1 ผู้บำบัดเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทายพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องทั่วไป (small talk) แสดงท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ และยอมรับในตัวผู้ป่วย เช่น “สบายดีไหม” “ทานอาหาร	- บัตรชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม - คู่มือสำหรับผู้ป่วย	1. สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม โดยประเมินจากสีหน้าท่าทาง การพูดคุย บรรยายความคิดเห็นและความร่วมมือในการ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
2. สมาชิกในกลุ่ม		<p>เข้าหรือยัง ออาหารอร่อยไหม ” เป็นต้น เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เกิดความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น</p> <p>1.2 ผู้บำบัดและสมาชิกแนะนำตัวทำความรู้จักกันภายในกลุ่ม ผ่านกิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเองซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป</p> <p>กิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ”</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมและแนะนำตัวเองทีละคนและทวนชื่อเพื่อนเมื่อคนแรกแนะนำตัวเอง เช่น “เอ ครับ” คนต่อไปต้องทวนชื่อเพื่อนก่อนแล้วจึงแนะนำตัวเองต่อ เช่น “เอ, บี”คนต่อไปก็แนะนำต่อว่า “เอ, บี, ซี ” เป็นต้น จนครบ <p>1.3 ผู้บำบัดอธิบาย ชี้แจงถึง</p>	- บอร์ดวัตถุประสงค์การเข้า	ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี
				2. สมาชิกในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างถูกต้อง		วัตถุประสงค์ รูปแบบกระบวนการในการบำบัด ภูมิศาสตร์ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และพูดถึงประเด็นการเข้าร่วมกิจกรรม 1.4 ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบ และขั้นตอนของงานดำเนินกิจกรรม	กลุ่ม	สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างถูกต้องทุกข้อ 3.สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้ถูกต้องทุกข้อ
3. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้	การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่บุพหุ (Motivation readiness) ในขั้นนี้ทำได้ดังนี้	2. การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (45 นาที) 2.1 ผู้บำบัดให้สมาชิกประเมินถึงความพร้อมหรือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ว่าอยู่ในขั้นใดของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบสอบถามขั้นต้นใดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่บุพหุ	- คู่มือสำหรับผู้ป่วย -แบบสอบถามขั้นต้นใดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่บุพหุ	4. สมาชิกในกลุ่มมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นเพิกเฉย (Precontemplation)
4. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงพิษภัยบุหรี่ได้	- ผู้บำบัดจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงหรือ	2.2 ผู้บำบัดกล่าวนำเรื่องพิษภัยบุหรี่ และให้สมาชิกกลุ่มดูวิดีโอเรื่องพิษภัยบุหรี่ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเห็นความสำคัญที่จะ	- วิดีโอเรื่องพิษภัยบุหรี่	5.สมาชิกในกลุ่มทุกรายมีความรู้ความเข้าใจเรื่องพิษภัยบุหรี่โดยผ่านเกณฑ์การ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>5. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินถึงพฤติกรรมกลุ่มการสุบบุหรี่ของตนเองได้</p>	<p>อันตรายที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสุบบุหรี่ (Consciousness raising)</p> <p>- ให้สมาชิกประเมินถึงพฤติกรรม (Self-reevaluation) ประเมินความรู้ความ</p>	<p>เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกลุ่มการสุบบุหรี่</p> <p>2.3 ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยแสดงความคิดเห็นในกลุ่มเกี่ยวกับวิธีอดีตงกล่าว และเชื่อมโยงกับรูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการสุบบุหรี่ และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ</p> <p>2.4 ผู้บำบัดให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี่</p> <p>2.5 ผู้บำบัดสรุปประเด็นเรื่องพิษภัย บุหรี่ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม</p> <p>2.6 ผู้บำบัดแจกใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบวัดความรู้เรื่องพิษภัย บุหรี่ เพื่อประเมินถึงความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องพิษภัย บุหรี่ ซึ่งจะส่งเสริมให้ตระหนักและเห็น ความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสุบบุหรี่</p> <p>2.7 ผู้บำบัดกล่าวนำเรื่องพิษภัยบุหรืที่ได้กล่าวมาแล้วโดยเชื่อมโยงกับพฤติกรรม การสุบบุหรี่ของสมาชิก จากนั้นแจกใบ</p>	<p>- ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี่</p> <p>- ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบวัดความรู้เรื่องพิษภัยบุหรื</p> <p>- ใบกิจกรรมที่ 1.2 แบบสำรวจพฤติกรรมกลุ่มการสุบบุหรี่ของตนเอง</p>	<p>ประเมินร้อยละ 70 ขึ้นไป</p> <p>6. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินพฤติกรรม การสุบบุหรี่ของตนเองได้</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
6. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงผลกระทบ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการสูญบุหรืหรือตนเองได้	เข้าใจ และความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมาน้อยเพียงใด - ส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบายนถึงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากพฤติกรรม การสูญบุหรืของตน (Dramatic relief) ซึ่งผู้บ้บับัดจะทำหน้าที่กระตุ้นและสะท้อนกลับ - การประเมินถึงผลกระทบที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด (Environment re-evaluation)	กิจกรรมที่ 1.2 แบบสำรวจพฤติกรรมการสูญบุหรืของตนเอง 2.8 ผู้บ้บับัดนำปัญหาที่ได้มาสะท้อนกลับเพื่อให้สมาชิกเห็นถึงปัญหาของตนเอง 2.9 ผู้บ้บับัดเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การสูญบุหรืของตนภายในกลุ่ม 2.10 ผู้บ้บับัดกล่าวนำเรื่องผลกระทบที่เกิดขึ้น และแจ้งกิจกรรมที่ 1.3 แบบสำรวจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูญบุหรืของตนเอง 2.11 ผู้บ้บับัดใช้เทคนิคการสะท้อนกลับในภาพรวมว่าบุหรืมีผลกระทบต่อสมาชิกอย่างไรบ้าง เพื่อให้เห็นถึงอันตรายหรือความเสียหายจากการสูญบุหรื และเกิดความตระหนักในการเลิกบุหรื 2.12 ผู้บ้บับัดสรุปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูญบุหรืภายในกลุ่มว่ามีผลกระทบอะไรบ้าง	- ใบกิจกรรมที่ 1.3 แบบสำรวจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูญบุหรืของตนเอง	7. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงผลกระทบ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการสูญบุหรืของตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยคนละ 5 ข้อ
7. สมาชิกในกลุ่ม			- ใบกิจกรรมที่ 1.4 เรื่อง	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
สามารถบอกถึง ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นกับ ตนเองได้		<p>2.13 ผู้บำบัดแจกใบกิจกรรมที่ 1.4 เรื่องประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ ซึ่งให้ช่วยเขียนถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกได้</p> <p>2.14 ผู้บำบัดและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปผลของการดำเนินกิจกรรมในครั้ง นี้ และเน้นย้ำเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่เป็นปัญหา การรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ช่วยเอง รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความตระหนัก มีความพร้อมและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้</p> <p>2.15 พยายามให้ผู้ช่วยประเมินถึงความพร้อมหรือแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ว่าอยู่ในขั้นตอนของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้แบบสอบถามฉบับนี้วัดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง</p>	ประโยชน์จากการเลิกบุหรี่	<p>8. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างน้อย 5 ข้อ</p>
8. สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้			<p>- แบบสอบถามฉบับนี้วัดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p>	<p>9. สมาชิกในกลุ่มมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อยอยู่ในขั้นตั้งใจ (Comtemplation)</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>พฤติกรรมการสูบบุหรี่อีกครั้ง ในกรณีที่ไม่สามารถเลิกได้ ผู้ป่วยจะไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Stage og change) ที่ต้องการ ในแต่ละกิจกรรม สามารถจัดการแก้ไขโดย การนำผู้ป่วยมาให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และให้คำปรึกษาตามขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ 2.16 นัดหมายวันและเวลาในการทำ กลุ่มครั้งต่อไป</p>	<p>สูบบุหรี่</p> <p>- ตารางนัดหมายการทำ กิจกรรม</p>	

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี
กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี
สถานที่ ศูนย์ออกกำลังกาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ระยะเวลา 90 นาที
รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4-5 คน
วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกอยากบุหรีลดลง
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกในกลุ่มไม่ได้รับการประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี
2. สมาชิกในกลุ่มได้รับการออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามขั้นตอน

สาระสำคัญ

ความรู้สึกลอยากบุหรีเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี โดยการหยุดสูบบุหรีชั่วคราวของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการอยากบุหรีได้ และนำไปสู่ความล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรีเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ซึ่งวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเป็น 40-60 % (Ussher, Nunziata and Cropley, 2001) ส่งผลต่อ Ventilatory Threshold จะช่วยลดความต้องการ การรู้คิดลดลง เป็นสื่อในการช่วยลดแรงกดดันและแรงกระตุ้นใจ ความเครียดและแรงกระตุ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิตวิทยา (Psychobiological mechanisms) ที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น Beta Endorphins, Cortisol หรือ Opioids โดยเฉพาะโดปามีน ในส่วนของ mesolimbic ซึ่งอยู่ในสมองส่วนกลาง จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีความพึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี และช่วยลดความรู้สึกลอยากบุหรีจากการที่ต้องหยุดสูบบุหรีชั่วคราวนี้ได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. บัตรชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. คู่มือสำหรับผู้ป่วย
3. ใบความรู้ที่ 2.1 การออกกำลังกายลดอาการอยากสูบบุหรี

4. ใบกิจกรรมที่ 2.1 แบบประเมินความรู้สึกรอยกายหรือ
5. ใบกิจกรรมที่ 2.2 แบบบันทึกผลการออกกำลังกาย
6. เครื่องวัดสัญญาณชีพ
7. สายพานสำหรับเดินออกกำลังกาย
8. เครื่องปั่นจักรยาน
9. เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ

การประเมินผล

1. สมาชิกในกลุ่มได้รับการออกกำลังกายระดับปานกลาง (ชีพจรเพิ่ม 40-60%) อย่างถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนดให้
2. สมาชิกในกลุ่มมีความรู้สึกรอยกายหรือหลังออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
.....	การออกกำลังกายในระดับปานกลาง ซึ่งวัดจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเป็น 40-60% (Ussher, Nunziata and Cropley, 2001) ส่งผลต่อ Ventilatory Threshold จะช่วยลดความต้องการ การรู้คิด ลดลง เป็นสื่อในการช่วยลดแรงกดดันและแรง	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้บังคับกล่าวทักทายภายในกลุ่มเรื่องทั่ว ๆ ไป ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1.2 ผู้บังคับกับสมาชิกร่วมกันทบทวนวัตถุประสงค์ ด้วยท่าที่เป็นมิตร 1.3 ผู้บังคับประเมินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ผ่านมา เพื่อให้มีการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง ที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และให้เกิดความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ป้ายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม - คู่มือสำหรับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>กระตุ้นได้ดี ช่วยลดความ ว่างในใจ ความเครียดและ แรงกระตุ้น นอกจากนี้ก็มี ผลต่อการเพิ่มขึ้นของสาร สื่อ นำประสาทในสมอง เช่น Beta Endorphins, Cortisol หรือ Opioids โดยเฉพาะโดปามีน ใน ส่วนของ mesolimbic ซึ่ง อยู่ในสมองส่วนกลาง จะ กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร สื่อ นำประสาทที่มีผลต่อ Reward partway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้น จากสารนิโคตินในบุหรี่ เหมือนกับติดยาเสพติด อื่นๆ (Taylor, Ussher and Faulkner, 2007)</p> <p>..... </p>	<p>1.4 1.5 1.6 1.7 1.8</p> <p>..... 1.9 พยาบาลประเมินถึงความรู้สึก อายากบุหรืหลังเข้ากลุ่มการออกกำลังกาย 1.10 ให้สมาชิกสรุปถึงประโยชน์ของ การออกกำลังกาย และเชื่อมโยงไปถึงเรื่อง ความรู้สึกอายากบุหรื 1.11 ผู้บำบัดนัดหมายสมาชิกในการ ทำกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	<p>..... </p>	<p>..... </p>

คู่มือเลิกบุหรี่



โดย
นายวีระ เนริกุล
ผศ. ดร. แพทย์พักษตร์ อุทิศ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางนัดหมายการทำกิจกรรม

ชื่อ-สกุล..... ตึก.....

ที่อยู่ติดต่อได้หลังจำหน่าย.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ครั้ง	ว/ด/ป	เวลา	เรื่อง	สถานที่
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี่

บุหรี่

บุหรี่หรืออีกอย่างหนึ่งว่า นิโคติน เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่ต้องตามกฎหมายของประเทศ เพราะเมื่อสูบเข้าไปแล้วจะทำให้เกิดการติด จึงส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณการสูบมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อหยุดสูบจะเกิดอาการอยากบุหรี่ตามมา ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การเสพติดบุหรี่หรือนิโคติน

เกณฑ์การประเมินผู้ที่ติดบุหรี่จะต้องมีอย่างน้อย 3 ใน 7 ข้อ ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน ดังนี้

1. มีอาการดื้อต่อนิโคติน คือ ต้องการเสพนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

2. มีอาการถอนนิโคติน จะเกิดกับผู้ที่ยายามเลิกสูบบุหรี่ภายใน 4 ชั่วโมง หลังจากสูบบวนสุดท้าย และความรุนแรงจะอยู่ในช่วง 3-5 วัน จะส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

2.1) มีการใช้นิโคตินทุกวันติดต่อกันอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์

2.2) หลังจากหยุดหรือลดการใช้นิโคตินในทันที จะมีอาการอย่างน้อย 4 ข้อ ใน 24 ชั่วโมง เช่น อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวาย สมาธิลดลง หัวใจเต้นช้าลง และมีความอยากอาหารหรือน้ำหนักมากขึ้น

2.3) ส่งผลเสียต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ

2.4) อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย และไม่ใช่อุบัติเหตุจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

3. ใช้นิโคตินมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ

4. ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้นิโคตินทั้งที่ต้องการหยุด

5. ใช้เวลามากไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน หรือการเสพติดนิโคติน เช่น การสูบบุหรี่ต่อเนื่องหลายมวน

6. ลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรืองานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการอันเนื่องมาจากติดนิโคติน

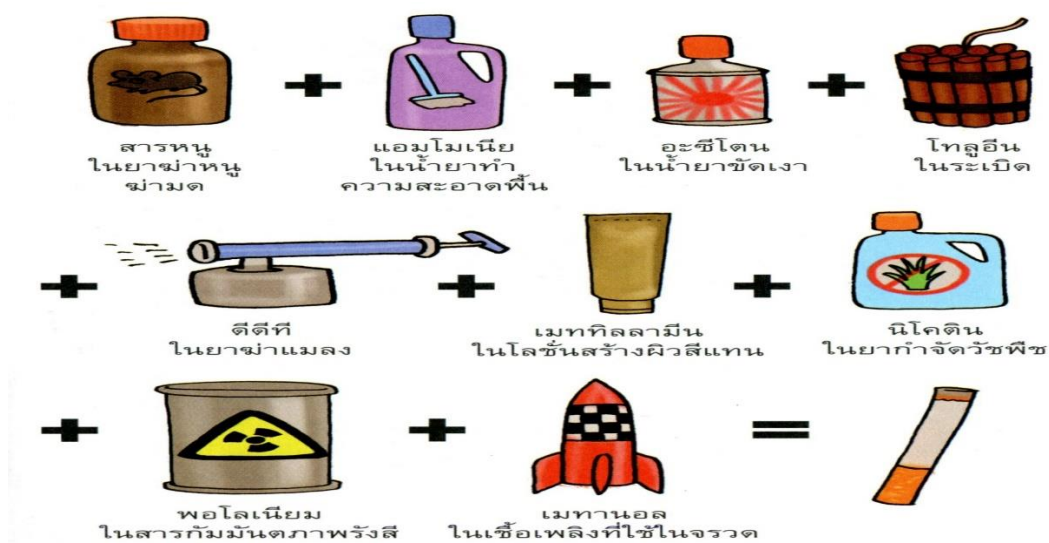
7. ยังใช้สารนิโคติน แม้มีปัญหาสุขภาพและจิตใจที่มีสาเหตุจากนิโคติน หรือมีอาการมากขึ้นจากการใช้นิโคติน

สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นได้แบ่งได้ 2 ประเภท คือ การสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก โดยสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1ซองขึ้นไป (20 มวน)ต่อวัน และถ้าน้อยกว่า 1 ซองลงมาถือว่าเป็นการสูบบุหรี่ในปริมาณที่ไม่หนัก

สารประกอบในบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดควันที่มีสารประกอบที่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงต่างๆอยู่ประมาณ 4000 ชนิด สารประกอบที่สำคัญมีดังนี้

1. **นิโคติน** เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ เพราะไปกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า
2. **ทาร์ หรือน้ำมันดิน** เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งต่างๆได้
3. **คาร์บอนมอนอกไซด์** ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีเมื่อย ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ
4. **ไฮโดรเจนไซยาไนด์** เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อปอดส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ



5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อปอดตลอดจนส่วนปลาย ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

6. แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก

7. สารกัมมันตรังสี ที่มีรังสีอัลฟาอยู่เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันทูหรี่ยังเป็นพาหะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

สาเหตุหรือปัจจัยการสูบบุหรี่

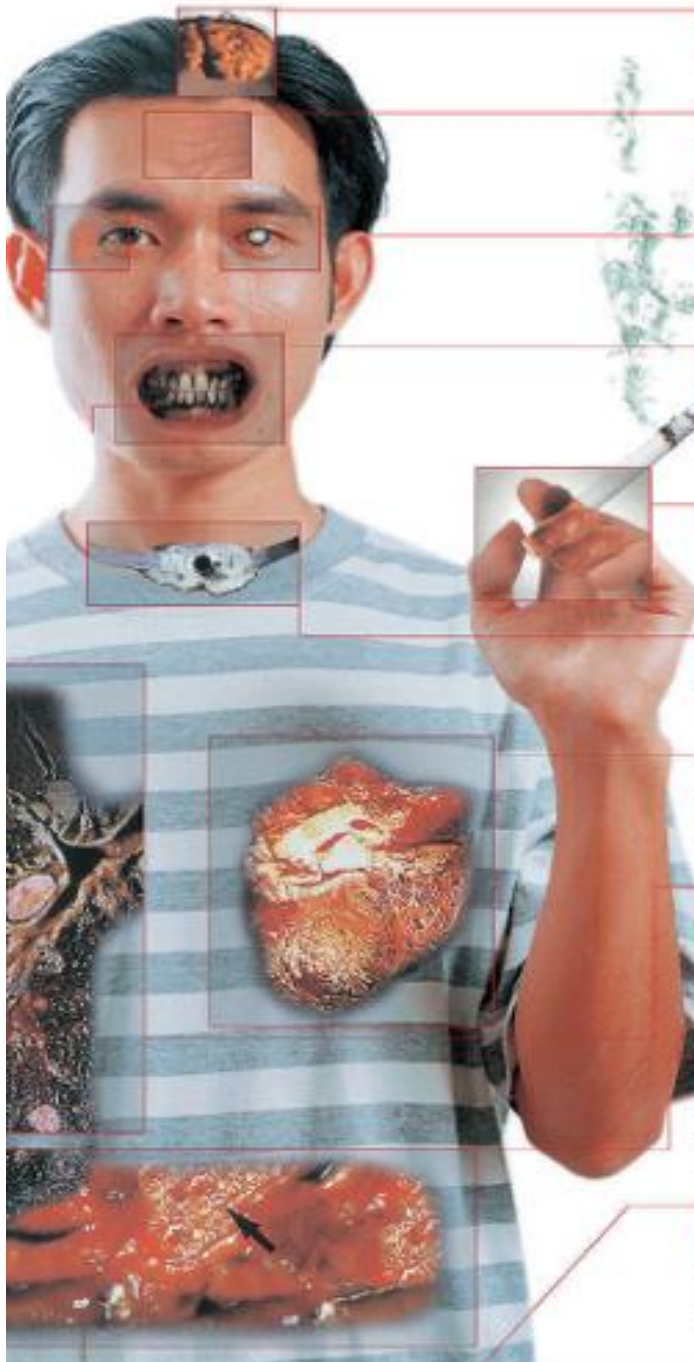
1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย การสูบบุหรี่จะช่วยให้มีหลังสารเคมีที่อยู่ในสมอง ที่ทำให้เกิดความสุขเฟลิดเฟลิน ลดความเครียด ความวิตกกังวล จึงทำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ซ้ำๆ แต่ถ้าสารดังกล่าวมีมากจะทำให้เกิดความเครียด ความบีบคั้นทางด้านจิตใจได้

2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ มีทัศนคติความเชื่อที่ผิดของการสูบบุหรี่ เช่น เชื่อว่าเมื่อสูบบุหรี่จะทำให้สมองปลอดโปร่ง จิตใจแจ่มใสอารมณ์ดี มีความสุข สดชื่น และไม่กังวลนอน เป็นต้น การมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ยอมตาม รวมถึงความอยากลอง

3) ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม เช่น สภาพแวดล้อม เพื่อนที่สูบ การสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคมหน้าที่การงาน และกระแสของสื่อโฆษณาต่างๆ เป็นต้น

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

พิษของบุหรี่ ทำให้เกิดโรคและความทรุดโทรม กับ อวัยวะทุกส่วนของร่างกาย



ทำให้เสพติด

นิโคตินในบุหรี่กระตุ้นการเสพติดจนยากที่จะถอน

เกิดรอยย่น

ควันบุหรี่และการไหม้ของเนื้อเยื่อทำให้ผิวหนังแห้งและเหี่ยวเฉา รอยย่นที่ตาและริมฝีปากและที่คอและบนใบหน้า

ต้อกระจก

นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่ทำให้เกิดต้อกระจกก่อนวัยอันควร

มะเร็งในปาก

บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของอาการเกิดมะเร็งในปากและในลำคอ บุหรี่ยังทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด

ปิวและเส้นเหลือง

การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้เกิดนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์สะสมในฟันและเส้นเหลือง

มะเร็งกล่องเสียง

๔ ใน ๕ ของคนที่เป็นมะเร็งกล่องเสียงเกิดจากการสูบบุหรี่

โรคหัวใจ

การสูบบุหรี่ ๑ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจถึง ๒ เท่า การสูบบุหรี่ ๒ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจถึง ๓ เท่า การสูบบุหรี่ ๓ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจถึง ๔ เท่า

มะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง

การสูบบุหรี่ ๑ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๑๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๒ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๒๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๓ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๓๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๔ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๔๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๕ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๕๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๖ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๖๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๗ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๗๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๘ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๘๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๙ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๙๐ เท่า การสูบบุหรี่ ๑๐ ซองต่อวันเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปอดถึง ๑๐๐ เท่า

แผลในกระเพาะอาหาร

การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของแผลในกระเพาะอาหารและการเกิดแผลในลำไส้เล็ก การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงของโรคกรดไหลย้อนและโรคถุงลมโป่งพอง

สมรรถภาพทางเพศเสื่อม

การสูบบุหรี่ลดปริมาณของฮอร์โมนเพศชายและเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการตายจากมะเร็งปอดได้ถึง 87% ซึ่งมะเร็งปอดนั้นจัดว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดมะเร็งมากมาย เช่น มะเร็งกล่องเสียง, มะเร็งช่องปาก, มะเร็งคอหอย, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, มะเร็งไต, มะเร็งตับอ่อน, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2. โรคอัมพาตและสมองเสื่อม ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซอง นั่นคือการสูบในปริมาณที่หนัก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคอัมพาต 2 เท่าครึ่งเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบ

3. โรคปอด ปีหนึ่งจะมีผู้ที่สูบบุหรี่เสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพอง ปอดบวม หลอดลมอักเสบเป็นจำนวนมาก

4. ความผิดปกติของการตั้งครรภ์และทารก มีความเสี่ยงต่อการเป็นหมัน ครรภ์นอกมดลูก การแท้งและยังเพิ่มอัตราการตายในทารก อีกทั้งการสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์จะทำให้บุตรมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ เพราะสารในบุหรี่จะไปลดกรดโฟลิกที่ช่วยป้องกันความพิการแต่กำเนิด และสำหรับเด็กที่เติบโตในสิ่งแวดล้อมที่พ่อหรือแม่ที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืด โรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม เพิ่มขึ้นร้อยละ 50

5. โรคทางช่องปาก ทำให้เกิดโรคมะเร็งในช่องปากและโรคเหงือก โดยควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างเหงือกและฟันทำให้เหงือกกร่น เกิดการเสียวฟัน ฟันผุ แผลหายช้า มีกลิ่นปาก มีคราบบุหรี่ปิดที่เหงือกและฟัน

6. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

- โรคกระดูกพรุนและกระดูกหักง่าย สารนิโคตินในบุหรี่จะลดเลือดที่ไปเลี้ยงกระดูก ลดการสร้างกระดูก และลดการดูดซึมแคลเซียม

- เกิดการอักเสบของข้อ กระดูก มีการฉีกของเอ็นและกล้ามเนื้อได้ง่าย

- เกิดโรคปวดหลังในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

7. โรคทางเดินอาหาร

- ร้อนใน ผู้ป่วยจะมีอาการจุกหน้าอก เกิดจากการที่บุหรี่ทำให้หลอดที่กั้นระหว่างกระเพาะและหลอดอาหารหย่อนตัว กรดจากกระเพาะล้นเข้าไปยังหลอดอาหารทำให้เกิดการอักเสบ

- แผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากเกิดการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรได้ง่าย เชื่อกันว่าเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร

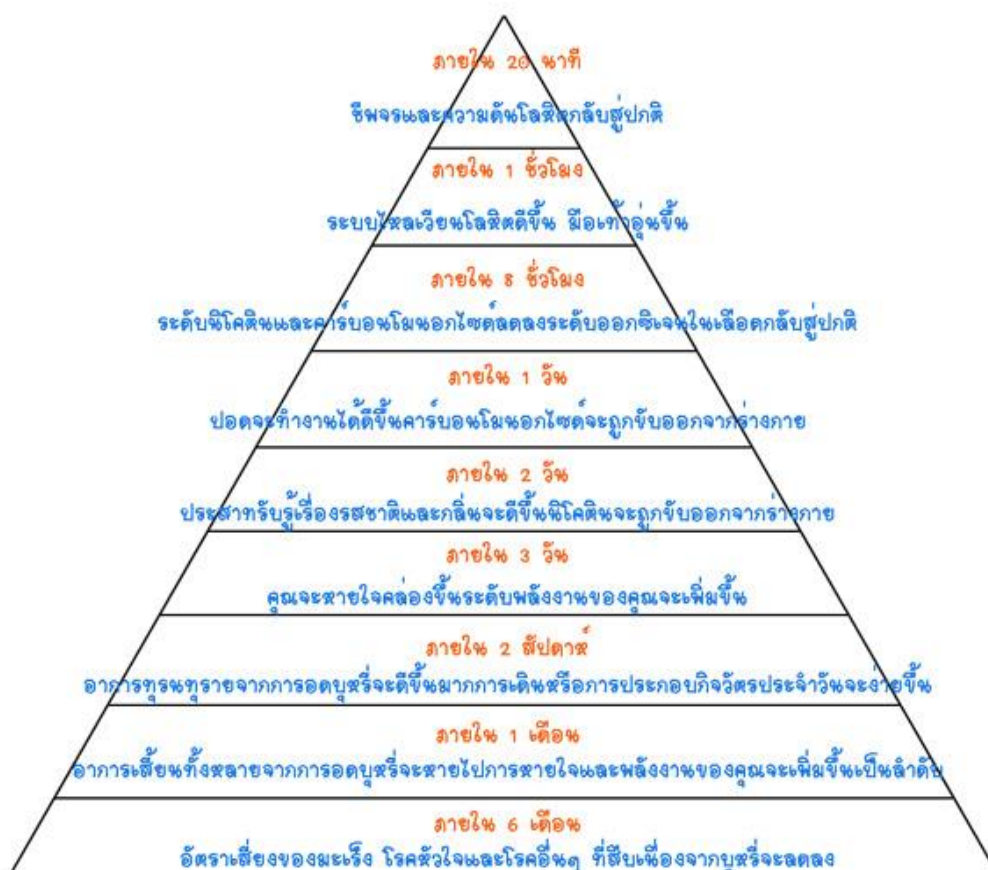
- แผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างต่างได้มากพอ กรดที่มาจากกระเพาะจึงมีความเป็นกรดมากจึงทำให้เกิดแผล

8. โรคตับแข็ง เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้การทำงานของตับในการกำจัดของเสียลดลง

ผลของการหยุดสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

1. มีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ต่อไป โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปีจะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป เมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี
2. ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็งปอด มะเร็งในระบบอื่นๆ หัวใจวาย กระทันหัน เส้นเลือดในสมองตีบตันกะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ
3. ลดความเสี่ยงที่ลูกจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ
4. มีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 2.3 กิโลกรัม

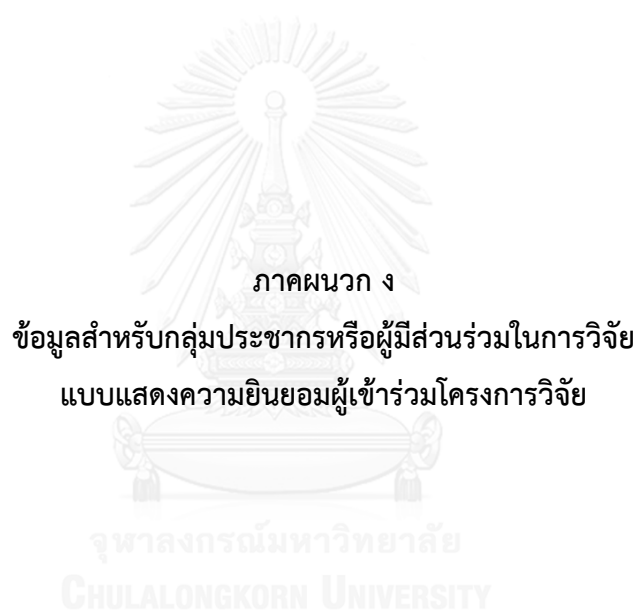
สุขภาพดีชี้เร็วหรือช้าเพียงหาที่หลังอดบุหรี่



ใบกิจกรรมที่ 1.1 แบบวัดความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง และทำเครื่องหมาย ✗ หน้าข้อที่เห็นว่าผิด

- 1) บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง เมื่อสูบเข้าไปแล้วจะทำให้ผู้ที่สูบเกิดการเสพติดได้
- 2) การสูบบุหรี่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพถ้าสุขภาพร่างกายของผู้สูบนั้นแข็งแรงดี
- 3) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานหรือการสูบในระดับที่ติด เมื่อหยุดสูบจะทำให้มีอาการเมื่อย เสร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกวิตกกังวล กระทบกระววย สมาธิลดลง หัวใจเต้นช้าลง
- 4) การสูบบุหรี่ฤทธิ์รุนแรงน้อยกว่ายาบ้า ยาไอซ์ ดังนั้นจึงไม่มีผลต่อโรคทางจิตเวช
- 5) ครันบุหรี่ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อคนรอบข้างเลย
- 6) การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชสูง
- 7) การสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้เป็นอย่างดี
- 8) อาการอยากบุหรี่ปทำให้เกิดอาการหงุดหงิด และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- 9) ยาเส้นมีความรุนแรงน้อยกว่าบุหรี่ที่มีก้นกรอง
- 10) การสูบบุหรี่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของโรคทางจิตเวชเลย หากยังคงมีการรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

ชื่อผู้วิจัย นายวีระ เจริญกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0856669976 **โทรศัพท์ที่บ้าน** 024422500 ต่อ 59456-8

E-mail naiwee4884@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัย ประกอบด้วยดังนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ปีก่อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้แก่ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท มีประวัติการเสพติดบุหรี่หรือนิโคตินในระดับปานกลางขึ้นไป โดยประเมินจากแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (Fagerstrom, 1993) ซึ่งแปลเป็น

ภาษาไทยโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2550) มีระดับคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป และมีอาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยทำการประเมินก่อนดำเนินการวิจัย (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความรู้สึกลูกสูบหรี (TCQ-SF) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเสพติดนิโคติน และแบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบหรี หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นให้ข้อมูลถึงรูปแบบการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การเข้ากลุ่มบำบัดของทางหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามปัญหา รวมถึงแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และผู้วิจัยทำการประเมินหลังการดำเนินการวิจัย (Post-test) ด้วยแบบประเมินความรู้สึกลูกสูบหรี (TCQ-SF) ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการออกกำลังกาย (ครั้งที่ 3) และติดตามประเมินพฤติกรรมกรรมการสูบหรีโดยใช้แบบประเมินการเสพติดนิโคติน และปริมาณการสูบจากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการสูบหรีประจำวันด้วยตนเอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยประเมินก่อนดำเนินการวิจัย (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความรู้สึกลูกสูบหรี (TCQ-SF) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเสพติดนิโคติน (FTND) แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบหรี หลังจากนั้นผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 8 ครั้ง วันเว้นวัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที ควบคู่ไปกับกลุ่มออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลูกสูบหรีจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในแต่ละครั้งจะมีการประเมิน Stage of change โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบหรี (The Contemplation Ladder) เพื่อให้ทบทวนความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังจากประเมิน Pre-test ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมออกกำลังกายทั้ง 3 ครั้ง ผู้วิจัยจะประเมินความรู้สึกลูกสูบหรี (TCQ-SF) ทันที เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 8 ผู้วิจัยจะทำการกำกับทดลองทันที โดยใช้แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบหรี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับสูง (58-72 คะแนน) คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 60 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ระดับคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะมีการพูดคุยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำจนกว่าจะมี

คะแนนผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทำการติดตามประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้แบบประเมินการเสพติคินิโคติน และปริมาณการสูบจากแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นาย วีระ เจริญกุล ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 085-6669976 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. ไม่มีค่าตอบแทนแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 112 ถ.สมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ : 085-6669976

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ต่อความรู้สึกลอยกระทิงและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ชื่อผู้วิจัย นายวีระ เนริกุล ที่อยู่ ที่ติดต่อ 112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 085-6669976

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยวันเว้นวัน ทั้งหมด 2 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เลขที่ 112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์: 02-4422500

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายวีระ เนริกุล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกลอยากงูเห่าและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นายวิระ เนริกุล

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : กันยายน ๒๕๕๘ - กันยายน ๒๕๕๙

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมบูรณ์)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ฉ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จาก: [paquito](#) >

[ซ่อน](#)

ถึง: [Naiwee N.](#) >

ตอบ: Dear Paquito Philippe Noel Bernard,

16 มกราคม 2557 00:21

Dear Weera,

Attached to this document, is a copy of the requested paper. I add several important papers on this topic. For my study, I assessed participants with HADS questionnaire.

I know a Thai version see bellow. For the others scales, I do not if they are available in Thai version. I encourage to continue on this topic. Smoking reduction, then reduction is major issue for patients with psychiatric disorders.

Please, let me know some news from your project.

<http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=2149>

BERNARD Paquito, PhD

<http://actiphysetc.wordpress.com/>

www.researchgate.net/profile/Paquito_Bernard/

Le 15/01/2014 17:37, Naiwee N. a écrit :

naiwee



จาก: [Stephen Heishman](#) >

ซ่อน

ถึง: [Naiwee N.](#) >

ตอบ: Dear Heishman SJ

7 มีนาคม 2557 02:02

กล่องเข้า

Greetings,

I have attached the short and long versions of the TCQ, as well as instructions for its administration. The TCQ is in the public domain, which means you can use it free of charge.

You may certainly translate it. Please send me the translation for my files.

Best regards,
Steve Heishman

Stephen J. Heishman, PhD
Director, Office of Education and Career Development
NIDA Intramural Research Program
[251 Bayview Blvd., Suite 200](#)
[Baltimore, MD 21224](#)
Phone [443 740 2458](#) • Fax [443 740 2859](#)
<http://irp.drugabuse.gov/training.php>

From: "Naiwee N." <naiwee4884@hotmail.com<<mailto:naiwee4884@hotmail.com>>>

Date: Thursday, March 6, 2014 1:41 PM

To: Stephen Heishman <sheish@intra.nida.nih.gov<<mailto:sheish@intra.nida.nih.gov>>>

Subject: Dear Heishman SJ

ที่ ศธ 0512.11/ 1086

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2558

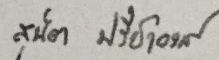
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นายวีระ เนริกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกลึกซึ้งและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดความตั้งใจในการเลิกสูรา จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสมผสานหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสูราของผู้ป่วยเสติดสูรา ของนางสาวรุ่งทิวา ใจจา สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2550) โดยมี รองศาสตราจารย์ พรพิมล วรภูมิพุทธพงศ์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 02-218-1160

นายวีระ เนริกุล โทร. 08-5666-9976

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายวีระ เนริกุล เกิดเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2529 ที่จังหวัดสระแก้ว สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรีสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2551 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

