

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
ตามรูปแบบของเพนเตอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING SMOKING CESSATION PROGRAM APPLYING
PENDER'S MODEL IN PARENTS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH ASTHMA

Miss Witchuda Makmai



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิก บุหรี่ตามรูปแบบของเพนเตอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรค หืด
โดย	นางสาววิชชุดา มากมาย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรี নয়

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

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

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรี নয়)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณิชกุลมล ชาญสาธิตพร)

วิชชุดา มากมาย : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด (THE EFFECT OF PROMOTING SMOKING CESSATION PROGRAM APPLYING PENDER'S MODEL IN PARENTS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH ASTHMA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย, 156 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ของเด็กป่วยโรคหืดอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 50 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม แล้วจัดให้กลุ่มตัวอย่างอีก 25 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการทบทวนวรรณกรรม กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน ตลอดจนวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการสูบบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบด้วยสถิติที และสถิติซี

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง พบว่า บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 15 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกได้ 5 คน อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777192636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SMOKING CESSATION PROGRAM / SMOKING CESSATION BEHAVIOR /
SECONDHAND SMOKE / PEDIATRIC PATIENTS WITH ASTHMA

WITCHUDA MAKMAI: THE EFFECT OF PROMOTING SMOKING CESSATION PROGRAM APPLYING PENDER'S MODEL IN PARENTS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH ASTHMA. ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. SURASAK TREENAI, Ph.D., 156 pp.

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effect of the smoking cessation promoting program applying Pender's health promotion model in parents of pediatric patients with asthma. The participants were parents of fifty children with asthma, aged under five years, who currently smoke cigarettes. The first 25 participants were assigned to a control group and the latter 25 to an experimental group. The control group received conventional nursing care while the experimental group took part in the smoking cessation promoting program. The instrument used in collecting data was the smoking cessation behavior questionnaire, and its Cronbach's alpha coefficient was .89. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test and z-test.

The results of this study showed that after the intervention, the mean score of smoking cessation behavior in the experimental group was significantly higher than it had been before the intervention ($p < .05$). Likewise, when comparing the mean scores in both groups, the one of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$). In addition, the 7-day point prevalence quit rate at 2-month follow-up was significantly greater in the intervention group (60.0%, 20.0%) than in the control group ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาณูสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ความรู้ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาอย่างสูงยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย ขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่กรุณาให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่คลินิกโรคมุมิแพ้ คลินิกโรกระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เจ้าหน้าที่คลินิกโรคมุมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีทุกคนที่เมตตา คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

ขอบพระคุณ ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ประจำปีงบประมาณ 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัย ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและเพื่อนๆทุกคนที่คอยอยู่เคียงข้าง เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และสนับสนุนด้วยความเอาใจใส่ห่วงใยเสมอมาจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณทุกท่านอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. สถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็ก	11
2. พิษภัยของควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด	12
3. การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามในบ้าน	20
4. แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender	23
5. การพยาบาลเด็กและการช่วยบิดา-มารดาให้เลิกบุหรี่	27
6. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด	30
7. วิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่	32

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	40
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	47
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	49
การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	99
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย.....	101
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	111
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตัวอย่างแผนการสอนและคู่มือ.....	129
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	144
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	156

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ 60	
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต จำนวน มวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และความพยายามในการเลิกบุหรี่.....	62
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยเลิกบุหรี่ จำแนกตามประวัติการเลิกบุหรี่ (จำนวนครั้งที่เคยเลิก จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด และสาเหตุที่เคยเลิก).....	63
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลัง ตื่นนอน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)	64
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเลิกบุหรี่ และความต่อเนื่อง ในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	65
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ สถิติซี (Z-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05.....	66
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยก ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (n=25).....	67
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการ เลิกบุหรี่ยก ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (n=25).....	68
ตารางที่ 9	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยกหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการ เลิกบุหรี่ยก ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (n=25).....	69
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	145
ตารางที่ 11	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยกก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายคู่.....	146

สารบัญตาราง

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายคู่.....148

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....150

ตารางที่ 14 แสดงคะแนน ร้อยละ และการแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง.....152

ตารางที่ 15 แสดงคะแนน ร้อยละ และการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง.....153

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ.....154



สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 แสดงพยาธิสภาพของโรคหืด.....	16
รูปที่ 2 แสดงรูปแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ.....	24



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Second hand smoke exposure) ในเด็กมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเด็กป่วยโรคหืด (Asthma) การสัมผัสควันบุหรี่มือสองจะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผนังหลอดลม (Chronic airway inflammation) ทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ (Airway hyperresponsiveness) (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2555) ดังนั้น การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดจึงทำให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมได้ง่าย หลอดลมตีบแคบเป็นๆหายๆ (Recurrent airway obstruction) ส่งผลให้การตอบสนองต่อยาพ่นสูดและยาGIN ชนิดสเตียรอยด์ลดลง (Global initiative for asthma, 2010) ทำให้การรักษายากขึ้น อาการของโรครุนแรงมากขึ้นและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (American Lung Association of Michigan, 2004) มีรายงานการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ระบุว่าเด็กป่วยโรคหืดที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอาการหอบมากกว่าเด็กป่วยที่ไม่ได้สัมผัสควันบุหรี่มือสองถึงสองเท่า และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยโรคหืดต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (Wang et al., 2015) อีกด้วย นอกจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจะส่งผลต่อสุขภาพแล้ว ในปัจจุบัน มีรายงานว่ามีการสัมผัสควันบุหรี่มือสาม (third hand smoke exposure) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินโรคของเด็กป่วยโรคหืดด้วยเช่นกัน การศึกษาของ Jung, Ju, and Kang (2012) พบว่า การสัมผัสควันบุหรี่มือสามส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและเพิ่มการไอในเด็กได้อีกด้วย ควันบุหรี่มือสามทำให้เกิดกลิ่นอันไม่พึงประสงค์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการปนเปื้อนของสารพิษในบุหรี่ยิ่งแม้ว่าการสูบบุหรี่นั้นจะสิ้นสุดไปแล้ว (Chien, Chang, & Liu, 2011)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็ก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทุกประเทศ และพบมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในเด็ก (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2555) จากสถิติผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลก มีประมาณ 300 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี เกือบ 7 ล้านคน (National Institute of Environmental Health Science-National Institute of Health, 2009) ประเทศสหรัฐอเมริกาเพียงแห่งเดียว พบผู้ป่วยโรคหืดถึง 40 ล้านคน โดยร้อยละ 13.3 พบในผู้ใหญ่ และร้อยละ 13.8 พบในเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่า ความชุกของโรคหืดมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในรอบ 15 ปีที่ผ่านมา (CDC

(Centers for Disease Control and Prevention), 2009) ในประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2552 พบจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดเท่ากับ 596, 619, 485 และ 896 รายตามลำดับ (กรมการแพทย์, 2552) เด็กมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการของโรคหืดเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กวัยนี้จะได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองมากที่สุด เนื่องจากเด็กวัยนี้มีความไวต่อการรับเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ระบบทางเดินหายใจมีขนาดเล็กกำจัดสิ่งคัดหลั่งได้ยาก หลอดลมอุดตันได้ง่าย จึงทำให้มีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้มากกว่าวัยอื่นๆ (วนพร อนันตเสรี, 2555) นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่ามีความโน้มที่ปริมาณผู้ป่วยเด็กโรคหืดจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา, 2552) โดยปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่ออาการโรคหืดในเด็ก ก็คือ การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Second hand smoke exposure) และการสัมผัสควันบุหรี่มือสาม (third hand smoke exposure)

การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและสารก่อภูมิแพ้ต่างๆ อาทิ ไรฝุ่น ควันบุหรี่ เป็นหลักการรักษาที่สำคัญในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคหืด เพื่อควบคุมอาการโรคหืดและช่วยลดการใช้ยาในการรักษาให้น้อยที่สุด (อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555) อย่างไรก็ตาม การสูบบุหรี่ของพ่อแม่เป็นแหล่งสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยสัมผัสควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสาม ในประเทศไทยมีรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ระบุว่า ในภาพรวม ความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในคนที่ไม่สูบบุหรี่ ใน 30 วันที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 72.6 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งระบุว่า สถานที่ที่ได้รับควันบุหรี่บ่อยที่สุดคือ ที่บ้าน (วิชัย เอกพลากร, 2557) นอกจากนี้ยังมีรายงานระบุว่าเด็กป่วยโรคหืด 71 คน (ร้อยละ 47.7) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่อย่างน้อยหนึ่งคน (Poopat, Sritippayawan, Kamalapor, & Phumethum, 2015)

การศึกษาศานการณการสัมผัสควันบุหรี่มือสองทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ครึ่งหนึ่งของเด็กทั่วโลกหรือประมาณ 700 ล้านคน สัมผัสควันบุหรี่มือสองทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ เด็กมากกว่าร้อยละ 25 ในสหรัฐอเมริกา ระบุว่าในบ้านมีผู้ปกครองอย่างน้อยหนึ่งคนที่สูบบุหรี่ (Winickoff et al., 2005) ในประเทศไทย พบว่า จำนวนประชากรที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมีจำนวนทั้งหมด 15.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และพบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงและเด็ก (Thongthai, Guest, & Sethaput, 2008) แหล่งที่มาของการได้รับควันบุหรี่มือสองมาจากการที่บิดาเป็นผู้สูบบุหรี่ (Anuntaseree, Mo-suwan, & Choprapawon, 2008) มีรายงานความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่ในขณะที่เด็กไม่อยู่ในบ้าน ป่วยร้อยละ 47.6 เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ในขณะที่เด็กอยู่ในบ้าน ป่วยร้อยละ 77.5 (วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒน,

ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, & อิศรารวรรณ สนธิภูมาศ, 2556) และเด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่จะทุกข์ทรมานจากอาการจับหืดบ่อยมากกว่า และอาการที่ดจะกำเริบเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด ส่วนใหญ่จะพบในเด็กที่อาศัยอยู่กับผู้สูบบุหรี่บ่อยกว่าด้วย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นสารก่อภูมิแพ้และปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะทำให้การควบคุมอาการโรคหืดทำได้ง่ายและช่วยลดการเกิด acute exacerbation (NAEPP Coordinating Committee, 2007) ได้ ดังนั้น วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหืดกำเริบได้มากที่สุด คือ การลดโอกาสในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Lewis et al., 2005) และควันบุหรี่มือสามในเด็กป่วยโรคหืดที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็ก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดจะมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ไอบ่อยในเวลากลางคืน ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกาย อ่อนเพลีย ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง (Sawyer, Sawyer, Spurrier, Kennedy, & Martin, 2001) และหากมีอาการหอบก็จะเป็นสาเหตุทำให้เด็กขาดเรียน ไม่สามารถร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป (Brown et al., 2006) ดังนั้น เด็กจึงต้องการการดูแล เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากผู้ปกครองเป็นอย่างมาก มีรายงานว่า เด็กป่วยโรคหืดยังได้รับการดูแลจากผู้ปกครองไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้นการเกิดอาการหืด ร้อยละ 47.7 ให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีบุหรี่ ร้อยละ 24.4 (Warman, Silver, & Wood, 2006) ผู้ปกครองมีความสามารถในการตัดสินใจ การดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้ไม่ดีนัก เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการหืด จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม (Meng & McConnell, 2002) ผู้ปกครองมีการรับรู้ไม่ถูกต้องบางส่วน เช่น รับรู้ว่าควันบุหรี่ไม่ใช่สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืด (สุริพร แซ่เฮง & สุภัลยา คุณกิตติ, 2544) ไม่มั่นใจในการดูแลเรื่องการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่และควันพิษ ร้อยละ 13.5 (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างมากในการป้องกันเด็กจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีการให้โปรแกรมให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างแผนการเลิกสูบบุหรี่เป็นรายบุคคล ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหืดลดลง (Krieger et al., 2002) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีแนวทางที่ช่วยป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงผู้ปกครองยังไม่ได้รับบริการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ยังมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ปกครองตระหนักรู้ถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วย จะสามารถลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง รวมถึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคหืดให้ดีขึ้นได้

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 ในประเด็นมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ มีมติสนับสนุนการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ให้กระจายไปอย่างทั่วถึง ทั้งนี้การลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามในเด็กนั้น บุคลากรวิชาชีพสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเด็กมีบทบาทสำคัญในการสื่อสาร เผยแพร่ข้อมูลแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ให้เกิดความตระหนัก และร่วมกันผลักดันให้เกิดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ขึ้นอย่างกว้างขวาง ในทำนองเดียวกันแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2558 – 2562) ยุทธศาสตร์ที่ 5 การทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ก็กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม และค่านิยมของการเสพยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย ในต่างประเทศ พบว่า The Society of Pediatric Nurses (SPN) ได้มีการสนับสนุนแผนการดำเนินงานลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองอย่างบูรณาการ โดยมีการค้นหาเด็กป่วยที่ผู้ปกครองสูบบุหรี่และเข้าไปให้การช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสูบ (Blaine et al., 2014) เป็นต้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ผู้ปกครองเลิกสูบบุหรี่นั้น พบว่า บุตรมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง ในการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่บิดาสูบบุหรี่และมีบุตรอายุไม่เกิน 10 ปี อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 403 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.8 ระบุว่า บุตรมีผลผลักดันให้อยากเลิกบุหรี่ในระดับมาก จนถึงมากที่สุด ส่วนร้อยละ 19.8 ระบุว่าไม่มีผลปานกลาง และร้อยละ 13.4 ระบุว่าไม่มีผลน้อย-น้อยที่สุด (นพดล กรรณิกา และคณะ, 2553) ส่วนการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การสูบบุหรี่ไม่เต็มใจตัดสินใจเลิกเอง (ร้อยละ 34.2) รองลงมา คือป่วย/เป็นโรคแล้ว แพทย์แนะนำให้งดสูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.2) และสามี/ภรรยา/ลูกขอร้อง (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประชากรวัยผู้ใหญ่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นว่าตนจะเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยผู้สูบบุหรี่ที่มั่นใจมาก ว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีความมั่นใจ 1.94 เท่า (Li et al., 2010)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศยังพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ปกครองเด็กป่วย โปรแกรมที่บูรณาการวิธีการบำบัดหลายอย่าง จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ (Rosen, Noach, Winickoff, & Hovell, 2012) การให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองสามารถช่วยป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็ก ลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่คิดว่าเขาอาจเป็นผู้ทำร้ายเด็กจากการสูบบุหรี่ รวมถึงยังเป็นการปกป้องสุขภาพของบุคคลที่อยู่รอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพของเด็กป่วยได้อีกด้วย (Rosen et al., 2012) ในประเทศนอร์เวย์ มีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของครอบครัวที่มีเด็กก่อนวัยเรียน โดยให้คำปรึกษาผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตราย

จากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของเด็ก แนะนำวิธีการป้องกัน/ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ปกครองไม่ต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวสามารถชี้ให้เห็นถึงวิธีการที่เป็นไปได้ ในการสร้างโปรแกรมเพื่อลดผลกระทบของ อันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในครอบครัวที่มีเด็กก่อนวัยเรียนได้ (Eriksen, Serrum, & Bruusgaard, 1996) ในทำนองเดียวกันในฮ่องกง มีการศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเพื่อ ช่วยให้ผู้ปกครองเด็กป่วยเลิกบุหรี่ โดยผู้ปกครองจะได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ มีการชักจูงให้เลิก บุหรี่เป็นรายบุคคล (Individualized motivation intervention: IMI) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมภายหลัง การให้คำปรึกษา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ที่ยังไม่เคยคิดจะเลิกบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยลง (ร้อยละ 15.0) และบอกว่าหยุดสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ 20.0) แม้ว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย แต่การวิจัยดังกล่าว ก็ส่งผลให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดี และมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ปกครองเด็ก ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ (Chan et al., 2005)

ในประเทศไทย มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ปกครองอยู่ไม่มากนัก พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนนาขา-โคกคอนอำเภอท่าบ่อ จังหวัด หนองคาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องอันตรายจากบุหรี่ เอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องบุหรี่ เทคนิคการพูดคุย กับสามีให้ลดและเลิกบุหรี่ หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญ (ใจเพชร พลสงคราม, 2549)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ปกครองของ เด็กป่วยโรคหืดยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก ทั้งๆ ที่การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมี ความสำคัญกับเด็กป่วยโรคหืดอย่างมาก ผู้ปกครองเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กป่วย หากเด็กป่วยโรคหืดมี ผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ อาจจะทำให้เด็กทุกข์ทรมานจากอาการจับหืดบ่อยครั้งมากกว่าเด็กป่วยที่ ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ ดังนั้น การช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และส่งเสริมให้ผู้ปกครองตระหนัก รู้ถึงอันตรายในการสัมผัสควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วย จึงเป็นบทบาทเชิงรุกของ พยาบาลเด็กในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาวะเสี่ยงและ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของ เด็กป่วยโรคหืดให้ดีขึ้นได้

การส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดได้ตระหนักรู้ถึงอันตรายจากควันบุหรี่มือสองต่อ ภาวะสุขภาพของเด็กป่วย โดยมุ่งเน้นการดูแลไปที่พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง จะช่วย

กระตุ้นพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครอง หากผู้ปกครองเล่นได้ดีก็จะช่วยลดการสัมผัสวันบุหรีมือสองในเด็กป่วยโรคหัดได้ด้วยเช่นกัน งานวิจัยเรื่องนี้จึงส่งเสริมการเล่นในบิดา-มารดา โดยโปรแกรมที่จัดขึ้นนี้ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครองบิดา-มารดาเด็กป่วย เนื่องจากที่บิดา-มารดาอยู่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ส่งผลต่อการสัมผัสวันบุหรีมือสองของเด็กป่วยโรคหัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครองบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่น
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครองบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดที่เล่นได้ดีระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเล่นในช่อง 7 วันก่อนประเมินผล

คำสำคัญ

โปรแกรมส่งเสริมการเล่น พฤติกรรมการเล่น การเล่นกับวันบุหรีมือสอง เด็กป่วยโรคหัด บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัด

คำถามการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเล่นจะทำให้พฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครองบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันหรือไม่
2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเล่นจะทำให้พฤติกรรมการเล่นของผู้ปกครองบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่
3. จำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดที่เล่นได้ดีระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเล่นในช่อง 7 วันก่อนประเมินผลแตกต่างกันหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมช่วยลดการสัมผัสวันบุหรีมือสองในเด็กป่วยโรคหัดในเรื่องการส่งเสริมการเล่นของผู้ปกครองบิดา-มารดา ผู้วิจัยนำทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.

(2006) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาได้ ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences) อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) การรู้ถึงตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก พบว่า มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมากที่สุด คือ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการเลิกบุหรีมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเลิกบุหรีของผู้ปกครอง (ใจเพชร พลสงคราม, 2549) และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมป้องกันอาการหืดของเด็กดีขึ้น (พวงทิพย์ วัฒนนะ, 2550) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 ปัจจัย มาใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกบุหรีของผู้ปกครอง

จากแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) พบว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการมีพฤติกรรมนั้น และหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรค แต่เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองสามารถเอาชนะอุปสรรค และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีสำหรับบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อให้บิดา-มารดาที่สูบบุหรีมีพฤติกรรมการเลิกบุหรีที่เหมาะสม โดยใช้มโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Action) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) มโนทัศน์ดังกล่าวเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งยังเป็นตัวแปรที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ เมื่อบิดา-มารดารับรู้ประโยชน์หรือการคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกจากการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี บิดา-มารดาจะปฏิบัติกิจกรรมที่มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดประโยชน์หรือผลลัพธ์ทางบวก ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์จึงเป็นแรงเสริมให้บิดา-มารดาที่มีความตื่นตัวในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรีเพื่อ

ป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ของเด็กป่วย รวมถึงนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ ในทางตรงกันข้าม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยอุปสรรคเป็นสิ่งที่ทำให้บิดา-มารดาหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ในขณะที่คิดว่ามีอุปสรรคมาก บิดา-มารดาจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ แต่ถ้าบิดา-มารดาที่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่มาก และคิดว่าอุปสรรคมีน้อย โอกาสที่บิดา-มารดาจะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยิ่งจะมากขึ้น ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ถ้าบิดา-มารดาคิดว่าตนเองมีความสามารถและทักษะที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้ จะส่งเสริมให้บิดา-มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้ตามเป้าหมายมากกว่าการที่คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยคาดว่า ถ้าบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่รับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ รับรู้ว่าการเลิกบุหรี่ยังมีผลดีทั้งกับตนเองและเด็กป่วย รับรู้ว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อย รับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถเอาชนะกับอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ บิดา-มารดาจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ในรูปแบบสองกลุ่มทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยังตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำใดๆ ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดเพื่อเลิกบุหรี่ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การลดปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันลง ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพิรุณพร ประเสริฐ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559) ซึ่งนำมาปรับข้อความเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือนหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (Point prevalence abstinence) ประเมินจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดเลิกบุหรี่ โดยนำแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยได้นำมโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรืมีทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที รายละเอียดการกิจกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ (Perceived Benefits of Smoking Cessation) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ หรือความเข้าใจของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด ถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงที่เด็กป่วยโรคหืดจะได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินของโรค รวมถึงภาวะสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เอง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง พิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด การเปิดโอกาสให้บิดา-มารดาได้บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองและเด็กป่วย เพื่อให้บิดา-มารดารู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรื ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและเด็กป่วย รู้วิธีป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วย รวมถึงนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลิกบุหรื

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรื (Perceived Barriers to Smoking Cessation) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ กิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยให้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดบอกถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรืของตนเองในครั้งที่ผ่านมา หรือสิ่งที่คิดว่าเป็นอุปสรรคในการเลิกบุหรืสำหรับบิดา-มารดาเด็กป่วยรายที่ยังไม่เคยเลิกบุหรืมาก่อน พร้อมทั้งการช่วยกันค้นหา

จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และวิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ได้

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรม กิจกรรมประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ การพูดชักจูงโน้มน้าวให้เลิกบุหรี่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ฝึกทักษะการเลิกบุหรี่ ให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับผลดีที่มีต่อเด็กและตนเองหลังจากหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการโรคหืดกำเริบได้เหมาะสม ให้นึกถึงสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ รวมถึงแนะนำวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้ทราบ ร่วมกันค้นหาวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล มีการให้แรงเสริม โดยการให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดได้รับการดูแลตามปกติของพยาบาล ที่กระทำขณะพาเด็กมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หรือคลินิกระบบทางเดินหายใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประกอบด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง การแจกคู่มือพิชภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด และคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลตามปกติด้วยตนเอง

บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด หมายถึง หมายถึง บิดา หรือมารดาที่สูบบุหรี่ และอาศัยอยู่ใกล้ชิดกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด
2. เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่มีสาเหตุมาจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ในรูปแบบสองกลุ่มทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเล่นของเด็กป่วยโรคหัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่น, เปรียบเทียบพฤติกรรมการเล่นของเด็กป่วยโรคหัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนเด็กป่วยโรคหัดที่เล่นได้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเล่นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. สถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็ก
2. พิษภัยของควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัด
3. การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามในบ้าน
4. แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender
5. การพยาบาลเด็กและการช่วยบิดา-มารดาให้เลิกบุหรี่
6. พฤติกรรมการเล่นของเด็กป่วยโรคหัด
7. วิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. สถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็ก

จากการทบทวนสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็ก ทั้งในและต่างประเทศพบว่า ครึ่งหนึ่งของเด็กทั่วโลกหรือประมาณ 700 ล้านคน สัมผัสควันบุหรี่มือสองทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ มากกว่าร้อยละ 25.0 ของเด็ก มีผู้ปกครองอย่างน้อยหนึ่งคนที่สูบบุหรี่ (Winickoff et al., 2005) ในประเทศอังกฤษ เด็กประมาณ 5 ล้านคนต้องสัมผัสควันบุหรี่มือสองอย่างสม่ำเสมอ และพบว่าเด็กเกือบครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 คน (Peterson, 2004) สำหรับในประเทศไทย พบว่า จำนวนประชากรที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองรวมจำนวนทั้งหมด 15.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เกือบครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 47.9 ของนักเรียนในประเทศไทยบอกว่า พวกเขาสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนในบ้าน และร้อยละ 68.5 สัมผัสควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะ (Sirichotiratana et al., 2008) จากการนำสถิติมาเปรียบเทียบกับ

สำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทยปี พ.ศ. 2552 พบว่า เปอร์เซ็นต์ของการได้รับควันบุหรี่มือสองต่างกันไม่มากนัก แม้เปอร์เซ็นต์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจะน้อยลง แต่การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กก็ยังมีมากอยู่ โดยพบว่านักเรียนสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านร้อยละ 45.7 ขณะที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองจากสถานที่อื่น ๆ นอกบ้านร้อยละ 67.6 (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงและเด็ก (Thongthai et al., 2008) แหล่งที่มาของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมาจากบิดาที่เป็นผู้สูบ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในทารกของไทยถือว่าเป็นเรื่องปกติ (Anuntaseree et al., 2008)

จากการศึกษาในประเทศตะวันตก พบว่าทั้งบิดาและมารดาได้มีส่วนร่วมอย่างมากในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับทารก (Anuntaseree et al., 2008) รวมถึงมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการปกป้องหรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในหลายประเทศ ซึ่งแตกต่างจากในประเทศไทยที่พบว่า แม่ผู้สูบบุหรี่ยังมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว แต่ก็ยังพบว่าสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชนยังมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, น้ำฝน ไวยวงค์กร และวิรุฬหจิตรา อุ่นจางวาง, 2556)

ดังนั้น จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า เด็กเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กทั่วโลกยังคงสัมผัสควันบุหรี่มือสองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กอาศัยอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ยังน้อย 1 คน ถึงแม้ว่าจะมีการให้ความรู้กับผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับเด็ก แต่ก็ยังพบว่าเด็กยังคงได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างต่อเนื่อง

2. พิษภัยของควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกับผู้สูบบุหรี่โดยตรง (active smoke) และยังสามารถก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ที่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ โดยได้เป็นผู้สูบหรือผู้สูบบุหรี่ทางอ้อม (passive smoker) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือควันบุหรี่มือสอง (second hand smoke, SHS) หรือควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม (environmental tobacco smoke, ETS) และควันบุหรี่มือสาม (third hand smoke, THS) ควันบุหรี่มือสอง เป็นการได้รับควันจากบุหรี่โดยการสูดดมควันบุหรี่โดยไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่เอง ทั้งนี้รวมถึงควันที่พ่นออกมาจากตัวผู้สูบบุหรี่ด้วย ควันบุหรี่มือสาม (third hand smoke) เป็นการสัมผัสกับสารประกอบซึ่งเป็นสารกึ่งระเหย (semi-volatile compounds) หลายชนิด ที่พบในควันบุหรี่หรือติดอยู่บนพื้นผิวตัวอาคารและถูกปล่อยกลับมาแขวนลอยในอากาศอีกครั้ง หมายรวมถึงอนุภาคที่ฝังตัวสะสมอยู่ตามพื้นผิวอาคาร ฝุ่นที่อยู่ในพรม เครื่องใช้ภายในบ้าน เสื้อผ้า และสิ่งของเครื่องใช้ที่มีลักษณะเป็นรูพรุนซึ่งฝุ่นเข้าไปฝังตัวได้ สิ่งดังกล่าวเหล่านี้พบได้ทั่วไปและอยู่ในตัวอาคารบ้านเรือน (Matt et al., 2008; Ueta et al., 2010; Winickoff et al., 2009) ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะ

สัมผัสควันบุหรี่มือสามได้มากกว่ากลุ่มอื่น คือเด็ก เนื่องจากเด็กจะใช้เวลาในที่อยู่อาศัยนานกว่ากลุ่มอื่นและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสควันบุหรี่มือสาม เช่น การคลานกับพื้น การหยิบจับวัตถุเข้าปากและไวต่อสารพิษที่อยู่ในฝุ่นควันมากกว่าผู้ใหญ่ นอกจากนี้ เด็กมีระบบหายใจและระบบภูมิคุ้มกันที่ยังไม่พัฒนาเต็มที่ มีอัตราการเผาผลาญต่ำ และมีช่วงชีวิตที่จะสัมผัสสารเหล่านี้ยาวนานกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น เด็กจึงสัมผัสควันบุหรี่มือสามได้มากกว่าผู้ใหญ่ และการศึกษาของ Jung et al. (2012) พบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสามมีผลต่อระบบทางเดินหายใจส่วนกลางและเพิ่มการไอในเด็กได้อีกด้วย ปัจจุบันการศึกษาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสามยังมีไม่มากนัก เนื่องจากเพิ่งมีการตระหนักถึงพิษภัยของควันบุหรี่มือสามเมื่อไม่นานมานี้เอง แต่จากการศึกษาพบว่าควันบุหรี่มือสามก่อให้เกิดกลิ่นอันไม่พึงประสงค์และมีผลเสียต่อสุขภาพจากการปนเปื้อนของสารพิษในบุหรี่ ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะสิ้นสุดไปแล้ว (Chien et al., 2011)

สำหรับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ การศึกษาในเด็ก พบว่าควันบุหรี่จะทำให้เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวมสูงกว่าเด็กทั่วไป มีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น และเกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลาง เนื่องจากเด็กเป็นบุคคลที่มีความไวต่อการรับเชื้อ ร่างกายยังอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และในระยะยาว เด็กที่สัมผัสควันบุหรี่ พัฒนาการของปอดจะน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้สัมผัสควันบุหรี่ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2542) เด็กที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหืดกำเริบ การทำงานของปอดลดลง ทำให้มีอาการไอ หายใจมีเสียงดังหวีด เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดลมอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningococcal meningitis) และการเสียชีวิตเฉียบพลันในทารก (Sudden Infant Death Syndrome: SIDs) (Canadian institute on child health, 1997)

ในปี พ.ศ. 1997 สถาบันสุขภาพเด็กของแคนาดา พบว่าเด็กมีโอกาสสัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กหายใจเร็วกว่าผู้ใหญ่ จึงทำให้เด็กสูดดมควันบุหรี่เข้าไปได้อย่างรวดเร็ว และเด็กสามารถสูดดมมลพิษเข้าสู่ปอดได้มากกว่าผู้ใหญ่ด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัว (Peterson, 2004) ดังนั้น เด็กจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคร้ายจากควันบุหรี่มือสองมากกว่าวัยผู้ใหญ่ เด็กที่สูดดมเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ในบ้านหรือสถานที่อื่นๆ จะทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รวมไปถึงการกำเริบของโรคหืด และในเด็กที่เป็นโรคหืดอยู่แล้วย่อมส่งผลให้การดำเนินของโรคเลวลงด้วย ความเสี่ยงของการเกิดโรคหืดของเด็กที่อยู่ในบ้านที่มีผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 60.0 สำหรับเด็กที่เป็นโรคหืดอยู่แล้วอาการจะรุนแรงขึ้นและรักษายากขึ้น เมื่อเด็กป่วยโรคหืดสัมผัสควันบุหรี่จึงมีอาการเกิดขึ้นและอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (American Lung Association of Michigan, 2004) นอกจากนี้การที่เด็กได้รับคาร์บอน

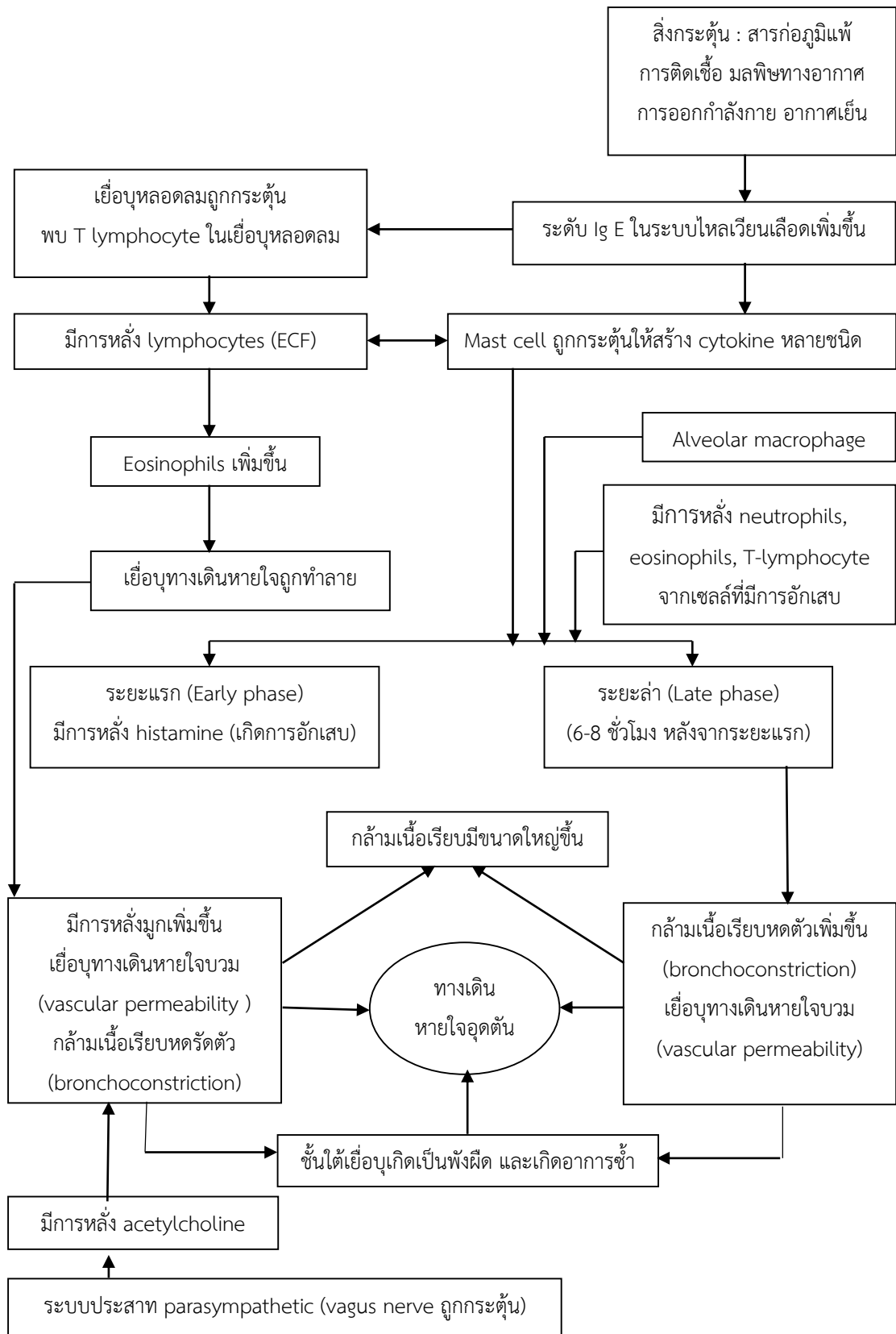
ได้ออกไซด์ที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้เด็กมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ (Currie, 2011) เป็นต้น

โรคหืด (Asthma) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2552) เป็นโรคที่เป็นสาเหตุให้เด็กต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และทำให้เกิดความพิการและเกิดอัตราการตายสูงในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับยุโรปหรือสหรัฐอเมริกาเป็น 2 เท่า (ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, 2544) ในประเทศไทย พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคหืดในเด็กประมาณร้อยละ 10-15 โรคหืดในเด็กประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการก่อนอายุ 2 ปี และประมาณร้อยละ 50 จะมีอาการก่อนอายุ 5 ปี (อารีญา เทพชาตรี, 2546) เด็กมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการของโรคหืดเกิดขึ้นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี ดังนั้น โรคหืดจึงถือเป็นโรคหนึ่งที่ยับยั้งพัฒนาการของสุขภาพของเด็กในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต และเป็นโรคที่มีแนวโน้มว่าปริมาณผู้ป่วยเด็กจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2552) ได้แก่

ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Host factors) ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetics) พบว่าครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคหืด โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคหืดนั้นมีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 87 (Laitinen, Rasanen, Kaprio, Koskenvuo, & Laitinen, 1998) ถ้าพ่อหรือแม่เป็นเพียงฝ่ายเดียวลูกมีโอกาสเป็นร้อยละ 12.5 (Subbarao, Mandhane, & Sears, 2009) ภาวะอ้วน (Obesity) ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่ชัดเจนของภาวะอ้วนต่อการเกิดโรคหืด แต่พบว่าภาวะอ้วนมักพบร่วมในผู้ป่วยโรคหืดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) มากกว่า 30 kg/m² เพศ (Sex) พบว่าในเด็กที่อายุก่อน 13-14 ปี เด็กชายจะมีความชุกของการเกิดโรคหืดมากกว่าเด็กหญิงเกือบ 2 เท่า (Horwood, Fergusson, & Shannon, 1985)

ปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ประกอบด้วย สารก่อภูมิแพ้ (Allergens) เป็นสารที่อยู่ในอากาศและถูกสูดดมเข้าทางการหายใจ เด็กที่ได้รับสารก่อภูมิแพ้เป็นจำนวนมากและเป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคหืดได้มากขึ้น สารก่อภูมิแพ้ ได้แก่ ไรฝุ่น (House dust mites) แมลงสาบ แมว สุนัข การติดเชื้อ (Infections) พบว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหืด โดยเฉพาะในเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติ atopy ในครอบครัว (Arruda, Sole, Baena-Cagnani, & Naspitz, 2005; Lemanske & Busse, 2006) ควันบุหรี่ (Tobacco smoke) พบว่าเด็กที่สัมผัสควันบุหรี่ตั้งแตอยู่ในครรภ์มารดา ในมารดาที่สัมผัสหรือสูบบุหรี่ และช่วงหลังคลอด พบว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด wheezing ในช่วงวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกมากกว่าเด็กปกติถึง 4 เท่า (Dezateux, Stocks, Dundas, & Fletcher, 1999; Nafstad, Kongerud, Botten, Hagen, & Jaakkola, 1997; Stein et al., 1999) เกิด allergic sensitization ได้ง่ายขึ้น (Kulig et al., 1999) ทำให้การพัฒนาของสมรรถภาพปอดลดลง (Martinez et al., 1995; Stick, Burton, Gurrin, Sly, & LeSouef, 1996) ติดเชื้อระบบทางเดิน

หายใจส่วนล่างได้ง่ายกว่าเด็กปกติ (Samet et al., 2000) การที่เด็กสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้การตอบสนองต่อยาพ่นสูดและยากินชนิดสเตียรอยด์ลดลง (Global initiative for asthma, 2010) และเนื่องจากทางเดินหายใจของผู้ป่วยโรคหืดมีความไวต่อสารและสิ่งระคายเคืองทางเดินหายใจอยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อเด็กป่วยโรคหืดสัมผัสควันบุหรี่มือสองจึงทำให้มีอาการเกิดขึ้นและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (American Lung Association of Michigan, 2004; Cabana et al., 2005)



รูปที่ 1 แสดงพยาธิสภาพของโรคหืด

(ปรับปรุงจาก McCance (1998) อ้างถึงใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (2555))

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของหลอดลมอย่างเรื้อรัง (Chronic airway inflammation) ซึ่งพบร่วมกับการที่มีความไวของหลอดลมเพิ่มขึ้น (Airway hyperresponsiveness) ส่งผลให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมได้ง่าย หลอดลมตีบแคบเป็นๆหายๆ (Recurrent airway obstruction) เกิดอาการหายใจเสียงวี๊ด (Recurrent wheezing) หายใจหอบเหนื่อย ไอ แน่นหน้าอก ซึ่งมักแสดงอาการในช่วงเวลากลางคืนหรือเช้ามืด (สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร et al., 2557) พยาธิสภาพของโรคมืดังนี้ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2555)

1. เมื่อร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้ เซลล์ที่ทำหน้าที่เสนอสารก่อภูมิแพ้ (Antigen presenting cell) คือ APCs ซึ่งประกอบด้วย Macrophage ในเนื้อเยื่อต่างๆ จะทำหน้าที่สะกดกลืนและย่อยสลายสารก่อภูมิแพ้นั้นเป็นชิ้นส่วนย่อยๆ เพื่อนำเสนอต่อเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4+ T lymphocyte) ที่มี T cell receptor (TCR) ที่จำเพาะต่อสารภูมิแพ้นั้นๆต่อไป

B Lymphocyte สามารถรับรู้แอนติเจนโดยตรง โดยไม่ต้องอาศัยเซลล์อื่นนำเสนอ (APCs) และในบางกรณี B cells ที่เคยรับรู้สารก่อภูมิแพ้นั้นๆมาก่อนและมีความจำ (Memory B cells) จะสามารถนำเสนอและป้อนสารก่อภูมิแพ้ให้แก่ T lymphocyte (TH cells) คือทำหน้าที่เป็น APCs ได้ด้วย เมื่อรับรู้สารก่อภูมิแพ้และถูกกระตุ้น B cells จะกลายเป็น Plasma cells และผลิตแอนติบอดีชนิดต่างๆออกมา ในกรณีโรคภูมิแพ้ สารก่อภูมิแพ้จะกระตุ้น T lymphocyte (TH 2) ให้สร้าง Cytokine (IL4, IL5, IL6) ในขณะเดียวกันสารก่อภูมิแพ้และ Cytokine จะกระตุ้น B cells สร้าง IgE กลายเป็น Plasma cells เพื่อผลิต IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้และก่อพยาธิสภาพได้เมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้นั้นๆอีก

เมื่อมีสารก่อภูมิแพ้เข้าสู่ร่างกายและมาจับกับ IgE จะเกิดกระบวนการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเคมี (Mediators) ออกมาจากเซลล์และก่อปฏิกิริยาภูมิแพ้ได้ Mast cell สามารถสร้าง Cytokine ได้หลายชนิด ซึ่งบางชนิดสามารถกระตุ้นให้เกิด Eosinophilia และมี Eosinophil มาสะสมในเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบได้ มีสารเคมีหลายตัวที่มีฤทธิ์ดึงดูดเอา Eosinophils มายังบริเวณที่เกิดการอักเสบ สารเคมีเหล่านี้มีฤทธิ์กระตุ้นให้ Eosinophils หลั่งสารเคมีต่างๆออกมาได้ ซึ่งเป็นสารที่มีพิษและสามารถทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจได้

2. การหดเกร็งของหลอดลม พยาธิวิทยาที่สำคัญของการอุดกั้นในหลอดลมของหืดคือ สิ่งกระตุ้นจะทำให้ผนังหลอดลมเกิดการอักเสบ ซึ่งมีผลให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ ทำให้หลอดลมในรายที่เป็นหืดรุนแรง หลอดลมจะหดเกร็ง กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหนาขึ้น ต่อมเมือกโตขึ้น เยื่อบุวม มีเซลล์ที่เกี่ยวกับการอักเสบแทรกอยู่ในเยื่อบุหลอดลม คือ Eosinophil, Neutrophil, Basophil และ Macrophage มีการลอกหลุดของเยื่อ การหลั่งมูกในหลอดลมมาก เยื่อบุหลอดลมบวม และถูกแทรกซึมโดยเซลล์ชนิดต่างๆ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม อากาศผ่านเข้าออกยาก

3. เมื่อ Mast cell ถูกกระตุ้น จะมีการหลั่ง Mediator ที่มีอยู่แล้วและสร้างขึ้นใหม่ เป็นการตอบสนองแบบชนิดเริ่มแรกที่สำคัญ ได้แก่ Histamine, Leukotrienes, CD4+ และ E4, Prostaglandins รวมทั้ง Platelets activating factor (PAF) มีผลทำให้หลอดลมหดเกร็ง เยื่อหุ้มหลอดลมบวม อาการในช่วงแรกนี้สามารถรักษาได้ด้วยยาขยายหลอดลม เช่น ยาในกลุ่ม β_2 -agonist และสามารถป้องกันได้ด้วยยาที่ไม่ให้ mast cell หลั่ง mediator เช่น Cromolyn sodium

4. การตอบสนองแบบล่า อาจเกิดอาการหอบขึ้นอีก หลังจากนั้น 6-8 ชั่วโมง (Late phase response) ซึ่งเป็นผลจากการหลั่ง Mediator จากเซลล์ของการอักเสบ เช่น Eosinophil และ Neutrophil

อาการในช่วงหลังนี้สามารถรักษาได้โดยยาลดการอักเสบ เช่น Corticosteroid และสามารถป้องกันได้ด้วย Cromolyn sodium และ Corticosteroid

5. ระหว่างหอบ การอุดกั้นของหลอดลมจะรุนแรงมากในช่วงการหายใจออก เพราะปกติหลอดลมในช่วงหายใจออกจะเล็กกว่าช่วงหายใจเข้า แม้พยาธิสภาพของโรคนี้จะเป็นทั่วทั้งปอดก็ตาม แต่บางครั้งอาจมีเสมหะอุดทำให้ปอดแฟบเป็นหย่อมๆได้ บางส่วนมีอากาศผ่านเข้าออกน้อย บางส่วนมีอากาศผ่านเข้าออกมาก ในสภาพปกติร่างกายมีการปรับแก้คือ บริเวณที่มีอากาศผ่านเข้าออกน้อย ซึ่งการมี PaO₂ ต่ำจะมีปฏิกิริยาทำให้หลอดเลือดตีบลง เพื่อลดปริมาณเลือดที่ผ่าน ทำให้มีการกำซาบลดลง (Perfusion) ทั้งนี้เพื่อรักษาอัตราส่วนการถ่ายเทอากาศและการกำซาบ (Ventilation perfusion ratio) เอาไว้ ซึ่งขณะมีอาการหอบสมรรถภาพการปรับแก้เป็นไปได้ไม่ดี ทำให้เกิด Mismatching ของการถ่ายเทอากาศและการกำซาบ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและถ้าอาการหอบรุนแรงจะทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์และเกิดภาวะกรด ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดในปอดหดเกร็ง และจะไปทำลาย alveolar type II ทำให้การสร้างสารลดแรงตึงผิวลดลง ส่งเสริมให้เกิดปอดแฟบได้ง่ายขึ้น และยังมีผลต่อระบบหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดด้วย ขณะเดียวกันการที่มีหลอดลมตีบทำให้มีลมค้างในปอดเพิ่มมากขึ้น (Hyperinflation) มีผลทำให้ความสามารถในการขยายตัวของปอดลดลง (Decrease compliance) ทำให้การหายใจต้องใช้แรงมากขึ้นในการดันลมออกจากถุงลม และจากการที่แรงต้านในหลอดลมเพิ่มขึ้น หลอดลมบางแห่งจะมีการปิดก่อนที่จะมีการถ่ายเทก๊าซออกจนหมด ทำให้เกิดลมค้างในปอดเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีภาวะพร่องออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งเพิ่มขึ้น

6. การทำงานของระบบทางเดินหายใจ ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ การกระตุ้นประสาททวารกัส หรือการเพิ่ม Vagus tone ทำให้มีการหลั่ง Acetylcholine จากเส้นประสาท Cholinergic ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดตัว (Bronchial smooth muscle contraction) มีการหลั่งมูก สามารถป้องกันได้โดยใช้ Atropine และยาในกลุ่ม Cholinesterase inhibitor

มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดมีอาการกำเริบมากขึ้น เนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และพบว่าเด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่จะทุกข์ทรมานจากอาการหืดบ่อยมากกว่า เพราะอาการหืดจะกำเริบเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหืด ส่วนใหญ่จะพบในเด็กที่อาศัยอยู่กับผู้สูบบุหรี่บ่อยกว่าด้วย ดังนั้น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นสารก่อภูมิแพ้และปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะทำให้การควบคุมอาการโรคหืดทำได้ง่ายและช่วยลดการเกิด acute exacerbation (NAEPP Coordinating Committee, 2007) ได้ด้วย โดยวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหืดกำเริบได้มากที่สุด คือ การลดโอกาสในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Lewis et al., 2005) ในเด็กป่วยโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็ก ดังนั้น เด็กจึงต้องการการดูแลจากผู้ปกครองเป็นอย่างมาก ที่ผ่านมามีเด็กโรคหืดที่ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้นการเกิดอาการหืด ร้อยละ 47.7 ให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีบุหรี่ ร้อยละ 24.4 (Warman et al., 2006) ผู้ปกครองมีความสามารถในการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้ไม่ด้นัก เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการหืด จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม (Meng & McConnell, 2002) ผู้ปกครองมีการรับรู้ไม่ถูกต้องบางส่วน เช่น รับรู้ว่าควันบุหรี่ไม่ใช่สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืด (สุริพร แซ่เฮง & สุกัลยา คุณกิตติ, 2544) ไม่มั่นใจในการดูแลเรื่องการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่และควันพิษ ร้อยละ 13.5 (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541) ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ปัญหาของผู้ปกครองในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดที่สำคัญคือ มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองให้เด็กป่วยโรคหืดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างมากในการป้องกันเด็กจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีการให้โปรแกรมให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างแผนการเลิกสูบบุหรี่เป็นรายบุคคล ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหืดลดลง (Krieger et al., 2002) สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีแนวทางที่ช่วยป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบ รวมถึงผู้ปกครองยังไม่ได้รับบริการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 2.5 ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำเร็จโดยไม่ต้องใช้การบำบัดช่วยใดๆ (Garvey, Bliss, Hitchcock, Heinold, & Rosner, 1992)

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ปกครองตระหนักรู้ถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วย จะสามารถลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ช่วย

เพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคหืดให้ดีขึ้น รวมถึงเป็นการสะท้อนถึงบทบาทพยาบาลเด็กต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วยโรคหืด โดยการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองนี้ เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถดำเนินการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดเลิกบุหรี่ได้

3. การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามในบ้าน

บ้านปลอดบุหรี่ (Smoke-free home) หมายถึง การที่สมาชิกในครัวเรือนร่วมกันกำหนดเขตห้ามสูบบุหรี่ภายในบ้านหรือในบริเวณที่กำหนดเพื่อปกป้องลูกหรือสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่สัมผัสควันบุหรี่ ซึ่งมาตรการนี้ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นมากในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา (Zhang, Martinez-Donate, & Rhoads, 2015) ทั้งนี้เพราะมีผลการวิจัยยืนยันว่ามาตรการบ้านปลอดบุหรี่สามารถช่วยลดอัตราการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัวลงได้ (Martinez-Donate, Johnson-Kozlow, Hovell, & Perez, 2009) และยังส่งผลดีทำให้สมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่ค่อยๆลดจำนวนมวนบุหรี่ที่ใช้สูบในแต่ละวันลงจนนำไปสู่การตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่และช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังจากเลิกบุหรี่ได้สำเร็จแล้วอีกด้วย (Hyland et al., 2009; Mills, Messer, Gilpin, & Pierce, 2009)

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญอย่างมากกับมาตรการการป้องกันเด็กจากการสัมผัสควันบุหรี่ (World Health Organization, 2018) ทั้งควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) ที่สัมผัสควันบุหรี่โดยตรงจากการพ่นควันออกของผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียง และควันบุหรี่มือสาม (Thirdhand smoke) ที่เกิดจากการสัมผัสสารพิษจากควันบุหรี่ หรือฝุ่นละอองขนาดเล็กที่ตกค้างบนเสื้อผ้า เครื่องเรือน และพื้นผิวของอาคารบ้านเรือนหรือบนเปื้อนในบรรยากาศในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ (Winickoff et al., 2009) มาตรการหนึ่งที่นิยมใช้กันมากเพื่อปกป้องเด็กจากควันบุหรี่ในบ้าน คือการทำให้ผู้ปกครองที่สูบบุหรี่เลิกสูบ (Rosen et al., 2012)

การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในประเทศไทย พบว่ามีการตื่นตัวในเรื่องควันบุหรี่มือสองกับภาวะสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 แล้ว โดยมีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ขึ้น วัตถุประสงค์ในการตราพระราชบัญญัติฉบับนี้ เพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันบุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูบเข้าไปจะเกิดผลเสียหายแก่สุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ผู้สัมผัสควันบุหรือนั้นเป็นเด็ก ดังนั้นควรที่จะคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เพื่อไม่ให้ได้รับควันบุหรี่ (สุรินทร กลัมพากร, 2550) ต่อมาปี พ.ศ. 2553 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะ

ดังกล่าวเป็นเขตสุขุบทุหรือเขตปลอดสุขุบทุหรือตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ตั้งแต่พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ประกาศใช้ และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ เรื่องประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้นและปรับแก้ไขเรื่อยมา จนถึงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 พบว่า การประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดสุขุบทุ ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในครัวเรือน และบ้านไม่ใช่สถานที่ปลอดสุขุบทุตามกฎหมาย จึงทำให้ผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ ยังคงได้รับกระทบจากควันบุหรี่มือสองอยู่ รวมถึงพบว่าการบังคับใช้กฎหมาย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้ไม่สูบบุหรี่ยังไม่เข้มแข็งจริงจัง ทั้งนี้เป็นเพราะขาดความรู้ในข้อกำหนด ประชาชนไม่ได้มีความรู้ที่หนักแน่นด้านผลกระทบที่ร้ายแรงต่อสุขภาพจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง จึงทำให้ละเลยและเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกฎหมายน้อย จึงทำให้การบังคับใช้กฎหมายนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) และจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบ้านยังไม่ใช่สถานที่ที่ปลอดภัยจากควันบุหรี่มือสองมือสาม ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะบ้านจัดเป็นสถานที่ส่วนบุคคลที่อยู่ นอกเหนือขอบเขตของกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่จะบังคับใช้ได้ จึงทำให้มีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมือสามในบ้านอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าบ้านจะไม่ใช่สถานที่ตามกฎหมาย แต่ก็มีกรมรณรงค์โครงการบ้านปลอดสุขุบทุของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มาอย่างต่อเนื่อง 9 ปี พบว่า ครอบครัวเกิดการตื่นตัวเรื่อง "ควันบุหรี่มือสอง" และการนำเอาประเด็นของ "ความรักและความปรารถนาดี" ที่มีต่อลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัวมาเป็นเครื่องมือสร้างความรู้ ความตระหนัก และความเข้าใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสูบบุหรี่ในบ้าน ออกไปสูบนอกพื้นที่บ้าน จนกระทั่งสามารถลดละเลิกได้ ดังนั้น การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับโทษ พิษภัยและอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็กป่วย จะช่วยสร้างความตระหนักรู้ของผู้ปกครองให้เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็ก ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง รวมถึงการลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็กป่วยโรคที่ติดได้

การวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมปกป้องเด็กจากการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้านหรือโปรแกรมส่งเสริมบ้านปลอดสุขุบทุนั้น จากการศึกษาสามารถวัดผลลัพธ์ได้ 2 วิธี ได้แก่

1. การประเมินผลการสัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนิยมใช้แบบสอบถามเป็นหลัก การประเมินผลวิธีนี้เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถใช้ได้ในหลายสถานการณ์ไม่ว่าจะเป็นในชุมชนหรือในโรงพยาบาล วิธีการคือให้กลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ว่าตนเองสัมผัสควันบุหรี่ลดลงหรือไม่ หรือบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่

ลดลงหรือไม่ และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยที่มีการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่ตัวผู้ปกครองของเด็กเอง เช่น อัตราการเลิกสูบบุหรี่, การพยายามเลิกบุหรี่ (Quit attempt) และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ส่วนการวัด outcome ที่ตัวเด็กนั้น พบว่ามี การวัดโดยใช้แบบรายงานตนเองเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ซึ่งนำมาใช้ในเด็กที่มีอายุ 6-17 ปี ซึ่งเป็นเด็กโต แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จึงไม่สามารถใช้วิธีการประเมินผลการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กโดยการรายงานตนเองได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประเมินผลลัพธ์ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กโดยการประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง

2. ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในการสูบบุหรี่ (Biomarkers of Tobacco Use) จากการศึกษาพบว่า สารที่นิยมตรวจวัดเพื่อประเมินการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ได้แก่ นิโคตินและโคตินิน นิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายผ่านทางสูบบุหรี่ จะถูกเผาไหม้ที่ปอด ส่วนนิโคตินที่เหลือจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ปอด ได้เป็นสารโคตินินและนิโคติน เอ็น ออกไซด์ (Nicotine-N-oxide) นิโคตินมีค่าครึ่งชีวิตเพียง 30 นาที ส่วนโคตินินมีค่าครึ่งชีวิตถึง 17-19 ชั่วโมงในซีรัม ดังนั้น การตรวจวัดหานิโคตินจึงไม่เป็นที่นิยม (จุฬารัตน์ ปรีชาตฤกุล, 2554) การตรวจพบโคตินินในร่างกาย แสดงว่าบุคคลนั้นอาจจะได้รับนิโคตินโดยตรงจากการบริโภคยาสูบหรือได้รับทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้น โคตินินจึงเป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของการได้รับควันบุหรี่มือสองด้วย (Ahijevych, 2009; Stevens & Munoz, 2004)

โคตินินสามารถตรวจได้จากสารคัดหลั่งต่างๆ เช่น น้ำลาย ปัสสาวะ เลือดและเส้นผม ในบรรดาสารคัดหลั่งดังกล่าว การตรวจระดับโคตินินจากน้ำลาย เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดเพราะวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ (specimen) ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการพัฒนาชุดตรวจโคตินินในปัสสาวะสำเร็จรูปที่มีลักษณะเป็นแถบกระดาษ (dipstick testing) ชุดตรวจสำเร็จรูปเหล่านี้มีความสะดวกในการใช้ สามารถทราบผลได้ภายใน ประมาณ 15 - 20 นาที (Gariti et al., 2002) แต่ค่าใช้จ่ายสูงคือ ประมาณ 250 - 600 บาทต่อการตรวจ 1 ตัวอย่างจึงยังไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ทางคลินิก ส่วนการตรวจวัดระดับโคตินินใน blood serum เป็นวิธีการที่ค่อนข้างยุ่งยากและราคาแพง และการเก็บตัวอย่างเลือดทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (invasive) (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556a) วิธีนี้จึงไม่นิยมนำมาใช้ในการตรวจสอบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินผลการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็ก จะมีการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ตัวผู้ปกครองของเด็กเป็นหลัก เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถใช้ได้ในหลายสถานการณ์ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) โดยใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในการสูบบุหรี่ พบว่ามีงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ด้วยวิธีนี้น้อยมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง รวมถึงใช้ระยะเวลาในการวัดผลลัพธ์ยาวนาน ดังนั้น ในงานวิจัยนี้

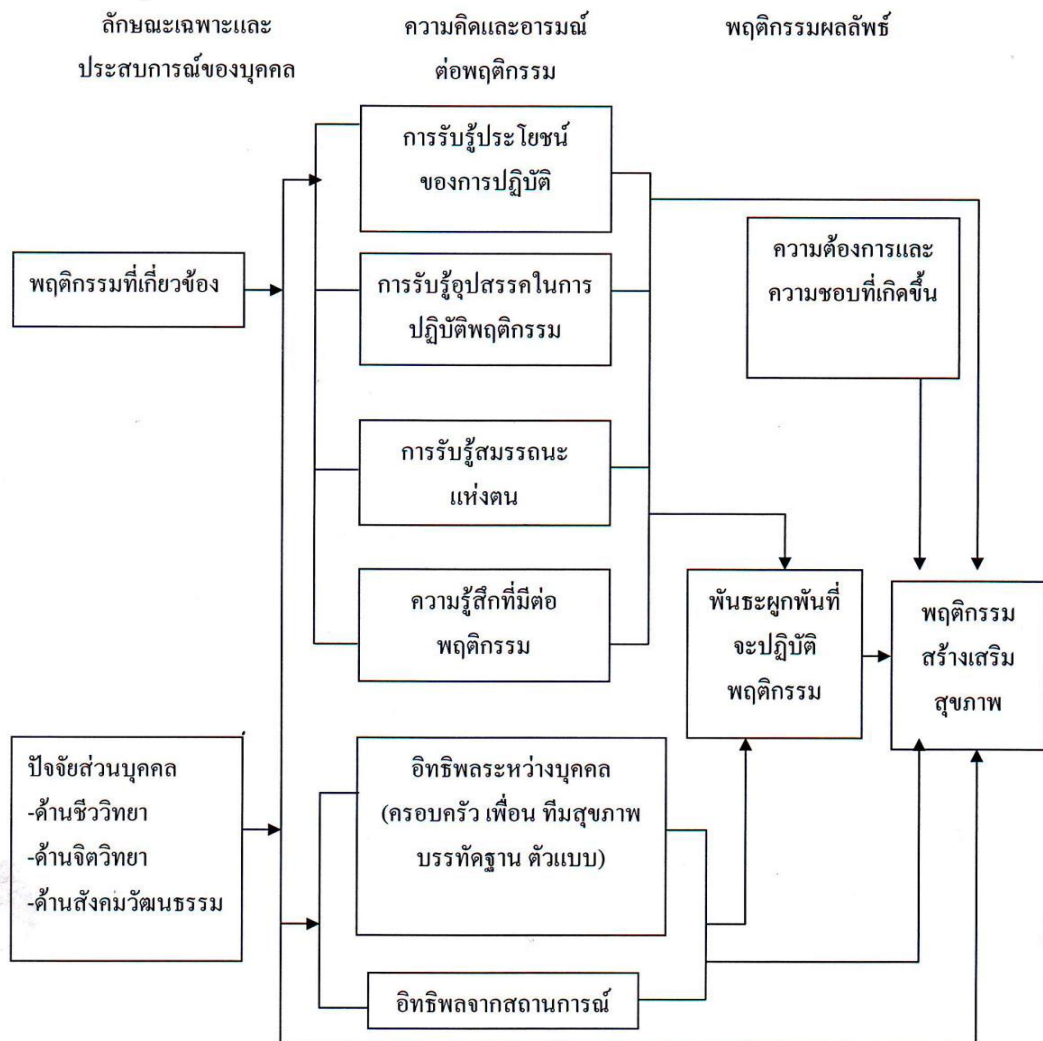
ผู้วิจัยจึงประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ของการสัมผัสควันบุหรี่มือสองที่ตัวผู้ปกครองของเด็กเอง นั่นคือ ประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง โดยคาดว่าจะการเสริมสร้างให้ผู้ปกครองเด็กตระหนักรู้ถึงอันตรายจากควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็ก จะช่วยควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของเด็กได้

4. แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากทฤษฎีนี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาได้ ทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล (Individual characteristics and experiences) อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) การรู้ถึงตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ได้

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง มีดังนี้

1. บุคคลแสวงหาภาวะการมีชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



รูปที่ 2 แสดงรูปแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง
(Health promotion Model Revised) (Pender et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก พบว่ามโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมากที่สุด คือ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ปกครอง

การสัมผัสควันบุหรี่ในเด็กป่วยโรคหืด ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วยโรคหืด โดยทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง การที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ในบ้าน จะเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็กป่วยโรคหืดมากขึ้น ดังนั้น สิ่งสำคัญในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ในเด็กป่วยโรคหืดได้มากที่สุดคือ การเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง การที่ผู้ปกครองรับรู้ประโยชน์ รู้ข้ออุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปกครองมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของตนเอง เมื่อผู้ปกครองรับรู้ประโยชน์ รู้ข้ออุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว จะช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดได้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 (Pender et al., 2006) มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรก ประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ (สนอง คล้าฉิม, 2551) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก พบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในมารดาที่ตั้งครรภ์ ยกตัวอย่างเช่น วิลาวัลย์ ถนอมรูป (2545) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ 250 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 150 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ของผู้ปกครอง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Action) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 79 (Pender et al., 2006) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรม และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก พบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในมารดาที่ตั้งครรภ์ โดยวิลลาวัลย์ ฌนอมรูป (2545) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ปกติจำนวน 250 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ โดยหญิงมีครรภ์ที่รับรู้อุปสรรคต่อการสร้างเสริมสุขภาพน้อยจะทำให้หญิงมีครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ปกครองเด็กต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก ดังเช่น กิตติมา สำราญไชยธรรม (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหืด วัย 1-5 ปี พบว่าผู้ปกครองยังรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรโรคหืดไม่มากพอ ทำให้ผู้ปกครองดูแลเด็กโรคหืดไม่เหมาะสม ดังนั้น ถ้าผู้ปกครองรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ปกครองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ถูกต้อง ในทำนองเดียวกัน พวงทิพย์ วัฒนะ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหืดในเด็ก พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมป้องกันอาการหืดของเด็กเพิ่มขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดจากทฤษฎีมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด เนื่องจากถ้าบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ รับรู้ว่าการเลิกบุหรี่มีผลดีทั้งกับตนเองและเด็กป่วย รับรู้ว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อย รับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถเอาชนะกับอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ บิดา-มารดาที่จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้

5. การพยาบาลเด็กและการช่วยบิดา-มารดาให้เลิกบุหรี่

เด็กป่วยโรคหืดจะมีอาการกำเริบมากขึ้นเนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่ โดยเฉพาะเด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ จะทุกข์ทรมานจากอาการหืดบ่อยมากกว่าและอาการหืดจะกำเริบเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ ผู้ปกครองถือว่าเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ถ้าผู้ปกครองสูบบุหรี่ก็จะทำให้เด็กได้รับควันบุหรี่มือสองมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองได้ดีที่สุดคือ การเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ได้เห็นความสำคัญของพยาบาลในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพที่มีศักยภาพสูงในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เนื่องจากการเป็นบุคลากรต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ให้การดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนให้บริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน จึงได้มีการก่อตั้งเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทยขึ้น ในปี พ.ศ. 2548 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และได้ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามจรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้บริการในการเลิกบุหรี่ การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกเสพยาสูบ รวมถึงมีการพัฒนาองค์กร

ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในการให้บริการ การเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับการควบคุมยาสูบฯ ให้รับรู้และตระหนักถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสอง จะช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด มีเป้าหมายสำคัญคือ การให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง การให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วย ถือเป็น การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพของเด็ก โดยโรคหืดถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุ 1-6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการดูแลปกป้องจากผู้ดูแลมาก เนื่องจากยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากนัก และเป็นวัยที่มีความกลัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์แปลกใหม่หรืออาการเจ็บป่วย (Wong, 1995) ดังนั้น ผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลเด็กและเป็นส่วนสำคัญในการที่จะช่วยควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการจับหืดได้เป็นอย่างมาก ที่ผ่านมามีเด็กโรคหืดได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีบุหรี่ ร้อยละ 24.4 (Warman et al., 2006) ผู้ปกครองมีการรับรู้ไม่ถูกต้องบางส่วน เช่น รับรู้ว่าควันบุหรี่ไม่ใช่สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืด (สุริพร แซ่เฮง & สุกัลยา คุณกิตติ, 2544) ดังนั้น พยาบาลและครอบครัวควรจะร่วมมือกันในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ โดยมีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในการดูแลเด็กป่วย (เดือนทิพย์ เข้มโสภาส, 2554) เพื่อส่งผลต่อพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง ดังนี้

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีพื้นฐานมาจากแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการดูแลไม่ได้เน้นเฉพาะผู้ป่วย แต่ให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน แนวคิดนี้ได้พัฒนาเริ่มแรกในการพยาบาลมารดาและเด็ก ระยะต่อมาขยายขอบเขตเพิ่มขึ้นในทุกสาขาทางการพยาบาล กล่าวคือ เป็นการเข้าถึงผู้ป่วยตั้งแต่การวางแผน การส่งต่อ และการประเมินผลในการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ (ชลิดา ธนัฐธีรกุล, 2546) โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว เป็นการแสดงบทบาทเป็น

ผู้ดูแล พิตักษีสหิธี และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย โดยบุคลากรพยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกของครอบครัวแสดงบทบาทในการปรับปรุงการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Azoulay et al., 2004; Azoulay et al., 2003)

แนวคิดหลักของการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมี 8 ประการ ซึ่งใช้เป็นหลักของการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (ชลิดา ธนัฐธีรกุล, 2546) ได้แก่ การสร้างจุดแข็ง

ของครอบครัว (Family strenghts), การยอมรับและการเคารพ (Respect), การเสนอทางเลือก (Choice), การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information sharing), สนับสนุน (Support), ความยืดหยุ่น (Flexibility), การประสานความร่วมมือ (Collaboration) และการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง โดยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะไม่มีทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางที่สามารถพัฒนาให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ (Moore, Coker, DuBuisson, Swett, & Edwards, 2003) เช่นเดียวกับการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวที่มีเด็กป่วย ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้นั้น พยาบาลต้องเข้าไปมีส่วนช่วยให้ผู้ปกครองมองเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป พร้อมทั้งเป็นผู้ให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ปกครองเห็นถึงศักยภาพของตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังต้องใช้กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ได้พัฒนาศักยภาพของตนเองและศักยภาพของครอบครัวแบบองค์รวม ที่จะนำไปสู่การสนับสนุนหรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและพยาบาลอย่างเต็มที่

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า The Society of Pediatric Nurses (SPN) องค์กรที่ใหญ่ที่สุดของพยาบาลเด็ก มีแผนการดำเนินงานเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในผู้ป่วยเด็ก โดยมีการค้นหาผู้ปกครองเด็กป่วยที่สูบบุหรี่และให้การช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสูบ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่า การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กนั้นเป็นช่วงเวลาที่ผู้ปกครองจะเชื่อฟัง และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กและเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพของเด็กป่วยให้ดีขึ้น (Winickoff, Hillis, Palfrey, Perrin, & Rigotti, 2003) รวมถึงการมีนโยบายและระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่เป็นอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เพื่อช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ (Dohnke, Ziemann, Will, Weiss-Gerlach, & Spies, 2012; McBride, Emmons, & Lipkus, 2003; Ralston & Roohi, 2008; Winickoff et al., 2003) งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สืบมาจากพยาบาลเด็กที่ทำงานในโรงพยาบาล และเป็นสมาชิกของ The Society of Pediatric Nurses (SPN) ทำการศึกษาในปี 2008 มี

วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองสำหรับผู้ปกครองของเด็กป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินเกี่ยวกับลักษณะประชากร ระบบโรงพยาบาลและทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ การถามเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็ก ที่มาของการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับนโยบายบ้านปลอดบุหรี่ เสร็จสิ้นการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลทั้งหมด 888 คน พบว่าการฝึกอบรมและการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองจะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กได้ดีที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า การสร้างความเข้มแข็งของนโยบายและระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลจะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการป้องกันสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กได้มากขึ้น (Blaine et al., 2014)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดให้เลิกบุหรี่ ถือเป็นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลเด็กในการช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วย ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด ที่มีสาเหตุมาจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคหืดให้ดีขึ้น โดยพยาบาลถือเป็นวิชาชีพสุขภาพที่สามารถเข้าถึงตัวผู้สูบบุหรี่ได้ง่าย เนื่องจากเมื่อผู้ปกครองพาเด็กป่วยโรคหืดเข้ามารับการรักษาในสถานพยาบาล จะทำให้พยาบาลได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดที่สูบบุหรี่ จึงเป็นโอกาสอันดีที่จะเข้าไปช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่นอกเหนือจากการให้การพยาบาลเด็กป่วยตามปกติ

6. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด

ความหมายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

เลิก หมายถึง ยุติ งด หรือการไม่ดำเนินการต่อไป (วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2545)

การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีดัชนีดังต่อไปนี้ คือ การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น การไม่หยิบบุหรี่คนอื่นมาสูบ การไม่พกพาบุหรี่ ไฟแช็ค และไม่ขีดไฟ การหายใจแบบลึกเมื่อรู้สึกหงุดหงิด การไม่เข้าไปใกล้คนที่สูบบุหรี่ การเลือกที่นั่งบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่ การทำกิจกรรมอย่างอื่น ๆ เมื่ออยากบุหรี่ เช่น เล่นกีฬา อาบน้ำ ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ เก็บเงินค่าบุหรี่ใส่กระปุกออมสิน การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ เป็นต้น (นิรันตา ไชยพาน, 2552)

ความหมายการเลิกสูบบุหรี่

นักวิชาการและนักวิจัยด้านการควบคุมยาสูบได้ให้ความหมายของคำว่า การเลิกสูบบุหรี่ ตามระยะเวลาการประเมินการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน ดังนี้

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันใน 7 วันที่ผ่านมา (Lando, Henrikus, McCarty, & Vessey, 2003)

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่สอบถามเป็นระยะ ตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป (Hughes, Keely, & Naud, 2004)

การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านไป 7 วันที่ผ่านมาก่อนวันประเมิน (Prochaska et al., 2008)

การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence) หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ทั้งในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน หรือ 30 วัน (Prochaska et al., 2008)

การเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Prolonged abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (Prochaska et al., 2008)

พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การงดสูบบุหรี่ โดยการไม่พกบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ และไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงด้วย (จิราภรณ์ เนียมกฤษช, 2548)

พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำใดๆ ของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่สามารถเลิกได้ 2) กลุ่มที่สามารถลดจำนวนมวนที่สูบลง 3) กลุ่มที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2552)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการเลิกสูบบุหรี่จากการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่ว่าหมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือนหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ (Point prevalence abstinence) ส่วนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำใดๆ ของผู้สูบบุหรี่ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

7. วิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่

เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (2557) ได้แนะนำขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ในคู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน โดยแนะนำขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ, ขั้นดำเนินการ, ขั้นติดตามผล, และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ขั้นเตรียมการ ต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ และดำเนินการตามระยะความพร้อมของผู้สูบบุหรี่แต่ละราย มีวิธีการประเมิน ดังนี้

- หากผู้สูบบุหรี่ยังไม่พร้อม (ไม่อยากเลิก) ให้เพียงคำแนะนำและเน้นย้ำถึงผลเสียต่อสุขภาพของบุหรี่และยาสูบต่อผู้สูบบุหรี่นั้น

- เริ่มลงมือจะเลิกดีหรือไม่ ให้ย้ำถึงผลเสียของการสูบบุหรี่และผลดีของการเลิกบุหรี่

- ผู้สูบบุหรี่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ (อยากเลิก) ให้ชื่นชมในความตั้งใจของผู้สูบบุหรี่นั้น แนะนำ

ทางเลือกของช่วยเลิก พร้อมช่วยเหลือประสานงานในการส่งต่อการรักษาและติดตามผล

- ลงมือเลิก ใช้วิธีการเลิกบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ยินยอม และสังเกตอาการอยากบุหรี่

- เลิกได้แล้ว ต้องช่วยในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

เมื่อประเมินเสร็จแล้วให้ดำเนินการต่อ วิธีปฏิบัติมีดังนี้

- อธิบายผลเสียของการสูบบุหรี่สั้นๆ เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่รายนั้นๆ

- ให้เน้นย้ำว่าการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงเพียงอย่างเดียว โดยไม่เลิกจะไม่ช่วยลดความเสี่ยง เช่น โรคมะเร็งทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดได้

- มีการให้รางวัล โดยหาสิ่งที่เป็นรางวัลในการเลิกบุหรี่ในทางที่เป็นแรงจูงใจเชิงบวก เช่น สะสมค่าบุหรี่ไว้ใช้ในสิ่งที่จำเป็นอื่นๆ

- ช่วยคิดหาวิธีกำจัดอุปสรรคในการเลิก เช่น เทคนิคการรับมือกับอาการอยากบุหรี่ การมีน้ำหนักเพิ่ม โดยให้เน้นประโยชน์ด้านสุขภาพที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่ที่มีมากกว่าความเสี่ยงจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมาก แนะนำให้ออกกำลังกายระดับปานกลาง ดื่มน้ำเปล่า หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง เคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล และรับประทานผลไม้สดเป็นอาหารว่างแทน ส่วนความเครียดแนะนำให้ออกกำลังกาย เพื่อการผ่อนคลายแบบง่ายๆ เช่น หายใจเข้าออกลึกๆยาวๆซ้ำๆ การหายใจออกให้พูดกับตัวเองว่าผ่อนคลาย ทำอย่างน้อย 10 ครั้ง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

- ให้ข้อมูลซ้ำๆสม่ำเสมอ และสังเกตการณ์ตัดสินใจของผู้สูบบุหรี่

ขั้นดำเนินการ มีองค์ประกอบในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- ช่วยวางแผนในการเลิก ได้แก่ การช่วยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ (ในช่วง 2 สัปดาห์) แนะนำให้บอกคนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานว่าตนตั้งใจจะเลิก พิจารณาว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นหลังการเลิก

เช่น อาการอยากบุหรี่ยุติ การจัดการปัญหา เน้นเป้าหมายคือ การหยุด ไม่ใช่ลดปริมาณการสูบ (แต่อาจค่อยๆลดจนเลิกได้ในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์)

- ให้คำแนะนำ และทักษะในการจัดการปัญหา ได้แก่ ทบทวนปัญหาการเลิกบุหรี่ในช่วงที่ผ่านมา แยกแยะตัวกระตุ้นและสถานการณ์ที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ รวมทั้งกำหนดวิธีการในการจัดการ

- ให้กำลังใจระหว่างเลิก โดยให้ผู้สูบบุหรี่ทราบและเข้าใจว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและคอยให้กำลังใจในการเลิก แม้ว่าจะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ

- ช่วยผู้สูบบุหรี่ในการแสวงหาการช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคมอื่นๆ โดยแนะนำและสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ขอความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิดในช่วงของการเลิกบุหรี่

- แนะนำการใช้ยาในรายที่จำเป็น โดยบอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบว่า การใช้ยาจะช่วยลดอาการขาดบุหรี่และทำให้การเลิกบุหรี่ยง่ายขึ้น แต่ยาไม่จำเป็นในผู้สูบบุหรี่ที่สูบไม่มาก (น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน) และไม่ใช่ในผู้สูบที่มีข้อห้าม

- ให้ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูบในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การแจกเอกสารแผ่นพับ ที่ให้ข้อมูลและวิธีการในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้สูบที่จะสามารถเลือกวิธีการเลิกบุหรี่ยุติที่เหมาะสมกับตนเองได้

ขั้นตอนติดตามผล

ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังวันเลิกบุหรี่ต้องมีการติดตาม และต่อไปทุก 1 เดือน ในระยะ 6 เดือนแรก หลังจากนั้นนัดหมายตามความเหมาะสม จนครบ 1-2 ปี ซึ่งการติดตามผลจะทำให้มั่นใจว่าผู้สูบบุหรี่สามารถใช้ความรู้และทักษะจากขั้นตอนการบำบัดมาจัดการตนเองได้เหมาะสม

ขั้นตอนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

มีการเตือนผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับเหตุผลที่ตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ในครั้งแรก ผู้สูบที่กังวลเกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่ที่ไม่สำเร็จมาแล้วในอดีต เมื่อต้องเลิกสูบบุหรี่ใหม่จึงควรเสริมความมั่นใจว่าผู้สูบส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ระยะยาวได้หลังการใช้ความพยายามหลายครั้ง การไม่สำเร็จไม่ได้หมายความว่าผู้สูบจะไม่มีโอกาสทำสำเร็จเลย ดังนั้น ผู้สูบควรพยายามต่อไป แม้ว่าจะเคยล้มเหลวมาที่ครั้งก็ตาม ความพยายามในอดีตน่าจะได้รับการพิจารณาเป็นบทเรียนที่มีคุณค่าในการเรียนรู้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

นอกจากนี้ ยังมีวิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ยุติโดยวิธีอื่นอีก (รณชัย คงสกนธ์, 2550) ได้แก่ การบำบัดแบบ CBT (Cognitive behavioral therapy) หลักการคือ การมองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด โดยแต่ละคนจะมีปฏิกริยา ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมตนเองต่างกัน ทำให้เกิดการตีความและรับรู้สิ่งเหล่านั้นต่างกันไป ดังนั้น ความคิดที่คลาดเคลื่อน (Cognitive error) จะทำให้การรับรู้ผิดเพี้ยนไป เป็นผลทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่ดีได้ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โดยการให้ผู้สูบบุหรี่หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (Trigger) และ

ใช้ Thought stopping technique เมื่อเกิดความอยากบุหรี่ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การจินตนาการ การโทรศัพท์ปรึกษาคนที่เป็นการกำลังใจได้ เป็นต้น เพื่อป้องกันการไปสู่ระยะอยากบุหรี่ (Craving) ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยง เนื่องจากผู้สูบบุหรี่มักทนความอยากบุหรี่ไม่ได้ และนำไปสู่การใช้บุหรี่ในที่สุด **Social support** ประกอบด้วย การฝึกทักษะแสดงหาความช่วยเหลือทางสังคมอย่างทันท่วงที เช่น hotlines ที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ การแก้ปัญหาความเครียดในชีวิต และผู้รักษาช่วยจัดให้มีแรงสนับสนุนอื่นๆจากสังคมของผู้สูบบุหรี่ เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ชุมชน เป็นต้น และ **Behavior therapy** กลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการหยุดสูบบุหรี่ เป็นแรงกระตุ้นการหยุดบุหรี่ให้สมาชิกคนอื่น ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้โดดเดี่ยว เมื่อเห็นเพื่อนสมาชิกหยุดได้ ทำให้เกิดกำลังใจ และจากกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูบบุหรี่มองเห็นคุณค่าในตนเอง

สรุปได้ว่า วิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยวิธีการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการ ขั้นตอนติดตามผล และขั้นตอนป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีวิธีบำบัดแบบไม่ใช้ยาวิธีอื่นๆอีก ได้แก่ การบำบัดแบบ CBT พฤติกรรมบำบัด และ Social support เป็นต้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรือนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การสูบบุหรี่ไม่ตึงใจตัดสินใจเลิกเอง (ร้อยละ 34.2) รองลงมา คือป่วย/เป็นโรคแล้ว แพทย์แนะนำให้งดสูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.2) และสามี/ภรรยา/ลูกขอร้อง (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) สำหรับการศึกษาในเด็กพบงานวิจัยเพียงเรื่องเดียวที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง ดังนี้

นพดล กรรณิกา et al. (2553) ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติในการสูบบุหรี่ของพ่อ: กรณีศึกษาพ่อที่สูบบุหรี่และมีลูกอายุไม่เกิน 10 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 403 คน ผลการสำรวจ สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ผลสำรวจตัวอย่างพ่อที่สูบบุหรี่พบว่า จะสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละประมาณ 11 มวน
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวอย่างพ่อที่สำรวจพบมากกว่า 2 ใน 3 ร้อยละ 68.2 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในบ้านหรือบริเวณบ้าน เนื่องจากเหตุผลเพราะอยากสูบบุหรี่/อดไม่ได้เวลาต้องการสูบบุหรี่/เลิกไม่ได้ สูบเป็นประจำ/เป็นความเคยชิน และสะดวกไม่มีใครว่า เป็นต้น ในขณะที่ร้อยละ 31.8 ไม่

สูบบุหรี่ในบ้านหรือบริเวณบ้าน เหตุผลเพราะมีลูก/เด็กเล็กอยู่ในบ้าน ต้องการรักษาสุขภาพของคนในครอบครัว ภรรยาไม่ให้อสูบบุหรี่ และรู้สึกว่าคุณสูบบุหรี่มีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

3. บริเวณที่มักจะสูบบุหรี่มากที่สุดคือ ประตูรั้วหน้าบ้าน รองลงมาคือ ช่างนอกรั้วบ้าน และบริเวณระเบียง/ชานบ้าน และในห้องน้ำตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่ามิตัวอย่างร้อยละ 17.5 สูบบุหรี่ในห้องดูทีวี ร้อยละ 9.5 สูบบุหรี่ในห้องรับแขก และร้อยละ 8.4 สูบบุหรี่ในห้องนอน

4. บุคคลที่เคยอยู่ใกล้ในขณะที่สูบบุหรี่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่ที่บ้านพบว่าร้อยละ 30.2 เคยสูบบุหรี่ใกล้ภรรยา และร้อยละ 10.9 สูบบุหรี่ใกล้ลูก

5. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในบ้าน ส่วนใหญ่ (มากกว่า 3 ใน 4) เชื่อว่าการสูบบุหรี่ของตนไม่ได้ส่งผลกระทบต่อลูก ภรรยา และคนอื่นในบ้าน อย่างไรก็ตามร้อยละ 7.6 ยอมรับว่าการสูบบุหรี่ของตนส่งผลกระทบต่อภรรยา และร้อยละ 5.5 ยอมรับว่าส่งผลกระทบต่อลูก โดยเฉพาะการได้รับกลิ่นเหม็นจากควันบุหรี่ และทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ

6. เมื่อถาม (กลุ่มที่สูบบุหรี่ที่บ้าน) ถึงความเป็นไปได้หาก “ไม่ให้สูบบุหรี่ที่บ้าน” มีกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50.5 ระบุจะทำได้ ในขณะที่ร้อยละ 20.7 ระบุทำไม่ได้ และร้อยละ 28.8 ระบุไม่แน่ใจ

7. ความกังวลของพ่อที่สูบบุหรี่ (จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ระบุความกังวลประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

7.1 กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหรือร้อยละ 55.4 มีความกังวลต่อ “สุขภาพของตนเอง” ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.2 ระบุไม่กังวล และร้อยละ 8.4 ระบุไม่แน่ใจ

7.2 ร้อยละ 45.8 ระบุมีความกังวลต่อ “สุขภาพของลูก” ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของพ่อ เช่น ควันบุหรี่ให้โทษต่อร่างกาย ลูกยังเล็ก ลูกสุขภาพไม่ดี/ลูกไม่สบายบ่อย เป็นต้น ในขณะที่ร้อยละ 29.9 ระบุไม่กังวล เพราะไม่ได้สูบบุหรี่ในขณะที่ลูกอยู่ด้วย สูบบุหรี่ในจำนวนที่น้อย ออกไปสูบบุหรี่นอกบ้าน เป็นต้น และร้อยละ 24.3 ระบุไม่แน่ใจ

8. เมื่อสอบถามถึงความจำเป็นที่จะป้องกันไม่ให้ “ลูก” ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของพ่อในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกว่า 4 ใน 5 หรือร้อยละ 82.1 ระบุว่ามีความจำเป็น ในขณะที่ร้อยละ 6.0 ระบุยังไม่จำเป็น และร้อยละ 11.9 ระบุไม่แน่ใจ

9. ปัจจัยผลักดันจากลูกในการสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.8 ระบุว่า “ลูก” มีผลผลักดันให้พ่ออยาก “เลิกบุหรี่” ในระดับ “มาก-มากที่สุด” ร้อยละ 19.8 ระบุ มีผลปานกลาง และร้อยละ 13.4 ระบุมีผล “น้อย-น้อยที่สุด”

10. ความคิดจะเลิกสูบบุหรี่ จากผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยระบุเหตุผลเพื่อสุขภาพของตัวเอง/มีปัญหาเรื่องสุขภาพ เพื่อสุขภาพของลูก/ภรรยา เสียเงินค่าบุหรี่มานานแล้ว/เปลืองเงิน เป็นต้น ร้อยละ 15.6 ระบุยังไม่คิดจะเลิก เพราะเป็น

ความเคยชิน สูบในจำนวนน้อย/ไม่ได้สูบอย่างจริงจังและเป็นความสุขส่วนบุคคล และร้อยละ 29.8 ระบุไม่แน่ใจ เมื่อสอบถามเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดจะเลิกบุหรี่ พบว่าร้อยละ 78.2 เคยลองเลิกบุหรี่ และร้อยละ 21.8 ยังไม่ได้ลอง ส่วนวิธีการเลิกบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าได้ผลดีที่สุดคือ หยุดสูบ/หักดิบ รองลงมาคือ อมลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง/อมยาอม และค่อย ๆ ลดปริมาณลง แล้วจะเลิกได้ในที่สุด

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองมากที่สุดคือการสูบบุหรี่ไม่ดีจึงตัดสินใจเลิกเอง/มีปัญหาเรื่องสุขภาพ รองลงมาคือเพื่อสุขภาพของลูก/ภรรยา เสียเงินค่าบุหรี่มามากแล้ว/เปลืองเงิน ตามลำดับ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ผู้ปกครองมากกว่าครึ่งหนึ่งระบุว่าบุตรมีผลผลักดันให้ผู้ปกครองเลิกบุหรี่ในระดับมาก ดังนั้น การจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง น่าจะส่งผลต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กสุขภาพดี

ในประเทศไทย มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ปกครองเด็กเพียงเรื่องเดียว ซึ่งได้ศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ได้แก่

ใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าว-โคกคอนอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ($n=38$) และกลุ่มควบคุม ($n=38$) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ สื่อประกอบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ 1. วีดิทัศน์เรื่องอันตรายจากบุหรี่ 2. เอกสารแผ่นพับ

ความรู้เรื่องบุหรี่ เอกสารแผ่นพับเรื่องเทคนิคการพูดคุยกับสามีให้ลดและเลิกบุหรี่ ภาพพลิกเรื่องบุหรี่ มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง และส่งจดหมายกระตุ้นเตือนอีก 2 ครั้ง รวมเป็นจำนวน 7 ครั้ง ผลทดลองพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์จะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับหัวหน้าครอบครัว การจัดกิจกรรมเพื่อช่วยสร้างแรงจูงใจ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกครอบครัวเข้าไปกระตุ้นเตือนหัวหน้าครอบครัวให้เลิกบุหรี่ โดยการใช้วีดิทัศน์ และใช้จดหมายกระตุ้นเตือน จะทำให้หัวหน้าครอบครัวเกิดการรับรู้แรงจูงใจและมีกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

Eriksen et al. (1996) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของครอบครัวที่มีเด็กก่อนวัยเรียน ศึกษาใน 443 ครอบครัว ในประเทศนอร์เวย์ ที่อย่างน้อยมีผู้ปกครองหนึ่งคนสูบบุหรี่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=221) และกลุ่มควบคุม (n=222) กลุ่มทดลองจะมีการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของเด็ก แนะนำวิธีการป้องกัน/ช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ให้แผนพับเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ ให้คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง มีการกำหนดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นจะมีการแปลผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จะมีการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 1 เดือน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่ต่างกันมากนัก แต่ผลของการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงวิธีการที่เป็นไปได้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อลดผลกระทบของอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของครอบครัวที่มีเด็กก่อนวัยเรียน

Abdullah, Mak, Loke, and Lam (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กอายุ 5 ปี ในประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 952 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=467) และกลุ่มควบคุม (n=485) กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์โดยผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลาให้คำปรึกษา 20-30 นาที เนื้อหาจะเน้นให้ผู้ปกครองเห็นถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพ บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองและเด็ก อธิบายถึงพิษภัยของควันบุหรี่มือสอง รวมถึงมีการให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่ในการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองอย่างเดียวเท่านั้น การประเมินผลจะใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1, 3 และ 6 เดือนตามลำดับ หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความชุกของการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อน 6 เดือนของกลุ่มทดลองมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และนอกจากนี้ยังพบว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกเป็นการช่วยเหลือในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กป่วย

Chan et al. (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยในฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กป่วยที่สูบบุหรี่ทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มควบคุม (n=40) กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม มีการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ การชักจูงการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล (Individualized motivation intervention: IMI) ใช้เวลาในการให้โปรแกรมประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ มีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี่และให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มควบคุม จะ

ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กป่วย การประเมิน จะมีการประเมินก่อนการให้โปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไว้เป็นพื้นฐานก่อน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้คำปรึกษา 1 เดือน ร้อยละ 15 ของกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่ยังไม่เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยลง และประมาณร้อยละ 20 บอกว่าหยุดสูบบุหรี่ได้ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย จึงทำให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผลของการศึกษาในครั้งนี้ก็ทำให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดี และมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ปกครองเด็กป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้

Curry et al. (2003) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ การช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ปกครองของเด็ก ซึ่งเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นมารดาที่สูบบุหรี่ (n=303) ที่มีเด็กที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ โดยระหว่างที่มารดาพาเด็กมารักษาที่คลินิกมารดาจะได้รับแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จากแพทย์เด็ก ได้รับคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง มีการสร้างแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยการสัมภาษณ์จากพยาบาลประมาณ 10 นาที และจะมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลที่คลินิกจะโทรศัพท์ไปให้คำปรึกษาหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 เดือน หลังจากนั้นจะมีการวัดผลโดยการรายงานตนเองเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 12 เดือน โดยนับจากการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนที่จะมีการประเมิน โดยหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด

Krieger et al. (2002) ศึกษาเกี่ยวกับผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อมสำหรับเด็กรายได้น้อยที่เป็นโรคหืด โดยโครงการนี้เป็นโครงการ SKCHH ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่ได้รับทุนจากจากสหรัฐอเมริกาในการควบคุมและป้องกันโรค ทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาใน 274 ครอบครัวที่มีเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหืด มีการวางแผนการดำเนินงานเป็นรายบุคคล โดยมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ส่งผลทำให้เด็กป่วยโรคหืดมีอาการกำเริบขึ้น เช่น ไรฝุ่น สารก่อภูมิแพ้จากสัตว์ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมถึงควันบุหรี่ด้วย สำหรับการควบคุมและป้องกันโรคจากการได้รับควันบุหรี่ ได้มีการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ปกครองในช่วงระยะเวลา 12 เดือน รวมถึงการให้คำแนะนำ การให้สนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างแผนการเลิกสูบบุหรี่เป็นรายบุคคล มีการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครอง โดยปรับให้ตรงกับความเหมาะสมกับผู้ปกครองแต่ละราย ซึ่งหลังสิ้นสุดการดำเนินงานพบว่า เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหืดลดลง และผู้ปกครองมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

Wahlgren, Hovell, Meltzer, Hofstetter, and Zakarian (1997) ศึกษาหาวิธีการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นครอบครัวของเด็กป่วยโรคหืด อายุ 6-17 ปี และในครอบครัวต้องมีผู้ปกครองสูบบุหรี่ในบ้านอย่างน้อย 1 คน เลือกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกโรคภูมิแพ้ในเด็ก กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก ส่วนกลุ่มควบคุมจะให้การพยาบาลตามปกติ การให้คำปรึกษาจะได้อัศจรรย์ในเดือนที่ 6 และจะสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมในเดือนที่ 12 และจะมีการติดตามถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเดือนที่ 20 และ 30 พบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดเป็นประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ปกครองเด็กป่วยเลิกสูบบุหรี่และลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กทั้งในและต่างประเทศพบว่า ได้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็ก ทั้งเด็กสุขภาพดี เด็กป่วย รวมถึงเด็กป่วยโรคหืด กิจกรรมที่จัดประกอบไปด้วย การให้โปรแกรมให้คำแนะนำให้การสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้กับผู้สูบบุหรี่เพื่อให้เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาโดยตรงและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ผู้ปกครองมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม การศึกษาในประเทศไทยพบงานวิจัยที่จัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในหัวหน้าครอบครัวเพียงเรื่องเดียวซึ่งศึกษาในกลุ่มเด็กสุขภาพดี งานวิจัยนี้ได้มีการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่ ภายหลังจากใช้โปรแกรมพบว่า หัวหน้าครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น แต่จากการศึกษาไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดเลย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วยโรคหืด ช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การสร้างแรงจูงใจโดยการทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเห็นถึงอันตรายของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยใช้สื่อที่เหมาะสม การเสริมแรงทางบวก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำองค์ความรู้ที่ได้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

9. **กรอบแนวคิดในการวิจัย** จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง

ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ (Perceived Benefits of Smoking Cessation)

- การให้ความรู้โดยใช้คู่มือพิชภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด
- บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวเด็กป่วยโรคหืดและผู้สูบบุหรี่

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ (Perceived Barriers to Smoking Cessation)

- การช่วยกันค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่
- การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
- แนะนำวิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

- ให้กำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและให้โปรแกรมเลิกบุหรี่กับผู้ปกครองเป็นรายบุคคล
- การพูดชักจูงโน้มน้าวในการเลิกสูบบุหรี่
- การฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่
- ให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับผลดีที่มีต่อเด็กและตนเองหลังจากหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการโรคหืดกำเริบได้เหมาะสม
- ให้นำถึงสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ รวมถึงแนะนำวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้ทราบ รวมถึงร่วมกันค้นหาวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
- การให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการให้กำลังใจจากผู้วิจัยและบุคคลในครอบครัว

พฤติกรรม
การเลิกบุหรี่

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่, เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุรุษกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุรุษกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม	O1	O2
กลุ่มทดลอง	O3	x O4

- O1 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกบุรุษก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O2 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกบุรุษหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O3 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกบุรุษก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุรุษ
- O4 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกบุรุษหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุรุษ
- x หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุรุษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หรือคลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. บิดาหรือมารดา ที่อาศัยอยู่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยโรคหืด
2. มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. มีความสนใจที่จะเลิกบุรุษ
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง Sample Size Estimate Effect สำหรับการทดลองสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two sample independent group test) กำหนดให้เป็นการทดสอบแบบทางเดียว (One tailed test) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ซึ่งเป็นอำนาจทดสอบที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2008) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium Effect Size) ที่ .50 และกำหนดระดับนัยสำคัญ (Significant level) ที่ระดับ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัดที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างอีก 25 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมมาจับคู่กับกลุ่มทดลอง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน (Mann, 2001) จนครบ 25 คู่ ในเรื่องระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีผลต่อการเลิกบุหรี่

- 2.1 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ผู้วิจัยแบ่งระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ออกเป็น 4 ช่วง คือ ภายใน 5 นาที, 5-30 นาที, 31-60 นาที และมากกว่า 60 นาที จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อยู่ในช่วงเดียวกัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ (ฉันทิยา คารมย์ & สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558) เนื่องจากนิโคตินเป็นสารประกอบในบุหรี่ที่ทำให้ติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดนิโคติน หากมีการติดนิโคตินระดับต่ำจะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายและสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Foulds et al. (2006) ที่พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน >30 นาที เป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็น 1.88 เท่า

- 2.2 นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่จะต้องมีความเหมือนกัน ในเรื่องของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยผู้วิจัยแบ่งจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ออกเป็น 4 ช่วง คือ 10 มวน หรือน้อยกว่า, 11-20 มวน, 21-30 มวน และ 31 มวน หรือมากกว่า จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีจำนวนมวนบุหรี่

ที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วงเดียวกัน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในวัน แสดงถึงระดับการติดยาโคตินในร่างกายของผู้สูบบุหรี่ เมื่อหยุดสูบบุหรี่อาการถอนยาจะแตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อความพยายามเลิกบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ et al., 2546; ศิณีย์ สังข์ศรี, 2542)

เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ศึกษา 8 สัปดาห์ จากการวิจัย พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจากงานวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ศึกษา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลของเด็กป่วย ได้แก่ อายุและเพศ ข้อมูลของผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ประจำวัน ประวัติการเลิกบุหรี่ (จำนวนครั้งที่เคยเลิก จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด และสาเหตุที่เคยเลิก) ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลการหยุดสูบบุหรี่ ยกตัวอย่างเช่น ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ใน 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่ หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่/ได้รับคำแนะนำการเลิกบุหรี่จากผู้ทำวิจัย ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องกันนานถึง 1 เดือน ใช่หรือไม่ หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ ท่านหยุดสูบบุหรี่นานที่สุดกี่วัน หลังได้รับคำแนะนำการเลิกบุหรี่จากผู้วิจัย ท่านเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่ เป็นต้น

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของพิรุณพร ประเสริฐ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเนื่องจากมีความแตกต่างกันในเรื่องกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับจำนวนข้อคำถามจาก 14 ข้อ เหลือ 13 ข้อ และปรับสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนลักษณะคำตอบจะใช้มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยทำเลย (1 คะแนน)

มีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ คือ

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน
ทำบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หรืออยู่ในระดับสูง
คะแนน ร้อยละ 60-79	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หรืออยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หรืออยู่ในระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ

2.1 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรวัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ปรับให้เป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ในเชิงบวก ที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement) ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย	ให้คะแนน 3
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 1

ข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ในเชิงลบ ที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Negative statement) ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย	ให้คะแนน 1
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 3

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนน ร้อยละ 60-79
ระดับต่ำ	หมายถึง	มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

เกณฑ์การประเมินผล

กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่อย่างน้อย 24 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของจิราภรณ์ เนียมกฤษ (2548) มาปรับใช้ให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ โดยปรับสำนวนภาษาในแต่ละข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) มั่นใจมาก (4 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (3 คะแนน) มั่นใจเล็กน้อย (2 คะแนน) และไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน)

มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ คือ

มั่นใจมากที่สุด (5)	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำได้อย่างแน่นอน
มั่นใจมาก (4)	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะทำได้เป็นส่วนมาก
มั่นใจปานกลาง (3)	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะทำได้ปานกลาง
มั่นใจเล็กน้อย (2)	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะทำได้เล็กน้อย
ไม่มั่นใจเลย (1)	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สามารถทำได้อย่างแน่นอน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระดับสูง

คะแนน ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ปกครองต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ อย่างน้อย 64 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดจากแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) และจากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศ ศึกษาทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) มาใช้เพื่อการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นกำหนดขั้นตอนการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที รายละเอียดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม (30 นาที)

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด กระตุ้นให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฟังความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดที่มีมา ให้บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวผู้สูบบุหรี่และเด็กป่วย พร้อมทั้งพูดชักจูงโน้มน้าวให้เลิกบุหรี่ กำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ แนะนำให้บอกคนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานว่าตนตั้งใจจะเลิก ช่วยกันค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ของการเลิกบุหรี่ (30 นาที)

โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ละราย โดยติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ที่บ้าน ชักถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในช่วงที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน แนะนำวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคติน และร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคติน

ครั้งที่ 3 ครบ 1 สัปดาห์ของการเลิกบุหรี่ (30 นาที)

ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ที่บ้าน โดยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ละราย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองได้ทบทวนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ทบทวนวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคติน เน้นย้ำถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงผลเสียถ้าหากผู้ปกครองยังคงสูบบุหรี่ต่อไปให้ทราบ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองได้ทบทวนถึงผลกระทบต่อตนเองและเด็กป่วยโรคหืดถ้าตนเองยังคงสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ต่อไป

ครั้งที่ 4 ครบ 4 สัปดาห์ (30 นาที)

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ประเมินความตั้งใจและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ หากกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ พร้อมกับชี้แนะแนวทางในการแก้ไข หรือกล่าวชมเชยเมื่อกิจกรรมปฏิบัติได้ดีแล้ว ให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ สนับสนุนและพูดโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามแนวทางการเลิกบุหรี่ รวมถึงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว อาจจะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ได้อีก ให้ผู้ปกครองนึกถึงสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ รวมถึงแนะนำวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้ทราบ รวมถึงร่วมกับผู้ปกครองในการค้นหาวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ในรายที่หวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ผู้วิจัยแนะนำวิธีที่ต้องทำเมื่อกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เพื่อให้ผู้ปกครองทราบวิธีการจัดการกับตนเองเมื่อหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้อย่างถูกต้อง และให้กำลังใจว่า ถ้าผลกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ คุณสามารถเริ่มต้นเลิกบุหรี่ได้ใหม่เสมอ

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง มีดังนี้

แผนการสอน ได้พัฒนามาจากการศึกษาค้นคว้าตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พิชัยของคว้นบุหรีมือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด วิธีการเลิกบุหรีด้วยตนเอง วิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบบุหรี วิธีบรรเทาอาการถอนนิโคติน

คู่มือพิชัยของคว้นบุหรีมือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการสูบบุหรีมือสอง โทษของบุหรีต่อตัวผู้สูบเอง การสัมผัสคว้นบุหรีมือสองในเด็ก พิชัยของคว้นบุหรีมือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด วิธีลดการสัมผัสคว้นบุหรีมือสองในเด็กป่วยโรคหืดสำหรับผู้ปกครอง

คู่มือการเลิกบุหรีด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ของการเลิกบุหรี หลังเลิกบุหรีสุขภาพของผู้สูบจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง วิธีการเลิกบุหรีด้วยตนเอง เรียนรู้วิธีการเอาชนะอาการถอนนิโคติน วิธีการป้องกันการสูบบุหรี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี และแบบประเมินความการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Hungler, 1995) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า

หรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2008) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎีและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2004) ผลการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1.1 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ CVI= 0.9

1.2 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ CVI= 1

1.3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ CVI= 0.8

นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องพิษภัยของควันบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดและวิธีการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครอง คู่มือพิษภัยของควันบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด ไปตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ลำดับของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนการสอนและคู่มือในเรื่อง ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา การลำดับของเนื้อหา การสื่อความหมาย รูปแบบและความเหมาะสมของโปรแกรม โดยให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ในแผนการสอนและคู่มือให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ให้เพิ่มโรคที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตถ้ากลุ่มตัวอย่างยังคงสูบบุหรี่ต่อไป เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหืดให้มากขึ้น รวมถึงให้แก้ไขเนื้อหาในคู่มือโดยลดเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนออก

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดและวิธีการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครอง คู่มือพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ของเด็กป่วยโรคหืด จำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย (Objective) และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของโปรแกรม เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ผลการนำไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจเนื้อหาที่นำมาสอนได้เป็นอย่างดี

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ได้รับข้อเสนอแนะและปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Burn and Grove, 2001) ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ได้ค่าความเที่ยง .80 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ได้ค่าความเที่ยง .96 และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ได้ค่าความเที่ยง .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (IRB No 064/60) วันที่รับรอง 30 มี.ค.2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่ REC 267/2560 วันที่รับรอง 12 มี.ย.2560 ภายหลังจากความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคนของโรงพยาบาล และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษาสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้เข้าสู่ระยะดำเนินการทดลองต่อไป

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้อำนวยการ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือ ในการวิจัย พร้อมนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ และขอความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

2. หลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคนของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์และพยาบาลหัวหน้าคลินิกโรคมุมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคลินิกโรคมุมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคมุมิแพ้ และคลินิกโรค ระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 4 พฤษภาคม 2560 ถึง 28 สิงหาคม 2560 และเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคมุมิแพ้ สถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2560 ถึง 23 พฤศจิกายน 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มาพบแพทย์ตามนัด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ปกครองเด็กป่วยใน การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปกครองเด็กป่วยให้มีความคุ้นเคย มีความไว้วางใจ ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะที่ใกล้เคียง กันมากที่สุดในด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานแรกภายหลังตื่นนอน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อนให้ ครบทั้ง 25 คน จากนั้นจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลัง และนัดหมายวันเวลาสถานที่กับ กลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (30 นาที)

ผู้วิจัยพบบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเพียงครั้งเดียว โดยเริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับบิดา-มารดาเด็กป่วยให้มีความคุ้นเคย มีความไว้วางใจ ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หลังจากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำชี้แจงหรือข้อคำถาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตามปกติที่กระทำขณะเด็กมารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หรือคลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีการให้ความรู้เรื่องคว้นบุหรี่ยี่มือสอง พิษภัยของคว้นบุหรี่ยี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด แจกคู่มือพิษภัยของคว้นบุหรี่ยี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด และคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ แล้วนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่มือสองหรือการสัมผัสคว้นบุหรี่ยี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด พิษภัยของคว้นบุหรี่ยี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ได้แก่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ วิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน แนะนำวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคติน แนะนำวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ มีขั้นตอนการจัดกิจกรรม ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม (30 นาที)

ผู้วิจัยพบผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย เริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปกครองเด็กป่วยให้มีความคุ้นเคย มีความไว้วางใจ ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่ออธิบายเมื่อกลุ่มทดลองไม่เข้าใจคำชี้แจงหรือข้อคำถาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

เริ่มการทดลองโดยผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหา โดยกระตุ้นให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์พื้นความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดที่มีมาให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มือสองหรือการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและเด็กป่วย ทำให้ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ทำให้ตื่นตัวในการที่จะป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองของเด็กป่วย รวมถึงนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวผู้สูบเองและเด็กป่วยโรคหืดได้ถูกต้อง บางคนทราบว่าควันบุหรี่มือสองส่งผลกระทบต่อเด็กป่วย แต่ไม่ทราบรายละเอียดว่ามีผลต่อความการดำเนินโรคของเด็กป่วยโรคหืดอย่างไร มีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ ร่วมกับครอบครัวขอให้เลิกจึงอยากเลิก กลุ่มตัวอย่างร่วมกับผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ โดยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่คือวันแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 13 คน เคยเลิกบุหรีมาก่อนแต่กลับมาสูบซ้ำ จำนวนครั้งที่เคยเลิก 1 ครั้ง จำนวน 8 คน 2 ครั้ง จำนวน 3 คน และ 3 ครั้ง จำนวน 2 คน จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด 1-10 วัน จำนวน 7 คน 21-30 วัน จำนวน 1 คน และมากกว่า 30 วัน จำนวน 5 คน สาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำเนื่องจากความเคยชิน ถ้าไม่สูบจะรู้สึกเหมือนขาดอะไรไป บางคนรับประทานอาหารแล้วต้องสูบบุหรี่ทุกครั้ง ถ้าไม่สูบจะมีความรู้สึกว้าวรับประทานอาหารไม่อิ่ม ผู้วิจัยแนะนำให้ลุกจากโต๊ะอาหารทันทีเพื่อไปทำกิจกรรมอย่างอื่น เช่น เดินเล่น แปร่งฟัน โทรศัพท์ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความอยากบุหรี แนะนำให้บอกคนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานว่าตนตั้งใจจะเลิก พิจารณาว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นหลังการเลิก เช่น อากาศอยากบุหรี กำจัดบุหรีและอุปกรณ์การสูบ เน้นเป้าหมายคือ การหยุดไม่ใช่ลดปริมาณการสูบ ช่วยกันค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรีได้สำเร็จ ผู้วิจัยหาแนวทางเตรียมความพร้อม กับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากบุหรี กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะแนวทางที่เคยใช้ในการเลิกบุหรี เช่น ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว หรืออมลูกอมที่มีรสเปรี้ยว เป็นต้น ฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี วิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี ให้แรงเสริมโดยทำให้ผู้สูบทราบและเข้าใจว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและคอยให้กำลังใจในการเลิก แม้ว่าจะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ รวมถึงช่วยผู้สูบบุหรีในการแสวงหาการช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคมอื่นๆ โดยแนะนำและสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรีขอความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิดในช่วงของการเลิกบุหรี ผู้วิจัยสรุปประเด็นพร้อมทั้งแจกคู่มือพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด และคู่มือการเลิกบุหรีด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด เพื่อสร้างแรงจูงใจและนำไปสู่การตัดสินใจเลิกบุหรีของผู้ปกครอง พร้อมทั้งนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามครั้งต่อไปในวันที่ 3 ของการเลิกบุหรี

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ของการเลิกบุหรี่ (30 นาที)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ละราย เนื่องจากการศึกษาพบว่า ในช่วงสัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ เป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างมากในการต่อสู้กับความอยากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ได้ประมาณ 48-72 ชั่วโมง ร่างกายจะขับนิโคตินออกจากร่างกายได้หมด โดยปกติสมองของผู้สูบบุหรี่จะเคยชินกับการที่ถูกกระตุ้นโดยนิโคติน เมื่อเลิกสูบบุหรี่ในระยะแรกจึงทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการง่วงซึม ไม่มีสมาธิในการทำงาน อาการจะเป็นมากใน 2-3 วันแรกของการหยุดสูบบุหรี่ และต่อเนื่องจนถึง 7-10 วัน ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยต้องติดตามประเมินการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองในวันที่ 3 และวันที่ 7 กิจกรรมในการทดลองมีดังนี้

ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ที่บ้าน โดยซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้เล่าถึงพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ในช่วงที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการอยากบุหรี่อยู่บ้างใน 2 วันแรก พยายามไปทำกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้นึกถึงบุหรี่ บางรายใช้วิธีดื่มน้ำ อมลูกอม กินผลไม้รสเปรี้ยว สักพักอาการอยากบุหรี่ยก็ลดลงจนหายอยากหรือลืมไปเอง บางรายเลิกบุหรี่ได้ตลอด 3 วัน บางรายเลิกได้ 1-2 วันก็กลับมาสูบบอก บางรายค่อยๆลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง สาเหตุที่ยังเลิกไม่ได้เนื่องจากความเคยชิน การกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เพื่อนกลุ่มเดิมที่มีคนสูบบุหรี่ ภาระงานที่ทำให้เครียดมากขึ้น จึงส่งผลให้เลิกยังไม่ได้ แต่บอกว่าจะพยายามเลิกให้ได้ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน วิธีการจัดการกับอาการแนะนำวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคตินเพิ่มเติม และร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคตินให้เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่แต่ละราย ในรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข บางรายมีอาการอยากบุหรี่ ทำให้หงุดหงิด แนะนำให้แก้ไข คือ ให้ผู้สูบบุหรี่ยึดเวลาการสูบบุหรี่ออกไป โดยเบี่ยงเบนความอยากด้วยการทำกิจกรรมอย่างอื่นทดแทน เช่น การเล่นกับบุตร การหากิจกรรมทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ อย่างน้อย 3 ครั้งให้สมองได้รับออกซิเจน จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือหอมลูกอม ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น มะนาวที่มีเปลือกสีเขียวหั่นชิ้นเล็กๆ ให้มีเปลือกติดมาด้วย ให้อมทั้งเปลือก ค่อยๆดูดความเปรี้ยวอย่างช้าๆนาน 3-5 นาที จากนั้นเคี้ยวทั้งเปลือก จะทำให้ลิ้นขม เพื่อน ซึ่งจะช่วยลดความอยากลงได้ และให้อมทุกครั้งที่มีอาการอยากบุหรี่ บางรายเครียดจากการทำงาน แนะนำให้แก้ไขโดยให้ย้ำเตือนตนเองว่า ความเครียดเป็นธรรมชาติของคนที่ยกเลิกบุหรี่ คนที่ไม่สูบบุหรี่ก็มีความเครียดเช่นกัน ให้บอกกับตนเองว่า ต้องไม่ยอมแพ้ อีกไม่นานอาการจะดีขึ้น แนะนำให้หยุดพักสมองชั่วคราว นวดคอ ศีรษะ หรือเปลี่ยนอิริยาบถ หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ หรือทำสมาธิ เป็นต้น รายที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและแสดงความยินดีกับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถ

ทำได้ ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย และให้ผู้ปกครองทบทวนสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป หลังจากนั้นนัดหมายโทรศัพท์ติดตามอีกครั้ง เมื่อครบ 1 สัปดาห์ของการเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 3 ครบ 1 สัปดาห์ของการเลิกบุหรี่ (30 นาที)

ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่บ้าน โดยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทีละราย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองได้ทบทวนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการถอนนิโคติน ผู้วิจัยทบทวนวิธีการจัดการเพื่อเผชิญ/สู้กับอาการถอนนิโคติน ได้แก่ อาการโกรธ ชวนเคืองง่าย ผู้วิจัยแนะนำวิธีการแก้ไข โดยให้เตือนตนเองว่าจะตั้งใจมั่น ต้องเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ ให้อดทนกับอารมณ์ของตนเอง บอกคนข้างเคียงให้ทราบว่า อาการโกรธที่เกิดขึ้นเป็นผลของความพยายามเลิกบุหรี่ เพื่อครอบครัว ขอให้เข้าใจและเป็นกำลังใจให้ด้วย ให้ออกกำลังกายกับคนที่ไว้ใจ เพื่อการระบายความหงุดหงิดไปบ้าง แสดงออกหรือทำกิจกรรมอย่างอื่นทดแทนการสูบบุหรี่ เช่น เดินเล่น ทำงานบ้าน ออกกำลังกาย เล่นกีฬาร่วมกับบุตร หรือเขียนจดหมาย เขียนบันทึกประสบการณ์เลิกบุหรี่ เป็นต้น บางรายหิวบ่อย ผู้วิจัยแนะนำให้ดื่มน้ำเปล่ามากๆ หรือดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว รับประทานผักและผลไม้ให้มาก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่าง อาหารระหว่างมื้อ และของหวาน รับประทานอาหารให้เป็นเวลา เมื่อเสร็จให้ลุกออกจากโต๊ะทันที เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายเลิกบุหรี่ได้เลยภายในสัปดาห์แรก และเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องตลอดสัปดาห์ บางรายเลิกได้ 3-4 วัน ก็กลับมาสูบบอก บางรายค่อยๆลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง แต่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ไม่ได้ ผู้วิจัยจึงเน้นย้ำถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงผลเสียถ้าหากผู้ปกครองยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ให้ทราบ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองได้ทบทวนถึงผลกระทบต่อตนเองและเด็กป่วยโรคหืดถ้าตนเองยังคงสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้กลุ่มตัวอย่างต่อไป หลังจากนั้นให้ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติต่อไปและนัดหมายการติดตามครั้งต่อไปอีก 3 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อครบ 4 สัปดาห์ในการเลิกบุหรี่ จะเป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้ใหม่ เพราะผู้สูบบุหรี่มักจะคิดว่าการลองสูบบ้างบางครั้งคงไม่เป็นไรและคิดว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงที่จะกลับไปสูบบอกครั้ง

ครั้งที่ 4 ครบ 4 สัปดาห์ (30 นาที)

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่คลินิกโรคมุมแพ้คลินิกโรกระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ และคลินิกโรคมุมแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กิจกรรมในการทดลอง ได้แก่ การประเมินความตั้งใจและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง โดยซักถามถึงภาวะสุขภาพทั้งของตนเองและเด็กป่วย สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าหลังเลิกบุหรี่ยุ่สึกว่าหายใจสะดวกขึ้น ลมหายใจสดชื่นขึ้น มีแรงที่จะออกกำลังกายมากขึ้น สุขภาพของบุตรก็ดีขึ้น ไม่มีอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น บางรายที่ยังเลิกไม่ได้ สามารถลดจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้มากขึ้น บางรายเลิกไม่ได้อย่างต่อเนื่อง นานๆ ครั้งหันกลับมาสูบใหม่ เช่น 2-3 มวนต่อวัน หรือสัปดาห์ละมวน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเริ่มมองเห็นความเป็นไปได้ที่จะเลิกบุหรี่ด้วย ตนเอง ระบุว่าตนเองเคยเผชิญกับอาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคตินมาแล้ว ทำให้ทราบว่าวิธี ไหนทำแล้วสำเร็จก็จะนำมาใช้ให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ก็ ไม่คิดย่อท้อ บอกว่าตนเองต้องทำได้เช่นกัน ผู้วิจัยให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ สนับสนุนและพูดโน้มน้าว ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแนวทางการเลิกบุหรี่ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลิก บุหรี่ รวมถึงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยเน้นย้ำถึงผลดีจากการเลิกบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพของ ตนเองและเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงผลเสียถ้าหากผู้ปกครองยังคงสูบบุหรี่ต่อไปให้ผู้ปกครองเด็กป่วย ทราบ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสรุปผลของ การส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงความยินดีเมื่อกลุ่มตัวอย่างหยุด สูบบุหรี่ได้ และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ โดยแนะนำ 4 วิธีการป้องกันการสูบ ขี้ ได้แก่ การขอกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว การเริ่มทำกิจวัตรประจำวันใหม่ การใส่ใจสุขภาพ ของตนเองให้มากขึ้น การใช้เวลาว่างอย่างมีค่า เป็นต้น ในบางรายที่กลับไปสูบซ้ำ ผู้วิจัยแนะนำ 4 วิธี ที่ต้องทำถ้าสูบซ้ำ ได้แก่ การเตือนตนเองว่าครั้งนี้เพราะใจอ่อน ครั้งต่อไปจะไม่สูบซ้ำอีก ต้องเลิกบุหรี่ ได้แน่ เพื่อครอบครัว การค้นหาสาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบซ้ำ เลือกวิธีป้องกันการสูบซ้ำใหม่ การลอง เลือกวิธีเลิกบุหรี่ใหม่ๆ โดยเลือกให้เหมาะสมกับตนเอง การขอกำลังใจจากครอบครัว การเลิกบุหรี่ เริ่มต้นใหม่ได้เสมอ เลิกบุหรี่เพื่อลูกและครอบครัว เชื่อกันว่าต้องทำได้

หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการ เลิกบุหรี่ และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างได้ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน คือ กลุ่ม ตัวอย่างมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน แปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับสูง มีรายละเอียดคะแนนการรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 14 (ภาคผนวก หน้า 152)

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จากการวิจัยพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 22 คน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 64 คะแนน ถือว่าผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการ ทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่น้อยกว่า 64 คะแนน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อที่ผู้ปกครองตอบ พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหาและร่วมอภิปรายกับกลุ่ม

ตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม และกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ แล้วประเมินผลใหม่อีกครั้ง เมื่อประเมินผลใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรีมากกว่า 64 คะแนน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน แปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรีอยู่ในระดับสูง มีรายละเอียดคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี ดังแสดงในตารางที่ 15 (ภาคผนวก หน้า 153)

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ที่คลินิกโรคมุมิแพ้ คลินิกโรระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ และคลินิกโรคมุมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อประเมินผลการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่คลินิกโรคมุมิแพ้คลินิกโรระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ และคลินิกโรคมุมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นการพาเด็กป่วยโรคหืดมาตรวจตามแพทย์นัด โดยประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ของการเข้าร่วมโปรแกรม (30 นาที)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี และแบบประเมินพฤติกรรม การเลิกบุหรี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงสูบบุหรี ไม่สามารถเลิกไปเลยได้ บางคนเลิกได้ 2-3 วันหรือสัปดาห์ก็กลับไปสูบบอกอีก เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่า บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่มควบคุมเลิกบุหรีได้ 5 คน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรีในช่วง 7 วันก่อนประเมินผลเท่ากับ ร้อยละ 20.0 ในขณะที่เด็กยังพบว่า ภายหลังกำหนดวันเลิกบุหรี/ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่ม จำนวน 3 คนสามารถหยุดสูบบุหรีได้ต่อเนื่องนาน 1 เดือน และพบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรีอย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate) ที่ระยะเวลา 2 เดือนของกลุ่มควบคุม เท่ากับ ร้อยละ 8.0 สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกไปเลยทันที เนื่องจากเวลาว่าง หรือถ้าเครียดจากการทำงานจะทำให้เลิกถึงบุหรีและรู้สึกอยากบุหรี เคยพยายามหากิจกรรมอย่างอื่นทำ อมลูกอมหรือรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวก็ไม่ช่วยบรรเทาอาการอยากบุหรีได้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที กลุ่มตัวอย่างบอกว่ารู้สึกดีที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้ เพราะการเลิกบุหรี่ช่วยให้สุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหืดดีขึ้น มีเงินเหลือเก็บมากขึ้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากการประเมินสถานะการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองที่ระยะเวลา 2 เดือน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ พบว่า บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 15 คน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนประเมินผลเท่ากับ ร้อยละ 60.0 ภายหลังกำหนดวันเลิกบุหรี่/ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คนสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องนาน 1 เดือน และอัตราการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate) ที่ระยะเวลา 2 เดือนของกลุ่มทดลอง เท่ากับร้อยละ 40.0 ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง เนื่องจากความเคยชิน การกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เพื่อนกลุ่มเดิมที่สูบบุหรี่ การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ภาระงานที่ทำให้เครียดมากขึ้น จึงส่งผลให้ยังเลิกไม่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic)
 - 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test
 - 2.3 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติซี (Z-test)

สรุปขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่, เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคมุมแพทย์ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หรือคลินิกโรคมุมแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน จัดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างอีก 25 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลของเด็กป่วยโรคหืด เช่น อายุและเพศ ข้อมูลของบิดา-มารดา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต ประวัติการเลิกบุหรื และประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรืของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 สรุปความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุบุตร (ปี)						
0-1	2	8.00	0	0.00	2	4.00
2-3	15	60.00	9	36.00	24	48.00
4-5	8	32.00	16	64.00	24	48.00
เพศบุตร						
เพศชาย	17	68.00	15	60.00	32	64.00
เพศหญิง	8	32.00	10	40.00	18	36.00
อายุกลุ่มตัวอย่าง (ปี)						
25-30	11	44.00	6	24.00	17	34.00
31-35	8	32.00	9	36.00	17	34.00
36-40	3	12.00	5	20.00	8	16.00
41-45	3	12.00	5	20.00	8	16.00
\bar{x} (SD)	32.76 (5.517)		35.28 (6.222)		34.02 (5.957)	
เพศกลุ่มตัวอย่าง						
เพศชาย	24	96.00	23	92.00	47	94.00
เพศหญิง	1	4.00	2	8.00	3	6.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ (ต่อ)

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	16.00	3	12.00	7	14.00
มัธยมศึกษา	14	56.00	11	44.00	25	50.00
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร	5	20.00	8	32.00	13	26.00
ปริญญาตรี	2	8.00	3	12.00	5	10.00
อาชีพ						
รับจ้าง	11	44.00	14	56.00	25	50.00
ค้าขาย	3	12.00	2	8.00	5	10.00
ข้าราชการ	1	4.00	1	4.00	2	4.00
กำลังศึกษา	1	4.00	0	0.00	1	2.00
มอเตอร์ไซด์รับจ้าง	1	4.00	0	0.00	1	2.00
ธุรกิจส่วนตัว	2	8.00	2	8.00	4	8.00
พนักงานบริษัท	4	16.00	2	8.00	6	12.00
พนักงานส่งของ	2	8.00	1	4.00	3	6.00
รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	2	8.00	2	4.00
วิศวกร	0	0.00	1	4.00	1	2.00

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรอายุอยู่ในช่วง 2-3 และ 4-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.0 เท่าๆ กันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเพศชาย (ร้อยละ 94.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 94.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.02 ปี (SD=5.957) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.76 ปี (SD=5.517) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.28 ปี (SD=6.222) ระดับการศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.0 และร้อยละ 44.0 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต จำนวนมวน บุหรี่ที่สูบต่อวัน และความพยายามในการเลิกบุหรี่

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	สูบบุหรี่มานาน (ปี)					
1-5	1	4.00	3	12.00	4	8.00
6-10	9	36.00	2	8.00	11	22.00
11-15	9	36.00	9	36.00	18	36.00
16-20	3	12.00	8	32.00	11	22.00
21-25	0	0.00	2	8.00	2	4.00
26-30	3	12.00	1	4.00	4	8.00
ปัจจุบันสูบบุหรี่วันละ (มวน)						
1-5	9	36.00	6	24.00	15	30.00
6-10	10	40.00	13	52.00	23	46.00
11-15	2	8.00	4	16.00	6	12.00
16-20	4	16.00	2	8.00	6	12.00
เคยพยายามเลิกบุหรี่						
เคย	12	48.00	13	52.00	25	50.00
ไม่เคย	13	52.00	12	48.00	25	50.00

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 6-10 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 46.0 และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยเลิกบุหรี่ จำแนกตามประวัติการเลิกบุหรี่ (จำนวนครั้งที่เคยเลิก จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด และสาเหตุที่เคยเลิก)

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=12)		กลุ่มทดลอง (n=13)		รวม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เคยเลิก						
1 ครั้ง	12	100.00	8	61.54	20	80.00
2 ครั้ง	0	0.00	3	23.08	3	12.00
3 ครั้ง	0	0.00	2	15.38	2	8.00
จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด (วัน)						
1-10	9	75.00	7	53.85	16	64.00
11-20	1	8.33	0	0.00	1	4.00
21-30	1	8.33	1	7.69	2	8.00
มากกว่า 30	1	8.33	5	38.46	6	24.00
สาเหตุที่เคยเลิก						
สุขภาพของบุตร	7	58.33	5	38.46	12	48.00
สุขภาพของตนเอง	1	8.33	2	15.38	3	12.00
ครอบครัวขอให้เลิก	2	16.67	5	38.46	7	28.00
รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี	1	8.33	0	0.00	1	4.00
อยากเลิกเอง	1	8.33	1	7.69	2	8.00

ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ (n = 25) พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เคยพยายามเลิกบุหรี่ จำนวน 12 คนและ 13 คนตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่เคยเลิก จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด และสาเหตุที่เคยเลิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0) ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ เลิกได้ 1 ครั้ง จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุดอยู่ในช่วง 1-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 64.0 สาเหตุเกือบครึ่งหนึ่งที่เคยเลิก ร้อยละ 48.0 ระบุว่า เป็นเพราะสุขภาพของบุตร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน					
ภายใน 5 นาที	10	40.00	10	40.00	20	40.00
5-30 นาที	8	32.00	8	32.00	16	32.00
31-60 นาที	3	12.00	3	12.00	6	12.00
มากกว่า 60 นาที	4	16.00	4	16.00	8	16.00
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
10 มวนหรือน้อยกว่า	19	76.00	19	76.00	38	76.00
11-20 มวน	6	24.00	6	24.00	12	24.00
21-30 มวน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
31 มวนหรือมากกว่า	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ระดับการเสพติดนิโคติน						
ไม่ติดนิโคติน	7	28.00	7	28.00	14	28.00
ติดนิโคตินระดับต่ำ	11	44.00	13	52.00	24	48.00
ติดนิโคตินระดับปานกลาง	2	8.00	3	12.00	5	10.00
ติดนิโคตินระดับสูง	5	20.00	2	8.00	7	14.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ร้อยละ 40.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มสูบบุหรี่มวนแรกภายในระยะเวลา 5 นาทีภายหลังตื่นนอน ประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 76.0) สูบบุหรี่วันละ 10 มวนหรือน้อยกว่า เมื่อประเมินระดับการติดนิโคตินโดยพิจารณาจากคะแนนรวมของ the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.0) ติดนิโคตินระดับต่ำ (ตารางแสดง the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence เป็นรายชื่อ อยู่ในภาคผนวกหน้า 155)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม การเลิกบุหรี	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	19.92	6.055	24	-1.026	.315
หลังการทดลอง	20.44	4.857			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	20.28	3.434	24	-22.597	<.001
หลังการทดลอง	35.40	2.363			

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (n=25) พบว่า ในกลุ่มควบคุม ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีก่อนทดลอง เท่ากับ 19.92 ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีก่อนทดลองเท่ากับ 20.28 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 35.40 เมื่อนำมาทดสอบด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีหลังทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

พฤติกรรม การเลิกบุหรี่	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	19.92	6.055	48	.259	.797
กลุ่มทดลอง	20.28	3.434			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	20.44	4.857	48	13.849	<.001
กลุ่มทดลอง	35.40	2.363			

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุรุษระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุรุษของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (คะแนน = 19.92 และ 20.28 ตามลำดับ) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุรุษของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 35.40 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุรุษของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เป็น 20.44 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่	\bar{d}	S_d	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม	0.52	2.535	48	-18.225	<.001
กลุ่มทดลอง	15.32	3.172			

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ พบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.52 ในขณะที่กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 15.32 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอัตราการเลิกบุหรี่

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	สถานะการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน					
สูบ	20	80.00	10	40.00	30	60.00
ไม่สูบ	5	20.00	15	60.00	20	40.00
ใน 7 วันที่ผ่านมา หยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน						
ใช่	5	20.00	15	60.00	20	40.00
ไม่ใช่	20	80.00	10	40.00	30	60.00
หลังกำหนดวันเลิกบุหรี่/ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้นานถึง 1 เดือน						
ใช่	3	12.00	13	52.00	16	32.00
ไม่ใช่	22	88.00	12	48.00	34	68.00
หลังกำหนดวันเลิกบุหรี่/ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้นานถึง 2 เดือน						
ใช่	2	8.00	10	40.00	12	24.00
ไม่ใช่	23	92.00	15	60.00	38	76.00

จากตารางที่ 8 จากการประเมินสถานะการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ พบว่า บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่มทดลอง เลิกบุหรี่ได้ 15 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกได้ 5 คน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อน ประเมินผลเท่ากับ ร้อยละ 60.0 ในขณะที่ยังคงพบว่ามี ภายหลังจากกำหนดวันเลิกบุหรี่/ได้รับ คำแนะนำจากผู้วิจัย บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดในกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คนสามารถหยุดสูบบุหรี่ ได้ต่อเนื่องนาน 1 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง 3 คน นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตรา การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate) ที่ระยะเวลา 2 เดือนของกลุ่มทดลอง เท่ากับร้อยละ 40.0

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		z	p-value
	(n=25)		(n=25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เลิกบุหรืได้	5	20.00	15	60.00	-2.89	<.001
เลิกบุหรืไม่ได้	20	80.00	10	40.00		

จากตารางที่ 9 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เลิกบุหรืได้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการทางสถิติซี (Z-test) โดยพิจารณาจาก การเลิกสูบบุหรืได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรื (Point prevalence abstinence) พบว่า จำนวนผู้เลิกสูบบุหรืในที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อัตราการเลิกบุหรืในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล (7-day point prevalence abstinence rate) ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 60.0 และ 20.0 ตามลำดับ) กล่าวได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืในงานวิจัยนี้สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหัดเลิกบุหรืได้

ส่วนที่ 8 สรุปความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการทดลอง พบว่า

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 วันแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ ทราบว่าการสูบบุหรี่มีโทษทั้งต่อตัวผู้สูบเองและมีผลเสียต่อเด็กป่วยโรคหืด แต่ไม่ทราบรายละเอียดว่าการสูบบุหรี่มือสองคืออะไร และไม่ทราบว่าพิษภัยของควันบุหรี่มือสองจะส่งผลต่อการดำเนินของโรคในเด็กป่วยโรคหืดได้อย่างไรบ้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (สัปดาห์ที่ 8)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงสูบบุหรี่ ไม่สามารถเลิกไปเลยได้ บางคนสูบเท่าเดิม บางคนลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงได้ บางคนเลิกได้ 2-3 วันหรือสัปดาห์ก็กลับไปสูบบอก สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกไปเลยทันที เนื่องจากเวลาว่าง หรือถ้าเครียดจากการทำงานจะทำให้นึกถึงบุหรี่และรู้สึกอยากบุหรี่ เคยพยายามหากิจกรรมอย่างอื่นทำ อดลูกอมหรือรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวก็ไม่ช่วย บรรเทาอาการอยากบุหรี่ได้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 วันแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ ให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พื้นความรู้ที่มีมาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหืด บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวผู้สูบเองและเด็กป่วยโรคหืดได้ ทราบว่าควันบุหรี่จะทำให้อาการของเด็กป่วยโรคหืดกำเริบ ร่วมกับครอบครัวขอให้เลิก จึงอยากเลิก นอกจากนี้ยังอยากเลิกเนื่องจากสุขภาพของตนเองด้วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเลิกบุหรี่มาก่อนแต่กลับมาสูบบ้าง เนื่องจากความเคยชิน ถ้าไม่สูบจะรู้สึกเหมือนขาดอะไรไป บางคนรับประทานยาแล้วต้องสูบบุหรี่ทุกครั้ง ถ้าไม่สูบจะมีความรู้สึกว้าวรับประทานอาหารไม่อิ่ม บางคนกลับมาสูบเนื่องจากเครียด ยิ่งเครียดยิ่งสูบมากขึ้น ถ้าไม่สูบจะคิดอะไรไม่ออก ขณะทำงานต้องพักงานออกมาสูบบุหรี่ เพื่อให้สมองปลอดโปร่งและไม่หงุดหงิดเวลาไปทำงานเห็นคนอื่นสูบกก็อยากสูบ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่ เนื่องจากอยากเลิกบุหรี่ให้ได้เพื่อตนเองและครอบครัว

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ของการเลิกบุหรี่

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ละราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการอยากบุหรี่อยู่บ้างใน 2 วันแรก พยายามไปทำกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้นึกถึงบุหรี่ บางรายใช้วิธีดื่มน้ำ อดลูกอม กินผลไม้รสเปรี้ยว สักพักอาการอยากบุหรีก็ลดลงจนหายอยากหรือลืมไปเอง

บางรายเลิกบุหรี่ได้ตลอด 3 วัน บางรายเลิกได้ 1-2 วันก็กลับมาสูบบุหรี่อีก บางรายค่อยๆลดจำนวนมวน บุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง สาเหตุที่ยังเลิกไม่ได้เนื่องจากความเคยชิน เห็นเพื่อนสูบก็นอยากรสูบด้วย

ครั้งที่ 3 ครบ 1 สัปดาห์ของการเลิกบุหรี่

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ละราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ตลอดสัปดาห์ โดยมีอาการอยากบุหรี่ยุบบ้าง แต่ก็พยายามไปทำกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อไม่ให้นึกถึงบุหรี่ บางรายเลิกได้ 3-4 วันก็กลับมาสูบบุหรี่อีก บางรายค่อยๆลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง สาเหตุที่ยังเลิกไม่ได้เนื่องจากการกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เพื่อนกลุ่มเดิมที่มีคนสูบบุหรี่ การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ภาระงานที่ทำให้เครียดมากขึ้น จึงส่งผลให้เลิกยังไม่ได้ บอกว่าจะพยายามเลิกให้ได้แต่อาจต้องใช้เวลาสักพัก

ครั้งที่ 4 ครบ 4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าหลังเลิกบุหรี่ยารู้สึกว่าหายใจสะดวกขึ้น ลมหายใจสดชื่นขึ้น มีแรงที่จะออกกำลังกายมากขึ้น สุขภาพของบุตรก็ดีขึ้น ไม่มีอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น เลิกบุหรี่ยุติมากขึ้น บางรายที่ยังเลิกไม่ได้ สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้มากขึ้น บางรายเลิกไม่ได้อย่างต่อเนื่อง นานๆครั้งหันกลับมาสูบใหม่ เช่น 2-3 มวนต่อวัน หรือสัปดาห์ละมวน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเริ่มมองเห็นความเป็นไปได้ที่จะเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ระบุว่าตนเองเคยเผชิญกับอาการอยากบุหรี่ยและอาการถอนนิโคตินมาแล้ว ทำให้ทราบว่าวิธีไหนทำแล้วสำเร็จก็จะนำมาใช้ให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ก็ไม่คิดย่อท้อ บอกว่าตนเองต้องทำได้เช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล (สัปดาห์ที่ 8)

กลุ่มตัวอย่างบอกว่ารู้สึกดีที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ยได้ เพราะการเลิกบุหรี่ยช่วยทำให้สุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหืดดีขึ้น มีเงินเหลือเก็บมากขึ้น แม้บางคนไม่สามารถเลิกบุหรี่ยได้อย่างต่อเนื่อง แต่ก็บอกว่าจะไม่ย่อท้อและจะพยายามเลิกบุหรี่ยต่อไป เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ยได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการความเคยชิน การกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เพื่อนกลุ่มเดิมที่สูบบุหรี่ การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ภาระงานที่ทำให้เครียดมากขึ้น จึงส่งผลให้ยังเลิกไม่ได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเตอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อน-หลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด จำนวน 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของพยาบาล ที่กระทำขณะพาเด็กมาตรวจตามนัด กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่โดยเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเลิกบุหรืในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกบุหรืของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการเลิกบุหรืของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรืได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเลิกบุหรืในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ ระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หรือคลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 50 คน (Burns & Grove, 2005) มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วแบ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง จำนวน 25 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. บิดาหรือมารดา ที่อาศัยอยู่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยโรคหืด
2. มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. มีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
- 1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่
- 1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ

- 2.1 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่
- 2.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด ประกอบด้วย ก) แผนการสอนเรื่องพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดและวิธีการเลิกบุหรี่สำหรับบิดา-มารดาเด็กป่วย ข) คู่มือเรื่องพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด และคู่มือเรื่องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะเตรียมการทดลอง มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัย

ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยตรวจสอบข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นดำเนินการตามแนวทางที่วางแผนไว้ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้อันวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic)
 - 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test
 - 2.3 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติซี (Z-test)

สรุปผลการวิจัย

1. บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ภายหลังการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย ได้ ดังนี้

บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ (Abdullah et al., 2005) การช่วยกันค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (ใจเพชร พลสงคราม, 2549) กำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ ฝึกทักษะการเลิกบุหรี่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ (Krieger et al., 2002) ร่วมกับการจัดกิจกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ (Perceived Benefits of Smoking Cessation) ผู้วิจัยกระตุ้นให้บิดา-มารดาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พื้นความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดที่มีมา ให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

พิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด เพื่อให้บิดา-มารดาตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและเด็กป่วย ทำให้ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป เพื่อให้บิดา-มารดาตื่นตัวในการที่จะป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองของเด็กป่วย รวมถึงนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ และผู้วิจัยให้บิดา-มารดาบอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวเด็กป่วยโรคหืดและผู้สูบบุหรี่เอง เพื่อเป็นแรงเสริมทำให้บิดา-มารดาเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ (Perceived Barriers to Smoking Cessation) ผู้วิจัยและบิดา-มารดา ร่วมกันค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แนะนำวิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้เล่าถึงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในช่วงที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรม รายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยและผู้ปกครองร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข โดยการส่งเสริมให้ผู้ปกครองรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองนี้ จะทำให้บิดา-มารดาสามารถเอาชนะอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยให้บิดา-มารดากำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองให้สำเร็จ ให้พิจารณาว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นหลังการเลิก เช่น อาการอยากบุหรี่ อาการถอนนิโคติน เป็นต้น แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ วิธีการเอาชนะอาการถอนนิโคติน วิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ ร่วมกันค้นหาวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เน้นเป้าหมายคือ การหยุด ไม่ใช่ลดปริมาณการสูบ ฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี่ ให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับผลดีที่มีต่อเด็กและตนเองหลังจากหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการโรคหืดกำเริบได้เหมาะสม ให้นึกถึงสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ขอความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิดในช่วงของการเลิกบุหรี่ แม้ว่าต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด เป็นการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดเลิกบุหรี่ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา และการนำองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ จากแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย ทำให้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้น แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et

al. (2006) มีมีโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมากที่สุด คือ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และปัจจัยย่อยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเองของบิดามารดา โดยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 (Pender et al., 2006) เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแรงเสริมที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าพฤติกรรมนั้น ให้ผลทางบวกต่อตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Action) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 79 (Pender et al., 2006) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้ และรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต ดังนี้ ใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนนาขา-โคกคอนอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=38) และกลุ่มควบคุม (n=38) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สื่อประกอบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ 1. วีดิทัศน์เรื่องอันตรายจากบุหรี่ 2. เอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องบุหรี่ เอกสารแผ่นพับเรื่องเทคนิคการพูดคุยกับสามีให้ลดและเลิกบุหรี่ ภาพพลิกเรื่องบุหรี่ มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง และส่งจดหมายกระตุ้นเตือนอีก 2 ครั้ง รวมเป็นจำนวน 7 ครั้ง ผลทดลองพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้

ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 Chan et al. (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยในฮอังกง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กป่วยที่สูบบุหรี่ทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มควบคุม (n=40) กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม มีการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ การชักจูงการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล (Individualized motivation intervention: IMI) ใช้เวลาในการให้โปรแกรมประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ มีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี่และให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มควบคุม จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กป่วย การประเมิน จะมีการประเมินก่อนการให้โปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไว้เป็นพื้นฐานก่อน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้คำปรึกษา 1 เดือน ร้อยละ 15 ของกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่ยังไม่เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยลง และประมาณร้อยละ 20 บอกว่าหยุดสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ การให้การสนับสนุนทางสังคม การให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกบุหรี่ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ปกครองมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และข้อที่ 3 บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสัดส่วนจำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีการ

เพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยบิดามารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตามปกติที่กระทำขณะเด็กมารับการรักษาที่คลินิก มีการแจกคู่มือพิชภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับบิดามารดาเด็กป่วยโรคหืด และนัดติดตามประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มทดลอง บิดามารดาเด็กป่วยโรคหืดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ เหตุผลที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากเหตุผลที่ได้อธิบายในการอภิปรายผลสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยการได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อเด็กป่วยโรคหืดและผู้สูบบุหรี่เอง การค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ การแนะนำวิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การพูดชักจูงโน้มน้าวในการเลิกสูบบุหรี่ การฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี่ การแนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ทำให้บิดามารดาเด็กป่วยโรคหืดเลิกบุหรี่ได้

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 พบว่า เมื่อสิ้นสุดการวิจัยสัดส่วนจำนวนบิดามารดาเด็กป่วยโรคหืดที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อประเมินที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง โดยใช้อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนประเมินผล (Point prevalence abstinence) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต ดังนี้ Abdullah et al. (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กอายุ 5 ปี ในประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 952 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=467) และกลุ่มควบคุม (n=485) กลุ่มทดลองได้รับคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์โดยผู้เชี่ยวชาญ ใช้เวลาให้คำปรึกษา 20-30 นาที เนื้อหาจะเน้นให้ผู้ปกครองเห็นถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพ บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ต่อตัวผู้สูบบุหรี่และเด็ก อธิบายถึงพิษภัยของควันบุหรี่มือสอง รวมถึงมีการให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่ในการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองอย่างเดียวเท่านั้น การประเมินผลใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1, 3 และ 6 เดือนตามลำดับ หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความชุกของการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อน 6 เดือนของกลุ่มทดลองมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ Curry et al. (2003) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ การช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ปกครองของเด็ก ซึ่งเป็นครอบครัวที่มี

รายได้ต่ำ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นมารดาที่สูบบุหรี่ ($n=303$) ที่มีเด็กที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ โดยระหว่างที่มารดาพาเด็กมารักษาที่คลินิก มารดาจะได้รับแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จากแพทย์เด็ก ได้รับคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง มีการสร้างแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์จากพยาบาลประมาณ 10 นาที และมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลที่คลินิกโทรศัพท์ไปให้คำปรึกษาหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 เดือน หลังจากนั้นมีการวัดผลโดยการรายงานตนเองเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 12 เดือน โดยนับจากการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนที่จะมีการประเมิน โดยหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Wahlgren et al. (1997) ศึกษาหาวิธีการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นครอบครัวของเด็กป่วยโรคหืด อายุ 6-17 ปี และในครอบครัวต้องมีผู้ปกครองสูบบุหรี่ในบ้านอย่างน้อย 1 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกโรคภูมิแพ้ในเด็ก กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ การให้คำปรึกษาได้ข้อสรุปในเดือนที่ 6 และสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมในเดือนที่ 12 และมีการติดตามถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเดือนที่ 20 และ 30 พบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การที่จำนวนบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมาและจากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยในฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กป่วยที่สูบบุหรี่ทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ($n=40$) และกลุ่มควบคุม ($n=40$) กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม มีการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ ๒

ระกอบด้วย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ การชักจูงการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล (Individualized motivation intervention: IMI) ใช้เวลาในการให้โปรแกรมประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ มีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี่และให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มควบคุม จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กป่วย การประเมิน จะมีการประเมินก่อนการให้โปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ไว้เป็นพื้นฐานก่อน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้คำปรึกษา 1 เดือน ร้อยละ 15 ของกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่ยังไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยลง และประมาณร้อยละ 20 บอกว่าหยุดสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประกอบไปด้วย การเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเลิกบุหรี่ รับรู้ความสามารถ

ของตนเองในการเลิกบุหรี่ จะส่งผลให้เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การที่บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น ซึ่งถือเป็นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลเด็กในการช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วย ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่มีสาเหตุมาจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้พยาบาลเด็กซักประวัติการสูบบุหรี่ของบิดา-มารดาและให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่แบบกระชับเป็นรายบุคคลแก่บิดา-มารดาที่สูบบุหรี่โดยปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ นอกจากนี้ ควรจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้บิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืดรับรู้ถึงพิษภัยของควันบุหรี่ต่อสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด อธิบายให้เห็นถึงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหืดเมื่อสัมผัสควันบุหรี่ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ และเห็นความสำคัญในการเลิกบุรุษว่าจะส่งผลดีต่อตนเองและเด็กป่วยโรคหืดอย่างไร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการเลิกบุหรี่ในงานวิจัยนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินการหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วันก่อนการประเมินผล ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือนหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (Point prebalance abstinence) โดยประเมินจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เมื่อผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นข้อมูลน่าสนใจที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไปได้

2. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในระยะยาว อาทิ 1 ปี รวมทั้งเพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ในระยะยาวและประเมินผลลัพธ์อื่นๆ ที่มีต่อเด็กป่วย เช่น การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน เป็นต้น

3. ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆ รวมถึงเด็กป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่จะส่งผลให้การดำเนินของโรคแย่ลง โดยจัดให้มีกิจกรรมและเนื้อหาที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคของเด็กป่วยกลุ่มนั้น

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2552). *สถิติโรค*. Retrieved from <http://www.dms.moph.go.th/statereport/index.html>
- กิตติมา สำราญไชยธรรม. (2541). *การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดาพหุติกรรมมารดาดูแลบุตรของมารดาและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหืด วัย 1-5 ปี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุตราไวโอเล็ต.
- เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2557). *คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นครปฐม: สันทวิกิจ พรินติ้ง.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษช. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ใจเพชร พลสงคราม. (2549). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าว-โคกคอน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- ชลิตา ธนัฐธีรกุล. (2546). *การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: แนวคิดที่ท้าทายสู่การปฏิบัติในบริบทของสังคมไทย*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 26(3), 61-67.
- ณันชิตยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). *ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. *พยาบาลสาร*, 42(1), 1-11.
- เดือนทิพย์ เขมมโอภาส. (2554). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อสร้างครอบครัวไร้ควันบุหรี่ ระยะที่ 1. ใน คณะอนุกรรมการแผนงาน 1.3 โครงการพัฒนาปรับเปลี่ยนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ (บรรณาธิการ), รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่*. กรุงเทพฯ: พิทักษ์การพิมพ์.
- ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ. (2544). *Treatment of acute asthmatic attack*. ใน มนตรี ตูจันทาและคณะ (บรรณาธิการ), *From guideline to optimal care in pediatric allergy*. (น....) กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

- นพดล กรรณิกา, เทวินทร์ อินทรจำนงค์, วิลาศ ฉิมหิรัญ, เบญจพร รักษาไพบีระ, สุวิมล วันทา, อุบลรัตน์
 ด้านพรประเสริฐ และคณะ. (2553). *พฤติกรรมและทัศนคติในการสูบบุหรี่ของพ่อ:
 กรณีศึกษาพ่อที่สูบบุหรี่และมีลูกอายุไม่เกิน 10 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
 ธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.).
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). *การประยุกต์แนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการ
 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา*. (วิทยานิพนธ์
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). *แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*.
 กรุงเทพฯ: มณีสฟิล์ม.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา. (2552). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การ
 พิมพ์.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- พวงทิพย์ วัฒน. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองใน
 การป้องกันอาการหัดในเด็ก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- พิรุณพร ประเสริฐ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2559). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการ
 เดินออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ในผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*,
 65(1), 39-47.
- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริม
 สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*,
 5(1), 21-27. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนา
 อินเตอร์พริ้นต์.
- วนพร อนันตเสวี. (2555). *ชวนพ่อเลิกบุหรี่วันพ่อแห่งชาติ*. Retrieved from
<http://cpho.moph.go.th/wp/?p=9623>
- วรารณณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบุรณ์, ปรีชา มณฑานกุล, พนมทวน ชูแสงทอง,
 ศรัณย์ กอสนาน และคณะ. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่*. กรุงเทพมหานคร:
 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2545). *พจนานุกรม ไทย อังกฤษ*. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.

- วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และอิสราวรรณ สนธิภูมาศ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านและการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 113-123.
- วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, น้ำฝน ไททองวงศ์กร และวิรุฬหจิตรา อุ่นจางวาง. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 19(1), 31-41.
- วิลาวลัย ฅนอมรูป. (2545). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ศิณีย์ สังข์ศรีศรี. (2542). ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้หรือไม่ได้ในเขตกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 11(43), 116-123.
- สนอง คล้าฉิม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- สมบุรณ์ จันทร์สกุลพร, อรุษา ตรีศิริโชติ, ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, โอฟาร พรหมมาลิขิต, เกศรา อัสดามงคล และไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ. (2557). *กุมารเวชศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นพชัยการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: [ม.ป.ท].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *ผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี 2557*. กรุงเทพฯ: [ม.ป.ท].
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). การประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่: ตัวชี้วัดผลลัพธ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(2), 132-139.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัยผู้ใหญ่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24, 16-30.
- สุรินธร กลัมพากร. (2550). กฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ใน สุรินธร กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล (บรรณาธิการ), *พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ* (น. 15-30). นนทบุรี: มณีสพิลัม.
- สุริพร แซ่เฮง และสุกัลยา คุณกิตติ. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมรับรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัยก่อนเรียน*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค. (ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- อารีญา เทพชาตรี. (2546). Current trends in management of children asthma. ใน กิตติ ต่อ จรัสและคณะ (บรรณาธิการ), *Clinical practice in pediatric 2003*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์ การพิมพ์.
- Abdullah, A. S. M., Mak, Y. W., Loke, A. Y., & Lam, T. H. (2005). Smoking cessation intervention in parents of young children: a randomised controlled trial. *Addiction, 100*(11), 1731-1740.
- Ahijevych, K. (2009). Biological Models for Studying and Assessing Tobacco Use. *Annual Review of Nursing Research, 27*(1), 145-168.
- American Lung Association of Michigan. (2004). *Health effects of secondhand smoke*. Retrieved from <http://getasthmahelp.org/>
- Anuntaseree, W., Mo-suwan, L., & Choprapawon, C. (2008). Prevalence and associated factors of passive smoking in Thai infants. *Preventive Medicine, 47*(4), 443-446.
- Arruda, L. K., Sole, D., Baena-Cagnani, C. E., & Naspitz, C. K. (2005). Risk factors for asthma and atopy. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, 5*(2), 153-159.
- Azoulay, É., Pochard, F., Chevret, S., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., . . . Feissel, M. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Critical Care Medicine, 32*(9), 1832-1838.
- Azoulay, É., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F., . . . Galliot, R. (2003). Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. *Intensive Care Medicine, 29*(9), 1498-1504.
- Blaine, K., Rogers, J., Winickoff, J. P., Oppenheimer, S. C., Timm, A., Ozonoff, A., & Geller, A. C. (2014). Engaging in secondhand smoke reduction discussions with parents of hospitalized pediatric patients: A national survey of pediatric nurses in the United States. *Preventive Medicine, 62*, 83-88.

- Brown, E. S., Gan, V., Jeffress, J., Mullen-Gingrich, K., Khan, D. A., Wood, B. L., . . . Rush, A. J. (2006). Psychiatric symptomatology and disorders in caregivers of children with asthma. *Pediatrics*, *118*(6), e1715-e1720.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Cabana, M. D., Birk, N. A., Slish, K. K., Yoon, E. Y., Pace, K., Nan, B., & Clark, N. M. (2005). Exposure to tobacco smoke and chronic asthma symptoms. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*, *18*(4), 180-188.
- Canadian institute on child health. (1997). Environmental hazards: protecting children. Retrieved from <http://www.cich.ca/PDFFiles/EnvFactSheetsENG.pdf>
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2009). *National health interview survey data: Lifetime asthma estimates*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/asthma/nhis/09/table1-1.htm>
- Chan, S. S., Lam, T. H., Salili, F., Leung, G. M., Wong, D. C., Botelho, R. J., . . . Lau, Y. L. (2005). A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children: A pilot study. *Applied Nursing Research*, *18*(3), 178-181.
- Chien, Y.-C., Chang, C.-P., & Liu, Z.-Z. (2011). Volatile organics off-gassed among tobacco-exposed clothing fabrics. *Journal of Hazardous Materials*, *193*, 139-148.
- Currie, G. P. (2011). *ABC of COPD* (2nd ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Curry, S., Ludman, E., Graham, E., Stout, J., Grothaus, L., & Lozano, P. (2003). Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(3), 295.
- Dezateux, C., Stocks, J., Dundas, I., & Fletcher, M. (1999). Impaired airway function and wheezing in infancy: The influence of maternal smoking and a genetic predisposition to asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *159*(2), 403-410.
- Dohnke, B., Ziemann, C., Will, K., Weiss-Gerlach, E., & Spies, C. (2012). Do hospital treatments represent a 'teachable moment' for quitting smoking? A study from a stage-theoretical perspective. *Psychology & Health*, *27*(11), 1291-1307.

- Eriksen, W., Serrum, K., & Bruusgaard, D. (1996). Effects of information on smoking behaviour in families with preschool children. *Acta Paediatrica*, *85*(2), 209-212.
- Foulds, J., Gandhi, K. K., Steinberg, M. B., Richardson, D. L., Williams, J. M., Burke, M. V., & Rhoads, G. G. (2006). Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *American Journal of Health Behavior*, *30*(4), 400-412.
- Gariti, P., Rosenthal, D. I., Lindell, K., Hansen-Flaschen, J., Shrager, J., Lipkin, C., . . . Kaiser, L. R. (2002). Validating a dipstick method for detecting recent smoking. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *11*(10), 1123-1125.
- Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinold, J. W., & Rosner, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: A report from the Normative Aging Study. *Addictive Behaviors*, *17*(4), 367-377.
- Global initiative for asthma. (2010). Global strategy for asthma management and prevention. Retrieved from http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2010_1.pdf
- Horwood, L., Fergusson, D., & Shannon, F. (1985). Social and familial factors in the development of early childhood asthma. *Pediatrics*, *75*(5), 859-868.
- Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, *99*(1), 29-38.
- Hyland, A., Higbee, C., Borland, R., Travers, M., Hastings, G., Fong, G. T., & Cummings, K. M. (2009). Attitudes and beliefs about secondhand smoke and smoke-free policies in four countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & tobacco research*, *11*(6), 642-649.
- Jung, J. W., Ju, Y. S., & Kang, H. R. (2012). Association between parental smoking behavior and children's respiratory morbidity: 5 - year study in an urban city of South Korea. *Pediatric pulmonology*, *47*(4), 338-345.
- Krieger, J., Takaro, T. K., Allen, C., Song, L., Weaver, M., Chai, S., & Dickey, P. (2002). The Seattle-King County Healthy Homes Project: Implementation of a Comprehensive Approach to Improving Indoor Environmental Quality for Low-Income Children with Asthma. *Environmental Health Perspectives*, *110*, 311.

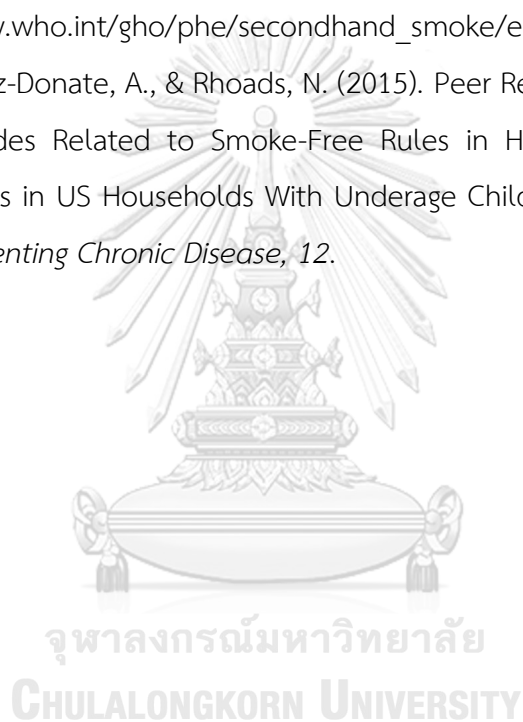
- Kulig, M., Luck, W., Lau, S., Niggemann, B., Bergmann, R., Klettke, U., & Wahn, U. (1999). Effect of pre-and postnatal tobacco smoke exposure on specific sensitization to food and inhalant allergens during the first 3 years of life. *Allergy*, *54*(3), 220-228.
- Laitinen, T., Rasanen, M., Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Laitinen, L. A. (1998). Importance of genetic factors in adolescent asthma: a population-based twin-family study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *157*(4), 1073-1078.
- Lando, H., Henrikus, D., McCarty, M., & Vessey, J. (2003). Predictors of quitting in hospitalized smokers. *Nicotine & tobacco research*, *5*(2), 215-222.
- Lemanske, R. F., & Busse, W. W. (2006). 6. Asthma: factors underlying inception, exacerbation, and disease progression. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *117*(2), S456-S461.
- Lewis, S., Antoniak, M., Venn, A., Davies, L., Goodwin, A., Salfield, N., . . . Fogarty, A. (2005). Secondhand smoke, dietary fruit intake, road traffic exposures, and the prevalence of asthma: a cross-sectional study in young children. *American Journal of Epidemiology*, *161*(5), 406-411.
- Li, L., Borland, R., Yong, H.-H., Fong, G. T., Bansal-Travers, M., Quah, A. C., . . . Fotuhi, O. (2010). Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, *12*(suppl_1), S34-S44.
- Makboon, K. (2015). Third hand smoke: the other category of hazard from passive smoke. *Vajira Medical Journal*, *59*(4), 49-49.
- Mann, P. S. (2001). *Introductory statistics* (4th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Martinez-Donate, A. P., Johnson-Kozlow, M., Hovell, M. F., & Perez, G. J. G. (2009). Home smoking bans and secondhand smoke exposure in Mexico and the US. *Preventive Medicine*, *48*(3), 207-212.
- Martinez, F. D., Wright, A. L., Taussig, L. M., Holberg, C. J., Halonen, M., Morgan, W. J., & Associates, G. H. M. (1995). Asthma and wheezing in the first six years of life. *New England Journal of Medicine*, *332*(3), 133-138.

- Matt, G. E., Quintana, P. J., Hovell, M. F., Chatfield, D., Ma, D. S., Romero, R., & Uribe, A. (2008). Residual tobacco smoke pollution in used cars for sale: air, dust, and surfaces. *Nicotine & Tobacco Research, 10*(9), 1467-1475.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research, 18*(2), 156-170.
- McCance, K. L., & Huether S.E. (1998). *Pathophysiology* (3rd ed.). United States of America: Von Hoffman Press.
- Meng, A., & McConnell, S. (2002). Decision-making in children with asthma and their parents. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 14*(8), 363-371.
- Mills, A. L., Messer, K., Gilpin, E. A., & Pierce, J. P. (2009). The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: a review. *Nicotine & Tobacco Research, 11*(10), 1131-1141.
- Moore, K. A. C., Coker, K., DuBuisson, A. B., Swett, B., & Edwards, W. H. (2003). Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics, 111*(Supplement E1), 450-460.
- NAEPP Coordinating Committee. (2007). *National heart, lung, and blood institute. National asthma education and prevention program: expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>
- Nafstad, P., Kongerud, J., Botten, G., Hagen, J. A., & Jaakkola, J. J. (1997). The role of passive smoking in the development of bronchial obstruction during the first 2 years of life. *Epidemiology, 293-297*.
- National Institute of Environmental Health Science-National Institute of Health. (2009). *World asthma day*. Retrieved from <http://www.niehs.nih.gov/news/newsroom/releases/2009/may05/index.cfm>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

- Peterson, S., and Peto, V. (2004). Smoking statistics 2004. *British heart foundation, London 2004*. Retrieved from <https://www.bhf.org.uk/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and Method* (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and method* (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Prochaska, J. J., Hall, S. M., Humfleet, G., Muñoz, R. F., Reus, V., Gorecki, J., & Hu, D. (2008). Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized trial. *Preventive Medicine, 47*(2), 215-220.
- Ralston, S., & Roohi, M. (2008). A randomized, controlled trial of smoking cessation counseling provided during child hospitalization for respiratory illness. *Pediatric Pulmonology, 43*(6), 561-566.
- Rosen, L. J., Noach, M. B., Winickoff, J. P., & Hovell, M. F. (2012). Parental smoking cessation to protect young children: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics, 129*(1), 141-152.
- Samet, J., Buist, S., Bascom, R., Garcia, J., Lipsett, M., Mauderly, J., . . . Utell, M. (2000). What constitutes an adverse health effect of air pollution? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 161*(2 I), 665-673.
- Sawyer, M. G., Sawyer, M., Spurrier, N., Kennedy, D., & Martin, J. (2001). The relationship between the quality of life of children with asthma and family functioning. *Journal of Asthma, 38*(3), 279-284.
- Sirichotiratana, N., Techatrasakdi, C., Rahman, K., Warren, C. W., Jones, N. R., Asma, S., & Lee, J. (2008). Prevalence of smoking and other smoking-related behaviors reported by the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Thailand. *BMC Public Health, 8*(1), S3.
- Stein, R. T., Holberg, C. J., Sherrill, D., Wright, A. L., Morgan, W. J., Taussig, L., & Martinez, F. D. (1999). Influence of parental smoking on respiratory symptoms during the

- first decade of life: The Tucson children's respiratory study. *American Journal of Epidemiology*, 149(11), 1030-1037.
- Stevens, K. R., & Munoz, L. R. (2004). Cigarette smoking: Evidence to guide measurement. *Research in Nursing & Health*, 27(4), 281-292.
- Stick, S. M., Burton, P. R., Gurrin, L., Sly, P., & LeSouef, P. (1996). Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *The Lancet*, 348(9034), 1060-1064.
- Subbarao, P., Mandhane, P. J., & Sears, M. R. (2009). Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *Canadian Medical Association Journal*, 181(9), E181-E190.
- Thongthai, V., Guest, P., & Sethaput, C. (2008). Exposure to secondhand smoke in Kanchanaburi demographic surveillance system, Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 20(1), 25-35.
- Ueta, I., Saito, Y., Teraoka, K., Miura, T., & Jinno, K. (2010). Determination of volatile organic compounds for a systematic evaluation of third-hand smoking. *Analytical Sciences*, 26(5), 569-574.
- Wahlgren, D. R., Hovell, M. F., Meltzer, S. B., Hofstetter, C. R., & Zakarian, J. M. (1997). Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children: a 2-year follow-up. *Chest*, 111(1), 81-88.
- Wang, Z., May, S. M., Charoenlap, S., Pyle, R., Ott, N. L., Mohammed, K., & Joshi, A. Y. (2015). Effects of secondhand smoke exposure on asthma morbidity and health care utilization in children: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 115(5), 396-401.
- Warman, K., Silver, E. J., & Wood, P. R. (2006). Asthma risk factor assessment: what are the needs of inner-city families? *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 97(1), S11-S15.
- Winickoff, J. P., Berkowitz, A. B., Brooks, K., Tanski, S. E., Geller, A., Thomson, C., . . . Prokhorov, A. V. (2005). State-of-the-art interventions for office-based parental tobacco control. *Pediatrics*, 115(3), 750-760.
- Winickoff, J. P., Friebely, J., Tanski, S. E., Sherrod, C., Matt, G. E., Hovell, M. F., & McMillen, R. C. (2009). Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 123(1), e74-e79.

- Winickoff, J. P., Hillis, V. J., Palfrey, J. S., Perrin, J. M., & Rigotti, N. A. (2003). A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: The stop tobacco outreach program. *Pediatrics*, *111*(1), 140-145.
- Wong, D. L., & Whaley, L. F. (1995). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- World Health Organization. (2018). Global Health Observatory (GHO) data: Second-hand smoke. Retrieved from http://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/
- Zhang, X., Martinez-Donate, A., & Rhoads, N. (2015). Peer Reviewed: Parental Practices and Attitudes Related to Smoke-Free Rules in Homes, Cars, and Outdoor Playgrounds in US Households With Underage Children and Smokers, 2010–2011. *Preventing Chronic Disease*, *12*.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---|--|
| 1. รองศาสตราจารย์.พญ.พรรณทิพา ฉัตรชาติรี | อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ | ที่ปรึกษามูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและ
ผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธักดิ์ | อดีตอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรพล แสงปัญญา | อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยา
การศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย |
| 6. นาวาโทหญิง ดร.สินีนุช ศิริวงศ์ | หัวหน้าภาควิชาความรู้พื้นฐาน
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 7. นางฉนิชนันท์ อารีย์การเลิศ | พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาเด็ก โรงพยาบาลศิริราช |

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/2932

วันที่ 31 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พรรณทิพา ฉัตรชาตรี อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อ นิสิต

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พรรณทิพา ฉัตรชาตรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/2932



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3/ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เลขาธิการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

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

เนื่องด้วย นางสาววิชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ ที่ปรึกษามูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาววิชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/ 2992



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและผดุงครรภ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/ 3176



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 ธันวาคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธักักดิ์

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๒๕๕๖

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรพล แสงปัญญา อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรพล แสงปัญญา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/ 2988



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

// พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีณีย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ น.ท.หญิง ดร. สินีณัฐ ศิริวงศ์ หัวหน้าภาควิชาความรู้พื้นฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

น.ท.หญิง ดร. สินีณัฐ ศิริวงศ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีณีย์ โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/๒๑๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนิย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางณิชนันท์ อารีการเลิศ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาเด็ก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางณิชนันท์ อารีการเลิศ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนิย โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/ 044



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 มกราคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ และคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 80 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิชชดา มากมาย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาววิชชดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๗14



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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

เนื่องด้วย นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววิชชุดา มากมาย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-1150

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาววิชชุดา มากมาย โทร. 08-4687-8599

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย
เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 219/2017

IRB No. 064/60

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิชชุตา มากมาย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 2 มี.ค. 2560
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 2 มี.ค. 2560
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 2 มี.ค. 2560
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 2 มี.ค. 2560
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 1 Date 1 ก.พ. 2560
6. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด
7. CURRICULUM VITAE



8. GCP Training

ลงนาม *อนันต์ ชูโชติ*
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สีบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... *วิมล รัตนา*
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรธรรม รัชตะปิติ)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 30 มีนาคม 2560

วันหมดอายุ : 29 มีนาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

REC-QSNICH.36T



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

13 มิถุนายน 2560

- โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด (Effect of promoting smoking cessation program for parents to reduce second hand smoke exposure in pediatric patients with Asthma)
- ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาววิชชุดา มากมาย
- ผู้ร่วมวิจัยในสถาบันฯ : นางสาวพรพิมล อังรังวิฑู
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ระยะเวลาดำเนินการ : เมษายน 2560 – ธันวาคม 2560
- เอกสารที่พิจารณา :
- 1 แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version 2 date 12 มิ.ย. 2560 : ฉบับภาษาไทย)
 - 2 คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) (REC-QSNICH.05) (version 2 date 12 มิ.ย. 2560)
 - 3 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) (REC-QSNICH.07) (version 2 date 12 มิ.ย. 2560)
 - 4 โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด (version 1 date 18 พ.ค.2560)
 - 5 แผนการสอน (version 1 date 18 พ.ค.2560)
 - 6 คู่มือ พิชัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด (version 1 date 18 พ.ค.2560)
 - 7 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (version 1 date 18 พ.ค.2560)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ทั้งนี้ให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารฉบับภาษาไทยเท่านั้น โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน

(แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รหัสโครงการ : Document No.60-030
เลขที่ : REC.267/2560

รับรองตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2560 ถึงวันที่ 11 มิถุนายน 2561
ประชุมครั้งที่ 6/2560 วันที่ 5 มิถุนายน 2560

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12
420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร.1415 ต่อ 5213, 5214

Institutional Review Board Number; IRB00007346
Federal Wide Assurance; FWA00002250


EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

EC-QSNICH

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 1/7

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง
ในเด็กป่วยโรคหืด

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาววิชุดา มากมาย
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย หอผู้ป่วยกุมารศาสตร์ กรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระราม4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330/
สถานศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-2565334, 02-2564954
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 084-6878599

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ หรือคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่าน ได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา


การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Second hand smoke exposure) ในเด็กมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเด็กป่วยโรคหืด (Asthma) การสัมผัสควันบุหรี่มือสองจะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผนังหลอดลม (Chronic airway inflammation) ทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ (Airway hyperresponsiveness) ดังนั้น การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดจึงทำให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมได้ง่าย หลอดลมตีบแคบเป็นๆหายๆ (Recurrent airway obstruction) ส่งผลให้การตอบสนองต่อยาพ่นสูดและยากินชนิดสเตียรอยด์ลดลง จึงทำให้การรักษายากขึ้น อาการของโรครุนแรงมากขึ้นและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

เด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่จะทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยมากกว่า และอาการหืดจะกำเริบเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD Faculty of Medicine, Chulalongkorn University IRB No. 064 50 Date of Approval 30 ม.ค. 2560
--

Version...2... Date...2...ม.ค...2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/7

เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่หายใจเสียงดัง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหืด ส่วนใหญ่จะพบในเด็กที่อาศัยอยู่กับผู้สูบบุหรี่บ่อยกว่าด้วย ดังนั้น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นสารก่อภูมิแพ้และปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะทำให้การควบคุมอาการโรคหืดทำได้ง่ายและช่วยลดการเกิด acute exacerbation ได้ด้วย ดังนั้น วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันหืดกำเริบได้มากที่สุด คือ การลดโอกาสในการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ในเด็กป่วยโรคหืดที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็ก ดังนั้น เด็กจึงต้องการการดูแลจากผู้ปกครองเป็นอย่างมาก มีรายงานว่า เด็กป่วยโรคหืดยังได้รับการดูแลไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้นการเกิดอาการหืด ร้อยละ 47.7 ให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีบุหรี่ ร้อยละ 24.4 ผู้ปกครองมีความสามารถในการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้ไม่เต็มที่ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มีอาการหืด จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ผู้ปกครองมีการรับรู้ไม่ถูกต้องบางส่วน เช่น รับรู้ว่าควันบุหรี่ไม่ใช่สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืด ไม่มั่นใจในการดูแลเรื่องการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่และควันพิษ ร้อยละ 13.5 จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างมากในการป้องกันเด็กจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีการให้โปรแกรมให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจผู้ปกครองในการเลิกสูบบุหรี่ สร้างแผนการเลิกสูบบุหรี่เป็นรายบุคคล ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหืดลดลง สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีแนวทางที่ช่วยป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงผู้ปกครองยังไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ปกครองตระหนักถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วย จะสามารถลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่เกิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง รวมถึงจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคหืดให้ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ 25 คน และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ 25 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที


ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที

หลังจากท่านตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองโดย



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 064/60
Date of Approval 30 ธ.ค. 2560

Version...2... Date...2...มี.ค...2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 3/7

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (30 นาที) ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัดในกลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตามปกติที่
กระทำขณะเด็กมารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ หรือคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก มีการแจกคู่มือ
พิชภัยของควินบุรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัด และคู่มือการเลิกบุรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัด

ครั้งที่ 2, 3 และ 4 การดูแลตามปกติเมื่ออยู่ที่บ้าน

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (30 นาที) ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พื้นความรู้เกี่ยวกับพิชภัยของควินบุรี่มือสองต่อ
ภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัดที่มีมา ให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุรี่มือสองหรือการสัมผัสควินบุรี่มือสอง พิชภัยของควินบุรี่
มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัด กำหนดเป้าหมายในการเลิกบุรี่ให้สำเร็จ โดยการช่วยกำหนดวันหยุดสูบบุรี่ (ในช่วง
2 สัปดาห์) ให้ผู้ปกครองเด็กป่วย แนะนำให้บอกคนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานว่าตนตั้งใจจะเลิก พิจารณาว่าจะมีปัญหาอะไร
เกิดขึ้นหลังการเลิก เช่น อาการอยากบุรี่ กำจัดบุรี่และอุปกรณ์การสูบ เน้นเป้าหมายคือ การหยุด ไม่ใช่ลดปริมาณการสูบ
ช่วยกันค้นหา จัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุรี่ ฝึกทักษะการเลิกสูบบุรี่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบ
บุรี่ วิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุรี่

ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 วันที่ 3 และครบ 1 สัปดาห์ของการเลิกบุรี่ (30 นาที)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทีละราย ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุรี่ที่บ้าน
โดยซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเลิกบุรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุรี่ ให้เล่าถึงพฤติกรรม
เลิกบุรี่ในช่วงที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรม ในรายที่ไม่สามารถเลิกบุรี่ได้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกัน
วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข ส่วนรายที่สามารถเลิกบุรี่ได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและแสดงความ
ยินดีกับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำได้

ครั้งที่ 4 ครบ 4 สัปดาห์ (30 นาที) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่คลินิกโรคภูมิแพ้ และคลินิกโรคระบบ
ทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ กิจกรรมในการทดลอง ได้แก่ การประเมินความตั้งใจและ
พฤติกรรมเลิกบุรี่ของผู้ปกครอง โดยซักถามถึงภาวะสุขภาพทั้งของตนเองและเด็กป่วย สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค
ในการเลิกบุรี่ เน้นย้ำถึงผลจากการเลิกบุรี่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหัด รวมถึงผลเสียถ้าหากผู้ปกครอง
ยังคงสูบบุรี่ต่อไปให้ผู้ปกครองเด็กป่วยทราบ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตาม
คำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย
ให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรง คือ
นางสาววิชุดา มากมาย เบอร์โทรศัพท์ 084-6878599 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Juijalongkorn University	
IRB No.	064 / 66
Date of Approval	30 มี.ค. 2560

Version...2... Date...2...มี.ค...2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/7

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

หากท่านพบอาการดังกล่าวข้างต้นหรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลงตัวออกจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

“ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการแพทย์ แผนการรักษาและส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านและบุตรของท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจลดความรุนแรงของโรคหืดในเด็กป่วยได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านหรือบุตรของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคหืดในเด็กป่วยจะลดลงอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคบุตรของท่านที่เป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของบุตรท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	061 / 66
Date of Approval.....	30 มี.ค. 2560

Version...2... Date...2...มี.ค...2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 5/7

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาววิชชุดา มากมาย เบอร์โทรศัพท์ 084-6878599 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาบุตรของท่านแต่อย่างใด บุตรของท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่เกิดการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นางสาววิชชุดา มากมาย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	061, 66
Date of Approval	30 มี.ค. 2560

version...2... Date...2... มี.ค. 2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 6/7

4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



<p>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</p> <p>Faculty of Medicine, Chulalongkorn University</p> <p>IRB No. <u>064/60</u></p> <p>Date of Approval.....<u>30 มิ.ค. 2560</u></p>
--

Version...2... Date...2...มี.ค...2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า1/2

การวิจัยเรื่อง...ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการ
ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะ
ให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์
เท่านั้น



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.....	064 66
Date of Approval.....	30 มี.ค. 2560

Version...2... Date...2...มี.ค...2560.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



Version...2... Date...2...มี.ค..2560.....

REC-QSNICH.05

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---	---

ชื่อโครงการวิจัย...ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด.....

ชื่อผู้วิจัย.....นางสาววิชชุดา มวกมาย..... ตำแหน่ง, นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง..... 084-6878599

แหล่งทุนสนับสนุนโครงการวิจัย ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2560

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด มีวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุรุษกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมวิจัย

- สำหรับผู้ปกครองคือ
1. สุขภาพของตนเองดีขึ้น การเลิกบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพองได้
 2. เด็กป่วยไม่เห็นแบบอย่างการสูบบุหรี่จากผู้ปกครอง
- สำหรับเด็กป่วยโรคหืดคือ
1. ช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด
 2. ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่มีสาเหตุมาจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะ...ท่านเป็นผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ ของเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ สหคลินิกสุขภาพเด็กมหาวิทยาลัย จะมีการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 25 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยถึงสิ้นสุดการวิจัย วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม ปี 2560 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน ปี 2560

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วนดังนี้


- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที



EC-QSNICH

Approval Date : 12 มิ.ย. 2560

REC-QSNICH.05

 <p style="text-align: center;">The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p style="text-align: center;">คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---

ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองโดย

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (30 นาที) ให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัดในกลุ่มควบคุมทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นให้คำแนะนำซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตามปกติที่กระทำขณะเด็กมารับการรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กมหาวิทยาลัยมหิดล มีการแจกคู่มือพิชภัยของควีนบุตรีมือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัด และคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัด

ครั้งที่ 2, 3 และ 4 การดูแลตามปกติเมื่ออยู่ที่บ้าน

ระยะประเมินผล (สัปดาห์ที่ 8)

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (30 นาที) ให้ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหัดกลุ่มทดลองทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะความรู้เกี่ยวกับพิชภัยของควีนบุตรีมือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัดที่มีมา ให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มือสองหรือการสัมผัสควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหัด กำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ โดยการช่วยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ (ในช่วง 2 สัปดาห์) ให้ผู้ปกครองเด็กป่วย แนะนำให้บอกคนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานว่าตนตั้งใจจะเลิก พิจารณาว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นหลังการเลิก เช่น อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าวและอุปสรรคการสูบบุหรี่ เน้นเป้าหมายคือ การหยุด ไม่ใช่ลดปริมาณการสูบบุหรี่ ช่วยกันค้นหาจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ฝึกทักษะการเลิกสูบบุหรี่ แนะนำวิธีการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่

ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3 วันที่ 3 และครบ 1 สัปดาห์ของการเลิกบุหรี่ (30 นาที)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ละราย ติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ที่บ้าน โดยซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้เล่าถึงพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ในช่วงที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรม ในรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข ส่วนรายที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและแสดงความยินดีกับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำได้

ครั้งที่ 4 ครบ 4 สัปดาห์ (30 นาที) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่คลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กมหาวิทยาลัยมหิดล กิจกรรมในการทดลอง ได้แก่ การประเมินความตั้งใจและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง โดยซักถามถึงภาวะสุขภาพทั้งของตนเองและเด็กป่วย สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ เน้นย้ำถึงผลดีจากการเลิกบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและเด็กป่วยโรคหัด รวมถึงผลเสียหากผู้ปกครองยังคงสูบบุหรี่ต่อไปให้ผู้ปกครองเด็กป่วยทราบ

ระยะประเมินผล (สัปดาห์ที่ 8)

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบประเมินพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ



EC-QSNICH

Approval Date : 112 ค.ย. 2560

REC-QSNICH.05

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---	---

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก หรือท่านอาจจะมีอาการที่เกิดขึ้นได้ในช่วงที่เริ่มเล็บบุหรี่ เช่น รู้สึกอยากบุหรี่ย่างรุนแรง หงุดหงิด โกรธง่าย เครียด เศร้า หดหู่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ทิวบอยรับประทานอาหารจู้ขึ้น ท้องผูก เป็นต้น อาการเหล่านี้มักรุนแรงในช่วง 3-5 วันหลังการหยุดสูบบุหรี่ แต่อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในช่วงระยะสั้นเท่านั้น เมื่อเวลาผ่านไปอาการจะดีขึ้นจนหายไป และหากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาววิชชุดา มากมาย เบอร์โทรศัพท์ 084-6878599 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย คือ นางสาววิชชุดา มากมาย เบอร์โทรศัพท์ 084-6878599

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อ การดูแลรักษาบุตรของท่านแต่อย่างใด บุตรของท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ บุตรของท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว และไม่ปิดบังข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะกรรมการบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีความผิด และเสียสิทธิในการรักษาใดๆตามมาตรฐานการรักษาปกติ

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น



EC-QSNICH ✓

Approval Date: 12 มี.ย. 2560

REC-QSNICH.05

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---	---

9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
- โครงการนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ชั้น 12 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5210, 5211
ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



EC-QSNICH

Approval Date: 12 มี.ย. 2560

REC-QSNICH.07

 <p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด
วันที่ทำวิจัยเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล

สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย
จนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วน โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
เท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
ตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลง
ที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการ
ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
ต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ
วัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนาม
ในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง


วันที่เดือน.....พ.ศ.....



EC-QSNICH ✓

Approval Date : 12 มิ.ย. 2560

REC-QSNICH.07

	<p>The Research Ethics Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---	---

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่
อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ
และมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



EC-QSNICH 
Approval Date : 12 ส.ย. 2560



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างแผนการสอนและคู่มือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่

มือสองในเด็กป่วยโรคหืด

EFFECT OF PROMOTING SMOKING CESSATION PROGRAM FOR PARENTS
TO REDUCE SECOND HAND SMOKE EXPOSURE IN PEDIATRIC PATIENTS
WITH ASTHMA

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

□□□□

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / และเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. ท่านอายุ.....ปี.....เดือน
 2. เพศ () ชาย () หญิง
 3. ปัจจุบันบุตรของท่าน อายุ.....ปี.....เดือน
 4. บุตรของท่านเพศ () ชาย () หญิง
 5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
 6. อาชีพ
() ทำนา () รับจ้าง () ค้าขาย () ข้าราชการ () กำลังศึกษา () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() อื่นๆ ระบุ.....
 7. ท่านสูบบุหรี่มานาน.....ปี
 8. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ วันละ.....มวน
 9. ท่านเคยพยายามเลิกบุหรี่หรือไม่
() เคย () ไม่เคย
- ถ้าท่านเคยพยายามเลิกบุหรี่ กรุณาตอบคำถามข้อ 9.1-9.3
- 9.1 จำนวนครั้งที่เคยเลิก.....ครั้ง
 - 9.2 จำนวนวันที่เลิกได้นานที่สุด.....วัน

9.3 สาเหตุที่เคยเลิก

- () สุขภาพของบุตร () สุขภาพของตนเอง () ครอบครัวขอให้เลิก () สังคมไม่ยอมรับ
 () เสียค่าใช้จ่าย () รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี () อื่นๆ ระบุ.....

แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / และเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. โดยปกติหลังตื่นนอนตอนเช้า ท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อใด
 () ภายใน 5 นาที () 5-30 นาที () 31-60 นาที () มากกว่า 60 นาที
2. ท่านสูบบุหรี่จัด ภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน มากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน
 () ใช่ () ไม่ใช่
3. ท่านรู้สึกลำบากใจ หรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ที่ทำงาน โรงภาพยนตร์ โรงเรียน
 () ใช่ () ไม่ใช่
4. บุหรี่มวนไหนที่ท่านไม่ยอมเลิกมากที่สุด
 () มวนแรกในตอนเช้า () มวนอื่นๆ ระบุ.....
5. โดยปกติแล้วท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
 () 10 มวน หรือน้อยกว่า () 11-20 มวน () 21-30 มวน () 31 มวน หรือมากกว่า
6. ท่านยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเป็นหวัด เจ็บคอ หรือเจ็บป่วยต้องนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่
 () ใช่ () ไม่ใช่

แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / และเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันนี้ ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 สูบ ไม่สูบ
2. ใน 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่
 ใช่ ไม่ใช่
3. หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่/ได้รับคำแนะนำการเลิกบุหรี่จากผู้ทวิวิจัย ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องกันนานถึง 1 เดือน ใช่หรือไม่
 ใช่
 ไม่ใช่ (หากตอบว่าไม่ใช่ ให้ตอบคำถามข้อ 4)
4. หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้นานที่สุดวัน
 (ในกรณีที่ไม่ได้หยุดสูบหลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ ท่านเคยเลิกได้นานที่สุดวัน)
5. หลังได้รับคำแนะนำการเลิกบุหรี่จากผู้วิจัย ท่านเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่ (ตอบเฉพาะคนที่เลิกได้ไม่เกิน 7 วัน)
 ไม่เคย
 เคย (จำนวน ครั้ง ครั้งที่เลิกได้นานที่สุดวัน)

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาใส่ / ในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน
 ทำบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย

การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น			
2. ท่านจัดการกับอาการถอนนิโคติน เช่น อาการหิวบ่อย รับประทานจุ๊ขึ้น ด้วยการรับประทานอาหารแต่พอดี รับประทานอาหารว่าง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่าง			
3. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ งดอาหารรสจัด และดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ให้อยากบุหรี่			
4. เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านหาผลไม้รสเปรี้ยว หรือของขบเคี้ยวที่ไม่หวานรับประทานแทนการสูบบุหรี่			
5. ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ให้อยากสูบบุหรี่			
6. เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านหากิจกรรมอย่างอื่นทำแทนการสูบบุหรี่เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น เล่นกับบุตร หากิจกรรมทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น			
7. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านหากิจกรรมอย่างอื่นทำแทนการสูบบุหรี่เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ หากำลังใจจากครอบครัว ออกกำลังกาย ชวนบุตรไปเดินเล่น เป็นต้น			
8. ท่านสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆอย่างน้อย 2-3 ครั้ง เมื่อเวลาที่อยากสูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลายขึ้น			

การปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
9. ท่านยืดยาวเวลาไม่สูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนกระทั่งความอยากลดลง			
10. ท่านหางานอดิเรกทำ เพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่ โดยหา กิจกรรมทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ออกกำลังกายเตะฟุตบอล วิ่ง ว่ายน้ำ ร่วมกับบุตร เป็นต้น			
11. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่			
12. ท่านปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น และบอกผู้อื่นได้ว่า กำลังเลิกบุหรี่			
13. ท่านลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง			

แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาใส่ / ในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถามว่าท่านเห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นหรือไม่ โดยใส่ / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง คำตอบนั้นท่านรู้สึกไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง คำตอบนั้นไม่ตรงกับความคิดของท่านเลย

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
1. การเลิกบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด อักเสบ โรคมะเร็งปอด			
2. การเลิกบุหรี่เพียงไม่กี่วันก็ทำให้ท่านได้รับประโยชน์ต่อ สุขภาพได้ทันที เช่น หายใจสะดวกขึ้น ลมหายใจสดชื่นขึ้น มีพลังมากขึ้น มีแรงที่จะออกกำลังกายได้มากขึ้น เป็นต้น			
3. ท่านไม่ยอมเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่ทำให้หิวบ่อย รับประทานจุขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น			
4. ท่านไม่ยอมเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่ทำให้หงุดหงิดง่าย และไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้			
5. การเลิกบุหรี่ช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และลดความ รุนแรงของโรคในเด็กป่วยโรคหืดได้			
6. ท่านไม่ยอมเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่ทำให้ท่านสูญเสีย ความสุขที่ได้รับจากการสูบบุหรี่			
7. ท่านไม่ยอมเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่ทำให้ออนไม่หลับ			
8. ท่านไม่ยอมเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่ทำให้ท่านเข้าสังคม ได้ยาก และรู้สึกแตกต่างเมื่ออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่			
9. การเลิกบุหรี่หรือการที่ท่านไม่สูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับ บุตร			
10. การเลิกบุหรี่ช่วยให้ท่านและครอบครัวประหยัดค่าใช้จ่าย			

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาใส่ / ในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือไม่ โดยใส่ / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำได้อย่างแน่นอน
มั่นใจมาก	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะทำได้เป็นส่วนมาก
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะทำได้ปานกลาง
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะทำได้เล็กน้อย
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สามารถทำได้อย่างแน่นอน

ข้อความ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
2. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะรู้สึกผิดหวัง ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ หรือทำบางอย่างไม่สำเร็จ					
3. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะอยู่กับบุตร บุคคลในครอบครัวหรืออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่					
4. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะมีเรื่องทะเลาะหรือขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว					
5. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะมีความสุขหรือรู้สึกสบายใจ					
6. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง					
7. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้จะรู้สึกเศร้า เสียใจ					

ข้อคำถาม	มั่นใจ มาก ที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปานกลาง	มั่นใจ เล็กน้อย	ไม่มั่นใจ เลย
8. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่					
9. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะดื่มชา หรือกาแฟ					
10. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกเหงา หรืออยู่ว่างๆสบายๆ					
11. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกว่าการกำลังใจ					
12. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า หรือรู้สึก ว่าร่างกายไม่ตื่นตัว					
13. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะ ตื่นมาในตอนเช้าและต้อง เผชิญกับวันที่ยุ่งยาก					
14. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกซึมเศร้าอย่างมาก					
15. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความ เครียดอย่างมาก					
16. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่หวนกลับมา สูบบุหรี่ใหม่ แม้จะหยุดสูบบุหรี่ไปได้ ระยะหนึ่ง					

ตัวอย่างแผนการสอน: โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด

ชื่อแผนการสอน	พิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืดและวิธีการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ปกครอง
ผู้เขียนแผน	นางสาววิชชุดา มากมาย นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้เรียน	ผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ของเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคลินิกโรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลา	การเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที
วัตถุประสงค์ ภายหลังจากกิจกรรมการสอน	
ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด	<ol style="list-style-type: none"> 1) มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด 2) ตระหนักถึงพิษภัยที่เกิดจากควันบุหรี่ทั้งต่อตนเองและเด็กป่วยโรคหืด 3) อธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้ 4) รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคและรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ 5) นำขั้นตอนการเลิกบุหรี่ไปปฏิบัติได้

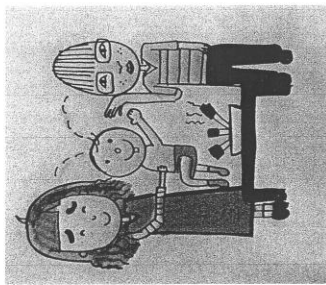
วัตถุประสงค์	แผนการให้ความรู้และเนื้อหา	กิจกรรม การสอน	สื่อการ สอน	เวลา	การ ประเมินผล
<p>การเข้าร่วม โปรแกรม ครั้งที่ 1</p> <p>1. ผู้ปกครอง สามารถ อธิบาย ความหมาย ของการสูบ บุหรี่มือสอง หรือการสัมผัส ควันบุหรี่มือ สองได้ถูกต้อง</p>	<p>1. บทนำ นำเข้าสู่บทเรียนโดยการถามผู้ปกครอง ว่า “คุณพ่อ คุณแม่ ทราบไหมคะ ว่าวัน บุหรี่มือสองคืออะไร และการสัมผัสควันบุหรี่ มือสองจะส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยโรคหืดได้ อย่างไรบ้าง” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ พื้นที่ความรู้ที่มีมา จากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากผู้ปกครอง และนำเข้าสู่เนื้อหา</p> <p>2. เนื้อหา การสูบบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) หรือการได้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบ (Passive smoking) หมายถึง การที่ไม่ได้สูบ บุหรี่แต่ได้รับเอาควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่เข้า ไปในร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้สูบ เองและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ควันบุหรี่ มือสอง ประกอบด้วย ควันสายหลัก (Mainstream Smoke) และ ควัน สาย ข้างเคียง (Side-stream Smoke) โดยควัน ที่ผู้สูบบุหรี่จากมวนบุหรี่เข้าไปในร่างกายแล้ว พ่นออกมานั้นคือ ควันสายหลัก ส่วนควัน สายข้างเคียง คือควันที่ลอยอยู่ในอากาศใน ระหว่างที่บุหรี่ถูกเผาไหม้หรือการสูบ ผู้ที่ได้รับ ควันบุหรี่มือสอง (SHS exposure) จะได้รับ สารพิษจากควันบุหรี่ทั้งจากควันควันสาย หลัก และควันสายข้างเคียงรวมกัน ดังนั้น ผู้ ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจึงได้รับสารพิษจาก ควันบุหรีมากกว่าตัวผู้สูบเอง.....</p>	<p>ผู้วิจัยเข้าสู่ เนื้อหา โดยการให้ ความรู้ เกี่ยวกับ การสูบ บุหรี่มือ สองหรือ การสัมผัส ควันบุหรี่ มือสอง</p>	<p>คู่มือพิช ภัยของ ควัน บุหรีมือ สองต่อ ภาวะ สุขภาพ เด็กป่วย โรคหืด</p>	<p>3 นาที</p> <p>5 นาที</p>	<p>- ผู้ปกครอง สนใจและ แลกเปลี่ยน ประสบ การณ์กับ ผู้สอนก่อน การสอน</p> <p>- ผู้ปกครอง บอก ความหมาย ของการสูบ บุหรีมือสอง หรือการ สัมผัสควัน บุหรีมือสอง ได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	แผนการให้ความรู้และเนื้อหา	กิจกรรม การสอน	สื่อการ สอน	เวลา	การ ประเมินผล
<p>การเข้าร่วม โปรแกรม ครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 3</p>	<p>1. บทนำ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสอบถามความพร้อมของผู้ปกครองก่อนการพูดคุยติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่บ้าน โดยซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้เล่าถึงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และความรู้สึกหลังการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากผู้ปกครอง และนำเข้าสู่เนื้อหา โดยในรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข ส่วนรายที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยให้กำลังใจและแสดงความยินดีกับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำได้ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ดังนี้</p>			10 นาที	- ผู้ปกครองสนใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สอนก่อนการสอน
<p>ผู้ปกครองสามารถบอก วิธีจัดการ อาการถอน นิโคตินด้วย ตนเองได้ ถูกต้อง</p>	<p>2. เนื้อหา ในช่วงสัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ เป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างมากในการต่อสู้กับความอยากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ได้ประมาณ 48-72 ชั่วโมง ร่างกายจะขับนิโคตินออกจากร่างกายได้หมด โดยปกติสมองของผู้สูบบุหรี่จะเคยชินกับการที่ถูกกระตุ้นโดยนิโคตินเมื่อเลิกสูบบุหรี่ในระยะแรกจึงทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการร่งงซึม ไม่มีสมาธิในการทำงาน อาการจะเป็นมากใน 2-3 วันแรกของการหยุดสูบบุหรี่ และต่อเนื่องจนถึง 7-10 วัน ดังนั้น จึงต้องมี.....</p>	<p>ผู้วิจัย แนะนำวิธี จัดการ อาการ ถอน นิโคติน ด้วยตนเอง</p>	<p>คู่มือการ เลิกบุหรี่ ด้วย ตนเอง สำหรับ ผู้ปกครอง เด็ก ป่วยโรค หืดที่ ผู้ปกครอง ได้รับ บ้านไป</p>	15 นาที	- ผู้ปกครองบอกวิธีจัดการอาการถอนนิโคตินได้เหมาะสมกับตนเองได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	แผนการให้ความรู้และเนื้อหา	กิจกรรม การสอน	สื่อการ สอน	เวลา	การ ประเมินผล
<p>การเข้าร่วม โปรแกรม ครั้งที่ 4</p> <p>ผู้ปกครอง สามารถบอก วิธีการป้องกัน การสูบบุหรี่ซ้ำ ได้ถูกต้อง</p>	<p>1. บทนำ</p> <p>ผู้วิจัยประเมินความตั้งใจและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ปกครอง โดยซักถามถึงภาวะสุขภาพทั้งของตนเองและเด็กป่วย สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่.....</p> <p>.....</p> <p>2. เนื้อหา</p> <p>ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว อาจจะมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้อีก ดังนั้นถ้าคุณผลออกไปสูบบุหรี่ซ้ำ คุณสามารถเริ่มต้นเลิกบุหรี่ได้ใหม่เสมอ แต่เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำได้อีก จึงมีวิธีการที่สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำได้ ดังนี้..</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3. สรุป</p> <p>การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่นั้นคุณเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่ต้องมีความตั้งใจจริง เชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ เชื่อมั่นว่าการเลิกบุหรี่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งต่อตนเองรวมถึงเด็กป่วยโรคหืด การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบของโรคหืดในเด็กได้ ผู้ปกครองเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยมากที่สุด ถ้าผู้ปกครองสามารถเลิกบุหรี่ได้ ก็จะช่วยลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืดได้เช่นกัน ดังนั้น ผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ควรมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ แต่ถ้าหากคุณผลกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ อย่าสิ้นหวัง ถ้าคุณตั้งใจจริงๆแล้ว คุณจะสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างแน่นอน</p>	<p>ผู้วิจัย สรุปผล ของการ ส่งเสริม สุขภาพต่อ พฤติกรรม การเลิก บุหรี่ของ กลุ่ม ตัวอย่าง</p>		<p>10 นาที</p>	<p>- ผู้ปกครองสนใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับการ์ตูนก่อนการสอน</p>

คู่มือ

พิษภัยของควันบุหรี่มือสอง ต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด



จัดทำโดย

นางสาววิชุดา มากมาย

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปริขางษ์

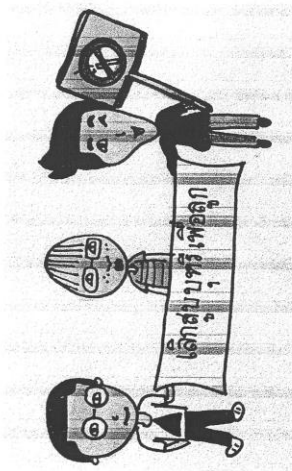
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีรัมย์

สารบัญ

	หน้า
การสูบบุหรี่มือสอง (Second Hand Smoke)	3
โทษของบุหรี่ต่อตัวผู้สูบบุหรี่	4
การสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็ก	5
พิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อภาวะสุขภาพเด็กป่วยโรคหืด	6
ผู้ปกครองควรทำอย่างไร เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในเด็กป่วยโรคหืด	9
เอกสารอ้างอิง	11

คู่มือ

การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง สำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหืด



จัดทำโดย

นางสาววิชุดา มากมาย

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมตตา ปรีชาวงษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ศรีรัมย์

สารบัญ

หน้า	
ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่	3
หลังเลิกสูบบุหรี่สุขภาพของผู้สูบบุหรี่จะดีขึ้นอย่างไรบ้าง	4
ขั้นตอนและวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง	6
ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมสำหรับวันเลิกบุหรี่	7
ขั้นตอนที่ 2 สร้างความเชื่อมั่นว่าคุณทำได้	12
ขั้นตอนที่ 3 เรียนรู้วิธีการเอาชนะอาการถอนนิโคติน	15
ขั้นตอนที่ 4 หากกำลังใจจากคนใกล้ชิด	19
ขั้นตอนที่ 5 เตรียมวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ	20
เอกสารอ้างอิง	24



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

คุณลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	สูบบุหรี่จัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน					
ใช่	5	20.00	7	28.00	12	24.00
ไม่ใช่	20	80.00	18	72.00	38	76.00
รู้สึกลำบากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่						
ใช่	6	24.00	2	8.00	8	16.00
ไม่ใช่	19	76.00	23	92.00	42	84.00
บุหรีมวนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด						
มวนแรกในตอนเช้า	15	60.00	14	56.00	29	58.00
มวนหลังกินข้าว	8	32.00	8	32.00	16	32.00
มวนหลังดื่มกาแฟ	2	8.00	0	0.00	2	4.00
มวนก่อนนอน	0	0.00	2	8.00	2	4.00
ขณะเข้าห้องน้ำ	0	0.00	1	4.00	1	2.00
ยังคงสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยต้องนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่						
ใช่	8	32.00	10	40.00	18	36.00
ไม่ใช่	17	68.00	15	60.00	32	64.00

จากตารางที่ 10 พบว่า ประมาณสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 76.0) ไม่ได้สูบบุหรี่จัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน มากกว่าสามในสี่ (ร้อยละ 84.0) ไม่รู้สึกลำบากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ และเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.0) ระบุว่าบุหรีมวนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด คือ บุหรีมวนแรกในตอนเช้า

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายคู่

คนที่	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
1	13	33.33	ระดับต่ำ	15	38.46	ระดับต่ำ
2	15	38.46	ระดับต่ำ	18	46.15	ระดับต่ำ
3	24	61.54	ระดับปานกลาง	25	64.10	ระดับปานกลาง
4	22	56.41	ระดับต่ำ	20	51.28	ระดับต่ำ
5	14	35.90	ระดับต่ำ	15	38.46	ระดับต่ำ
6	18	46.15	ระดับต่ำ	18	46.15	ระดับต่ำ
7	16	41.03	ระดับต่ำ	17	43.59	ระดับต่ำ
8	14	35.90	ระดับต่ำ	15	38.46	ระดับต่ำ
9	32	82.05	ระดับสูง	25	64.10	ระดับปานกลาง
10	17	43.59	ระดับต่ำ	16	41.03	ระดับต่ำ
11	24	61.54	ระดับปานกลาง	21	53.85	ระดับต่ำ
12	32	82.05	ระดับสูง	29	74.36	ระดับปานกลาง
13	28	71.79	ระดับปานกลาง	28	71.79	ระดับปานกลาง
14	27	69.23	ระดับปานกลาง	29	74.36	ระดับปานกลาง
15	30	76.92	ระดับปานกลาง	31	79.49	ระดับปานกลาง
16	23	58.97	ระดับต่ำ	23	58.97	ระดับต่ำ
17	17	43.59	ระดับต่ำ	18	46.15	ระดับต่ำ
18	15	38.46	ระดับต่ำ	16	41.03	ระดับต่ำ
19	21	53.85	ระดับต่ำ	19	48.72	ระดับต่ำ
20	17	43.59	ระดับต่ำ	19	48.72	ระดับต่ำ

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายคู่ (ต่อ)

คนที่	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
21	18	46.15	ระดับต่ำ	22	56.41	ระดับต่ำ
22	18	46.15	ระดับต่ำ	18	46.15	ระดับต่ำ
23	17	43.59	ระดับต่ำ	21	53.85	ระดับต่ำ
24	13	33.33	ระดับต่ำ	17	43.59	ระดับต่ำ
25	13	33.33	ระดับต่ำ	16	41.03	ระดับต่ำ
	$\bar{x} = 19.92$			$\bar{x} = 20.44$		
	SD = 6.055			SD = 4.857		

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีอยู่ในระดับสูง

คะแนน ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรีก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายคู่

คนที่	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
1	18	46.15	ระดับต่ำ	30	76.92	ระดับปานกลาง
2	16	41.03	ระดับต่ำ	36	92.31	ระดับสูง
3	17	43.59	ระดับต่ำ	36	92.31	ระดับสูง
4	15	38.46	ระดับต่ำ	36	92.31	ระดับสูง
5	21	53.85	ระดับต่ำ	36	92.31	ระดับสูง
6	13	33.33	ระดับต่ำ	27	69.23	ระดับปานกลาง
7	20	51.28	ระดับต่ำ	34	87.18	ระดับสูง
8	21	53.85	ระดับต่ำ	34	87.18	ระดับสูง
9	20	51.28	ระดับสูง	36	92.31	ระดับสูง
10	20	51.28	ระดับต่ำ	37	94.87	ระดับสูง
11	22	56.41	ระดับต่ำ	37	94.87	ระดับสูง
12	23	58.97	ระดับต่ำ	35	89.74	ระดับสูง
13	25	64.10	ระดับปานกลาง	38	97.44	ระดับสูง
14	20	51.28	ระดับต่ำ	35	89.74	ระดับสูง
15	25	64.10	ระดับปานกลาง	36	92.31	ระดับสูง
16	19	48.72	ระดับต่ำ	37	94.87	ระดับสูง
17	20	51.28	ระดับต่ำ	36	92.31	ระดับสูง
18	26	66.67	ระดับปานกลาง	37	94.87	ระดับสูง
19	24	61.54	ระดับปานกลาง	36	92.31	ระดับสูง
20	22	56.41	ระดับต่ำ	35	89.74	ระดับสูง

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ปกอน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายคู (ต่อ)

คนที่	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ป					
	กอนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
21	19	48.72	ระดับต่ำ	35	89.74	ระดับสูง
22	25	64.10	ระดับปานกลาง	35	89.74	ระดับสูง
23	23	58.97	ระดับต่ำ	36	92.31	ระดับสูง
24	16	41.03	ระดับต่ำ	38	97.44	ระดับสูง
25	17	43.59	ระดับต่ำ	37	94.87	ระดับสูง
	$\bar{x} = 20.28$			$\bar{x} = 35.40$		
	SD = 3.434			SD = 2.363		

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ปอยู่ในระดับสูง

คะแนน ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ปอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ปอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มวนแรกภายหลังตื่นนอน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก ภายหลังตื่นนอน		จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
2	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
3	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	11-20 มวน	11-20 มวน
4	31-60 นาที	31-60 นาที	11-20 มวน	11-20 มวน
5	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
6	31-60 นาที	31-60 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
7	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
8	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	11-20 มวน	11-20 มวน
9	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
10	มากกว่า 60 นาที	มากกว่า 60 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
11	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
12	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
13	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
14	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
15	5-30 นาที	5-30 นาที	11-20 มวน	11-20 มวน
16	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
17	มากกว่า 60 นาที	มากกว่า 60 นาที	11-20 มวน	11-20 มวน
18	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
19	มากกว่า 60 นาที	มากกว่า 60 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
20	มากกว่า 60 นาที	มากกว่า 60 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มวนแรกภายหลังตื่นนอน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คู่ที่	ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก ภายหลังตื่นนอน		จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
21	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
22	5-30 นาที	5-30 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
23	ภายใน 5 นาที	ภายใน 5 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า
24	5-30 นาที	5-30 นาที	11-20 มวน	11-20 มวน
25	31-60 นาที	31-60 นาที	10 มวน หรือน้อยกว่า	10 มวน หรือน้อยกว่า

ตารางที่ 14 แสดงคะแนน ร้อยละ และการแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนการรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่			คนที่	คะแนนการรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่		
	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล		คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
1	24	80.00	ระดับสูง	16	24	80.00	ระดับสูง
2	30	100.00	ระดับสูง	17	26	86.67	ระดับสูง
3	30	100.00	ระดับสูง	18	24	80.00	ระดับสูง
4	26	86.67	ระดับสูง	19	30	100.00	ระดับสูง
5	28	93.33	ระดับสูง	20	30	100.00	ระดับสูง
6	30	100.00	ระดับสูง	21	30	100.00	ระดับสูง
7	30	100.00	ระดับสูง	22	27	90.00	ระดับสูง
8	25	83.33	ระดับสูง	23	30	100.00	ระดับสูง
9	30	100.00	ระดับสูง	24	30	100.00	ระดับสูง
10	30	100.00	ระดับสูง	25	30	100.00	ระดับสูง
11	26	86.67	ระดับสูง				
12	30	100.00	ระดับสูง				
13	30	100.00	ระดับสูง				
14	30	100.00	ระดับสูง				
15	28	93.33	ระดับสูง				

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่
อยู่ในระดับสูง

คะแนน ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกบุหรี่
อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 15 แสดงคะแนน ร้อยละ และการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
เลิกบุหรีของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการเลิกบุหรี			คนที่	คะแนนการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการเลิกบุหรี		
	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล		คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
1	67	83.75	ระดับสูง	16	64	80.00	ระดับสูง
2	69	86.25	ระดับสูง	17	68	85.00	ระดับสูง
3	72	90.00	ระดับสูง	18	64	80.00	ระดับสูง
4	67	83.75	ระดับสูง	19	70	87.50	ระดับสูง
5	72	90.00	ระดับสูง	20	70	87.50	ระดับสูง
6	73	91.25	ระดับสูง	21	71	88.75	ระดับสูง
7	70	87.50	ระดับสูง	22	65	81.25	ระดับสูง
8	68	85.00	ระดับสูง	23	69	86.25	ระดับสูง
9	74	92.50	ระดับสูง	24	70	87.50	ระดับสูง
10	72	90.00	ระดับสูง	25	69	86.25	ระดับสูง
11	64	80.00	ระดับสูง				
12	69	86.25	ระดับสูง				
13	70	87.50	ระดับสูง				
14	74	92.50	ระดับสูง				
15	69	86.25	ระดับสูง				

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการเลิกบุหรีอยู่ในระดับสูง

คะแนน ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการเลิกบุหรีอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในการเลิกบุหรีอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน					
ภายใน 5 นาที	10	40.00	10	40.00	20	40.00
5-30 นาที	8	32.00	8	32.00	16	32.00
31-60 นาที	3	12.00	3	12.00	6	12.00
มากกว่า 60 นาที	4	16.00	4	16.00	8	16.00
สูบบุหรี่จัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน						
ใช่	5	20.00	7	28.00	12	24.00
ไม่ใช่	20	80.00	18	72.00	38	76.00
รู้สึกลำบากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่						
ใช่	6	24.00	2	8.00	8	16.00
ไม่ใช่	19	76.00	23	92.00	42	84.00
บุหรี่ยี่มวนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด						
มวนแรกในตอนเช้า	15	60.00	14	56.00	29	58.00
มวนหลังกินข้าว	8	32.00	8	32.00	16	32.00
มวนหลังดื่มกาแฟ	2	8.00	0	0.00	2	4.00
มวนก่อนนอน	0	0.00	2	8.00	2	4.00
ขณะเข้าห้องน้ำ	0	0.00	1	4.00	1	2.00

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ (ต่อ)

คุณลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					
10 มวนหรือน้อยกว่า	19	76.00	19	76.00	38	76.00
11-20 มวน	6	24.00	6	24.00	12	24.00
ยังคงสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยต้องนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่						
ใช่	8	32.00	10	40.00	18	36.00
ไม่ใช่	17	68.00	15	60.00	32	64.00

จากตารางที่ 16 พบว่า ร้อยละ 40.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มสูบบุหรี่มวนแรกภายในระยะเวลา 5 นาทีภายหลังจากตื่นนอน ประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 76.0) ไม่รู้สึกลำบากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.0) ระบุว่าบุหรี่มวนที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด คือ บุหรี่มวนแรกในตอนเช้า

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิชชุดา มากมาย เกิดวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2531 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2553 เข้าทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2554 ที่หอผู้ป่วยกุมาร ศัลยกรรม ตึก สก.14 เสาวภา เป็นเวลา 7 ปี ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยกุมารศัลยกรรม ตึก สก.14 เสาวภา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

