

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม
ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

จากรุวรรณ ไชยบุบผา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มิถุนายน 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จารุวรรณ ไชยบุบผา ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....*ภก.ภ. โสภณภพ*.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

.....*ดร.ด.*.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....*ดร.ว. เตียววิเศษ*.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ)

.....*ภก.ภ. โสภณภพ*.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

.....*ดร.ด.*.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

.....*นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี*.....กรรมการ
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....*ดร.น.จ. ไข่มงคล*.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไข่มงคล)

วันที่ *26* เดือน *สิงหาคม* พ.ศ. *2561*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์เวทิส ประทุมศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ คุณนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร และคุณสุคคณัย แสงสวัสดิ์ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่าตะเกียบ เพื่อนร่วมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านถึงแม้ไม่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้รับบริการ เลิกนุหรีทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพและสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณพ่อศักดิ์ชัย คุณแม่พุลศรี ไชยบุบผา และ เพื่อนๆ รหัส 57 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ด้วยความรัก ความห่วงใย และคอยช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่บุพการีบูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

จารุวรรณ ไชยบุบผา

57920198: สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ/ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน/ พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่/
ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย

จรรุวรรณ ไชยบุบผา: ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ
พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ (EFFECTS OF
MOTIVATIONAL ENHANCEMENT PROGRAM ON PERCEIVED SELF-EFFICACY AND
BEHAVIOR RELATED TO SMOKING CESSATION AMONG MALE CLIENTS AT THATAKIAB
HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D.
96 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยากในผู้ที่ติดบุหรี่ หากบุคคลเหล่านี้ได้รับการเสริมสร้าง การรับรู้
สมรรถนะแห่งตนและส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จะช่วยให้สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การ
วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนและพฤติกรรมเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัด
ฉะเชิงเทรา เพศชายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ
15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ คือ ได้ดื่มชาหญ้าดอกขาวและได้รับคำแนะนำรายบุคคล
กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โปรแกรม
ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ภายใ้นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง เครื่องมือรวบรวม
ข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่
และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา การทดสอบค่าทีแบบอิสระ และการวิเคราะห์การแปรปรวนแบบวัดซ้ำที่ทดสอบความแตกต่าง
รายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนน
พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ
คะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (การรับรู้สมรรถนะ: $\bar{X} = 28.60$,
 $SD = 8.87$; พฤติกรรม: $\bar{X} = 19.40$, $SD = 3.46$) และระยะติดตามผล 1 เดือน (การรับรู้สมรรถนะ:
 $\bar{X} = 36.40$, $SD = 6.12$; พฤติกรรม: $\bar{X} = 26.67$, $SD = 1.91$) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (การรับรู้
สมรรถนะ: $\bar{X} = 16.73$, $SD = 1.98$; พฤติกรรม: $\bar{X} = 10.87$, $SD = 1.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .001

จากผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนในการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรมเลิกบุหรี่ บุคลากรด้านสุขภาพควรรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการ
การช่วยให้ผู้ที่ติดบุหรี่สามารถลดและเลิกการสูบบุหรี่ได้

57920198: MAJOR IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: MOTIVATIONAL ENHANCEMENT PROGRAM/ PERCEIVED SELF-EFFICACY/
SMOKING CESSATION BEHAVIOR/ MALE CLIENTS RECEIVING SMOKING
CESSATION CURE

JARUWAN CHAIBUPHA: EFFECTS OF MOTIVATIONAL ENHANCEMENT PROGRAM ON
PERCEIVED SELF-EFFICACY AND BEHAVIOR RELATED TO SMOKING CESSATION AMONG
MALE CLIENTS RECEIVING SMOKING CESSATION CURE AT THATAKIAB HOSPITAL. ADVISORY
COMMITTEE: PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D., DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 96 P. 2018.

Cigarette smoking cessation among people with smoking addiction is not easy to achieve. Enhancement of their perceived self-efficacy and behavior toward smoking cessation may help them reduce or stop smoking. Purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of motivational enhancement program on perceived self-efficacy and behavior related to smoking cessation among male clients receiving smoking cessation program at Tatakiab hospital. Participants included 30 male smokers who met study inclusion criteria. They were randomly assigned into either experimental ($n = 15$) or control ($n = 15$) group. Control group received a routine care included drinking Vernonia Cinerea tea and having individual counseling. Experimental group received a routine care and motivational enhancement program. The program consisted of six 60-90 minute sessions within 3 weeks, 2 sessions each week. Data were collected by questionnaires of general information, perceived self-efficacy in smoking cessation, and smoking cessation behaviors. These questionnaires yielded Cronbach alpha of .86 and .93. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t -test, and repeated measure ANOVA with Bonferroni pairwise comparison.

Results revealed that immediate posttest and 1-month follow-up posttest mean scores of perceived self-efficacy in smoking cessation and smoking cessation behavior of experimental group were significantly higher than those in control group ($p < .001$). Comparing pre- and post-test mean scores of perceived self-efficacy in smoking cessation and smoking cessation behavior within experimental group, their immediate posttest mean scores (self-efficacy: $\bar{X} = 28.60$, $SD = 8.87$; behavior: $\bar{X} = 19.40$, $SD = 3.46$) and their 1-month follow-up mean scores (self-efficacy: $\bar{X} = 36.40$, $SD = 6.12$; behavior: $\bar{X} = 26.67$, $SD = 1.91$) were higher than those of pretest mean scores (self-efficacy: $\bar{X} = 16.73$, $SD = 1.98$; behavior: $\bar{X} = 10.87$, $SD = 1.55$) significantly ($p < .001$).

Findings support effectiveness of this motivational enhancement program in promoting perceived self-efficacy in smoking cessation and smoking cessation behaviors. Health care personnels could apply this program in order to assist addicted smokers to reduce or stop smoking.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
สถานการณ์การสูบบุหรี่	9
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่	23
โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	42
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
4 ผลการวิจัย	49
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
<p>ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน</p>	52
<p>ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA).....</p>	54
<p>5 สรุปและอภิปรายผล</p>	60
<p> สรุปผลการวิจัย</p>	60
<p> การอภิปรายผล</p>	61
<p> ข้อเสนอแนะ</p>	65
<p>บรรณานุกรม</p>	66
<p>ภาคผนวก</p>	74
<p> ภาคผนวก ก</p>	75
<p> ภาคผนวก ข</p>	77
<p> ภาคผนวก ค</p>	85
<p> ภาคผนวก ง.....</p>	92
<p>ประวัติย่อของผู้วิจัย</p>	96

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โดยหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน.....	50
2	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	52
3	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง.....	53
4	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน	53
5	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง.....	54
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	54
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	56
8	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	58
9	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน.....	59

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	การเกิดหลอกลมอึกเสบเรือรงและถูงลมโป่งพอง	11
3	ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพตึบหูร่	15
4	ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	23
5	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	24
6	ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
7	การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่.....	55
8	การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคนและคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงปีละประมาณ 10 ล้านคน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554) ในประเทศไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 11.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ร้อยละ 18.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีพิษภัยสูง ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงมากกว่า 25 ชนิด ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 5 ล้านคน หรือประมาณวันละ 13,600 คน ทุก ๆ 10 คนจะเสียชีวิต 1 คนด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เช่น การตายของโรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554) ในประเทศไทย พบว่า จากการรายงานภาระจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552 คนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ 48,244 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทย หรือเท่ากับทุก 1 ใน 8.6 ของคนไทยที่เสียชีวิตมีสาเหตุจากบุหรี่ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูบ ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในระยะของควันบุหรี่สูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วย โดยเมื่อได้รับควันบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งปอดมากกว่าคนสูบบุหรี่เป็น 2 เท่า เสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554) การได้รับควันบุหรี่แม้แต่เพียงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ ทำให้ผู้ที่เป่รณภูมิแพ้และโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ มีอาการกำเริบมากขึ้น (พรนภา หอมสินธุ์, 2558) การสูบบุหรี่นอกจากทำลายสุขภาพแล้ว ยังทำให้สูญเสียงบประมาณปีละหลายหมื่นล้านบาท สำหรับการรักษาโรคสำหรับผู้เจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (ประภิต วาทีสาชกกิจ, 2552) นอกจากนี้บุหรี่ยังก่อให้เกิดความสูญเสียที่ไม่สามารถคำนวณออกมาเป็นตัวเงินได้ ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนการสูญเสียเวลา กำลังกายและใจของญาติในการดูแลจากการสูบบุหรี่ การเจ็บป่วยจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัว (พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการรณรงค์ ควบคุมการสูบบุหรี่หลายรูปแบบ เช่น การออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ การขึ้นภาษีสรรพสามิต และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ อย่างไรก็ตามอัตราการสูบบุหรี่ก็ยังคงพบว่ามีอัตราที่สูง การสูบบุหรี่

เป็นโรคและพฤติกรรมที่ซับซ้อน ผู้สูบบุหรี่มักเคยพยายามหยุดสูบบุหรี่และสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ระยะเวลาหนึ่ง แต่ก็หวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำรอบ ซึ่งธรรมชาติของการเสพติดบุหรี่ มีลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ (Chronic remitting and relapsing disorder) ไม่ต่างจากการดำเนินโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น โรคหอบหืด โรคหัวใจ และโรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น การสูบบุหรี่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่จนเคยชิน ความต้องการพึงพิงทางจิตใจ และการติดสารนิโคตินของสมอง ผู้ป่วยจำนวนมากมักมีประสบการณ์ในการพยายามเลิกด้วยตนเองแต่ไม่ประสบความสำเร็จหลายครั้ง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

จากการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2554) ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ เรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเลิกบุหรี่ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หรือการมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมีผลสรุปของงานวิจัยพบในทางที่สอดคล้องกันว่า ผู้ที่มีความเชื่อมั่นสูงว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ มีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อมั่นต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ โดยหากมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ก็จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลในระดับปานกลางถึงระดับสูง สามารถประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่า ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ (วารกรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546; ศรีนัย กอสนาน, 2546)

ปัจจุบันการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ มีหลายรูปแบบ โดยแบ่งกระบวนการบำบัด ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การบำบัดโดยการให้ยา (Pharmacotherapy) เช่น การใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้หมากฝรั่ง แผ่นแปะ หรือการใช้ กลุ่มยาที่ไม่มีนิโคตินผสม ได้แก่ Bupropion, Varenicline และ Nortriptyline การใช้ยาในกลุ่ม สมุนไพร ได้แก่ หนุ่ยดอกขาว โปรงฟ้า มะขามป้อม เป็นต้น และ 2) การบำบัดแบบจิตสังคม (Psychosocial Intervention) นับว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน โดยมีรูปแบบหลักที่สำคัญอยู่ 4 รูปแบบ คือ 1) การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) 2) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) 3) การบำบัดเร่งรัด (Brief intervention) และ 4) การบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy) (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

การให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลท่าตะเกียบ มีอัตราผู้มารับบริการเลิกบุหรี่เพศชาย ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 100, 128 และ 140 คน ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มผู้เข้ารับ

บริการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ในการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลท่าตะเกียบ โรงพยาบาลจะซักประวัติ การสูบบุหรี่ ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการ ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ และพิษภัยของบุหรี่ มีการให้คำปรึกษารายบุคคล และมีการใช้ยาในกลุ่มยาสมุนไพร คือ ชาขงหนู่้าดอกขาวซึ่งมีสรรพคุณช่วยในการเลิกบุหรี่ได้ โดยในหนู่้าดอกขาวนี้จะมีโพแทสเซียมในเตรท ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้คลื่นไส้จนทำให้ไม่นึกอยากสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีสารนิโคตินผสมอยู่จาง ๆ สามารถช่วยลดอาการข้างเคียงจากการเลิกบุหรี่ได้แก่ ฐีสู้ออยากนุหรืออย่างรุนแรง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เกรียด เศร้าหดหู่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หิวบ่อย รับประทานอาหารจู้ขึ้น ท้องผูก (ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) อย่างไรก็ตามจากการติดตามผู้เข้ารับการบำบัดนุหรื พบว่า มีการกลับมาสูบบุหรืซ้ำสูง จากสถิติโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบอัตรากลับมาสูบบุหรืซ้ำปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 46, 52 และ 60 ตามลำดับ โดยสาเหตุของการกลับมาสูบบุหรืซ้ำ เนื่องมาจาก ความเคยชินเพื่อช้กชวนให้สูบ ขาดความเชื่อมั่นว่าตนจะเลิกนุหรืได้ ตลอดจนมีการติดสารนิโคตินค่อนข้างสูง

การเลิกสูบบุหรืเป็นสิ่งที่ยากในผู้มีอุปนิสัยเคยชินกับการสูบบุหรืเป็นประจำ ดังนั้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะทำให้เกิดพลัง และมีกำลังใจที่แน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรืจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้สูบบุหรืเลิกนุหรืด้วยตนเองจะมีอัตราความสำเร็จ ร้อยละ 5-7 และผู้สูบบุหรืได้รับการช่วยเหลือโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะสามารถเลิกนุหรืได้สำเร็จถึงร้อยละ 38-52 (รณชัย คงสกนธ์, 2550) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า ถ้าผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้รับบริการจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และนำไปสู่การเลิกสูบบุหรืในที่สุด (Miller & Rollnick, 1995) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จะอิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and DiClemente (1984) ซึ่งนักวิจัยได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัญหาการสูบบุหรื ตลอดจนช่วยในการสำรวจค้นหา และแก้ไขความลังเลใจ (Ambivalence) ของตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรืได้ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และยังมีส่วนช่วยให้มองเห็นปัญหาเกิดขึ้นในปัจจุบัน ตลอดจนสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาได้ในอนาคต (Miller & Rollnick, 1995) ผู้สูบบุหรืที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้เกิดความมั่นใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกนุหรืได้ (วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1997) เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ดังนั้นถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงที่จะเลิกบุหรี่ ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบการศึกษาของ สุนทร ศรีโกสย (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพท์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ติดสุราที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศา แยมศรี, วันทนา ภูมิศรีวงศ์กุล และอรสา พันธภัทติ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ในผู้มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ปกติ สอดคล้องกับ การศึกษาของ รุจิรา หวังมัน (2557) การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ พบว่าการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ทำให้ผู้รับบริการหยุดสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาททำให้การปฏิบัติหน้าที่คลินิกเลิกบุหรี่ จึงเห็นความสำคัญที่จะนำรูปแบบการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ มาช่วยในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้รับบริการซึ่งหากผู้รับบริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ก็จะสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งในการลดการสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ลดความสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ลดภาระการใช้เวชภัณฑ์ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ชาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรีสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรีระยะก่อนการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

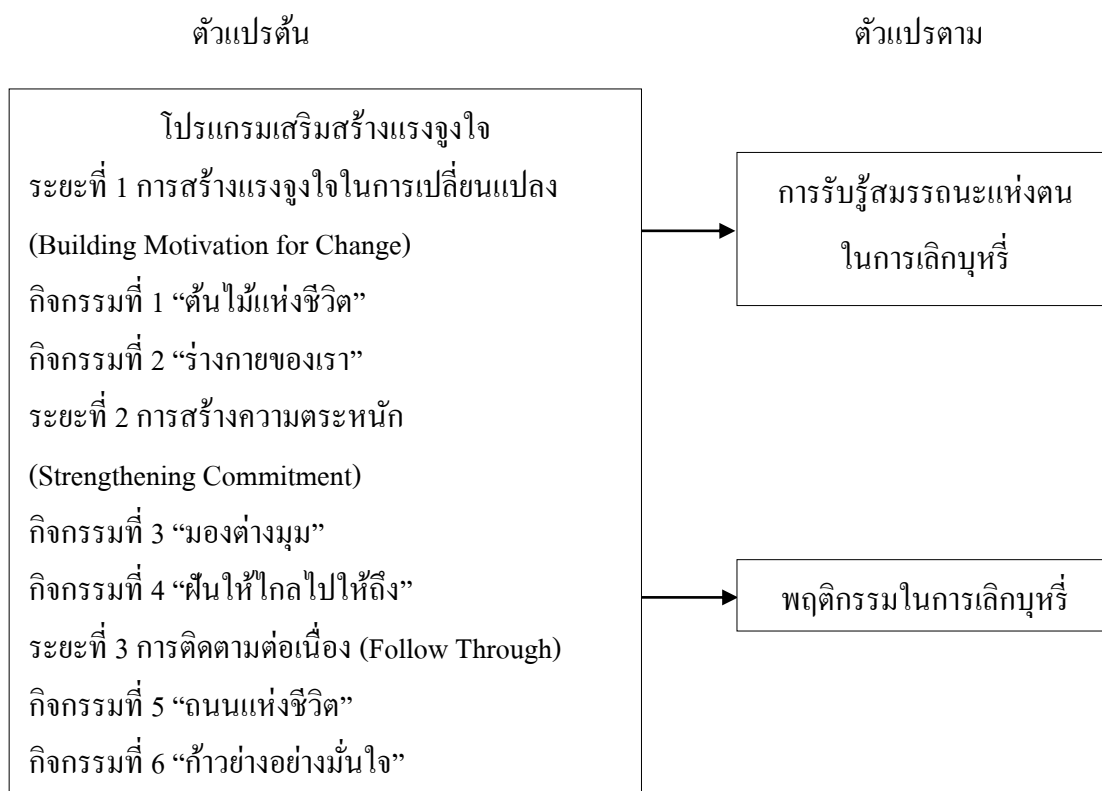
กรอบแนวคิดของการวิจัย

การสูบบุหรีเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน ผู้สูบบุหรีมักมีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี และสามารถหยุดสูบบุหรีได้ระยะหนึ่ง แล้วก็หวนกลับมาสูบบุหรีซ้ำอีก โดยพบว่า ผู้สูบบุหรีมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการที่จะเลิกบุหรี ซึ่งการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy) เป็นวิธีการที่ได้ผลดีอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) ซึ่งจากการศึกษาของกลุ่มนักวิจัยโครงการ Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (Project MATCH Research Group, 1996) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ติดสุรา โดยทำการเปรียบเทียบผลการบำบัด 3 วิธีด้วยกัน พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง สามารถเพิ่มจำนวนวันหยุดดื่มสุราร้อยละ 76.4 การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนและการบำบัดปรับความคิดพฤติกรรม จำนวน 12 ครั้ง สามารถเพิ่มจำนวนวันหยุดดื่มสุราเท่ากับร้อยละ 66 โดยมีการติดตามผลระยะ 3 ปีหลังการบำบัด พบว่าทั้ง 3 วิธีมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ที่ติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มที่ลดลง (Holder, Cisler, Longabaugh, Stout, Treno ,& Zweben, 2000)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนา โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1995) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการเลิกบุหรีแบบค่อยเป็นค่อยไป เป็นการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) สร้างความรู้สึกให้รับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้

(Self-efficacy) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการ ทำให้เกิดความมั่นใจการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ซึ่งหากผู้รับบริการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ก็จะทำให้ผู้รับบริการสำรวจตนเองกับสาเหตุของการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในและค่านิยมสัญญา เมื่อผู้รับบริการมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ก็จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สูง โดยมุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ภายใต้ท่าทีที่แสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathetic therapeutic style) (ดวงดาว ไวยปราชญ์, 2552)

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีบทบาทในการช่วยเหลือ ส่งเสริมการแสดงออกสนับสนุนและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม ให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งในการทำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก (Commitment strengthening) เพื่อให้ตระหนักที่จะเลิกสูบบุหรี่ตลอดจนมีความหนักแน่นมากขึ้น ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ได้ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายที่มารับบริการเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 30 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้รับบริการ หมายถึง ชายไทยที่มาลงทะเบียนและรับบริการคลินิกเลิกบุหรี่เป็นครั้งแรก ในโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ หมายถึง รูปแบบการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการบำบัดของ Miller and Rollnick (1995) โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้ผู้รับบริการได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมนี้

แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้รับบริการที่เข้าร่วมในการวิจัย เพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานที่ และการทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ที่พัฒนาโดย จิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ หมายถึง ความมั่นใจของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำ จัดการ หรือควบคุมเหตุการณ์ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ที่พัฒนาโดย จิราภรณ์ เนียมกฤษช (2548)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรทางสุขภาพจัดให้มีขึ้นสำหรับผู้ที่มาใช้บริการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและจูงใจในการเลิกบุหรี่รายบุคคล และการค้นหาขงหญิงคอกขาว การวิจัยครั้งนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมและนำเสนอรายละเอียดเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่
3. โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ

สถานการณ์การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10 ล้านคน (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ประเทศไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 54.8 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.7 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 18.4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการสูบบุหรี่ปี พ.ศ. 2556 กับปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ในเพศชายเพิ่มจาก ร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 40.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์อย่างน้อย 25 โรค เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอด (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554) ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 5 ล้านคน หรือประมาณวันละ 13,600 คน ทุก ๆ 10 คนจะเสียชีวิต 1 คนด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เช่น การตายของโรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2554) ในประเทศไทย พบว่า จากการรายงานภาระจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2552 คนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ 48,244 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทยหรือเท่ากับ ทุก 1 ใน 8.6 ของคนไทยที่เสียชีวิตมีสาเหตุจากบุหรี่ โดยการเสียชีวิตจากบุหรี่เกิดจากโรคถุงลมโป่งพองมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง มะเร็งหลอดอาหาร และระบบทางเดินหายใจส่วนบน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สารพิษในควันบุหรี่

สารพิษในควันบุหรี่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ ซึ่งเป็นเสมือนหนึ่ง โรงงานสารเคมีเล็ก ๆ โรงหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดละออง หมอกควันและก๊าซ ควันบุหรี่มีสารประกอบทางเคมีประมาณ 4,000 ชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารพิษ โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม และทำให้เกิดมะเร็งที่สำคัญ (รักษา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สิริยะพรหม, 2550) ได้แก่

1. นิโคติน (Nicotine) ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองเป็นทั้งตัวกระตุ้นและกดประสาท ส่วนกลาง ซึ่งออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองภายใน 7-10 วินาที หลังได้รับเข้าสู่ร่างกาย และออกฤทธิ์นาน 5-120 นาที (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552; Nisell, Nomikos & Svensson, 1995) ร้อยละ 95 ของสารนิโคตินจะไปจับที่ปอดบางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด กระตุ้นให้มีการหลั่งสารก่อความสุข เช่น เอ็นโดฟิน (Endopine) โดปามีน (Dopamine) และยังมีผลต่อต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการหลั่งของสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนและขาหดตัว ไชมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้โคตินยังช่วยในการลดความเครียด ลดความวิตกกังวล และอาการเบื่อหน่าย (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2552; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และธรรชัช คงสกนธ์, 2552; VanderKaay & Patterson, 2006)

2. ทาร์ (Tar) หรือน้ำมันดิบ ทาร์มีลักษณะเป็นละอองเหนียว สีน้ำตาล โดยประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิด ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ใบยาสูบ กระจายมวน และส่วนประกอบอื่น ๆ โดยละอองของทาร์จะเข้าไปติดอยู่ตามทางเดินหลอดลม และถุงลมปอด โดยประมาณ ร้อยละ 50 ของทาร์ที่จับอยู่ที่ปอด และเมื่อทาร์ร่วมกับฝุ่นต่าง ๆ ที่หายใจเข้าไปขังในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็งปอด และมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ ได้ (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และธรรชัช คงสกนธ์, 2552)

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ โดยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจน จึงขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้ได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้รู้สึกมึนงง ตัดสินใจช้าเห็น้อย่างง่าย (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogendioxide) เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง โดยไปทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม

5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogencyanide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยดักสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งผล

จากการได้รับก๊าซชนิดนี้ ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจ และผนังหลอดเลือด

6. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2550)

7. สารกัมมันตรังสี (Radioactive) ควันบูรีมีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟา (Alpha) อยู่เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และในควันบูรีที่มีสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2550)

ผลกระทบของการสูบบุหรี่

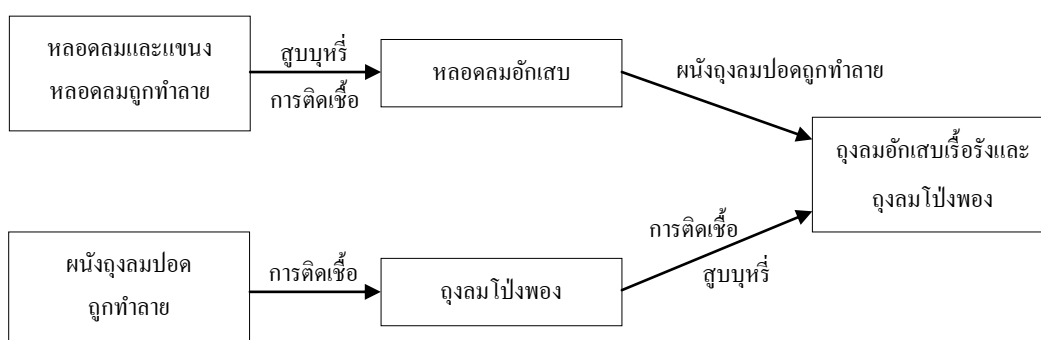
การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ ทั้งต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง ตลอดจนยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

1. ผลกระทบทางสุขภาพ บุหรี่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยสามารถสรุปโรคที่เกิดจากบุหรี่ได้ดังนี้

1.1 ระบบทางเดินหายใจ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases [COPD])

เป็นชื่อที่เรียกรวมอาการของโรคปอดชนิดที่เกิดกับถุงลมคือ โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพองเป็นภาวะที่ถุงลมปอดบริเวณปลายแขนงหลอดลม (Bronchioles) โป่งออกและเซลล์บุผนังถุงลมถูกทำลาย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง (รัชนา สานติยานนท์ และคณะ, 2550)

จำนวนพื้นผิวของถุงลมมีจำนวนลดน้อยลง ออกซิเจนที่เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อไปเลี้ยงร่างกายจึงลดลง ส่งผลให้ต้องหายใจเร็วขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ ทำให้หายใจหอบเหนื่อยง่ายแม้เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือดที่จะนำไปสู่การเกิดหัวใจตีบ คือเกิดเส้นเลือดแข็ง ผนังเส้นเลือดหนา เกิดเลือดจับตัว เส้นเลือดหัวใจหดตัว หัวใจเต้นไม่ปกติ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ทำให้เกิดอาการจุกเสียด เจ็บหน้าอกเวลาออกกำลังกาย ในที่สุดหัวใจอาจจะเกิดภาวะขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายได้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549 อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2551) นอกจากนี้หากเกิดพยาธิสภาพดังกล่าวกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้เกิดสมองขาดออกซิเจน มีความจำเสื่อม หากรุนแรงอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Accident [CVA]) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน หรือเกิดความพิการแขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต (ทศนา บุญทอง, 2551)

1.3 ระบบต่อมไร้ท่อ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) สารเคมีในควันบุหรี่ ทำให้เกิดการต้านอินซูลิน (Insulin resistance) และเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะต้านอินซูลินจะไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้ ถึงแม้จะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง ภาวะนี้จะทำให้ปริมาณของไขมันในอวัยวะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง หรือการเกิดพิษ (Toxic) ต่อเนื้อเยื่อตับอ่อน โดยตรง ในผู้ที่สูบบุหรี่สารเคมีในควันบุหรี่ยังมีผลโดยตรงคือการขัดขวางกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ผลทางอ้อมคือทำให้สารเคมีในเลือดเปลี่ยนแปลง หรือการลดปริมาณการไหลเวียนในหลอดเลือด (รัชนา สานติยานนท์ และคณะ, 2550)

1.4 โรคมะเร็ง มีการศึกษาพบว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง โดยผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะมะเร็งปอด นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในปาก เนื่องจากการระคายเคืองเนื้อเยื่อในปาก และริมฝีปากจากสารที่อยู่ในบุหรี่ และความร้อนที่เกิดในขณะสูบบุหรี่เข้าไป โดยมีโรคมะเร็งดังต่อไปนี้

มะเร็งปอด (Lung cancer) จะพบสาร Polycyclic aromatic hydrocarbon เป็นสารเคมีก่อมะเร็งที่มีความแรงมากที่สุด โดยสารกลุ่มนี้อยู่ในควันบุหรี่ เช่น Benzopyrene เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเมตาบอลิซึม โดย Cytochrome P450, Prostaglandin H Synthetase และ Epoxide hydrolase ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่สร้างจากตับ สาร Epoxide intermediates ที่จับกับ DNA เป็นสิ่งที่บ่งชี้การได้รับ Polycyclic aromatic hydrocarbon การได้รับสารชนิดนี้เป็นปัจจัยทำให้เกิดมะเร็งปอดและมะเร็ง

กระเพาะปัสสาวะ Benzopyrene ทำให้มีการกลายพันธุ์ของ p53 Tumor Suppressor Gene ในคนที่ เป็นมะเร็งปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่จะมีการกลายพันธุ์แบบ G:C ----> T: A Transversion (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ระดับของน้ำมันดินที่ตกลงในควันบุหรี่ทำให้ ควันบุหรี่เบาขึ้น สารพิษและสารก่อมะเร็งต่าง ๆ สามารถเคลื่อนตัวเข้าไปจับในเนื้อเยื่อปอดได้ไกล มากขึ้น ทำให้พบมะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma ได้มากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรัชชัช คงสกันธ์, 2552)

มะเร็งหลอดอาหาร (Carcinoma of The Esophagus) การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร ปริมาณการสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่สูบ แปรตามความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ในควันบุหรี่มี Polycyclic Aromatic Hydrocarbons ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง การรับประทานอาหารที่มี สารก่อมะเร็งร่วมกับการสูบบุหรี่ ยิ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

มะเร็งกล่องเสียง (Carcinoma of The Larynx) การได้รับควันบุหรี่เป็นสาเหตุให้เซลล์ เยื่อกล่องเสียงเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเป็นเซลล์มะเร็ง ถึงแม้ว่าจะเป็นระยะที่มะเร็งปรากฏ ชัดเจนแล้วก็ตามหากหยุดสูบบุหรี่ เซลล์จะหยุดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

1.5 ระบบอื่น ๆ ของร่างกาย

นอกจากโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการได้รับสารพิษจากบุหรื่อดังกล่าวข้างต้นแล้ว สารพิษ ในบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพในเกือบทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ การเสื่อม สมรรถภาพทางเพศ เป็นหมัน ภาวะลูกพรุน ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ แผลในกระเพาะอาหาร โรคตา ต้อกระจก จอตาเสื่อม ปริทันต์ แผลในปาก ริวรอยบนใบหน้า แผลหายใจ อายุสั้น เกิดความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ทัศนา บุญทอง, 2551)

2. ผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่มิได้เกิดแก่ตัวผู้สูบบุหรี่เองเท่านั้น แต่ผู้ที่ได้รับ ควันบุหรี่จากผู้อื่นก็ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ ที่เรียกว่าควันบุหรี่มือสอง (Second hand smoke) ด้วยเช่นกัน (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551) โดยผู้ที่สูดดมควันบุหรี่เข้าไปสามารถเป็นมะเร็งได้ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่เพียงระยะเวลาสั้น ๆ ก็ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย ทำให้เป็นโรคมะเร็งปอด โรคหอบหืดและโรค ปอดเรื้อรังอื่น ๆ มีอาการกำเริบมากขึ้น ในผู้ที่เป็โรคหัวใจจะทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง ยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก พบว่า ควันบุหรี่ทำให้การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ลดลง ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่าง

คลอดหรือเกิดความพิการแต่กำเนิด พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืดและไหลตายในเด็ก (Sudden infant death syndrome) (พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจสังคม

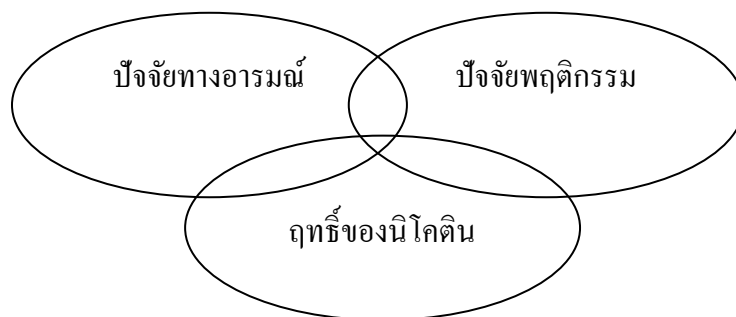
บุหรีถือเป็นสินค้าที่สิ้นเปลือง ไม่ก่อประโยชน์กับร่างกาย และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจให้กับตัวผู้สูบบุหรีเองและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติด้วย จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า การสูบบุหรีทำให้มีสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกประมาณ 8 ล้านบาทต่อปี (รัชนา สานติยานนท์ และคณะ, 2550) ในประเทศไทยจากการรายงานภาวะสังคมไทยช่วงไตรมาสที่ 1 ของปี พ.ศ. 2555 โดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2555) พบว่า ครัวเรือนไทยมีค่าใช้จ่ายจากการบริโภคบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 5,613 ล้านบาท จาก 5,408 ล้านบาท ในไตรมาสเดียวกันของปีที่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ สติกร พงศ์พานิช (2550) ที่วิเคราะห์เปรียบเทียบรายรับของรัฐที่ได้รับจากภาษีบุหรีกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสำคัญที่เกิดจากการสูบบุหรี ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคถุงลมโป่งพอง พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทั้งสามนี้สูงกว่ารายรับของรัฐที่จัดเก็บได้จากภาษีบุหรี และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตอย่างชัดเจน

นอกจากบุหรีจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่คิดเป็นตัวเงินได้แล้ว บุหรียังก่อให้เกิดความสูญเสียที่ไม่สามารถคำนวณออกมาเป็นเงินได้ ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี การสูญเสียเวลา กำลังกายและใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี ความเจ็บปวดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัว การสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าที่ไม่สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและประเทศชาติได้ (พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

กลไกการติดบุหรี

การที่บุคคลหนึ่งจะเกิดการเสพติดบุหรีได้นั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายด้านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการแบ่งปัจจัยในการเสพติดบุหรีออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยการเสพติดอาจเกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรืออาจเกิดจากกลไกทั้งสองหรือทั้งสามกลไกก็ได้ (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

การเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน

สมองส่วนที่อยู่ชั้นใน Limbic system เป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ จะมีบริเวณที่ทำหน้าที่การรับรู้ เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเป็นสุขใจ ซึ่งเรียกบริเวณนี้ว่า Brain reward pathway จะมีการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ โดย Brain reward pathway จัดเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิด รวมถึงบุหรี่ด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) เมื่อมีการสูดดมควันบุหรี่เข้าไปนิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือด และจะเข้าสู่สมองภายใน 10 วินาที นิโคตินไปออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับตัวรับ คือ Nicotinic acetylcholine receptor ในสมองส่วนที่เรียกว่า Ventral Tegmental Area [VTA] โดยจะทำการส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วน Nucleus accumbens (Shell Region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาท Dopamine สาร Dopamine ที่สมองส่วน Nucleus accumbens นี้ทำหน้าที่สำคัญในการทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกมีความสุขสบายใจ อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจในการทำงานหรือมีการวางแผนงานต่าง ๆ ได้ดีมากขึ้น รู้สึกว่าความเครียด ความกดดันต่าง ๆ ลดลง ตื่นตัวมากขึ้นตลอดจนยังลดความอยากอาหารได้ นอกจากนี้ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ ในบุหรี่ที่ทำให้เกิดการเสพติดนอกเหนือจากนิโคติน เช่น 1, 2, 3, 4 -Tetrahydroisoquino [THIQ] และ 1, 2, 3, 4 -Tetrahydro-Betacarboline [TH β C] สารประกอบเหล่านี้จะไปยับยั้งเอนไซม์ MAO-A, MAO-B ซึ่งโดยปกติจะมีหน้าที่เผาผลาญสารสื่อประสาท Dopamine, Norepinephrine, Serotonin ส่งผลทำให้มีสารเหล่านี้เพิ่มขึ้นในสมอง และ Endocannabinoid System [ECS] เป็นอีกระบบหนึ่ง ที่ยังมีหน้าที่ควบคุมการหลั่งสาร Dopamine ในสมอง โดยการที่สูบบุหรี่ทำให้ ECS ทำงานมากขึ้น ส่งผลทำให้เพิ่มการหลั่งสาร Endocannabinoids [ECBs] จาก Dopaminergic Neuron โดย ECBs ที่ปลดปล่อยออกมานั้นจะไปจับกับ Cannabinoid type 1 (CB-1) receptor ที่ GABA Neuron ส่งผลทำให้เกิดกระบวนการยับยั้ง GABA Neuron ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทแบบยับยั้งไม่ให้หลัง GABA ออกมาที่ปลายประสาทจึงเกิดการยับยั้งมากขึ้น ทำให้ Dopaminergic neuron เกิด

การหลั่งสาร Dopamine ออกมาอย่างมากมาย ทำให้ผู้เสพยาหรือเกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อย ๆ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2550)

นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทอื่น ๆ ออกจากปลายประสาทของตัวเอง อีกด้วย ทำให้ผู้ติดบุหรี่เกิดความพึงพอใจ เช่น Norepinephrine ทำให้เกิดการตื่นตัว มีพลัง ลดความรู้สึกซึมเศร้า ลดความอยากอาหาร Acetylcholine ทำให้เกิดการตื่นตัว ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิดีขึ้น Serotonin ทำให้รักษาระดับอารมณ์ต่าง ๆ ได้ดี ลดความอยากอาหาร Glutamate และ Vasopressin ทำให้เพิ่มความจำ GABA และ Beta-endorphin ช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดเมื่อหยุดสูบบุหรี่ สารสื่อประสาทเหล่านี้ ส่งผลทางบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้เสพยาหรือเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ลดความวิตกกังวล ความจำ และสมาธิดีขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานจะมีอาการคือต่อนิโคติน (Nicotine tolerance) ทำให้ต้องการนิโคตินใน ปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายนัก จากการศึกษาพบว่า ผู้ติด บุหรี่จะสูบบุหรี่ทุก 30-60 นาที เพื่อรักษาระดับนิโคตินในเลือดที่ (VanderKaay & Patterson, 2006) เมื่อปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้ลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไป และเกิดอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) โดยจะมีอาการกระวนกระวาย ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย นอนหลับยาก น้ำหนักขึ้น ท้องผูก เป็นต้น ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จึงต้อง การสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคตินนี้ ทำให้สมองเกิดอาการเคยชิน จากการได้รับสารนิโคติน และเกิดการเสพติดนิโคตินในที่สุด อาการถอนนิโคตินมักเกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากอดบุหรี่ โดยอาการจะเกิดมากในช่วง 4 วันแรก แล้วจะค่อย ๆ ลดลงภายใน 3-4 สัปดาห์ แต่อาการหิวบุหรี่ หิวบ่อย น้ำหนักขึ้นอาจใช้เวลามากถึง 6 เดือนหรือมากกว่านั้น (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2550)

การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูบบุหรี่เสพติดบุหรี่ เพราะจิตใจในผลของสารนิโคติน ซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลด ความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิมากขึ้น และทำให้รู้สึกสดชื่น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกดีต่าง ๆ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

การเสพติดของพฤติกรรมและสังคม

ผู้สูบบุหรี่มักมองในมุมมองในเชิงบวก เนื่องจากผู้สูบบุหรี่สามารถนำไปใช้เพื่อสร้าง สัมพันธภาพในสังคมได้จากการเสพติดพฤติกรรม ที่ทำอยู่เป็นประจำของผู้สูบบุหรี่ที่จะต้องหยิบ บุหรี่มาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น หลังตื่นนอน หลังรับประทานอาหาร ระหว่างรับประทานอาหารหรือกาแฟ และระหว่างดื่มเหล้า (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

แนวทางการรักษาและการบำบัดในการเลิกบุหรี่

แนวทางการรักษาผู้ที่เสพยาติดยาหรือนิโคตินให้ได้ผลดีนั้นควรทำเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย จากนั้นก็พยายามชักจูงให้ผู้ป่วยเห็นพิษภัยร้ายของบุหรี่ และตัดสินใจเลิก เมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ บุคลากรทางสุขภาพควรให้การสนับสนุนในการรักษาอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการให้คำแนะนำปรึกษา การให้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่ชนิดต่าง ๆ และการติดตามอาการเป็นระยะ ๆ ทั้งสามประการนี้ถือเป็นหัวใจหลักในการบำบัดรักษาผู้ที่เลิก สูบบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ

การรักษาที่ต้องการเลิกบุหรี่ พบว่ามากกว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูบบุหรี่ ล้มเหลวในการพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง โดยที่คนส่วนใหญ่มักจะกลับไปสูบบุหรี่ ภายในเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากเลิกบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีคุณสมบัติของการเสพติดไม่ต่างจากสารเสพติดชนิดอื่นจึงใช้แนวคิดของ National Institute of Drug Abuse ในสหรัฐอเมริกา ได้ทำการวิจัยและสรุปหลักในการรักษาผู้ติดยา (รณชัย คงสกนธ์, 2550) ดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัดควรพร้อมที่จะให้การรักษาได้ตลอด เพราะ โอกาสที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจจะรักษานั้นมีไม่บ่อยนัก
2. การรักษาโดยสมัครใจดีกว่าการถูกบังคับ แต่ผลสำเร็จของการรักษาไม่ได้ถูกกำหนดจากปัจจัยนี้ปัจจัยเดียวเท่านั้น และในระหว่างการรักษา ผู้รักษาสามารถสร้างแรงจูงใจหรือความตั้งใจในผู้ป่วยให้เกิดขึ้นได้
3. การหายเป็นเรื่องที่ใช้เวลาและอาจต้องเข้าโปรแกรมบำบัดหลายครั้ง แต่ละครั้งของการกลับไปเสพติด จะทำให้ผู้ป่วยและผู้รักษาเข้าใจปัญหา และข้อจำกัดของการรักษาได้ดีขึ้น
4. โปรแกรมการรักษาควรมีระยะเวลาที่ยาวนานพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวของผู้ป่วยได้
5. ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างและต้องการ โปรแกรมการรักษาหรือการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป
6. การ Monitor การใช้ในระหว่างการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง
7. การให้ยาจำเป็นในผู้ป่วยบางราย ซึ่งการรักษาต้องมีองค์ประกอบของการให้คำปรึกษาและการรักษาแบบ Cognitive behavior ร่วมด้วย
8. ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย การรักษาจึงไม่ใช่เป็นเรื่องของการรักษาการติดยาแต่เพียงอย่างเดียว
9. ในกระบวนการของการรักษาย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในผู้ป่วย ผู้รักษาจึงต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นร่วมกับการปรับแผนการรักษาเป็นระยะ

ในการดูแลผู้สูบบุหรี่ควรทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เนื่องจากผู้สูบบุหรี่พบว่ามีสาเหตุจากหลายปัจจัย คือ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม การดูแลผู้ป่วยร่วมกันจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ได้อย่างครอบคลุม ทำให้การเลิกสูบบุหรี่เป็นไปได้โดยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดการกลับมาใช้ซ้ำ (Relapse) ได้ (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

หลักการรักษาผู้สูบบุหรี่

หลักการรักษาผู้สูบบุหรี่ประกอบด้วยขบวนการรักษา 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (Preadmission) เป็นระยะที่ผู้รักษาประเมินประเมินความพร้อมทั้งบันทึกปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ในส่วนนี้มักจะเป็นการพูดคุยเพื่อโน้มน้าวผู้ป่วยให้เห็นประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ และสร้างความมุ่งมั่นในการหยุดสูบบุหรี่ โดยอาศัยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างความตั้งใจ (Motivation interview or Motivation enhanced therapy or Brief intervention) เป็นเสมือนบทนำในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา ประกอบด้วย

1.1 ประเมินปัญหาสุขภาพและโรคแทรกที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ยากขึ้น การตรวจพบและทำการรักษาจะช่วยให้การหยุดสูบบุหรี่ได้ผลสำเร็จมากขึ้น

1.2 ประเมินความตั้งใจในการหยุดสูบบุหรี่ ประเมินแรงจูงใจที่นำมาสู่การรักษา เคยรักษามาก่อนหรือไม่ ด้วยวิธีใด ได้ผลหรือไม่อย่างไร นำมาพิจารณาเพื่อช่วยในการสร้างแรงจูงใจสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การกินอาหาร การสูบบุหรี่ เริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว ไม่ตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่ ไม่ได้ตั้งใจหยุดสูบบุหรี่ (Pre-contemplation) ไปสู่การเริ่มมีความคิดที่อยากหยุดสูบบุหรี่ (Contemplation) จนกระทั่งให้เข้าสู่ระยะตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่ (Determination) จากนั้นเกิดการลงมือปฏิบัติเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ (Action) และพยายามที่จะคงการเปลี่ยนแปลงนั้นไว้ (Maintenance) วิธีการสร้างแรงจูงใจทำได้โดย การสัมภาษณ์เพื่อสร้างความตั้งใจ (Motivational interview) และ Brief Intervention รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 Motivational interview เป็นแนวทางในการช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงปัญหาหรือประเด็นที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตนเองในบรรยากาศการช่วยเหลือ ประคับประคองมากกว่าที่จะเป็นการกล่าวอ้างเหตุผลหรือบังคับ โดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจจากภายในตัว บุคคลเองไม่ใช่กำหนดหรือบังคับจากผู้อื่น

1.2.2 Brief intervention เป็นแนวทางที่ใช้กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและคำมั่นสัญญา (Commitment) ที่จะลดหรือเลิกการสูบบุหรี่ เริ่มด้วยการพูดคุยถึงปริมาณบุหรี่ที่สูบ ความถี่ในการสูบ ความเสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา โดยให้ผู้ป่วยทบทวนทั้งผลดี

และผลเสียจากการสูบบุหรี่จากนั้น เชื่อมโยงประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา นำมาซึ่งความรู้สึกรู้สึกขัดแย้งระหว่างการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่กับผลที่เกิดตามมาทั้งในปัจจุบัน และอนาคตจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่น ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเอง

1.3 ประเมินสภาพและพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยประเมินจากขนาดที่ใช้ประมาณ วันละเท่าใด ใช้เวลาใดบ้าง สถานการณ์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่คืออะไร เช่น สถานที่ที่สูบบุหรี่ บุคคลที่สูบบุหรี่ด้วยกันเป็นประจำ สภาพอารมณ์แบบใดที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.4 ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม สภาพภายในครอบครัว การงานหรือการเรียนของผู้รับบริการ การใช้เวลาวางว่ามีผลในการจูงใจหรือผลักดันให้เกิดการสูบบุหรี่หรือไม่

1.5 ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ อาการขาดนิโคติน ขบวนการรักษาการเลิกบุหรี่ และให้ข้อมูลพื้นฐานที่ผู้รับบริการควรทราบ เช่น ความจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่เพราะอะไร อาการจากการเลิกบุหรี่จะรุนแรงสูงสุดภายในภายใน 1-3 สัปดาห์ หลังการหยุดสูบบุหรี่ การกลับไปสูบบุหรี่แม้เพียงหนึ่งครั้งก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำได้ เป็นต้น

1.6 สร้างสัญญา ต้องมีการตกลงที่จะร่วมมือกันทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้รับการรักษาและผู้รักษา เช่น กำหนดวันเลิกบุหรี่

1.7 ให้คำปรึกษา (Counseling) ควรแนะนำให้เลิกบุหรี่

1.8 การบำบัดแบบ CBT (Cognitive behavioral therapy) คือการมองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะทางความคิด โดยแต่ละคนจะมีปฏิริยาความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมตนเองต่างกัน ทำให้เกิดการตีความและรับรู้สิ่งเหล่านั้นต่างกัน ไปดังนั้นความคิดที่คลาดเคลื่อน (Cognitive error) จะทำให้การรับรู้ผิดเพี้ยนไป เป็นผลทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่ดีได้

1.9 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โดยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (Trigger) และใช้ Thought stopping techniques เมื่อเกิดความคิดอยากสูบบุหรี่ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การจินตนาการ การคิดหนังยาง โทรศัพท์ปรึกษาคนที่กำลังใจได้ เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันก่อนจะไปสู่ระยะอยากสูบบุหรี่ (Craving) ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยมักทนความอยากสูบบุหรี่ไม่ได้ และนำไปสู่การสูบบุหรี่ในที่สุด

1.10 Social support ประกอบด้วย การฝึกทักษะแสวงหาความช่วยเหลือทางสังคมอย่างทันท่วงที เช่น Hotlines ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ การแก้ปัญหาความเครียดในชีวิตและผู้รักษาช่วยให้มีแรงสนับสนุนอื่น ๆ ทางสังคม เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ชุมชน เป็นต้น

1.11 ส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตัวเอง เพื่อเสริมกำลังใจในการหยุดสูบบุหรี่ (Self-help) เช่น การอ่านเอกสาร การดูเทป หรือการติดตามเว็บไซต์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การเลิกบุหรี่ และการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

1.12 Cognitive Behavior Therapy [CBT] กลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการหยุดสูบบุหรี่เป็นแรงกระตุ้นการหยุดบุหรี่ให้สมาชิกคนอื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยว เมื่อเห็นเพื่อนสมาชิกเลิกบุหรี่ได้ เกิดกำลังใจ และจากกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตัวเอง

2. ขั้นตอนการรักษา (Treatments for smoking cessation) สิ่งที่สำคัญมากที่สุด คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับบริการ และการรักษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) Psychosocial intervention และ 2) Pharmacotherapy โดยมีแนวทางในการรักษา ดังนี้

2.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological approach) อาจแบ่งออกเป็น 2 ขั้น คือ ขั้นก่อนเริ่มต้นรักษา และหลังจากเริ่มต้นรักษา การรักษาอีกวิธีหนึ่งคือ การรักษาแบบ Cognitive Behavior Therapy [CBT] เป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยา โดยมีแนวคิดที่สามารถป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Relapse prevention) ได้โดยการป้องกันอาการอยากสูบบุหรี่ (Craving) การป้องกันอาการอยากสูบบุหรี่ได้ สามารถทำได้โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะได้ว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้น (Trigger) ที่ทำให้เขาเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ตามหลักการเรียนรู้แบบ Classical conditioning โดยตัวกระตุ้นแบ่งออกเป็น ตัวกระตุ้นภายใน (Internal trigger) เช่น อารมณ์ ความคิด หรือจินตนาการที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เป็นต้น ส่วนตัวกระตุ้นภายนอก (External trigger) เช่น อุปกรณ์ สิ่งของ สถานที่ หรือบุคคลที่ทำให้นึกถึงบุหรี่ เป็นต้น นอกจากผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้และแยกแยะได้ว่าอะไรเป็นตัวกระตุ้น เขาจะต้องเรียนรู้วิธีป้องกันไม่ให้ตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่เผชิญหน้ากับตัวกระตุ้น

นอกจากนี้การรักษาข้างต้นแล้ว การศึกษาของนักวิจัยจาก NIDA พบว่า การสนับสนุนให้เกิดขึ้นของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group) เป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) ของผู้ป่วยในการช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา เช่น การจัดการกับอารมณ์หรือความเครียด การจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ เป็นต้น จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น Psychosocial intervention ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา (Counseling) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving/ Skills training) ฝึกทักษะแสวงหาความช่วยเหลืออย่างทันที่ หรือให้มีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) การบำบัดแบบ CBT และกลุ่มบำบัด (Group Therapy)

การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เป็นแนวทางที่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เอง หากมีความตั้งใจ แน่วแน่ มีความเข้มแข็ง และมีกำลังใจพอ การเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีนี้ ผู้รักษาจะเป็นผู้ดำเนินการรักษา และเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counseling technique) โดยเทคนิคในการให้คำปรึกษา อาจเป็นรายบุคคล หรือเป็นแบบกลุ่ม หรือจัดเป็น โครงการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เข้าร่วม โครงการโดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

2.2 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ เป็นการรักษาให้ผู้ที่สูบบุหรี่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ เนื่องจากยาจะช่วยบรรเทา ระวัง หรือป้องกันอาการถอนนิโคตินที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ได้ ในการใช้ยารักษาจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้อง เสี่ยงต่อการได้รับสารก่อมะเร็ง หรือสารพิษจากควันบุหรี่ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักในการใช้ยา คือ ลดอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) หลังจากหยุดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงต้นของ การเลิกภายใน 2-3 ชั่วโมง หลังสูบบุหรี่ตัวสุดท้าย ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดบุหรี่ โดยที่อาการจะ รุนแรง โดยที่อาการจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันแรก และจะค่อย ๆ ลดลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ ต่อมาอาการอาจมีต่อเนื่องได้เป็นเวลาหลายเดือน (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

ยาช่วยเลิกบุหรี่ทุกชนิดไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่อยู่ เปลี่ยนใจมาเลิกบุหรี่เอง ได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยความตั้งใจของผู้ป่วยเองโดยตรง เมื่อใดที่ผู้ป่วยประสงค์อยากเลิกบุหรี่เองแล้ว ยาช่วยเลิกบุหรี่จึงเข้ามามีบทบาทได้ ซึ่งยาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์, 2552) แบ่งได้ดังนี้

1. การใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy)

1.1 Nicotine chewing gum เป็นการให้สารนิโคตินทดแทน โดยใช้หมากฝรั่ง สารนิโคตินในหมากฝรั่งสามารถดูดซึมผ่านเยื่อในช่องปากและดูดซึมเข้ากระแสเลือด ทำให้ ระดับนิโคตินในเลือดสูงในระดับใกล้เคียงกับการสูบบุหรี่ภายใน 30 นาที หลังเคี้ยว และระดับ นิโคตินในเลือดจะลดต่ำลงในระยะเวลา 2 ชั่วโมง ระดับความเข้มข้นของนิโคตินที่สมองจะเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วแต่ใช้เวลานานกว่าการสูบบุหรี่เพราะเมื่อนิโคติน สารนิโคตินจะสามารถไปถึงสมองเร็ว กว่าหมากฝรั่งนิโคติน

1.2 Transdermal Nicotine Therapy เป็นวิธีการให้สารนิโคตินดูดซึมจากผิวหนัง เข้าสู่ร่างกายโดยการใส่แผ่นแปะที่ผิวหนัง โดยวิธีนี้ทำให้ระดับสารนิโคตินในเลือดสูงขึ้นใน ปริมาณที่ต้องการหากใช้แปะที่ผิวหนังเป็นเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง และมีฤทธิ์อยู่ได้ 24 ชั่วโมง ระยะเวลาใช้สารนิโคตินทดแทนชนิดนี้ไม่ควรเกิน 3 เดือน วิธีนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ติดบุหรี่ ทางร่างกายคือ ผู้ที่สูบบุหรี่มวนแรกภายใน 30 นาที แรกหลังจากการตื่นนอน และสูบบุหรี่มากกว่า วันละ 1 ซอง

1.3 Nicotine nasal spray เป็นวิธีการให้สารนิโคตินโดยการดูดซึมทางเยื่อจมูก โดยวิธีนี้ระดับสารนิโคตินในเลือดขึ้นสูงและรวดเร็วคล้ายกับการสูบบุหรี่

1.4 Nicotine inhaler เป็นสารนิโคตินชนิดน้ำสูดดม สามารถดูดซึมทางถุงลมคล้ายกับการสูบบุหรี่ แต่ระดับสารนิโคตินในเลือดต่ำกว่าแบบพ่นทางจมูก

1.5 Sublingual tablet เป็นยาอมใต้ลิ้น เป็นวิธีการให้สารนิโคตินโดยการดูดซึมที่ใต้ลิ้น

1.6 Lozenge สารนิโคตินชนิดนี้เป็นยาที่ใช้สำหรับอม

2. การใช้ยาอื่น ๆ (Non-nicotine therapy) ปัจจุบันที่มีการวิจัย ได้แก่ ยารักษาอาการซึมเศร้า คือ Bupropion, Nortriptyline และยา α 2-Noradrenergic agonist ได้แก่ Clonidine โดยทั่วไปแล้วยาจะใช้ประมาณ 8-12 สัปดาห์ การเลือกใช้ยาควรเลือกกลุ่มที่เป็น First-Line Drug ก่อน ซึ่งเป็นยาที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) ยา First-Line Drug ได้แก่ Bupropion และ Nicotine Replacement Therapy (NRT) และยากกลุ่มที่เป็น Second-Line Medication เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาการเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) ประกอบด้วย Nortriptyline และ Clonidine (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

3. ขึ้นติดตามผล (Follow-up) ควรมีการติดตามผลใน 1-2 สัปดาห์ หลังจากวันที่เลิกบุหรี่ จากนั้นควรติดตามผลต่อทุก 1 เดือน ใน 6 เดือนแรก จากนั้นติดตามผลเป็นระยะเวลาตามความเหมาะสม และระยะเวลาการติดตามผลทั้งหมด โดยทั่วไปประมาณ 1-2 ปี (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

4. ขึ้นป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Prevention of relapse) ควรมีการติดตามการใช้ยา ประสิทธิภาพการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปฏิกริยาระหว่างยา และติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรก พบว่ามีผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 65 ผู้ป่วยมักหยุดสูบบุหรี่หลายครั้งกว่าจะหยุดสำเร็จเฉลี่ย 3-4 ครั้ง ภาวะติดบุหรี่จึงเสมือน โรคเรื้อรังทางกายอื่น คือ เป็นเรื้อรังและเป็น ๆ หาย ๆ (Chronic relapsing disease) ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่แล้วล้มเหลวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ปกติ ผู้รักษาจึงควรเข้าใจผู้ป่วยและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจไป (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

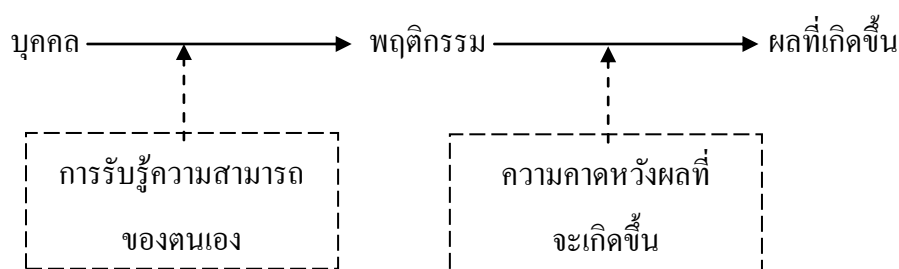
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) หรือ การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Albert Bandura (1997) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ซึ่งมีอิทธิพลร่วมกัน (Triadic Reciprocity) อิทธิพลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ นี้ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ๆ กันและขนาดอิทธิพลก็ไม่เท่าเทียมกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลต่อความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรมที่กำหนดไว้ (พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

ความคาดหวังผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลต่อผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำหรือการมีพฤติกรรมนั้น โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังอาจเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทางกายภาพ ทางสังคม หรือการตอบสนองที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ (พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

โครงสร้างทฤษฎี ความสามารถของตนเองแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2556)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามียิ่งด้านใดสูงหรือต่ำบุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรมดังแสดงในภาพที่ 5

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

สูง

ต่ำ

การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
(Bandura, 1978 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

ปัจจัยที่กำหนดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Sources of self-efficacy) มาจาก 4 แหล่ง (Bandura, 1986, 1997 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่ามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามรถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากตัวแบบมี 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นตัว

แบบที่บุคคลมีโอกาสดำเนินการได้สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง นอกจากนี้ควรมีทัศนคติ ความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมีความเชื่อมั่นว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้น มีความเหมาะสม และตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic-modeling) เป็นการนำเสนอตัวแบบโดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุทัศน์ การ์ตูน เป็นต้น ซึ่งการนำเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มคนที่มีจำนวนมาก หลากหลายสถานที่ และยังเป็น การนำเสนอตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อผู้สังเกตมาก เนื่องจากสามารถกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีความน่าสนใจได้ง่าย นอกจากนี้ยังสามารถกำหนดเรื่องราว และเน้นถึงจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบนั้นประกอบด้วย 4 กระบวนการได้แก่

2.2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ โดยตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมีความเหมาะสม มีลักษณะที่เด่นชัดที่สำคัญ คือทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกต้องไม่ซับซ้อนง่ายต่อความเข้าใจ และมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต

2.2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ เพื่อให้การจดจำง่ายขึ้น

2.2.3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงข้อมูลที่เป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ที่ได้จากกระบวนการเก็บจำ ออกมาเป็นการกระทำ การกระทำพฤติกรรมนั้นจะทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้จากการสังเกต การแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงกับการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับตัวผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกาย ทักษะพฤติกรรมย่อยต่าง ๆ จะสามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

2.2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ หรือสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556)

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียด นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความกลัว อาจนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงออกอันนำไปสู่ประสบการณ์ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2554) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ เรื่อง ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับ ฉันทิชา คารมย์ (2555) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายที่มีผลให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด

จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของ พัชรินทร์ อินทร์ปรุง (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับ ศิริพร ชวนชาติ (2551) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1979) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตน หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ การศึกษาของ เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ (2556) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาวิจัยจะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ บุคคลเกิดการตัดสินใจ เกิดความพยายาม และมีความมุ่งมั่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิก บุหรี่หากผู้เลิกบุหรี่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้มีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูง เช่นเดียวกัน

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกใด ๆ เพื่อนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่ขอ ไม่หยิบหรือไม่รับบุหรี่จากผู้อื่นมาสูบ การไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว เช่น บุหรี่ ไม้ขีดไฟหรือไฟแช็ค การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง ตลอดจนปฏิเสธและหลีกเลี่ยงสถานที่ หรือสถานการณ์ที่จะชักนำให้สูบบุหรี่ได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่หลากหลาย จากการศึกษาของ ปรีดา เบญจนาทาสกุล และวนิดา แพงเทียน (2543) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยระบบหลอดเลือดหัวใจและโรคระบบทางเดิน หายใจเรื้อรัง พบว่า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการต่าง ๆ เมื่อสูบบุหรี่ อาทิเช่น รับรู้ถึงอาการหอบเหนื่อยง่าย ออกกำลังกายนานไม่ได้ การรับรู้ถึงภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยเลิกบุหรี่จากคนใกล้ชิดและสื่อต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลิกบุหรี่

จากการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2554) และ ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ เรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยพบว่า ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัย ผู้ใหญ่ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เช่น

1.1 เพศ เพศเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าเพศชายมีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ ได้มากกว่าเพศหญิง แต่ยังมีผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามในอดีตงานวิจัยส่วนใหญ่มักพบว่า เพศหญิงเลิกบุหรี่ ได้ยากกว่าเพศชาย อาจเป็นไปได้ว่าผู้หญิงมักกังวลกับน้ำหนักตัวที่จะเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่ หรือมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ทำให้ต้องหวนกลับไปสูบบุหรี่อีก

1.2. อายุ เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุมากจะเลิกสูบบุหรี่ ได้มากกว่าผู้มีอายุน้อย

1.3. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษาและอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการสูบบุหรี่ ยิ่งผู้สูบบุหรี่ที่มีการศึกษาสูง ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีงานทำมีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า และผู้มีรายได้น้อยอยู่ในเกณฑ์ยากจนมีแนวโน้มเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้มีรายได้น้อยในเกณฑ์ยากจน 1.14 เท่า

1.4. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีแนวโน้มที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด 1.63 เท่า

1.5. แรงสนับสนุนทางสังคม ถึงแวดล้อม การได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว สังคมและการสัมผัสวันบุหรี่มือสองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการไม่มีคนสูบบุหรี่ในบ้าน และการมีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน

2. ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่

2.1 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Honjo, Iso, Inoue, and Tsugane (2010) ซึ่งได้ข้อมูลทุติยภูมิจาก The Japan Public Health Center-based Prospective study พบว่า ผู้สูบบุหรี่ชาวญี่ปุ่นที่เริ่มสูบเมื่ออายุระหว่าง 20-24 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าคนที่เริ่มสูบเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี 1.62 เท่าและ 1.32 เท่า ตามลำดับ

2.2. ภาวะติดนิโคติน ภาวะติดนิโคตินเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในผู้ป่วยติดนิโคตินมากเท่าใด โอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จยิ่งจะน้อยลง นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่ใช้เป็นดัชนีที่แสดงถึงภาวะติดนิโคติน เช่น จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน และการตื่นขึ้นมาสูบบุหรี่ในเวลากลางคืน เป็นต้น

2.3. จำนวนครั้งที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ความพยายามเลิกบุหรี่หลายครั้งเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต อย่างไรก็ตามยังมีบางการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน

2.4. ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากคลินิกเลิกบุหรี่ โดยผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า

2.5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ โดยในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ไม่ดื่มสุราหรือของมีนเมา ผู้ดื่มไม่บ่อยมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าผู้ที่ดื่มเป็นประจำในทางตรงข้ามก็มีรายงานว่าระดับการดื่มแอลกอฮอล์ ต่อสัปดาห์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ และการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ชาวเดนมาร์ก

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยาและจิตวิทยาสังคม

3.1. ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่หรือมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่เตรียมจะเลิกสูบบุหรี่ หรือเริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่แล้วมีแนวโน้มที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่

3.2. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบได้ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลิกสูบได้สำเร็จ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มั่นใจมากกว่าตนเองจะเลิกบุหรี่ได้จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีความมั่นใจ 1.94 เท่า และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องตลอด 6 เดือน

3.3. ภาวะเครียดซึมเศร้า การไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลิกบุหรี่ และพบว่าภาวะเครียด ความรู้สึกซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ หากผู้สูบบุหรี่ไม่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าจะมีโอกาสเลิกสูบได้สำเร็จมากกว่า

3.4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยา การเสื่อมสมรรถภาพของปอดเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และยังมีรายงานว่า การเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการตรวจสุขภาพในปีที่ผ่านมา เป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้เป็นได้ว่าผู้ป่วยมีความกังวลกับสุขภาพของตนเองจึงเกิดแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ และยังพบว่า การมีดัชนีมวลกายสูงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงอาจจะไม่กังวลกับน้ำหนักตัวที่อาจจะเพิ่มขึ้น ในช่วงที่เลิกบุหรี่

จากศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ความวิตกกังวลระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน (6-30 นาที) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ สรุปได้ว่า ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ 2) ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ภาวะติดนิโคติน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกสูบ และระยะเวลาที่เคยเลิกสูบ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสรีระ และจิตวิทยาสังคม ความพร้อม และความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า มีอิทธิพลทางบวกในการเลิกบุหรี่ ส่วนภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด ด้านสรีระวิทยามีอิทธิพลทาง

ลบในการเลิกบุหรี่ และยังพบว่า การเชื่อมสมรรถภาพของปอด และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เป็นการบำบัดทางคลินิกที่ใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview [MI]) (Miller, 1995) เพื่อให้การบำบัดกับผู้ป่วยได้โดยตรงและยึดผู้ป่วยเป็นหลัก ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการแก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วยสร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ภายใต้ท่าทีที่แสดงถึงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด และใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2-4 ครั้ง

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานที่ใช้ในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) พัฒนาค้นจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา การเสริมสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งยังมีหลักการคล้ายกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีการประเมินความสำเร็จแห่งตน (The appraisal theories) หรือทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation theory) กล่าวคือ 1) บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงตนเองต่อเมื่อเห็นความเสี่ยงนั้นรุนแรง (A serious risk) 2) มองเห็นความเป็นไปได้ในการลดความเสี่ยงนั้นลง (The possibility of decreasing it) 3) มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับและการเสริมสร้างแรงจูงใจมีความหมายไม่เพียงแต่การทำให้เกิดความรู้สึกมีพลัง (Will power) เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยด้านจิตสังคมอื่น ๆ อีกด้วย ได้แก่ แรงขับทางชีวภาพ (Biological drives) การเรียนรู้ (Learning) เงื่อนไข (Conditioning) กระบวนการคิด (Cognitive processes) อารมณ์ (Emotion) และอิทธิพลของสังคม (Social influence) (Miller, 1995) และกลยุทธ์ที่สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในผู้รับการบำบัด โดยจะใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self-perception theory) ที่อธิบายว่า “As I hear myself talk. I learn what I believe” ซึ่งเชื่อว่าคำพูดที่ออกมาจากปากของผู้รับการบำบัด จะทำให้เกิดแรงจูงใจได้มากกว่าคำพูดของบุคคลอื่น เพราะหากผู้รับการบำบัดเป็นคนพูดข้อความจูงใจตนเอง โดยที่ไม่ต้องมีใครมาบังคับให้พูดข้อความนั้นออกมา จะทำให้ผู้รับบริการเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด (“If I say it. And no one has force me to say it. Then I must believe it”) (Miller, 1995 อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจยังใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตามคำย่อ ที่เรียกว่า “FRAMES” (Miller & Rollnick, 1995 ; Miller, 1995) ดังนี้

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback [F]) คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักและยอมรับที่จะแก้ไข
2. ความรับผิดชอบ (Responsibility [R]) คือ การเน้นให้มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีอิสระในการเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง
3. การให้คำแนะนำ (Advice [A]) คือ การแนะนำด้วยการให้เหตุผล ให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อประกอบการตัดสินใจ
4. เสนอทางเลือก (Menu [M]) คือ การเสนอแนะทางเลือกให้เห็นความเหมาะสม ทุกทางเลือกสามารถนำไปปฏิบัติได้และให้เลือกด้วยตนเอง
5. ความเข้าอก เข้าใจ (Empathy [E]) คือ การรับฟังอย่างเข้าใจ แสดงการยอมรับแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหา
6. ส่งเสริมศักยภาพด้วยการให้ความหวัง และกำลังใจ (Self-Efficacy [S]) คือ การส่งเสริมให้เห็นศักยภาพที่ผู้รับบริการมีอยู่จนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ในกระบวนการบำบัด ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับบริการเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ (Interaction techniques) ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ “OARS” (Miller & Rollnick, 1995; พิชัย แสงชาญชัย, 2548) รายละเอียดดังนี้

1. การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended) เป็นการให้ผู้รับบริการสามารถพูดหรือตอบได้อย่างอิสระ สามารถช่วยในการค้นหาปัญหาในระดับการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น การถามว่า “อะไรที่ทำให้คุณต้องการเลิกบุหรี่ล่ะ” “คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อถึงเวลาที่ควรจะมีการเปลี่ยนแปลง”
2. การรับรองยืนยัน (Affirmation) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการโดยผู้บำบัดแสดงความจริงใจ และสื่อท่าทีที่เห็นว่าสามารถทำการเปลี่ยนแปลงตนเองได้
3. การฟังอย่างสะท้อนคิด (Reflective listening) เป็นการประเมินว่า ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงระดับใด หรือได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปอย่างไรบ้าง รวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อเป็นแนวทางการในการบำบัดครั้งต่อไป
4. การสรุป (Summaries) การสรุปสิ่งที่ผู้รับบริการได้บอกเล่ามาเป็นการสื่อถึงความสนใจ และตั้งใจฟังของผู้บำบัด ก่อให้เกิดความไว้วางใจต่อผู้บำบัด และยังช่วยให้การสนทนาเข้าสู่ประเด็นมากขึ้น

กลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ตามวิธีการของการบำบัดการสัมพันธแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เป็นการเน้นให้ผู้บริการพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) โดยมีกลยุทธ์ดังต่อไปนี้

1. การถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการพูดข้อความจริงใจตนเอง (Evocative questions)

ผู้บำบัดควรประเมินว่า ผู้รับบริการมีความลังเลใจอยู่ในระดับใดในการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ แม้ว่าผู้รับบริการจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตาม เช่น สมมติว่าผู้รับบริการมีแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ 2 คือ ลังเลใจ ผู้บำบัดควรถามผู้รับบริการว่า “คุณมีความกังวลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณอย่างไร” มากกว่าจะถามว่า “คุณหวังกังวลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคุณหรือไม่” การถามเช่นนี้เป็น การกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้คิด และพูดข้อความที่จริงใจตนเอง คำถามที่ผู้บำบัดสามารถทำให้ ผู้รับบริการเกิดความคิด และต้องการพูดจริงใจตนเองมีดังต่อไปนี้

1.1 คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักในปัญหา (Problem recognition) เช่น “อะไรที่ทำให้คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหา” “การที่คุณสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อคนรอบข้างคุณอย่างไร”

1.2 คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความกังวลกับปัญหาการสูบบุหรี่ (Concern) เช่น “คุณกังวลกับปัญหาการสูบบุหรี่ของคุณอย่างไรบ้าง” “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรหากคุณยังสูบบุหรี่อยู่”

1.3 คำถามที่กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ (Intention to change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณต้องการเลิกสูบบุหรี่” “สมมติว่าคุณสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ชีวิตของคุณจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”

1.4 คำถามที่กระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเลิกบุหรี่ (Optimism for Change) เช่น “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ”

2. ตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน (Exploring pros and cons) เป็นกลวิธีตรวจสอบเหตุผล ทั้งด้านบวก และด้านลบ ข้อสำคัญ คือ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ตรวจสอบข้อดี-ข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้บำบัดควรมีท่าทีไม่อคติ มีความเป็นกลาง ไม่ครอบงำ หรือจูงใจเกินเหตุ ควรเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ตรวจสอบทุกด้าน เพราะผู้รับบริการจะได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้าน จนกระทั่งตัดสินใจได้เอง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจมั่นคงกว่าการจูงใจจากผู้บำบัดฝ่ายเดียว การตรวจสอบเหตุผลมีทั้งหมด 4 ด้าน คือ ข้อดี-ข้อเสีย ของการสูบบุหรี่ ข้อดี-ข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่

3. ถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมาก ๆ (Elaboration) เป็นกลยุทธ์การถาม เพื่อให้ได้รายละเอียดมาก ๆ เมื่อผู้รับบริการมีโอกาสได้พูดมาก ก็จะมีข้อความจริงใจตนเองมากขึ้น ผู้บำบัดทำหน้าที่ตั้งคำถามสะท้อนและสรุป ซึ่งทำให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้คิด ได้ฟังข้อความจริงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ แรงจูงใจก็จะยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย

4. จินตนาการสมมุติ (Imagining) เป็นยุทธวิธีที่ผู้บำบัดถามให้ผู้รับบริการได้คิด เพื่อสร้างภาพสมมุติ โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากไม่เลิกบุหรี่ แล้วให้ผู้รับบริการจินตนาการสมมุติว่า ตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร โดยสิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้าให้ผู้รับบริการเกิดความกังวลจนส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลง

5. คาดการณ์ในอนาคต (Looking forward) เป็นวิธีการให้ผู้รับบริการได้ลองคาดการณ์อนาคต โดยผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังในอนาคตด้วยการตั้งคำถามว่า “สุขภาพของคุณจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหาก你不เลิกสูบบุหรี่”

6. มองย้อนกลับในอดีต (Looking back) เป็นกลวิธีให้ผู้ป่วยได้มองย้อนกลับไปสู่อดีต โดยเปรียบเทียบอดีตก่อนที่จะสูบบุหรี่กับปัจจุบันที่สูบบุหรี่ว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้บำบัดถามว่า “บุหรี่ทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนหน้าที่จะสูบบุหรี่อย่างไรบ้าง” เป็นต้น

7. สำรวจเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) เป็นกลยุทธ์การสำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดอาจถามผู้รับบริการว่า “อะไรคือเป้าหมายในชีวิต” “อะไรคือสิ่งที่มีค่าที่สุดในชีวิต” “ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร”

8. ชัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge) เป็นยุทธวิธีสร้างความเห็นต่าง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการโต้แย้ง หรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น “สำหรับคุณแล้วการสูบบุหรี่จะเป็นเรื่องสำคัญกว่าสุขภาพ คุณทำแล้วคุณจะไม่เลิกมันยาก”

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ยังอิงทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของ Prochaska and DiClemente (1984) ซึ่งเป็นพัฒนาและอธิบายรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Miller, 1995; Westeneyer, n.d. อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2548) โดยมีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAA], 2004; พิชัย แสงชาญชัย, 2548) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation stage) ขั้นตอนนี้ผู้รับบริการไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงตนเองไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาจากการสูบบุหรี่ มักคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการสูบบุหรี่ได้ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มักโทษบุคคลรอบข้างหรือโทษสิ่งแวดล้อมว่าทำให้ตนเองเครียดจึงต้องสูบบุหรี่ ผู้บำบัดควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้รับบริการ (Feed back) และความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) โดยพูดถึงความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ขอมรับความเห็นที่แตกต่าง นัดหมายให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด สำรวจการรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการเกี่ยวกับสูบ

บุหรี กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สร้างความตระหนักในปัญหาที่เกิดจากสูบบุหรี

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation Stage) ขั้นนี้ผู้รับบริการจะรู้สึกไม่แน่ใจในพฤติกรรมการสูบบุหรีของตนเองว่าดีหรือไม่ดี รู้สึกขัดแย้งในตนเองและเริ่มประสพกับผลกระทบจากการสูบบุหรีบ้างแล้ว แต่อาจจะไม่รุนแรงมากนัก ขณะเดียวกันยังเห็นว่าการสูบบุหรีมีคุณมากกว่าโทษ พยายามควบคุมสูบบุหรีมากขึ้นแต่ก็ยังสูบบุหรีอยู่ ผู้บำบัดควรพูดคุยถึงความสมดุลแห่งการตัดสินใจ (Decisional balancing) ข้อดี-ข้อเสียของการสูบบุหรีและการไม่สูบบุหรี (Pros and cons) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ทบทวนอย่างอิสระพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วยการสรุปความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับข้อดี-ข้อเสียของการสูบบุหรี และการไม่สูบบุหรีทำให้ผู้รับบริการเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและลงมือปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้เห็นถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง เน้นให้ผู้รับบริการรับผิดชอบตนเองและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นหลังการตัดสินใจ

3. ขั้นตัดสินใจเลิกบุหรีอย่างจริงจัง (Determination) ขั้นตอนนี้ผู้รับบริการมักรับรู้ถึงโทษของการสูบบุหรีที่รุนแรง ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องการเลิกสูบบุหรี ผู้บำบัดควรให้ทางเลือก (Menu) ในจำนวนที่ไม่มากเกินไปจนเกิดความสับสน หรือน้อยเกินไปเหมือนถูกบังคับ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกได้อย่างอิสระเน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Self-efficacy) โดยการให้ความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ การแสวงหาการรักษา ให้ความมั่นใจว่าจะประสบความสำเร็จ บอกถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญ คือ ผู้รับบริการต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตนเองและยอมรับในผลที่จะเกิดขึ้นหลังการตัดสินใจ

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับบริการสนใจซักถามวิธีการแก้ปัญหาพยายามทำตามวิถีทางที่ตนเองเลือก เพื่อการเลิกบุหรีแต่อาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอในช่วง 6 เดือนแรก ผู้บำบัดควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (Compliance) ช่วยขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ตรวจสอบความเข้าใจในวิธีการ และให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถทำได้ โดยแสดงความเห็นใจ (Empathy) ให้แรงเสริม โดยเน้นให้ผู้รับบริการมีเป้าหมาย และเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ควรมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และเลือกวิธีการรักษา

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance stage) ในขั้นตอนนี้ผู้รับบริการมักเลิกบุหรีได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ความคิดค่อนข้างมั่นคง และทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง

มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ ได้ผู้บำบัดควรให้คำแนะนำ (Advice) เรื่องการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ แนวทางการปฏิบัติตนการใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีคุณค่า

6. ขึ้นกลับไปติดซ้ำ (Relapse stage) ในขั้นนี้ผู้รับบริการเริ่มนำตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยงปล่อยให้ตนเองมีความประมาททางอารมณ์ ไม่จัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ ประมาทและผลอใจกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง ผลทางจิตใจที่ตามมาคือความรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง และปฏิเสธความจริง ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการบอกเล่าถึง สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการกลับไปสูบบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดถึงความกังวลและความผิดหวังเสียใจในการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ให้การยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เน้นความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ชื่นชมส่วนดีที่ค้นพบ (Affirmation) ให้ข้อมูลว่าหากมีความตั้งใจ มีความพยายามจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้

เทคนิคและวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคขั้นพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ “DARES” (Miller & Rollnick, 1995; Miller, 1995 อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2548) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Development Discrepancy [DD]) แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างเขากับสิ่งที่ต้องการจะเป็น ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ผู้รับบริการประสบอยู่เป็นอย่างไร และสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการให้เกิดขึ้น (ในทางที่ดี) เป็นอย่างไร โดยผู้บำบัดต้องเข้าใจความแตกต่างของบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมใหม่ คุณค่าและเป้าหมายระยะยาว ในส่วนนี้ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ทั้งข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมใหม่ เพื่อป้องกันการสับสน และสนับสนุนให้ผู้รับบริการเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องสำคัญ

2. หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation [AA]) ในระหว่างการบำบัดผู้รับบริการอาจเกิดความไม่รู้ ไม่แน่ใจสับสน อาจใช้กลไกการป้องกันตนเองและไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้บำบัดควรหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ไม่ตัดสินผู้รับบริการ ผู้บำบัดไม่จำเป็นที่จะต้องยืนยันความถูกต้องหรือชักชวนด้วยการโต้เถียงเพื่อเอาชนะ แต่ผู้บำบัดควรหาวิธีอื่นที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ ในขณะเดียวกันให้เห็นข้อดีของการลดการสูบบุหรี่ลง

3. การยอมรับแรงต้านที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (Roll with Resistant [RR]) เพราะการต่อต้านเป็นเรื่องปรกติ ดังนั้น ผู้บำบัดควรแสดงท่าทีที่สอดคล้องกับระยะเวลา

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และตระหนักว่ามุมมองความคิดในการแก้ปัญหาต้องเกิดขึ้น จากตัวผู้รับบริการมิใช่จากตัวผู้บำบัดเรียกเทคนิคนี้ว่า “การกลิ้งไปกับแรงต้าน”

4. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express Empathy [EE]) MET เป็นการสื่อสารที่เคารพ ความเป็นบุคคลของผู้รับบริการและยอมรับในสิ่งที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ ผู้รับบริการจึงมีอิสระ ในการเลือกและการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สิ่งสำคัญคือผู้บำบัดต้องเข้าใจผู้รับบริการ โดยไม่ตัดสิน หรือวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้รับบริการ การฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อน ความเป็นทักษะพื้นฐานของการสื่อสารที่เข้าอกเข้าใจผู้รับบริการ (Reflective listening) เทคนิคนี้จึง ใช้ทักษะการฟังมากกว่าการบอกให้ทำ (Listening rather than telling)

5. การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support Self-Efficacy [SS]) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นสิ่งที่กำหนดให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ Bandura (1997) ผู้บำบัดใช้เทคนิคการสนับสนุนให้กำลังใจ ผู้รับบริการจนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้

นอกจากนี้ Miller and Rollnick (1995) ได้แบ่งระยะการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Phase of motivation enhancement therapy) เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ โดยกิจกรรมจะ ให้ ความสำคัญกับการสร้างให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้รับบริการแต่ละคนจะมีความตั้งใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ผู้บำบัด จึงต้องสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคงที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Project MATCH Research Group, 1998) (Level II) โดยมีการสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ว่าถึงขั้นติดหรือ ไม่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร รุนแรงมาก-น้อยแค่ไหน ผู้บำบัด สรุปรายชื่อที่ได้จากการประเมินผู้รับบริการ เช่น แบบฟอร์มการชั่งประวัติ แบบสอบถามที่ตอบด้วย ตนเอง (Self-report) การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น บทบาทของผู้บำบัด ในขั้นตอนนี้ คือ อธิบายให้เข้าใจถึงวิธีการตรวจ การแปลผลว่าเป็นอย่างไรจึงสะท้อนว่ารุนแรง ทำทียของผู้บำบัดที่ควรเป็นได้แก่ มีความเป็นกลาง เน้นข้อเท็จจริง ไม่ชักจูงหรือครอบงำ ไม่ข่มขู่ให้ กลัว แต่กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ถาม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก (Commitment strengthening) เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่ จะเลิกสูบบุหรี่มีความหนักแน่นขึ้น ในระยะนี้ผู้บำบัดมีบทบาทในการตรวจสอบความคิดเห็นของ ผู้รับบริการต่อปัญหาของตนเองว่าสิ่งที่ประสบอยู่เป็นปัญหาหรือไม่ หรือเกิดความลังเลไม่แน่ใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมากต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง หากคิดว่าเป็นปัญหา ผู้บำบัดควรเปิด

โอกาสให้ผู้รับบริการได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรให้การสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงและเสนอทางเลือกเพื่อการแก้ไข

ระยะที่ 3 เป็นการติดตามต่อเนื่อง (Follow through) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง บทบาทของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การติดตามความก้าวหน้าพบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมีมั่นคงหรือไม่ ตลอดจนมีการเสริมแรงจูงใจซ้ำ และการย้ำในคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคาร และพฤหัสบดีติดต่อกัน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีระยะการบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก (Commitment strengthening) เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกสูบบุหรี่มีความหนักแน่นขึ้น และ ระยะที่ 3 เป็นการติดตามต่อเนื่อง (Follow through) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change)

กิจกรรมที่ 1 “ต้นไม้แห่งชีวิต” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและได้ทบทวนชีวิตของตนเองที่ผ่านมตลอดจนประเมินแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจในอนาคต

กิจกรรมที่ 2 “ร่างกายของเรา” มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับปัจจุบัน และตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่

ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก (Commitment strengthening)

กิจกรรมที่ 3 “มองต่างมุม” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงข้อดี/ข้อเสียของการสูบบุหรี่หรือการหยุดสูบบุหรี่ ตลอดจนเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและการลงมือปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 “ฝันให้ไกลไปให้ถึง” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากบุหรี่ ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนกำหนดเป้าหมายและแผนในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through)

กิจกรรมที่ 5 “ถนนของชีวิต” มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้า และทบทวนแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 6 “ก้าวอย่างมั่นใจ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการย้ำค้ำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ให้มีความหนักแน่น มั่นคง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการประเมินถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) การสำรวจ ค้นหาทางออกจากความลังเลใจของผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในและค้ำมั่นสัญญา สร้างความรู้สึกให้รับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้ (Self-efficacy) โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จะทำให้สมาชิกได้ให้การช่วยเหลือกันและกัน ส่งเสริมการแสดงออกและเรียนรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิก และเสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกได้อีกด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำ (Repeated measures design: Two groups) ใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพศชายที่มารับบริการเลิกบุหรี่ครั้งแรกที่โรงพยาบาลท่าตะเียบ ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 โดยใน 1 เดือน จะมีผู้รับบริการเลิกบุหรี่ประมาณ 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ จำนวน 30 คน ที่สุ่มจากประชากรศึกษา โดยมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการเพศชาย อายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. ไม่เคยเข้ารับการบำบัดเลิกบุหรีมาก่อน
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ มีโรคทางกายและทางจิตที่รุนแรง โดยการวินิจฉัยจากแพทย์

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการวิจัยแล้ว (Discontinuation criteria) การวิจัยครั้งนี้กำหนด การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ

1. ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจที่รุนแรงประเมินโดยจิตแพทย์
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 6 ครั้ง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Burns and Grove (2005) โดยงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพกำหนดไว้ที่ขนาดกลาง อยู่ในช่วงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ $\alpha = .05$ อำนาจทดสอบ (Power test) ที่ .80 และขนาด

อิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .60 ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 13 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดลอง ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยจับฉลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในแต่ละวันเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยจับฉลากได้วันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่ม A) และวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม (กลุ่ม B) ซึ่งจะมีผู้มารับบริการในวันดังกล่าวเฉลี่ยวันละ 30-40 คน

2. ผู้วิจัยทำทะเบียนรายชื่อผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในแต่ละวัน ทำการสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling with non replacement) ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจ หากไม่สมัครเข้าร่วมการทดลองจึงทำการจับฉลากใหม่อีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งรายละเอียดเครื่องมือแต่ละประเภทมีดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย เป็นคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ชนิดบุหรี่ที่สูบ อายุที่เริ่มสูบ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

2. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพัฒนาโดย จิราภรณ์ นิยมกฤษ (2548) ที่ใช้แนวคิด Self-efficacy theory และนำไปศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) .86 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถาม

มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มาก	ให้	3	คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	ให้	1	คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	ให้	0	คะแนน

คะแนนตั้งแต่ 0-48 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

3. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ การวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพัฒนาโดย จิราภรณ์ เนียมกุญชร (2548) ได้นำไปศึกษา เรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) .93 แบบประเมินมาตราส่วน 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถาม

ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติเช่นนี้เป็นประจำทุกครึ่งหรือทุกวัน) ได้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติเช่นนั้นเป็นบางครั้งหรือเมื่อนึกขึ้นได้) ได้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย) ได้ 0 คะแนน

แบบวัดนี้มีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0-30 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีการปฏิบัติพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1995) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้รับบริการเลิกบุหรี่แบบค่อยเป็นค่อยไป ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) สร้างความรู้สึกให้รับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้ (Self-efficacy) โดยโปรแกรม เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ให้การบำบัด ณ ห้องคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาล ท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ในวันอังคาร และวันศุกร์ เวลา 09.30-11.00 น. จำนวน 3 สัปดาห์ และติดตามผล 1 เดือน หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เนื้อหาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change)

กิจกรรมที่ 1 “ต้นไม้แห่งชีวิต”

กิจกรรมที่ 2 “ร่างกายของเรา”

ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก (Commitment strengthening)

กิจกรรมที่ 3 “มองต่างมุม”

กิจกรรมที่ 4 “ฝันให้ไกลไปให้ถึง”

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through)

กิจกรรมที่ 5 “ถนนแห่งชีวิต”

กิจกรรมที่ 6 “ก้าวอย่างมั่นใจ”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบค่าความเที่ยง ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยให้ตอบแบบวัดนี้ด้วยตนเอง เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ .86 และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ .93

2. ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้อง ในเนื้อหาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการเลิกบุหรี่ที่มีลักษณะและคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมของ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จากนั้น ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวให้ข้อมูล อธิบายรายละเอียดของการทดลองและการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และการพยาบาลแต่อย่างใดทั้งสิ้น ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เลขที่แบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บเอกสารไว้ในตู้เอกสารพร้อมพร้อมใส่กุญแจเปิดไว้ ส่วนข้อมูลที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยจะมีรหัสลับเฉพาะ การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น ข้อมูลที่ได้นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้นและจะทำลายข้อมูลเอกสารต่าง ๆ หลังเสร็จสิ้นการวิจัย การนำเสนอข้อมูล หรือตีพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเชิงวิชาการ

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาที่พร้อมกันคือ เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 นำหนังสือจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเียบ อำเภอท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลท่าตะเียบ อำเภอท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเียบ เพื่อประสานงาน ชี้แจง อธิบายรายละเอียด เกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 การเตรียมผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผ่านการเรียนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รูปแบบการบำบัดทางจิต และการทำกลุ่มบำบัด

1.4 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายการใช้แบบสอบถาม ตลอดจนสาระเกี่ยวกับจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ประเมินแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้รับบริการเลิกบุหรี่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) ตามขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของ

ประชากรที่ต้องการศึกษา โดยสุ่มจากผู้มารับบริการในวันอังคาร เพื่อเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และผู้มารับบริการในวันพฤหัสบดีเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

1.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิ์ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน โดยจับฉลากเข้ากลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยดำเนินการเป็นกลุ่มตามขั้นตอนจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอังคาร และวันศุกร์ เวลา 09.30-11.00 น. ณ ห้องคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะก่อนการทดลอง ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ที่ห้องคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลท่าตะเกียบ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนการทดลองด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ (Pre-test) พร้อมนัดหมายในครั้งต่อไป โดยมีคำตอบแทนให้กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อมุ่งใจให้สมาชิกให้มาตามนัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคารและวันศุกร์

ระยะการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ทำกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยมีการให้ชาชงหญ้าดอกขาว ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติที่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลท่าตะเกียบ โดยให้กลุ่มทดลองดื่ม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ให้ลงชื่อในการดื่มแต่ละครั้งในสมุดบันทึกการดื่มชา ซึ่งจะมีผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นผู้ลงชื่อยืนยันการดื่มชาชงหญ้าดอกขาวทุกครั้ง ในแต่ละครั้งที่กลุ่มทดลองมาเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จะมีการตรวจสมุดบันทึกการดื่มชาชงหญ้าดอกขาวทุกครั้ง ในการทำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change)

กิจกรรมที่ 1 “ต้นไม้แห่งชีวิต” วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์ในชีวิตตลอดจนการสูบบุหรี่ที่ผ่านมา ประเมินระดับแรงจูงใจ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

กิจกรรมที่ 2 “ร่างกายของเรา” วัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง และตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ กระตุ้นให้สมาชิกดูแลสุขภาพของตนเอง

ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก (Commitment strengthening)

กิจกรรมที่ 3 “มองต่างมุม” วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงข้อดี/ ข้อเสียของการสูบบุหรี่ สำรวจความลังเลใจของสมาชิก และประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 4 “ฝันให้ไกลไปให้ถึง” วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากบุหรี่ ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนกำหนดเป้าหมายและแผนในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Follow through)

กิจกรรมที่ 5 “ถนนแห่งชีวิต” วัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้า และทบทวนแผนการเลิกบุหรี่ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่

กิจกรรมที่ 6 “ก้าวอย่างมั่นใจ” วัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้า และทบทวนแผนการเลิกบุหรี่ เสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะหลังการทดลอง ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ประเมินแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ (Post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้จากกลุ่มทดลองมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้อง แข็งให้กลุ่มทดลองหยุดดื่มชาชงหญ้าดอกขาว พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อพบกับผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปอีก 1 เดือน

ระยะติดตามผล ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะติดตามผล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ประเมินแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และประเมินแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลองมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และยุติการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มควบคุม

ระยะก่อนการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ที่ห้องคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ (Pre-test) ก่อนการให้การรักษาตามปกติ

ระยะทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 2-4 พยายามประจำการให้การรักษาตามปกติ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่รายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ ตลอดจนให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้รับบริการ และ มีการให้ชาชงหญ้าดอกขาวโดยเป็นการบริการของโรงพยาบาลท่าตะเียบ โดยให้กลุ่มควบคุมดื่ม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น โดยให้ลงชื่อในการดื่มแต่ละครั้งในสมุดบันทึกการดื่มชา ซึ่งจะมีผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ลงชื่อ ยืนยันการดื่มชาชงหญ้าดอกขาวทุกครั้ง และนัดเพื่อรับชาชงหญ้าดอกขาวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดี

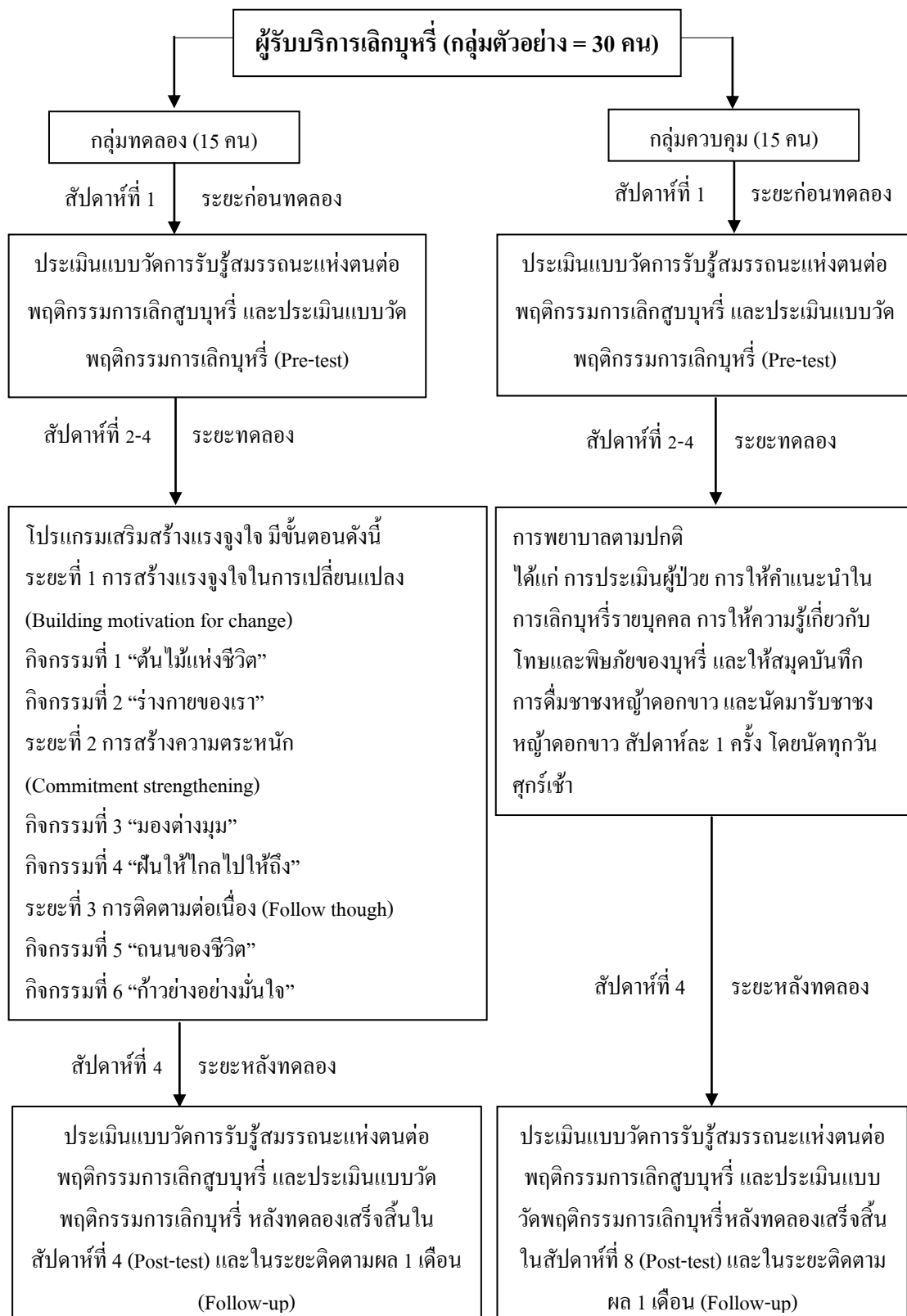
ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะหลังการทดลอง ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และประเมินแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ (Post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้จากกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้อง แจ้งให้กลุ่มควบคุมหยุดดื่มชาชงหญ้าดอกขาว รวมทั้งนัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อพบกับผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปอีก 1 เดือน

ระยะติดตามผล ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะติดตามผล ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม ประเมินแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และประเมินแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และยุติการศึกษาครั้งนี้

การดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ลงรหัสข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่และคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจะทำการทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ ด้วยวิธีบอนเฟอโรนีย์ (Bonferroni's method)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two groups, pre -post test and follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายโรงพยาบาลท่าตะเกียบ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และกราฟ ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โดยการหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 30$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					0.08 ⁺	0.90
20-30 ปี	8	53.3	7	46.7		
31-40 ปี	4	26.7	4	26.7		
41-50 ปี	3	20	4	26.7		
($\bar{X} = 31$; $SD = 9.40$) ($\bar{X} = 33.40$; $SD = 10.23$)						
สถานภาพสมรส					0.36 ⁺	0.14
โสด	10	66.7	6	40		
คู่	4	26.7	9	60		
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	1	6.7	0	0		
ระดับการศึกษา					0.24 ⁺	0.42
ประถมศึกษา	8	53.3	7	46.7		
มัธยมศึกษา	3	20	6	40		
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช	4	26.7	2	13.3		
อาชีพ					0.30 ⁺	0.27
ทำนา/ ทำไร่/ ทำสวน	5	33.3	6	40		
ค้าขาย	0	0	2	13.3		
รับจ้าง	10	66.7	7	46.7		
รายได้ (บาท/ เดือน)					0.26 ⁺	0.39
น้อยกว่า 5,000	6	40	6	40		
5,001-10,000	3	20	6	40		
10,001-15,000	6	40	3	20		

⁺ Cramer's V

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)		กลุ่มควบคุม ($n = 15$)		X^2	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชนิดของบุหรี่ที่สูบ					0.23 ⁺	0.43
บุหรี่ก้นกรอง	5	33.3	4	26.7		
บุหรี่มวนเอง/ ยาเส้น	2	13.3	5	33.3		
ทั้งสองชนิด	8	53.3	6	40		
ระยะเวลาที่สูบ (ปี)					0.29 ⁺	0.45
1-10	8	53.3	10	66.7		
11-20	6	40	4	26.7		
21-30	1	6.7	0	0		
31-40	0	0	1	6.7		
จำนวนมวนที่สูบต่อวัน (มวน)					0.26 ⁺	0.56
1-10	5	33.3	5	33.3		
11-20	7	46.7	8	53.3		
21-30	3	20	1	6.7		
31-40	0	0	1	6.7		

⁺ Cramer's V

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.7 รายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 40 รายได้ 10,001-15,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 40 ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่สูบทั้งบุหรี่ก้นกรอง และบุหรี่มวนเอง/ ยาเส้น ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 1-10 ปี ร้อยละ 53.3 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ 11-20 มวน/ วัน ร้อยละ 46.7 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ 1-10 มวน/ วัน ร้อยละ 33.3

ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 46.7 อายุ 31-40 ปี และ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 26.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 60 ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 มัธยมศึกษา ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.7 อาชีพทำนา/ ทำไร่/ ทำสวน

ร้อยละ 40 รายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท/ เดือน และ รายได้ 5,000-10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 40 ชนิดของบุหรี่ยี่สูบ ส่วนใหญ่สูบทั้งบุหรี่ยี่ก้นกรอง และบุหรี่ยี่มวนเอง/ ยาเส้น ร้อยละ 40 บุหรี่ยี่มวนเอง/ ยาเส้น ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ยี่ 1-10 ปี ร้อยละ 66.7 จำนวนมวนบุหรี่ยี่สูบ 11-20 มวน/วัน ร้อยละ 53.3

จากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของบุหรี่ยี่สูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ยี่ และจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ยี่ต่อวัน ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ยี่ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ยี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ยี่ชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง	16.73	1.98	16.80	2.80
หลังการทดลอง	28.60	8.87	19.53	2.53
ติดตามผล 1 เดือน	36.40	6.12	23.47	2.32

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ยี่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองเป็น 16.73 (*SD* = 1.98) 28.60 (*SD* = 8.87) และ 36.40 (*SD* = 6.12) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ยี่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 16.80 (*SD* = 2.80) 19.53 (*SD* = 2.53) และ 23.47 (*SD* = 2.32) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระลอกก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	15	16.73	1.98	.075	28	.309
กลุ่มควบคุม	15	16.80	2.80			

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ระลอกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระลอกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{28} = .075, p = .309$)

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระลอกก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง	10.87	1.55	10.13	3.42
หลังการทดลอง	19.40	3.46	14.93	2.84
ติดตามผล 1 เดือน	26.67	1.91	17.40	2.23

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง เป็น 10.87 ($SD = 1.55$) 19.40 ($SD = 3.46$) และ 26.67 ($SD = 1.91$) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระลอกก่อน การทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 10.13 ($SD = 3.42$) 14.93 ($SD = 2.84$) และ 17.40 ($SD = 2.23$) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	15	10.87	1.55	-.756	28	.014
กลุ่มควบคุม	15	10.13	3.42			

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{28} = -.756, p = .014$)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

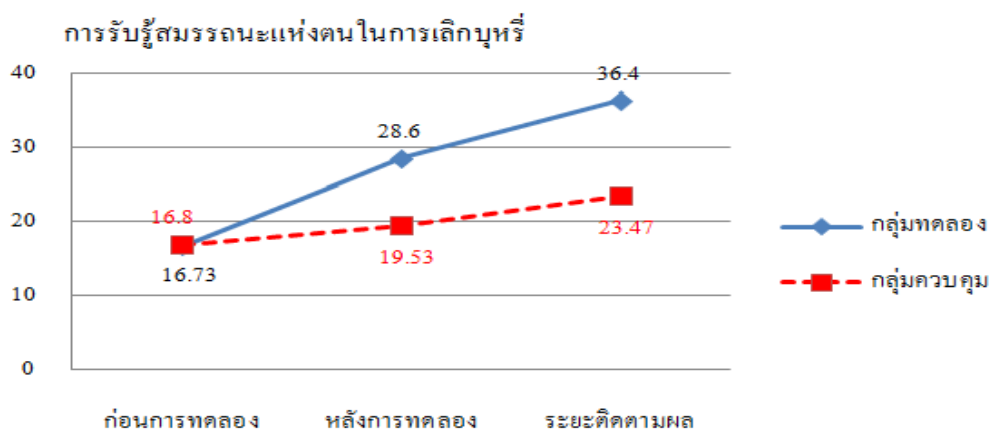
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	1202.68	1202.68	24.80	.000*
ความคลาดเคลื่อน	28	1357.78	48.49		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	2610.68	1305.34	121.79	.000*
กลุ่มกับระยะเวลา	2	668.42	334.21	31.18	.000*
ความคลาดเคลื่อน	56	600.22	10.71		

* $p < .001$

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการวิจัยนี้ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,28} = 24.80$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างวิธีการทดลอง (Method) กับระยะเวลา การทดลอง (Time) ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2,56} = 31.18$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,28} = 24.80$) จึงได้นำเสนอในรูปแบบของกราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

จากภาพที่ 7 พบว่า กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน โดยเส้นกราฟของทั้ง 2 กลุ่มจะตัดกันในระยะก่อนการทดลองแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะก่อนการทดลองมีค่าใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (กราฟเส้นประ) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (กราฟเส้นทึบ) จากกราฟยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างวิธีการทดลอง (Method) กับระยะเวลา การทดลอง (Time) โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

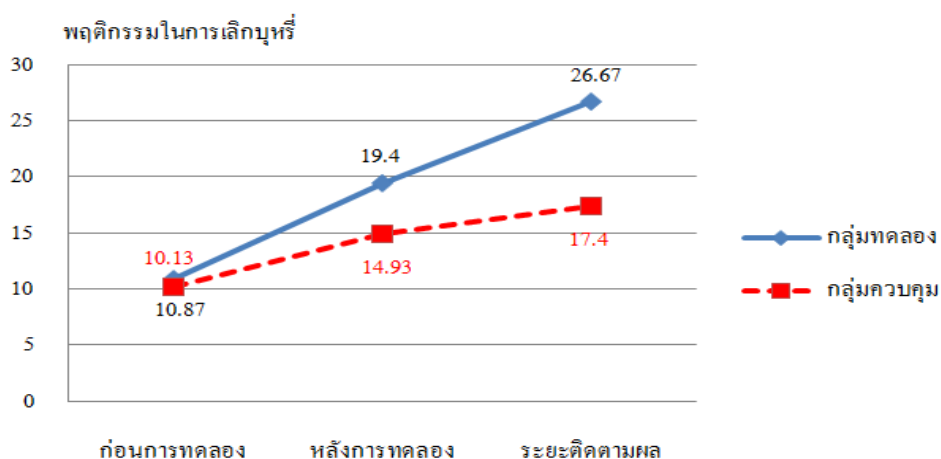
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	523.21	523.21	33.28	.000*
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม	28	440.22	15.72		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	2011.46	1005.73	354.86	.000*
กลุ่มกับระยะเวลา	2	274.48	137.24	48.42	.000*
ความคลาดเคลื่อน	56	158.71	2.83		

* $p < .001$

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมโดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่าการทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,28} = 33.28$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างวิธีการทดลอง (Method) กับระยะเวลาการทดลอง (Time) ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2,56} = 48.42$) แสดงว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของแต่ละช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,28} = 33.28$) จึงได้นำเสนอ ในรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละระยะเวลา ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

จากภาพที่ 8 พบว่า กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 2 กลุ่มที่แตกต่างกัน โดยเส้นกราฟแสดงค่าพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของทั้ง 2 กลุ่มจะตัดกันในระยะก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่ม มีค่าใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (กราฟเส้นประ) แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (กราฟเส้นทึบ) จากกราฟยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และแสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ โดยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	16.73		11.87*	19.67*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	28.60			7.80*
ระยะติดตามผล	36.40			

* $p < .001$

จากตารางที่ 8 เมื่อทำการทดสอบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	M	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	10.87		8.53*	15.80*
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	19.40			7.27*
ระยะติดตามผล	26.67			

* $p < .001$

ตารางที่ 9 แสดงผลการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ที่พบเช่นกันว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 กลุ่มทดลองจะใช้วิธีการดื่มชาหญ้าดอกขาว ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดให้กับกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคารและวันศุกร์ เวลา 09.30-11.00 น. โดยใช้ระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 3 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดื่มชาหญ้าดอกขาว เพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่และการแนะนำรายบุคคลที่โรงพยาบาลท่าตะเกียบจัดให้ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ร้อยละ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้/ เดือน ชนิดบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ/ วัน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

3. ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการชาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้/ เดือน ชนิด บุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ/ วัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมจึงน่าจะเป็นผลจากการที่ผู้รับบริการเลิก บุหรี่ได้รับการค้นหาหาญาติดอกขาว ร่วมกับการเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการค้นหาหาญาติดอกขาวเพื่อช่วยในการอดบุหรี่ โดยญาติดอกขาวมี สารต้านอนุมูลอิสระค่อนข้างสูง ช่วยลดคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่คั่งค้างในปอดลง และมี สารโพแทสเซียมในเครท ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เส้นฝาดจนทำให้ไม่นี้กอยากสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมี สารนิโคตินผสมอยู่บ้าง ๆ สามารถช่วยลดอาการข้างเคียงจากการเลิกบุหรี่ได้แก่ ความรู้สึกลึกอยาก บุหรี่อย่างรุนแรง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เครียด เศร้าหดหู่ ปวดมึนศีรษะ นอนไม่หลับ หิวบ่อย รับประทานอาหารจู้ขึ้น ท้องผูก ทั้งนี้การให้ผู้เลิกบุหรี่ค้นหาญาติดอกขาวนั้นเป็นการปรับร่างกาย

เป็นหลักใหญ่ ส่วนในด้านจิตใจนั้นผู้เลิกบุหรี่ควรต้องมีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ร่วมด้วย เพื่อช่วยให้การเลิกบุหรี่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Miller and Rollnick (1995) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการเลิกบุหรี่แบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) ส่งเสริมความรู้สึกผู้รับบริการในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการทำให้เกิดความมั่นใจการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ทั้งนี้หากผู้รับบริการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะช่วยให้ผู้รับบริการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งในบริบทนี้คือ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยทำให้ผู้รับบริการได้สำรวจตนเองทั้งพฤติกรรมและสาเหตุของการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในและการปฏิบัติตามคำมั่นสัญญา เมื่อผู้รับบริการมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ก็จะทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด โดยมุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่นี้ ผู้วิจัยได้วางแผนและดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ประกอบไปด้วยกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ต้นไม้แห่งชีวิต” เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มและได้ทบทวนชีวิตของตนเองที่ผ่านมาโดยการวาดรูปต้นไม้ และมีการประเมินแรงจูงใจของตนเอง ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ร่วมกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตของตนเองในการสูบบุหรี่ ภายหลังได้ฝึกผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าสมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพต่อกันมากขึ้นรวมถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตของตนเองในการสูบบุหรี่ และสามารถประเมินแรงจูงใจของตนเองได้ โดยที่สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 “ร่างกายของเรา” และ กิจกรรมที่ 3 “มองต่างมุม” เป็นการทบทวนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับปัจจุบัน ข้อดี และข้อเสียของการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้คิดวิเคราะห์ถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเองในอดีตและปัจจุบันและวิเคราะห์ถึงข้อดีข้อเสียของการหยุดสูบบุหรี่ สมาชิกได้วิเคราะห์และชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสีย ผลกระทบของการสูบบุหรี่ที่มีต่อร่างกาย และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อภายในกลุ่มทำให้สมาชิกเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและการลงมือปฏิบัติ เกิดแรงจูงใจที่จะเลิกบุหรี่มากขึ้น เช่น คำพูดที่บอกว่า “คงต้องหยุดสูบบุหรี่แล้ว สุขภาพร่างกายเริ่มไม่ค่อยดีแล้ว”

กิจกรรมที่ 4 “ฝันให้ไกลไปให้ถึง” เป็นการกำหนดเป้าหมายและแผนในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสมาชิกมีการกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของตนเอง พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ภายหลังจากการฝึกผู้วิจัยสังเกตเห็น สมาชิกแต่ละคนมีเป้าหมายที่ชัดเจนและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ เช่น สมาชิกบางคนบอกว่า “ลดการสูบบุหรี่วันละมวน” หรือ “วันนี้จะหยุดสูบบุหรี่เพื่อลูกสาว” กิจกรรมที่ 5 “ถนนของชีวิต” เป็นการติดตามความก้าวหน้าและทบทวนแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นที่ในการอดบุหรี่ สมาชิกในกลุ่มร่วมคิดวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรค ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ตลอดจนแนวทางแก้ไข เพื่อ ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ ภายหลังจากการฝึกผู้วิจัยสังเกตเห็น สมาชิกบางคนพบอุปสรรคในเลิกสูบบุหรี่ เช่น เห็นเพื่อนสูบบุหรี่ก็เลยอยากสูบ เมื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม ก็จะมีสมาชิกบางคน ที่สามารถผ่านปัญหาเหล่านั้นมาได้ แนะนำสมาชิกท่านอื่นๆ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่พบในการเลิกสูบบุหรี่นี้ได้ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น กิจกรรมที่ 6 “ก้าวอย่างอย่างมั่นใจ” เป็นการย้ำค้ำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ สมาชิกที่เข้าร่วม โปรแกรมคู่มือทัศน เรื่อง คนใหม่ และชวนเลิกบุหรี่ สมาชิกคิดวิเคราะห์ปัญหาในการเลิกบุหรี่ ภายหลังจากการฝึกผู้วิจัยสังเกตเห็น สมาชิกสามารถวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประยุกต์ใช้ในชีวิตของตนเอง ซึ่งในการเลิกสูบบุหรี่ย่อมมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทำให้เกิดอุปสรรคระหว่างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสามารถกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง ซึ่งการติดตามแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เป็นการยืนยันเป้าหมาย (Goal directed) และมั่นคงในค้ำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความตระหนักในปัญหา (Problem recognition) และทำให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to change) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยการเน้นย้ำในความรับผิดชอบในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ไม่มีใครบังคับได้

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่นี้ มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการประเมินถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) การสำรวจ ค้นหาทางออกจากความลังเลใจของผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในและค้ำมั่นสัญญา สร้างความรู้สึกให้รับรู้ว่าคุณสามารถทำได้ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ จะทำให้สมาชิกได้

ให้การช่วยเหลือกันและกัน ส่งเสริมการแสดงออกและเรียนรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิก และเสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิก

จากการที่ผู้รับบริการเลิกบุหรี่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง 6 กิจกรรมนี้ ส่งผลให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทร ศรีโกไสย (2548) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการวิจัยนี้ พบว่า การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีประสิทธิผล ในการลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพท์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ติดสุราที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก และสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศา แยมศรี และคณะ (2555) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ในผู้มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ รุจิรา หวังมัน (2557) ที่ทำการศึกษาระสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ทำให้ผู้รับบริการหยุดสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น

สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับเพียงโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำรายบุคคลในการเลิกบุหรี่และดื่มชาชงหญ้าดอกขาว ซึ่งชาชงหญ้าดอกขาวมีสารโพแทสเซียมไนเตรท ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เส้นฝาดจนทำให้ไม่มีนิโคตินอยากสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีสารนิโคตินผสมอยู่บ้าง ๆ สามารถช่วยลดอาการข้างเคียงจากการเลิกบุหรี่ ได้แก่ วัสดุอยากบุหรี่อย่างรุนแรง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย นอนไม่หลับ หัวบอบ ท้องผูก ซึ่งอาจจะยังไม่เพียงพอในบำบัดการเลิกสูบบุหรี่ จึงทำให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลร่วมกับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองตัวแปรนี้เพิ่มสูงขึ้น การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถนำการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง แม้ว่าหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอีกต่อไป อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน สมาชิกกลุ่มยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจครั้งนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลมากขึ้น จึงทำให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ได้
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นในครั้ง นี้ ไปทำวิจัยต่อยอด ในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มที่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ตลอดจนการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). เลิกสูรา เลิกสูบ เลิกเลียข. *จับตาโรคและภัยสุขภาพ*, 1(2), 1-4.
- กรองจิต วาทีสาชกกิจ. (2551). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์ เพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่.
- กรองจิต วาทีสาชกกิจ. (2552). *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติมา พุ่มพรวง. (2547). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษกร. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉันทิยา คารมย์. (2555). *ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงดาว ไวยปราชญ์. (2552). *ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มของผู้ป่วยยาเสพติด ต่อการเพิ่มระดับความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงและป้องกันการติดยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดอกกรั๊ก พิทาคำ. (2549). *ผลการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดยาในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ตรีชฎา บุญจันทร์. (2550). *ปัจจัยทำนายนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยชาวไทย*. วิทยานิพนธ์
เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวี วิสาระพันธ์. (2550). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย
ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากแอลกอฮอล์*. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนาศา บุญทอง. (2551). *บุหรืกับสุขภาพ บทบาทพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรื*.
นันทบุรี: กรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรื สมาคมพยาบาลแห่ง
ประเทศไทย.
- ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2552). *กลไกการเสพติดบุหรืหรือยาที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรื*. ใน
กรองจิต วาทีสาชกกิจ, *การส่งเสริมการเลิกบุหรืในงานประจำ* (หน้า 29-43). กรุงเทพฯ:
มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื.
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). *การประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามขั้นตอนการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับ โปรแกรมเลิกบุหรืของนักเรียนชายมัธยมศึกษา*.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกิต วาทีสาชกกิจ. (2552). *สถานการณ์การสูบบุหรืและพิษภัยของบุหรื*. ใน กรองจิต วาทีสาชกกิจ,
ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรืในงานประจำ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
มูลนิธิธรรมรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรื.
- ปรีดา เบญจนากาสกุล และวนิดา แพงเทียน. (2543). *ทัศนคติต่อการสูบและอดบุหรืในผู้ป่วย
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด*. วิทยานิพนธ์
เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). *แนวปฏิบัติการพัฒนางานบริการเลิกบุหรืสู่งานประจำ*. กรุงเทพฯ:
เบญจผล.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2555). *การบำบัดทางเลือกเพื่อช่วยเลิกบุหรืวิถีไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นันทบุรี:
อัทธรุยมู ศรีเอทนิว.

- พรนภา หอมสินธุ์. (2558). *แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). *คู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ติดยาเสพติด การอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตวิทยาเสพติดสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎ.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. ใน พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนภาพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์การติดยาเสพติด*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- พิณรัฐ ศรีหารักษา. (2552). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยที่เสพยาในโรงพยาบาล สกลนคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิรุณพร ประเสริฐ. (2554). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, คลินิกเลิกบุหรี่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2554). *บุหรี่ต่อผลกระทบระบบต่าง ๆ*. เข้าถึงได้จาก http://www.ashthailand.or.th/th/data_center.php?id=9&category=9
- รณชัย คงสกนธ์. (2550). *แนวทางการรักษาผู้ติดยาทางจิตเวช*. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รัชนา สานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สริยะพรหม. (2550). *พิษภัยบุหรี่*. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รัชนิกร เกียนทอง. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2.)
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ:
ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์.
- รุจิรา หวังมัน. (2557). การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษา แบบสร้างแรงจูงใจใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่.
ใน เทอดศักดิ์ เดชคง, *การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่* โรงพยาบาล
ลำโรงทาบ อำเภอลำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิ่ง.
- วารสารณัฏฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สุทธิศักดิ์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มณฑานกุล, พนมทวน
ชูแสงทอง, ศรีนัย กอสนาน (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาสูบ*. นนทบุรี:
กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- วิศา เข้มศรี, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์. (2555). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์
เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ในผู้มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือด
และหัวใจ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3): 41-57.
- วิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2550). การควบคุมยาสูบ (Tobacco control). ใน นิธิพัฒน์ เกียรติกุล
(บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการหายใจ*. กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.
- ศรีนัย กอสนาน. (2546). *การสูบบุหรี่และการอดบุหรี่ ในมุมมองทางจิตวิทยาและสังคม: รายงาน
การวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเกษตรกร*.
กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริพร ชวนชาติ. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและ
สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์. (2554). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการ
บริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุม
ยาสูบ (ศจย).

- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. (2550). เกษษบำบัดในการเลิกบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมปริมาณการบริโภคยาสูบสำหรับ บุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ* (หน้า 465-492). กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *หญ้าดอกขาว หมอข้างกาย ทางสายเลิกบุหรี่*. เข้าถึงได้จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/news_detail.php?cat=G&id=141
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับ บุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่*. กรุงเทพฯ: เครือข่าย วิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556) *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรพงษ์ เจริญฤทธยาวุฒิ. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย*. *วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- สายชล ยุบลพันธ์. (2551). *ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่*, *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สถิรกร พงศ์พานิช. (2550). *การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพ ของโร ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการสาธารณสุข, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต วัฒนธัญกรรม. สุเชต เชื้อภักดี และปราณี ภาณุมาศ. (2551). *คู่มือมาตรฐานคลินิกเลิกบุหรี่ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์. (2552). *ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อ อาการอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล*. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และรณชัย คงสกนธ์. (2552). *พิษภัยและการรักษาโรคจิตบุหรี่*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

- สุนทรี ศรีโกไสย. (2548). *การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2554). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. เข้าถึงได้จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=5748*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ปี 2557. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13207*
- เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ. (2556). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological.* New York: Holt Rinchart and Winston.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(5)*, 843-861.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization (5nd ed.)*. Philadelphia: Elsevier saunders.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction, 95(7)*, 999-1013.
- Honjo, K., Iso, H., Inoue, M., & Tsuqane, S. (2010). Smoking cessation: predictive factors among middle-aged Japanese. *Nicotine Tob Res, 12(10)*, 4-1050.
- John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wettering, T., & Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counseling vs a group treatment approach for alcohol dependence In inpatients. *Alcohol & Alcoholism, 21(5)*, 348-353.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Miller, W. R. (1995). *Motivational enhancement therapy with drug abusers*. New York: Haper and Row.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1995). Motivational interviewing: What is MI?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23(5), 325-334. Retrieved from <http://motivationalinterview.org/clinical/whatismi.html>
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed.; p.75-p.99). Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2004). *Helping patients with alcohol problems: A health practitioner's guide*. MD: National Institutes of Health.
- Nisell, M., Nomikos, G. G., & Svensson, T. H. (1995). *Nicotine dependence midbrain dopamine systems and psychiatric disorders*. *Pharmacol Toxicol*, 76, 157.
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2004). *Nursing Research: Principles and methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671-1698.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.

- Rubak, S., Sandback, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2003). Motivation interviewing: A systemic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-310.
- Rumpf, H., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (1999). Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 348-358
- Sasco, A. J., Secretan, M. B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: A brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 2, 53-59.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389-396.
- Surgeon General's Report. (2004). *Smoking & tobacco use health effects: Respiratory health*. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/Health_effects/respiratory.htm
- VanderKaay, M. M., & Patterson, S. M. (2006). Nicotine and acute stress: Effects of nicotine versus nicotine withdrawal on stress-induced hemoconcentration and cardiovascular reactivity. *Biological Psychology*, 71, 191-201.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, warning about the danger tobacco*. Retrieved from http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en_tfi_global_report_2011_progress_continues.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ชัยเสนา ดาตลาส สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณนงนุช คะพิมพิภบาลบุตร
พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง
(APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
โรงพยาบาลเปล่งยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา
5. คุณสุดคนัย แสงสวัสดิ์
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้รวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชายโรงพยาบาลท่าตะเกียบ

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่
3. แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความหรือตัวเลขที่ตรงกับความจริงของคุณลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน () ทำนา/ทำไร่/ทำสวน () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () ค้าขายธุรกิจ
() กำลังศึกษา () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ () น้อยกว่า 5,000 () มากกว่า 5,000-10,000
() มากกว่า 10,000-15,000 () มากกว่า 15,000-20,000
() มากกว่า 20,000-25,000 () มากกว่า 25,000

ประวัติการสูบบุหรี่

7. ชนิดบุหรี่ที่สูบ () บุหรี่ก้นกรอง () บุหรี่มวนเอง/ยาเส้น/ใบจาก
() ทั้งสองชนิด
8. ระยะเวลาที่สูบทั้งสิ้น.....ปี
9. จำนวนมวนที่สูบ..... มวน/ วัน

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง ท่านมีความมั่นใจเพียงใดที่จะไม่สูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่อไปนี้

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานการณ์	มั่นใจที่จะ ไม่สูบบุหรี่ มากที่สุด (3)	มั่นใจที่จะ ไม่สูบบุหรี่ ปานกลาง (2)	มั่นใจที่จะ ไม่สูบบุหรี่ น้อย (1)	ไม่มั่นใจที่ จะไม่สูบบุหรี่ (0)
1. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
2. เมื่อท่านผิดหวังหรือไม่ได้สิ่งที่ปรารถนาหรือทำบางสิ่งบางอย่างไม่สำเร็จ				
3. เมื่อท่านอยู่กับคนใกล้ชิด				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
7. เมื่อท่านรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง				
8. เมื่อท่านรู้สึกเศร้า เสียใจ เช่น การสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว				
9. ...				
10. ...				
11. ...				
12. ...				
13. ...				
14. เมื่อท่านตื่นมาในตอนเช้าและต้องเผชิญกับวันที่ยุ่งยาก				
15. ...				
16. ...				

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดใน 1 เดือนที่ผ่านมา

การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่	ทำเป็นประจำ (2)	ทำ บางครั้ง (1)	ไม่เคยทำ เลย (0)
1. ท่านได้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่จะกระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดี ไม่ให้อิ่มมากเกินไป			
3. ...			
4. ...			
5. ...			
6. ท่านสูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างน้อย 2-3 ครั้ง เมื่อเวลาที่อยากสูบบุหรี่ จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลายขึ้น			
7. ท่านถ่วงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุด จนกระทั่งความอยากลดลง			
8. ...			
9. ...			
10. ...			
11. ท่านกล้าปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น และบอกผู้อื่นได้ ว่ากำลังเลิกบุหรี่			
12. ท่านลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง/ ไม่สูบบุหรี่			
13. ...			
14. ...			
15. ท่านหาเวลาว่างในการออกกำลังกาย			

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน ผู้สูบบุหรี่มักมีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ และสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ระยะหนึ่ง แล้วก็หวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดยพบว่า ผู้สูบบุหรี่มักการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการที่จะเลิกบุหรี่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ตามแนวคิดของ Miller and Rollnick (1995) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการเลิกบุหรี่แบบค่อยเป็นค่อยไป มีการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) สร้างความรู้สึกให้รับรู้ว่าคุณเองสามารถทำได้ (Self-efficacy) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการ ทำให้เกิดความมั่นใจการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ซึ่งหากผู้รับบริการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ก็จะทำให้ผู้รับบริการสำรวจตนเองกับสาเหตุของการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในและคำมั่นสัญญา เมื่อผู้รับบริการมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ก็จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ภายใต้อาชีพที่แสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathetic therapeutic style) (ดวงดาว ไวยปราชญ์, 2552)

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกทุกคนมีบทบาทในการช่วยเหลือส่งเสริมการแสดงออกและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม ให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมซึ่งในการทำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ใช้เวลาในการทำทดลอง 6 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ในวันอังคารและวันศุกร์ จำนวน 3 สัปดาห์ มีการติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมใน
การเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-01-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรรุวรรณ ไชยบุบผา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านคือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ เพศชาย
อายุ 25-59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์
ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม
การวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิก
สูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม
เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อีกครั้ง ซึ่งโปรแกรมนี้จะใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น
3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 60-90 นาที ณ ห้องคลินิกให้
คำปรึกษา โรงพยาบาลท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยแผนการจัดกิจกรรม
แบ่งเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียด ดังนี้ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง กิจกรรมที่ 1
ต้นไม้แห่งชีวิต เพื่อสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมที่ 2
ร่างกายของเรา เพื่อทบทวนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง และตระหนักถึงผลกระทบของ
การสูบบุหรี่ ระยะที่ 2 การสร้างความตระหนัก กิจกรรมที่ 3 “มองต่างมุม” เพื่อให้สมาชิก
ตระหนักถึงข้อดี/ข้อเสียของการสูบบุหรี่ สำรวจความตั้งใจของสมาชิก และประโยชน์ของ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสูบบุหรี่ กิจกรรมที่ 4 “ฝันให้ไกลไปให้ถึง” เพื่อให้สมาชิกตระหนัก
ถึงโทษและพิษภัยจากบุหรี่ ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนกำหนดเป้าหมายและแผนในการที่

จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ระยะที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 5 “ถนนแห่งชีวิต” เพื่อติดตามความก้าวหน้าและทบทวนแผนการเลิกบุหรี่ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ กิจกรรมที่ 6 “ก้าวอย่างมั่นใจเพื่อติดตามความก้าวหน้าและทบทวนแผนการเลิกบุหรี่ เสริมสร้างแรงจูงใจให้มั่นคง การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพ พร้อมทั้งสร้างความตระหนัก และเสริมสร้างแรงจูงใจของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางการพยาบาล ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้เลิกบุหรี่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการที่ต้องการเลิกสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ได้ การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ล็อกด้วยรหัสลับ ใช้หมายเลขที่ไม่นำไปสู่กลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย โดยท่านมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันและเวลาทำการ หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวจรรุวรรณ ไชยบุบผา โรงพยาบาลท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา หมายเลขโทรศัพท์ 095-5180353 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวจรรุวรรณ ไชยบุบผา

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม
ในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-01-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรรววรรณ ไชยบุบผา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านคือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ เพศชาย
อายุ 25-59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือน
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่คุณจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วม
การวิจัย ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิก
สูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนการพยาบาลตามปกติของคลินิกเลิกบุหรี่ หลัง
การพยาบาลตามปกติของคลินิกเลิกบุหรี่เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนอีกครั้ง การ
พยาบาลตามปกติของคลินิกเลิกบุหรี่ หมายถึง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีรับ
บริการเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่รายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับ
โทษและพิษภัยของบุหรี่ และให้ดื่มชาขงหญ้าดอกขาว โดยพยาบาลวิชาชีพ คลินิกให้คำปรึกษา

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพ พร้อมทั้งสร้างความตระหนัก
และเสริมสร้างแรงจูงใจของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้
จะเป็นแนวทางการพยาบาล ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้เลิกบุหรี่ และสามารถนำไป
ประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการที่ต้องการเลิกสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ได้ การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้
นี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับ
จะจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ล็อกด้วยรหัสลับใช้หมายเลขที่ไม่นำไปสู่กลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึง

ข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย โดยท่านมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการบำบัดรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันและเวลาทำการ หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่

นางสาวจรรวรรณ ไชยบุบผา โรงพยาบาลท่าตะเกียบ อำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา
หมายเลขโทรศัพท์ 095-5180353 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวจรรวรรณ ไชยบุบผา
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ
วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจรรวณ ไชยบุบผา)

ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม
หรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจรรุวรรณ ไชยบุบผา)

ภาคผนวก ง

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
สำเนาหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูล**



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของ
ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

The Effects of Motivational Enhancement Program on Smoking Cessation Perceived Self-efficacy and Behaviors
among Male Clients of Thatakiab Hospital

ชื่อนิติ นางสาวจรรววรรณ ไชยบุผผา

รหัสประจำตัวนิติ 57920198 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 01 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ เพศชาย จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 30 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล
คือ ห้องคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โรงพยาบาลท่าตะเียบ
เลขรับ ๗๕๓
วันที่ 07 ส.ค. 2560
เวลา.....

ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๐๔๒๓๓



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเียบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวจรรุวรรณ ไชยบุผา รหัสประจำตัว ๕๗๙๒๐๒๐๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการ เลิกบุหรี่ชายโรงพยาบาลท่าตะเียบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้จัดส่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ เพศชาย ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ ณ คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลท่าตะเียบ โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๓ เมษายน - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

เพื่อส่งผู้ช่วยแพทย์โรงพยาบาลท่าตะเียบ

เพื่อโปรดทราบ เพื่อบริการสิ่งเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

- ผอ.รพ.ท่าตะเียบ (งาน.....) ร.ช.นุกูล (ร.ช.อ.)
 ผอ.รพ.ท่าตะเียบ (งาน.....) ร.ช. X-ray
 กง.ศุภพรวิเศษ (งาน.....) ร.ช. แพทย์แผนไทย
 กง.สโรจน์สุนทร (งาน.....) ร.ช. คลินิกพิเศษ
 ผอ.รพ.ท่าตะเียบ ร.ช. คลินิกพิเศษ ปริญญา
 ผอ.รพ.ท่าตะเียบ ร.ช. รพ.ท่าตะเียบ

มีขอทราบแนวทางการ

(นางชวนชื่น วุฒิสมาโรจน์)

นักวิชาการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่
งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๕๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๕๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๕๕ ๕๑๘ ๐๓๕๓

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณีย์ เตียววิเศษ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

หมาย
 แจ้งฝ่าย.....
 แจ้งผู้เกี่ยวข้อง
 อื่นๆ.....
(นายภรภัทร ลิ้มพยอม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเียบ



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๕๙๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางสาวจรรุวรรณ ไชยบุบผา รหัสประจำตัว ๕๗๙๒๐๑๙๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการ เลิกบุหรี่ชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิก บุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน” ของ คุณจิราภรณ์ เนียมมัญจร หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อนำมา ใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๙๕ ๕๑๘ ๐๓๕๓