ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

The Effects of Behavioral Change Integrated with Smoking Cessation Self - Efficacy Program on Smoking Cessation Behaviors and Self - Efficacy Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

คอลิด ครุนันท์

Kholid Karunan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

The Effects of Behavioral Change Integrated with Smoking Cessation Self - Efficacy Program on Smoking Cessation Behaviors and Self - Efficacy Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

คอลิด ครุนันท์

Kholid Karunan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้เขียน นายคอลิด ครุนันท์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ

(ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....
(นายคอลิด ครุนันท์)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นายคอลิด ครุนันท์)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้เขียน นายคอลิด ครุนันท์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2559

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วย อายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 2) การถามประวัติการเลิกบุหรี่ 3) การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ และ 5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ซึ่งบูรณาการร่วมกับสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ 1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น 3) การสื่อสารจูงใจ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .84 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{(29)} = -42.35$, $p < .001$)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ ($t_{(58)} = -3.67$, $p < .001$)

3. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{(29)} = -35.43$, $p < .001$)

4. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ ($t_{(58)} = -6.52$, $p < .001$)

ผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลช่วยให้พฤติกรรมการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในการเลิกบุหรี่ต่อไป

Thesis Title	The Effects of Behavioral Change Integrated with Smoking Cessation Self- Efficacy Program on Smoking Cessation Behaviors and Self- Efficacy Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Author	Mr. Kholid Karunan
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

This two group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of behavioral change integrated with smoking cessation self-efficacy program on smoking cessation behaviors and self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The sample of patients was recruited from the COPD Clinic, male and female medical wards of hospital in the South of Thailand. Sixty subjects were purposively selected based on inclusion criteria, and assigned to either experimental or control group, 30 in each group. The subjects in the experimental group received the smoking cessation program while the control group received routine care. The smoking cessation program comprised 5 steps of 1) assess, 2) ask, 3) advise, 4) assist, and 5) arranging follow-up integrated with smoking cessation self- efficacy composed of 1) performance accomplishment, 2) vicarious experience, 3) verbal persuasion, and 4) physiological and affective states. The research instruments were 1) The Behavior Change Integrated with Self- efficacy Promoting Program, and 2) the smoking cessation behaviors test and smoking cessation self-efficacy test, the contents of which were validated by five experts. The instruments were also tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .84 and .93 respectively. The personal characteristics and data on smoking were analysed using descriptive statistics and hypotheses were tested using both paired t-test and independent t-test.

The results of study showed that:

1. The mean score of smoking cessation behaviors of the experimental group after participating in the program was significantly higher than that before ($t_{(29)} = -42.35$, $p < .001$).

2. The mean score of smoking cessation behaviors of the experimental group was significantly higher than that in control group ($t_{(58)} = -3.67$, $p < .001$).

3. The mean score of smoking cessation self-efficacy of the experimental group after participating in the program was significantly higher than that before ($t_{(29)} = -35.43$, $p < .001$).

4. The mean score of smoking cessation self-efficacy of the experimental group was significantly higher than that in control group ($t_{(58)} = -6.52$, $p < .001$).

The results of this study indicate that the behavior change integrated with self-efficacy promoting program could increase smoking cessation behaviors and self-efficacy in patients with COPD. Therefore, the program can be used to assist smoking cessation in COPD patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือให้คำแนะนำเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง ในทุกขั้นตอนของการกระทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์การเรียนที่มีคุณค่ายิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการศึกษาวิจัย คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและ หญิง ตลอดจนทีมสุขภาพ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนอุดหนุนในระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่น้องและครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนการศึกษาตลอดมา ตลอดจนขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และทุกท่านที่มิได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน

คอลิด ครุนันท์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ ..... (5)
ABSTRACT ..... (7)
กิตติกรรมประกาศ ..... (9)
สารบัญ ..... (10)
รายการตาราง ..... (13)
รายการภาพ ..... (14)
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์การวิจัย 6
คำถามการวิจัย 6
กรอบแนวคิดการวิจัย 6
สมมติฐานการวิจัย 12
นิยามศัพท์การวิจัย 12
ขอบเขตของการวิจัย 13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 14
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง 15
แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 15
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและระดับความรุนแรงโรค 15
ผลของบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 19
พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ 20
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 26
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตน 29
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ 29
สมรรถนะแห่งตน 29
โปรแกรมการเลิกบุหรี่ 35
โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดี่ยว 35
โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธี 43

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 46
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 58
การศึกษานำร่อง 59
การเก็บรวบรวมข้อมูล 59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 65
การวิเคราะห์ข้อมูล 65
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล 67
ผลการวิจัย 67
การอภิปรายผลการวิจัย 78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 84
สรุปผลการวิจัย 84
ข้อเสนอแนะ 86
เอกสารอ้างอิง 87
ภาคผนวก 95
ก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 96
ข โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 97
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 102
ง ตัวอย่าง คู่มือการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 109
จ แผนการสอนเรื่อง อาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ 113
ฉ แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 119
ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ 123

สารบัญ(ต่อ)

ซ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่แบบรายข้อ 125
ฌ เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 128
ญ เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย 129
ฎ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 130
ประวัติผู้เขียน 131

รายการตาราง

ตาราง **หน้า**

1 แบบประเมินอาการผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 16
2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก 17
3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 18
4 แบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน 22
5 แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ 25
6 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 34
7 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์ 68
8 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติไคสแควร์ 71
9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 75
10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 75
11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 76
12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 77
13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง..... 78

รายการภาพประกอบ

ภาพ **หน้า**

1 กรอบแนวคิดการวิจัย 11
2 สรุปแผนผังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 49
3 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 64

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีภาวะการตีบแคบของทางเดินหายใจ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมักมีสาเหตุมาจากบุหรี่ อาการจะเกิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามการดำเนินของโรคส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตที่สูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักหมายรวมถึง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมปอดโป่งพอง จากข้อมูลขององค์กรโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]) ยังพบอีกว่าโรคนี้มีอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โกลด์ คาดว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร จากปัจจุบันอันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลกในปี ค.ศ. 2020 (GOLD, 2014) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี พ.ศ. 2553 เป็นโรคที่พบมากถึงร้อยละ 89.80 ของโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างทั้งหมด (สำนักระบาดวิทยา, 2555) และจากรายงานการเสียชีวิตของประชากรไทยพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 8 ของประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทั้งนี้โดยพบจำนวนมากถึงร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่มาทำการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากบุหรี่ (Kiatboonsri, Amornputtisathaporn, Siriket, Boonsarngsuk, & Kiatboonsri, 2007)

บุหรี่นอกจากจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยหากยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการจะเลิกบุหรี่แต่มีจำนวนน้อยที่สามารถเลิกได้สำเร็จ ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จจะทำให้ช่วยลดอาการกำเริบในผู้ป่วยได้ รัฐภูมิ (2552) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนมากจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคดังกล่าวยังมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 80 รวมทั้งยังพบว่าบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะอาการกำเริบซ้ำ (exacerbation) จากการศึกษาของ แก้ว, อุไรวรรณ, ดารารัตน์, และทิพย์สุดา (2556) โดยการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการตรวจสไปโรเมตรีย์ของผู้มารับบริการที่หน่วยทางเดินหายใจ พบว่ายังมีผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สูงถึงร้อยละ 74.69 ทั้งนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนถึง ร้อยละ 70 ที่ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ แต่มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และจากรายงานการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล ณ คลินิกโรคทางเดินหายใจ โรงพยาบาลยะลา ประจำปี พ.ศ. 2555 - 2558 ยังพบว่ามีผู้ป่วยเฉลี่ย 1,557 รายต่อปี ที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และยังคงต้องกลับเข้ามารับการรักษาด้วยอาการหอบ

จนถึงต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลและต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการกำเริบซ้ำที่เกิดขึ้น (สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลยะลา, 2558) การเลิกบุหรี่จึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและยังคงมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนไม่น้อยที่ยังคงไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

ภายในบุหรี่นั้นมีส่วนประกอบของ “นิโคติน” (nicotine) ซึ่งถือว่าเป็นสารที่มีอำนาจการเสพติดมากกว่ายาเสพติดชนิดอื่นจากการจัดอันดับของ นิโคติน เฮโรอีน โคเคน แอลกอฮอล์และคาเฟอีนตามลำดับ (ประกิต, 2551) และเมื่อมีการสูดเอาควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย นิโคตินจะกระตุ้นทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท คือ โดปามีน (dopamine) จนทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์แห่งความสุข และยังมีนอร์อีพิเนฟฟิน (norepinephrine) ที่ทำให้เกิดการตื่นตัว รู้สึกมีพลัง มีสมาธิและลดความรู้สึกซึมเศร้าลงได้ (Glover, Elbert, Glover, Penny, Payne, & Thomas, 2003) และเมื่อหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทเหล่านี้ลดลง ผู้ป่วยจึงเกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptom) (U.S. Public Health Service Report, 2008) อาการเหล่านี้จะทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้ป่วยหายไป เกิดความต้องการที่จะสูบบุหรี่จึงทำให้ไม่สามารถหยุดสูบได้ (dependence) ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องพยายามแสวงหาบุหรี่มาสูบอย่างต่อไปเรื่อยๆ (craving) เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนนิโคติน (withdrawal symptoms) และยังต้องเพิ่มปริมาณการสูบมากขึ้นเพื่อที่จะให้คงผลเท่าเดิม (tolerance) (George et al., 2000) ผู้ป่วยที่ต้องการจะเลิกบุหรี่พบว่าทำได้ยากถึงแม้ว่าจะมีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่ก็ตาม เพราะบุหรี่นั่นมีสารนิโคตินซึ่งเปรียบเสมือนสารเสพติด จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายจากอาการกำเริบซ้ำ การหายใจหอบ อีกทั้งยังจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ลดลงตามมาด้วย ถึงแม้ว่าการเลิกบุหรี่นั้นจะทำได้ยาก แต่ก็ยังคงมีผู้พยายามศึกษาเพื่อค้นหาวิธีหรือแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เพื่อลดภาวะอันตรายและอัตราการเสียชีวิตจากอาการกำเริบซ้ำที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบว่ามีผู้พยายามศึกษาปัจจัยเพื่อที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนี้ จากการศึกษาของ ณันฑิยาและสุนิดา (2558) โดยทำการศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 150 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 3 แห่ง เป็นโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 จังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ คือ สมรรถนะแห่งตน ($p < .003$) โดยพบว่าหากผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูง จะมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็น 6.17 เท่า ของผู้ป่วยที่มีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่ำ อีกทั้งยังมีการศึกษาของ พิมผกา (2550) ในเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความ

มั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลได้ พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานสูงขึ้นถึงร้อยละ 100 รวมทั้งการศึกษาของ สุลี (2546) ในเรื่องผลของสมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการออกกำลังกายมากยิ่งขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นกว่าเดิมถึงร้อยละ 66.7 จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรรมสุขภาพ ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนจึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่และยังช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้น โดยหากนำเอาปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่จึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำเอาแนวคิดสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ ซึ่งใช้แนวทางเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้ (1) จากประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ดีของผู้อื่น (3) การใช้คำพูดจูงใจ และ (4) ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งพบว่ามีการศึกษาของพัชรินทร์ (2551) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการติดสารนิโคติน ความพยายามในการเลิกบุหรี่และจำนวนครั้งในการเลิกบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ดำเนินการศึกษาและติดตามผล 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการ เลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .05 (2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้ว่าจะมีผู้นำเอาแนวทางสมรรถนะ แห่งตนมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่แต่ก็ยังไม่พบว่า มีการนำเอาแนวทางดังกล่าวมาใช้ในการให้ความดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้หลักการ 5 เอ (5 As) ซึ่งเป็นแนวทางที่มีการนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการติดบุหรี่อย่างแพร่หลาย แนวคิดนี้มีการพัฒนาภายใต้ความหลากหลายของ

พฤติกรรมและภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การถามประวัติ (ask) (2) การให้คำแนะนำ (advise) (3) การประเมินความพร้อม (assess) (4) การให้ความช่วยเหลือ (assist) และ (5) การติดตามผล (arranging follow-up) (Glasgow et al., 2006) จากนั้นได้มีการนำมาพัฒนาเพื่อใช้ในช่วยดูแลแก่ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) ถามประวัติการเลิกบุหรี่ (ask) ถามคำถามเกี่ยวกับประวัติการใช้บุหรี่ สุขภาพ สังเกตลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนและการสังเกตอาการแสดง (2) การแนะนำการเลิกและการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (advise) เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ผลของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพของผู้สูบหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ (3) การประเมินความพร้อมในการหยุดสูบ (assess) โดยการสอบถามความพร้อมในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ (4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ (assist) โดยการให้คำปรึกษาหรือให้เอกสารความรู้ในการเลิกบุหรี่ และ (5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ (arranging follow-up) (Okuyemi, Nollen, & Ahluwalia, 2006) อีกทั้งจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังของโกลด์ (GOLD, 2014) พบว่า การใช้หลักการ 5 เอ สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 5 - 10 และการศึกษาของ พัสเชลและคณะ (Puschel, Thompson, Coronado, Huang, Gonzalez, & Rivera, 2008) ทำการศึกษาโดยการให้คำปรึกษาโดยใช้วิธี 5 เอ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูบบุหรี่เพศหญิงจำนวน 773 คน ดำเนินการศึกษาเป็นระยะเวลา 18 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 15.2 ถึงแม้ว่าแนวทางดังกล่าวจะสามารถใช้งานได้สะดวกและมีขั้นตอนที่ชัดเจนแต่ก็ยังไม่พบว่ามีการนำเอาแนวทางดังกล่าวมาใช้ในการให้ความดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่เนื่องจากมีความสะดวกในการนำมาใช้ในการเลิกบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่ามีผู้ศึกษาหาวิธีการเลิกบุหรี่ในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ การศึกษาของ เบญจมาส, วันเพ็ญ, สุรินธร, และนันทวัช (2555) ทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช โดยการประยุกต์เอาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาช่วยในการเลิกบุหรี่พร้อมทั้งการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ในรายที่มีความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งยังมีการใช้ยาในการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ (pharmacotherapy) เช่น การใช้แนวทาง นิโคติน รีเพลชเมนต์ เทอราพี่ (nicotine replacement therapy [NRT]) (Edward et al., 2012 ; GOLD, 2014) วิธีดังกล่าวประกอบด้วย 2 แนวทาง ดังนี้ (1) การใช้ยาหรือสารกลุ่มที่มีนิโคติน เช่น หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patch) (GOLD, 2014) เพื่อเป็นการทดแทนหรือลดการสูบบุหรี่ลงในผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ (2) การใช้ยาในการรักษา เช่น บูโพรพิออน (bupropion) วาเรนิไคล (varenicline)

และ นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) การใช้ยาเป็นการรักษาที่ใช้เพื่อลดปริมาณนิโคตินในร่างกายและเบี่ยงเบนความสนใจในความต้องการอยากสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ (GOLD, 2014) จากการศึกษาของ เอิร์ดและคณะ (Eerd, Meer, Reda, Schayck, & Kotz, 2013) โดยวิธีการใช้ยานอร์ทริปไทลีน เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 21 ทั้งยังมีการศึกษาของ สนทรรศและอภิญญา (2555) โดยวิธีการศึกษาอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช ด้วยการใช้สารทดแทนและยา คือ (1) หมากฝรั่งนิโคติน (2) แผ่นแปะนิโคติน (3) บูโพรพิออน ผลปรากฏว่าผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกได้ร้อยละ 24.5 นอกจากนี้การศึกษาของ ลีลารุ่งระยับและคณะ (Leelarungrayub, Pratanaphon, Pothongsunun, Sriboonreung, Yankai, & Bloomer, 2010) ที่ศึกษาในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ดำเนินการโดยใช้หญ้าดอกขาวร่วมกับการออกกำลังกายมาใช้ช่วยลดอาการอยากบุหรี่ วิธีนี้ใช้การรับประทานชาจากหญ้าดอกขาวร่วมกับการใช้วิธีออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่ง ครั้งละ 30 นาที ผลที่ได้พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สูงถึงร้อยละ 62.7 และการศึกษาของนันท์ธิยาภรณ์และสุนิดา (2557) ศึกษาด้วยการให้คำปรึกษาร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 17.67 จะเห็นได้ว่ามีผู้พยายามศึกษาและหาวิธีในการเลิกบุหรี่อย่างหลากหลายทั้งในคนทั่วไปและผู้ป่วยที่ติดบุหรี่เพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาก็ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่ศึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่โดยตรง และยังพบว่ามีอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ที่ค่อนข้างน้อย

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ อีกทั้งส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามและอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจึงมีความต้องการความช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างไปจากกลุ่มอื่น และการช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงน่าจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประยุกต์เอาการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Glasgow et al., 2006) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การถามประวัติ 2) การให้คำแนะนำ 3) การประเมินความพร้อม 4) การให้ความช่วยเหลือ 5) การติดตามผล และสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยการใช้วิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดังนี้ 1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น 3) การสื่อสารจูงใจ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ มาใช้ในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ อันจะเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้น

เรื้อรังมีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการกำเริบของโรคและภาวะอันตรายของบุหรี่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งยังช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่แตกต่างกันหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติแตกต่างกันหรือไม่

3. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่แตกต่างกันหรือไม่

4. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (The 5As model of behavior change) ของกลาสโกว์และคณะ (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) และสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ดังต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (The 5As model of behavior change) เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการปฏิบัติงาน นำมาประยุกต์ใช้ในการ

ดูแลรักษาเบื้องต้น ภายใต้ความหลากหลายของพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) การประเมินความพร้อม (assess) (2) การถามประวัติ (ask) (3) การให้คำแนะนำ (advise) (4) การให้ความช่วยเหลือ (assist) และ (5) การติดตามผล (arranging follow-up)

2. สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการรับรู้เกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนมีที่มาจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishment) (2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (vicarious experience) (3) การสื่อสารจูงใจ (verbal persuasion) และ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) โดยคาดว่าถ้าบุคคลมีความคาดหวังหรือมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองแล้วนั้น จะสามารถทำในกิจกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ โดยแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง การที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใดก็ตาม หากเคยมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนจะต้องกระทำได้สำเร็จหรือบุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จอยู่เป็นประจำ จะมีความมั่นใจในตนเองทำให้มีการรับรู้ในสมรรถนะตนเองที่สูง ถึงแม้ว่าในเวลาต่อมาในบางสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าการที่ตนเองประสบกับความล้มเหลวนั้นมาจากปัจจัยอื่นๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอและทำให้มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ซึ่งจะทำให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น การที่บุคคลได้เห็นบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์ที่ดีและประสบความสำเร็จ บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถบรรลุผลลัพธ์ได้เช่นกันหากมีความพยายามและไม่ย่อท้อ โดยการได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติมีทั้งตัวแบบที่มีชีวิต (live modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง

2.3 การสื่อสารจูงใจ การพูดโน้มน้าวหรือจูงใจเพื่อให้บุคคลมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมนั้นจะรู้สึกว่ายุ่งยากที่จะตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่ ซึ่งหากมีบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่ได้รับการเชื่อถือคอยให้คำชี้แนะกล่าวชมเชยหรือพูดให้กำลังใจ ก็จะทำให้มีการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถมีการรับรู้ในสมรรถนะตนเองสูงขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ

2.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายมีการเจ็บป่วย มีความเหนื่อยล้า ความไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่ต่ำลง รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกันถ้าหากมีอารมณ์ในทางบวก เช่น มีความพึงพอใจ รู้สึกมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการนำเอาแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดบุหรี่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 2) การถามประวัติการเลิกบุหรี่ 3) การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ และ 5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ มาบูรณาการร่วมกับสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยนำเอามาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในขั้นการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ (assist) ดังนี้ 1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น 3) การสื่อสารจูงใจ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีวิธีปฏิบัติดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยการถามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ว่าผู้ป่วยมีอะไรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในครั้งนี้ ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การขาดยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การอาศัยหรือสัมผัสกับบุหรี่ และผู้ป่วยมีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 2 สอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แนะนำโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ เช่น ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ และผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (assist) ประกอบด้วย 4 วิธี ที่ใช้ในการช่วยเหลือ ดังนี้

4.1 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ได้อนุมัติสำหรับชาวมุสลิมโดยการใช้สื่อการสอน (power point) พร้อมทั้งให้เอกสารความรู้แนวทางการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน หรือการแนะนำให้ใช้บริการสายด่วนเพื่อรับคำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่ การกำหนดสถานการณ์จำลองหากเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการหยุดสูบบุหรี่ พร้อมทั้งใช้ในการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ โดยการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ และการกำหนดเป้าหมายว่าอย่ากลับไปสูบอีก

4.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติได้สำเร็จจากผู้อื่น โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่

4.3 การสื่อสารจูงใจขณะทำการเลิกบุหรี่ โดยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

4.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ในสภาวะที่ผู้ป่วยมีสภาวะทางอารมณ์ด้านบวก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่หากผู้ป่วยมีข้อซักถามเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

ขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ (arranging follow-up) ติดตามเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกและติดตามทางโทรศัพท์ โดยการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากการให้คำปรึกษาจะสอบถามถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยพร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือเพิ่มเติมหากผู้ป่วยประสบปัญหาในระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

โดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะใช้การประยุกต์ทั้ง 2 แนวคิด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (The 5As model of behavior change) ของกลาสโกว์และคณะ (Glasgowet al., 2006) มาบูรณาการร่วมกับสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งน่าจะส่งผลทำให้พฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังสรุปในภาพที่ 1

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่และระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 2 สอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และสมรรถนะในตนเองในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 3 แนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แนะนำผู้ป่วยถึงโทษจากการสูบบุหรี่และผลต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

- การสนับสนุนให้ปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง ให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ผลที่มีต่อสุขภาพหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
- การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น ใช้สื่อวีดิทัศน์นำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่
- การสื่อสารจูงใจ ให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจพร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่
- สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ แนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในระหว่างการเลิกบุหรี่

→ 1. พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่
2. สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 5 โดยการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากการให้คำปรึกษา อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือเพิ่มเติม พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

3. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

นิยามศัพท์การวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ หมายถึง ชุดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ที่พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (The 5As model of behavior change) ของกลาสโกว์และคณะ (Glasgowet al., 2006) มาบูรณาการร่วมกับสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยการถามผู้ป่วยว่าอะไรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในครั้งนี้ และผู้ป่วยอยู่ในระยะพร้อมที่จะเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 2 สอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ อุปสรรคในการหยุดสูบบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ และสมรรถนะในตนเองในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แนะนำให้ผู้ป่วยถึงโทษจากการสูบบุหรี่และผลต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งใช้การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

4.1 การให้ผู้ป่วยปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง พยาบาลให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ผลที่มีต่อสุขภาพหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย โทษและพิษภัยของบุหรี่และการกำหนดสถานการณ์จำลองหากเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการหยุดสูบบุหรี่ พร้อมทั้งใช้ในการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

4.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น ใช้สื่อวีดิทัศน์นำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่

4.3 การสื่อสารจูงใจ โดยครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจพร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่

4.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ แนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในระหว่างการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 5 โดยการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากการให้คำปรึกษา สอบถามถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือเพิ่มเติม และกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น การไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง รวมถึงการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ชักนำไปสู่การสูบบุหรี่ โดยการประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ของ จิราภรณ์และสุนิดา (2550) เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ หากมีค่าคะแนนพฤติกรรมสูง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ดี

สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยว่ามีความมั่นใจในการที่จะเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของ พัชรินทร์ (2551) เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ หากมีค่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูง หมายถึง ผู้ตอบมีสมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกบุหรี่มาก

การเลิกบุหรี่แบบปกติ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการแนะนำในการเลิกบุหรี่ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ เป็นระยะเวลา 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง โดยพยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่และดำเนินการติดตามผลทางโทรศัพท์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre - post test) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่าง เดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมและสมรรถนะของตนเองในการเลิกบุหรี่ที่เพิ่มสูงขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด ทั้งยังสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมุสลิมและผู้สูงอายุที่มีปัญหาการติดบุหรี่ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลให้แก่ทีมสุขภาพ รวมทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพในการบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตต่อไป

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
    1.1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและระดับความรุนแรงของโรค
    1.2 ผลของบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
    1.3 พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่
    1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตน
    2.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ
    2.2 สมรรถนะแห่งตน
3. โปรแกรมการเลิกบุหรี่
    3.1 โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดี่ยว
    3.2 โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธี
4. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและระดับความรุนแรงของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการจำกัดของทางเดินหายใจอย่างถาวร (airway limitation) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างในปอด (structural changes) และทำให้ทางเดินหายใจแคบลง ซึ่งการจำกัดของทางเดินหายใจนี้มักจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ สัมพันธ์กับอาการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นในปอดเพื่อตอบสนองกับสารอันตรายต่างๆ (noxious particles) ที่เข้ามาในปอด สาเหตุของการจำกัดของทางเดินหายใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการทำลายเนื้อปอดจากกระบวนการอักเสบ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอด (elastic recoil) ลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินหายใจลดลง (วันชัย, สุทิน, และวันชัย, 2552) วิธีที่ดีที่สุดที่จะใช้วัดการจำกัดของทางเดินหายใจ คือ การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องสไปโรเมตรีย์ (spirometry) ซึ่งมี

การใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (GOLD, 2014) ทั้งนี้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมักมีอาการไอแบบมีเสมหะเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ใน 1 ปี เป็นเวลา 2 ปี ติดต่อกัน โดยไม่มีสาเหตุอื่น (GOLD, 2014)

ระดับความรุนแรงของโรคสามารถประเมินได้ ดังต่อไปนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessement Test [CAT]) คือ แบบประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดีและความมั่นใจในตนเองผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนทั้งหมด 8 หัวข้อ ข้อละ 0 - 5 คะแนน รวมคะแนนทั้งสิ้น 0 - 40 คะแนน โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน คะแนนยิ่งมากบ่งบอกถึงสุขภาวะที่แย่ลง ดังนั้นระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่แย่ที่สุดจึงเท่ากับ 40 คะแนน (Glaxosmithkline, 2011) ดังแสดงในตารางที่ 1

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง นิยมนำมาใช้ประกอบในการประเมินความถี่หรือโอกาสที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดอาการกำเริบซ้ำ (GOLD, 2014) ซึ่งสะดวกในการนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1

แบบประเมินอาการผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายการคะแนนที่น้อยที่สุด	CAT						รายการคะแนนที่มากที่สุด	คะแนน
ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา	
ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย	0	1	2	3	4	5	ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ	
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก	
เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง	0	1	2	3	4	5	เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหอบอย่างมาก	
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัด	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้อย่างจำกัดมาก	

รายการคะแนนที่น้อยที่สุด	CAT						รายการคะแนนที่มากที่สุด	คะแนน
ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน ทั้งๆ ที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจเลยที่จะออกไปนอกบ้านเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	
ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	
ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก	0	1	2	3	4	5	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า	

อ้างอิง : Glaxosmithkline. (2011). แบบประเมิน COPD Assessment Test. Retrieved from http://www.catestonline.org/english/index_Thai.htm

2. ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale [MMRC]) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในขณะทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนทั้งหมด 5 หัวข้อ จำนวนคะแนน 0 - 4 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากยกเว้นการออกแรงอย่างหนักเท่านั้น คะแนน 4 หมายถึง มีอาการหายใจเหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้ เหนื่อยเมื่อต้องแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย ซึ่งคะแนนยิ่งมากบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคมากยิ่งขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ดังแสดงในตารางที่ 2

แบบความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก นำมาใช้ประกอบในการประเมินความถี่หรือโอกาสที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดอาการกำเริบซ้ำ (GOLD, 2014) รวมทั้งมีจำนวนข้อคำถามเพียง 5 ข้อ ซึ่งสะดวกในการนำมาใช้ประเมินและการติดตามผลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 2

แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก

เกณฑ์การประเมินภาวะหายใจลำบาก	คะแนน
1. รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น	0
2. รู้สึกหายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน	1

เกณฑ์การประเมินภาวะหายใจลำบาก	คะแนน
3. เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ	2
4. ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ	3
5. หายใจหอบมากกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว	4

อ้างอิง : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553* (หน้า 92). กรุงเทพ: ยูเนี่ยนอุลตร้าไวโอเร็ต.

3. การประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) แบบประเมินนี้มีการวัดที่ประกอบไปด้วย การวัดอาการทางคลินิกและการวัดด้วยเครื่องสไปโรเมตรีย์ ซึ่งสามารถวัดค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกแรงเต็มที่ หลังจากให้ผู้ป่วยหายใจเข้าแรงเต็มที่/การวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกในช่วง 1 วินาทีแรก (FEV_1/FVC) หลังจากการให้ยาขยายหลอดลม หากมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 70 (ค่า FEV_1/FVC ratio ที่ยิ่งน้อย ยิ่งบอกถึงการมีการ ตีบแคบของหลอดลม [airflow limitation] ที่มากขึ้น) โดยประกอบไปด้วย 4 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรงน้อย (mild) หมายถึง ไม่มีอาการเหนื่อยขณะพัก ระดับรุนแรงปานกลาง (moderate) หมายถึง มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อยขณะพัก ระดับมาก (severe) หมายถึง มีอาการหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวันและขณะพัก และระดับรุนแรงมากที่สุด (very severe) หมายถึง มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา ดังแสดงในตารางที่ 3

แบบประเมินนี้จึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยเนื่องจากมีความเข้าใจและสะดวกในการนำไปใช้งานได้ง่าย พร้อมทั้งสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ตารางที่ 3

แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รุนแรงน้อย (mild)	รุนแรงปานกลาง (moderate)	รุนแรงมาก (severe)	รุนแรงมากที่สุด (very severe)
ไม่มีอาการเหนื่อยขณะพัก ไม่มี	มีอาการมากหอบเหนื่อยเล็กน้อยขณะ	มีอาการหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตร	มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา มี

รุนแรงน้อย (mild)	รุนแรงปานกลาง (moderate)	รุนแรงมาก (severe)	รุนแรงมากที่สุด (very severe)
exacerbation หรือ ค่า FEV1 มากกว่าร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน	พัก มี exacerbation ไม่รุนแรง หรือ ค่า FEV1 อยู่ระหว่างร้อยละ 50 - 80 ของค่ามาตรฐาน	ประจำวันและขณะพัก มี exacerbation รุนแรงมาก หรือ ค่า FEV1 อยู่ระหว่างร้อยละ 30 - 50 ของค่ามาตรฐาน	exacerbation รุนแรงมากและบ่อย หรือ ค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน หรือ FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับมีระบบการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

อ้างอิง : ปรับปรุงจาก สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553* (หน้า 14). กรุงเทพ: ยูเนี่ยนอุลตร้าไวโอเร็ต.

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจาก สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจะมีการนำมาใช้เฉพาะการประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิก เนื่องจากเข้าใจได้ง่ายและมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติและเหมาะสมกับสถานที่ทำการเก็บข้อมูล

ผลของบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ภายในบุหรี่นั้นมีส่วนประกอบของ “นิโคติน” (nicotine) ซึ่งถือว่าเป็นสารที่มีอำนาจการเสพติดมากกว่ายาเสพติดชนิดอื่นจากการเรียงอันดับ คือ นิโคติน เฮโรอีน โคเคน แอลกอฮอล์และคาเฟอีนตามลำดับ (ประกิต, 2551) นิโคตินสามารถพบได้ในควันบุหรี่เมื่อผู้สูบได้รับเข้าไปในร่างกายจะทำให้เกิดการเสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน จากเหตุผลดังกล่าวทางวงการแพทย์จึงถือว่าบุหรี่นั้นเป็นสารเสพติด (ประกิต, 2551) และเมื่อมีการสูดเอาควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย นิโคตินจะสามารถถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดและสมองภายในเวลาเพียง 10 วินาที โดยจะส่งผลกระตุ้นให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท คือ โดปามีน (dopamine) ที่ทำให้ผู้สูบเกิดอารมณ์แห่งความสุขและยังมีนอร์อีพิเนฟฟิน (norepinephrine) ที่ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว รู้สึกมีพลัง มีสมาธิและลดความรู้สึกซึมเศร้าลงได้อีกด้วย (Glover et al., 2003) และหากหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้ลดลง จึงมีผลทำให้ผู้สูบเกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptom)

(U.S. Public Health Service Report, 2008) เมื่อผู้สูบเกิดอาการถอนนิโคตินจะแสดงออกโดย เกิดอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย วิตกกังวล สมาธิลดลง กระวนกระวาย หัวใจเต้นช้าลงและบางรายอาจมีความอยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการเหล่านี้จะทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้ป่วยบุหรี่หายไป จึงเกิดความต้องการที่สูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดสูบได้ (dependence) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพยายามแสวงหาบุหรี่มาสูบอย่างต่อไปเรื่อยๆ (craving) เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนนิโคตินและยังต้องเพิ่มปริมาณการสูบมากขึ้นเพื่อที่จะให้คงผลเท่าเดิม (George et al., 2000) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ยังคงต้องสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อให้คงไว้ซึ่งอาการดังกล่าว

บุหรี่นอกจากจะส่งผลให้เกิดอาการเสพติด ยังเป็นตัวที่ก่อให้เกิดภาวะรุนแรงขึ้นหรืออาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่

1. อาการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ โดยบุหรี่ทำให้เกิดอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ จนเป็นสาเหตุทำให้การทำงานของปอดลดน้อยลง เกิดอาการหายใจหอบตามมา เนื่องจากบุหรี่นั้นมีสารทาร์ (tar) ทาร์เป็นสารสีน้ำตาล ลักษณะคล้ายดินน้ำมัน เกิดขึ้นมาจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวนและส่วนผสมอื่นๆ ของบุหรี่ ละอองของทาร์จะเข้าไปในปอดและสามารถเกาะติดตามผนังของหลอดลมและถุงลมปอดได้ พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของทาร์ จะมาเกาะจับบริเวณปอดและเมื่อมีการรวมตัวกับฝุ่นละออง จึงทำให้เกิดการจับรวมตัวกันขังอยู่ภายในบริเวณปอด ส่งผลให้เกิดการละคายเคืองภายในปอดของผู้ป่วยตามมา (ทัศนา, ผ่องศรี, และสุรินธร, 2551) จนก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ (exacerbation) คือ อาการหายใจหอบ จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Hoogendoorn et al., 2010)

2. อาการไอและมีเสมหะเพิ่มขึ้น เนื่องจากบุหรี่นั้นมีก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (nitrogen dioxide) ก๊าซนี้มีฤทธิ์ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลมปอด จนส่งผลทำให้ผนังของถุงลมโป่งพอง จำนวนถุงลมในปอดลดลงและยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานของปอดลดลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ (COPD with acute exacerbation) ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในที่สุด (ประกิตและคณะ, 2555; ทัศนาและคณะ, 2551; Hoogendoorn et al., 2010)

ดังนั้นบุหรี่จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเกิดความรุนแรงของโรคและยังส่งผลทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหากยังคงสูบบุหรี่หรือยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

เลิก หมายถึง หยุด งดกระทำสิ่งซึ่งกำลังทำอยู่ สิ้นสุดลงชั่วคราวหรือตลอดไป(ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอ หรือไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่ ไม้ขีดไฟหรือไฟแช็ค (กิติศักดิ์, 2544)

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติที่นำไปสู่การเลิกบุหรี่ ได้แก่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ (จิราภรณ์และสุนิดา, 2550)

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่หยิบบุหรี่ผู้อื่นมาสูบ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง ตลอดจนการปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่ (นันท์ธิยาภรณ์และสุนิดา, 2557)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น การไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง รวมถึงการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ชักนำไปสู่การสูบบุหรี่

การประเมินที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่มีดังต่อไปนี้

1. การประเมินการเลิกสูบบุหรี่โดยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง (self-reported) (Velicer et al., 1992) สามารถแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

1.1 การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกสูบได้หรือไม่ จากพฤติกรรมการสูบ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา หรือ 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันที่จะทำการประเมินผล การวัดการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีนี้มีข้อดี อาทิเช่น การวัดการเลิกสูบบุหรี่ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประเมินระดับของการติดนิโคตินในร่างกายได้ (Velicer et al., 2004) อีกทั้งยังสามารถบอกถึงแนวโน้มของการหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง (U.S. Department of Health and Human Services, 1990)

1.2 การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน (continuous abstinence) หมายถึง การเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่วันที่กำหนดว่าจะเลิกจนกระทั่งถึงวันที่ประเมินผล

1.3 การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (prolonged abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยภายหลังการได้รับการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลไปแล้ว (Velicer et al., 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ใช้การประเมินการเลิกสูบบุหรี่โดยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลเองเนื่องจากการใช้แบบประเมินดังกล่าวผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในแบบประเมิน จึงเป็นไปได้ยากในการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลและอาจจะมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้

2. การประเมินระดับการติดสารนิโคติน สามารถประเมินโดยแบบประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence [FTND]) ของ เฟเกอร์สตอมและคณะ (Fagerstrom, Heatherton, & Kozlowski, 1990) ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาเพื่อนำมาประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้ติดบุหรี่ โดย ฮีทเตอร์ตันและคณะ (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 6 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงในการติดนิโคติน ดังนี้ คะแนนระหว่าง 8 ถึง 10 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูงมาก (very high) คะแนนระหว่าง 6 ถึง 7 คะแนน (high) แสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูง คะแนน 5 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินระดับปานกลาง (mild) คะแนน 3 ถึง 4 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินระดับต่ำ (low) และคะแนนต่ำกว่า 2 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินระดับต่ำมาก (very low) ดังแสดงในตารางที่ 4

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประเมินระดับการติดนิโคตินโดยใช้ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เพื่อใช้ในการกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งแบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามที่น้อย อีกทั้งมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีความเข้าใจและสะดวกในการติดตามความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

ตารางที่ 4

แบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1	หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร	ภายใน 5 นาที	3
		5 - 30 นาที	2
		31 - 60 นาที	1
		> 60 นาที	0
2	คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ห้องสมุด โรงภาพยนตร์	รู้สึก	1
		ไม่รู้สึก	0
3	บุหรี่มวนใดที่งดยากที่สุด	มวนแรกในตอนเช้า	1
		มวนอื่นๆ	0

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
4	คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	≤ 10 มวน	0
		11 - 20 มวน	1
		21 - 30 มวน	2
		> 30 มวน	3
5	คุณสูบบุหรี่บ่อยครั้งภายในชั่วโมงแรก หลังจากตื่นนอนตอนเช้ามากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน	ใช่	1
		ไม่ใช่	0
6	แม้ว่าเจ็บป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา แต่ คุณก็ยังคงสูบบุหรี่	ใช่	1
		ไม่ใช่	0

อ้างอิง : Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The fagerstrom test for nicotine nependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal Addiction*, *86*(9), 1119 - 1127.

3. การประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of changes) ผู้วิจัยใช้การวัดระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ โพชาสก้า (Prochaska & Diclementi, 1983) เพื่อใช้ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ให้การช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้การวัดระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยจะมีการนำมาใช้เฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติและระยะปฏิบัติ เพื่อนำมาเข้าร่วมโปรแกรมในการเลิกบุหรี่ (ดังจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไปในบทที่ 3) สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะก่อนชั่งใจ (precontemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเลยในระยะ 6 เดือนข้างหน้า ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะนี้อาจไม่รู้ถึงผลที่จะตามมาจากพฤติกรรมที่ตนปฏิบัติ หรือไม่มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าผู้สูบบุหรี่จะรู้หรือไม่รู้ผลเสียของบุหรี่ก็ตาม ผู้ป่วยมักจะมองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ โดยมักจะต่อต้านและไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ จึงเป็นการยากที่จะเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้

3.2 ระยะชั่งใจ (contemplation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เดือนข้างหน้า ผู้ป่วยทราบข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงกังวลถึงข้อเสียที่จะตามมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ผู้ป่วยจะเริ่มตระหนักถึงปัญหาแต่ยังรอเวลาที่เหมาะสมเสียก่อน

3.3 ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ (preparation) เป็นระยะที่ตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมใน 1 เดือนข้างหน้า ผู้สูบบุหรี่จะเริ่มลดความถี่ของพฤติกรรมปัญหาลง จะมีการ

เตรียมพร้อมและมีการวางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยเริ่มค้นหาวิธีที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีความสนใจที่จะหาข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเข้ารับบริการจากบุคลากรด้านสาธารณสุข เริ่มซื้อหนังสือมาอ่านและพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมเพื่อการเลิกบุหรี่ โดยบุคคลในขั้นนี้จะมีความตั้งใจที่เปลี่ยนพฤติกรรมในอนาคตอันใกล้ภายใน 30 วันข้างหน้าและเคยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ในเรื่องของบุหรี่ เช่น เคยตั้งใจหรือมีความพยายามที่จะเลิกสูบมาบ้างแล้วอย่างน้อย 1 วัน

3.4 ระยะปฏิบัติ (action) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการปรับแบบแผนชีวิตหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ หยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มลงมือเลิกบุหรี่ตามแผนที่ได้วางไว้ โดยบุคคลที่อยู่ในขั้นเริ่มปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน

3.5 ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่สำเร็จแล้วในระดับหนึ่ง และป้องกันการกลับมาสู่พฤติกรรมเดิมอีก โดยการลดสิ่งล่อใจที่ทำให้กลับมาสูบอีกและเพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้สามารถที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใหม่มาแล้วมากกว่า 6 เดือน โดยจะมีการป้องกันการกลับทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเป็นเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาโดยผู้ป่วยต้องอยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ จึงจะทำการดำเนินตามโปรแกรมเลิกบุหรี่ฯ

4. การประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ของจิราภรณ์และสุนิดา (2550) สร้างโดยการใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบประเมินการพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่นั้นมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 13, 14 และมีข้อคำถามเกี่ยวกับการลดปริมาณการสูบลงจากเดิมและการหยุดสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12 ส่วนอีก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การแปลผล คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 2 รวมทั้งหมด 30 คะแนน โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ดี และค่าคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ไม่ดี ซึ่งสามารถเปรียบเทียบความก้าวหน้าและความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 5

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบประเมินการพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของ จิราภรณ์และสุนิดา (2550) มาใช้เพราะสามารถนำมาประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังได้โดยตรง มีข้อคำถามที่ชัดเจน หลากหลายในการประเมินทั้งข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การลดปริมาณการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ อีกทั้งมีความสะดวกในการติดตามความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ทั้งยังสามารถใช้ประเมินความสำเร็จเมื่อแล้วเสร็จในการจัดทำโปรแกรมเลิกบุหรี่

ตารางที่ 5

แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านได้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่จะกระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดีไม่ให้อิ่มมากเกินไป			
3. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และน้ำดื่มมาก			
4. ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเสร็จ			
5. เมื่อท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจ แทนการหยิบบุหรี่มาสูบ			
6. ท่านสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างน้อย 2 - 3 ครั้ง เมื่อเวลาที่ อยากสูบบุหรี่ จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลายขึ้น			
7. ท่านถ่วงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนกระทั่ง ความอยากลดลง			
8. ท่านหาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือในห้องน้ำ			
9. เมื่อรู้สึกปากว่างท่านหาผลไม้เปรี้ยวหรือของขบเคี้ยวที่ไม่ หวานรับประทานแทนการสูบบุหรี่			
10. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่			

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
11. ท่านกล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและบอกผู้อื่นได้ว่ากำลังเลิกบุหรี่			
12. ท่านลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง/ไม่สูบบุหรี่			
13. ท่านหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี หรือทำงานบ้าน			
14. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ การสูบบุหรี่ เช่น พูดคุยกับคนอื่น			
15. ท่านหาเวลาว่างในการออกกำลังกาย			

อ้างอิง : จิราภรณ์ เนียมกุญชร, และสุนิดา ปรีชาวงศ์. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ, 1*(1), 2 - 13.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีปัจจัย ดังนี้

1. สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ พบว่าจากการศึกษาของ ณันฑิยาและสุนิดา (2558) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 150 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 3 แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 จังหวัดระยอง ผลพบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ คือ สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ($p < .003$) ณันฑิยาและสุนิดา (2558) ยังพบอีกว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ที่สูงจะมีโอกาสที่จะทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จสูงเช่นกัน คิดเป็น 6.17 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณีและอายุพร (2557) ที่ทำการศึกษาการเลิกบุหรี่ในทหาร พบว่าทหารที่มีสมรรถนะแห่งตนในตนเองสูงสามารถลดและเลิกบุหรี่ได้มากกว่าทหารที่มีสมรรถนะแห่งตนในตนเองต่ำ

2. ระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพได้มากกว่า จึงทำให้เกิดความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

มากกว่า ดังนั้นระดับการศึกษาจึงพบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย (มัลลิกา, สุรินธร, และอาภาพร, 2555)

3. บุคคลในครอบครัว กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและบุคคลที่คิดว่าผู้ป่วยควรเลิกบุหรี่ อันได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยาและลูกนั้น หากบุคคลเหล่านี้เห็นว่าผู้ป่วยควรที่จะเลิกบุหรี่ จะทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย (มัลลิกาและคณะ, 2555)

4. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการแสดงของโรค ซึ่งเกิดจากการที่ยังสูบบุหรี่อยู่ เช่น มีอาการเหนื่อยหอบทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดความคิดที่จะเลิกบุหรี่เองเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น (ณันฑิยาและสุนิดา, 2558) นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงแม้ว่าผู้ป่วยมักจะไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ตั้งแต่แรก แต่การนอนการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นทำให้ต้องอดบุหรี่ เพราะนโยบายห้ามสูบบุหรี่ของโรงพยาบาลร่วมกับการคิดอยากจะเลิกบุหรี่เองเนื่องจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ การศึกษาของเบญจมาสและคณะ (2555) พบว่าผู้ป่วยคิดว่าบุหรี่นั้นไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองเนื่องจากไม่ได้มีเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพใดๆ ทั้งที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่จึงยังคงที่จะทำการสูบบุหรี่ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Eklund et al. (2012) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบว่าภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะดำเนินการเลิกบุหรี่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยเช่นกัน

5. อาการถอนนิโคติน เนื่องจากอาการนี้ทำให้เกิดความไม่สุขสบายและเกิดความเครียด จึงพบว่าเมื่อผู้ป่วยเลิกบุหรี่จะทำให้ระดับนิโคตินในกระแสเลือดลดลง จนทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินตามมา ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่ายและกระสับกระส่าย แต่ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง หากไม่มีการสูบบุหรี่อาการต่างๆ เหล่านี้จะค่อยๆ ลดลง และการมีอาการเหล่านี้จะมีค่าเท่ากับปกติเมื่อเวลาผ่านไป 10 - 14 วัน นอกจากนี้ ณันฑิยาและสุนิดา (2558) ยังพบว่าหากผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลจะส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 87.30 (ณันฑิยาและสุนิดา, 2558)

6. ระดับการเสพติดนิโคติน เนื่องจากนิโคตินเป็นสารประกอบในบุหรี่ที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองในระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังจากตื่นนอน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของระดับการติดนิโคตินของผู้ป่วยด้วย หากมีระดับการติดนิโคตินในระดับต่ำจะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายและยังพบว่าหากผู้ป่วยสูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน ในช่วงเวลา 6 - 30 นาที มักมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที คิดเป็น 2.92 เท่า (ณันฑิยาและสุนิดา, 2558) จึงพบว่าระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรค

เรื้อรัง (ณันฑิยาและสุนิดา, 2558) ดังนั้น ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนยิ่งนานแสดงว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

7. อาการซึมเศร้าและเครียด ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่สามารถพบได้เมื่อผู้ป่วยเลิกบุหรี่และพบในผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 78.90 ซึ่งหากผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่ลดน้อยลง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย (ณันฑิยาและสุนิดา, 2558) และหากมีปัญหาความเจ็บป่วยของคนในครอบครัวในระหว่างที่ทำการเลิกบุหรี่ ปัญหานี้เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ส่งต่อที่ทำให้เกิดความเครียดได้จนทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง (Eklund et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์ธิยาภรณ์และสุนิดา (2557) พบว่า หากผู้ป่วยมีความเครียด จะทำให้ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยได้

8. อายุ กล่าวคือ หากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะทำให้มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ต่ำเนื่องจากผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่มานาน จนเกิดเป็นพฤติกรรมที่เคยชิน และมักจะไม่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานและยังไม่ได้ส่งผลกระทบใดต่อผู้ป่วย ดังนั้นหากมีอายุที่สูงจะมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ที่น้อยลง (มัลลิกาและคณะ, 2555)

9. การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ผ่องศรี (2550) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งขาดการให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่จากครอบครัวของผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาระหว่างการเลิกบุหรี่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยหยุดที่จะทำการเลิกบุหรี่เอง ทำให้การเลิกบุหรี่ไม่ประสบผลสำเร็จ (ผ่องศรี, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Eklund et al. (2012) พบว่า หากผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดจะส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ (Eklund et al., 2012)

10. การขาดยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยทำการเลิกบุหรี่โดยการใช้ยาหรือสารทดแทน เนื่องจากผู้ป่วยที่ดำเนินการเลิกบุหรี่เองบางรายไม่มีความพร้อมหรือไม่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ อีกทั้งยังประสบกับอาการข้างเคียงของยา จนทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัดจึงทำให้ไม่มาทำการรักษาอย่างต่อเนื่องและหยุดยาเองในที่สุด (Eklund et al., 2012)

11. สังคมที่อาศัยหรือการสัมผัสกับบุหรี่ การที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในสังคมและยังคงมีผู้ที่รู้จักเกี่ยวข้องกับหรือการสูบบุหรี่อยู่ ทำให้มักจะถูกชักชวนจากกลุ่มสังคมเดิมๆ รวมทั้งหากได้รับการเชิญชวนจากคนใกล้ชิดผู้ป่วยมักเกิดการเกรงใจ ก็มักจะกลับไปสูบซ้ำหรือไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด (ผ่องศรี, 2550; Eklund et al., 2012)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีปัจจัยที่ทำให้สามารถเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้ง 11 ด้าน โดยเฉพาะด้านสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นด้าน

ที่ผู้วิจัยสามารถช่วยส่งเสริมและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเพิ่มโอกาสในการประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากยิ่งขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะนำเสนอทั้งหมด 2 แนวคิดประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (The 5As model of behavior change) ของกลาสโกว์และคณะ (Glasgow et al., 2006) และสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งนำมาประยุกต์เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (The 5As model of behavior change)

เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์และการปฏิบัติงาน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาเบื้องต้น ภายใต้ความหลากหลายของพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) การถามประวัติ (ask) (2) การให้คำแนะนำ (advise) (3) การประเมินความพร้อม (assess) (4) การให้ความช่วยเหลือ (assist) และ (5) การติดตามผล (arranging follow-up) (Glasgow et al., 2006)

จากนั้นได้มีการนำหลักการ 5 เอ มาพัฒนาเพื่อใช้ในช่วยดูแลและรักษาแก่ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) ถามประวัติการสูบบุหรี่ (ask) ถามคำถามเกี่ยวกับประวัติการใช้บุหรี่ สุขภาพ สังเกตลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนและการสังเกตอาการแสดง (2) การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (advise) เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ผลของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพของผู้สูบหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ (3) การประเมินความพร้อมในการหยุดสูบ (assess) โดยการสอบถามความพร้อมในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้เมื่อผู้ป่วยพร้อมสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ แต่ถ้าหากไม่พร้อมต้องทำการสร้างเสริมให้พร้อมโดยการให้ข้อมูลผลดีผลเสียของการสูบบุหรี่ (4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ (assist) โดยการให้คำปรึกษาหรือให้เอกสารความรู้ และ (5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ (arranging follow-up) (Okuyemi, Nollen, & Ahluwalia, 2006)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ต้องดำเนินการโดยการให้คำปรึกษาทั้งสิ้น 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 2) การถามประวัติการเลิกบุหรี่ 3) แนะนำการเลิกและการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และ 5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยจะนำเอาแนวทางของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูบบุหรี่มาใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่

สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีนี้ได้นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านจิตวิทยาสังคม การศึกษาและทาง ด้านสุขศึกษา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติให้กับตัวเองและการเพิ่มทักษะความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Bandura, 1997)

แบนดูรา (1997) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนมีที่มาจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ดีของผู้อื่น การใช้คำพูดจูงใจ ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ จากแนวคิดข้างต้น แบนดูรา จึงได้พัฒนาทฤษฎี เรียกว่า Self-Efficacy Theory หรือทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเอง โดยคาดว่าถ้าบุคคลมีความคาดหวังหรือมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองแล้วนั้น จะสามารถทำในกิจกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ โดยการที่บุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตนเอง ประกอบด้วยจากแหล่งข้อมูล ดังนี้

1. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishment) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนจะต้องกระทำได้สำเร็จ บุคคลที่กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จอยู่เป็นประจำจะทำให้มีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ในสมรรถนะตนเองที่สูง ถึงแม้ว่าในเวลาต่อมาในบางสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าการที่ตนเองประสบกับความล้มเหลวนั้นมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ไม่มีความพยายามมากพอ หรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม มากกว่าการที่บุคคลจะรับรู้ว่าตนไม่มีความสามารถและบุคคลจะสามารถที่ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ของความล้มเหลวให้ประสบกับความสำเร็จได้โดยการใช้ความพยายามและฝึกทักษะต่างๆ ส่วนในกรณีที่บุคคลประสบกับความล้มเหลวและความยุ่งยากบ่อยๆ จะส่งผลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงจนไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอีก ดังนั้น ในการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล จึงจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอและทำให้มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ มีสมรรถนะแห่งตนที่สูง ซึ่งจะทำให้บุคคลไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ และจะมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ โดยจะขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล แต่ละคนจะมีเหตุผลในความสำเร็จโดยผ่านประสบการณ์และสมรรถนะของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของสมรรถนะของตัวเอง

2. การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (vicarious experience) การเรียนรู้จากการได้เห็นตัวอย่าง การสังเกตการณ์ การได้เห็นตัวอย่างที่ดีหรือจะเป็นตัวอย่างในทางไม่ดีก็ได้ เช่น ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มองเห็นเพื่อนๆ งดสูบบุหรี่ แล้วมีอาการทรมาน งดบุหรี่ด้วยความลำบากจึงเกิดความกลัวเลยไม่กล้างดสูบบุหรี่ ดังนั้น ในการให้สุขศึกษาในโรงพยาบาลควรจะมีการสาธิตตัวอย่างหรือรูปแบบที่ดี ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยและเป็นสิ่งเร้าที่ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี การส่งเสริมบุคคลให้มีสมรรถนะตนเองผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท ได้แก่

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งแบนดูรา ได้เสนอลักษณะตัวแบบไว้ดังนี้

2.1.1 ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้เลียนแบบทั้งทางด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถทำได้เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

2.1.2 ควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้เลียนแบบ แต่หากมีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้เลียนแบบคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้กับผู้เลียนแบบ

2.1.3 ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้เลียนแบบหรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.4 ควรมีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้เมื่อพบกับปัญหา

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ การ์ตูน ภาพยนตร์ เป็นต้น ซึ่งการเรียนรู้การสังเกต จากตัวแบบนี้จะประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 4 กระบวนการ ได้แก่

2.2.1 กระบวนการความตั้งใจ (attention process) ความตั้งใจในการเรียนรู้ของผู้เลียนแบบจะมีความสำคัญมาก เป็นสิ่งแรกที่ผู้เลียนแบบจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความใส่ใจของผู้เรียน เช่น ตัวแบบที่มีเกียรติ มีความสามารถสูง หน้าตาการแต่งตัวดี มีรางวัลหรือการลงโทษ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยของตัวบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ ได้แก่ ทักษะทางความคิด แนวความคิดเดิมและการเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2.2.2 กระบวนการจดจำ (retention process) การที่ผู้เลียนแบบสามารถที่จะเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้ เป็นเพราะผู้เลียนแบบบันทึกสิ่งที่ตนสังเกตจาก

ตัวแบบไว้ในความจำระยะยาว การเรียนรู้โดยการสังเกตจะให้ได้ผลดี ต้องให้ผู้เลียนแบบทำหรือเลียนแบบไปด้วยกันและการให้ผู้เลียนแบบได้เห็นตัวแบบแสดงสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ซ้ำๆ จะเป็นการช่วยให้มีความจดจำดีขึ้น

2.2.3 กระบวนการแสดงพฤติกรรม (reproduction process) เป็นการที่ผู้เลียนแบบแสดงพฤติกรรมที่เหมือนกับตัวแบบออกมา ปัจจัยที่สำคัญ คือ ความพร้อมทางด้านร่างกายและทักษะที่จำเป็นจะต้องใช้ในการเลียนแบบ ถ้าไม่มีความพร้อมเหล่านี้ก็จะเกิดการเลียนแบบได้ไม่ดี

2.2.4 กระบวนการจูงใจ (motivation process) เป็นแรงจูงใจของผู้เลียนแบบที่จะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่เราสังเกต เนื่องมาจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำมาซึ่งประโยชน์อย่างไร เช่น การได้รับแรงเสริมหรือรางวัล รวมทั้งการคิดว่าการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบจะทำให้ตนหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดได้ เป็นต้น

3. การสื่อสารจูงใจ (verbal persuasion) เป็นการพูดโน้มน้าว จูงใจจากผู้อื่นให้บุคคลมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจของบุคคลในการตัดสินพิจารณาความสามารถของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพฤติกรรมที่บุคคลนั้นรู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจในความสามารถของตน แต่หากมีบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่ได้รับการเชื่อถือคอยให้คำชี้แนะ กล่าวชมเชยหรือพูดให้กำลังใจ ก็จะทำให้มีการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถ มีสมรรถนะในตนเองสูงขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ การพูดจูงใจเพียงอย่างเดียวอาจจะมีอิทธิพลน้อยต่อการรับรู้ความสามารถของตน เพื่อให้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการสังเกตบุคคลที่มีประสบการณ์ในความสำเร็จมาก่อน

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายมีการเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีสมรรถนะในตนเองต่ำลง รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกันหากมีอารมณ์ในทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น โดย แบนดูรา ยังกล่าวว่า ถ้าหากบุคคลถูกเร้าหรือกระตุ้นมากเกินไปอาจจะเป็นผลเสียต่องานของเขาก็ได้ บุคคลอาจประสบความล้มเหลว ถ้ามีความกดดันมากเกินไป

การศึกษาของพัชรินทร์ (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่

เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยใช้แนวคิดของแบนดูรา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สรุปแนวทางของสมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในการควบคุมกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การพัฒนาให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตน สามารถกระทำได้โดยใช้แหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น การสื่อสารจูงใจและสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงนำเอาแนวทางของสมรรถนะแห่งตนมาใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่

การประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของพัชรินทร์ (2551) ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่มาก และค่าคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 6

ในการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยทำการประยุกต์จากแบบประเมินของ พัชรินทร์ (2551) โดยแบบประเมินนี้มีข้อคำถามที่ชัดเจน มีการประเมินการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในการเลิกบุหรี่ อีกทั้งมีความสะดวกในการติดตามความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่และสามารถใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตนและความสำเร็จในการจัดทำโปรแกรมของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ตารางที่ 6

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

สถานการณ์	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่มากที่สุด	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่ปานกลาง	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่น้อย	ไมมั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่เลย
1. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
2. เมื่อท่านรู้สึกผิดหวังหรือไม่ได้สิ่งที่ปรารถนา หรือทำบางสิ่งบางอย่างไม่สำเร็จ				
3. เมื่อท่านอยู่กับบุคคลอื่น				
4. เมื่อท่านอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่				
5. เมื่อท่านมีเรื่องทะเลาะหรือขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว				
6. เมื่อท่านมีความสุขหรือรู้สึกสบายใจ				
7. เมื่อท่านรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง				
8. เมื่อท่านรู้สึกเศร้า เสียใจ เช่น การสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว				
9. เมื่อท่านเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่				
10. ระหว่างหรือหลังการดื่มกาแฟ				
11. เมื่อท่านอยู่ว่างๆ สบายๆ				
12. เมื่อท่านรูสึกว่าต้องการกำลังใจ				
13. เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้าหรือเมื่อรู้สึกว่าร่างกายไม่ตื่นตัว				
14. เมื่อท่านตื่นมาในตอนเช้าและต้องเผชิญกับวันที่ยุ่งยาก				

สถานการณ์	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่มากที่สุด	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่ปานกลาง	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่น้อย	ไมมั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่เลย
15. เมื่อท่านรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดอย่างมาก				
16. เมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง				

อ้างอิง : พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โปรแกรมการเลิกบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้โปรแกรมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในปัจจุบันมีวิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ แบ่งเป็น 2 วิธี โดย โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดี่ยวและโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธี ดังนี้

โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดี่ยว

โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดี่ยว เป็นแนวทางที่มีผู้ศึกษาและนำมาใช้เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและการใช้ยาเพื่อการบำบัดการเลิกบุหรี่ ดังนี้

1. แนวทางการให้คำปรึกษา ได้แก่

1.1 การใช้การให้คำปรึกษาตามหลัก 5 เอ ประกอบด้วย (1) การถาม (ask) (2) การแนะนำ (advise) (3) การประเมิน (assess) (4) การช่วยเหลือ (assist) และ (5) การติดตามผล (arranging follow-up) พร้อมทั้งการให้การเสริมสร้างแรงจูงในด้วยการใช้หลักการ 5 อาร์ ที่ประกอบด้วย (1) ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ (relevance) (2) อธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (risks) (3) บอกผู้สูบบุหรี่ถึงรางวัลที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ (rewards) (4) ให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ (roadblocks) และ (5) เสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ (repetition) ซึ่งพบว่ามีการศึกษา ดังนี้

การวิเคราะห์สังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ บุบผาและคณะ (2556) โดย กลุ่มตัวอย่างคือวัยผู้ใหญ่ ในช่วงอายุ 18 ถึง 49 ปี โดยใช้หลักการ 5 เอ สำหรับผู้สูบบุหรี่ทุกรายทั้งที่เริ่มต้นสูบและสูบเป็นระยะเวลานาน ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 10 - 15 นาที ซึ่งผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการช่วยเหลือและติดตามผลอย่างดี จะเกิดความพยายามที่จะลดหรือหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับโกล์ด (GOLD, 2014) ได้มีการแนะนำหลักการ 5 เอ ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีต้องการเลิกบุหรี่ และยังพบอีกว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 5 - 10

การศึกษาของดุษฎาภรณ์, ศิวะรัญญา, สลินนา,และน้องเล็ก (2557) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของ ผู้ป่วยโรคจิตเวช โรงพยาบาลพระศรี-มหาโพธิ์ โดยการให้คำปรึกษาและแนะนำโดยใช้หลักการ 5 เอ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความตั้งใจเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันและมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ช่วงเดือน กรกฎาคมถึงกันยายน 2556 จำนวน 50 ราย ทำการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง คือ หลังให้คำแนะนำ 1, 4 และ 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการสูบบุหรี่หลังการให้คำแนะนำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่พบว่าหลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยมีคะแนนดีกว่าก่อนให้คำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังจะเห็นได้ว่าหลักการดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ติดบุหรี่มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และวิธีนี้ยังสะดวกในการนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเนื่องจากมีเพียง 5 ขั้นตอน ในการแนะนำผู้ป่วย

การศึกษาของวาริศา, วันทนา, และอรสา (2556) ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่และการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติต่อความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่แบบปกติและกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ ดำเนินการตามโปรแกรมและติดตามผลเป็นเวลา 60 วัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) มีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการ สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ทั้งสองช่วงเวลา) และมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ทั้ง 2 กลุ่ม) การเสริมสร้างแรงจูงใจก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่เพื่อให้มีพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น

การศึกษาของ พัสเชลและคณะ (Puschel et al., 2008) ทำการศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้หลักการ 5 เอ สำหรับการเลิกบุหรี่ ในสถานพยาบาลเบื้องต้น เมืองซานติเอโก ประเทศชิลี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูบบุหรี่เพศหญิงอายุ 15 ถึง 45 ปี จำนวน 773 คน ทำการศึกษาโดยกรอบแนวคิดการการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการดำเนินการและติดตามผล 18 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 15.20

1.2 การใช้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (stage of changes) ประกอบด้วย (1) ขั้นเมินเฉย (precomtemplation) (2) ขั้นลังเล (contemplation) (3) ขั้นเตรียมการ (preparation) (4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) และ (5) ขั้นคงพฤติกรรมไว้อย่างมั่นคง (maintenance) ซึ่งพบว่ามีการศึกษา ดังนี้

การศึกษาของจิราภรณ์และสุนิดา (2550) ซึ่งทำการศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ที่สูบบุหรี่ อายุ 18 - 59 ปี จำนวน 50 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน และ 25 คน เข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาของจิดาภาและรุจิรา (2555) ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมอดบุหรี่ในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลทันตรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันตกรรม แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้การใช้ตัวแบบจากวีดีโอ การแจกคู่มือเลิกบุหรี่ สมุดบันทึกการสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมตนเอง การวางแผนการอดบุหรี่ กำหนดบทลงโทษและให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัลคำชมเชยและการให้กำลังใจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ในความสามารถตนเองในการอดบุหรี่ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการอดบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการอดบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษาของเบญจมาสและคณะ (2555) ซึ่งทำการศึกษาเพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราชในการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ดำเนินการศึกษาและติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มและการให้คำปรึกษา เช่น แผนการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ การเสริมแรงให้กำลังใจ การฝึกปฏิบัติทักษะในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับเอกสารแผ่นพับและคู่มือการเลิก สูบบุหรี่ด้วยตนเอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษานี้สามารถประยุกต์นำเอาทักษะการเสริมแรงให้กำลังใจและการฝึกปฏิบัติทักษะในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย มาใช้ในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่กับงานวิจัยในขั้นตอนการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การศึกษาของศิราณี (2555) ซึ่งทำการศึกษารูปแบบพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้รับบริการที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 15 คน โดยการทำการพูดคุยเพื่อประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฉายวีดิทัศน์พิษภัยบุหรี่พร้อมแจกเอกสารการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ พร้อมประสานคลินิกเลิกบุหรี่ ในการแจกแผ่นพับขั้นตอนการเลิกบุหรี่ ติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์พร้อมให้การช่วยเหลือรายบุคคลตามบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 3 วันแรก จากนั้นวันเว้นวัน อีก 1 สัปดาห์และสัปดาห์ถัดไปสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษารูปแบบพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่พบว่า ร้อยละ 40 เลิกบุหรี่ได้ ปัจจัยความสำเร็จคือ ร้อยละ 83.30 ตั้งใจจริงและร้อยละ 50 เชื่อในความสามารถของตนเอง

การศึกษาของพรรณีและอายุพร (2557) ซึ่งทำการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวภัยพิษภัยของบุหรี่ การพูดคุยกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การจูงใจจากครูฝึกและเพื่อนทหาร การตั้งเป้าหมายและพัฒนาทักษะการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ซึ่งในโปรแกรมได้ทำการติดตามทางโทรศัพท์รายบุคคลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเลิกบุหรี่หรือลดปริมาณการสูบ ทั้งยังติดตามผลการสูบบุหรี่ของทหารภายหลัง 6 เดือน ส่วนใหญ่ทหารยังอยู่ในขั้นตอนเดิม แต่มีจำนวนร้อยละ 36 ที่มีการเคลื่อน stage ไปข้างหน้าและทหารที่สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ได้จะเป็นกลุ่มที่อยู่ในขั้นเตรียมตัวและปฏิบัติก่อนการข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ นอกจากนั้นยังพบว่าทหารที่มีคะแนนความสามารถในตนเองสูงสามารถลดและเลิกบุหรี่ได้มากกว่าทหารที่มีความสามารถในตนเองต่ำ

การศึกษาของภานิสา, ศรัณญา, มณฑา, ธราดล, และกรกนก (2558) ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่สูบบุหรี่ในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดจำนวน 32 คน ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การทำสัญญาและการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการเก็บข้อมูล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากขั้นไม่สนใจ ร้อยละ 18.80 และขั้นลังเลใจ ร้อยละ 37.50 เมื่อก่อนการทดลอง เป็นขั้นเตรียมตัวปฏิบัติ ร้อยละ 28.10 และขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 71.90 ในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 75 และขั้นเตรียมตัวปฏิบัติ ร้อยละ 25 ในสัปดาห์ที่ 8 นอกจากนี้ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้ 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.50

1.3 การใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนมีที่มาจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ดีของผู้อื่น การใช้คำพูดจูงใจ ภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งพบว่ามีการศึกษาดังนี้

การศึกษาของพัชรินทร์ (2551) ซึ่งทำการศึกษาการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการติดสารนิโคติน ความพยายามในการเลิกบุหรี่และจำนวนครั้งในการเลิกบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ดำเนินการศึกษาและติดตามผล 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งวิธีดังกล่าวก็

เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าได้มีการนำเอาแนวทางต่างๆ มาใช้ในการช่วยผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ ดังนี้

การศึกษาของ นูรีซัน (2557) โดยทำการศึกษาของของโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งการใช้การให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และยังพบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 57.56, SD = 7.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาของ วิชัยและกนกศรี (2555) โดยทำการศึกษาผลของการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นใน โรงเรียนวัดบางเกลือ ปีการศึกษา 2552 ที่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง 1 ปี ที่มีการติดนิโคตินระดับปานกลางและเป็นผู้ที่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดของโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (The Transtheoretical Model) อยู่ในระยะตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่ จำนวน 20 คน สุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ทำการทดสอบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน โดยใช้กิจกรรมกระบวนการบำบัดตามแนวคิดของโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มทดลองและรูปแบบการให้การปรึกษาในรูปแบบงานประจำในกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่วันที่ 6 ของการบำบัดและสามารถคงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ได้จนกระทั่งเข้าสู่ระยะติดตามผล 30 วันหลังสิ้นสุดโปรแกรม

2. การใช้ยาในการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ (pharmacotherapy)

การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ วิธีนี้จะช่วยลดความทรมานจากอาการถอนนิโคตินเท่านั้นการใช้ยาเพียงอย่างเดียวช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพียงร้อยละ 10 - 30 ที่ระยะเวลา 1 ป (U.S. Department of health and human services, 2000) จากการศึกษาของ เอิร์ทและคณะ (Eerd et al., 2013) โดยการใช้ นอร์ทริปทิลีน (nortriptyline) ในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 21 สอดคล้องกับการศึกษาของ สนทรรศ, และอภิญญา (2555) โดยการศึกษาอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่ของคลินิก

เลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช โดยการใช้ยา 1) หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) 2) แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patch) 3) บูโพพิออน (buproprion) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่จำนวน 94 ราย พบว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ 34 ราย (ร้อยละ 36.20) 35 ราย (ร้อยละ 37.20) 30 ราย (ร้อยละ 31.90) และ 16 ราย (ร้อยละ 17) เมื่อวัดที่ระยะเวลา 4, 6, 12 สัปดาห์ และ 12 เดือน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวทางการใช้สารทดแทนความต้องการสูบบุหรี่ ในการเลิกบุหรี่นั้นก็เป็นอีกแนวทางที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้เช่นกันและยังพบอีกว่าที่เวลา 6, 12 สัปดาห์ และ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันในผลสำเร็จการเลิกบุหรี่

ถึงแม้ว่าการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จะมีความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยแต่ก็มีข้อ ยกเว้นในการใช้ เช่น สตรีตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร วัยรุ่น ผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน และผู้ที่มีข้อห้ามทางการแพทย์อื่นๆ โดยทั่วไปเราสามารถแบ่งยาช่วยเลิกบุหรี่ออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาหลัก (first - line drug) และยารอง (second - line drugs) (สุทัศน์, 2553; GOLD, 2014) ดังนี้

2.1 นิโคตินทดแทน การให้สารนิโคตินทดแทนเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่เป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันมีอยู่ทั้งสิ้น 6 ชนิด ได้แก่ แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patch) หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) สเปรย์นิโคตินพ่นจมูก (nicotine nasal spray) หลอดสูดนิโคตินทางปาก (nicotine oral inhaler) เม็ดอมนิโคติน (nicotine lozenge) และยานิโคตินอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) โดยจะขอกล่าวถึง แผ่นแปะนิโคตินและหมากฝรั่งนิโคตินเท่านั้น เนื่องจากมีใช้กันอยู่ในคลินิกของประเทศไทย แต่ละชนิดนั้นจะมีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน โดยแบบแผ่นแปะจะออกฤทธิ์ได้ช้าเนื่องจากต้องอาศัยการดูดซึมผ่านทางผิวหนัง ในขณะที่หมากฝรั่งจะดูดซึมได้ดีและออกฤทธิ์ได้รวดเร็วกว่า อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาจะออกฤทธิ์ได้เร็ว ก็ยังไม่สามารถเทียบเคียงกับการสูบบุหรี่ได้จริงๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่นั้นจะทำให้ระดับนิโคตินในเลือดสูงขึ้นภายในเวลาเพียงไม่ถึง 5 นาที สารนิโคตินทดแทนจึงยังนับว่าเป็นเครื่องมือที่ดีในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ สารนิโคตินทดแทนมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ (FDA class D) หรือกำลังให้นมบุตร ส่วนในรายที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงเพิ่งมี อาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) หรือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ภายใน 2 สัปดาห์ ก็แนะนำให้หลีกเลี่ยงจนกว่าจะมีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าปลอดภัย สำหรับผลแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผื่นแพ้และผิวหนังอักเสบเฉพาะที่ ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 50 แต่ส่วนใหญ่จะเป็นไม่มากและสามารถหายเองได้ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 5 เท่านั้น

2.2 ยาที่ช่วยลดอาการถอนนิโคติน

- บูโพพิออน (bupropion) เป็นยาเม็ดรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้โดยไม่มีส่วนประกอบของนิโคตินอยู่เลย กล่าวคือ แพทย์จะต้องให้ผู้ป่วยกำหนดวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของตน (target quit date) ให้ชัดเจนก่อนแล้วจึงเริ่มยานี้เป็น

เวลา 1 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดนั้น ขนาดของยาที่ใช้ให้รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งตอนเช้า ใน 3 วันแรก หลังจากนั้นให้เพิ่มขนาดเป็น 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 3 - 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องทำการหยุดบุหรี่โดยเด็ดขาดตั้งแต่วันที่ 8 หลังเริ่มยา จึงจะได้ผลดี แต่ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (พบได้ราวร้อยละ 35 - 40) ปากและคอแห้ง (ร้อยละ 10 - 71) ท้องผูก (ร้อยละ 9) คลื่นไส้ (ร้อยละ 6) และอาการชัก (ร้อยละ 0.1) ยานี้ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติชักหรือเป็นโรคลมชักมาก่อนหรือมีประวัติอาการผิดปกติทางการกิน (eating disorders) หรือได้ใช้ยากลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้า (monoamine oxidase inhibitors [MAOI]) ภายในช่วง 2 สัปดาห์ และควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรหากไม่จำเป็น

การศึกษาของฐิติรัตน์ (2547) โดยทำการศึกษาประสิทธิผลของบูโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่ ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ามาทำการรักษา ณ สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 104 คน ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2546 ถึง มิถุนายน 2547 โดยผู้ป่วยได้รับของบูโพรพิออนขนาด 150 มิลลิกรัม ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ในระยะเวลาที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน ผู้ป่วยมีอัตราเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ร้อยละ 17.30 และ 14.40 ตามลำดับ ซึ่งวิธีดังกล่าวก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จ แต่อัตราในการเลิกบุหรี่สำเร็จยังไม่มีค่าสูงแถมการใช้ยายังมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงกับผู้ป่วย

- วาเลนนิไคล์ (varenicline) ยานี้มีจุดเด่นโดยเป็น หน่วยรับ (receptors) ที่จะคอยจับกับนิโคตินแล้วกระตุ้นสมองส่วน เวนทราล เทกเมนทาล แอเรีย (ventral tegmental area) ให้หลั่งสารโดปามีนออกมาส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากบุหรี่และเสพติด แต่เมื่อให้ยาวาเลนนิไคล์เข้าไป ยาจะจับกับหน่วยรับเหล่านี้แทนนิโคตินและเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกับที่ได้รับสารนิโคตินเข้าไปโดยที่ไม่เกิดการเสพติดขึ้น ผู้ที่ใช้ยานี้จะรู้สึกสุขสบายคล้ายได้สูบบุหรี่จริงและจะมีอาการอยากบุหรี่น้อยลง

- นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) เป็นยาต้านภาวะซึมเศร้า มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ นอร์อีพิเนฟฟริน ที่ปลายประสาท จึงใช้ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้ง ตามัว ปสสาวะคั่ง เวียนหัว มือสั่นและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรหลีกเลี่ยงยาชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายหรือมีข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มหลักข้างต้นและจำเป็นต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

- โคลนิดีน (clonidine) เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้ถูกนำมาใช้รักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิดทั้งแอลกอฮอล์และสารอนุพันธ์ฝิ่นอย่างได้ผล ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปาก แห้ง ง่วงซึม เวียนศีรษะ ท้องผูกและภาวะความดันโลหิตสูงลังจากหยุดยา (rebound hypertension)

จากการทบทวนงานวิจัย โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดี่ยวในการให้ความช่วยเพื่อเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา พบว่า มีการนำเอาวิธีการให้คำปรึกษาตามหลัก 5 เอ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน การนำเอาแนวทางต่างๆ มาใช้ในการช่วยผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ ได้แก่ การใช้แรงสนับสนุนจากสังคม การใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นต้น เพื่อนำมาใช้ในการช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ อีกทั้งถึงแม้ว่าจะมีการบำบัดโดยการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งมีความสะดวกและมีทรัพยากรในโรงพยาบาลและคลินิกเลิกบุหรี่เพื่อสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ก็ตาม แต่ยังพบว่าระบบการดูแลสุขภาพของรัฐยังไม่สามารถเลือกใช้ตัวยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยได้ทุกกรณี เนื่องจากยามีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องชำระเองอีกทั้งยาที่ใช้ในการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่บางตัวยังพบว่ามีอาการข้างเคียงที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำเอาวิธีการให้คำปรึกษาตามหลัก 5 เอ ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกอีกทั้งโกล์ด (2014) ได้มีการแนะนำ ในการให้ช่วยผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีต้องการเลิกบุหรี่ และการใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้มีความเหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ ซึ่งนำมาประยุกต์เป็นโปรแกรมในการเลิกบุหรี่ต่อไป

โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธี

โปรแกรมนี้เป็นอีกแนวทางที่มีผู้สนใจนำมาศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ ซึ่งพบว่ามีการนำเอาการให้คำปรึกษา นวัตกรรม (innovation) และ ภูมิปัญญาตะวันออก (eastern wisdom) มาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ร่วมกันหลายวิธี จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

การศึกษาของลีลารุ่งระยับและคณะ (Leelarungrayub et al., 2010) ซึ่งใช้โปรแกรมในการเลิกบุหรี่โดยการนำหญ้าดอกขาวมาใช้ช่วยลดการอยากบุหรี่ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่สนใจต้องการเลิกบุหรี่ จำนวน 120 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับชาจากหญ้าดอกขาวเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ได้รับการออกกำลังกายร่วมกับการได้รับชาหญ้าดอกขาว กลุ่มที่ 3 ได้รับการออกกำลังกายอย่างเดียว และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมไม่ได้รับอะไรเลย ดำเนินการวิจัย 3 วัน ต่อ สัปดาห์ โดยใช้ชาหญ้าดอกขาว (vernonia cinerea Less) ขนาด 20 กรัม ชงกับน้ำร้อนสะอาด (390 ml) โดยชงชาเพื่อรับประทานครั้งละ 3 แก้ว และจัดทำร่วมกับการออกกำลังกาย โดยการเดินและวิ่งครั้งละ 30 นาที โดยผู้ป่วยต้องมีอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นกว่าปกติร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นปกติ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลการวิจัยต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และดำเนินการติดตาม 12 สัปดาห์ ผลที่ได้พบว่าแนวทางดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สูงถึงร้อย

ละ 62.70 ถึงแม้ว่าวิธีนี้จะมีผลความสำเร็จที่สูงในการช่วยทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แต่การใช้ชาจากหญ้าดอกขาวมีข้อจำกัดเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูงหากผู้ป่วยมีความต้องการที่จะนำมาใช้

การศึกษาของอังคณา (2552) ซึ่งจัดทำโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคโดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคปอด ที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2552 จำนวน 30 คน โดยมีการให้คำแนะนำและสุขศึกษา จำนวน 6 ครั้ง พร้อมทั้งดำเนินการติดตามและเก็บข้อมูลการวิจัยต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 52.70 ซึ่งวิธีดังกล่าวก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วย

การศึกษาของนันท์ธิยาภรณ์และสุนิดา (2557) โดยการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 2008 (the 2008 update to treating tobacco use and dependence clinical practice guideline) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดแบบผสมผสานเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนมาจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนประกอบด้วย (1) การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่จำนวน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 - 45 นาที (2) การนวดกดจุดสะท้อนจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที (3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที และ (4) การติดตามให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที พร้อมทั้งดำเนินการติดตามและเก็บข้อมูลการวิจัยต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยังพบอีกว่าวิธีนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 17.67 การศึกษานี้ถึงแม้จะสามารถช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้งานจริง เนื่องจากผู้ใช้เองต้องมีความเชี่ยวชาญในการนวดและต้องมีการฝึกทักษะ ก่อนการนำมาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

การศึกษาของพิรุณพร (2554) โดยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายต่อพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกเลิกบุหรี่ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบุหรี่อยู่ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเข้ารับการรักษา

ที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับคำปรึกษาให้เลิกบุหรี่แบบกระชับเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายซึ่งประกอบด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล การแนะนำวิธีเดินออกกำลังกายและประโยชน์ของการเดินต่อการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบกระชับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเองโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาจจะมีอาการหอบระหว่างการออกกำลังกายตามมาได้

การศึกษาของอรอนงค์ (2552) โดยทำการศึกษาผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า 1) อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) อาการขาดนิโคตินหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) สัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 20 และ 75) การศึกษาดังกล่าวทำการติดตามและประเมินผลความสำเร็จของการให้คำแนะนำ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการดำเนินการทดลองเพียงระยะเวลา 3 สัปดาห์ เท่านั้น ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการติดตามผลการทดลองส่วนใหญ่อยู่ที่ 8 สัปดาห์

จากการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า มีการศึกษา โปรแกรมเลิกบุหรี่ทั้งแบบแนวทางเดี่ยวและแบบร่วมกันหลายวิธี โดยมีการนำเอาการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 เอ การใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้นวัตกรรม เช่น การนำเอาหญ้าดอกขาวมาใช้ช่วยลดการอยากบุหรี่ การนวดกดจุดสะท้อน การออกกำลังกาย การฝึกด้วยวิธีหายใจแบบลึก เป็นต้น และการใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิก

บุหรี่ ยังพบว่ามีข้อจำกัดในการนำมาใช้งานจริงกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามและสูงอายุ เช่น ความเชี่ยวชาญของผู้ใช้โปรแกรม ระยะเวลาในการศึกษา สถานที่ในการใช้โปรแกรม และจะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 เอ ทำให้ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยที่ทำการเลิกบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้นและการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนยังเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยเพิ่มยิ่งขึ้น อันจะมีผลทำให้พฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตามมาด้วย ทั้งนี้ยังพบอีกว่าหากการใช้โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธี ยังส่งผลทำให้เพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สูงขึ้นตามมาด้วย และยังพบอีกว่าการศึกษาส่วนใหญ่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากการสังเคราะห์งานวิจัยการศึกษาการเลิกบุหรี่ทั้งหมดกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ แต่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาแต่อย่างใด อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิมและเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการนำโปรแกรมเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธีมาประยุกต์ใช้กับงานวิจัย และเลือกใช้ระยะเวลาในการติดตามเพื่อประเมินผลที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ ซึ่งนำมาประยุกต์เป็นโปรแกรมในการเลิกบุหรี่ดังต่อไปนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดทำให้ได้โปรแกรมดังนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่เป็นชุดกิจกรรมที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมโดยมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาบูรณาการร่วมกับการนำเอาแนวคิดสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนและช่วยให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มีที่มาจาก 4 แหล่ง คือ (1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (3) การสื่อสารจูงใจ และ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยการสอบถามผู้ป่วยว่าอะไรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (ณันฑิยาและคณะ, 2558; พรรณีและคณะ, 2557) ระดับการศึกษา (มัลลิกาและคณะ, 2555) บุคคลในครอบครัว (มัลลิกาและคณะ, 2555) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ณันฑิยาและคณะ, 2558; เบญจมาสและคณะ, 2555; Eklund et al., 2012) อาการถอนนิโคติน (ณันฑิยาและคณะ, 2558) ระดับการเสพติดนิโคติน (ณันฑิยาและคณะ, 2558)

อาการซึมเศร้าและเครียด (ณันฑิยาและคณะ, 2558; นันท์ธิยาภรณ์และคณะ, 2557; Eklund et al., 2012) อายุ (มัลลิกาและคณะ, 2555) การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (ผ่องศรี, 2550; Eklund et al., 2012) การขาดยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง (Eklund et al., 2012) การอาศัยหรือสัมผัสกับบุหรี่ (ผ่องศรี, 2550; Eklund et al., 2012)

ขั้นที่ 2 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยถามประวัติการสูบบุหรี่ ถามอุปสรรคในการหยุดสูบบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลทางเวชระเบียน การสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ (Okuyemi et al., 2006)

ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แนะนำโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้สูบบุหรี่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีผลต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ (พรรณีและคณะ, 2557; Okuyemi et al., 2006) พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ **(**ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553**)** อันได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ ดังนี้ ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ และผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยการให้คำปรึกษาหรือให้เอกสารความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ (อังคณา, 2552; นันท์ธิยาภรณ์และคณะ, 2557; Okuyemi et al., 2006) ร่วมกับการนำเอาสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ในผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นและเชื่อว่าการเลิกบุหรี่สามารถทำได้จริง ดังนี้ (1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (3) การสื่อสารจูงใจ และ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ดังนี้

4.1 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากสูบบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ (Leelarungrayub et al., 2010) และการกำหนดเป้าหมายว่าอย่ากลับไปสูบบุหรี่อีก การให้คำปรึกษาเน้นเรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ผลที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย สำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังและชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ได้อนุมัติสำหรับชาวมุสลิมโดยการใช้สื่อการสอน (power point) พร้อมทั้งให้คู่มือเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและคู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้านหรือการแนะนำให้ใช้บริการสายด่วนเพื่อรับคำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่ กำหนดสถานการณ์

จำลอง หากเมื่อผู้สูบมีความต้องการหยุดสูบบุหรี่ พร้อมทั้งการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ (ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553; เบญจมาสและคณะ, 2555)

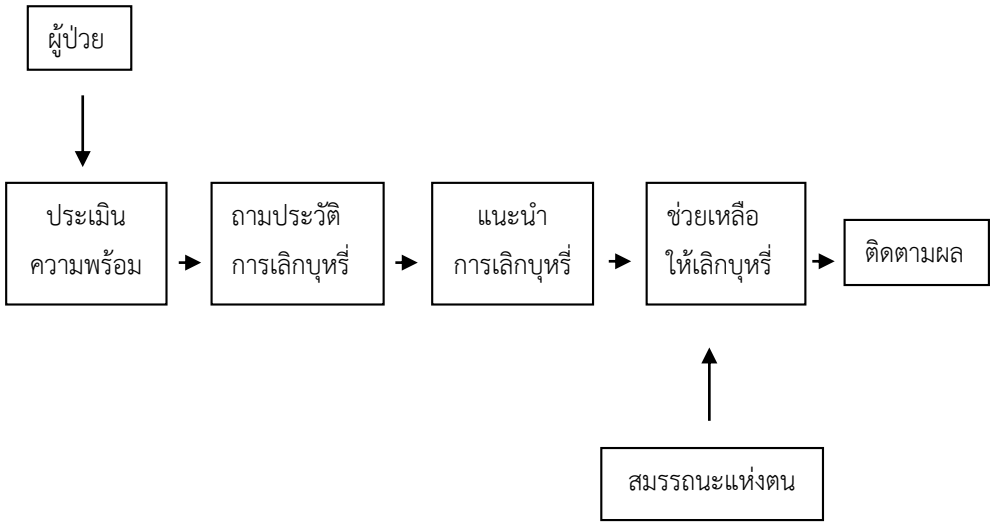
4.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ (จิดาภาและคณะ, 2555; พรรณีและคณะ, 2557)

4.3 การสื่อสารจูงใจขณะทำการเลิกบุหรี่ โดยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชย พูดคุยให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ (จิดาภาและคณะ, 2555; วาริศาและคณะ, 2556; Agency for Healthcare Research and Quality, 2012) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ในสภาวะที่ผู้ป่วยมีสภาวะทางอารมณ์ด้านบวก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่หากผู้ป่วยมีข้อซักถาม เปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

ขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ (arranging follow-up) ติดตามเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกและติดตามทางโทรศัพท์ (Okuyemi et al., 2006) โดยการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากการให้คำปรึกษาจะสอบถามถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยพร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือเพิ่มเติมหากผู้ป่วยประสบปัญหาในระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

จากที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยสามารถสรุปแผนผังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ได้ดังนี้



ภาพ 2 สรุปแผนผังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการจำกัดของทางเดินหายใจอย่างถาวร จนทำให้ทางเดินหายใจเล็กลงและประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินหายใจลดลง ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมักจะมีอาการไอแบบมีเสมหะเป็นระยะเวลานานติดต่อกันโดยไม่มีสาเหตุอื่นร่วมด้วย แต่บุหรี่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะรุนแรงหรืออาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถ้าหากยังคงไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยส่งผลทำให้เกิดการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ อันได้แก่ อาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ ซึ่งทำให้การทำงานของปอดลดลง เกิดอาการหายใจหอบตามมา จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ภายในบุหรี่ยังมีนิโคตินที่ทำให้เกิดอาการเสพติดเหมือนเฮโรอีนและเมื่อสูดเอาควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย จะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท ทำให้ผู้สูบเกิดความสุข ตื่นตัว รู้สึกมีพลัง มีสมาธิและลดความรู้สึกซึมเศร้าลงได้ เมื่อผู้สูบบุหรี่หยุดสูบจึงส่งผลทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน จึงทำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ยังคงต้องสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดอาการถอนนิโคติน ดังนั้นหากต้องการที่จะเลิกบุหรี่จึงทำได้ยาก

จากการศึกษาโปรแกรมการเลิกบุหรี่พบว่ามีการใช้ทั้งโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบแนวทางเดียวและโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธีเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยมีการนำเอาการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 เอ การใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้นวัตกรรมและการใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งการเลิกบุหรี่แบบร่วมกันหลายวิธีพบว่ามีอัตราความสำเร็จใน

การเลิกบุหรี่ที่สูงกว่าการใช้แนวทางเดี่ยว อีกทั้งจากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังพบว่า ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จนทำให้มีการค้นหาแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ขึ้น ซึ่งมีการให้คำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรี่สามารถทำได้โดยวิธี การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากสูบบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ การใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ การกำจัดกับอุปสรรคที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะเลิกบุหรี่ได้ พร้อมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ หากผู้ป่วยมีข้อซักถามเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมและพัฒนาทักษะที่จะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติเพื่อเลิกบุหรี่ต่อไป ถึงอย่างไรถึงแม้ว่าจะมีวิธีที่ช่วยในการเลิกบุหรี่หลากหลายวิธี แต่ก็ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมที่เหมาะสมและพัฒนาขึ้นมาช่วยเหลือผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาในการติดบุหรี่อย่างเฉพาะกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตราย เกิดความรุนแรงของโรคและทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหากยังคงสูบบุหรี่หรือยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แม้ว่าจะมีผู้ศึกษาวิธีในการเลิกบุหรี่มาบ้างแล้วก็ตาม ถึงอย่างไรกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่ภาคใต้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นจึงทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่เองมีความจำเป็นและต้องการวิธีการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ที่แตกต่างไปจากกลุ่มอื่น

โดยผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาในการติดบุหรี่ สามารถที่จะเรียนรู้และเพิ่มสมรรถนะในตนเองเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยการใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 4 แหล่ง คือ (1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (3) การสื่อสารจูงใจ และ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ และการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ขั้นที่ 2 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และ ขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดบุหรี่มีศักยภาพในตนเอง มีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ พร้อมทั้งยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน กำกับการ

ดูแล รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติตัว ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง O1 ———— X1 ———— O2

กลุ่มควบคุม O3 ———— X2 ———— O4

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

X1 หมายถึง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

X2 หมายถึง การเลิกบุหรี่แบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่และไม่มีภาวะการกำเริบซ้ำ (acute exacerbation [AE])

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ตามเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553)

3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ ตามการแบ่งระยะของโพชาสกาและคณะ (Prochaska et al., 1985)

4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้

คุณสมบัติในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการกำเริบซ้ำที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับรุนแรงมากและรุนแรงมากที่สุด ทั้งนี้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องคัดออกระหว่างการศึกษา

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิทและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพล (effect size) เนื่องจากพบงานวิจัยที่มีการทดลองในการเลิกบุหรี่ที่คล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ของจิราภรณ์และสุนิดา (2550) ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยที่ศึกษา จึงนำมาทำการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.72 เนื่องจากตารางมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุดที่ .80 เมื่อนำไปเปิดตารางอำนาจการทดสอบจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 25 ราย และเพื่อป้องกันความผิดพลาดและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) เพิ่มขึ้นคิดเป็น 5 รายต่อกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจึงมีจำนวนกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน (ภาคผนวก ก)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน และ 30 ราย ต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (match pair) โดยคำนึงถึง

ความคล้ายคลึงกันในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ คือ อายุ ระดับการศึกษา และระดับการเสพติดนิโคตินตามแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคตินของ เฟเกอร์สตอมและคณะ (Fagerstrom et al., 1990) ซึ่งต่อมาได้มีการการพัฒนาโดย ฮีทเตอร์ตันและคณะ (Heatherton et al., 1991)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ข) เป็นชุดกิจกรรมที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมโดยมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาบูรณาการร่วมกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตน มาเพื่อใช้ในการช่วยเหลือในขั้นการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งในตนเองและช่วยให้เกิดความมั่นใจหรือเชื่อมั่นในตนเองในเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมีที่มาจาก 4 แหล่ง คือ 1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น 3) การสื่อสารจูงใจ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ในครั้งแรกผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตามขั้นตอนของโปรแกรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยถามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่า “ผู้ป่วยมีอะไรที่เป็นปัจจัยที่มีผลในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในครั้งนี้” ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การขาดยาหรือการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การอาศัยหรือสัมผัสกับบุหรี่ และผู้ป่วยต้องมีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติในการเลิกบุหรี่

ขั้นที่ 2 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยถามประวัติการสูบบุหรี่ อุปสรรคในการหยุดสูบบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วย โดยการใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนและการสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เพื่อสอบถามข้อมูล ประเมินผู้ป่วยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป (ภาคผนวก ค)

ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยแนะนำโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ พร้อมทั้งผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ เช่น ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมดเพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้ทันที

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยให้คำปรึกษาหรือให้เอกสารความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ร่วมกับการนำเอาสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ในผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นและเชื่อว่าการเลิกบุหรี่สามารถทำได้จริงโดย 1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น 3) การสื่อสารจูงใจ และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ดังนี้

4.1 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ได้อนุมัติสำหรับชาวมุสลิมโดยการใช้สื่อการสอน โดยการใช้สื่อการสอน (power point) เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ความเสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำ และโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีผลต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ เช่น ผลต่อบุตรหรือหลานของผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง พร้อมทั้งสอนการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย ผลที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายว่าอย่ากลับไปสูบอีก การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ คู่มือเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและคู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ (ทั้งภาษาไทยและมลายู) ดังเนื้อหาใน (ภาคผนวก ง) และความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำตามแผนการสอนและการกำหนดสถานการณ์ในเรื่องการแก้ไขอาการถอนนิโคติน (ภาคผนวก จ) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน

4.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น ผู้วิจัยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ จาก สสส.

4.3 การสื่อสารจูงใจขณะทำการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยให้ทราบถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยแนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำในการเลิกบุหรี่หากผู้ป่วยมีข้อซักถามเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและแนะนำวิธีเพื่อช่วยลดอาการวิตกกังวลระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ฯ

ครั้งที่ 2 - 4 (สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6) ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 โดยการสอบถามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยและญาติถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยและประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือเพิ่มเติมหากผู้ป่วยประสบปัญหาในระหว่างการเลิกบุหรี่หรือมีค่าคะแนนระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้วิจัยและญาติร่วมกันให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้อง

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

ขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยทำการติดตามเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ารับบริการในคลินิก สอบถามถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเชิญชวนให้เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน พร้อมทั้งประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ค) ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หน่วยที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งและจำนวนวันที่เคยเลิกบุหรี่ สาเหตุที่เคยเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีก สาเหตุที่เลิกบุหรี่ในครั้งนี้ ประวัติการใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ และระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน ดังภาคผนวก ค ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ของจิราภรณ์และสุนิดา (2550) สร้างโดยพัฒนาจากการใช้แนวคิดของทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ภาคผนวก ค ส่วนที่ 2) แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่นั้นมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 13, 14 และมีข้อคำถามเกี่ยวกับการลดปริมาณการสูบลงจากเดิมและการหยุดสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12 เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 2 รวมทั้งหมด 30 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตัวเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตัวเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติตัวเมื่อนึกขึ้นได้
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตัวเช่นนั้นเลย

การแปลผล โดยค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดี และค่าคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ไม่ดี ซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบความก้าวหน้าและความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของพัชรินทร์ (2551) สร้างโดยพัฒนาจากการใช้กรอบแนวคิดของสมรรถนะแห่งตน (ภาคผนวก ค ส่วนที่ 3) มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 16 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ มีข้อคำถามเป็นสถานการณ์ด้านบวกในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น การมีความสุข หรือการสังสรรค์ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 12, 13, 14 สถานการณ์ด้านลบในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 7, 8, 15 และสถานการณ์ที่เกิดจากความเคยชินของแต่ละบุคคล อีกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 16 ความมั่นใจของบุคคลที่จะสูบบุหรี่หรือไมขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆ ที่บ่งชี้ในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่ม ทดลอง คือ

มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรูสึกมั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่มากที่สุด ให้ 3 คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรูสึกมั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่น้อย ให้ 1 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่มาก ให้ 0 คะแนน

แบบการแปลผล สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 48 คะแนน แปลผลให้คะแนนแบบอิงเกณฑ์ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็นร้อยละ	ระดับคะแนน
0 - 28	ต่ำกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป	ต่ำ
29 - 38	ร้อยละ 60 - 80	ปานกลาง
39 - 48	มากกว่าร้อยละ 80	สูง

การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีสมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกบุหรี่มาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีสมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกบุหรี่น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ 4) แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแนะนำการเลิกบุหรี่ 1 ท่าน (2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอด 2 ท่าน (3) พยาบาลผู้ปฏิบัติประจำคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และ (4) ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายู 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษามลายู พร้อมทั้งนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขและปรับปรุงให้สมบูรณ์

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ไปทดลองตรวจสอบหาความเชื่อมั่นด้วยการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 20 คน แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นเครื่องมือ โดยมีการนำ

เครื่องมือไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .93 ตามลำดับ

การศึกษานำร่อง (pilot study)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษานำร่อง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยหลังจากนำมาทดลองใช้แล้วพบว่าควรปรับการใช้ภาษาในการถามให้เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการดำเนินการเป็น 2 ขั้น คือ ขั้นเตรียมการเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังต่อนี้

1. ขั้นเตรียมการเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จึงชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัยและขออนุมัติเก็บข้อมูลจากหน่วยงาน ผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

1.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 2 คน เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของแต่ละข้อคำถามในแบบประเมินและวิธีสัมภาษณ์ให้เป็นที่เข้าใจตรงกัน จากนั้นทำการทดลอง สัมภาษณ์จนมีความเชี่ยวชาญและสามารถสัมภาษณ์ได้ผลเช่นเดียวกับผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เอง

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนต่างๆ ดั้งนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสำรวจจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่ ผ่านทางพยาบาลประจำในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีพยาบาลประจำการทำการให้คำแนะนำใน

กลุ่มทดลอง และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยควบคุมและกลุ่มทดลองทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวันอังคารและพฤหัสบดี ส่วนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงในวันจันทร์ พุธและศุกร์

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทำการอธิบายวัตถุประสงค์และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งทำแบบสอบถามและแบบประเมิน (pre - test) จากนั้นดำเนินการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่โดยพยาบาลประจำการ พร้อมทั้งแจกคู่มือ “แผนการ 5 วัน เพื่องดสูบบุหรี่” และทำการติดตาม 1 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 8 ของการเลิกบุหรี่ โดยผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยมอบคู่มืออาการถอนนิโคตินและการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ (ทั้งภาษาไทยและมลายู) แก่กลุ่มควบคุมดังตัวอย่างของคู่มือในภาคผนวก ง

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่และคู่มือเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม คือ การเลิกบุหรี่แบบปกติ รวมทั้งได้รับโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยผู้วิจัยดำเนินการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ตามขั้นตอนของโปรแกรม โดย

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลา 5 นาที โดยทำการสอบถามความพร้อมในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยพร้อมสามารถให้คำแนะนำและทำการสอบถามผู้ป่วยว่าอะไรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในครั้งนี้ ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ระดับการศึกษา บุคคลในครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการถอนนิโคติน ระดับการเสพติดนิโคติน อาการซึมเศร้าและเครียด อายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การขาดยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การอาศัยหรือสัมผัสกับบุหรี่ และผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะทำการเลิกบุหรี่โดยอยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติในการเลิกบุหรี่เพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้ทันที

ขั้นที่ 2 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ใช้เวลา 5 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นถามประวัติการสูบบุหรี่ ถามอุปสรรคในการหยุดสูบบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนและการสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมในการ เลิกบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เพื่อสอบถามข้อมูลและประเมินผู้ป่วยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (ภาคผนวก ค)

ขั้นที่ 3 การแนะนำโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ใช้เวลา 5 นาที ผู้วิจัยชี้ให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ เช่น ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด เพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้ทันที

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ใช้เวลา 30 นาที

4.1 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ได้อนุมัติสำหรับชาวมุสลิมโดยการใช้สื่อการสอน (power point) เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ความเสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำ และโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีผลต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ เช่น ผลต่อบุตรหรือหลานของผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ ดังนี้ ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ และผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งทำการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ อันได้แก่ การออกกำลังกาย และการกำหนดเป้าหมายว่าอย่ากลับไปสูบอีก โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ อาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำตามคู่มือเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและคู่มือในการจัดการกับอาการถอน

นิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ (ทั้งภาษาไทยและมลายู) (ภาคผนวก ง) และแผนการสอนและการกำหนดสถานการณ์ในเรื่องการแก้ไขอาการถอนนิโคติน (ภาคผนวก จ) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน

- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำโดยให้กลุ่มตัวอย่างนึกถึงสถานการณ์เสี่ยงเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้หวนกลับมาสูบซ้ำ เช่น ความเครียด การอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

- คู่มือเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำและคู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ พร้อมทั้งฝึกทักษะการป้องกันการหวนกลับมาสูบซ้ำ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ ขั้นตอนการปฏิเสธ และประโยคปฏิเสธตาม ขั้นตอนการปฏิเสธ ซึ่งการปฏิเสธเป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคน ผู้ต้องการเลิกบุหรี่สามารถปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปสูบบุหรี่ หลายคนไม่กล้าปฏิเสธเพราะกลัวเพื่อนโกรธ แต่ถ้ามีทักษะการปฏิเสธที่ ถูกต้องตามขั้นตอนจะทำให้ไม่เสียเพื่อน

4.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ ชุด พระคุณที่ไม่ทันได้ทดแทน (ใช้เวลา 5 นาที) และ ชุด “ถึงคนสูบบุหรี่” ของการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ สสส. (ใช้เวลา 5 นาที)

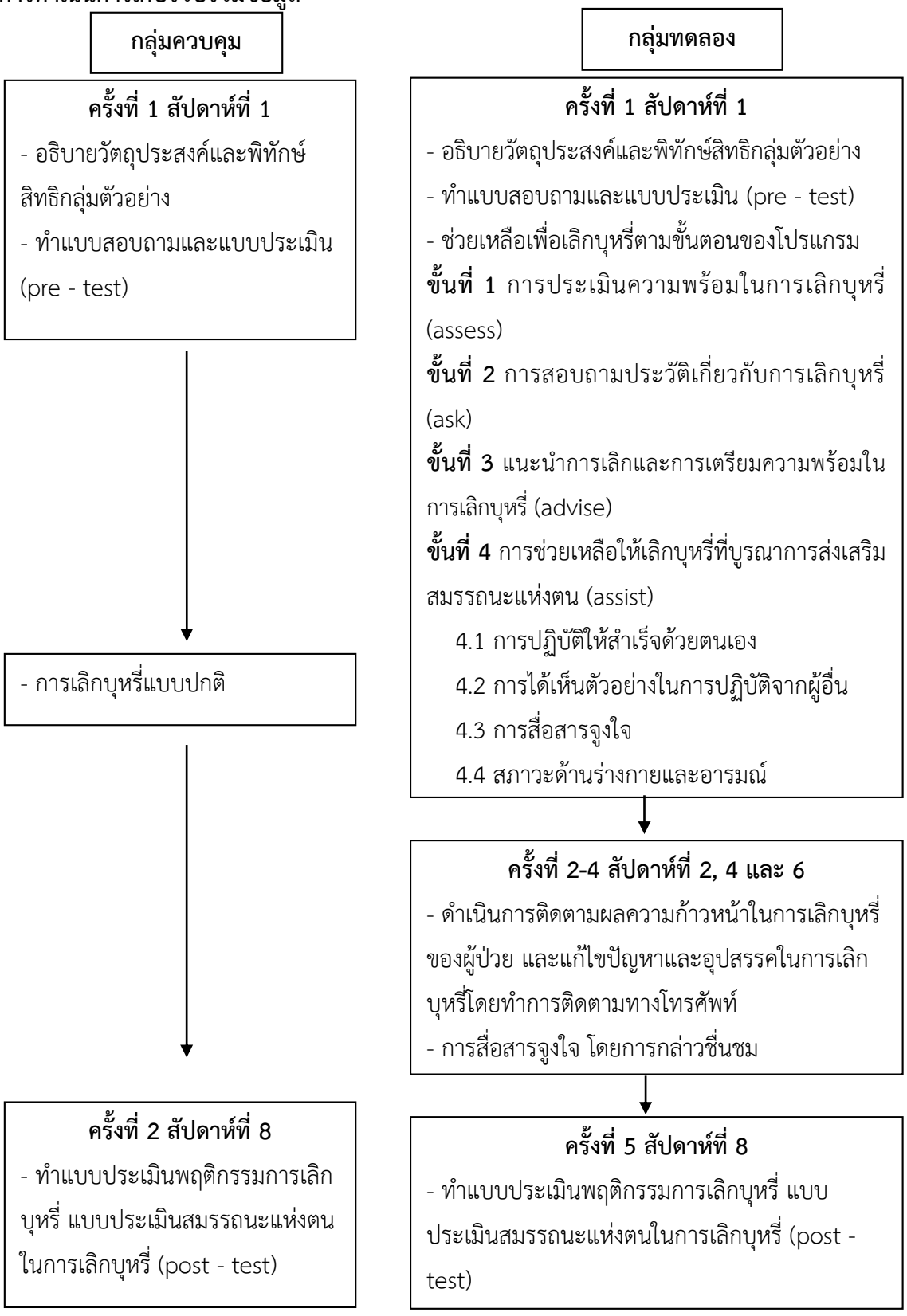
4.3 การสื่อสารจูงใจ ใช้เวลา 5 นาที โดยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมี ส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบบุหรี่ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ และการเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ใช้เวลา 5 นาที โดยการแนะนำการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และแนะนำวิธีเพื่อช่วยลดอาการวิตกกังวลระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม การให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่หากผู้ป่วยมีข้อซักถามพร้อมทั้งเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เช่น การจัดการเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน ระยะอาการขาดบุหรี่จะใช้เวลานานเท่าไร เมื่อหยุดสูบแล้วทนความอยากไม่ไหวต้องทำอย่างไร วิธีลดความอยากบุหรี่ทำได้อย่างไรบ้าง ฯลฯ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและนัดหมายการพบครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 - 4 ขั้นที่ 5 (สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ผ๊วิจัยดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันค้นหาและแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการเลิกบุหรี่เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไป โดยทำการติดตามทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยและญาติในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ตามลำดับ ผู้วิจัยร่วมกับคนในครอบครัวกล่าวแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและยังคงหยุดบุหรี่อยู่ สอบถามความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งผลที่เกิดจากอาการ อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขอาการ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปัญหาในการเลิกบุหรี่เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป (ภาคผนวก ค) (ใช้เวลา 15 นาที)

ครั้งที่ 5 ทำการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้ ทำการติดตามเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ารับบริการในคลินิก สอบถามถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ค) เพื่อประเมินผลความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ภายหลังจากการได้รับโปรแกรม (ใช้เวลา 10 นาที)

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพ 3: แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณในการวิจัยของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องการศึกษา ภายหลังจากได้รับอนุมัติจึงดำเนินการเสนอโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัวเองทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของในการวิจัย พร้อมกับชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาการพยาบาลหรือบริการที่ได้รับและผู้วิจัยปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งมอบหนังสือเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยหากกลุ่มควบคุมประสงค์ที่จะใช้โปรแกรมที่ศึกษา ผู้วิจัยจะได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งมอบคู่มืออาการถอนนิโคตินและคู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ (ทั้งภาษาไทยและมลายู) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวต่อไปและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยแสดงไว้ใน ภาคผนวก ฉ อีกทั้งในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนผู้วิจัยจะให้คำแนะและทำการประสานงานเพื่อทำการรักษาต่อไป ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งก่อนและหลังจากการดูแลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การหาค่าคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi - square) มาเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่โดยใช้สถิติทีคู่ (pair t - test)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t - test)

4. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่โดยใช้สถิติทีคู่ (pair t - test)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t - test)

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อ 2 - 5 ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที โดยการทดสอบการแจกแจงของโค้งปกติ และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ดังนี้

1. ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการใช้สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient พบว่า ค่า Z - value มีค่าอยู่ในช่วง -3 ถึง +3 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังภาคผนวก ช 1 และ ช 2

2. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Levene’s test พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่ม ($p < .05$) ซึ่ง Equal variances not assumed จึงทำการลดค่า Alpha (α) ลงมาที่ .01 (Keppel, 1991) ดังแสดงในภาคผนวก ช 3

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และ 30 ราย ต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2559 การนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

สมมติฐานข้อที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกัน ได้แก่ ด้านเพศ เพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100.0 และ 93.3 ตามลำดับ) ด้านอายุ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.77 (SD = 7.84) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 64.77 (SD = 9.45) ในด้านศาสนากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 66.7 และ 80.0 ตามลำดับ) ด้านสถานภาพสมรส ทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.0

และ 93.3 ตามลำดับ) ด้านระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่ม จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.7 และ 63.3 ตามลำดับ) ด้านอาชีพ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรีดยาง (ร้อยละ 30.0) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.0) ด้านรายได้ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 46.7) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 46.7) และ และในด้านหน่วยที่เข้ารับการรักษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 76.7 และ 73.3 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					2.84	.09**
ชาย	30	100.0	28	93.3		
หญิง	0	0	2	6.7		
อายุ (ปี)					.41	.38*
40 - 49 ปี	2	6.7	2	6.7		
50 - 59 ปี	8	26.3	6	20.0		
60 - 69 ปี	13	42.9	12	40.0		
70 - 79 ปี	7	23.1	8	26.6		
80 - 89 ปี	0	0	2	6.7		
อายุเฉลี่ย						
กลุ่มควบคุม M = 62.77 SD = 7.84 Min = 46 ปี Max = 78 ปี						
กลุ่มทดลอง M = 64.77 SD = 9.45 Min = 46 ปี Max = 86 ปี						
ศาสนา					1.36	.24*
อิสลาม	20	66.7	24	80.0		

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t - test

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher' s Exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ)

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พุทธ	10	33.3	6	20.0		
สถานภาพสมรส					3.08	.38**
โสด	2	6.7	1	3.3		
คู่	24	80.0	28	93.3		
หม้าย	3	10.0	1	3.3		
หย่า	1	3.3	0	0		
ระดับการศึกษา					1.58	.81**
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	13.3	3	11.7		
ประถมศึกษา	20	66.7	18	63.3		
มัธยมศึกษา	2	6.7	5	13.3		
ปริญญาตรี	3	10.0	3	10.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3		
อาชีพ					2.10	.83**
ไม่มีอาชีพ	6	20.0	9	30.0		
รับจ้าง	8	26.7	7	23.3		
กรีดยาง	9	30.0	7	23.3		
รับราชการ	3	10.0	5	16.7		
ข้าราชการบำนาญ	2	6.7	1	3.3		
ค้าขาย	2	6.7	1	3.3		

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t - test

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher' s Exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ)

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้					.85	.66*
น้อยกว่า 10,000 บาท	13	43.3	14	46.7		
10,000 - 20,000 บาท	14	46.7	13	43.3		
มากกว่า 20,000 บาท	3	10.0	3	10.0		
หน่วยที่เข้ารับการรักษา					2.87	.23**
คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	23	73.3	22	73.3		
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย	8	26.7	6	20.0		
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง	0	0	2	6.7		

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t - test

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher' s Exact test

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกัน ได้แก่ ด้านระยะเวลาการเป็นโรค ส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคไม่เกิน 3 ปี (ร้อยละ 66.7 และ 63.3 ตามลำดับ) ด้านระยะเวลาการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่พบว่าสูบบุหรี่มาเป็นเวลา 21 - 30 ปี (ร้อยละ 56.6 และ 60.0 ตามลำดับ) ด้านจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่สูบบุหรี่จำนวน 10 - 20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 56.6 และ 60.0 ตามลำดับ) ด้านการเลิกบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่เคยเลิกบุหรี่มาก่อน (ร้อยละ 86.7 และ 93.3 ตามลำดับ) ด้านระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ พบว่าส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 10 วัน (ร้อยละ 73.3 และ 46.7 ตามลำดับ) ด้านความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่ระดับมาก (ร้อยละ 70.0 และ 83.3 ตามลำดับ) ด้านระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (ร้อยละ 73.3) ด้านสาเหตุของการเลิก

บุหรี่ครั้งก่อน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากครอบครัวขอให้เลิก ทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (ร้อยละ 73.3) ด้านสาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่อีก ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความเครียด (ร้อยละ 86.7 และ 76.7 ตามลำดับ) และด้านสาเหตุที่เลิกบุหรี่ครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ร้อยละ 93.3 และ 96.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการเป็นโรค					.97	.87*
ต่ำกว่า 3 ปี	20	66.7	19	63.3		
4 - 5 ปี	4	13.3	4	13.3		
มากกว่า 5 ปี	6	20.0	7	23.4		
ระยะเวลาการสูบบุหรี่					3.86	.95**
ต่ำกว่า 10 ปี	1	3.3	0	0		
10 - 20 ปี	4	13.4	6	20.0		
21 - 30 ปี	17	56.6	18	60.0		
31 - 40 ปี	6	20.0	5	16.7		
มากกว่า 40 ปี	2	6.7	1	3.3		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					.90	.66*
ต่ำกว่า 10 มวน	11	36.7	10	33.3		
10 - 20 มวน	17	56.6	18	60.0		

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t - test

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher' s Exact test

ตารางที่ 8 (ต่อ)

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มากกว่า 20 มวน	2	6.7	2	6.7		
การเลิกบุหรี่					.75	.39**
ไม่เคย	4	13.3	2	6.7		
เคย	26	86.7	28	93.3		
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้					.79	.66*
น้อยกว่า 10 วัน	22	73.3	14	46.7		
มากกว่า 10 - 20 วัน	1	3.3	7	23.3		
มากกว่า 20 - 30 วัน	4	13.3	5	16.7		
มากกว่า 30 วัน	3	10.0	4	13.3		
ความตั้งใจจะเลิกบุหรี่					1.49	.22
มาก	21	70.0	25	83.3		
ปานกลาง	9	30.0	5	16.7		
ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน					1.45	.48**
สูง	8	26.7	7	23.3		
ปานกลาง	22	73.3	22	73.3		
ต่ำ	0	0	1	3.3		

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t - test

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher' s Exact test

ตารางที่ 8 (ต่อ)

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุของการเลิกบุหรี่ครั้งก่อน *						
เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	9	30.0	15	50.0	2.50	.11
ครอบครัวขอให้เลิก	22	73.3	22	73.3	.00	1.00
สังคมไม่ยอมรับ	2	6.7	1	3.3	.36	.55**
เสียค่าใช้จ่าย	2	6.7	0	0	2.84	.09**
ถูกจำกัดบริเวณในการสูบ	1	3.3	0	0	1.40	.24**
ต้องการเลิกเอง	4	13.3	2	6.7	.74	.39
สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่อีก *						
เครียด	26	86.7	23	76.7	1.00	.32
หงุดหงิด	11	36.7	7	23.3	1.27	.26
เห็นคนอื่นแล้วอยากสูบ	25	83.3	21	70.0	1.49	.22
อยากสูบ	18	60.0	22	73.3	1.20	.27
ดื่มแอลกอฮอล์	10	33.3	6	20.0	1.36	.24
วิตกกังวล	3	10.0	1	3.3	1.21	.29**

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher, s Exact test

ตารางที่ 8 (ต่อ)

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 30)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 30)		χ^2	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุที่เลิกบุหรี่ครั้งนี้ *						
เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	28	93.3	29	96.7	.35	.55
ครอบครัวขอให้เลิก	22	73.3	19	63.3	.69	.41
สังคมไม่ยอมรับ	1	3.3	1	3.3	.00	1.00**
เสียค่าใช้จ่าย	1	3.3	0	0	1.40	.24**
ถูกจำกัดบริเวณในการสูบ	1	3.3	0	0	1.40	.24**
ต้องการเลิกเอง	1	3.3	0	0	1.40	.24**

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

** กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher, s Exact test

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (*M* = 28.20, *SD* = 1.21) สูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (*M* = 8.57, *SD* = 2.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (n = 30)

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
พฤติกรรมการเลิกบุหรี่						
กลุ่มควบคุม (*n* = 30)	8.63	3.12	24.47	5.42	- 13.98	.00
กลุ่มทดลอง (*n* = 30)	8.57	2.25	28.20	1.21	- 42.35	.00

หมายเหตุ: df = 29

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (*M* = 28.20, *SD* = 1.21) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ (*M* = 24.47, *SD* = 5.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (N = 60)

	กลุ่มควบคุม (*n* = 30)		กลุ่มทดลอง (*n* = 30)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
พฤติกรรมการเลิกบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	8.63	3.12	8.57	2.25	.10	.06
หลังการทดลอง	24.47	5.42	28.20	1.21	- 3.67	.00

หมายเหตุ: df = 58

สมมติฐานข้อที่ 3 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 46.80, SD = 1.77) สูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 17.20, SD = 4.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (n = 30)

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่						
กลุ่มควบคุม (n = 30)	17.40	4.10	37.97	7.21	- 14.11	.00
กลุ่มทดลอง (n = 30)	17.20	4.25	46.80	1.77	- 35.43	.00

หมายเหตุ: df = 29

สมมติฐานข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 46.80, SD = 1.77) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ (M = 37.97, SD = 7.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (N = 60)

	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	M	*SD*	*M*	*SD*		
สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่						
ก่อนทดลอง	17.40	4.10	17.20	4.25	.19	.23
หลังทดลอง	37.97	7.21	46.80	1.77	- 6.52	.00

หมายเหตุ: df = 58

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 28.20, SD = 1.21) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ (M = 24.47, SD = 5.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 10 และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 46.80, SD = 1.77) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ (M = 37.97, SD = 7.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และหลังจากการได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 9 และ 11

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.91, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.38, $p < .001$) จึงพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ มีผลต่อการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยมากกว่าการเลิกบุหรี่แบบปกติ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (N = 60)

	หลังการทดลอง		*t*	*p*
	M	*SD*		
Mean difference พฤติกรรมการเลิกบุหรี่			2.91	.01
กลุ่มควบคุม (*n* = 30)	-15.83	6.68		
กลุ่มทดลอง (*n* = 30)	-19.63	6.54		
Mean difference สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่			5.38	.00
กลุ่มควบคุม (*n* = 30)	-20.57	7.99		
กลุ่มทดลอง (*n* = 30)	-29.60	4.58		

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

จากการศึกษาด้านการเลิกบุหรี่ พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม เคยมีการเลิกบุหรี่มาก่อน (ร้อยละ 86.7 และ 93.3 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการเหนื่อยหอบจะทำให้ผู้ป่วยคิดที่จะเลิกบุหรี่เองเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น (ณันฑิยาและคณะ, 2558) จึงทำให้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 70 และ 83.3 ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลาสั้น คือ น้อยกว่า 10 วัน (ร้อยละ 73.3 และ 46.7 ตามลำดับ) และด้านสาเหตุที่ทำกลับไปสูบอีก พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปัญหาจากความเครียด (ร้อยละ 86.7 และ 76.7 ตามลำดับ) จึงส่งผลทำให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งหลังจากมีการเลิกบุหรี่ไปแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ นันท์ธิยาภรณ์และสุนิดา (2557) ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเครียด จะส่งผลต่อความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังมีการศึกษาที่พบว่า หากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและเครียด จะส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่ทำการเลิกบุหรี่ตามมา (ณันฑิยาและคณะ, 2558) และยังพบว่าหากผู้ป่วยมีปัญหาความเจ็บป่วยของคนในครอบครัวในระหว่างที่ทำการเลิกบุหรี่ ที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ จึงทำให้ผู้ป่วยหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง (Eklund et al., 2012) ดังนั้นภาวะเครียดและซึมเศร้าจึงมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

ด้านระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.3) ทำให้มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่เพิ่มสูงขึ้นหลังจากการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า หากมีระดับนิโคตินในระดับต่ำจะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายและยังพบอีกว่าหากผู้ป่วยมีระดับนิโคตินในระดับต่ำจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับนิโคตินในระดับสูง คิดเป็น 2.92 เท่า (ณันทิยาและคณะ, 2558) ดังนั้น ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน ยิ่งน้อยจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ฯ ต่อพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่าพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ในการดำเนินตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเอาการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 เอ อันประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เพื่อใช้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ ซึ่งจากการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 เอ สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดียิ่งขึ้น จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากมีการให้คำปรึกษา การได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งมีการดำเนินการติดตามและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำแนะนำการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย ผลที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย และการกำหนดเป้าหมายว่าอย่ากลับไปสูบอีก โดยสอดคล้องกับการวิเคราะห์แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่แบบรายข้อที่ได้คะแนนสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 5, 6, 7, 11, 13, 14, และ 15 (M = 2.00, SD = .00) ดังแสดงในตารางภาคผนวก ซ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผาและคณะ (2556) ภายหลังจากการใช้หลักการ 5 เอ ในการเลิกบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการช่วยเหลือและติดตามผลอย่างดี ทำให้ผู้สูบเกิดความพยายามที่จะลดหรือหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ส่งผลทำให้พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาตามหลักการ 5 เอ ร่วมกับการบูรณาการสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความตระหนักในการเลิกบุหรี่และความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดังจะเห็นได้การดำเนินการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ใน ขั้นที่ 3 ที่มีการแนะนำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่มีความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎาภรณ์, ศิวะรัญญา, สลินนา,และน้องเล็ก (2557) ที่พบว่า ภายหลังจากการได้รับคำปรึกษาโดยใช้หลักการ 5 เอ กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการสูบบุหรี่หลังการให้คำแนะนำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในด้านความรู้ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนดีกว่าก่อนให้คำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และขั้นที่ 5 โดยการค้นหาร่วมกับแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งทำการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ตามลำดับ จากการติดตามผลทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มทดลองมีปัญหาในการปฏิเสธและการบอกกลุ่มเพื่อน ผู้ใกล้ชิดว่าตนเองกำลังเลิกบุหรี่เมื่อต้องเข้าสังคม เนื่องจากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีกิจกรรมในร้านน้ำชาในช่วงเช้าซึ่งกลุ่มเพื่อนและผู้ใกล้ชิดมักจะยังคงยังคงมีการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงทำการให้คำแนะนำและให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างปัญหาสุขภาพของตนเองหากยังคงไม่เลิกบุหรี่เพื่อพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนและผู้ใกล้ชิดให้เข้าใจในตัวของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แนะนำโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้สูบบุหรี่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีผลต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ (พรรณีและคณะ, 2557; Okuyemi et al., 2006) พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ (ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553**)** อันได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ ดังนี้ ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ และผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด จึงส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ฯ ต่อสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ดังนี้

ในการดำเนินตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ส่งผลทำให้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงขึ้น โดยการวิเคราะห์ตามแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่แบบรายข้อสูงสุด ในข้อที่ 10, 11 และ 13

(*M* = 3.00, *SD* = .00) ดังแสดงในภาคผนวก ช 2 สอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (1997) ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่ จะทำให้สามารถทำในกิจกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ

การดำเนินตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ส่งผลทำให้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ โดยสอดคล้องกับการดำเนินการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเองด้วยวิธีการให้คำแนะนำเรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งที่ไม่ได้อนุมัติสำหรับชาวมุสลิม โดยการใช้สื่อการสอน (power point) เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ และแผนการสอนและการกำหนดสถานการณ์ในเรื่องการแก้ไขอาการถอนนิโคติน (ภาคผนวก จ) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ ชุด พระคุณที่ไม่ทันได้ทดแทน (ใช้เวลา 5 นาที) และ ชุด “ถึงคนสูบบุหรี่” ของการรณรงค์เลิกบุหรี่ สสส. (ใช้เวลา 5 นาที) การสื่อสารจูงใจ โดยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ การให้ความรู้ในสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการแนะนำการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และแนะนำวิธีเพื่อช่วยลดอาการวิตกกังวลระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ หากผู้ป่วยมีข้อซักถามเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย

ในขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งค้นหาและร่วมแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไป โดยทำการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ตามลำดับ จากการติดตามผลทางโทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษา โดยการให้คำปรึกษาหรือให้เอกสารความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ (อังคณา, 2552; นันท์ธิยาภรณ์และคณะ, 2557; Okuyemi et al., 2006) ร่วมกับการนำเอาสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ในผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และเชื่อว่าการเลิกบุหรี่สามารถทำได้จริง ดังนี้ (1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง โดยการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไป

เรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นทำเพื่อเบนความสนใจ (Leelarungrayub et al., 2010) และการให้เอกสารความรู้แนวทางการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน หรือการแนะนำให้ใช้บริการสายด่วนเพื่อรับคำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่กำหนดสถานการณ์จำลอง หากเมื่อผู้สูบมีความต้องการหยุดสูบบุหรี่ พร้อมทั้งการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ (ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553; เบญจมาสและคณะ, 2555) (2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ (จิดาภาและคณะ, 2555; พรรณีและคณะ, 2557) (3) การสื่อสารจูงใจขณะทำการเลิกบุหรี่ โดยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ (จิดาภาและคณะ, 2555; วาริศาและคณะ, 2556; Agency for Healthcare Research and Quality, 2012) ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ และ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ในสภาวะที่ผู้ป่วยมีสภาวะทางอารมณ์ด้านบวก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่หากผู้ป่วยมีข้อซักถามเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย จึงส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษายังพบอีกว่าจากการเปรียบเทียบผลของการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 28.13, SD = 1.36) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ (M = 25.63, SD = 5.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 47.50, SD = 1.41) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ (M = 39.25, SD = 5.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังภาคผนวก ฌ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการเลิกบุหรี่ ให้ผลไม่แตกต่างการภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้วยังพบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมทำการประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 28.20, SD = 1.21) สูงกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 24.47, SD = 5.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 46.80, SD = 1.77) สูงกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (M = 37.97, SD = 7.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ได้เพิ่มสูงขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสูงขึ้นตามมาด้วย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการศึกษาในผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2559 จำนวน 60 คน โดยให้ 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 30 ราย ต่อมาเป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่เป็นชุดกิจกรรมที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องการเลิกบุหรี่ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแนะนำการเลิกบุหรี่ 1 ท่าน (2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอด 2 ท่าน (3) พยาบาลผู้ปฏิบัติประจำคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน และ (4) ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายู 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษามลายู โดยมีการนำเครื่องมือไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาล

จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสำรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่ ผ่านทางพยาบาลประจำทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ทำการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีพยาบาลประจำการทำการให้คำแนะนำในกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยทั้งควบคุมและกลุ่มทดลองทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวันอังคารและพฤหัสบดี ส่วนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงในวันจันทร์ พุธและศุกร์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และเปรียบเทียบวิเคราะห์ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังภายในกลุ่มโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t - test) และความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดลองที่ .05 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{(29)} = -42.35$, $p < .001$)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ ($t_{(58)} = -3.67$, $p < .001$)

3. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t_{(29)} = -35.43$, $p < .001$)

4. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ ($t_{(58)} = -6.52$, $p < .001$)

จุดแข็งของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมุสลิมอีกทั้งยังมีการจัดทำคู่มือเป็นภาษาไทยและภาษามลายู ซึ่งทำให้มีความเหมาะสมที่จะใช้กับพื้นที่ภาคใต้ของไทย

2. การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุจึงมีความเหมาะสมหากมีการมีการนำมาใช้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาการติดบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทีมสุขภาพ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่ โดยการนำเอาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมาใช้กับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาดังกล่าว เพื่อช่วยลดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยเนื่องจากการสูบบุหรี่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำเอาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่ เพื่อส่งเสริมและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาอย่างจริงจังต่อไป

3. การศึกษาครั้งนี้อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรมีการนำโปรแกรมเลิกบุหรี่ไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการติดบุหรี่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อตัวแปรอื่นๆ เช่น ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กิติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

แก้ว ถนอมเสียง, อุไรวรรณ แซ่อุย, ดารารัตน์ จันทา, และทิพย์สุดา ปะนันโต. (2556). *การคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการตรวจสไปโรเมตรีย์ ของผู้มารับบริการที่หน่วยทางเดินหายใจ.* หน่วยระบบทางเดินหายใจ แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คณะทำงานและจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *สรุปสถิติสำคัญ พ.ศ. 2557.* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 78.

งานสถิติโรงพยาบาลยะลา. (2558). *สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลยะลา ประจำปี พ.ศ. 2555 - 2558*. งานสถิติโรงพยาบาลยะลา. โรงพยาบาลยะลา.

จิดาภา อุดมเมฆ, และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมอดบุหรี่ในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลทันตรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *27*(4), 379 - 385.

จิราภรณ์ เนียมกุญชร, และสุนิดา ปรีชาวงศ์. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ, 1*(1), 2 - 13.

ฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์. (2547). ประสิทธิผลของบูโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณันทิยา คารมย์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร, 42*(1), 1 - 11.

ดุษฎาภรณ์ วิสาพร, ศิวะรัญญา พละศักดิ์, สลินนา ศรีชาลี, และน้องเล็ก คุณวราดิศัย. (2557). การศึกษาพฤติกรรมและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของ ผู้ป่วยโรคจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *เภสัชศาสตรอีสาน, 9*, 176.

ตระการกุล ฉัตรวงศ์วิวัฒน์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความจำต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). โครงการกลยุทธ์วิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ. Assessment Test. Retrieved from http://thaidentistagainsttobacco.org /images /stories/data/flipchart.pdf

ทัศนา บุญทอง, ผ่องศรี มรกต, และสุรินธร กลัมพากร. (2551). *บุหรี่กับสุขภาพ บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่.* เชียงราย : เชียงรายรุ่งโรจน์.

นันท์ธิยาภรณ์ มะละศิลป์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 14*(3), 30 - 43.

นูรีซัน กะรียอ. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุบผา จันมูล, อทิตยา พรชัยเกตุ โอวยอง, และประภา ยุทธไตร. (2556). การบำบัดแบบกระชับเพื่อลดหรือหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 27(1), 61 - 73.

บุปผา อินทรัตน์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแหน่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ต่อ สมรรถภาพทางร่างกายและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

เบญจมาส บุณยะวัน, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินธร กลัมพากร, และนันทวัช สิทธิรักษ์. (2555). ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารเกื้อการุณย์, 19*(2), 88 - 102.

ประกิต วาทีสาธกกิจ, ทัศนา บุญทอง, และผ่องศรี ศรีมรกต. (2555). *บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพ: เบญจผล.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2551). *2 ทศวรรษ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่/มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่*. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.

พรรณี ปานเทวัญ, และอายุพร ประสิทธิเวชชากูร. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก ,15*(1), 36 - 44.

พิมผกา ปัญโญใหญ่. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิรุณพร ประเสริฐ. (2554). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายต่อพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกเลิกบุหรี่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภานิสา ระยา, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, และกรกนก ลัธธ-นันท์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรงเทพ, 31*(2), 9 - 25.

มัลลิกา มาตระกูล, สุรินธร กลัมพากร, และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2555). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาล, 61*(1), 10-20.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์.

รัฐภูมิ ชามพูนุช. (2552). *บุหรี่กับโรคระบบทางเดินหายใจ. หน่วยโรคทางเดินหายใจ*: โรงพยาบาลพุทธชินราช: พิษณุโลก.

วาริศา แย้มศรี, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, และอรสา พันธ์ภักดี. (2556). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27*(3), 41 - 57.

วิชัย นิยมรัตน์, และกนกศรี จาดเงิน. (2555). ผลของการใช้กิจกรรมการบำบัดตามแนวคิดการสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดบางเกลือ. *Princess of Narathiwas University Jounal, 4*(2), 29 - 39.

วันชัย วนะชิวนาวิน, สุทิน ศรีอัษฎาพร, และวันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2552). *ตำราอายุรศาสตร์ : โรคตามระบบ I* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ศิราณี อิ่มน้ำขาว. (2555). รูปแบบพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล, 39*(3), 7 - 20.

ศิริญญา ชมขุนทด, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2557). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, *9*(1), 91 - 103.

สนทรรศ บุษราทิจ, และอภิญญา สิริไพบูลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57*(3), 305 - 312.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. กรุงเทพ: ยูเนี่ยนอุลตร้าไวโอเร็ต.

สุขุมาลย์ ประสมศักดิ์. (2551). ปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกษมบัณฑิต, 9*(2), 61 - 73.

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ตอนที่ 2: การดูแลรักษาโดยใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่. เอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การรักษาโรคติดบุหรี่” (Advanced Thai Tobacco Cessation Workshop), ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).

สุลี แซ่ซือ. (2546). ผลของสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานระบาดวิทยา. (2555). *รายงานโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี พ.ศ.2553*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2557*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

อรอนงค์ ส่งทวน. (2552). ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Patients Not Ready To Make A Quit Attempt Now (The "5 R's"). Retrieved from http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5rs.html

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory. Eaglewood* Cliff, N.J. Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). *The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.

Eerd, E. V., Meer, V. d., Reda, A. A., Schayck, C. P. V., & Kotz, D. (2013). Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease (Protocol). *The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*, Issue 9.

Edward, J. M., Ping, W., Lockhart, I., Thorlund, K., Puhan, M., & Ebbert, J. O. (2012). Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Annals of Medicin*, *44*, 588 - 597.

Eklund, B. M., Siv, N., Linnea, H., & Inger, L. (2012). Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Eklund et al. Tobacco Induced Diseases*. *10*(17), 1 - 7.

George, T. P., Douglas, M. Z., Alan, F., Pepper, W. T., Cheryl, A. S., Justin, W., ... , Thomas, R. K. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1835 - 1842.

Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International, 21*(3), 247 - 255.

Glaxosmithkline. (2011). แบบประเมิน COPD. Assessment Test. Retrieved from http://www.catestonline.org/english/index_Thai.htm

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2014). *Global strategy for the diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmomary disease* update. 2014. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 36 - 39.

Glover, Elbert, D., Glover, Penny, N., Payne, & Thomas, J. (2003). Treating nicotine dependence. *American Journal of the Medical Sciences*, *326*(4), 183 - 186.

Fagerstrom, K. O., Heatherton, T. F., & Kozlowski, L. T. (1990). Nicotine Addiction and Its Assessment. *Ear Nose and Thoat Journal, 69*(11), 763 - 765.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The fagerstrom test for nicotine nependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal Addiction*, *86*(9), 1119 - 1127.

Hoogendoorn, M., Feenstra, L. T., Hoogenveen, R. T., & Molken, M. R. (2010). Long - term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax*, *65*, 711 - 718.

Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

Kiatboonsri, S., Amornputtisathaporn, N., Siriket, S., Boonsarngsuk, V., & Kiatboonsri, C. (2007). Tai Chi Qigong exercise training in COPD. *Chest Meeting Abstracts*, 132: 535a.

Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. England, Chichester : Wiley.

Lawson, P. J., Flocke, S. A., & Casucci, B. (2009). Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(3), 248 - 254.

Leelarungrayub, D., Pratanaphon, S., Pothongsunun, P., Sriboonreung, T., Yankai, A., & Bloomer, R. J. (2010). Vernonia cinerea Less. supplementation and strenuous exercise reduce smoking rate: relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers. *Journal of the International Society of Sports Nutrition, 7*(21), 1 - 10.

Okuyemi, K. S., Nollen, N. L., & Ahluwalia, J. S. (2006). Interventions to Facilitate Smoking Cessation. *American Family Physician, 4*(2), 262 - 271.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Nursing research: Principles and methods* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Norwalk.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *51*, 390 - 395.

Puschel, K., Thompson, B., Coronado, G., Huang, Y., Gonzalez, L. & Rivera, S. (2008). Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago Chile. *Health Promotion International, 23*(3), 240 - 250.

Ulbricht, S., Baumeister, S. E., Meyer, C., Schmidt, C. O., Schumann, A., Rumpf, H. J., & John, U. (2009). Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling. *Patient Educ Couns, 74*(1), 23 - 38

U.S. Department of health and human services. (1990). *National trends in smoking cessation. The health benefits of smoking cessation*. A report of the surgeon general. Washington. DC: US Government, 580 - 616.

U.S. Public Health Service Report. (2000). Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *Journal of the American Medical Association*, *283*(24), 3244 - 3254.

U.S. Public Health Service Report. (2008). Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(2), 158 - 176.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, *111*(1), 23 - 41.

Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2004). A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addictive Behaviors*, *29*(1), 51 - 60.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณหาค่า effect size โดยใช้สูตรการคำนวณค่า effect size ของโพลิทและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) ดังนี้

สมการ (1) $$ES = \frac{\bar{X}1 - \bar{X}2}{\text{pooled SD}}$$

สมการ (2) $$\text{pooled SD} = \sqrt{(SD1^2 + SD2^2)/2}$$

คำนวณหาค่า effect size โดยใช้งานวิจัยที่มีการทดลองในการเลิกบุหรี่ที่คล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ของจิราภรณ์และสุนิดา (2550) ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลการศึกษาที่ได้ ค่า $\bar{X}_1 = 19.67$ $\bar{X}_2 = 10.60$

$SD_1 = 4.16$ $SD_2 = 6.20$

แทนค่า
$$ES = \frac{19.67 - 10.60}{\sqrt{(4.16^2 + 6.20^2)/2}}$$
$$= \frac{9.07}{\sqrt{(55.7456)/2}}$$
$$= \frac{9.07}{5.28}$$
$$= 1.72$$

หมายเหตุ ES (γ) = ขนาดอิทธิพล, $X1$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง, $X2$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม, pooled SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ power analysis ของโพลิทและเบ็ค โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ power เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง effect size ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการวิจัย จึงปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Lameshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวนกลุ่ม ละ 30 คน รวม 60 คน

ภาคผนวก ข
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีภาวะการตีบแคบของทางเดินหายใจ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมีสาเหตุมาจากบุหรี่ อาการจะเกิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามการดำเนินของโรคมีผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักหมายรวมถึง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมปอดโป่งพอง จากรายงานโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ในปี พ.ศ.2553 เป็นโรคที่พบมากถึงร้อยละ 89.80 ของโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างทั้งหมด

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพบว่ามาจากบุหรี่ ซึ่งพบจำนวนมากถึงร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่มาทำการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากรายงานการเสียชีวิตของประชากรไทยพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 8 ของประเทศไทย จากข้อมูลของโกลด์ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]) ยังพบอีกว่าโรคนี้มีอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โกลด์ คาดว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร จากปัจจุบันอันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลกในปี ค.ศ. 2020

บุหรี่นอกจากจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยหากยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากที่ต้องการจะเลิกบุหรี่ แต่มีจำนวนน้อยที่สามารถเลิกได้สำเร็จ ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จจะทำให้ช่วยลดอาการกำเริบในผู้ป่วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประยุกต์เอาการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การถามประวัติ 2) การให้คำแนะนำ 3) การประเมินความพร้อม 4) การให้ความช่วยเหลือ 5) การติดตามผล (Glasgow et al., 2006) และสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยการใช้วิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนดังนี้ 1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น 3) การสื่อสารจูงใจ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ มาใช้ในการเลิกบุหรี่มาใช้ในครั้งนี้ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ช่วยผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นใจในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป อีกทั้งเพื่อช่วยลดอาการกำเริบของโรคและภาวะอันตรายของบุหรี่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งยังช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1. เพื่อส่งเสริมความรู้และเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

สถานที่

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการติดบุหรี่

ผู้มีส่วนร่วม

ครอบครัวของผู้ป่วย

ส่วนประกอบที่ใช้ในการดำเนินการตามโปรแกรม ประกอบด้วย

1. คู่มือเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน
2. คู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ
3. แผนการสอนเรื่อง อาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ

รายละเอียดของโปรแกรม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ กรอบแนวคิด 2 ประเด็น ประกอบด้วย ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบ 5 เอ (Self-Management Model with 5As) ของกลาสโกว์และคณะ (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) และสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมกำหนดการดูแลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำการติดตาม 5 ครั้ง ดังต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยดำเนินการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ตามขั้นตอนของโปรแกรมคือ ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมในการหยุดสูบ (assess) ขั้นที่ 2 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ (ask) ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (advise) ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (assist) ครั้งที่ 2 ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ครั้งที่ 3 ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ครั้งที่ 4 ดำเนินการติดตามผล

ความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ครั้งที่ 5 ประเมินผล ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อธิบายรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยดำเนินการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ตามขั้นตอนของโปรแกรมใช้เวลา 45 นาที

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลา 5 นาที โดยการสอบถามความพร้อมในการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยพร้อมสามารถให้คำแนะนำ และการสอบถามผู้ป่วยว่าอะไรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในครั้งนี้ ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ระดับการศึกษา บุคคลในครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการถอนนิโคติน ระดับการเสพติดนิโคติน อายุ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การขาดยาหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การอาศัยหรือสัมผัสกับบุหรี่ และผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะทำการเลิกบุหรี่โดยอยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติในการเลิกบุหรี่เพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้ทันที

ขั้นที่ 2 การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ใช้เวลา 5 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาดีที่จะช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นถามประวัติการสูบบุหรี่ ถามอุปสรรคในการหยุดสูบบุหรี่ สุขภาพของผู้ป่วยสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนและการสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ เพื่อสอบถามข้อมูลและประเมินผู้ป่วยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (ภาคผนวก ค)

ขั้นที่ 3 แนะนำโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ใช้เวลา 5 นาที ให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญต่อสุขภาพของตนเองและโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้สูบ พร้อมทั้งการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การวางแผนในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ เช่น ผู้ป่วยกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีผลต่อการจะหยุดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยกำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด เพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้ทันที

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ใช้เวลา 30 นาที

4.1 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเองใช้เวลา 10 นาที โดยการกำหนดสถานการณ์จำลองในเรื่องการแก้ไขอาการถอนนิโคติน พร้อมทั้งการฝึกทักษะในการเลิกบุหรี่ การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ การเลื่อนเวลาที่จะสูบออกไปเรื่อยๆ การฝึกการหายใจลึกๆ ยาวๆ การดื่มน้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ การหากิจกรรม

อื่นทำเพื่อเบนความสนใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย ผลที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายว่าอย่ากลับไปสูบอีก และการให้คำแนะนำเรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ผลที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย สำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการใช้สื่อการสอน (power point) และแผนการสอนเรื่อง “อาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคติน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ อาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำตามแผนการสอน (ภาคผนวก จ) และแผ่นพับคู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ (ทั้งภาษาไทยและมลายู) ดังเนื้อหาใน (ภาคผนวก ง) และให้เอกสารความรู้แนวทางการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่พร้อมทั้งให้นำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน

- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำโดยให้กลุ่มตัวอย่างนึกถึงสถานการณ์เสี่ยงเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้หวนกลับมาสูบซ้ำ เช่น ความเครียด การอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

- แจกคู่มือทักษะการป้องกันการหวนกลับมาสูบซ้ำ พร้อมทั้งฝึกทักษะการป้องกันการหวนกลับมาสูบซ้ำ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ ขั้นตอนการปฏิเสธ และประโยคปฏิเสธตามขั้นตอนการปฏิเสธ ซึ่งการปฏิเสธเป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคน ผู้ต้องการเลิกบุหรี่สามารถปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปสูบบุหรี่ หลายคนไม่กล้าปฏิเสธเพราะกลัวเพื่อนโกรธ แต่ถ้ามีทักษะการปฏิเสธที่ถูกต้องตามขั้นตอนจะทำให้ไม่เสียเพื่อน

4.2 การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และวีดิทัศน์ผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่หากยังคงสูบบุหรี่ ชุด พระคุณที่ไม่ทันได้ทดแทน (ใช้เวลา 5 นาที) และ ชุด “ถึงคนสูบบุหรี่” ของการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ สสส. (ใช้เวลา 5 นาที)

4.3 การสื่อสารจูงใจใช้เวลา 5 นาที โดยให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือพร้อมทั้งกล่าวชมเชยพูดคุยให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือสามารถทำตามแผนการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พร้อมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่จะหยุดสูบ การอธิบายความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การบอกผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับอุปสรรคขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ ในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ใช้เวลา 5 นาที โดยการแนะนำการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และแนะนำวิธีเพื่อช่วยลดอาการวิตกกังวลระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ให้ความรู้และคำแนะนำในการเลิกบุหรี่หากผู้ป่วยมีข้อซักถามเปิดโอกาสและเวลาในการให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เช่น การจัดการเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน ระยะอาการขาดบุหรี่จะใช้เวลานานเท่าไร เมื่อหยุดสูบแล้วทนความอยากไม่ไหวต้องทำอย่างไร วิธีลดความอยากบุหรี่ทำได้อย่างไรบ้าง ฯลฯ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายการพบครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 - 4 ขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย โดยทำการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ตามลำดับ ผู้วิจัยร่วมกับคนในครอบครัวกล่าวแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและยังคงหยุดบุหรี่อยู่ สอบถามความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ ผลที่เกิดจากอาการ อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขอาการ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปัญหาในการเลิกบุหรี่เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)

ครั้งที่ 5 ทำการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้ ขั้นที่ 5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ติดตามเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ารับบริการในคลินิก สอบถามถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง พร้อมทั้งการประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ การประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ค) เพื่อประเมินผลความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ภายหลังจากการได้รับโปรแกรม (ใช้เวลา 10 นาที)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง: แบบสอบถามพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินและแบบบันทึก ดังต่อนี้

สวนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 18 คำถาม
ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ จำนวน 15 คำถาม
ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ จำนวน 16 คำถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ของตัวท่าน โดยใส่เครื่องหมาย √ หน้าข้อความที่ตรงกับ คำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อมูลของท่านให้ครบถ้วน

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ..... ปี ..... เดือน
3. ศาสนา ( ) อิสลาม ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อื่นๆ .....
4. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) อื่นๆ .....
5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา
   ( ) มัธยมศึกษา ( ) ปริญญาตรี
   ( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) อื่นๆ .....
6. อาชีพ งาน/อาชีพปัจจุบัน.....
7. รายได้ ..... บาทต่อเดือน
8. หน่วยที่เข้ารับการรักษา ( ) คลินิก COPD ( ) อายุรกรรมชาย ( ) อายุรกรรมหญิง
9. ระยะเวลาการเป็นโรค ..... ปี

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

10. ท่านสูบบุหรี่มานาน ..... ปี

11. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่วันละ ..... มวน

12. ท่านเคยพยายามเลิกบุหรี่อย่างจริงจังหรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคย จำนวนครั้งที่เคยเลิก ..... ครั้ง

เลิกได้นานที่สุด ..... ปี ..... เดือน ..... วัน

13. สาเหตุที่เคยเลิกบุหรี่เพราะ (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ( ) ครอบครัวขอให้เลิก

( ) สังคมไม่ยอมรับ ( ) เสียค่าใช้จ่าย

( ) ถูกจำกัดบริเวณในการสูบ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

14. ถ้าเคยเลิกแล้วเพราะเหตุใดจึงกลับไปสูบบุหรี่อีก (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เครียด ( ) หงุดหงิด

( ) เห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบ ( ) อยากสูบ

( ) แอลกอฮอล์ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

15. สาเหตุที่เลิกบุหรี่ครั้งนี้เพราะ (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ( ) ครอบครัวขอให้เลิก

( ) สังคมไม่ยอมรับ ( ) เสียค่าใช้จ่าย

( ) ถูกจำกัดบริเวณในการสูบ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

16. ปัจจุบันท่านใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินหรือไม่

( ) ใช้ ระบุ .....

( ) ไม่ใช้

17. ท่านมีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่มากน้อยเพียงใด

( ) มาก ( ) ปานกลาง ( ) น้อย

สำหรับผู้วิจัย

18. ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน

( ) สูง ( ) ปานกลาง ( ) ต่ำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง แบบประเมินส่วนนี้ต้องการทราบการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ที่ตรงกับการปฏิบัติตัวของท่าน ใน 1 เดือนที่ผ่านมาว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้ เลือก 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตัวเช่นนั้นทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตัวเช่นนั้นเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติตัวเมื่อนึกขึ้นได้
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตัวเช่นนั้นเลย

กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับการปฏิบัติของ ท่านมากที่สุด ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านได้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่จะกระตุ้นให้ท่านอยากสูบ บุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดีไม่ให้อิ่มมากเกินไป			
3. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และน้ำดื่มมาก			
4. ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเสร็จ			
5. เมื่อท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจ แทนการหยิบบุหรี่มาสูบ			
6. ท่านสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างน้อย 2 - 3 ครั้ง เมื่อเวลาที่ อยากสูบบุหรี่ จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลายขึ้น			
7. ท่านถ่วงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนกระทั่ง ความอยากลดลง			
8. ท่านหาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือในห้องน้ำ			

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
9. เมื่อรู้สึกปากว่างท่านหาผลไม้เปรี้ยว หรือของขบเคี้ยวที่ไม่ หวานรับประทานแทนการสูบบุหรี่			
10. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่			
11. ท่านกล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและบอกผู้อื่นได้ว่ากำลังเลิกบุหรี่			
12. ท่านลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง			
13. ท่านหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี การออกกำลังกายหรือทำงานบ้าน			
14. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ การสูบบุหรี่ เช่น พูดคุยกับคนอื่น			
15. ท่านพยายามที่จะไม่สูบบุหรี่			

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง แบบประเมินส่วนนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับเมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่แล้วท่านมีความมั่นใจเพียงใดที่จะไม่สูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่อไปนี้กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน มากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ

มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ให้ 3 คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง ให้ 2 คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย ให้ 1 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่มาก ให้ 0 คะแนน

สถานการณ์	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มากที่สุด	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	ไม่มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่เลย
1. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล				
2. เมื่อท่านรู้สึกผิดหวังหรือไม่ได้สิ่งที่ปรารถนา หรือทำบางสิ่งบางอย่างไม่สำเร็จ				
3. เมื่อท่านอยู่กับบุคคลอื่น				
4. เมื่อท่านอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่				
5. เมื่อท่านมีเรื่องทะเลาะหรือขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว				
6. เมื่อท่านมีความสุขหรือรู้สึกสบายใจ				
7. เมื่อท่านรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง				
8. เมื่อท่านรู้สึกเศร้า เสียใจ เช่น การสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว				

สถานการณ์	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่มากที่สุด	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่ปานกลาง	มั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่น้อย	ไมมั่นใจที่จะไมสูบบุหรี่เลย
9. เมื่อท่านเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่				
10. ระหว่างหรือหลังการดื่มกาแฟ				
11. เมื่อท่านอยู่ว่างๆ สบายๆ				
12. เมื่อท่านรูสึกว่าต้องการกำลังใจ				
13. เมื่อท่านรูสึกเหนื่อย อ่อนล้าหรือเมื่อรู้สึกว่าร่างกายไม่ตื่นตัว				
14. เมื่อท่านตื่นมาในตอนเช้าและต้องเผชิญกับวันที่ยุ่งยาก				
15. เมื่อท่านรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดอย่างมาก				
16. เมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง				

ภาคผนวก ง

ตัวอย่าง คู่มือที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยตัวอย่างคู่มือ (ฉบับภาษาไทยและมลายู) ดังนี้

1. คู่มืออาการถอนนิโคติน
2. คู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ

ระยะเวลาที่เลิกสูบให้ใช้เทคนิคอมน้ำ บ้วนปาก แปรงฟัน ดื่มน้ำ หายใจเข้า – ออกลึกๆ เบี่ยงเบนความอยากโดยทำสิ่งอื่นแทนการสูบบุหรี่

ความรู้สึกเครียด หงุดหงิด กระวนกระวายใจ โกรธง่าย การหยุดสูบบุหรี่เป็นเหมือนสูญเสียเพื่อนสนิท ให้พูดคุยกับคนข้างเคียงที่คุ้นเคย เพื่อระบาย ความหงุดหงิดออกไปบ้าง อดทนกับอารมณ์ของตนเอง บอกคนข้างเคียงให้ทราบ ขอร้องให้อดทนเข้าใจ เขียนระบายความรู้สึงในสมุดบันทึก แสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่น เต้นรำ เล่นกีฬา

คู่มืออาการถอนนิโคติน

บุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง การเสพติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากและมีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่ากับเฮโรอีนและโคเคน เป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวันยกเว้นเวลานอนหลับ ประกอบกับการสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเป็นความเคยชินต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ยากต่อการเลิก แต่ก็ไม่อยากเกินความสามารถ หากผู้สูบบุหรี่ต้องการจะเอาชนะใจตนเองให้ได้ การวางแผนใน การเลิกบุหรี่นั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คนที่มีการวางแผนล่วงหน้ามักจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ดีกว่าคนที่ไม่มีการวางแผน เนื่องจากรู้ว่า หนทางข้างหน้าต้องเผชิญอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร

คู่มือในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ

นิโคตินในบุหรี่เป็นสารประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติด เป็นอันตรายต่อร่างกายทั้งของผู้สูบและผู้ใกล้ชิด มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่สำคัญที่สุด คือ กลัวทนอาการถอนนิโคตินในช่วงที่เลิกสูบใหม่ๆ ไม่ได้ ดังนั้นการจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถผ่านพ้นช่วงถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น และทำให้ร่างกายปรับตัวเป็นปกติโดยเร็วและคุณก็เป็นคนที่สามารถประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้ เพราะคุณกำลังทำในสิ่งที่ดีที่สุด

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ เกิดการเสพติด การติดบุหรี่ คือ การเสพนิโคตินนั่นเอง โดยนิโคตินมีฤทธิ์ เสพติดรุนแรงเทียบเท่ากับเฮโรอีนและมีผลโดยตรงต่อระบบประสาทและสมอง ทำให้ผู้สูบรู้สึกสุขสบาย ช่วยลดความเครียด ความกังวล ดังนั้น จึง ทำให้ผู้สูบหลงใหลในผลดังกล่าวเป็นอย่างมากและต้องกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อให้มีนิโคตินในสมองตลอดเวลา ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะไม่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบบุหรี่แต่ต้องสูบเพื่อระงับอาการถอน นิโคติน ประกอบกับการสูบบุหรี่เป็นความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ยากต่อการเลิกสูบด้วยเหตุนี้ ผู้ติดบุหรี่จึงต้องสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อคงผลของนิโคตินและป้องกันอาการถอนนิโคติน

فرسأن مأو مغهيسف روكؤ مولوت منجادي

كريغ اير ليور منجادي فكت مولوت مراسا ماسم فرسأن اين اكن مراسا سبنتر سهاج 2-3 مينيت اكن هيلغله افبيلا كيت فركي بركومور بروس كيكي مينوم اير دان تاريق نفس فنجغ 2

جاراانتوق مغهيلغ درفد فؤسأن ماهو مروكؤ

ددالم روكؤ ادا سجنس باهن يغ برنام نيكوتين نيكوتين اين ساغت مربهيا سكالي سام جوك دغن هيرو اين دان كوكين سمواث اين اداله منجادي باهن كتاكيه بوليه ممبوات كيت ترفقسا مغكوناكنث ستيف هاري فايه انتوف ممبرهنتيكنث تتافي تأسفايه ايت باكي اورغ يغ سبنر2 مأو برهنتي برهنتي مروكؤ اداله فاليغ مستحق سكالي كران ماس هدافن اكن تيمبول برباكي مسأله دان فياكيت

سلفس كيت برهنتي درفد مركوٴ
نق ادا فرسأن ماجم برايكوت

1-**تيدور تألينا**

جارا اونتوق باكي تيدور لينا بواتله هاتي بيار سناغ افبيلا مغنتوٴ تروس ماسوق تيدور

2-**بيراق منجادي سمبليت كرس**

جارا اونتوق مغهيلغكن مينوم اير سباثف ساتو لستر سهاري اتو افبيلا باغون درفد تيدور مينوم اير دوا كلس ماكن مكانن يغ ادا همفس بايق سفرت بواهن2 **سايوران**2 **دان ستروست**

ماسوق بيليق ايز بيار منجادي ماس دان سنتياس بوات سنامن دان برمأين سوكن

3-**نق ادا فرسأن روسيغ**

جارا انتوق مغهيلغكن فيكير دان ايغت فركارا يغ بأيك 2 **اونتوق ماس دهدافن كيت بريحة دغن جارا تيدور اتوفون تليفون كفد** 1600 **انوق برجاكف اونتوق برهنتي مروكوٴ.**

ภาคผนวก จ

แผนการสอนเรื่อง อาการถอนนิโคติน วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ

ผู้สอน นายคอลิด ครุนันท์

ผู้เรียน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนอกและคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

ระยะเวลา ประมาณ 40 - 45 นาที สถานที่ ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการสอนผู้ป่วยสามารถ

1. บอกผลของนิโคตินที่มีในบุหรี่ต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ถูกต้อง
2. อธิบายอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคตินได้ถูกต้อง
3. ระบุวิธีการเตรียมความพร้อมในการเตรียมตัวเลิกบุหรี่พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำได้ถูกต้อง เมื่อยกสถานการณ์จำลอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง	บุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง การเสพติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากและมีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่ากับเฮโรอีนและโคเคน เป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวันยกเว้นเวลานอนหลับ ประกอบกับการสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเป็นความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่คุ้นเคย มาเป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้ยากต่อการเลิก แต่ก็ไม่ยากเกินความสามารถ หากผู้สูบบุหรี่ต้องการจะเอาชนะใจตนเองให้ได้ การวางแผนในการเลิกบุหรี่นั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คนที่มีการวางแผนล่วงหน้ามักจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ดีกว่าคนที่ไม่มีการวางแผน เนื่องจากรู้ว่าหนทางข้างหน้าจะต้องเผชิญอุปสรรคใดบ้างและจะขจัดปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร	ทักทายแนะนำตัวเองและการสนทนาเหตุผลของการเข้าร่วมกิจกรรม	-	ประเมินจากความสนใจของผู้เรียนในขณะเข้าร่วมกิจกรรม
เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถบอกผลนิโคตินจะ	นิโคตินจะออกฤทธิ์ต่อสมองในหลายส่วน แต่ฤทธิ์ที่สำคัญที่ทำให้บุหรี่จัดอยู่ในกลุ่มสารเสพติด คือ การที่นิโคตินออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสุขหรือความพึงพอใจที่ศูนย์ควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ ก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย ซึ่งความรู้สึกสุขสบายนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะการสูบบุหรี่ครั้งแรกๆ เมื่อสูบบุหรี่ติดต่อกันไประยะหนึ่งจะเกิดอาการดื้อนิโคติน ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็น	ผู้วิจัยอธิบายผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรมโดยใช้ภาพจำลอง - ตั้งคำถามต่อกลุ่มตัวอย่างว่าท่านทราบ	ภาพจำลองแสดงผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรม	ประเมินจากสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความเข้าใจของผู้เรียนในการรับฟังข้อมูลและสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับผลของนิโคติน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
ออกฤทธิ์ต่อสมอง	เวลานานจะไม่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบบุหรี่ แต่ต้องสูบบุหรี่เพื่อระงับอาการถอนนิโคติน	หรือไม่ว่าทำไมเราจึงติดบุหรี่ - ตั้งคำถามต่อกลุ่มตัวอย่างว่า ปัจจัยใดบ้างที่ทำให้เราสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ		ต่อสมองและพฤติกรรมได้
เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน	อาการถอนนิโคติน หมายถึง กลุ่มอาการไม่สุขสบายหลายๆ อาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างเฉียบพลันหรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง อาการประกอบไปด้วยวิตกกังวล หงุดหงิด ขาดสมาธิ โกรดง่าย กระวนกระวาย มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับและอยากสูบบุหรี่ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น โดยอาการจะรุนแรงมากใน 2 - 3 วันแรก หลังจากนั้นอาการจะค่อยๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป วิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน อาการอยากสูบ ปากแห้ง น้ำลายเหนียว เปรี้ยวปาก อาการนี้เกิดขึ้นเป็นระยะสั้นๆ 2 - 3 นาที อาการจะลดลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เลิกสูบ ให้ใช้เทคนิคอมน้ำ บ้วนปาก แปรงฟัน ดื่มน้ำ หายใจเข้า – ออกลึกๆ เบี่ยงเบนความอยากโดยทำสิ่งอื่นแทนการสูบบุหรี่	ผู้วิจัยถามกลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีที่ผู้เรียนเคยใช้ในการจัดการกับอาการดังกล่าว เพื่อเป็นการประเมินก่อนให้ความรู้ หลังจากนั้นให้ข้อมูลโดยอธิบายแต่ละอาการพร้อมทั้งแนะนำวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและให้ผู้ป่วย	- ภาพแสดงอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน - คู่มือการจัดการกับอาการถอนนิโคติน	ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนและจากการสังเกตความสนใจในการเรียนรู้ของผู้เรียน รวมทั้งการตอบคำถามเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและบอกวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าวได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	ความรู้สึกเครียด หงุดหงิด กระวนกระวายใจ โกรธง่าย การหยุดสูบบุหรี่เป็นเหมือนสูญเสียเพื่อนสนิท ให้พูดคุยกับคนข้างเคียงที่คุ้นเคย เพื่อระบายความหงุดหงิดออกไปบ้าง อดทนกับอารมณ์ของตนเอง บอกคนข้างเคียงให้ทราบขอร้องให้อดทนเข้าใจ เขียนระบายความรู้สึกในสมุดบันทึก แสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่น เต้นรำ เล่นกีฬา มึนศีรษะ ง่วงนอน อ่อนเปลี้ย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ เป็นเพราะคาร์บอนมอนนอกไซด์ในร่างกายหมดทำให้ สมองได้รับออกซิเจนอยู่ในระดับปกติ ซึ่งเพิ่มจากขณะสูบบุหรี่ อาการมึนงง หรือรู้สึกหัวเบาโหวงเหวงเป็น อาการที่ดีแสดงว่าร่างกายกำลังเปลี่ยนแปลงเป็นปกติ อาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปเองและรู้สึกสดชื่น แข็งแรงขึ้น นอนไม่หลับ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม แสงไม่สว่างมากเกินไป ไม่มีเสียงดังรบกวน ให้เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วงถ้านอนไม่หลับให้ลุกจากเตียงไปทำกิจกรรมที่สบายใจ เมื่อง่วงจึงกลับมานอนใหม่ อาบน้ำอุ่น ดื่มนมอุ่นๆ การผ่อนคลายต่างๆ เช่น การทำสมาธิจะช่วยให้หลับง่ายขึ้น งดสารกระตุ้นหลังเที่ยงวัน เช่น กาแฟ ชา น้ำอัดลม	ทดลองทำสถานการณ์จำลองในการเผชิญกับปัญหาในการเลิกบุหรี่	- สถานการณ์จำลองในการเผชิญกับปัญหาในการเลิกบุหรี่	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	ไอ เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ปอดจะทำความสะอาดตัวเองโดยขับสิ่งสกปรกออกมา ขนอ่อนเยื่อบุหลอดลมกลับฟื้น มาทำงานปกติ อาการต่างๆ จะหายไป เพียงแค่อดทนและไม่หันกลับไปสูบบุหรี่อีก			
เพื่อเตรียมความพร้อมในการเตรียมตัวเลิกบุหรี่พร้อมทั้งเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ	การเตรียมตัวเลิกบุหรี่และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ 1. เตรียมตัวเตรียมใจ ตัดสินใจให้แน่วแน่ว่าต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง 2. กำหนด “วันเลิกสูบบุหรี่” ของตนเอง ที่ดีที่สุดคือวันนี้ หรือในระยะไม่เกิน 1-2 วัน เมื่อถึงวันที่กำหนดแล้วว่า “วันเลิกบุหรี่” ให้หยุดสูบเลย 3. ปฏิเสธบุหรี่จากผู้อื่น โดยบอกให้ทราบถึงความตั้งใจ จริงที่จะเลิกบุหรี่ ฝึกการปฏิเสธ ซ้อมพูดกับตัวเอง เพื่อนฝูง เช่น “ผมไม่สูบครับ” “ไม่ครับ” 4. พยายามอยู่ในที่ห้ามสูบบุหรี่ 5. ให้กำลังใจตนเอง อย่ายอมแพ้กับความยากลำบาก เพราะนี่คือการวัดใจตัวเราเองว่าเรามุ่งมั่นแค่ไหนที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้	ผู้สอนอธิบายการเตรียมตัวเลิกบุหรี่พร้อมทั้งวิธีการปฏิบัติหลังจากการหยุดสูบบุหรี่รวมถึงกระตุ้นสร้างความตระหนักและจูงใจให้ผู้เรียนอยากเลิกสูบบุหรี่ โดยแสดงความจริงใจให้คำปรึกษารวมทั้งแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลืออย่างเต็มใจ	- คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ	ประเมินจากสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความสนใจของผู้เรียนในการรับฟังข้อมูลและจากการตอบคำถามในเรื่องการเตรียมตัวเลิกบุหรี่พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำได้ถูกต้อง

ที่มา: ดัดแปลงมาจากองค์ประกอบแผนการดูแลผู้ป่วย (นันท์ธิยาภรณ์, 2555)

สถานการณ์จำลองในการเผชิญกับปัญหาในการเลิกบุหรี่

นาย ก. ได้ตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ จึงเข้ารับคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ที่สถานพยาบาล ภายหลังจากได้รับคำแนะนำ เขาก็ได้เริ่มการเลิกบุหรี่และนำความรู้ไปปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน แต่ภายหลังจากเริ่มทำการเลิกบุหรี่ได้ 1 วัน นาย ก. เริ่มมีอาการข้างเคียงจากการถอนนิโคติน คือ รู้สึกอยากสูบบุหรี่ หงุดหงิด นอนไม่หลับ ถ้าเป็นท่านจะดำเนินการเพื่อปฏิบัติตัวอย่างไร

แนวทางในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน

รู้สึกอยากสูบบุหรี่ หงุดหงิด วิธีการแก้ไข

- อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่นึกอยากสูบ ให้ยืดเวลาออกไป 3 - 5 นาที เบี่ยงเบนความอยากโดยทำอย่างอื่นแทนการสูบบุหรี่ทำโน่นทำนี่อย่าให้มือว่าง
- ดื่มน้ำให้มากๆ ดื่มบ่อยๆ เพื่อชำระล้างสารนิโคตินออกจากร่างกายทางปัสสาวะให้เร็วที่สุด
- หลีกเลี่ยงจากสภาพหรือสถานที่ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่
- หามะนาวหั่นชิ้นเล็กๆ ให้มีเปลือกติดมาด้วยขนาดเมี่ยงคำอมทั้งเปลือกค่อยๆ ดูดความเปรี้ยวอย่างช้าๆ 3 - 5 นาที จากนั้นเคี้ยวทั้งเปลือกจะทำให้ลิ้นขมเฝื่อนเมื่อสูบบุหรี่จะทำให้รสชาติบุหรี่เปลี่ยนไป ช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ได้และสามารถอมมะนาวหรือรับประทานผลไม้ชนิดอื่นที่มีความเปรี้ยวมากๆ ได้ทุกครั้งที่มีอาการอยากสูบบุหรี่มวนอื่นๆ อีก เช่น ส้ม มะขาม มะยม มะดัน มะม่วง เป็นต้น

มีอาการปวดมึนศีรษะ วิธีการแก้ไข

- อาบน้ำ ล้างหน้าหรือใช้ผ้าเย็นเช็ดหน้า
- นอนพัก
- ออกกำลังกายเบาๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ

นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย วิธีการแก้ไข

- ทำสมาธิ นับการหายเข้าออกลึกๆ และการผ่อนคลายต่างๆ จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น จัดสภาพแวดล้อมในห้องให้สงบ แสงสว่างไม่มากเกินไป
- เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ถ้านอนไม่หลับให้ลุกจากเตียงไปทำกิจกรรมอื่นที่สบายใจ เมื่อง่วงจึงมานอนใหม่
- งดการดื่มสารกระตุ้นหลังเที่ยงวัน เช่น ชา กาแฟหรือเครื่องดื่ม ที่มีคาเฟอีน ก่อนนอนอาบน้ำอุ่นหรือดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีคาเฟอีน เช่น นม อุ่นๆ

ภาคผนวก ฉ
แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบเชิญชวนสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จังหวัด ยะลา
ชื่อผู้วิจัย	นายคอลิด ครุนันท์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์มือถือ 083 - 6768918 E-mail : sewanakarunan@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีการฝึกทักษะและหาแนวทางในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินซึ่งเป็น อุปสรรคที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่เพื่อนำไปสู่การเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการเลิกบุหรี่แบบปกติ

4. ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ

4.1 เพื่อให้ท่านใช้เป็นทางเลือกในการปรับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ช่วยในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่และป้องกันการหวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

4.2 ช่วยให้ท่านและคนรอบข้างมีสุขภาพที่ดีขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ลดลง

4.3 ช่วยให้ท่านมีเงินเหลือเก็บสามารถนำไปใช้ประโยชน์อื่นๆ ที่จำเป็นแทนการซื้อบุหรี่และเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถเลิกบุหรี่ได้

5. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด

6. โครงการวิจัยนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

7. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถือเป็นความลับ รายงานการวิจัยและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

8. หากท่านมีข้อสงสัยประการใดให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

9. โครงการนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยการใช้การให้คำปรึกษาร่วมกับการติดตามผลทางโทรศัพท์ทั้งสิ้น 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยดำเนินการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ตามขั้นตอนของโปรแกรมใช้เวลา 45 นาที

ขั้นที่ 1 การประเมินความพร้อมและระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (assess) ใช้เวลา 5 นาที

ขั้นที่ 2 สอบถามประวัติเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ (ask) ใช้เวลา 4 นาที

ขั้นที่ 3 การแนะนำการเลิกบุหรี่และการเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (advise) ใช้เวลา ภ นาที

ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (assist) ใช้เวลา 30 นาที

ครั้งที่ 2 - 4 ใช้เวลา 15 นาที ดำเนินการติดตามผลความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโดยทำการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ตามลำดับ

ครั้งที่ 5 ใช้เวลา 10 นาที ทำการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ใบยินยอม (กลุ่มควบคุม)

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีครับ กระผมนายคอลิด ครุนันท์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง โครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะได้รับความรู้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่โดยพยาบาลประจำคลินิกเลิกบุหรี่ จึงขอเชิญให้ท่านเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลต่อการบริการทางการพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะใช้รหัสแทนชื่อจริง รวมทั้งการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น ท่านสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษา การพยาบาลหรือบริการที่ได้รับ

กระผมขอบคุณมากที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เพราะการศึกษาในครั้งนี้ จะช่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดบุหรี่ได้ต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ กรุณาลงนามในข้อความที่อยู่ข้างล่างนี้ด้วย

หากท่านสนใจที่จะใช้โปรแกรมการทดลอง กระผมยินดีจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ท่าน ในวันที่ท่านสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ กระผมยินดีที่จะตอบข้อสงสัยของท่านซึ่งสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ที่คุณคอลิด ครุนันท เบอร์โทรศัพท์ 083 - 6768918 ขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

นายคอลิด ครุนันท์

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สามารถแสดงความร่วมมือโดยการลงนามด้านล่างข้อความนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผู้เข้าร่วมวิจัย ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ.....

( ) ( )

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ใบยินยอม (กลุ่มทดลอง)

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีครับ กระผมนายคอลิด ครุนันท์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง โครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง” การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยสามารถช่วยลดอาการหายใจหอบเหนื่อย อาการกำเริบของโรคและภาวะอันตรายของบุหรี่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงขอเชิญให้ท่านเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลต่อการบริการทางการพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะใช้รหัสแทนชื่อจริง รวมทั้งการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น ท่านสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษา การพยาบาลหรือบริการที่ได้รับ

กระผมขอบคุณมากที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เพราะการศึกษาในครั้งนี้ จะช่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดบุหรี่ได้ต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ กรุณาลงนามในข้อความที่อยู่ข้างล่างนี้ด้วย

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ กระผมยินดีที่จะตอบข้อสงสัยของท่านซึ่งสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ที่ คุณคอลิด ครุนันท เบอร์โทรศัพท์ 083 - 6768918 ขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

นายคอลิด ครุนันท์

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สามารถแสดงความร่วมมือโดยการลงนามด้านล่างข้อความนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผู้เข้าร่วมวิจัย ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ.....

( ) ( )

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ภาคผนวก ช
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติที โดยการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ *Z* - value มีค่า -3 ถึง +3 แสดงว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ดังตาราง ช 1 และ ช 2

ตาราง ช 1

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่	Skewness			Kurtosis		
	statistic	*SE*	*Z*-value	statistic	*SE*	*Z*-value
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.206	.427	.48	-.762	.833	-.87
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.850	.427	-1.99	.060	.833	.07
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.255	.427	.59	-.395	.833	-.47
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.163	.427	-.38	-.632	.833	-.76

ตาราง ช 2

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30)

สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่	Skewness			Kurtosis		
	statistic	*SE*	*Z*-value	statistic	*SE*	*Z*-value
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.686	.427	1.60	1.010	.833	1.21
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.935	.427	-2.19	1.442	.833	1.73
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.097	.427	-.23	-1.207	.833	-1.45
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-1.196	.427	-2.80	.292	.833	.35

ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่ม ($p < .05$) ซึ่ง Equal variances not assumed จึงทำการลดค่า Alpha (α) ลงมาที่ .01 (Keppel, 1991)

ตาราง ช 3

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และคะแนนสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test (N = 60)

	Levene statistic	*df*	*p*-value
พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.71	52.76	.06
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	45.24	31.90	.00
สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.51	52.76	.23
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.60	32.48	.00

ภาคผนวก ซ
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่และสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่แบบรายข้อ

ตาราง ซ 1

แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่แบบรายข้อหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่	*M*	*SD*
1. ท่านได้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่จะกระตุ้นให้ท่านอยากสูบ บุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.27	.45
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดีไม่ให้อิ่มมากเกินไป	1.70	.47
3. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และน้ำดื่มมาก	1.70	.47
4. ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเสร็จ	1.73	.45
5. เมื่อท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจ แทนการหยิบบุหรี่มาสูบ	2.00	.00
6. ท่านสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างน้อย 2 - 3 ครั้ง เมื่อเวลาที่ อยากสูบบุหรี่ จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลายขึ้น	2.00	.00
7. ท่านถ่วงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุด จนกระทั่ง ความอยากลดลง	2.00	.00
8. ท่านหาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือในห้องน้ำ	1.93	.25
9. เมื่อรู้สึกปากว่างท่านหาผลไม้เปรี้ยว หรือของขบเคี้ยวที่ไม่ หวานรับประทานแทนการสูบบุหรี่	1.97	.83
10. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	1.97	.83
11. ท่านกล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและบอกผู้อื่นได้ว่ากำลังเลิกบุหรี่	1.93	.25
12. ท่านลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง	2.00	.00

พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่	*M*	*SD*
13. ท่านหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี การออกกำลังกายหรือทำงานบ้าน	2.00	.00
14. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ การสูบบุหรี่ เช่น พูดคุยกับคนอื่น	2.00	.00
15. ท่านพยายามที่จะไม่สูบบุหรี่	2.00	.00

ตาราง ซ 2

แสดงค่าเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่แบบรายข้อหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มทดลอง (n = 30)

สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่	*M*	*SD*
1. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล	2.80	.61
2. เมื่อท่านรู้สึกผิดหวังหรือไม่ได้สิ่งที่ปรารถนา หรือทำบางสิ่งบางอย่างไม่สำเร็จ	2.83	.38
3. เมื่อท่านอยู่กับบุคคลอื่น	2.97	.18
4. เมื่อท่านอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่	2.97	.18
5. เมื่อท่านมีเรื่องทะเลาะหรือขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว	2.97	.18
6. เมื่อท่านมีความสุขหรือรู้สึกสบายใจ	2.93	.25
7. เมื่อท่านรูสึกโกรธหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง	2.93	.37
8. เมื่อท่านรูสึกเศร้า เสียใจ เช่น การสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว	2.63	.67
9. เมื่อท่านเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่	2.97	.18
10. ระหว่างหรือหลังการดื่มกาแฟ	3.00	.00
11. เมื่อท่านอยู่ว่างๆ สบายๆ	3.00	.00
12. เมื่อท่านรูสึกว่าต้องการกำลังใจ	2.97	.18
13. เมื่อท่านรูสึกเหนื่อย อ่อนล้าหรือเมื่อรู้สึก ว่าร่างกายไม่ตื่นตัว	3.00	.00
14. เมื่อท่านตื่นมาในตอนเช้าและต้องเผชิญกับวันที่ยุ่งยาก	2.97	.18

สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่	*M*	*SD*
15. เมื่อท่านรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดอย่างมาก	2.90	.18
16. เมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง	2.97	.18

ภาคผนวก ฌ
เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่เข้ารับการรักษาในขอผู้ป่วย

ตาราง ฌ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (N = 16)

	กลุ่มควบคุม (n = 8)		กลุ่มทดลอง (n = 8)		t	p
	M	*SD*	*M*	*SD*		
พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่						
ก่อนทดลอง	7.00	3.21	8.63	1.92	- 1.23	.19
หลังทดลอง	25.63	5.01	28.13	1.36	- 1.36	.00
สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่						
ก่อนทดลอง	16.13	2.80	18.38	4.07	- 1.29	.18
หลังทดลอง	39.25	5.12	47.50	1.41	- 4.39	.00

ภาคผนวก ญ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย

โรงพยาบาลยะลา
๑๕๒ ถนนสิโรรส อำเภอเมือง
จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ทำวิจัย : นายคอลิด ครุนันท์

รหัสโครงการวิจัย : ๑๓ / ๒๕๕๘

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๘

.....
(นายทนงศักดิ์ ชาวจีน)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

.....
(นายพิพัฒน์ มงคลฤทธิ์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม)
กรรมการ

.....
(นางราณี ตาเดอินทร์)
นักเทคนิคการแพทย์เชียวชาญ
กรรมการ

.....
(นางอายิสาห์ หะยีนิอาลี)
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
กรรมการ

.....
(นางสาวอัจฉรา โรจน์ชาญชัยกุล)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
เลขานุการ

โดยให้เก็บข้อมูลวิจัย ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๙

ภาคผนวก ฎ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	สังกัด
1. พญ. จรรยา แซ่เจน	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยะลา
2. ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร. จิตตินันท์ พงสุวรรณ	ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลเด็กผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
4. นางสาววิยะดา พงศ์ศรีประภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยะลา
5. นางรอกาเย๊าะ กอตอ	ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายู

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นายคอลิด ครุนันท์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5710420026

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	2551

ทุนการศึกษาที่ได้รับในระหว่างการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลเด็กผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

คอลิด ครุนันท์, จารุวรรรณ มานะสุรการ และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5*(2).