

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอน
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค

วิศัลย

วิทยา/สสว

นางสาวตรีหญิงอังคณา นานาอุปถัมภ์กุล

ผู้วิจัย

๒๕๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัมมชา เก่งการพานิช,

ปร.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๒๕๕

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช,

พ.บ.ม.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

๒๕๕

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย,

ปร.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

๒๕๕

รองศาสตราจารย์สุปรียา คั่นสกุล,

ค.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕๕

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการเลิกลูทรีที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นำเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2552

อรรถ วัฒนพงศ์

นางวาทินี อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล

ผู้วิจัย

นพดล มาตย์

อาจารย์ศรีธัญญา เบญจกุล,

ปร.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. ธน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช,

ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. ธน

รองศาสตราจารย์ธราด เก่งการพานิช,

พ.บ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. ธน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย,

ปร.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. ธน

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิชประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไข และให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ความเข้าใจและชี้แจงแนวทางเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ ผู้อำนวยการสำนักทันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักทันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ร่วมงานที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณ พี่ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ และช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา รวมทั้งขอขอบคุณบุคคลผู้ซึ่งเห็นคุณค่าของการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ที่ได้ปลูกฝังความคิดการสนใจใฝ่ศึกษาอบรมให้กับผู้วิจัย ทั้งยังคอยให้ความรักความห่วงใยและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอดจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

นาวาตรีหญิงอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล

ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค

THE EFFECT OF THE STAGES OF CHANGE AND SOCIAL SUPPORT APPLIED TO A SMOKING
CESSATION PROGRAM AMONG TB PATIENTS

นาวาตรีหญิงอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล 4736280 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช, ปร.ด., รศ.ธราดล เก่งการพานิช, พบ.ม.
ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ปร.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 คน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วยทำให้คำปรึกษารายบุคคลตามระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้สุขศึกษาและการฝึกจิตทำสมาธิเป็นต้น รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย เป็นเวลา 4 เดือน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยสถิติ paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 52.7 มากกว่านั้นพบว่า ภายหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคม แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและกลุ่มที่เลิกไม่ได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ หน่วยงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยวัณโรคควรมีกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่รวมอยู่ในการให้บริการและส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่

คำสำคัญ : โปรแกรมเลิกบุหรี่ / ผู้ป่วยวัณโรค

216 หน้า

THE EFFECT OF THE STAGES OF CHANGE AND SOCIAL SUPPORT APPLIED TO A SMOKING CESSATION PROGRAM AMONG TB PATIENTS

CPT AUNGKANA WANAUPPATUMKUL 4736280 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.,
THARADOL KENGGANPANICH, M.A., LAKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D.

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the stages of change and social support applied to a smoking cessation program among 19 Tuberculosis Patients who tended to smoke at the TB office of the Center of Disease Control at the Ministry of Public Health. The program was composed of several activities, such as individual counseling based on their level of thinking concerning quitting smoking, health education, spiritual meditation, and concentration. The activities of the program were with social support from a close friend or family member. The program was conducted over 4 months. The effects of the program were evaluated by questionnaires, pre- and post- program, and differential analyses of the mean, regarding the risk perception of disease and harm from smoking. An analysis of the following was also conducted- expectations regarding quitting smoking, the difference in quitting smoking, and the results between people who were able to quit smoking versus those who were not, according to paired t-test and independent t-test.

The results showed that after TB patients participated in the smoking cessation program, the posttest means regarding the risk perception of disease and harm from smoking, self-efficacy expectation to quit smoking, and the expectation of quitting smoking did not differ with the pre-test means. Nevertheless, 52.7 percent of TB patients succeeded in quitting smoking. After participation in the smoking cessation program, the means regarding the risk perception of disease and harm from smoking and the expectation of the effects of quitting smoking did not differ between “could quit” and “could not quit” respectively. ($p=0.024$) The results demonstrated that health services for TB patients should integrate the smoking cessation program in TB service and promote the role of family and community to help TB patients to quit smoking.

KEY WORDS: SMOKING CESSATION PROGRAM / TB PATIENTS

216 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมุติฐานการวิจัย	4
ตัวแปรที่ศึกษา	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
ส่วนที่ 1 ทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	8
ส่วนที่ 2 บุหรีกับวัณโรค	33
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	62
กรอบแนวคิดในการวิจัย	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	82
1. รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง	82
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	83
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	85
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	90
5. การดำเนินการวิจัย	91
6. การวิเคราะห์ข้อมูล	97

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	130
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	142
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	159
บรรณานุกรม	180
ภาคผนวก	189
ประวัติผู้วิจัย	216

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	10
2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายของโครงการหรือแนวทางการออกแบบกิจกรรม ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	11
3 แสดงรายละเอียดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง	13
4 แสดงการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิค 5R	18
5 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นด้วยฤทธิ์ของนิโคตินในบุหรี่	53
6 แบบทดสอบการเสพติดนิโคติน	55
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม	100
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว	101
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง	102
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	103
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่	105
12 จำนวนและร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม	106
13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง	110
14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลอง	112
15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง	115
17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลอง	118
18 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	118
19 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง	120
20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ก่อน และหลังการทดลอง	122
21 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	123
22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	123
23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลที่ยังเลิกไม่สำเร็จ และความพยายามในการเลิกบุหรี่ต่อไป	124
24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเลิกบุหรี่	125
25 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการ ทดลอง	126
26 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง	127
27 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง (n=19)	127
28 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง	128
29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง	129

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1 แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่	12
2 แนวทางการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้แนวทาง 5A	17
3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่	52



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกที่สำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลกล่าสุดในปีพ.ศ.2549 พบประชากรโลก 1 ใน 3 หรือประมาณ 2,000 ล้านคนติดเชื้อวัณโรคแต่ยังไม่มีการป่วย และมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 15 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 9 ล้านคน โดยผู้ป่วย 4 ล้านคน อยู่ในระยะที่กำลังแพร่เชื้อสู่ประชาชนรายอื่นที่อยู่ใกล้เคียง และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละประมาณ 2 ล้านคน ที่สำคัญคือผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

ปัญหาวัณโรคในประเทศไทยถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 6 รองจากโรคมาเลเรีย โรคหัวใจ อุบัติเหตุ เอดส์ และไข้เลือดออก ในปี พ.ศ.2549 ตรวจพบผู้ป่วยวัณโรค 58,639 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานอายุ 15-44 ปี โดยร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะ ซึ่งสามารถแพร่เชื้อจากการไอจามติดต่อกันรอบข้างได้ และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่รักษาหายแล้วกลับมาป่วยซ้ำอีก 1,782 คน ผู้ป่วยวัณโรคที่พบเหล่านี้เสียชีวิตปีละ 12,000 คน และในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ยังติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วยร้อยละ 15 นอกจากนี้คาดว่าประมาณร้อยละ 30-40 ของคนไทยหรือประมาณ 20 ล้านคน มีเชื้อวัณโรคหลบซ่อนในตัวพร้อมกำเริบ ซึ่งหากคนกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันต่ำอ่อนแอลงจากการดื่มเหล้าจัด สูบบุหรี่ ขาดอาหาร หรือติดเชื้อเอดส์ เชื้อจะออกฤทธิ์ทำให้อาการป่วยรุนแรงขึ้นได้ (บริษัทยูนิเวอร์แซลซิสเต็มส์, 2550) และในปี พ.ศ. 2552 องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับการป่วยด้วยวัณโรคของประเทศไทยอยู่ในอันดับ 18 ของโลก ในจำนวน 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก มีรายงานว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ปีละกว่า 91,000 ราย ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยวัณโรคคือยา 2,843 ราย เสียชีวิตปีละ 5,000-7,000 ราย และจากการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคพบว่า มีอัตราการรักษาหายขาดประมาณร้อยละ 76 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือร้อยละ 85 ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จะทำให้ปัญหาวัณโรคทวีความรุนแรงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

โดยทั่วไปการป่วยเป็นวัณโรคเพียงอย่างเดียวก็เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากพออยู่แล้ว หากผู้ป่วยวัณโรคสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญต่อการป่วยเป็นวัณโรคอย่างยิ่งกล่าวคือทำให้มีโอกาสดูแลต่อการติดเชื้อวัณโรคปอดช้า และมีผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการเลวลง จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 23 เรื่องใน 12 ประเทศ ระบุว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค และ 5 เรื่องระบุว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับอัตราตายด้วยวัณโรค (Lin & Ezzati ; 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มงานระบาดวิทยา กองวัณโรค และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ กล่าวคือบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อวัณโรค ทำให้อุบัติการณ์และความรุนแรงของการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่จะเกิดประโยชน์ในการควบคุมวัณโรค (นิอร อริโยทัย, 2545)

ดังนั้นการช่วยผู้ป่วยวัณโรคให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จะเป็นหนทางหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีโอกาสหายจากโรคซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งใน 6 ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบของธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลก (Stephen Hamann และคณะ, 2548) อย่างไรก็ตาม จากการจัดโครงการเร่งรัดพัฒนารูปแบบการให้บริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้ระบบ DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) หรือการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการสังเกตโดยตรงของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ.2548-2549 ทั้งหมด 249 คน ซึ่งปัญหาที่ผู้ให้บริการเผชิญ คือ ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่และดื่มสุรา และในการให้บริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้มุ่งเน้นการบำบัดหรือช่วยให้เลิกบุหรี่ ดังนั้น ผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ขณะที่เข้ารับการรักษาวัณโรค

จากการตรวจสอบประวัติและสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสูบบุหรี่ของผู้ป่วยดังกล่าว พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยวัณโรคยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 24.9 และเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.1 และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ จำนวน 3 ราย พบว่า 2 รายอยู่ในระยะสมัครใจหรือซังใจ (Contemplation) ที่จะเลิกบุหรี่ ขณะที่อีก 1 รายอยู่ในระยะก่อนซังใจ (precontemplation) และเมื่อประเมินภาวะการเสพติดบุหรี่หรือนิโคตินด้วยแบบทดสอบฟาเกอร์สโตรม (Fagerstorm test) พบว่าทั้ง 3 รายไม่ได้เสพติดฤทธิ์ของนิโคติน แต่เป็นการเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ คือติดใจในผลของนิโคติน ซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง และเป็นการเสพติดด้วยความเคยชินที่จะต้องหยิบบุหรี่ยาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย

จากการศึกษาเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เสพติดทางจิตใจและพฤติกรรม ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการปรับพฤติกรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักในความสำคัญของปัญหาและมีความสนใจที่จะจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกทำลายจากบุหรี่แล้ว ยังจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการรุนแรงต่าง ๆ ของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และทำให้หายขาดจากโรคเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะเกิดผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทรัพยากรของชาติและลดภาระค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเจาะลึกผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ สรุปได้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีสถานะที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งที่ต้องเร่งช่วยเหลือด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร ซึ่งจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ อีกทั้งยังจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค โดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

- 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
- 1.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
- 1.3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันหรือไม่

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างตามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
 - 1.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
 - 1.3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่จำแนกตามพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
 - 1.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
 - 1.3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่
2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่
 - 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
 - 3.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
 - 3.3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกบุหรี่

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

- 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
- 2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
- 2.3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่
- 2.4 พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่และมารับการรักษาที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือน ม.ค.-เม.ย. 2552

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การกระทำใด ๆ ของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ไม่สามารถเลิกได้ 2) กลุ่มที่สามารถลดจำนวนมวนที่สูบลง และ 3) กลุ่มที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

2. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ 3) การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ 4) การเลือกผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม และ 5) การติดตามประเมินผล ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

3. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง การให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

4. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นได้รับเอกสารความรู้และคำแนะนำเรื่องการเลิกบุหรี่และเทคนิคการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ และคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

1.1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(Transtheoretical Model or Stage of change)

1.2 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – Efficacy Theory)

1.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ส่วนที่ 2 บุหรี่กับวัณโรค

2.1 โรคจากการสูบบุหรี่ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ

2.2 วัณโรคกับการสูบบุหรี่

2.2.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค

2.2.2 ระบาดวิทยาและการควบคุม

2.2.3 การสูบบุหรี่ การป่วยเป็นวัณโรค และผลลัพธ์ในการรักษา

2.3 การเสพติดบุหรี่

2.3.1 สารในบุหรี่ที่ทำให้เสพติด

2.3.2 ปัจจัยที่ทำให้เสพติดบุหรี่

2.4 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา

3.2 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยแรงงานและประชาชน

3.3 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้มารับบริการ ณ

สถานพยาบาล

ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะนำเสนอทั้งหมด 3 แนวคิดทฤษฎีตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model or Stage of change) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งจะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเลกนุหรี ในผู้ป่วยวัณโรค

1.1 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model or Stage of change)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากในการทำงานสาธารณสุขมักตั้งเป้าหมายให้ประชากรส่วนใหญ่เข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โครงการส่วนมากจะจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับคนที่อยู่ในระยะพร้อมจะปฏิบัติและประเมินผลโครงการจากจำนวนที่ปฏิบัติ เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีรูปแบบระยะการเปลี่ยนแปลง จะชี้ให้เห็นว่ามีคนอีกจำนวนมากที่ยังอยู่ในระยะก่อนตั้งใจ ดังนั้นจึงเริ่มเป็นที่สนใจของนักสาธารณสุขที่จะประยุกต์ทฤษฎีรูปแบบระยะการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดการตั้งใจ และการตัดสินใจทำพฤติกรรม

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2513 พัฒนามาจากแนวคิดในการทำจิตบำบัดในโครงการงดสูบบุหรี่ และควบคุมน้ำหนัก ซึ่งนักจิตวิทยาบำบัดใช้เป็นแนวทางในการช่วยให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพฤติกรรมปัญหา อารมณ์และการปฏิบัติโดย Prochaska และ Diclementi, 1985 (อ้างในชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และสุรีย์ จันทร์โมลี, 2538) ได้ทำการวิเคราะห์และแยกปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นส่วนประกอบที่เหมือนกันในวิธีการจิตบำบัดทั้งหมด 29 รูปแบบ ผลจากการวิเคราะห์ได้ตัวแปรหรือลักษณะร่วมที่สามารถอธิบายระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 10-12 ลักษณะ ซึ่งเป็นลักษณะที่ใช้ตรวจสอบยืนยันในงานวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน

ประเด็นหลัก ๆ ที่ Prochaska พบนั้นมีดังนี้คือ

1. บุคคลจะไม่เปลี่ยนพฤติกรรม เว้นแต่เขาได้แสดงออกว่าเขาต้องการเปลี่ยน หรือเขาอยากเปลี่ยน ต้องมีการแสดงออกมาก่อนว่า “ใช่ฉันจะทำ” ถ้าข้อนี้ยังไม่เกิด แม้ว่าจะให้คำแนะนำอย่างไร คนก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ต้องมีการคิดว่าถ้าตนเองเปลี่ยนแล้วจะมีผลต่อคนอื่นอย่างไร สิ่งอื่นรอบข้างจะเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง

3. การเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากใครอย่างไร

ซึ่ง Prochaska ได้เลือกเอาพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มาเป็นตัวอย่าง โดยการสอบถามจากคนที่หยุดสูบบุหรี่ว่าเขาผ่านขั้นตอนอะไรบ้าง ซึ่งคำตอบที่ Prochaska คิดว่าจะได้คือทำอะไร มีอะไรเกิดขึ้น แต่ปรากฏว่า Prochaska กลับได้คำตอบต่อไปคือ ขึ้นอยู่กับว่าถามเขาตอนไหน ตอนที่หยุดสูบเกิดอะไรขึ้น หรือก่อนที่จะตัดสินใจหยุดสูบ ดังนั้นการถามจึงต้องมีส่วนประกอบของเวลาในการถามด้วย จากการที่ Prochaska ได้คำตอบดังกล่าว ทำให้เขาสรุปได้ว่าคนเรานั้นกว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ มีหลายขั้นตอน และตรงนี้เองเรียกว่า “Stage of change” โดยได้กำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ดังนี้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นก่อนตั้งใจ (Pre-contemplation) เป็นระยะที่คนไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเลยในระยะ 6 เดือนข้างหน้า ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นนี้อาจไม่รู้ถึงผลที่จะตามมาจากพฤติกรรมที่เขาปฏิบัติ หรืออาจถูกทำลายความเชื่อถือต่อความสามารถของเขาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บางครั้งพยายามที่จะเปลี่ยนแต่ก็ไม่มีกำลังใจหรือไม่มีความสามารถที่จะเปลี่ยน ไม่ว่าพวกเขาจะรู้หรือไม่รู้ผลเสีย แต่พวกเขาก็พยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่พูด ไม่อ่านหรือคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงนั้น พวกเขาจะต่อต้าน ไม่มีแรงจูงใจ และไม่พร้อมที่จะเข้าโปรแกรม จึงเป็นการยากที่จะเข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้

2. ขั้นตั้งใจ (Contemplation) เป็นระยะซึ่งคนมีความตั้งใจเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เดือนข้างหน้า พวกเขารู้ข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงกังวลข้อเสียที่จะตามมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย จึงทำให้ผู้สูบบางคนใช้ระยะเวลาในการชั่งใจนานเป็นปี พวกเขายังไม่พร้อมที่จะเข้าสู่ระยะปฏิบัติ

3. ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation) เป็นระยะที่คนตั้งใจจะทำพฤติกรรมนั้นภายใน 1 เดือนข้างหน้า ผู้สูบจะเริ่มลดความถี่ของพฤติกรรมปัญหาและพยายามที่จะมีพฤติกรรมใหม่ พวกเขาจะเตรียมพร้อมและมีการวางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีความสนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้ง เข้ารับบริการให้คำปรึกษาจากบุคลากรด้านสาธารณสุข พูดคุยกับแพทย์ ซื้อมหนังสือมาอ่าน หรือเชื่อมั่นว่ามีหนทางเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

4. **ขั้นปฏิบัติ (Action)** เป็นระยะที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนแผนชีวิตหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ หยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก โดยสามารถสังเกตความยินยอมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยต้องมีเกณฑ์ที่ผู้เชี่ยวชาญให้การยอมรับ เช่น ระยะเวลาที่หยุดสูบบุหรี่

5. **ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance)** คือระยะซึ่งคนอยู่ในภาวะป้องกันการกลับมาปฏิบัติพฤติกรรมเดิมอีก โดยลดสิ่งล่อใจที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ และเพิ่มความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปได้ โดยคาดหวังว่าจะสามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมได้จาก 6 เดือนนี้ไปจนถึง 5 ปี สรุประยะเวลาของแต่ละขั้นตอนได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ระยะเวลาของพฤติกรรม
1. ขั้นก่อนตั้งใจ	ไม่เคยคิดเลิกบุหรี่เลยใน 6 เดือนข้างหน้า
2. ขั้นตั้งใจ	เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า
3. ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ	คิดจะเลิกภายใน 30 วันข้างหน้ามีการวางแผนการเลิกบุหรี่
4. ขั้นปฏิบัติ	อยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการเลิกบุหรี่
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม	เลิกบุหรี่เป็นเวลา 6 เดือน – 5 ปี

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์ในการวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนเพื่อ

- (1) ประเมินว่าแต่ละบุคคลอยู่ในขั้นตอนใดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจะได้จัดกิจกรรมที่เหมาะสมได้
- (2) บ่งชี้ประสิทธิผลของกิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและประเมินผลโครงการ

การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีนี้เป็นการวัดที่ง่าย นักพฤติกรรมศาสตร์รู้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องซับซ้อน และในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จำต้องแบ่งพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ ดังนั้นการวัดตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงด้านพุทธิ

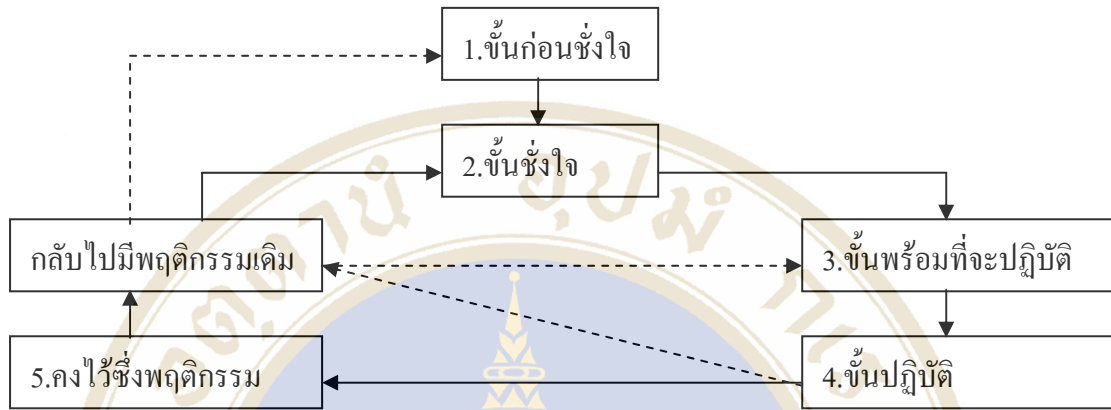
ปัญญา อารมณ์ และสังคม จึงควรวัดตามบริบทของเวลา และสถานการณ์ ซึ่งผลการวัดจะช่วยให้เราเห็นและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการจัดวิธี กิจกรรม และเวลาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตลอดจนจะช่วยให้ นักพฤติกรรมศาสตร์เข้าใจว่า การเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เกิดขึ้นได้อย่างไรอีกด้วย

ในการวัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถทำได้โดยใช้คำถามเหล่านี้ คือ เคยเลิกบุหรี่หรือไม่ เคยเลิกกี่ครั้ง เคยเลิกนานเท่าใด มีความเข้าใจที่จะเลิกหรือไม่ เคยเลิกวิธีไหน สาเหตุที่เคยเลิก มีความตั้งใจจะเลิกเมื่อใด และจากผลของการประเมิน ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่แล้ว จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีดังตาราง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายของโครงการหรือแนวทางการออกแบบกิจกรรม ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอน	การปฏิบัติ	ความตั้งใจ	พฤติกรรมเป้าหมาย
1.ขั้นก่อนตั้งใจ	ไม่	ไม่ตั้งใจ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง การคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชน/สังคม
2.ขั้นตั้งใจ	ไม่	อาจจะทำ	การคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชน/สังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง
3.ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ	ไม่/บ้าง	จะทำทันที	การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชน/สังคม การคาดหวังในผลลัพธ์
4.ขั้นปฏิบัติ	บางครั้ง/เป็นประจำเมื่อเร็ว ๆ นี้		การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชน/สังคม การคาดหวังในผลลัพธ์
5.คงไว้ซึ่งพฤติกรรม	เป็นประจำนานแล้ว		การรับรู้บรรทัดฐานของชุมชน/สังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ความตั้งใจและการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีจะมีความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอนดังแผนภาพ แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ของ Prochaska และ Diclemente (1992)



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่

ผลของการประเมินขั้นตอนตามทฤษฎีจะนำไปสู่การจัดกิจกรรมตามกรอบแนวความคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากขั้นก่อนตั้งใจ ไปยังตั้งใจ จะเน้นการปรับปรุงความรู้ และการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากขั้นการตั้งใจไปสู่การพร้อมปฏิบัติ นั้น จำเป็นต้องมีกิจกรรมเน้นผลลัพธ์ที่ดี ๆ ของการปฏิบัติ และเป็นการยอมรับจากสังคม ถ้าปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อคนได้เริ่มปฏิบัติแล้วควรจัดกิจกรรมเน้นการเพิ่มความสามารถในชุมชนที่สนับสนุนบรรทัดฐานของสังคม และผลลัพธ์ดี ๆ ที่จะตามมาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง

ขั้นก่อนเข้าใจ	ขั้นเข้าใจ	ขั้นพร้อมจะปฏิบัติ	ขั้นปฏิบัติ	ขั้นคงไว้
1.กระตุ้นให้ตื่นตัว 2.ระบายอารมณ์ 3.ประเมินตนเอง 4.ประเมิน สิ่งแวดล้อม 5.ความสมดุลใน การตัดสินใจ	1. ประเมิน ตนเอง 2. ประเมิน สิ่งแวดล้อม 3. ความสมดุล ในการ ตัดสินใจ 4. คาดหวังใน ความสามารถ ตนเอง	1. ประกาศอิสรภาพ ของตนเอง 2.คาดหวังใน ความสามารถของ ตนเอง 3. ควบคุมสิ่งเร้า 4. สร้างเงื่อนไขต่อ สิ่งที่มากระทบ 5. ความสัมพันธ์ แบบช่วยเหลือ	1. ควบคุมสิ่งเร้า 2.สร้างเงื่อนไข ต่อสิ่งที่มา กระทบ 3. ความสัมพันธ์ แบบช่วยเหลือ 4. เสริมแรงใน การจัดการ	1. ควบคุมสิ่งเร้า 2.สร้างเงื่อนไข ต่อสิ่งที่มา กระทบ 3. ความสัมพันธ์ แบบช่วยเหลือ 4. เสริมแรงใน การจัดการ 5. การประกาศ อิสรภาพของสังคม

จากตารางที่ 3 ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของProchaska นั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการที่จะเป็นตัวผลักดันให้มีการก้าวไปสู่ในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยพิจารณาถึงปัญหาและตัวบุคคล กระบวนการดังกล่าว มีรายละเอียดดังนี้

1. การปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก (Consciousness raising) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่โรค และสิ่งที่ควรทำเพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ บางครั้งการกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ตื่นตัวในระดับความเสี่ยง อาจมีผลต่อพฤติกรรมหลายๆ อย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้สูบบุหรี่อาจเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรค แต่ขณะเดียวกันผู้สูบบุหรี่ก็เชื่อว่าตนเองแข็งแรงดี ไม่น่าจะมีโอกาสป่วยได้ สิ่งสำคัญก็คือ การพยายามที่จะไม่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ปกป้องตนเองในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้คือ

2. การระบายความรู้สึก (Dramatic relief) ส่วนใหญ่แสดงออกในรูปของอารมณ์ความรู้สึกของประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาของตนเอง มีผลให้ผู้สูบบุหรี่เริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ ดังนั้นการจัดกิจกรรม เช่น การดูหนัง การพูดคุยในกลุ่ม การดูภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะสามารถใช้เป็นเครื่องกระตุ้นให้คนรู้สึกและต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้คือ

ขั้นก่อนซังใจ (Pre contemplation)

1) ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักด้วยตนเอง (Consciousness raising) เกี่ยวกับปัญหาเฉพาะพฤติกรรม ผลที่ตามมา การรักษา โปรแกรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเผชิญหน้า การอธิบาย กลุ่มการรักษา และสื่อรณรงค์

2) ให้ออกาสผู้สูบบุหรี่ได้พูดถึงความรู้สึกของการที่ได้สูบบุหรี่ (Dramatic relief) และถ้าไม่ได้สูบแล้วจะรู้สึกอย่างไร หลังจากนั้นจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้สูบบุหรี่

3) จัดกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองนั้น จะส่งผลถึงบุคคลอื่นด้วยไม่ใช่เฉพาะตนเอง (Environmental reevaluation) เนื่องจากว่ามีหลายคนที่ยื่นพฤติกรรมเพื่อคนอื่นไม่ใช่เพื่อตนเอง

3. การประเมินตนเอง (Self-reevaluation) ได้แก่การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมปัญหาของตนเอง การที่ผู้สูบบุหรี่แต่ละคนสะท้อนข้อดี ข้อเสีย ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ ของการทำพฤติกรรมในใจของตนเอง และมีความคิดเรื่องนี้อยู่ในใจตลอดเวลา ซึ่งจะนำไปสู่ความคาดหวังในผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งควรทำให้ผู้สูบบุหรี่เชื่อว่า การเลิกสูบบุหรี่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เขาต้องการ ดังนั้นกิจกรรมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย จึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นซึ้งใจ (Contemplation) กิจกรรมในขั้นนี้จะเน้นให้ผู้สูบบุหรี่ประเมินตนเอง (Self-re evaluation) การรับรู้ อารมณ์ ความคิดตนเองได้มากที่สุด เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้มีโอกาสได้คิดถึงตนเอง มองเห็นตนเองว่า ถ้าสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่มีผลอย่างไรต่อสุขภาพ อะไรจะเกิดขึ้นถ้าสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่

4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental re evaluation) ได้แก่ การที่ผู้สูบบุหรี่มีการพิจารณา ประเมินว่าการเลิกสูบบุหรี่ของเขามีผลทางด้านกายภาพและสังคมแวดล้อมตัวเขาอย่างไร ดังนั้นการจัดกิจกรรมในขั้นตอนนี้คือ การทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าการเลิกสูบบุหรี่ของตนจะทำให้รู้สึกดีขึ้น หรือทำให้เข้าใจผลกระทบของการสูบบุหรี่ และตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้

5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self- liberation) การที่บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาได้ และให้สัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น

ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation)

ขั้นวางแผนการทำพฤติกรรมจะทำให้ผู้สูบบุหรี่เริ่มคิดว่าจะต้องทำอะไร มีข้อมูลอะไรบ้างที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ ผู้สูบบุหรี่รู้ว่าขาดทักษะอะไรที่จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้

6. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่จะเป็นไปได้ง่าย ถ้าไม่มีสิ่งเร้ากระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกถูกกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ เพื่อลดโอกาสของการถูกกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่

ขั้นปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม (Action and maintenance)

กิจกรรมในขั้นนี้ควรให้ผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ได้ และให้ได้รับสิ่งเร้าที่ดีเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ มีกิจกรรมหรือกระบวนการในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ได้

7. การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) ได้แก่ การที่บุคคลเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนพฤติกรรมที่มีปัญหา การเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่มีต่อสถานการณ์ที่เชื่อมโยงต่อการสูบบุหรี่ เช่น ความเครียด/การดื่มสุร่าทำให้มีความอยากสูบบุหรี่

8. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) ได้แก่อความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความจริงใจจะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เป็นไปในทางที่ง่ายขึ้น การมีคนที่พูดด้วยได้ การได้รับการตอบสนองกลับ เป็นกระบวนการที่มีประโยชน์ ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องการคนที่ให้กำลังใจ ให้ข้อประเมินและเข้าใจ

9. การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement Management) ได้แก่การให้การเสริมแรงทางบวก เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา การได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้รู้สึกดี จะมีผลให้ผู้สูบบุหรี่อยากเลิกสูบบุหรี่ต่อไป การลงโทษจะทำให้ผู้สูบบุหรี่ขาดความรู้สึกละอายอยากทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ให้ต่อเนื่อง

10. การประกาศอิสรภาพของสังคม (Social Liberation) ได้แก่การที่บุคคลประกาศให้สังคมรู้ถึงความตระหนัก ประโยชน์ และการยอมรับต่อการเลิกบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเลิกสูบบุหรี่เพราะรู้สึกว่าการอยู่ด้วยต้องการให้ทำ (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ แสงสุรีย์ จันทรีโมลี, 2538)

สำหรับรายละเอียดของกิจกรรมของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนของทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญคือ

1. ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance)

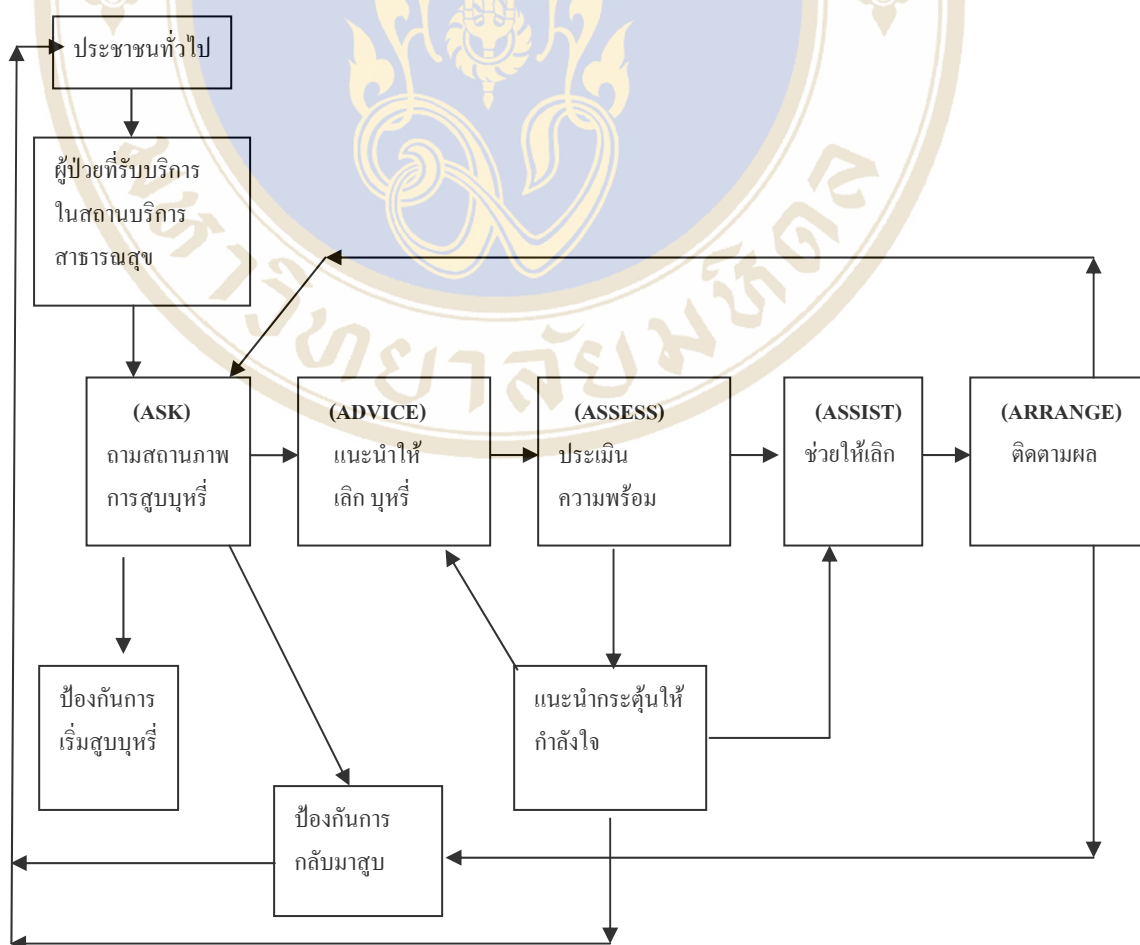
หมายถึง การที่ผู้สูบบุหรี่ให้น้ำหนักข้อดี ข้อเสีย ในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ได้ Prochaska ได้อธิบายว่าความสมดุลของการตัดสินใจ เป็นความสมดุลระหว่าง ผลดีหรือประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pros) และผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cons) ผลดี (Pros) หมายถึงความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้วย ในขณะที่ผลเสีย (Cons) คือผลด้านลบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่บุคคลจะเปลี่ยนจากขั้นชั่งใจไปสู่ขั้นปฏิบัติ นั้น ขึ้นอยู่กับการลดลงของน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลเสียหรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลดี ซึ่งนำไปสู่ความสมดุลของการตัดสินใจ ดังนั้น ถ้าบุคคลใดคิดว่าการสูบบุหรี่มีผลดีมากกว่าผลเสีย ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะยังสูบบุหรี่ต่อไป แต่ถ้าบุคคลใดเห็นว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดีและไม่มีอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงมากนัก ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ (Prochaska, Redding & Evers, 2002)

2. ความพร้อมและความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่

ความพร้อมสำหรับผู้สูบบุหรี่ในการจะเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ต้องประเมินให้ได้ เพราะระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่นั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวทางการให้คำปรึกษา และการแก้ไขเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยในการประเมินความพร้อมเพื่อจะเลิกบุหรี่สามารถทำได้ โดยอาศัยโมเดลทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ชื่อว่า Transtheoretical model of change หรือเรียกย่อว่า TTM model ซึ่งแบ่งความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ออกเป็น 5 ระดับ (ธนรัตน์ สรวลเสนห์, 2551)

3. ขั้นตอนการให้บริการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่

การช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่สามารถทำได้โดยบุคลากรสาธารณสุขทุกคน รวมถึง อาสาสมัครทั่วไปที่มีความสนใจด้วย ทั้งนี้เพราะได้มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นต้นแบบอยู่ ซึ่งแนวทางดังกล่าว เรียกว่า “5A” ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวทางการให้บริการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้แนวทาง 5A

ถ้าพบผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่เคยคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ บุคลากรสาธารณสุขจะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับหรือเพื่อให้พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยแนวทางที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แรงจูงใจ คือแนวทางที่เรียกว่า “5R” ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิค 5R

เทคนิค	คำอธิบายเพิ่มเติม
Relevance (ความสัมพันธ์ตรงตัว)	เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทราบว่าทำไมการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวของเขา โดยพยายามให้เจาะจงมากที่สุด โดยข้อมูลที่ทำให้เกิดแรงจูงใจซึ่งมีผลกระทบมากที่สุด คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยการเกิดโรคของผู้ป่วยของบุคคลในครอบครัวในสังคมแวดล้อม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ อายุ เพศ และลักษณะสำคัญอื่น ๆ ของผู้ป่วย
Risks (ความเสี่ยง)	เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุนผลเสียที่เกิดตามมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ให้บริการอาจจะเสนอแนะและชี้ชัดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วยทั้งที่ให้ผลในทันที ผลในระยะยาว รวมถึงผลต่อสิ่งแวดล้อม และบอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า แม้จะใช้นิหรีที่มีสารทาร์ต่ำ มีนิโคตินต่ำ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบนชนิดอื่นนอกเหนือจากการสูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเช่นเดียวกัน
Rewards (รางวัล)	ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุและอภิปรายถึงประโยชน์จากการหยุดสูบบุหรี่ที่เจาะจงและทำนองเดียวกันการให้ระบุปัจจัยเสี่ยง คือ ให้ตรงและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยให้มากที่สุด
Roadblocks (อุปสรรค)	ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุอุปสรรคและเครื่องกีดกั้นการเลิกสูบบุหรี่ และอธิบายวิธีการบำบัดรักษาที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ โดยปัญหาข้อจำกัดมักเกี่ยวกับอาการถอนยา กลัวที่จะล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวขึ้น ขาดการสนับสนุนจากสังคม เกิดความซึมเศร้า และความสนุกจากการได้สูบบุหรี่
Repetition (การกล่าวซ้ำ)	การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนี้ต้องกระทำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญของการหยุดสูบบุหรี่มาตรวจรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เคยล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ครั้งก่อนๆ การให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ไม่ท้อแท้ว่ามีผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็นจำนวนมากที่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้

ที่มา : วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสิสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, และคณะ, 2546

วิธีการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยการให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา โดยการให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่แนะนำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทุกคนปฏิบัติ ซึ่งสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ประมาณร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี)

วิธีการเลิกสูบบุหรี่

10 วิธีง่าย ๆ ช่วยคนที่คุณรักให้เลิกสูบบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551)

1. ขอคำปรึกษา “คนรู้จักที่เคยเลิกบุหรี่ได้ โทรขอคำปรึกษาเค้าเลย หรือจะโทรขอคำแนะนำ เลิกบุหรี่ที่คิวไลน์ หมายเลข 1600 ”
2. หากำลังใจ “บอกให้คนใกล้ชิดรู้ถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เพราะกำลังใจจากคนรอบข้างจะช่วยให้ฮึดสู้และเลิกสูบบุหรี่ให้ได้เพื่อคนที่รัก”
3. เป้าหมายอยู่ข้างหน้า “วางแผน ตั้งเป้าหมายเลือกเอาวันสำคัญ ๆ ที่จะเลิกบุหรี่ รวมทั้งการปฏิบัติตัวในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ด้วย แต่อย่านานเกินไปละเดี๋ยวหมดไฟซะก่อน”
4. ไม่รอช้าลงมือ “เตรียมตัวให้พร้อมทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ให้หมด ลองเปลี่ยนมาอ่านหนังสือแทนการสูบบุหรี่ระหว่างเข้าห้องน้ำ ดื่มน้ำ กินผลไม้ หรือแปรงฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่”
5. ถือคำมั่นไม่หวั่นไหว “เมื่อถึงวันลงมือ ดื่นนอนด้วยความสดชื่นบอกกับตัวเองว่ากำลังทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตัวเองและคนที่รัก เมื่ออยากสูบบุหรี่อดใจไว้ แล้วทบทวนเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่”
6. ห่างไกลสิ่งกระตุ้น “ระหว่างช่วงเวลาเลิกบุหรี่ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้คุณอยากสูบบุหรี่รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางคนสูบบุหรี่ด้วย”
7. ไม่หมกมุ่นความเครียด “หากเครียด หยุดพักสมองคลายความเครียดด้วยการพูดคุยกับคนอื่นหรือหาหนังสือการ์ตูนมาอ่านก็ได้ มีวิธีคลายเครียดตั้งมากมายที่ไม่ต้องสูบบุหรี่”
8. เจียดเวลาออกกำลังกาย “ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 15-20 นาที นอกจากจะช่วยควบคุมน้ำหนักที่อาจเพิ่มขึ้นแล้วยังทำให้สมองปลอดโปร่ง ทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้นด้วยนะ”

9. ไม่ทำทนายบุรี “อย่าคิดว่าตองสูบนุหรีบ้างเป็นครั้งคราวคงไม่เป็นไร เพราะการทดลองสูบเพียงมวนเดียว อาจจะทำให้กลับไปสูดความเคยชินแบบเดิม ๆ อีกก็ได้”

10. หากต้องเริ่มต้นใหม่อีกครั้งก็อย่าท้อ “ถ้าหันกลับไปสูบนุหรีไม่ได้แปลว่า ล้มเหลว ขอเพียงพยายามต่อไป เตรียมตัวให้พร้อมกำหนดวันที่จะหยุดคราวนี้ตั้งใจให้มันและหยุด สูบนุหรีต่อไปตลอดกาล”

ผลดีของการเลิกสูบนุหรี

ด้านร่างกาย

1. ประสาทสัมผัสทั้ง 5 และต่อมรับรสทำงานได้ดีขึ้นจนปกติ ทำให้มีความสุข ในการรับประทานอาหารมากขึ้น
2. สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ไปแข็งแรงขึ้น การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้ผิวพรรณ สดใสมีน้ำมีนวล
3. ฟันขาวสะอาดขึ้น หายใจสะดวกและลมหายใจสะอาดสดชื่น การรับกลิ่นดี ขึ้น ไม่เหนียวง่าย
4. อาการไอมีเสมหะลดลงจนหายไป
5. ปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพ เช่น แสบเคืองตา ตาแดง ปากแห้ง ลิ้นแตก ใจ สั่น เจ็บแน่นหน้าอกจะหายไป
6. ลดอัตราเสี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน หลอดลมอักเสบ เหวือกอักเสบ และมะเร็งของอวัยวะต่างๆ
7. สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น

ด้านสังคม

1. มีเวลาให้กับตัวเองและการทำงานมากขึ้น มีอิสระไม่ต้องพึ่งพานุหรีอีกต่อไป
2. ไม่ทำให้คนอื่นรำคาญจากควันนุหรี หรือทำให้เสื้อผ้าตนเองและผู้อื่นเหม็น หรือไหม้
3. ไม่มีกลิ่นตัว กลิ่นปาก ลมหายใจสะอาด
4. ไม่ทำให้ทรัพย์สินบัติเสียหาย โดยประมาทจากไฟไหม้
5. สามารถมีความสุขอยู่ในสังคม โดยไม่ต้องแยกตัวออกมาเพื่อสูบนุหรี

ภายนอก

6. เป็นผู้ฟังที่ดีขึ้น เมื่อไม่ต้องขัดจังหวะด้วยการออกไปสูบบุหรี่
7. ไม่เป็นภาระที่จะต้องคอยนำบุหรี่ติดตัวไปทุกหนทุกแห่ง
8. ได้รับการต้อนรับที่อบอุ่นและยินดีจากครอบครัวและเพื่อน ๆ

ด้านเศรษฐกิจ

1. ประหยัดเงินทางตรงที่ต้องใช้ซื้อบุหรี่ นำมาซื้อของที่ชอบได้มากขึ้น
2. ประหยัดเงินทางอ้อมที่ต้องใช้ดูแลสุขภาพ ค่าเสียหายนอื่น ๆ
3. สามารถนำเงินค่าบุหรี่ที่เหลือเก็บมาลงทุน และได้รับผลกำไรจากเงินนั้น
4. ไม่ต้องเสียเงินก้อนใหญ่ เพื่อนำมาใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. มีความสุขกับการใช้เงินอย่างฉลาด ได้ประโยชน์จากสิ่งที่ต้องการซื้อจริง ๆ
2. มีความภาคภูมิใจที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ยาก และสำคัญกับตนเอง รู้สึกดี นับถือตนเอง และควบคุมตนเองได้มากขึ้นจากการไม่สูบบุหรี่ แทนที่จะให้บุหรี่มาควบคุม
3. มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้นในการแก้ไขปัญหา
4. ได้ทำหน้าที่ปกป้องครอบครัวจากอันตรายที่จะเกิดจากควันบุหรี่ และได้เป็นคนหนึ่งที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเยาวชน และสังคม
5. สามารถมองอนาคตได้อย่างมั่นใจ
6. ไม่ต้องมีความรู้สึกผิดอีกต่อไป
7. ความกังวลกระสับกระส่ายน้อยลง
8. มีความรู้สึกสง่าเต็มภาคภูมิ ไม่ต้องถูกปรักปรำ หรือกล่าวโทษอีกต่อไป

เมื่อผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สามารถบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบายได้ จะทำให้เกิดความหวังและมีกำลังใจมีพลังความมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ ทั้งนี้ความรักความผูกพันเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือเป็นที่พึ่ง เป็นกำลังใจ จากผู้ที่เป็นที่รักหรือมีความหมายต่อผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงด้วยเช่นเดียวกัน

การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนยาภายหลังการเลิกบุหรี่

1. อยากลูบ ปากแห้ง น้ำลายเหนียว เปรี้ยวปาก : ใช้น้ำอม น้ำ บ้วนปาก ดื่มน้ำ ทำสิ่งอื่นแทน

2. เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย เหนง ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย เศร้าใจ
ซึมเศร้า : แนะนำดื่มน้ำ เช็ดตัว อาบน้ำ หายใจเข้า-ออกลึก ๆ 2-3 ครั้ง ออกกำลังกาย ทำสิ่งสบายใจ
3. กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ : แนะนำผ่อนคลาย หายใจเข้า-ออกลึก ๆ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
4. หิวบ่อย น้ำหนักตัวขึ้น : ระวังการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

อาการที่อาจเกิดขึ้น

1. ท้องผูก ท้องเดิน คลื่นไส้ : แนะนำรับประทานอาหารที่เหมาะสมและดื่มน้ำมาก ๆ
2. เหนื่อยออก มือสั่น : ร่างกายปรับตัวเหมือนโคตินออกจากร่างกายหมด
3. มีน้ิรยะ ง่วงนอน เปลี้ย เพลี้ย ไม่มีแรง ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ : รับประทานนอกไขค์ออกจากร่างกายหมด
4. มีน้ิง ศีรษะเบาโหวงเหว : ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง
5. อาการชาเสี้ยวคล้ายถูกเข็มแทงปลายนิ้ว : เส้นเลือดตีบ เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลง หลังเลิกเลือดนำออกซิเจนดีขึ้น
6. ไอ : ปอดทำความสะอาดตัวเองโดยขับสิ่งสกปรกออกมา

เคล็ดลับ 5 ดี (5Ds) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

- Delay : ยึดเวลาออกไป 3-5 นาที ทำอย่างอื่นแทนการสูบบุหรี่
- Deep Breath : หายใจเข้าออกลึก ๆ 3 ครั้ง สมองได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น
- Drink Water : อดน้ำไว้ในปากสักครู่ก่อนกลืนลงคอ ดื่มน้ำหรือดื่มน้ำเย็นที่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย
- Do Something Else : ทำอย่างอื่นที่ชอบ เช่น ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อน อ่านความตั้งใจ เขียนความตั้งใจเพิ่ม
- Destination : บอกตัวเองเสมอว่าตั้งใจเลิกสูบนั่นเองแล้ว

การช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ติดบุหรี่ สามารถผ่านพ้นระยะถอนยาได้ด้วยหลากหลายวิธีที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยมีผู้ให้การดูแลร่วมกับครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เป็นการแสดงถึงความเข้าใจ ความตั้งใจ ความเอื้ออาทร ความจริงใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่เต็มเต็มพลังที่เข้มแข็ง มั่นใจให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ค้นพบตัวตนที่

แท้จริงของตนเอง มีชีวิตที่มีความหวัง และอยู่อย่างมีความหมาย เกิดพลังชีวิต (Empowerment) ที่จะก้าวเดินต่อไปและหันหลังให้กับบุหรือย่างถาวร

1.2 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – Efficacy Theory)

ทฤษฎีความสามารถของตนเองเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีนี้ได้นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านจิตวิทยาสังคม การศึกษาและทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพในโรงพยาบาลในการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสามารถของตนเอง และทักษะการเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้การปฏิบัติให้กับตัวเอง (Bandura ,1977 : 22)

แบนดูรา ได้รายงานถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง ทฤษฎีของ Bandura 's Self-efficacy (Bandura ,1977 : 191 – 195) ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้น Self-efficacy จึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually doing it)

แบนดูรา เชื่อว่าการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้น ๆ ให้คงอยู่ แบนดูราเชื่อว่าการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายในแต่คงศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรม อธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ

1. พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
2. บุคคล เช่น ผู้ป่วย
3. สิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าแนวคิดของแบนดูรา มองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูราเชื่อว่า มนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง

การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรงที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดข้างต้น แบนดูรา ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เรียกว่า **Self – Efficacy Theory** หรือทฤษฎีความสามารถของตัวเอง สมมุติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว

Bandura ได้ประมวลบทบาทของ Self – efficacy ในโปรแกรมสุขภาพซึ่งมีโครงสร้างดังต่อไปนี้



ตามโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีคือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยว่า ตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectations) หมายถึงการที่ผู้ป่วยจะประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – efficacy) มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อผู้ป่วยมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนาย หรือตัดสินใจว่าผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป ความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ จะนำไปสู่ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการทั้งโดยส่วนตัว ครอบครัว และสังคม

การพัฒนาความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy)

ในการวิเคราะห์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แบบดูราพบว่า การคาดหวังในความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคล สามารถที่จะพัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 4 วิธีคือ

1. การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishment) ซึ่งขึ้นกับการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล บุคคลที่รับผิดชอบงานที่ลำบากปฏิบัติยากหรือได้รับความผิดหวังจากการทำงานในอดีตบ่อย ๆ ก่อให้เกิดความกลัวในการทำงานทำให้ความสามารถน้อย ความสำเร็จในการทำงานอย่างเดียวไม่เพียงพอ กว่าทำงานสำเร็จได้ถ้าฝืนทำให้เสร็จด้วยความลำบาก จะไม่ก่อให้เกิดความสามารถด้วยตัวเอง นอกจากนั้นแต่ละคนจะมีเหตุผลในความสำเร็จโดยผ่านความสามารถของเขา ถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของความสามารถของตัวเอง การทำงานให้ประสบความสำเร็จโดยใช้ประสบการณ์ของตัวเอง ถือว่าเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของ Efficacy Expectations การทำงานประสบความสำเร็จช่วยพัฒนาความสามารถ ทักษะ บุคคลมีความสนุกพอใจในการเพิ่มความสามารถให้กับตัวเอง ซึ่งจะต้องมีวัตถุประสงค์ บุคคลซึ่งคิดว่ามีความสามารถทำกิจกรรมประสบความสำเร็จในสถานการณ์หนึ่ง แต่อีกสถานการณ์หนึ่งไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ เช่น บุคคลสามารถว่ายน้ำเป็นระยะทาง 1 ไมล์ในสระว่ายน้ำ ไม่ได้หมายความว่า จะสามารถว่ายน้ำ 1 ไมล์ ในขณะที่พายูจัดในทะเลได้ คนที่วิ่งมาราธอนในเมืองหนาว 42 ไมล์ เมื่อมาวิ่งในอากาศร้อนของเมืองไทยอาจทำไม่ได้

2. การได้เห็นตัวอย่างในการปฏิบัติจากผู้อื่น (Vicarious Experience) การเรียนรู้เกิดขึ้นโดยการได้เห็นตัวอย่าง มีรูปแบบมองเห็นได้สามารถสังเกตการณ์ หรือบุคคลซึ่งได้แสดงรูปแบบของพฤติกรรม โดยการกระตุ้นให้ใช้หลักเกณฑ์ที่แน่นอน กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการได้เห็นรูปแบบ (Midlarsky Bryan and Brickman, 1973 :323) การแสดงพฤติกรรมอาจมีการกระตุ้นให้เห็นตัวอย่างที่ดี หรือตัวอย่างในทางไม่ดีก็ได้ เช่น ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มองเห็นเพื่อน ๆ งดสูบบุหรี่แล้วมีอาการทรมาน งดบุหรี่ด้วยความลำบาก เกิดความกลัวเลยไม่กล้าสูบบุหรี่ การสร้างรูปแบบที่ดีเพื่อให้คนเอาตัวอย่าง โดยการส่งเสริมให้เกิดความสามารถในทางสร้างสรรค์ อย่างไรก็ตามรูปแบบที่สำคัญที่จะต้องทบทวนคือ การเอาชนะความลำบากด้วยการใช้ความพยายาม และสร้างรูปแบบพฤติกรรมที่จะสังเกตเห็นได้เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การทำความสะอาดรักษาบ้านเรือนให้สะอาดเสมอ นอกจากนั้นรูปแบบของตัวอย่างพฤติกรรมทางที่ดีควรได้รับการชมเชย ซึ่งจะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ดีกว่ารูปแบบที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ดังนั้น ในการให้สุศึกษาในโรงพยาบาลควร

มีการสาธิตตัวอย่างหรือรูปแบบที่ดี ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย เป็นสิ่งเร้าที่ช่วยให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

3. การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal persuasion) วิธีนี้นักศึกษาค้นคว้าก่อนข้างคั่นเคยและใช้กันเป็นประจำ เพราะใช้ได้ง่ายได้ทุกโอกาส ใช้ได้ตลอดเวลา การชักจูงเพื่อให้เกิดกำลังใจ การพูดกระตุ้นให้บุคคลได้ใช้ความพยายาม ใช้ความสามารถของตัวเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การจัดพฤติกรรมไม่เหมาะสม

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตัวเอง เน้นสิ่งแวดล้อมที่ดีมีประโยชน์แก่สุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดการรู้เท่าทันทางอารมณ์ ความวิตกกังวลบางครั้งจะมีผลกระทบให้เกิดความสามารถ บางคนกล่าวว่า การปลุกเร้าทางอารมณ์ ก่อให้เกิดการพัฒนาการให้บุคคลได้รับรู้ต่อสิ่งที่ปฏิบัติ ระดับการกระตุ้น ความสม่ำเสมอ อาจเป็นตัวชี้ที่สำคัญ จะเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคลได้ แบนดูรา กล่าวว่าถ้าบุคคลถูกเร้าหรือกระตุ้นมากเกินไปอาจจะเป็นการทำลายงานของเขาก็ได้ บุคคลอาจประสบความสำเร็จถ้ามีความกดดันมากเกินไป

แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตัวเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในแง่ต่าง ๆ รวมทั้งความต้องการรับพฤติกรรมใหม่ ๆ และการเลือกปฏิบัติของบุคคล ความพยายามที่จะทำและแก้ไขอุปสรรค

ตามแนวความคิดของแบนดูรา ความคาดหวังในความสามารถของตัวเอง จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ละองค์ประกอบจะมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างคือ

1. ขนาดความสำคัญ (Magnitude) หมายถึงระดับหรือความยากของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตัวเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะในเรื่องที่ง่าย ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. ความเข้มแข็งหรือกำลังใจ (Strength) หมายถึงความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน ประการแรกคือการมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนทำให้มองเห็นระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สองให้ได้ชักถามถึงแนวทางรูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

ความเชื่อมั่นในการจะปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามเวลา ในแต่ละงานจะกำหนดหรือประมาณค่าของ Strength ว่ามีความเชื่อระดับใดการประเมินค่าอาจอยู่ในช่วง 1 – 10 หรือ 1– 100

3. โดยทั่ว ๆ ไป (Generality) ประสพการณ์บางอย่างจะก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานอื่นๆ ในสภาพงานที่คล้ายๆ กัน ตัวอย่างเช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจเกี่ยวกับการทดสอบความทนในสมรรถภาพของร่างกายต่อการออกกำลังกายภายใต้การดูแลของแพทย์ และความเชื่อของผู้ป่วยว่าสามารถทำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตัวเอง

ได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพและสุขศึกษา เพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค โดยการเพิ่มความต้องการของบุคคลในการเพิ่มความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติในเรื่องใด เรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น ประยุกต์ใช้ในโปรแกรมงดสูบบุหรี่ การลดความอ้วน การออกกำลังกาย การคุมกำเนิด การงดดื่มสุรา การเลิกยาเสพติด ความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวดในการดูแลตัวเองในโรคเรื้อรัง

จากผลงานวิจัย พบว่า ทฤษฎีความสามารถของตัวเองสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ผู้เชี่ยวชาญได้เตือนนักสูบบุหรี่ทั้งหลายว่า อย่าพึ่งทอดทิ้งในความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ เขาได้เสนอแนะว่าสภาพการณ์เช่นนี้ นักสูบบุหรี่ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการงดสูบบุหรี่ จึงทำให้เขาไม่อาจงดสูบบุหรี่ได้ แต่ละคนจึงควรมีความรู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ (สามารถงดสูบบุหรี่ได้) ความรู้สึกนี้จะต้องมีก่อนหรือสร้างให้มีก่อนที่จะใช้ความพยายามที่จะทำกิจกรรม จึงได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลงดสูบบุหรี่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่แบนดูรา ได้กล่าวว่า

1. บุคคลจะแสดงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลมักจะหลีกเลี่ยง พยายามที่จะทำหรือไม่อยากทำ เช่น ความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ งดดื่มกาแฟ งดดื่มสุรา การงดอาหาร ลดความอ้วน การออกกำลังกาย พฤติกรรมที่ขัดต่อความเคยชิน ความชอบความพอใจ มักจะเปลี่ยนแปลงไม่ยาก
2. ความพยายามบางอย่างที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ จะต้องมีการกระวนการแห่งความพยายาม อาจจะต้องใช้ความพยายาม ใช้แรงงานเพื่อให้สามารถเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น งดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. บุคคลจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ เป็นเวลานาน มีความสม่ำเสมอ บางครั้งอาจเกิดความเบื่อหน่าย เช่น การจะต้องออกกำลังกายให้สม่ำเสมอติดต่อกัน

4. ด้านอารมณ์ พบว่า ความสามารถของตนเองมีผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคล บุคคลอาจเผชิญกับความวิตกกังวล ความกดดัน ความเครียด อารมณ์ไม่ดี ซึ่งก่อให้เกิดความล้มเหลว ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ตลอดไป

ดังนั้น คนที่มีความสามารถของตนเองต่ำในการปฏิบัติงานเฉพาะอย่าง จึงเป็นอุปสรรคหรือทำลายความสามารถของบุคคลในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ หรือทำให้ขาดความสนใจที่จะติดตามงานที่รับผิดชอบอยู่ ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จได้แต่ไม่ได้ผลดี ดังนั้นการให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตัวเองจะทำงานอะไร จะต้องสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถจะทำได้ และทำได้เป็นอย่างดีซึ่งไม่ใช่จะเป็นเรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะทำเท่านั้น แต่บุคคลจะต้องทราบว่าจะทำอะไร อย่างไร หมายถึงการมีทักษะความรู้ในเรื่องนั้นและข้อสำคัญต้องมีความรู้สึกรู้ต้องการที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น มีความรู้สึกว่าการงดสูบบุหรี่ จะทำให้มีสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยด้วยวัณโรค แค่นี้ไม่เพียงพอ บุคคลนั้นจะต้องมีทักษะในการปฏิบัติตัวในการงดสูบบุหรี่ ขั้นตอนวิธีการ รูปแบบของการงดสูบบุหรี่ที่ถูกต้องเหมาะสมกับบุคคล มีกำลังใจที่จะปฏิบัติ มีกำหนดเวลาที่จะทำ เมื่อบุคคลมีความเชื่อถึงคุณค่าและประโยชน์ของการปฏิบัติ จะช่วยให้สามารถงดสูบบุหรี่ และสามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้นโปรแกรมสุขศึกษาที่จะนำทฤษฎีความสามารถของตนเองมาใช้จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ต้องรวบรวมความรู้ที่จะทำ (what to do) และมีทักษะที่จะทำ (Skill to do) ที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปปฏิบัติ ตลอดจนแรงจูงใจที่จะทำ (กระทรวงสาธารณสุข,2542)

1.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญ และมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มีผู้วิจัยและให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

แคปแลน (Caplan, 1976: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง “สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงินทอง กำลังงาน หรือ ทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ”

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-314) ได้ให้ความหมายว่า “การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคล เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และ รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน”

คาห์น (Kahn, 1979: 85) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งคือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยัน รับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

พิลิสุก (Pilisuk, 1982: 20 อ้างในกุลวรรณ นาครักษ์, 2540) กล่าวว่า “แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย”

บาร์เรรา (Barrera, 1982: 70) กล่าวว่า “การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของแรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม”

จากความหมายหรือคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลต่าง ๆ สามารถสรุปความหมายในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982: 94 อ้างในกุลวรรณ นาครักษ์, 2540)

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าตนได้รับการเอาใจใส่ ด้วยความรักและความหวังดีอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับการสนับสนุน บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

- คานัน (Kahn, 1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ
1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงถึง อารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความ ผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือความรัก
 2. การยืนยัน และรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการ แสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและในความคิด ของบุคคล
 3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้ สิ่งของ หรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัสดุ หรือเงิน หรือข้อมูลข่าวสาร และเวลา

เฮาส์ (House อ้างใน Israel, 1985: 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้ การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุนอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informative Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ดักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Informative)

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb, 1985: 5-22) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคมโดยดูจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ที่ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้วิจัยและศึกษาไว้ดังนี้ คือ

แลงลี (Langlies, 1977: 244-260) ได้ศึกษาผู้ใหญ่ในเมือง 400 คน ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่น ๆ พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าวดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

แคปแลน (Caplan, 1977 อ้างถึงใน บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2528: 585) พบว่าคนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะไปใช้บริการป้องกันโรคน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคม

เบอร์เกอร์ (Burglar อ้างถึงใน Pilisuk, 1982: 94) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ด้วยเหตุที่การประเมินความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย การให้คำแนะนำที่เหมาะสมตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับการเชื่อในความสามารถของตนเองของผู้สูบบุหรี่ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นก่อนชั่งใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เคยคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเลย ไม่ว่าจะมีการให้ข้อมูลเพียงใดก็ตาม มักจะหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหาของตนเอง ต่อต้านการช่วยเหลือ ไม่ให้ความร่วมมือรวมทั้งไม่สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นชั่งใจ ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มนี้มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ อาจจะเคยเลิกสูบบุหรี่ได้แต่ไม่สำเร็จ มีความสนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสารเป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ติดอยู่นานและผ่านไปไต่ยาก ผู้สูบบุหรี่ในขั้นตอนที่ 2 นี้ หากได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับระดับความพร้อมก็จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ในระยะนี้สามารถก้าวสู่ระยะการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายและเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยวัณโรค เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะอยู่ในขั้นชั่งใจเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากได้รับรู้ถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง หรือภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญและถ้าได้รับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับระดับความพร้อมและความตั้งใจในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ ก็จะมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรได้เมื่อสิ้นสุดการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับระดับความพร้อมและความตั้งใจในการที่จะเลิกบุหรี่ ร่วมกับมีบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ ก็มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

ดังนั้นนักศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค

ส่วนที่ 2 บุหรี่กับวัณโรค

2.1 โรคจากการสูบบุหรี่ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 4 ล้านคนทั่วโลกหรือวันละ 11,000 คน ถ้าสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ผู้สูบบุหรี่จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 3 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงต่าง ๆ โรคสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองมีผลต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม ไข้หวัดใหญ่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมปอดโป่งพอง หอบหืด ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลงเมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเป็นหวัดบ่อย หลอดลมอักเสบง่าย และเมื่อเป็นแล้วจะหายช้ากว่าคนทั่วไป

2.1.1 วัณโรค

คือ โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่เล็กมากคือเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ติดต่อกันโดยการสูดอากาศที่มีตัวเชื้อนี้เข้าไป ซึ่งเชื้อโรคชนิดนี้มีคุณสมบัติพิเศษคือ มีความคงทนต่ออากาศแห้ง ความเย็น ความร้อน สารเคมี และอยู่ในอากาศได้นาน ยกเว้นไม่ทนทานต่อแสงแดด คนส่วนใหญ่มักคิดว่าวัณโรคเป็นโรคเกี่ยวกับปอด แต่ความจริงแล้ว เป็นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ที่ต่อมน้ำเหลือง กระดูก เชื้อหุ้มสมอง ปอด แต่ที่พบและเป็นปัญหามากที่สุดในปัจจุบันคือ “วัณโรคปอด” มักพบในคนแก่ คนที่ร่างกายอ่อนแอจากการเป็นโรคอื่น ๆ มาก่อน เช่น หวัด ติดสารเสพติดและโรคเอดส์ และในคนที่ตรากตรำทำงานหนัก พักผ่อนไม่พอ ขาดอาหาร ดื่มเหล้าจัด หรือในคนที่มึนประวัติใกล้ชิดกับคนที่เป็วัณโรค เช่น นอนห้องเดียวกัน หรืออยู่บ้านเดียวกันเป็นต้น นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นวัณโรคแทรกซ้อนกันมาก ทำให้วัณโรคที่เคยลดลง มีการแพร่กระจายมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้แพร่กระจายไปได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากติดต่อได้ง่ายโดยระบบทางเดินหายใจและมีอันตรายถึงชีวิต

ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตเกิดในวัยกลางคน เป็นที่ทราบกันดีว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคมะเร็ง โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจ แต่ผลการวิจัยจำนวนมากพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ

การติดเชื้อระบบต่าง ๆ ปัจจุบันในประเทศอินเดียพบอัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรคมากกว่า 2 เท่าของผู้สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทุกชนิดรวมกัน การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 4 ส่วนของการตายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของการตายจากการติดเชื้อทั่วโลก รองจากการติดเชื้อเอดส์ โดย 1 ใน 3 ของประชากรโลกมีการติดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค ร้อยละ 10-15 ของการติดเชื้อจะพัฒนาเป็นเชื้อในระยะ active คือมีอาการติดเชื้อวัณโรค มีสถิติการติดเชื้อแอบแฝงอยู่ทั่วโลก ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอเจ็บหน้าอก หรือไอมีเลือดออก มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่ายหรือเย็น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

การปฏิบัติตนเมื่อเป็นวัณโรค

1. กินยาตามชนิดและขนาดที่แพทย์สั่งให้อย่างสม่ำเสมอจนครบกำหนด
2. หลังกินยาไประยะหนึ่ง อาการไอและอาการอื่นๆ ไปจะดีขึ้น อย่าหยุดกินยาเด็ดขาด
3. ควรดื่มเสฟติดทุกชนิด เช่น เหล้า บุหรี่
4. สวมผ้าปิดจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น
5. เปลี่ยนผ้าปิดจมูกที่สวมบ่อยๆ เพราะผ้าปิดจมูกเองก็เป็นพาหะได้เช่นกัน
6. บ้วนเสมหะลงในภาชนะหรือกระป๋องที่มีฝาปิดมิดชิด
7. จัดบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวกให้แสงแดดส่องถึงและหมั่นนำเครื่องนอนออกตากแดด
8. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทุกชนิด โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้
9. นอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง
10. ไม่เที่ยวในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด เพราะอาจนำเชื้อไปแพร่ให้ผู้อื่น หรือติดเชื้อโรคจากผู้อื่นเข้าสู่ร่างกายเพิ่ม
11. ในระยะ 6 เดือนแรกหลังจากติดเชื้อ (เรียกว่า “ระยะแพร่เชื้อโรค”) ผู้ป่วยควรจะนอนในห้องที่มีอากาศถ่ายเท และนอนแยกห้องกับสมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงการรับประทานอาหาร การใช้ถ้วยชาม และ เสื้อผ้า ควรแยกล้างหรือแยกซักต่างหาก และต้องนำไปตากแดดเพื่อฆ่าเชื้อโรค
12. หลังจากแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นจากระยะแพร่เชื้อแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้ดังเดิม เช่น การนอน การรับประทานอาหาร และซักผ้าร่วมกับสมาชิกผู้อื่น โดยในระยะนี้ผู้ป่วยต้องทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 12 เดือน

การป้องกัน

1. ถ้ามีอาการผิดปกติที่น่าสงสัยว่าเป็นวัณโรค เช่น ไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีไข้ต่ำ ๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ควรรีบไปรับการตรวจรักษา โดยการเอกซเรย์ปอด ตรวจเสมหะ
2. รักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่
3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การสำส่อนทางเพศ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ เพราะจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง มีโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรค
4. ประชาชนทั่วไปควรตรวจร่างกายโดยการเอกซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้าพบว่าเป็นวัณโรคจะได้รับการรักษาก่อนที่จะลุกลามมากขึ้น
5. ในเด็กควรได้รับการฉีดวัคซีนบีซีจี (Bacillus Calmette Guerin) รวมถึงผู้ที่ทำการทดสอบทูเบอร์คูลินเทสต์ (Tuberculin test) ให้ผลเป็นลบเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน

การรักษา

1. กินยาเองมีโอกาสหายเพียง 50% เพราะพบว่ามักจะกินยาไม่สม่ำเสมอ ตลอดระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ทำให้เชื้อดื้อยาด้วย
2. รักษาแบบหายแน่นอน ในระยะเวลา 6 เดือน เลือกได้ 3 แบบ คือ
 - มากินยาที่สถานบริการทุกวัน โดยมีเจ้าหน้าที่กำกับดูแลการกินยาทุกครั้งและลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
 - กินยาโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข พระ หรือครูเป็นผู้กำกับดูแล
 - กินยาโดยมีญาติเป็นผู้กำกับดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยพร้อมทั้งดูแลการกินยาทุกวัน(www.th.wikipedia.org/wiki/2551)

DOTS

คือ การรักษาแบบมีผู้คอยกำกับดูแลการกินยาผู้ป่วยตามขนาดทุกมื้อให้ครบถ้วน คอยให้กำลังใจและให้คำแนะนำ หรือที่เรียกว่า การรักษาแบบมีพี่เลี้ยง เนื่องจากหากผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง ขาดยา หรือกินยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้เชื้อดื้อยา ทำให้ยากต่อการรักษาและอาจแพร่เชื้อวัณโรคต่อผู้อื่นได้ หากผู้ป่วยวัณโรคกินยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอใช้เวลาเพียง 6-8 เดือนเท่านั้นจะสามารถรักษาวัณโรคให้หายขาดได้

2.2 วัณโรคกับการสูบบุหรี่

2.2.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค (WHO,2007)

วัณโรคเป็นโรคที่เหมือนไข้หวัดเพราะสามารถติดต่อได้โดยการสัมผัส และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นผ่านทางอากาศโดยการไอ จาม พุคคุย เพียงหายใจเข้าไปเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อแต่ไม่จำเป็นต้องป่วยทุกคน แต่จะมีการป่วยถ้าภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เมื่อป่วยเป็นวัณโรค ปอดจะมีการติดเชื้อที่เรียกว่า Bacilli พบว่าหนึ่งในสามของประชากรโลกคือผู้ติดเชื้อในปัจจุบัน ร้อยละ 5-10 ของผู้ติดเชื้อมีโอกาสป่วยหรือติดเชื้อซ้ำอีก และในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยจะยิ่งทำให้วัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปีพ.ศ. 2548 อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34 ของโลก และคาดว่าจะเสียชีวิตด้วยวัณโรคสูงถึง 1.6 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และยังคงมีเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งในแอฟริกา เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้ติดเชื้อ HIV จะมีโอกาสป่วยและเสียชีวิตจากวัณโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเชื้อ HIV ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ทำให้มีโอกาสป่วยซ้ำด้วยวัณโรคมากกว่าผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคเพียงอย่างเดียว ปีพ.ศ.2533 วัณโรคระบาดอย่างรวดเร็วในแอฟริกา และเป็นสาเหตุการตายของผู้ติดเชื้อ HIV

องค์การอนามัยโลกมีแผนในการควบคุมทั้งสองโรคนี้และแนะนำวิธีรับมือการระบาดของทั้งสองโรค โดยการสร้างโปรแกรมลดปริมาณผู้ป่วยด้วยวัณโรคและลดภาวะการติดเชื้อ HIV 50 ปีที่แล้ววัณโรคยังไม่มียารักษา ปัจจุบันจึงมีความพยายามที่จะค้นหาเพื่อทำการรักษาโรควัณโรค แต่สาเหตุหนึ่งของการรักษาไม่หายส่วนหนึ่งมาจากความไม่สม่ำเสมอของการรักษา เช่นผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามที่กำหนดเมื่อเริ่มรู้สึกละเลยอาการดีขึ้น ความบกพร่องในการอธิบายของเจ้าหน้าที่ หรือเพราะตัวยาเองไม่มีประสิทธิภาพดีพอ โดยเฉพาะผลข้างเคียงจากยาหลายชนิดที่ใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรคแบบ MDR-TB ขณะนี้ยาที่ใช้ในการรักษาโรควัณโรคมีกำหนดไว้กว้าง ๆ มีการใช้ยาข้างเคียงในการรักษาที่มีคุณภาพ มีราคาถูกลงและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ Green Light

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อวัณโรคใน ปี พ.ศ.2546 ประชากรทั่วโลกสูบบุหรี่ 1.3 พันล้านคน 1 ใน 3 ของทั้งหมดมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ภาระจากการสูบบุหรี่ถูกแบกรับโดยประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีการสูบบุหรี่อย่างแพร่หลาย ในปี พ.ศ.2563 มากกว่า 3 ใน 4 ส่วนของผู้ป่วยจะเสียชีวิตในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังมีการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้หญิง

โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อยเช่นประเทศแอฟริกาและแถบเอเชีย เมื่อผู้ป่วยวัณโรคสูบบุหรี่จะยิ่งส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลและมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นการควบคุมบุหรี่จึงมีความสำคัญมากต่อการควบคุมวัณโรค

การสูบบุหรี่มีผลทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้ง่าย สาเหตุหนึ่งเพราะว่าผู้สูบบุหรี่มีอาการไอเรื้อรังซึ่งเป็นอาการที่เหมือนกับวัณโรค ทำให้มีการคาดการณ์ที่ต่ำกว่าความเป็นจริง อาจเป็นวัณโรคโดยไม่รู้ ทำการวินิจฉัยได้ช้าทำให้อาการของโรคเลวลง สาเหตุที่สองคือผู้สูบบุหรี่มีสาเหตุของโรคร่วมอื่น เช่น หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทางเดินหายใจอุดกั้น ถุงลมปอดโป่งพอง เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ ซึ่งจะยิ่งทำให้มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้มากขึ้น เมื่อการทำงานของปอดเสียไปจะยิ่งเป็นการส่งเสริมให้อาการของวัณโรคเลวลงอีก สาเหตุที่สามคือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซึ่งทำหน้าที่จัดสิ่งแปลกปลอมต้องทำงานอย่างหนักมีผลให้เซลล์เกิดความเสียหายต่อระบบ และสุดท้ายสิ่งที่ควรคิดคือการสูบบุหรี่ส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่านี่จะไม่ใช่วิทยาที่มีผลโดยตรงต่อการรักษา แต่ก็เป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกคน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และวัณโรค ในสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ.2533 คนที่เคี้ยวยาสูบจะเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ เพราะเชื่อว่าการเคี้ยวจะส่งผลให้เกิดการถ่ายทอดเชื้อ Mycobacterium tuberculosis และการสูบบุหรี่มีผลดีต่อสุขภาพ ข้อมูลนี้ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงหลายการศึกษาในประเทศอังกฤษพบความสัมพันธ์ของบุหรี่กับวัณโรค นักวิจัยทั่วไปยังไม่แน่ใจในความสัมพันธ์ของบุหรี่ต่อการเกิดวัณโรคแอบแฝง จึงทำการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่กับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่โดยใช้ Tuberculin skin test ในสหรัฐอเมริกาพบความสัมพันธ์ระหว่าง Tuberculin skin test ในเด็กซึ่งอยู่ในครอบครัวที่สูบบุหรี่แต่ก็ถูกโต้แย้งในเรื่องปัจจัยกวนอื่น ๆ เช่นการดื่มสุรา วัณโรคกำลังเพิ่มขึ้นแต่มีการให้ความสำคัญน้อยในประเทศพัฒนาแล้ว เกือบ 20 ปีที่ผ่านมาการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ได้รับการตีพิมพ์น้อย จนกระทั่งปี พ.ศ.2523 แม้ในช่วง 15 ปีนี้การวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุหรี่กับวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ความสัมพันธ์ก็ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย

2.2.2 ระบาดวิทยา (Hassmiller K.M.,2006)

1) การสูบบุหรี่และอัตราการตายจากวัณโรค ในต่างประเทศ

ประเทศจีน : ผลของการสูบบุหรี่และอัตราการตายจากวัณโรคในมณฑลหลัก 24 เมือง สุ่มตัวอย่างศึกษาทั้งในเพศชายและหญิงอายุ 35-69 ปี ซึ่งเสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ.2529-2531 พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากวัณโรคเป็นผู้ชายในเมือง 3,374 คนและชนบท 4,542 คน เป็นผู้หญิงใน

เมือง 1,598 คนและชนบท 2,652 คน ซึ่งสูบบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 (6-8 ปีก่อนตาย) ทั้งผู้สูบในปัจจุบันและผู้เคยสูบบุหรี่ และเมื่อทำการปรับอายุที่ตาย และพื้นที่ศึกษา พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เสียชีวิตจากวันโรคมามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งในเมืองและชนบท และพบว่าการเสียชีวิตเพิ่มตามปริมาณการสูบเฉลี่ยต่อวัน ค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูบและอายุที่เริ่มสูบครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับอัตราตายด้วยวันโรคปอด นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันที่สูบต่อวันกับการเสียชีวิตจากวันโรคปอด

จากการศึกษาพนักงานบริษัทเชียงใหม่เชี่ยน ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดวันโรคปอด พบว่าผู้ที่สูบอย่างหนักมากกว่า 400 มวนต่อปี ค่า RR ของการเกิดวันโรคปอดเปรียบเทียบระหว่างผู้สูบบุหรี่อย่างหนักกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ปรับตามอายุ เพศ ประวัติการสัมผัสเชื้อวันโรค ที่อยู่อาศัย และอาชีพเท่ากับ 2.2 (1.3-3.6)

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในเชียงใหม่ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการพัฒนาของวันโรคในพนักงานลูกจ้างสาธารณสุขของเชียงใหม่ จำนวน 30,289 คน พบว่ามีวันโรคปอด 202 คน เมื่อทำการปรับฐานของอายุและเพศ ประวัติการสัมผัสโรค พื้นที่อยู่อาศัยและอาชีพ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่หนักถูกวินิจฉัยเป็นวันโรคมามากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาในฮ่องกงจากการประเมินผลการสูบบุหรี่และการแสดงทางคลินิก จากคลินิกโรคปอด 4 แห่ง และโรงพยาบาลโรคทรวงอก 2 แห่งในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 851 คน มีการบันทึกทางการรักษาเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่และการทางคลินิกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 2 กลุ่มนี้รวมเป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่กลุ่มหนึ่ง พบว่าการสูบบุหรี่ยังคงมีความสัมพันธ์กับการเกิดวันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในฮ่องกงประเมินผลการสูบบุหรี่ต่อการป่วยด้วยวันโรค ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันและผู้ที่เคยสูบอย่างน้อย 6 เดือน ค่า OR ของการป่วยเป็นวันโรคของผู้สูบบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ภายหลังปรับด้านอายุและเพศผู้สูบเท่ากับ 2.4 (1.7-3.4)

การศึกษาแบบ prospective ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูบบุหรี่กับการป่วยเป็นวันโรค ผู้สูบหมายถึงสูบอย่างน้อย 1 มวน/วันนานอย่างน้อย 1 ปี ผู้ไม่สูบหมายถึงผู้หยุดสูบอย่างน้อย 1 ปี ทำการปรับเพศ อายุ การดื่มสุรา สถานภาพสมรส การศึกษา ที่อยู่อาศัย อาชีพ ฐานะ รายจ่ายต่อเดือน กิจกรรมทางสังคม การประเมินสุขภาพตนเอง การนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ได้ผลการศึกษาดังนี้

ผลการตรวจรักษา	ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน	ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่
Active TB	2.6 (1.1-3.8)	1.4 (1.0-2.0)
Retreatment	2.5 (1.0-5.8)	1.2 (0.5-2.7)
Pulmonary TB	2.9 (2.0-4.1)	1.4 (1.0-2.0)

อีกทั้งยังมีการศึกษาแบบ prospective ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของวัณโรคกับบุหรี่ แบบ cohort ในจำนวน 42,655 คน ซึ่งเป็นผู้รับบริการที่สมัครใจในสถานดูแลผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2543-2545 การเปรียบเทียบระหว่างผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันพบว่ามีความสำคัญที่จะก่อให้เกิดวัณโรคในระยะ active การเพาะเชื้อเพื่อยืนยันการติดเชื้อวัณโรค การเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การกลับมารักษาซ้ำ และมีอาการทางปอด กล่าวคือพบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 44.9 และการศึกษาแบบ cohort พบว่าการสูบบุหรี่ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคที่แตกต่างกันในเพศชายและหญิง (32.8 และ 8.6 ตามลำดับ)

ประเทศอินเดีย : การศึกษาแบบ retrospective case-control เรื่องผลของการสูบบุหรี่และอัตราการตายในชายอายุ 25-69 ปีที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ เปรียบเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ ในเมืองและชนบท (2,000 หมู่บ้านในจังหวัดวิริปปูแรม 2.5 ล้านราย) ในรัฐทมิฬนาฑู จากการสัมภาษณ์พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเมือง 16,076 คน และในชนบท 10,121 คน และมีการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่ในเมืองที่ติดตามระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540 และการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่ในชนบทที่ติดตามระหว่างปี พ.ศ.2540-2541 โดยทำการวิเคราะห์และปรับในเรื่องของอายุ การศึกษา และการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่มีการเสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตายของผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยชุมชนเมืองมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคร้อยละ 61 และชนบทเสียชีวิตร้อยละ 56

การศึกษาแบบ cohort ในชุมชนแออัดเมืองมุมไบ ซึ่งเชื่อว่าบุหรี่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากวัณโรค โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางเข้าสู่การศึกษา 99,570 คน ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านระหว่างเดือน ก.พ.2535-พ.ค.2537 และทำการสัมภาษณ์ซ้ำระหว่างปี พ.ศ.2540-2542 จำนวน 97,244 คน (ร้อยละ 97.7) ถึงสาเหตุการตาย สถานะการสูบบุหรี่นี้ สูบเล็กน้อย สูบแบบบุหรี่ซิการ์เรต ไม่สูบบุหรี่ ทั้งชายและหญิง ที่สูบบุหรี่จำนวนมากตายจากวัณโรคมากกว่าชายและหญิงที่ไม่สูบบุหรี่

ในประเทศอินเดีย ทำการศึกษาแบบ case –control ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการป่วยด้วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มจากประชากรทั้งหมด 30 หมู่บ้าน จากทั่วประเทศ ทมิฬนาฑู ระหว่างปี พ.ศ. 2536-2539 การศึกษาในกลุ่มผู้ชาย อายุ 20-25 ปีซึ่งถูกวินิจฉัยเป็นโรควัณโรคปอด ด้วยการวิเคราะห์ปรับตามอายุ ชุมชนและความสัมพันธ์กับลักษณะประชากร พบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดวัณโรคและมีความเสี่ยงเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่และระยะเวลาของการสูบบุหรี่อีกด้วย

ประเทศแอฟริกาใต้ : มีการศึกษาผลของการสูบบุหรี่ต่ออัตราการตาย โดยทำการศึกษาแบบ case-control ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 16,230 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 25 ปี พบผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตจากวัณโรคจำนวน 414 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 1,124 รายมีสาเหตุการตายที่ไม่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ปรับมาตรฐานในเรื่องอายุ การศึกษา กลุ่มประชากรและเพศ ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยในกลุ่มประชากรนี้พบว่าผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่ามะเร็งปอด (87 และ 57 ตามลำดับ) และคาดว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่

ประเทศสเปน : การศึกษาแบบ case-control ในบาเซโรนา พบว่าผลจากการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองต่อการเกิดวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อในผู้ที่อายุ 15-24 ปี ที่ผล HIV-negative ค่า OR ของผู้สัมผัสควันบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สัมผัส ปรับมาตรฐานตามอายุ เพศ ผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 3.6 ($p < 0.01$) ควันบุหรี่มือสองเท่ากับ 5.1 ($p < 0.01$) ผลของการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสอง 6 เดือนก่อนการสำรวจ ต่อการเกิดวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ (active) ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ค่า OR ของผู้สัมผัสควันบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สัมผัสควันบุหรี่ต่อการเกิดวัณโรค ปรับมาตรฐานตามอายุ เพศ พบว่าผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 5.4 (2.4-11.9) และควันบุหรี่มือสองเท่ากับ 5.1 ($p < 0.01$) ค่า OR ของเด็กที่มีผู้ปกครองที่สูบบุหรี่เทียบกับเด็กที่มีผู้ปกครองที่ไม่สูบบุหรี่ต่อการเกิดวัณโรค กรณีแม่สูบบุหรี่เท่ากับ 4.2 ($P = 0.04$) พ่อสูบบุหรี่เท่ากับ 4.2 ($P = 0.001$) และกรณีสูบบุหรี่ทั้งพ่อและแม่เท่ากับ 7.4 ($P < 0.00$) และค่า OR ของจำนวนวันที่สูบบุหรี่ต่อวันเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่กับการเกิดวัณโรค 1-20 มวนต่อวันเท่ากับ 1.6 (0.7-2.6) 21-40 มวนต่อวันเท่ากับ 4.0 (1.56-9.8) มากกว่า 40 มวนต่อวันเท่ากับ 7.8 (3.4-17.6)

ทำการศึกษาแบบ case –control ในเมืองบาเซโรนา ถึงผลการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีการติดเชื้อ M. tuberculosis ศึกษาจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2535 ในเด็กที่ป่วยด้วยวัณโรคปอด และมีผลตรวจเสมหะบวก (AFB) จำนวน 93 คน และมีกลุ่มควบคุม และมีการตรวจโคตินินในปัสสาวะเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนผู้สัมผัสบุหรี่ พบว่าเด็กที่

ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสพัฒนาเป็นวันโรคปอดได้ ผลจากควันบุหรี่มือสองมีความรุนแรงกับเด็กเพิ่มตามจำนวนผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวและจำนวนเฉลี่ยของบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันและต่อมาได้ศึกษาแบบ case-control ถึงผลการสูบบุหรี่โดยตรงและการได้รับควันบุหรี่มือสองต่อการเป็นวันโรคกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-24 ปีพักอาศัยในบ้านที่มีการติดเชื้อวันโรค หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นวันโรคปอดเมื่อปรับมาตรฐานในเรื่องระดับชั้นทางสังคม อายุและเพศ พบว่าการป่วยเป็นวันโรค มีความสัมพันธ์เพิ่มตามปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน

ประเทศสหรัฐอเมริกา : ศึกษาแบบ case-control ในกิ่งเคาน์ตี้ ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวันโรคปอดระยะติดต่อในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีที่เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ผู้ที่เคยสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยใช้รูปแบบการรายงานตนเอง พบว่าค่า OR การป่วยเป็นวันโรคระยะติดต่อสำหรับผู้สูบบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ปรับเรื่องอายุและการดื่มสุรา ในกลุ่มไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 1.4 (0.8-2.5) และสูบบุหรี่เท่ากับ 1.3 (0.8-2.1)

กรูวอชิงตัน มีการศึกษาแบบ case-control เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวันโรค กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 151 คน จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวันโรค ที่คลินิกในซีแอตเติล/กิ่งเคาน์ตี้ระหว่างปี พ.ศ.2531-2533 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ไม่เคยป่วยเป็นวันโรคหรือไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อน กลุ่มควบคุม จำนวน 545 คน คัดเลือกจากผู้ป่วยที่คลินิกที่ตรวจไม่พบวันโรค ทำการปรับมาตรฐานในเรื่องอายุ การดื่มสุรา พบว่าผู้เคยสูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันได้รับการวินิจฉัยเป็นวันโรคมกกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มผู้วิจัยเชื่อว่าผลจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจเช่น วันโรค กรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ทำการคัดออก 1,259 ราย ทำการติดตามกลุ่มตัวอย่างในไมอามี, ฟลอริดา ระหว่างปี พ.ศ.2541-2543 กลุ่มควบคุมต้องไม่มีประวัติติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ ทำการจับคู่ในเรื่องของอายุ เพศ เชื้อชาติ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่เป็นเวลามากกว่า 20 ปีมีโอกาสเกิดวันโรคมกกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

ประเทศแอฟริกาตะวันตก : แกมเบีย กินีโคนากี และกินีบิสซอ มีการศึกษาแบบ case-control ถึงผลของที่อยู่อาศัยหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นวันโรคปอดเสมหะบวในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เคยสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ภายหลังปรับมาตรฐานด้านที่อยู่อาศัย อายุ เพศ การดื่มสุรา และการใช้ยาเสพติด HIV ประวัติการติดเชื้อพยาธิ และเบาหวานของผู้สูบบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่พบว่า ค่า OR ของกลุ่มเคยสูบบุหรี่ เท่ากับ 2.4 (1.5-3.8) และสูบบุหรี่เท่ากับ 3.1 (2.4-4.2) และค่า OR ภายหลังปรับมาตรฐานด้านเพื่อนบ้าน ควบคุมสิ่งแวดล้อม จำนวนผู้อยู่อาศัย ความเป็นเจ้าของบ้านของผู้สูบบุหรี่

บุหรี่ปริียบเทียบการสูบบุหรี่ พบว่าเคยสูบบุหรี่เท่ากับ 1.5 (1.1-2.1) และสูบบุหรี่เท่ากับ 2.0 (1.2-3.4) สิ่งแวดล้อม ที่มีปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี เป็นผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกเข้าร่วมในศูนย์สุขภาพในแกมเบียกินี โคนากี และ กินี บิสซอ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่อยู่ที่บ้านและมีการควบคุมสุขภาพ ทำการปรับมาตรฐานด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติการป่วยด้วยวัณโรคของครอบครัว การดื่มสุรา การใช้ยา การฉีดวัคซีนBCG แผลเป็นจากการฉีด การติดเชื้อHIV ประวัติการเป็นพยาธิ เบาหวาน ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันและเคยสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ควบคุมในเรื่องเพื่อนบ้าน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกที่เป็นผู้ใหญ่ในครอบครัว อาชีพ เจ้าของบ้าน ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันหรือเคยสูบบุหรี่พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอดเสมหะบวกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในเอสโตเนีย ทำการศึกษาแบบ case-control ถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดวัณโรคปอด ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ เคยสูบและไม่สูบ ค่า OR ของการเกิดวัณโรคปอดในผู้สูบเทียบกับผู้ไม่สูบ ปรับเรื่องสถานที่เกิด สถานภาพสมรส และการศึกษา พบว่าผู้สูบเท่ากับ 4.6 (2.4-8.7) และผู้ที่เลิกสูบเท่ากับ 2.3 (1.0-5.1) และค่า OR ในผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ปรับด้านสถานที่เกิด สถานภาพสมรส และการศึกษาที่บ้านเท่ากับ 2.3 (1.3-4.2)

ประเทศอังกฤษ : การศึกษาแบบ case-control ในลิเวอร์พูล ถึงผลการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรควัณโรคปอด โดยใช้แบบรายงานตนเอง ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ระยะสั้น และไม่สูบ ค่า OR สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 30 ปีเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ คัดออกกรณีเกิดในต่างประเทศ หรือเดินทางมาเยี่ยมบ้านเกิด กรณีอาศัยอยู่กับผู้ป่วยวัณโรค ต้องมีห้องน้ำมากกว่า 1 ห้องเท่ากับ 2.3 (1.2-4.2) โดยมีการสำรวจวิถีชีวิตปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยวัณโรคปอด 112 รายที่ถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด พบว่า บุคคลที่รายงานว่าสูบบุหรี่มีนัยสำคัญในการเกิดวัณโรคปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

2) การศึกษาทางระบาดวิทยาของการป่วยด้วยวัณโรคในประเทศไทย

มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ของกลุ่มงานระบาดวิทยา กองวัณโรค และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าบุหรี่ปริียบเทียบหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ทำให้ง่ายต่อการสัมผัสเชื้อวัณโรคซึ่งสอดคล้องกับอัตราการสูบบุหรี่ที่พบสูงมากในผู้ป่วยวัณโรค โดยบุหรี่ปริียบเทียบให้อัตราการติดเชื้อวัณโรคทั้งอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น ขนาดของการสัมผัสในผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สัมผัส

คว้นบุหรืจากผู้อื่นล้าแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวันโรคปอดระยะแพร่เชื้อทั้งสั้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรืและการสัมผัสคว้นบุหรืกับการเกิดวันโรคปอดในผู้ใหญ่วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (hospital-based case-control study) ในประชาชนที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กองวันโรค และแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตากสิน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2544 โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน ซึ่งทุกคนต้องไม่มีประวัติ HIV เบาหวาน และโรคปอดอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มืประวัติสูบบุหรื (รวมทั้งผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันและผู้เลิกสูบบุหรี่) ที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15-20 ปี (OR = 3.18, 95%CI = 1.15-8.77) หรือระยะเวลาสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี (OR = 2.96, 95%CI = 1.06-8.22) มีความเสี่ยงต่อการเกิดวันโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างวันโรคปอด และจำนวนการสัมผัสสูบบุหรี่โดยตรง โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน/วัน (OR = 3.98, 95%CI = 1.26-12.60) หรือสูบบุหรี่มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ (OR = 2.68, 95%CI = 1.01-7.09) เสี่ยงต่อการเกิดวันโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้ที่สัมผัสคว้นบุหรืนอกบ้านมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ (OR = 3.13, 95%CI = 1.07-9.17) เสี่ยงต่อการเกิดวันโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สัมผัส หรือสัมผัสคว้นบุหรืนอกบ้านน้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ โดยเฉพาะจากที่ทำงาน และ/หรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง (OR = 4.62, 95%CI = 1.68-14.98) เสี่ยงต่อการเกิดวันโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สัมผัส หรือสัมผัสคว้นบุหรืจากสถานที่ดังกล่าว ≤ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ดังนั้นการสัมผัสคว้นบุหรืเป็นระยะเวลานาน จะมีผลต่อการกลไกการป้องกันเชื้อโรคของปอดโดยเฉพาะเชื้อวันโรค เพราะฉะนั้นการรณรงค์ต่อการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพคาดว่าจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดวันโรคปอดได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน (นิอร อริโยทัย, 2545) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ผู้ที่เคยสูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับคว้นบุหรืมือสองได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นวันโรคมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยสัมพันธ์กับระยะเวลาและปริมาณที่สูบบุหรี่ (มวนต่อวันและจำนวนวันต่อสัปดาห์) เป็นที่น่าสนใจว่าชนิดบุหรืที่สูบบุหรี่ (ไม่มีก้นกรอง มวนเอง หรือมีก้นกรอง) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเป็นวันโรค การได้รับคว้นบุหรืมือสองภายนอกบ้านส่งผลให้เกิดวันโรคปอดมากกว่าการได้รับคว้นบุหรืจากในบ้านและเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวันโรคมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างไม่มีนัยสำคัญ

การสูบบุหรี่กับการทดสอบการติดเชื้อวันโรคที่ผิวหนัง (Tuberculin skin test reactivity)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อผลการตรวจวินิจฉัยวันโรค จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางถึงความสัมพันธ์ระหว่าง Tuberculin reactivity กับ การสูบบุหรี่โดยทำการทดสอบ Tuberculin test และถามเกี่ยวกับ

สถานะการสูบบุหรี่ พบผล positive ในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เคยสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยขึ้นอยู่กับจำนวนปีที่สูบบุหรี่ทั้งในผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันและผู้ที่เคยสูบ

จากการศึกษาแบบภาคตัดขวางในประเทศสเปนถึงปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ M.tuberculosis ในผู้ไร้ที่อยู่อาศัยในเมืองบาเซโรนาระหว่าง ม.ค. 2540 - ธ.ค.2541 จำนวน 447 คน Tuberculin skin test reactivity ในผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เคยสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ ในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10cpd ทำการปรับมาตรฐานด้านอายุ เพศ และ การดื่มสุรา พบว่าผล positive มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

จากการศึกษา Tuberculin reactivity ประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มผู้อพยพคนงานในแคลิฟอร์เนีย จำนวน 296 คน ที่พักอาศัยที่ศูนย์บูโยโลเลดี้ ทำการสัมภาษณ์และตรวจ Tuberculin skin test ระหว่างเดือน ก.ค.-ก.ย.2538 ทำการปรับอายุ เพศ สถานที่เกิด พบว่ากลุ่มผู้อพยพที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้อพยพที่ไม่สูบบุหรี่

และจากการศึกษาแบบ case control ทางตอนใต้ของเมืองคาโรไลนา ในปี พ.ศ.2533 ถึงผลการสูบบุหรี่ต่อ TST (reacting TSTจากไม่เคยติดเชื้อมาก่อน) จากนักโทษอายุ 17-54 ปี ถูกคัดเลือกเข้าสู่วการศึกษาทั้งสิ้น 1,245 คน เข้าอยู่ในเรือนจำระหว่าง ม.ค. 2525- ธ.ค. 2532 TST= non-reactive เมื่อถูกจำคุก ทำการตรวจซ้ำในปี 2533 ทำการจับคู่ทางเชื้อชาติ พบว่าTSTไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทำการสัมภาษณ์สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุม ตัวแปรควบคุมคือการสัมผัสผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาที่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง อายุ เชื้อชาติ เพศ การศึกษา ประวัติการจ้างงาน การดื่มสุรา การติดยาเสพติด ประวัติโรคปอด Silicosis (โรคที่หายใจเอาซิลิกาเข้าไป) โรคเบาหวาน HIV โรคมะเร็ง และการรักษาโดยการกินยากดภูมิคุ้มกัน ทำการควบคุมตัวแปรที่เชื่อว่ามีผลต่อการวิจัย ผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ TST ค่า OR ปรับด้านเชื้อชาติ อายุ เพศ ที่อยู่อาศัย 1-10 cpd เท่ากับ 1.9 (1.0-3.7) >10 cpd เท่ากับ 1.9 (0.9-3.8) ค่า OR ปรับด้านเชื้อชาติ อายุ เพศ ที่อยู่อาศัย 1-20 cpd เท่ากับ 1.3 (0.8-2.3) >20 cpd เท่ากับ 1.8 (0.8-3.7) ค่า OR ปรับด้าน อายุ เพศ ที่อยู่อาศัย 1-15 ปีเท่ากับ 1.6 (0.8-3.2) >15 ปีเท่ากับ 2.1 (1.0-4.4)

จากการศึกษา Tuberculin reactivity ในผู้อพยพชาวเวียดนาม ระหว่าง ม.ค. 2540 - มิ.ย.2542 พบผู้อพยพชาวเวียดนามในออสเตรเลีย ที่ผ่านโปรแกรมการตรวจร่างกายโดยแพทย์ทั้งหมด 1,395 คน ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เคยสูบ และไม่สูบบุหรี่ ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการตรวจ TST และสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรสังคม ที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ Tuberculin reactivity แต่ผู้ที่สูบบุหรี่พบมี

ความสัมพันธ์กับ Tuberculin reactivity (อย่างน้อย 10mm) มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ OR สำหรับผู้สูบบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (มากกว่า 10 mm) ปรับด้านอายุเท่ากับ 1.5 (1.1-2.1)

แต่จากการศึกษาในประเทศคูเวตถึงความสัมพันธ์ระหว่าง Tuberculin reactivity กับการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้านอนโรงพยาบาลโรคทรวงอกเพื่อรักษาวัณโรคปอด กลุ่มควบคุมคือประชากรที่เป็นพนักงานจำนวน 357 คน ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการสูบบุหรี่กับการไม่สูบบุหรี่ในการป่วยเป็นวัณโรค

เช่นเดียวกับแอฟริกาใต้ ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางถึงความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อ M. tuberculosis กับการสูบบุหรี่ ในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อวัณโรคสูงได้แก่เมืองเคปทาวน์ โดยทำการตรวจ Tuberculin skin test ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 2,328 คน โดยผู้สูบบุหรี่คือสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ปี ทำการปรับมาตรฐานด้านอายุ เพศ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการสูบบุหรี่กับการไม่สูบบุหรี่ในการป่วยเป็นวัณโรค

6 กลยุทธ์หยุดวัณโรค

จากความท้าทายของวัณโรค โรคเอดส์ และ MDR-TB ในปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลกได้ใช้กลยุทธ์ DOTS ในการหยุดวัณโรค มากกว่า 122 ล้านคนรักษาได้สำเร็จโดยวิธีนี้ ทำให้เกิดแนวทางใหม่ในการดูแลสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจให้กับคนและชุมชน ส่งเสริมระบบสุขภาพและการวิจัย

1. ใช้ระบบ DOTS ในการขยายและยกระดับการบริการให้มีคุณภาพสูง ดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงได้ง่ายทั้งในกลุ่มที่ยากจนหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล
2. ใช้ระบบ DOTS ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV และ MDR-TB โดยถือเป็นความจำเป็นและเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะทำให้สำเร็จในปี พ.ศ.2558
3. โปรแกรมการควบคุมวัณโรคแห่งชาติต้องตีพิมพ์ในเรื่องกลยุทธ์ เรื่องเงิน การวางแผน การจัดการ ข่าวสาร ระบบสนับสนุนบริการ นวัตกรรมใหม่ ๆ และสนับสนุนการส่งต่อ
4. การว่าจ้างผู้ดูแลทั้งหมด จากสาธารณสุข เอกชน อาสาสมัคร ผู้ดูแลสุขภาพ ที่สามารถเข้าใจผู้ป่วยและรับรองว่าพวกเขาจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูง
5. การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคและชุมชน แสดงให้เห็นว่าคนในชุมชนสามารถดำเนินการในการควบคุมวัณโรคได้ จัดเป็นเครือข่ายที่สามารถขับเคลื่อนประชาชนในสังคมและให้การสนับสนุนทางนโยบายในระยะยาวในการควบคุมวัณโรค

6. การสนับสนุนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมวัณโรค ปรับปรุงการปฏิบัติการวินิจฉัย ยา และวัคซีน

กลยุทธ์นี้คือการวางแผนการปฏิบัติในอีก 10 ปี ในการควบคุมวัณโรคให้
บรรลุเป้าหมาย

ปี พ.ศ.2548 พบผู้ติดเชื้อวัณโรคเสมหะบวกลดน้อยกว่าร้อยละ 70

ปี พ.ศ.2558 ลดอัตราการแพร่เชื้อและอัตราการตายลงร้อยละ 50 จากปี
พ.ศ.2539

ปี พ.ศ.2593 ลดปัญหาวัณโรคซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของให้เหลือ
เพียง 1 ต่อล้านประชากร

เป้าหมายความสำเร็จ

ในปีพ.ศ.2548 คาดว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกราย
ใหม่จะได้รับการรักษาด้วยระบบ DOTS และในปี พ.ศ.2550 องค์การอนามัยโลกรายงานการควบคุม
วัณโรคจากทั่วโลก โดยการปรับปรุงผลลัพธ์ในการควบคุมวัณโรค แบ่งเป็นอัตราการแพร่กระจาย
ของโรคและอัตราการตายในภูมิภาคทั้งหมด

การกลับมารักษซ้ำสำหรับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวที่ใช้กลยุทธ์
DOTS จากผลการรักษาวัณโรคโดยใช้กลยุทธ์ DOTS ในปี พ.ศ.2547 ใน 22 ประเทศ มีผู้ป่วยเข้า
โครงการมากที่สุดในประเทศอินเดีย 196,726 คน รองลงมาคือประเทศจีน 106,741 คน รักษาหาย
สูงสุดได้แก่ประเทศจีน รักษาครบได้แก่ประเทศแอฟริกาใต้ เสียชีวิตมากที่สุดและการรักษา
ล้มเหลวได้แก่สหพันธรัฐรัสเซีย ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้แก่ประเทศอินเดียและสหพันธรัฐ
รัสเซีย สรุปผลการรักษาที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดโดยรวมคือประเทศจีน รองลงมาได้แก่
ประเทศกัมพูชา สำหรับในประเทศเอธิโอเปีย เคนยา ไนจีเรีย แอฟริกาใต้ อุกันดา และซิมบับเว
พบว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนมากทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยไม่มี
บันทึกผลการรักษา ส่วนในประเทศบราซิล ปากีสถาน ฟิลิปปินส์ และสหพันธรัฐรัสเซียมีผู้ป่วย
จำนวนมากที่รักษาครบแต่ไม่ได้รับการตรวจยืนยันผลการรักษาหาย

รายงานผลการรักษาโดยใช้กลยุทธ์ DOTS ในปี พ.ศ.2547
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาราย 496,719 คนแต่ไม่ได้ประเมินผลการรักษาซ้ำ ในปีพ.ศ.2548รักษา
สำเร็จในผู้ป่วยที่มารักษาร้อยละ 73 ต่ำกว่าการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 84 การไม่
ปฏิบัติตามการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษซ้ำ การรักษาไม่ครบผลที่ตามมาคือต้องมีการ

รักษาเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำหรือการรักษาล้มเหลว ประเทศแอฟริกามีรายงานว่ามีอัตราตายสูงร้อยละ 11 ประเทศแถบยุโรปมีอัตราตายสูงเช่นกันร้อยละ 10 และการรักษาล้มเหลวร้อยละ 11 การรักษาซ้ำประสบความสำเร็จต่ำมาก

ผลการรักษาผู้ป่วยเสมหะบวกรายใหม่ที่ใช้กลยุทธ์ DOTS จาก 22 ประเทศ ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือประเทศอินเดีย 465,518 คน รองลงมาคือประเทศจีน 377,546 คน รักษาหายสูงสุดร้อยละ 91 ได้แก่ประเทศจีนและเวียดนาม เสียชีวิตมากที่สุดและการรักษาล้มเหลวมากที่สุดคือสหพันธรัฐรัสเซีย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำสูงสุดคือประเทศอุกานดา การรักษาประสบความสำเร็จสูงสุดโดยการใช้กลยุทธ์ DOTS ร้อยละ 82 ได้แก่ประเทศเวียดนาม สำหรับประเทศไทยมีการใช้กลยุทธ์ DOTS ในการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 100 ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2548

จากการค้นหาข้อมูลทาง internet จากฐานข้อมูลของ Pubmed ที่ถูกตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 จนถึงปัจจุบัน (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>) พบการอ้างอิงใน 34 บทความที่เป็นงานวิจัยทางระบาดวิทยา และจากการทบทวนการวิจัยทั้ง 34 เรื่อง มี 5 เรื่องที่พบว่าบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค 13 เรื่องพบว่าบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรค และ 8 เรื่องพบว่าบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค (Mycobacterium tuberculosis) เสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคที่รุนแรงยิ่งขึ้น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยวัณโรคจำนวนมากซึ่งมีความสัมพันธ์ทั้งในเรื่องของปริมาณและระยะเวลาในการสูบบุหรี่ แต่ก็ไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากมีความหลากหลายในเรื่องของอายุ เพศ การดื่มสุรา และการติดเชื้อ HIV

2.2.3 การสูบบุหรี่ การป่วยเป็นวัณโรค และผลลัพธ์ในการรักษา

การศึกษาแบบ case control ในฮ่องกง ประเมินการไม่ปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาภายใต้โปรแกรม DOTS (Direct Observed Treatment) ในผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดของรัฐบาลในเดือน ม.ค.-มี.ค. 2542 (คัดออกในกรณีเสียชีวิตหรือย้ายโรงพยาบาล) การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาทำให้ยาไม่ได้ผล โดยกลุ่มควบคุมคือผู้ปฏิบัติตามแผนการรักษาจำนวน 306 คนเป็นผู้ป่วยใหม่และผู้ที่ยกกลับเป็นซ้ำเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาใน 2 เดือนแรกหรือได้รับผลข้างเคียงจากยาในช่วง 1 เดือนแรก มีการจับคู่ด้านอายุ เพศ ผู้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 102 คน พบว่าผู้สูบบุหรี่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าการดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา OR ของผู้สูบบุหรี่เทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ปรับมาตรฐานด้านการกลับมารักษาซ้ำ การปฏิบัติตามแผนการรักษาใน 2 เดือนแรก ผลข้างเคียงจากการรักษาผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 3 (1.4-6.4) และผู้ไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 1.8 (0.7-4.8)

Leung และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับการเกิดวัณโรค โดยประเมินผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค มีการปรับด้านเพศ อายุ อาชีพ การดื่มสุรา ประวัติการใช้ยาเสพติด โรคประจำตัว และประวัติการสัมผัสเชื้อวัณโรคใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้สูบบุหรี่มักมีอาการไอ หายใจลำบาก มีอาการคล้ายกับผู้ป่วยวัณโรค และตรวจเสมหะพบการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า OR ของผู้ป่วยที่มีอาการไอ เท่ากับ 1.7 (1.3-2.3) หายใจลำบาก เท่ากับ 1.8 (1.2-2.8) โรคอื่นๆ เท่ากับ 0.3 (0.1-0.7) และผลเสมหะบวก เท่ากับ 1.3 (1.0-1.8)

การศึกษาในประเทศอินเดียในเมืองทิวาลเลอ ทมิฬนาฑู พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของวัณโรค กล่าวคือผู้ซึ่งรักษาหายด้วยวิธี DOTS และได้รับการจัดในกลุ่ม cured (คือมีเสมหะลบหลังการรักษา) ทำการศึกษาแบบ prospective ในผู้ป่วยวัณโรค ปอดเสมหะบวก รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยระบบ DOTS ระหว่าง ก.ย.2543 - ธ.ค.2544 เก็บตัวอย่างเสมหะในเดือนที่ 6, 12 และ 18 ภายหลังการรักษา พบว่าการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วภายใต้ระบบ DOTS ซึ่งมีเสมหะบวกจาก AFB ควบคุมการดื่มสุราและการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ พบการป่วยซ้ำในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

นอกจากนี้การศึกษาแบบภาคตัดขวางเพื่อประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและเสียชีวิตจากวัณโรคระหว่างการเข้าโปรแกรม DOTS จำนวน 581 คน รักษาด้วยยาต้านวัณโรคใน 209 หมู่บ้าน 9 ศูนย์ในรัฐทมิฬนาฑู ระหว่าง พ.ศ. 2542 - ก.ย.2543 พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อปรับมาตรฐานด้านอายุ เพศ สมรรถภาพปอดและการดื่มสุรา การตรวจเสมหะซ้ำหลังการรักษา 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกและสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากวัณโรคและพบว่า RR ของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้สูบบุหรี่เทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 2.1 (1.3-3.4) ภายหลังปรับมาตรฐานด้านอายุ เพศ สมรรถภาพปอดก่อนการรักษาและการดื่มสุราพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ RR ของการรักษาที่ล้มเหลวของผู้สูบบุหรี่เทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่เท่ากับ 8.8 (1.0-3.8) และพบการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่เทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่แล้ว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเทศซาอุดีอาระเบีย ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาแบบยืดหยุ่นในผู้ป่วยวัณโรค (Non-DOTS) ในผู้ป่วยจำนวน 628 คนที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในซาอุดีอาระเบียในปี พ.ศ.2539 ซึ่งผู้ป่วย 358 คนมีผลการรักษาล้มเหลว ความพยายามติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ทำให้กลับมารักษาและมีการเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ทำตามแผนการรักษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ทำตามแผนการรักษาพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

ในประเทศสเปน ศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cross-sectional) ในเมืองคาตาลูนา ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 14 ปี ระหว่าง ม.ค.2539 - ธ.ค.2545 พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่าง การสูบบุหรี่ อาการป่วยเป็นวัณโรค กับผลลัพธ์ในการรักษา และเมื่อทำการปรับมาตรฐานด้านอายุ เพศ และการดื่มสุรา พบว่าผู้สูบบุหรี่มีอาการป่วยเป็นวัณโรคบ่อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ และเมื่อทำการปรับด้านอายุ เพศ การดื่มสุรา และโรคที่กำหนด พบว่าผู้สูบบุหรี่นอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ (9.4 วัน) แต่การเสียชีวิตในผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ค่า OR ของผู้สูบบุหรี่เปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่เมื่อปรับด้านอายุ เพศ การดื่มสุรา และการมีรอยโรคเท่ากับ 1.9 (1.6-2.3) เสมหะบวกเท่ากับ 1.4 (1.3-1.6) และวัณโรคปอดเท่ากับ 1.5 (1.3-1.6)

ในประเทศตุรกีมีการศึกษาแบบภาคตัดขวางในเมืองอิสตันบูลถึงผลการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค มหาวิทยาลัยอิสตันบูล ระหว่าง พ.ค.2540 - ส.ค. 2547 จำนวน 375 คน โดยทั้งหมดไม่มีการติดเชื้อ HIV และมีการปรับมาตรฐานด้านเพศ ประวัติการสัมผัสเชื้อวัณโรค การเป็นเบาหวาน และการดื่มสุรา พบว่าผู้สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดวัณโรคบ่อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

นอกจากนี้การศึกษาแบบภาคตัดขวางในเมืองคูชี เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาในกลุ่ม Non-DOTS จำนวน 54 คน อายุ 16 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวกระหว่าง ต.ค.2541 - ต.ค.2546 Non-adherent คือผู้ป่วยซึ่งไม่มาตามนัดที่คลินิก อย่างน้อย 2 เดือนหรือปฏิเสธการรักษาตั้งแต่แรก ทำการปรับด้านอายุ เพศ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ที่มีอาการไอ ไอเป็นเลือด ผลการศึกษาพบว่าผู้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษามักเป็นผู้ที่สูบบุหรี่

ในเมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจำนวน 365 คนซึ่งได้รับการรักษาแบบ DOTS ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาร้อยละ 80 ผลการรายงานตนเองพบว่าผู้สูบบุหรี่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาน้อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งมีศึกษาแบบ case-control เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษา และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยใช้รูปแบบการรายงานตนเองของผู้สูบบุหรี่เทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้ RR ของผู้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้สูบบุหรี่เทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ 1.2 ($p < 0.05$)

สรุป

เหตุผลในการสูบบุหรี่ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ทั้งเป็นผู้สูบเองหรือเป็นผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) ทำให้วัณโรคพัฒนาความรุนแรงและมีการเสียชีวิตมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสัมพันธ์ทั้งปริมาณเฉลี่ยของการสูบบุหรี่และจำนวนปีที่สูบ โดยมีการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ การดื่มสุรา การติดเชื้อ HIV ฯลฯ ทั้งนี้พบว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อการทำงานของปอดและภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรง ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติที่สำคัญที่ต้องทำการควบคุมวัณโรคร่วมกับการควบคุมการสูบบุหรี่ เพราะการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ซึ่งประชาชนและแพทย์ผู้รักษาต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์นี้ เพราะการสูบบุหรี่คือปัจจัยเสี่ยงสำหรับการไม่ปฏิบัติตามการรักษา และการไม่ปฏิบัติตามการรักษาทำให้การรักษายากขึ้นและเกิดการสูญเสียทั้งต่อชีวิต สังคม และเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ

2.3 การเสพติดบุหรี่

2.3.1 สารในบุหรี่ที่ทำให้เสพติด

บุหรี่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีฤทธิ์ในการเสพติดรุนแรงที่ผู้เสพต้องเสพอย่างต่อเนื่องทุกวันยกเว้นขณะนอนหลับ วงการแพทยนานาชาติถือว่าบุหรี่เป็นสารเสพติด และในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้มีการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการว่า การติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง

อาการติดนิโคตินเกิดขึ้นได้เร็วในหมู่ผู้ซึ่งเริ่มสูบบุหรี่ได้ไม่นาน และจะพบสัดส่วนของนิโคตินที่เจือปนในน้ำลาย (นิโคตินเป็นส่วนประกอบของนิโคติน) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงระดับสูง ที่พบในหมู่ของผู้สูบบุหรี่มานานแล้ว ปริมาณนิโคตินที่สูบเข้าไปนั้นมากพอที่จะมีฤทธิ์พลตกยาให้สูบบุหรี่อีกครั้งแล้วครั้งเล่า ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่จะคิดว่าตัวเองไม่เสพติดบุหรี่ วัยรุ่นอเมริกัน 3 ใน 4 กล่าวว่า พวกเขาเคยพยายามที่จะเลิกอย่างน้อยก็หนึ่งครั้ง แต่ไม่สำเร็จจากการสำรวจในประเทศที่ประชากรโดยรวมมีรายได้สูง พบว่า เยาวชนอายุ 16 ปีจำนวนมากรู้สึกเสียใจที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ เพราะการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จทำได้ยาก หากปราศจากคำแนะนำจากผู้รู้ มีงานวิจัยระบุว่าผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่โดยไม่ได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 98 จะกลับไปเริ่มต้นสูบอีกภายในเวลา 1 ปี และปัจจุบันมีการใช้นิโคตินทดแทนสำหรับคนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีงานวิจัยระบุว่าทำให้วัยรุ่นที่ยังไม่สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะเริ่มสูบบุหรี่เพราะคิดว่านิโคตินทดแทนจะทำให้เขาเลิกสูบเมื่อไรก็ได้

นิโคติน

นิโคตินเป็นสารพิษอย่างแรง สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนังและเยื่อในร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด สารนี้ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท นิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบลง ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจได้

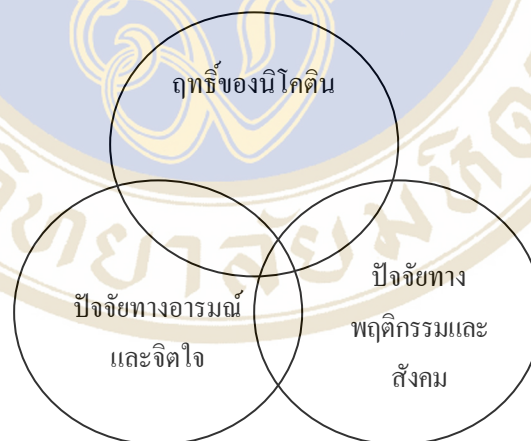
บุหรี่ยาสูบที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบอยู่ตามธรรมชาติ ร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมด ขึ้นอยู่กับชนิดของยาสูบ โดยสารนิโคตินสามารถกระตุ้นสมองที่เกี่ยวกับความอยาก ความสุข รวมทั้งการเสพติด ปัจจุบันมีงานวิจัยที่พิสูจน์ได้ และองค์การอนามัยโลกก็ประกาศอย่างเป็นทางการแล้วว่า “นิโคตินเป็นสารเสพติด” และการสูบบุหรี่หรือการบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่นๆ เป็นเพียงวิธีการที่ทำให้ร่างกายได้มาซึ่งสารเสพติด ซึ่งก็คือนิโคตินนั่นเอง นิโคตินเป็นสารเสพติดที่มีผู้เสพติดมากที่สุด และมีอำนาจการเสพติดสูงเท่ากับเฮโรอีน เป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวัน ยกเว้นเวลาอนหลับ มีฤทธิ์ด้านดี คือกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีและอะดรีนัลให้เกิดความรู้สึกละเอียดและควบคุมน้ำหนักตัว แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ ถูกลมโป่งพองได้ นิโคตินจะอยู่ในร่างกายไม่นาน ประมาณ 2 ชั่วโมงจะลดลงครึ่งหนึ่ง เมื่อใดที่ระดับของสารนิโคตินลดลงจากเดิมที่เคยมีอยู่ในร่างกาย ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนมวนบุหรี่ที่ผู้สูบสูดต่อวัน จะทำให้เกิดอาการขาดนิโคตินคือ กระวนกระวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ซึมเศร้า ง่วง มีน้ํามันศีรษะ เหม่อลอย บางคนนอนไม่หลับ และบางคนมีอาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน ครั่นเนื้อครั่นตัว ถ้าผู้สูบบุหรี่ไม่มีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรี่ก็จะหวนกลับไปสูบบุหรี่เพื่อระงับอาการเหล่านี้

บุหรี่ยังมีความสามารถในการทำให้เสพติดได้สูงมากกว่าเฮโรอีน ทั้งนี้เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะบุหรี่ยาสูบเป็นสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย หาซื้อง่าย และยังไม่ถูกจัดเป็นยาเสพติดตามกฎหมาย โดยทั่วไปบุหรี่ยาสูบหนึ่งมวนจะมีนิโคตินอยู่ประมาณ 10-15 มิลลิกรัม ขึ้นกับชนิดของบุหรี่ยาสูบที่สูดเข้าร่างกายได้หลายทิศทาง ขึ้นกับลักษณะการบริโภคของผู้ใช้ เช่น สูบบุหรี่หรือดูดเข้าระบบทางเดินหายใจ หรือนำมาหักเป็นชิ้นแล้วเคี้ยว เป็นต้น แต่การสูบบุหรี่หรือดูดเข้าทางระบบทางเดินหายใจเป็นวิธีที่บุหรี่ยาสูบถูกนำมาบริโภคมากที่สุด

เมื่อบุหรี่ถูกจุด และทำให้เกิดการเผาไหม้ขึ้น คาร์บอนที่ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของใบยาสูบและสารปรุงแต่งในบุหรี่จะเข้าสู่ร่างกายของผู้สูบ รวมถึงคาร์บอนที่ติดมากับบุหรี่ นิโคตินซึ่งเป็นสารที่สามารถระเหยได้ก็เป็นส่วนผสมหนึ่งในคาร์บอนด้วย โดยนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดที่ปอดเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อนิโคตินเข้าสู่กระแสเลือดแล้วก็จะไปออกฤทธิ์ที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ทางเดินอาหาร หัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ทั้งนี้หากสูบบุหรี่หมดมวน ร่างกายจะได้รับนิโคตินเข้าสู่กระแสเลือดประมาณ 1-3 มิลลิกรัม โดยนิโคตินจะเข้าสู่สมองได้ภายในเวลาประมาณ 6 วินาที ซึ่งเร็วกว่าการหนีเฮโรอีนเข้าสู่เส้นเลือด

2.3.2 ปัจจัยที่ทำให้เสพติดบุหรี่ (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

การที่บุคคลหนึ่งจะเกิดการเสพติดบุหรี่ได้ มีปัจจัยหลายด้านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในที่นี้ขอแบ่งปัจจัยในการเสพติดบุหรี่ออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ฤทธิ์ของนิโคติน ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยการเสพติดบุหรี่ยังอาจเกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรืออาจเกิดจากกลไกทั้งสอง หรือสามกลไกดังกล่าวร่วมกันก็ได้



แผนภาพที่ 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่

1) การเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน

ในสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์จะมีบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกสุขใจ หรือเรียกบริเวณนี้ว่า brain reward pathway ซึ่งจะมีการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุม

ของจิตใจ โดย brain reward pathway จัดเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิด รวมถึงบุหรี่ด้วย

กระบวนการทำงานของ brain reward pathway เริ่มจากสมองชั้นใน (Ventral tegmental Area) ส่งสัญญาณประสาทในรูปของสารสื่อประสาท ชื่อว่า โดปามีน (Dopamine) ไปยังสมองชั้นนอก (Nucleus Accumbens) เพื่อให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจเกิดขึ้น โดยในสภาวะปกติ (ไม่มีการใช้สารเสพติด) brain reward pathway สามารถถูกกระตุ้นได้จากสภาวะต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสุขได้ด้วย เช่น ถูกห้วย สบแดดที่หนึ่ง สบเข้ามหาวิทยาลัยได้ ได้เลื่อนตำแหน่ง ได้รางวัล ได้โบนัส เป็นต้น

สำหรับการเสพติดบุหรี่ เมื่อนิโคตินจากบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย จะถูกส่งต่อเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลาง นิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งพบได้ที่บริเวณสมองชั้นในส่วนของ brain reward pathway ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการจับของนิโคตินกับตัวรับนิโคติน คือ ทำให้มีการหลั่งของโดปามีนออกมาจากปลายประสาทของสมองชั้นในมากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจ สบายใจขึ้น มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงจูงใจ และมีผลในการลดความอยากอาหารด้วย นอกจากนี้นิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งของโดปามีนที่ brain reward pathway แล้ว นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆ ออกมาจากปลายประสาทอีกด้วย เช่น acetylcholine, serotonin, norepinephrine และ GABA เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากตัวรับนิโคตินมีอยู่ที่ปลายประสาทของสารสื่อประสาทต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นด้วย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นด้วยฤทธิ์ของนิโคตินในบุหรี่

สารสื่อประสาท	ผลทางชีวภาพ
Dopamine	ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ ลดความอยากอาหาร
Acetylcholine	ทำให้ตื่นตัว ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น
Serotonin	รักษาระดับอารมณ์ ลดความอยากอาหาร
Norepinephrine	ทำให้ตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น ลดความอยากอาหาร
GABA	ลดความเครียด และความวิตกกังวล
β -endorphin	ลดความเครียด และความวิตกกังวล

จากผลทางชีวภาพของนิโคตินดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่สูบบุหรี่คือ ผู้ที่ต้องการได้รับผลทางชีวภาพจากนิโคติน ทำให้ผู้สูบลงไหลในผลดังกล่าวเป็นอย่างมาก และต้องกลับไปสูบบุหรี่เพื่อให้มีนิโคตินในสมองตลอดเวลา อีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบได้คือ เมื่อเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก ซึ่งอาการถอนนิโคตินเป็นความรู้สึกเชิงลบ เช่น ปวดศีรษะ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เคร้า ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีแรงจูงใจ สมาธิไม่ดี ห่วงบ่อบ น้หนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ร่างกายไม่ได้รับนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้มีระดับโดปามีนในสมองลดลง ซึ่งผลเชิงลบดังกล่าวนี้มักทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ทนไม่ได้ ต้องกลับไปสูบบ่อย หรือเรียกว่าเกิดอาการอยากบุหรี่ (craving) ขึ้น ดังนั้นในผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบ แต่เกิดอาการถอนยาขึ้น อาจจำเป็นต้องใช้ยามาช่วยในการลดอาการถอนนิโคตินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด เพื่อให้สามารถเลิกสูบได้โดยไม่ทรมาน และประสบความสำเร็จได้

2) การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูบบุหรี่บางส่วนอาจเสพติดบุหรี่ เพราะติดใจในผลของนิโคตินซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานมากขึ้น มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย

3) การเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม

การเสพติดแบบนี้บางครั้ง คือ ความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่มาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการรับประทานอาหารหรือกาแฟ ในวงเหล้า หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบบ่มองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธ์ในสังคมได้ (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

การประเมินภาวะการเสพติด

เมื่อพบผู้สูบบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องประเมินสถานะพื้นฐานของการสูบบุหรี่ในสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ สาเหตุของการเสพติดบุหรี่ ความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรี่ และความพร้อมหรือความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปใช้เพื่อให้คำปรึกษา หรือวางแผนแก้ไขเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

1) สาเหตุของการเสพติดบุหรี่

การสอบถามผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับอาการอยากยา (craving) หรืออาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ สิ่งที่น่าสนใจเมื่อได้สูบบุหรี่ รวมถึงช่วงเวลาของการสูบบุหรี่จะสามารถทำให้แยกสาเหตุของการเสพติดบุหรี่ของผู้สูบได้ โดยวัตถุประสงค์ในการค้นหาสาเหตุของการเสพติดบุหรี่ คือ เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำปรึกษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ หรือผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบได้มากเพียงใด

2) ความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่

การประเมินความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่ในที่นี้เป็นการประเมินระดับการเสพติดนิโคตินในบุหรี่ว่ามีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ด้วยวัตถุประสงค์เดียวกับการประเมินสาเหตุของการเสพติดบุหรี่ กล่าวคือ หากผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แสดงว่าหากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ได้

3) การประเมินระดับการเสพติดนิโคติน

ทำได้ด้วยการใช้แบบทดสอบที่ชื่อว่า Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ซึ่งเป็นแบบประเมินจำนวน 6 ข้อ ดังรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 6 แบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence : FTND)

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด		
ก. สูบทันทีหลังตื่นนอนหรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที	(3 คะแนน)	
ข. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาทีแต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง	(2 คะแนน)	
ค. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 ครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	(1 คะแนน)	
ง. สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง	(0 คะแนน)	
2. คุณรู้สึกอย่างไรหากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่น ห้องสมุดหรือโรงพยาบาล		
ก. หงุดหงิดใจ	(1 คะแนน)	
ข. เฉย ๆ	(0 คะแนน)	

ตารางที่ 6 แบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence : FTND)

3. ในแต่ละวันบุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด	
ก. มวนแรกที่สูบในตอนเช้า	(1 คะแนน)
ข. มวนไหน ๆ ก็เหมือนกัน	(0 คะแนน)
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	
ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป	(3 คะแนน)
ข. 21-30 มวน	(2 คะแนน)
ค. 11-20 มวน	(1 คะแนน)
ง. ไม่เกิน 10 มวน	(0 คะแนน)
5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นของวันใช่หรือไม่	
ก. ใช่	(1 คะแนน)
ข. ไม่ใช่	(0 คะแนน)
6. ขณะที่คุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลาคุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่	
ก. ต้องการ	(1 คะแนน)
ข. ไม่ต้องการ	(0 คะแนน)

แปลผลดังนี้ ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง คุณควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพของคุณ เอาใจใส่จริงจังในการเลิกบุหรี่เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับคุณหากการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองโดยใช้กำลังใจ หรือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ผล ควรอย่างยิ่งที่คุณจะพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่โดยใช้ยา

5 คะแนน หมายถึงมีระดับการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลาง มีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินในระดับสูง การเลิกบุหรี่เสียตั้งแต่วันนี้จะทำให้ง่ายกว่าการที่คุณจะสูบบุหรี่ต่อไป คุณสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองโดยใช้กำลังใจ หากไม่สำเร็จคุณอาจลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างต่ำ คุณสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง หากไม่สำเร็จคุณอาจลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(รศ.นพ. ฉันทชัย สิทธิพันธุ์.)

ปัจจัยที่ทำให้ผู้สนับสนุน ในที่นี้หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้สนับสนุนเกิดความอยากสนับสนุนขึ้น เช่น ความเครียด แอลกอฮอล์ การจราจรติดขัด เพื่อน ๆ เป็นต้น ซึ่งการได้มาซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจทำให้สามารถให้คำปรึกษา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้สนับสนุนแต่ละรายได้อย่างจำเพาะเจาะจง และตรงประเด็นมากขึ้น

2.4 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถจัดการกับสภาพปัญหา หรือความทุกข์ของตนเอง โดยอาศัยสัมพันธภาพ และเทคนิคของผู้ให้คำปรึกษา ในการช่วยผู้รับบริการ รู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจสภาพปัญหา ยอมรับสภาพปัญหาของตน ตลอดจนสามารถปรับตัว จัดการกับสภาพปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม และเลือกวิธีการเพื่อการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

เป้าหมายของการให้คำปรึกษานั้นจะเน้นที่สัมพันธภาพ การช่วยให้ผู้มีปัญหาหรือผู้มีความทุกข์ได้ทุเลาหรือผ่อนคลายทุกข์เหล่านั้นลง และสามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม และมีความสุขได้สูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

เทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทั้งคุณลักษณะของการเป็นที่ปรึกษาที่ดีที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา มีความรู้เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา เรียนรู้เทคนิคและพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

1. การสร้างสัมพันธภาพ ในการให้คำปรึกษาไม่ว่าจะใช้ทฤษฎีใดก็ตาม สิ่งสำคัญที่ถือเป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาก็คือ “สัมพันธภาพ” ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) การสร้างบรรยากาศ (Rapport) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง จริงใจ แสดงออกถึงความสนใจในปัญหาของผู้มารับบริการอย่างจริงจัง ต้องไวต่ออารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของผู้รับคำปรึกษาสามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา

2) การยอมรับ (Acceptance) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษา โดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าจะอยู่ในสภาพอย่างไร รู้สึกอย่างไร จะต้องให้ความเคารพนับถือในสิทธิและความมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งควรแสดงออกให้เห็นถึงความปรารถนาและความจริงใจที่จะช่วยเหลือ

3) ความเข้าใจ (Understanding) เป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องพยายามติดตามทำความเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิด และสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามจะบอกให้ทราบทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

4) การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามนำความรู้สึกของตนเข้าไปร่วมกับผู้รับคำปรึกษา เป็นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถที่จะรู้สึกและบรรยายถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษาได้

5) การแสดงความเอาใจใส่ (Attentiveness) เป็นท่าทีและบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ และอาศัยทักษะในการฟังและสังเกตติดตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะนำไปสู่บรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี

6) ความเชื่อ (Beliefs) ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ถ้าเขาอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม และเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนย่อมต้องการมีอิสระที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

การที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษาได้ก็เท่ากับว่า งานบริการให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จไปเกือบครึ่งหนึ่ง สิ่งสำคัญในขั้นต่อไปคือความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาที่จะใช้เทคนิคและวิธีการเพื่อนำเข้าสู่ปัญหาและช่วยเหลือให้ประสบความสำเร็จในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม นอกจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาแล้ว ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาควรจะมีคุณสมบัติเกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษา เพื่อสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview) ในระยะแรกผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาทั้ง 2 ฝ่ายอาจจะยังมีความรู้สึกใหม่ต่อกันหรือรู้สึกตื่นเต้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องหาทางสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง เริ่มต้นนำการสนทนาด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป

3. การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากผู้รับคำปรึกษา หรืออาจใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตัวเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและยอมรับตนเอง ควรใช้คำถามในลักษณะกลาง ๆ และเป็นคำถามปลายเปิด “ลองเล่าให้ฟังถึงอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่”

4. การซักถามตรง ๆ (Probing) เป็นการตั้งคำถามตรงที่ปัญหาเพื่อถามข้อมูล กลวิธีนี้ใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาพยายาม เลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหาตลอดเวลา การใช้วิธีนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังไม่ใช่ฟุ่มเฟือย เพราะการรีบเร่งกระบวนการให้คำปรึกษาเร็วเกินกว่าที่ผู้รับคำปรึกษาจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาของเขาอาจทำให้สัมพันธภาพ ล้มเหลว การซักถามตรง ๆ นี้ถือเป็นกลวิธีให้คำปรึกษาแบบนำทาง

5. การเสนอแนะ (Suggestion) วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้บ่อย เพราะผู้รับคำปรึกษามักเข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษา เพื่อหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะต่าง ๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้คำปรึกษานั้นต้องหาวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักนำตนเอง มีวินัยในตนเอง และจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มากกว่าการเสนอการแก้ไขปัญหาให้โดยตรง

6. การตีความหมาย (Interpretation) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวบางอย่าง ที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวไปแล้ว การตีความหมายจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น โดยที่ผู้รับคำปรึกษายังคิดไม่ถึงและถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาดี จะมีประโยชน์มาก

7. การเงียบและการฟัง (Silence and Listening) เป็นกลวิธีที่ให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องราวของตน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีเงียบเพื่อคอยฟังเรื่องราวต่าง ๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรวิตกกังวลว่า บรรยากาศจะเงียบเกินไป และไม่จำเป็นต้องหาวิธีทำลายความเงียบ เพราะจะเป็นการขัดขวางความรู้สึกของผู้รับบริการที่กำลังนึกคิด ทบทวนเรื่องราวอยู่ แต่ต้องดูจังหวะไม่ทิ้งช่วงจนเกิดความเงียบนานเกินไป

8. การให้ความกระจ่างแจ้ง (Clarification) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายาม สะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา แสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเข้าใจและแจ่มแจ้งใน เนื้อเรื่องที่เป็นปัญหานั้น ๆ โดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ให้ผู้รับคำปรึกษากระจ่างแจ้ง เข้าใจในปัญหาของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นผลให้สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้

9. การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval) เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมสนับสนุนหรือ ให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการคิดและตัดสินใจ เป็นการพัฒนาทักษะในการนำตนเองของ ผู้รับคำปรึกษา

10. การให้ความมั่นใจ (Assurance) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องราวของตน จะใช้วิธีนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ในใจและได้ใคร่ครวญแล้วว่า จะไม่เกิดผลเสียที่หลัง

11. การย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียดความกังวลใจ

12. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ข้อความที่แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วิธีนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกของตนเอง สามารถแสดงออกด้วยวาจาโดยปราศจากความวิตกกังวล

13. การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตถึงพฤติกรรม น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ในขณะสนทนา จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าใจความรู้สึก และอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้สามารถจับประเด็นปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษาได้ พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาแม้กระทั่งคำพูดที่พยายามเน้นบางคำย่อมมีความหมายทั้งสิ้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้ความสังเกตตลอดเวลา

14. การแนะนำ (Advising) เป็นการให้คำแนะนำโดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาเอง

15. การกระตุ้นให้กำลังใจ (Encouragement) มักจะใช้กับผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อาจยกตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่เขาเคยทำได้สำเร็จประกอบ เช่น “ดูจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ดิฉันคิดว่า คุณต้องทำได้แน่ถ้าพยายาม”

16. การชักชวน (Persuasion) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเห็นของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังมาก อาจเกิดการขัดแย้งได้

17. การท้าทาย (Challenge) วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างเสี่ยง เพราะเป็นการใช้คำพูดในลักษณะ ปฏิเสธ ดุหมั่น คำหยาบ ผู้รับคำปรึกษาตรง ๆ เป็นการดูถูกอย่างสุภาพ ผู้ให้คำปรึกษาที่ใช้วิธีนี้จะต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอย่างดีแล้ว

โดยสรุป การใช้ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษาต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะเลือกใช้ตามความถนัดของตนตามสถานการณ์และลักษณะปัญหาที่พบแต่ละราย ซึ่งทุกขั้นตอนจะต้องอาศัยการฝึกหัดเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและสามารถใช้ได้ทันทีเมื่อถึงจังหวะที่เหมาะสม กลวิธีเหล่านี้เรามักใช้อยู่เสมอในการสนทนาโต้ตอบกับบุคคลต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน แต่ในการให้คำปรึกษานั้นจะต้องใช้ในจังหวะที่เหมาะสมถูกต้อง ใช้เทคนิค การคิด การฟัง การเรียบ และการตอบได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จึงนำไปสู่การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดบุหรี่ ที่ได้ผลดีที่สุดก็คือการให้คำปรึกษาในผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่แต่มีปัญหาบางประการ การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากการที่บุคคลจะยอมรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองต้องมาจากเจตคติ ความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง

การปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่

พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้มาผิดๆ เราสามารถลบพฤติกรรมที่เรียนรู้มาผิด ๆ ได้ด้วยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง วิธีการนี้เรียกว่าการปรับพฤติกรรมหรือ พฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

ในขั้นแรกจะต้องเริ่มโดยทำการวิเคราะห์เหตุการณ์และสถานการณ์ก่อนเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานโดยดำเนินการดังนี้

1. วัดความถี่ (Frequency) ของพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยน ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. ศึกษาสถานการณ์ (Situation) ที่เกิดพฤติกรรมนั้น
3. ศึกษาถึงผลที่ตามมา (Consequence) ของพฤติกรรมนั้น

เมื่อแน่ใจว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหาและต้องการปรับจริงโดยทราบถึงพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับแก้ สาเหตุ และผลลัพธ์ เราจะเลือกวิธีการที่จะใช้ในการปรับได้เหมาะสม

ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักทราบถึงข้อเสียหรือพิษภัยของบุหรี่ แต่หลายครั้งที่ได้พยายามเลิกแต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเนื่องจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ ความไม่มั่นใจในตัวเองกับความเคยชินในรูปแบบหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ใช้นิหรี เช่น

เป็นการระบายอารมณ์เมื่อรู้สึก โกรธ หงุดหงิด เศร้า เหงา เมื่อ การอยู่ร่วมกับสังคมเพื่อนหรือที่ทำงานที่สุขบนุหรี และที่สำคัญที่สุดคือ กลัวทนอาการนอนยาในช่วงที่เลิกสูบนุหรี ไม่ได้ รวมทั้งต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจจากผู้ที่เป็นที่รักหรือเป็นผู้ที่มีความหมายสำหรับผู้เลิกสูบนุหรี ดังนั้น การที่จะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบนุหรีได้สำเร็จนั้น จึงมีหลายมิติทั้งด้านของความเป็นมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ ด้านสังคมศาสตร์ ทั้งครอบครัว เพื่อน ที่ทำงาน ชุมชน ด้านเศรษฐศาสตร์ ค่าใช้จ่ายจากการสูบนุหรี ค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งความมั่นคงของครอบครัวในอนาคต ดังนั้นการที่จะช่วยผู้ที่ต้องการเลิกสูบนุหรีจึงต้องใช้ความรู้ที่หลากหลายมาบูรณาการใช้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาที่มีความเฉพาะตัวสำหรับบุคคลแต่ละราย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ที่ต้องการเลิกสูบนุหรีเป็นสำคัญ และมีความจริงใจที่จะช่วยแก้ไขปัญหามาเพื่อให้สามารถเลิกสูบนุหรีได้สำเร็จ ผู้ที่ต้องการเลิกสูบนุหรีมักมีความกลัว และวิตกกังวลมากกับการเผชิญความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงถอนยาและเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เลิกสูบนุหรีไม่สำเร็จต้องกลับมาสูบอีก ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อการจับสารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ ที่ลดระดับในกระแสเลือด และแสดงอาการออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ในระยะแรกฤทธิ์ของนิโคตินออกฤทธิ์กระตุ้นสมอง ทำให้สบายใจคลายเครียดระยะสั้น ๆ แต่ต่อมากจะกดระบบประสาท ทำให้เครียด ขาดสมาธิ กระวนกระวายใจ ทำให้ต้องสูดควันนิโคตินให้อยู่ในระดับเดิมที่เกิดความสุขและคลายเครียด เกิดเป็นวงจรที่ทำให้เอาชนะใจตัวเองที่จะไม่กลับไปสูบอีกได้ยาก ดังนั้นทำอย่างไรจึงจะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบนุหรีสามารถบรรเทาอาการที่ทำให้ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบนุหรีได้

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าประเด็นที่มีการศึกษาสูงมากคือ ประเด็นด้านสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ โดยมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อทดลองรูปแบบหรือโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีเพื่อป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยในที่นี้ได้เขียนจัดกลุ่มตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยแรงงาน/ประชาชน และกลุ่มผู้มารับบริการ ณ สถานพยาบาล

งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น

เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่จำนวนหนึ่งเป็นวัยรุ่น ทั้งที่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน ดังนั้น การทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ซึ่งผลการทบทวนเป็นดังนี้

ธนรUTH บุตระแสนคม (2525 : ก-ข) ได้ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ให้กับนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษามหาสารคามจำนวน 108 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มสมัครใจ กลุ่มไม่สมัครใจ และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยจัดให้กลุ่มที่สมัครใจ และไม่สมัครใจเข้าโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ใน 5 วัน ผลของการจัดโปรแกรมทำให้นักศึกษากลุ่มสมัครใจงดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 80 กลุ่มไม่สมัครใจงดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 78 ในผู้ทั้งงดสูบบุหรี่ไม่ได้ก็สามารถลดจำนวนมวนที่สูบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ทำให้นักศึกษามีความรู้เรื่องอันตรายของบุหรี่ มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ สามารถงดหรือลดการสูบบุหรี่ได้

วันเพ็ญ ทาราศรี (2533) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 83 คน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองสามารถงดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 39

จินตนา สิงห์สูง (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาเทคนิคสระบุรี โดยจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 80 คน พบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับชุดเอกสารข้อสนเทศวิธีการงดสูบบุหรี่และได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถงดสูบบุหรี่ได้มากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมที่ได้รับชุดเอกสารข้อสนเทศ วิธีการงดสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว

กำไลรัตน์ เ็นสุจิตร (2534) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชนและการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกรุงเทพมหานคร จำนวน 91 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน พบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และค่าสัดส่วนของนักเรียนทั้งงดสูบบุหรี่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ัชชาวลย์ สิงห์รัตนศิริ (2534) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสุพรรณบุรีจำนวน 90 คน พบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในผลลัพธ์ของอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษาจำนวนปีที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่

รวมพร นาคะพงศ์ (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดประสบการณ์ตรง ในโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ นักศึกษาจำนวน 153 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 83 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิยะดา ดิลกวัฒนา (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสุโขทัย จำนวน 114 คน เป็นกลุ่มทดลอง 62 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อในอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการงดสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑารัตน์ จุลรอด (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนในการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 58 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 62 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุน

ทางสังคม การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อน และรายได้”ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการงดสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี จำนวน 128 คน เป็นกลุ่มทดลอง 58 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 70 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การแสดงบทบาทสมมติ การปฏิเสธบุหรี่จากเพื่อนร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนและอาจารย์พบว่า ภายหลังการทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 70 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและอาจารย์ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลีนา จิติเบญจพล (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของเบนดورا กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและผู้ปกครองมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่จำนวน 99 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 49 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 71.4 สำหรับผู้ที่เลิกไม่ได้ร้อยละ 28.57 ก็สามารถลดจำนวนมวนลงได้เหลือเฉลี่ย 2 มวนต่อวันและยังพบว่า ความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่และพบว่าระยะเวลาในการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการมีเพื่อนสนิททั้งในและนอกโรงเรียนสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และในกลุ่มทดลองค่าสัดส่วนของนักเรียนที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ก่าไลทิพย์ ระน้อย (2536 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ จำนวน 103 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 54 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 49 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลอง นักศึกษากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 48 เมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษากลุ่มเปรียบเทียบสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 6 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า จำนวนปีที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา แต่พบว่า การปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัทรกร กาญจนภาส (2538) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนเทคนิคจังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และแนวคิดเกี่ยวกับเพื่อนสอนเพื่อน มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาของโครงการ การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชาย ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1 และ 2 จำนวน 94 คน โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นรับผิดชอบดำเนินงาน โดยกลุ่มเพื่อนจำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 42.5 นอกจากนั้น พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา เพ็ญศิริินภา (2538) ได้ศึกษาผลของการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยฝึกอบรมผู้นำนักเรียนเป็นแกนนำ และมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า ทั้งในกลุ่มนักเรียนแกนนำและในกลุ่มนักเรียนทั่วไป ภายหลังการทดลองมีการนับถือตนเอง ความเชื่อในความสามารถด้านทานการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลวรรณ นาครัถย์ (2540) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการจัดกิจกรรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่สูบบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 90 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ พบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าสัดส่วนของจำนวนนักเรียนที่เลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นจำนวน 14 เรื่อง พบว่ามีการจัดโปรแกรมในลักษณะของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่กล่าวคือ มีการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (กำไลทิพย์ ระน้อย, 2536 และเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2536) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (สินา จิติเบญจพล, 2536 และภัทรภร กาญจโนภาส, 2538) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (วิยะดา ดิลกวัฒนา, 2536) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (กุลวรรณ นาครัถย์, 2540) ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างพลัง (นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2538) แรงสนับสนุนทางสังคม (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2536) กิจกรรมของโปรแกรมในการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การทำกิจกรรมกลุ่ม การจัดค่าย เพื่อนสอนเพื่อน การจัดประสบการณ์ตรง การเสริมแรง ซึ่งแนวคิดและทฤษฎีส่วนใหญ่ที่

เลือกใช้น่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องของคุณลักษณะของกลุ่ม โดยกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาจัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งมีการให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องกลุ่มเพื่อน

จากการศึกษาของเพ็ญศรี เปลี่ยนจำ,2536 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและอาจารย์ มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาพรวมการใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการจัดโปรแกรมเพื่อการงดสูบบุหรี่มีการใช้มากกว่า 1 ทฤษฎี ซึ่งการศึกษาทั้งหมดพบว่าโปรแกรมที่ใช้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ

3.2 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยแรงงานและประชาชน

อจนา เขาวนประยูร (2531) จัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน เพศชายชั้นประทวน จำนวน 90 คน ที่มีความตั้งใจงดสูบบุหรี่ 50 คน และไม่ตั้งใจงดสูบบุหรี่ 40 คน โดยวิธีการอย่างเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยนำแผนการงดสูบบุหรี่ภายใน 5 วันของนายแพทย์แมคฟาร์แลนด์มาใช้ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ใกล้ชิดที่ผู้สูบบุหรี่เลือกไว้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 50.6 โดยกลุ่มที่ตั้งใจงดสูบบุหรี่มีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มไม่ตั้งใจงดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ จึงพอสรุปได้ว่าความตั้งใจในการเลิกบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

พนมพร เลชะเจริญ (2532) ได้นำแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมมาใช้ในการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร ที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและสัดส่วนของจำนวนคนสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและน้อยกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ และค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

นิตยา เ็นน้ำ (2535) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 162 คน โดยใช้กรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์และไมแมนเป็นแนวทาง ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการและความเชื่อด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ อายุ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่

กัญญา บุญช่วย (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการควบคุมตนเองที่มีต่อการงดสูบบุหรี่ของพนักงานขายในวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมการควบคุมตนเองที่จัด ทำให้พนักงานขายกลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองสามารถงดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 10 แม้ว่าพนักงานขายบางส่วนยังคงสูบบุหรี่ แต่ก็มี การสูบบุหรี่ในจำนวนที่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนการปฏิบัติตัวในการงดสูบบุหรี่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ

สุวลี รุ่งเรือง (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรท ในการงดสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ การจูงใจ และให้กำลังใจ การสร้างความสามารถในตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้กระบวนการสื่อสารและการยอมรับนวัตกรรม การกระตุ้นเตือน และการใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทในการงดสูบบุหรี่ กลุ่มที่ศึกษาได้แก่ทหารประจำการที่สูบบุหรี่และสมัครใจ จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกลุ่มที่1 ได้รับกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น

ร่วมกับการใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทในการงดสูบบุหรี่ จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทอย่างเดียวในการงดสูบบุหรี่ จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรมใด ๆ จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 93 , 30 และ 15 ตามลำดับ และจำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทในการงดสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งควรได้รับการพิจารณานำไปใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการจัดโปรแกรม การเลิกสูบบุหรี่กับทหารกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

อภิสิทธิ์ รัตนสุวัจน์ (2538) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบบริโภคนิสัย ความคาดหวังในผลของการหยุดสูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ของคณานชายในโรงงานแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง คุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันจำนวน 168 คนเป็นกลุ่มไม่สูบบุหรี่ 94 คน และสูบบุหรี่ 74 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มสูบบุหรี่มีบริโภคนิสัยต่างจากกลุ่มไม่สูบบุหรี่ โดยมีความถี่ในการบริโภคน้ำอัดลมและสุราสูง ระดับการบริโภคพลังงานจากอาหารและไขมันสูง ความแตกต่างของการบริโภคเส้นใยอาหารไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มสูบบุหรี่มีคะแนนความคาดหวังต่อผลของการหยุดสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ของกลุ่มสูบบุหรี่ในปัจจุบันต่ำกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อบริโภคนิสัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และสนับสนุนทฤษฎีของเบนคูรา เกี่ยวกับเงื่อนไขและสิ่งเร้าว่า การเรียนรู้ที่บุคคลได้รับจากสังคมมีผลต่อการเลือกแนวทางปฏิบัติ และความคาดหวังต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ทำให้นักชดเลือกการไม่สูบบุหรี่

กาญจนา ศรี สิงห์ (2541) ได้ศึกษาประสิทธิผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในบ้านโนนม่วง หมู่ที่ 3 ต.ศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การจัดกิจกรรมกลุ่ม การแนะนำการจัดทำแผนการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ การติดตามผลและให้การเสริมแรง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมใน

การเลิกสูบบุหรี่ 2)แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยตนเอง ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว และผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Mc. Nemar test ผลการวิจัยสรุปดังนี้ ภายหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ มากกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับความเชื่อมั่น 95% และการติดตามผลพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการอบรม 4 สัปดาห์ มีจำนวนผู้สามารถเลิกสูบบุหรี่ ได้มากขึ้นถึง ร้อยละ 95.7

กิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544) ได้จัดโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ โดยการประยุกต์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มควบคุม 58 คน ใช้ระยะเวลาทดลอง 10 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการทางสุศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ได้แก่การประชุมกลุ่ม การอภิปรายหมู่ การเสนอ ตัวแบบ การกระตุ้นเตือน และการให้คำปรึกษา โดยจัดทำเป็นแผนสุศึกษา 3 ครั้ง กิจกรรมเยี่ยม บ้านและให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้อุปกรณ์ วีดีโอ เอกสาร สไลด์ ฟิล์มเอกซเรย์ปอด เครื่องชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดความจุปอด แพทย์ นิทรรศการ คู่มือการ เลิก แบบบันทึกการสูบ สัญญาการเลิกสูบบุหรี่กับตนเอง ของรางวัล จดหมายกระตุ้นเตือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้เรื่องบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีและ อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ที่ถูกต้องมากกว่าก่อน ทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้นำชุมชน ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ และลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ศิริพร เกตุดาว, วิรัช มั่นในบุญธรรม และภัทราภรณ์ กาบกกลาง (2547) ได้ศึกษาผล การจัดกิจกรรมตามโครงการธรรมะบำบัด ลด ละ เลิกบุหรี่ ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ที่เข้าร่วมโครงการ และศึกษา ปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล ประชากรคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2547 และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 17 คน และติดตามพฤติกรรมการสูบ บุหรี่ในระยะเวลา 6 เดือน คือก่อน เข้าร่วมกิจกรรม, ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือนที่ 3) และ ติดตามผลภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (เดือนที่ 6) โดยมีกิจกรรมตามขั้นตอนต่อไปนี้คือ ประชุมระดม ความคิดเห็น ประเมินภาวะสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมธรรมะบำบัดครั้งที่ 1 กิจกรรม ธรรมะบำบัดครั้งที่ 2 กิจกรรมธรรมะบำบัดครั้งที่ 3 และประเมินภาวะสุขภาพ สมรรถภาพปอด

ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม สรุปประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ผลการประเมินพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง 17 คนเป็นเพศชาย 16 คน ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างประจำ สูบบุหรี่มาเฉลี่ย 22.88 ปี ปริมาณที่สูบ 6 - 10 มวนต่อวัน ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมในเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ 5 คน ลดปริมาณการสูบ 4 คน และสูบคงเดิม 8 คน ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมในเดือนที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ 6 คน ลดปริมาณการสูบ 4 คน และสูบคงเดิม 7 คน สำหรับภาวะสุขภาพ ผลการตรวจสอบรพภาพปอด ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (6 เดือน) มีความจุปอดเพิ่มขึ้น 8 คน และในจำนวน 8 คนนี้ มีความจุปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ขึ้นไป 3 คน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนาและธรรมชาตินิยามใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้สูบบุหรี่ทั้ง 17 คน เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้ว เนื่องจากกลัวอันตรายจากบุหรี่ สิ้นเปลือง และบุคคลใกล้ชิดต้องการให้เลิก แต่กลับมาสูบใหม่เพราะมีความเครียดเป็นความเคยชิน ไม่ได้ตั้งใจจะสูบบอก แต่ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ามีความอดทนต่ออาการหงุดหงิดที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือน เห็นได้ว่าการได้เข้ากลุ่ม พบกับผู้ที่มีความตั้งใจที่เลิกบุหรี่เหมือนกัน ร่วมกิจกรรมทางพุทธศาสนา โดยการศึกษาธรรมะและธรรมชาติ ฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง เป็นกำลังใจให้กันและกัน ทำให้วิถีชีวิตดีขึ้น มีพลังที่จะลด ละ เลิกบุหรี่ ในชีวิตได้เป็นอย่างดี ทำให้ตนเองสามารถเลิกบุหรี่ได้ รู้สึกภูมิใจที่ทำได้สำเร็จ

จิตติมา พุ่มพรวณ (2547) ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน แบบกลุ่มเดียว โดยวัดจากจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันและความถี่ในการสูบบุหรี่ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการทดลองพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ในปริมาณและความถี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลลิตา เขตต์ภูฎี (2547) ได้ศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองพลทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จำนวน 176 คน ผลการวิจัยพบว่า ทหารกองประจำการส่วนใหญ่มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในระยะช่วงใจร้อยละ 31.25 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square, Fisher's exact พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน มีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การระบายอารมณ์ การประเมินตนเอง การประเมินสิ่งแวดล้อม การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การประกาศอิสรภาพต่อตนเองและการเสริมแรงในการจัดการมีความแตกต่างกันในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรม

และความต้องการสูบบุหรี่มีความแตกต่างกันในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาครั้งนี้สามารถนำกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มาเป็นแนวทางชี้แนะในการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ที่ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคลและเหมาะสมกับกลุ่ม ทหารกองประจำการต่อไป

Rosen & Lichtenstein (1977:957) ทำการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ในกลุ่ม คนงานที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ แต่มีความสมัครใจเข้าโปรแกรม 27 คน โดยการใช้พลังกลุ่มใน การควบคุมการสูบบุหรี่ ใช้รางวัลเป็นเครื่องล่อใจเพื่อจะได้เป็นกำลังใจ หลังจากนั้นก็จัดให้มีการ นัดพบในกลุ่มเป็นประจำ เพื่อใช้พลังกลุ่มในการอภิปรายช่วยเหลือกันในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ได้ผลสำเร็จและเป็นที่ยอมรับว่าได้ผลดี

Curry , et al. (1991:318-340) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ แรงจูงใจภายใน และแรงจูงใจภายนอกในโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง จากการสุ่มตัวอย่าง 1,217 คนพบว่ากลุ่ม ที่ใช้แรงจูงใจภายนอกคือ การให้เงินเป็นรางวัล จะสนใจข้อมูลข่าวสารและข้อปฏิบัติในการเลิก สูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายใน คือ การบังคับใจตนเอง ซึ่งเป็นแรงขับให้สนใจข้อมูล ข่าวสาร และวิธีการปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้นด้วย ในระยะติดตามผล 3-12 เดือน พบว่า กลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายใน สามารถบังคับตนเองได้ดีกว่า และมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายนอก

Orleansและคณะ (1991:439-480) ได้เปรียบเทียบวิธีการเลิกสูบบุหรี่ 4 วิธี โดยการ สุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งสูบบุหรี่ระดับปานกลาง และสูบบุหรี่จัด จำนวน 2,021 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ให้คำแนะนำ ให้มีประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กลุ่มที่ 2 ให้ คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน กลุ่มที่ 3 ให้คำแนะนำ ในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมด้วยการโทรศัพท์ย้ำเตือน 4 ครั้ง กลุ่มที่ 4 ให้คำแนะนำพร้อมการเสริมแรง โดยการให้รางวัลเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ 1 มีอัตราการเลิก สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มที่ 4 และกลุ่มที่ 2 พบว่าการให้ คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน ไม่มีผลต่อการ เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยแรงงานและประชาชนจำนวน 14 เรื่อง พบว่ามีการใช้แนวคิดทฤษฎีดังนี้คือ แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (อจนา เซวาน์ประยูร, 2531 และ กิตติศักดิ์ เมืองหนู, 2544) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (พนมพร เลขะเจริญ, 2532 และ กัญญา บุญช่วย, 2535) ทฤษฎีแรงจูงใจ (กัญญา บุญช่วย, 2535) การควบคุมตนเอง (กัญญา บุญช่วย, 2535) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (นิตยา เย็นฉ่ำ, 2535, สุวดี รุ่งเรือง, 2536 และ กิตติศักดิ์ เมืองหนู, 2544) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (สุวดี รุ่งเรือง, 2536 และ อภิลักษณ์ รัตนสุวัญ, 2538) การอบรมเชิงปฏิบัติการ (กาญจนาศรี สิงห์ภู, 2541) การใช้ธรรมชาติบำบัด (ศิริพร เกตุดาว, 2547) การจัดการตนเอง (จิตติมา พุ่มพรวิญญู, 2547) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ลลิตา เขตต์กัญญ์, 2547)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ และความคาดหวังต่อผลของการหยุดสูบบุหรี่

3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้มารับบริการ ณ สถานพยาบาล

อุบลรัตน์ เรืองหิรัญ (2527: 81) ได้ทำการสำรวจโครงการ 5 วัน เพื่องดสูบบุหรี่ของโรงพยาบาลมิชชั่น จากผู้ที่เข้าอบรมเป็นจำนวน 80 คน ตั้งแต่ พ.ศ.2521-2526 ผลการศึกษาพบว่าพื้นที่ที่โครงการงดสูบบุหรี่สิ้นสุดลง มีผู้งดสูบบุหรี่ได้จนถึงปัจจุบันร้อยละ 36.25 ร้อยละ 11.25 สูบจำนวนเท่าเดิม ร้อยละ 52.50 งดสูบบุหรี่ได้ช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วกลับไปสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน เหตุผลในการงดสูบบุหรี่พบว่า กลัวเป็นโรคร้ายบางชนิด รองลงมาคือ ต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความกลัวต่อการเป็นโรคร้ายมีผลต่อการงดสูบบุหรี่

มาลินี ภูวนันท์ (2538) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ปัจจุบันพบว่าผู้สูบบุหรี่จำนวนมากที่พยายามจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งบางรายไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นอย่างไรดีหรือไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรขณะเลิกสูบบุหรี่ ประกอบกับความรู้สึกที่ไม่มั่นใจในตัวเองจึงจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากคลินิกอดบุหรี่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิณผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สมัครใจจะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 73 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถาม แบบประเมินตนเองในการแก้ไขภาวะขาดนิโคตินขณะเลิกสูบบุหรี่ และติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 5, 8 และติดตามผลระยะยาว 1 ปี วิธีการติดตามผลโดยการนัดกลุ่มตัวอย่างมาคลินิกอดบุหรี่ ใช้โทรศัพท์

จดหมาย และการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2536 ถึงเดือนมิถุนายน 2537 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากที่สุดในสัปดาห์แรก คือ 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 หลังจากนั้นจำนวนการเลิกสูบบุหรี่ค่อย ๆ ลดลง กล่าวคือในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5, และ 8 ลดลงเหลือ 27 ราย, 17 ราย, 14 ราย, และ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 37, 23, 19, และ 14 ตามลำดับ สำหรับผลการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างระยะยาว 1 ปี พบว่ามีเพียง 4 ราย เท่านั้นที่เลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 6 นอกนั้นหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เช่นเดิม นอกจากนี้ยังพบว่า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 1 เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.004$) ส่วนจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนปีที่สูบบุหรี่ ประสบการณ์การเคยเลิกสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ผลที่ได้จากการศึกษา พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล (Counselling) การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ การให้แรงเสริมและแรงจูงใจ การใช้ตัวแบบ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ และคลินิกอดบุหรี่ในลักษณะนี้ควรจะขยายไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศเพื่อช่วยให้ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

สุภรณ์ บุหลัน (2546) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลสงขลาปัจจุบันพบว่า มีผู้พยายามจะเลิกสูบบุหรี่ แต่ไม่ทราบวิธีเริ่มต้นหรือการปฏิบัติตัวขณะเลิกสูบบุหรี่ ประกอบกับรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง จึงจำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากคลินิกอดบุหรี่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิณผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สมัครใจจะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 37 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ การสัมภาษณ์ และการสอบถาม ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ วิธีการติดตามผลโดย การนัดกลุ่มตัวอย่างมาคลินิกอดบุหรี่สัปดาห์ละครั้ง การสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้โทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด 16 สัปดาห์ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1 เลิกสูบบุหรี่ได้ 1 สัปดาห์และกลับไปสูบอีกจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.4 และไม่สามารถอดบุหรี่ได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ในจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้มีความมุ่งมั่นจนสามารถอดบุหรี่ได้สำเร็จ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.4บอกว่ามีกำลังใจจากผู้ดูแลประจำคลินิก จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.9 ต้องการยา

ทดแทนบุหรืช่วยเหลือขณะอดบุหรื โดยคิดว่าไม่สามารถทนความหงุดหงิดได้หากเลิกสูบบุหรืทันที และพบว่า การได้รับกำลังใจหรือแรงเสริม มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรือย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่ได้จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Counseling) การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรื การให้แรงเสริมและแรงจูงใจ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรื ในระยะ 1 – 2 สัปดาห์แรก ดังนั้นการบูรณาการ การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญและจำเป็นต่อการช่วยเหลือผู้ต้องการอดบุหรืให้สำเร็จ ในการเลิกสูบบุหรืได้ในระยะยาวหรือตลอดไป

รัชนิกร เกียนทอง (2546) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรื โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ทำการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรื ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรื และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรือย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

จิราภรณ์ เนียมบุญชู (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรืต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรืของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โปรแกรมประกอบด้วย 1.การประเมินความพร้อมความตั้งใจในการเลิกบุหรื 2.การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรื 3.การให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4.การติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่สูบบุหรืจำนวน 50คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรืสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรืของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรืสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Reeve, Calabro, และ Adams-Mcneill (2000 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ได้พัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในคลินิกพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังไม่คิดจะเลิกบุหรี่ กลุ่มที่เริ่มคิดจะเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มที่พร้อมจะเลิกบุหรี่ เปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการดูแล ให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอน (step care) กับการให้คำแนะนำตามปกติ (usual care) ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีการปรับปรุงพฤติกรรมในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ จากที่ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่มาเป็นเริ่มคิดจะเลิกบุหรี่

ในประเทศนอร์เวย์ Quist-Paulsen และ Gallefoss (2003 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับคู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล 2-3 ครั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และคู่มือการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้นหากยังคงสูบบุหรี่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจนครบ 5 เดือน หลังการประเมินผลเมื่อครบ 6 สัปดาห์พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อครบ 12 เดือน พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจนถึง 5 เดือน ($n=100$) เท่ากับร้อยละ 57 ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มควบคุม ($n=114$) เท่ากับร้อยละ 34

Dejong และ Veltman (2004 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-60 ปี มีประวัติสูบบุหรี่ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องสไปโรมิเตอร์ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลการตรวจสมรรถภาพปอดที่พบ และ 3) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่โดยใช้แนวคิดทฤษฎี Transtheoretical Model หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8-12 สัปดาห์ การติดตามและประเมินผลพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

Jonsdottir และ คณะ (2004 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 85 คนโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การให้

คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 2) การใช้โคโคตินทดแทนจากแพทย์และพยาบาล 3) การใช้กลุ่มสนับสนุน 4) การสอนเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด 5) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ และ 6) การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่และภาวะการติดนิโคติน ผลการศึกษาพบว่า จากการติดตามเป็นเวลา 1 ปี เหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 69 คน เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้และมีผู้ป่วยบางส่วนเสียชีวิตระหว่างดำเนินการทดลอง และร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าได้เลิกบุหรี่ตั้งแต่ที่เข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้รายงานสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Fung และคณะ (2005 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ (อายุเฉลี่ย 51 ปี) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไปแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจากที่มีการพบกันครั้งแรก 3 วัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้การนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกและการโทรศัพท์ที่ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย ประเมินการเลิกบุหรี่เมื่อครบ 3 เดือนและ 12 เดือน โดยประเมินจากการรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์ จากลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 3 เดือนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมรายงานว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้และการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อครบ 12 เดือนสามารถเลิกบุหรี่ได้ถึง 68 ราย (ร้อยละ 32)

Henrikus และคณะ (2005 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมช่วยผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการเลิกบุหรี่ การศึกษาดังกล่าวเป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) คือมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งผู้ป่วยตามการดูแลออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกันคือ 1) กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2) กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการเลิกบุหรี่ และ 3) กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ มีการติดตามผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลใน 2-3 วันแรก 1 สัปดาห์ 2-3 สัปดาห์ และหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้มีการโทรศัพท์ติดตาม 3-6 ครั้งคือ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน ผลการ

ติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 1 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนการติดตามเมื่อครบ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการให้คำปรึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่สูงสุด แต่ผลการตรวจนิโคตินในน้ำลายไม่มีความสัมพันธ์กับการรายงานของผู้ป่วย กล่าวคือผลการตรวจนิโคตินในน้ำลายกลับพบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียวกลับมีระดับสารนิโคตินในน้ำลายต่ำที่สุด

การศึกษาของ Barta และ Stacy (2005 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการอบรมพยาบาลในคลินิกเวชปฏิบัติจำนวน 15 ราย อายุระหว่าง 41-50 ปี ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ โดยใช้ทฤษฎีของ Bandura เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในความสามารถและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาของพยาบาล และใช้แนวปฏิบัติ 5As ได้แก่ Ask, Advice, Assess, Assist และ Arrange การประเมินพฤติกรรมการพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม และมีการติดตามเมื่อครบ 6 สัปดาห์ พบว่าพยาบาลได้สอบถาม (Ask) และแนะนำ (Advice) ผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่เป็นประจำอยู่แล้ว แต่พยาบาลได้มีการปฏิบัติด้านการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Assess) และ ด้านการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ (Assist) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้พอที่จะสรุปได้ว่า พยาบาลได้มีการซักประวัติการสูบบุหรี่ และการแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มีการทำเป็นประจำอยู่แล้ว แต่บทบาทในด้านการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่นั้นยังมีน้อย

ส่วนการศึกษาของ Chouinard และ Robichaud-Ekstrand (2005 อ้างใน สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2549) เป็นการศึกษาประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 168 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการติดตามทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง และเยี่ยมบ้านเมื่อครบ 2 และ 6 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาขณะที่อยู่โรงพยาบาลเท่านั้น และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ 1 ครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ ในช่วง 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ คิดเป็นร้อยละ 41.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้มารับบริการ ณ สถานพยาบาลจำนวน 13 เรื่อง มาลินี ภูวนันท์ (2538) พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล (Counselling) การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ การให้แรงเสริมและแรงจูงใจ การใช้ตัวแบบ มี

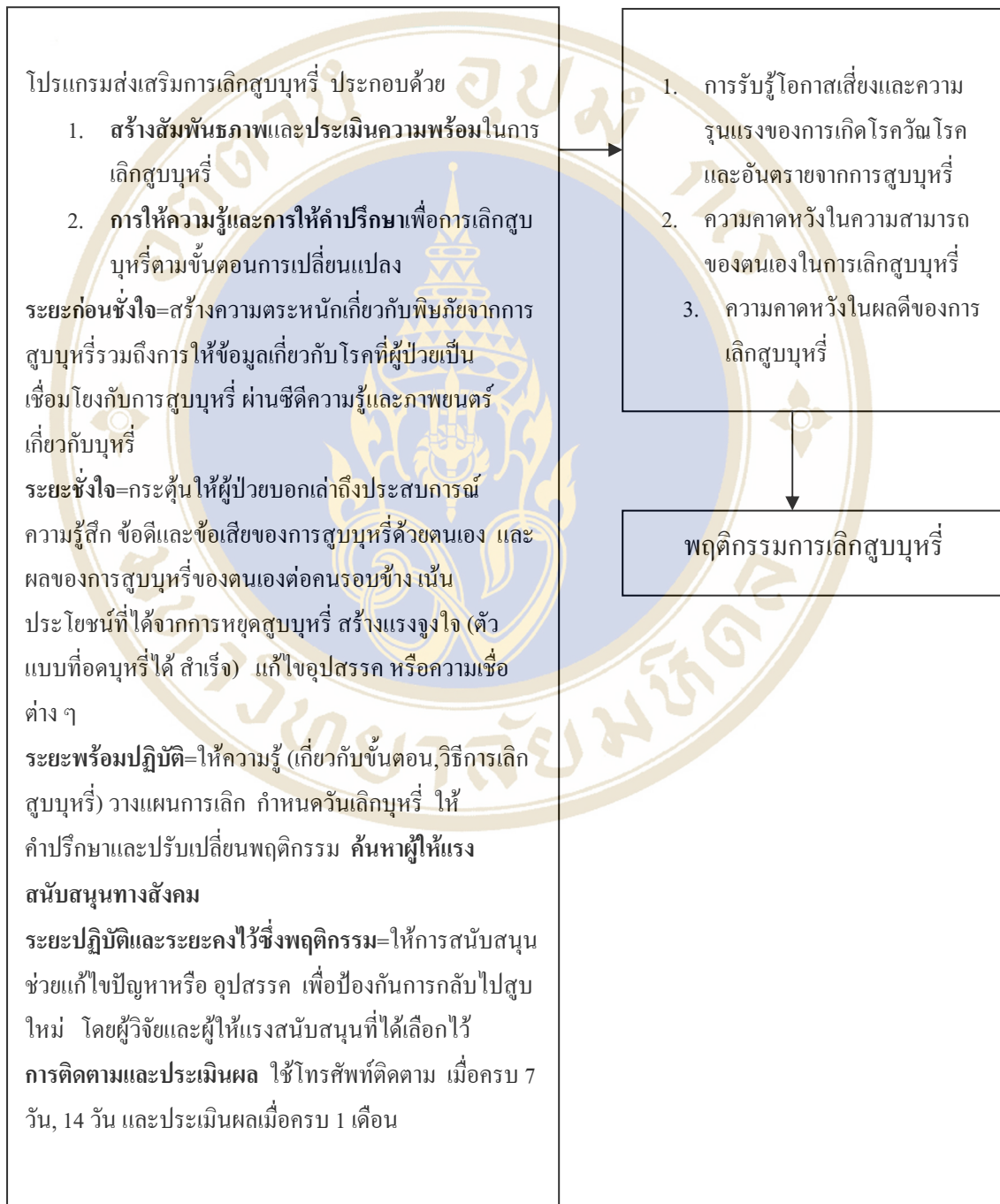
ความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ บุหพันธ์ (2546) นอกจากนี้ยังพบว่ากำลังใจจากเจ้าหน้าที่คลินิกอดบุหรี่ กำลังใจและแรงสนับสนุนจากครอบครัวทำให้มีความมุ่งมั่นจนสามารถอดบุหรี่ได้สำเร็จ(สุภรณ์ บุหพันธ์,2546) จากการศึกษาของจิราภรณ์ เนียมบุญขจร(2548) พบว่าการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาเป็นพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ นั้นพบว่าได้ประสิทธิผลที่ดี สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค อีกทั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยมีมากเพียงพอที่จะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการประเมินความพร้อม และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรค และนำมาประยุกต์จัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคในการเลิกบุหรี่อย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานทั้ง 10 ประการ มาจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล มีการใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ Reeve (2000) Dejong (2004) Chouinard (2005) และ Jonsdottir (2004) กิจกรรมในการดำเนิน โปรแกรมนอกจากการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่แล้ว ยังมีการติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินผลและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง Dejong (2004) Jonsdottir (2004) Fung (2005) Hennrikus (2005) และ Chouinard (2005) นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จากการศึกษาของ Chouinard (2005)พบว่าวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการติดตามผู้ป่วย และพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดีได้แก่การใช้โทรศัพท์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดการให้คำปรึกษาร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ไว้ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ด้วย ซึ่งการใช้โทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจถือเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการเสริมแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่ได้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Posttest Design) โดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค โดยมีรูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

O_1 — X — O_2

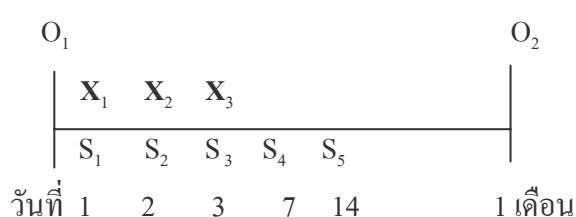
แผนภูมิ รูปแบบการวิจัย

O_1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มทดลอง



แผนภูมิ การทดลอง

- O_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่
- O_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และแบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ใกล้ชิด
- X_1 หมายถึง กิจกรรมสุศึกษาครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
- X_2 หมายถึง กิจกรรมสุศึกษาครั้งที่ 2 ฝึกปฏิบัติวิธีการคลายเครียด ให้คำปรึกษาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ซ้ำ พูดคุย ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่และร่วมกับผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไข โดยเน้นการยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อช่วยเสริมกำลังใจ พาชมปอดจริงของผู้ป่วย
- X_3 หมายถึง กิจกรรมสุศึกษาครั้งที่ 3 ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูบบุหรี่วางแผนในการเลิกบุหรี่ กำหนดวัน เลือกวิธีที่เหมาะสม บอกขั้นตอนการเลิก ปัญหาที่อาจพบ อาการ และวิธี ปฏิบัติแนะนำการปฏิบัติตัวขณะเลิกบุหรี่ ใช้เทคนิค 5D ทำสัญญาการเลิกบุหรี่ การติดตามทางโทรศัพท์
- S_1-S_5 หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้เลือกไว้ในด้านอารมณ์ทำการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ติดตาม เมื่อครบ 7 วัน ,14 วัน และประเมินผลเมื่อครบ 1 เดือน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวินโรคปอดที่สำนึกวินโรคกรรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคปอด ที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง ม.ค.- เม.ย.2552 ที่สุบบุรีและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 30 คน หรือให้ได้จำนวนมากที่สุดภายในช่วงเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตามการได้จำนวนตัวอย่างไม่ครบ 30 คนตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลที่ได้จะต้องนำมาทดสอบการกระจายปกติก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มานาน 6 เดือนและยังคงสูบต่อเนื่องในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
2. เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรง อันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ (เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ได้รับอนุญาตให้สถานบริการ)
3. ได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้
4. ผู้ป่วยมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ผู้ป่วยมีที่อยู่ชัดเจนและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
6. ผู้ป่วยทุกรายต้องมีผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหรืออาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การศึกษาวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเองประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สอบถามเพียงครั้งเดียวก่อนการทดลองประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ วิธีในการเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่เลิกบุหรี่และสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ
3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ของ รศ.นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำมาปรับใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคปอดที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

			ข้อความการรับรู้ด้านบวก	ข้อความการรับรู้ด้านลบ
ถ้าเลือกตอบ	เห็นด้วย	คะแนน	2	0
	ไม่เห็นด้วย	คะแนน	1	1
	ไม่เห็นด้วย	คะแนน	0	2

ข้อความการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่
ทางด้านบวกจำนวน 11 ข้อความ ได้แก่ ข้อ 1,4,5,6,7,8,9,10,11,12 และ 13

ข้อความการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่
ทางด้านลบจำนวน 2 ข้อความ ได้แก่ ข้อ 2,3

เกณฑ์ในการแบ่งระดับ

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่มี
จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 26 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้
แบ่งแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวความคิดของเสรี ลาซโรจน์ (2537: 65 – 68 อ้างใน
กุลวรรณ นาครักษ์, 2540)

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ความหมาย
0 – 15	น้อยกว่าร้อยละ 60	ไม่ถูกต้อง
16 – 20	ร้อยละ 60 - 79	ไม่แน่ใจ
21 – 26	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ถูกต้อง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ เป็น
แบบวัดที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของ
กุลวรรณ นาครักษ์ (2540) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 14 ข้อ ซึ่งเป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง
กับการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าชนิดตัวเลือก 3 ระดับ
ได้แก่ ทำได้ ไม่แน่ใจ และทำไม่ได้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 2,1 และ 0 ตามลำดับ

เกณฑ์ในการแบ่งระดับ

แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 14 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 28 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบ่งแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวความคิดของเสรี ลาขโรจน์ (2537: 65 – 68 อ้างในกุลวรรณ นาครักษ์, 2540) ดังนี้

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ความหมาย
0 – 16	น้อยกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
17 – 22	ร้อยละ 60 - 79	ปานกลาง
23 – 28	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	สูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ สร้างแบบมาตราส่วนประมาณค่าชนิดตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3,2,1 ตามลำดับ

เกณฑ์ในการแบ่งระดับ

แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13 – 39 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบ่งแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวความคิดของเสรี ลาขโรจน์ (2537: 65 – 68 อ้างในกุลวรรณ นาครักษ์, 2540) ดังนี้

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ความหมาย
13 – 23	น้อยกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
24 – 30	ร้อยละ 60 - 79	ปานกลาง
31 – 39	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	สูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการทดลอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อตรวจสอบการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำการตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและเหมาะสมของข้อคำถาม มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรค ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่มารับการตรวจที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 คน โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อหาค่าความเที่ยง โดยค่าที่ได้จะต้องไม่น้อยกว่า 0.70 ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

- แบบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ = 0.8336
- แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ = 0.8993
- แบบสอบถามความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ = 0.8840

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เป็นโปรแกรมที่สร้างจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการประเมินระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศ ศึกษาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่

2. กำหนดขั้นตอนการทำการกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา และขั้นตอนการติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดจำนวนครั้งที่จะพบกลุ่มตัวอย่าง ความถี่ ระยะเวลาในการติดตาม

3. ในขั้นตอนการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองโดยเข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ รุ่น 1 ภาคทฤษฎีระหว่างวันที่ 12 – 14 และ 19 – 21 กุมภาพันธ์ 2550 และฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม ในวันที่ 12 มีนาคม 2550 จัดโดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาคอนิกให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ รพ.สมเด็จพระปิยะเกล้า

4. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ การเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อเลิกบุหรี่

5. สร้างโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

5.1 การประเมินความพร้อมและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยให้มีความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจ โดยการพูดคุย แนะนำตัว ทักทาย และมีการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

5.2 การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ บอกประโยชน์ที่ได้จากการหยุดสูบบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ผลการสูบบุหรี่ของตนเองต่อครอบครัว

5.3 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5.4 กำหนดการติดตามในกลุ่มทดลอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นวิธีที่สะดวกและมีประสิทธิผลที่ดี (Quist-Paulsen & Gallefoss, 2003 ;

Orleans,1991 ; Henrikus,2005) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง คือ เมื่อครบวันที่ 7 และ 14

6. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อขอความอนุเคราะห์วีดิทัศน์เรื่อง บุหรี่ ความลับความรู้ (ความยาว 15 นาที) สำหรับให้ผู้ป่วยชมเพื่อที่จะได้เห็นภาพและเสียงที่เหมือนจริง เพื่อที่จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ และเกิดความตระหนักถึงพิษภัยและ คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อประกอบการให้คำแนะนำและสำหรับให้ผู้ป่วยนำกลับไปดูที่บ้าน ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) เหตุจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ (ประโยชน์ทันตาเห็น ประโยชน์ในอนาคต ประโยชน์ที่ครอบครัวและเพื่อน ๆ ของคุณจะได้รับ อะไรทำให้คุณไม่ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่) 2) การเตรียมตัวพร้อมที่จะเลิก (ต้องรู้จักแก้ไขสถานการณ์ หาใครบางคนไว้คอยช่วยเหลือ) 3) ลงมือ...หยุดเลย (และแล้วก็ถึงวันสำคัญ เผชิญอาการขาดบุหรี่อย่างมีสติ ถ้ามีอาการหงุดหงิดให้ปฏิบัติตัวดังนี้ ปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน เมื่อคุณเลิกได้แล้ว) 4) ยินหยัดที่จะไม่สูบบุหรี่ต่อไป (อย่าประมาท ให้กำลังใจตนเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ คอยระวังน้ำหนักร่างกายเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่)

7. ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการดูแลผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่โดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาคำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา นำมาสร้างคู่มือการดูแลผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่โดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและถูกต้องตามเกณฑ์ นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มตั้งแต่เดือน ม.ค.- เม.ย.2552 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอผู้อำนวยการสำนักกัมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสำนักกัมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์และเจ้าหน้าที่ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย

3. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการแจ้งให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทราบเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ทั้งผู้ป่วยที่รักษาอยู่เดิมและผู้ป่วยใหม่ทุกราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสนใจ เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และแจกแผ่นพับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วย

5. การดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ คือ ระหว่างเดือน ม.ค.-เม.ย. 2552 การดำเนินการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยวันโรคที่มาเข้ารับการรักษา ที่สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. หลังจากได้รับความร่วมมือ และได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นใบยินยอมการเข้าร่วมการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

การดำเนินการตามโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ซึ่งการจัดกิจกรรมจะเป็นแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในขณะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 3 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามที่บ้านอีก 2 ครั้ง และมีการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการทดลองอีก 1 ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 (45 – 60 นาที)

1. ผู้วิจัยนำผู้ป่วยมายังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะไม่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และมีแบบฟอร์มการลงนามยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. ให้ผู้ป่วยทำการคัดเลือกผู้ที่ทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ โดยคัดเลือกบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้ 1 คน ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ที่ทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนะนำความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และอธิบายถึงบทบาทที่ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมต้องกระทำเทคนิคในการกระตุ้นเตือน แจกเอกสารความรู้เรื่องบุหรี่แก่ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นได้แจกคู่มือในการดูแลผู้สูบบุหรี่ (ภาคผนวก ... หน้า...) ใช้เวลา 40 นาที กรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถพบผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้วิธีส่งจดหมายและติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์

4. ขั้นตอนการวางแผนและปฏิบัติการ ให้การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นชังใจ โดยนำกระบวนการพื้นฐานมาใช้ในการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยดังนี้

4.1 กระบวนการสร้างความตระหนักและการระบายความรู้สึก ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดอารมณ์ โดยให้ชมวิดีโอที่สนเรื่องบุหรี่ ความลับ-ความรู้ ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ภาพของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เพื่อกระตุ้นอารมณ์ด้วยภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพทั้งต่อตนเอง และต่อคนใกล้ชิดหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป เนื่องจากการมีอารมณ์จะมีผลให้ผู้ป่วยเริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ การใช้กระบวนการนี้ช่วยกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวเห็นถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สร้างความตระหนัก ความกลัว โดยเฉพาะในบุคคลที่เชื่อว่าตนเองแข็งแรงดีไม่น่าจะมีโอกาสเกิดโรคได้ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ (Prochaska, et al, 2002) เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหลังได้ชมวิดีโอ

4.2 กระบวนการประเมินตนเองและการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม โดย การที่ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงผลดีและผลเสียของการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ปัญหาที่ได้รับ จากการสูบบุหรี่ ข้อเสียจากการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งมีการเปรียบเทียบระหว่างผลดีและผลเสีย เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย จะเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำไปสู่ความสมดุลของการตัดสินใจได้ (Prochaska & Norcross, 2003) หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วย ได้บอกถึงปัญหาและอุปสรรคของการเลิกบุหรี่ของตนเอง ครั้งที่ผ่านมา หรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็น อุปสรรคในรายที่ยังไม่เคยเลิกบุหรี่มาก่อน พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคร่วมกัน เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น

4.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม โดยให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากควันบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินว่าการสูบบุหรี่ของตนมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด บุคคล ใดบ้างและมีบุคคลใดบ้างในครอบครัวที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ สำหรับใช้ในการวางแผนเลิกบุหรี่ โดย ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในการที่จะขอความร่วมมือใน การจัดสถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ให้กับผู้ป่วย

4.4 ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และ ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณวิจัยพร้อมและยินดีที่จะช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยต้องการ เลิกบุหรี่ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้นจึงจำเป็นต้องมีการสร้างแรงจูงใจ ในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้หลัก 5R ของ American Medical Association (2002) สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วย และการโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 7 และ 14

5. ผู้วิจัยประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ตามความพร้อม ในการเลิกสูบบุหรี่ ให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ และใช้กิจกรรมตามกระบวนการเปลี่ยนแปลง ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5.1 สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 ขั้นพร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการ พื้นฐานอีก 4 กระบวนการ ดังนี้ 1) การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้ทำ สัญญาต่อตัวเองในการเลิกบุหรี่โดยกำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่ และเป็นการตกลงว่าเขาจะปฏิบัติ ตามสัญญาที่ได้ให้ไว้ 2) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกลไกการติดนิโคติน อาการถอนนิโคติน อาการที่จะเกิดระหว่างการหยุดสูบบุหรี่ พร้อมกับแนะนำการฝึกปฏิบัติตัวใน การเลิกสูบบุหรี่ วิธีการและขั้นตอนในการปฏิบัติตัว โดยให้ทั้งบุหรี่รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ใน

การสูบบุหรี่ทั้งหมด ผู้วิจัยบอกถึงปัญหาที่จะพบในระหว่างการพยายามเลิกสูบบุหรี่ และวิธีเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมหาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมและให้ผู้สูบบุหรี่ได้ตัดสินใจเองพร้อมแจกคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยในการกำหนดวันเริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่ โดยวันที่จะหยุดไม่ควรนานเกินไป 4 สัปดาห์ เพราะจะทำให้ผู้สูบบุหรี่ลืมนความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ (สเปญ อ่อนองค์, 2543) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีความพร้อมผู้วิจัยจะแนะนำให้ผู้ป่วยกำหนดไม่เกิน 7 วัน และให้ความช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำการเผชิญปัญหาด้านร่างกายและจิตใจขณะหยุดสูบบุหรี่ 3) การประกาศอิสรภาพต่อสังคม เป็นกิจกรรมที่เมื่อผู้ป่วยได้ตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่แล้ว ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยบอกถึงความตั้งใจนี้ให้บุคคลใกล้ชิดและครอบครัวรับรู้ถึงความตั้งใจเพื่อขอความช่วยเหลือการสนับสนุนและให้กำลังใจ 4) การเสริมแรง ผู้วิจัยให้กำลังใจผู้ป่วยที่กำลังจะเริ่มอดบุหรี่และให้ความมั่นใจว่าทำได้

5.2 สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการเสริมแรงโดยการกล่าวแสดงความชื่นชมยินดีเมื่อผู้ป่วยเริ่มอดบุหรี่ และให้กำลังใจในการพยายามต่อไป เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจจะทำให้รู้สึกดีจะมีผลให้ผู้ป่วย อยากที่จะเลิกบุหรี่ต่อไป ใช้กระบวนการควบคุมสิ่งเร้า เป็นการค้นหาสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ร่วมกันโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกด้วยตนเองถึงความรู้สึก และวิธีการแก้ไขปัญหานั้นพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร่วมหาแนวทางแก้ไขให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด เพื่อลดโอกาสการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก

ครั้งที่ 2 (10-15 นาที) วันที่ 2 ให้คำปรึกษาตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ซ้ำ พูดคุยถึงปัญหาในการงดสูบบุหรี่ ร่วมกับผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไข ฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียด ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่และแนวทางแก้ไข เน้นการยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อช่วยเสริมกำลังใจ พาชมปอดจริงของผู้ป่วย

เนื่องจากสัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ เป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่จะต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างมากต่อกับความอยากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะเมื่อผู้สูบบุหรี่หยุดสูบได้ประมาณ 48-72 ชั่วโมง ร่างกายจะสามารถขับนิโคตินออกจากร่างกายได้หมด สมองของผู้สูบบุหรี่เคยชินกับการที่ถูกกระตุ้นโดยนิโคติน เมื่อเลิกสูบในระยะแรกจึงเกิดอาการง่วงซึม หรือไม่มีสมาธิในการทำงาน อาการเหล่านี้จะเป็นมากใน 2-3 วันแรกของการหยุดสูบบุหรี่และต่อเนื่องจนถึง 7-10 วัน (Nisell, et al., 1995) จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยต้องติดตามผู้สูบบุหรี่

ครั้งที่ 3 (10-15 นาที) วันที่ 3 ขึ้นพร้อมปฏิบัติหรือขึ้นปฏิบัติ ผู้วิจัยร่วมกับผู้
สูบบุหรี่วางแผนในการเลิกบุหรี่ กำหนดวัน เลือกรวิที่ที่เหมาะสม บอกขั้นตอนการเลิก ปัญหาที่
อาจพบ อาการ และวิธีปฏิบัติ แนะนำการปฏิบัติด้วยตนเองเลิกบุหรี่ ใช้เทคนิค 5D ฝึกปฏิบัติวิธีการ
คลายเครียด

1. ติดตามประเมินความตั้งใจและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่ม
ทดลอง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้
2. ร่วมหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ โดย
ผู้วิจัยเป็นผู้สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับการแก้ไขอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยท้อแท้
และทำการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง
3. ให้กำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่
ได้ ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่
4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งนัดหมาย
การติดตามทางโทรศัพท์เมื่อครบ 7 วัน และ 14 วัน

ครั้งที่ 4 (10-15 นาที) วันที่ 7 เป็นการติดตามผู้ป่วยและญาติพร้อมกับให้
คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่
จะหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้ใหม่ จากการที่ระบบการไหลเวียนเริ่มดีขึ้นสมองเริ่มมีการฟื้นตัว ทำให้ผู้
สูบบุหรี่มีอาการอยากสูบบุหรี่เป็นระยะๆ และมักจะคิดว่าการลองสูบบ้างเป็นครั้งคราวไม่เป็นไร
เพราะคิดว่าตนเองสามารถเลิกสูบได้แล้วจึงเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

1. กระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์ซักถามอาการทั่วไปให้กำลังใจ ให้
คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ ในรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้หรือหวนกลับไปสูบใหม่ ผู้วิจัย
ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร่วมหาแนวทางแก้ไข
และผู้วิจัยได้มีการโทรศัพท์ติดตามเพิ่มเติมทุก 1 สัปดาห์
2. ให้กำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่
ได้ ให้คำแนะนำในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

ครั้งที่ 5 วันที่ 10 โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติพร้อมกับให้คำปรึกษา
ทางโทรศัพท์ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ

ครั้งที่ 6 ครบ 1 เดือน ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยที่มารับยาหรือมาตรวจตามแพทย์นัด
ที่แผนกผู้ป่วยนอก และขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่หลังสิ้นสุดการ

ทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

สรุปวิธีการดำเนินการวิจัย

ครั้งที่ 1 วันที่ 1

- 1) ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง
- 2) ชมวีดิทัศน์ ร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของการสูบบุหรี่
- 3) ให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5 R
- 4) ร่วมกับผู้ป่วยเลือกผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม แจกคู่มือการเลิกบุหรี่
- 5) โทรศัพท์ติดต่อผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนะนำความรู้ บทบาทที่ต้องกระทำ เทคนิคกระตุ้นเตือน

ครั้งที่ 2 วันที่ 2

- 1) ให้คำปรึกษาตามกระบวนการเปลี่ยนแปลง สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ซ้ำ
- 2) พูดคุยถึงปัญหาในการงดสูบบุหรี่ ร่วมกับผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไข
- 3) ฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียด เน้นการยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อช่วยเสริมกำลังใจ
- 4) พาชมปอดจริงของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 ขึ้นพร้อมปฏิบัติหรือขึ้นปฏิบัติ

- 1) ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูบบุหรี่วางแผนในการเลิกบุหรี่ กำหนดวัน เลือกรูปแบบที่เหมาะสม บอกขั้นตอนการเลิก ปัญหาที่อาจพบ อาการ และวิธีปฏิบัติ โดยใช้เทคนิค 5D
- 2) ฝึกปฏิบัติวิธีการคลายเครียด
- 3) นัดการติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 4 วันที่ 7 โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติพร้อมกับให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและกล่าวชมถ้าทำได้

ครั้งที่ 5 วันที่ 14 โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติพร้อมกับให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจ

ครั้งที่ 6 ครบ 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 95% เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

2. การวิเคราะห์และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential Statistic)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่ได้และเลิกไม่ได้ ภายหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

เงื่อนไขก่อนการใช้สถิติอ้างอิงข้างต้น คือ การทดสอบการกระจายปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ถ้าหากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติจะมีการนำสถิตินอนพาราเมตริกซ์มาใช้แทนดังนี้ คือ ใช้ Wilcoxon Sign Range Test แทน Paired Sample t-test และใช้ Mann Withney U test แทน Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มตัวอย่าง เดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษา ที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือน ม.ค.-เม.ย.2552 ซึ่งใน เบื้องต้นผู้วิจัยกำหนดจำนวน 30 คน หากแต่คุณสมบัติเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการเป็นโรคของกลุ่ม ตัวอย่างทำให้ค้นหากลุ่มตัวอย่างได้ยาก และด้วยเงื่อนไขจำกัดด้านเวลา จึงได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 19 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอแบ่งเป็น 11 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
- ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
- ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่
- ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง
- ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง
- ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับ
พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการเลิก
สูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 11 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ 20-29 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.3 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 41.74 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.45 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 89.5 เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 57.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.ร้อยละ 31.6 และ 15.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามี 1 รายไม่ได้เข้ารับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 84.2 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 63.2 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 15.8 ที่เหลือเป็นนักศึกษาและว่างงานคิดเป็นร้อยละ 10.5 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.1 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5.3 มีรายได้ในช่วง 10,001-15,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,036.84 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2,819.22 บาท มีรายได้ต่ำสุดเท่ากับ 2,000 บาทและมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 14,000 บาท ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากรและสังคม	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	5	26.3
30-39	2	10.5
40-49	7	36.8
50-59	4	21.1
≥60 ปีขึ้นไป	1	5.3
$\bar{X} = 41.74$, S.D.= 12.45 , min – max = 21-63		
เพศ		
ชาย	17	89.5
หญิง	2	10.5
สถานภาพสมรส		
โสด	8	42.1
คู่	11	57.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	5.3
ประถมศึกษา	7	36.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	31.6
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	3	15.8
อนุปริญญา หรือ ปวส.	2	10.5
ศาสนา		
พุทธ	16	84.2
คริสต์	1	5.3
อิสลาม	2	10.5

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม (ต่อ)

คุณลักษณะประชากรและสังคม	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	12	63.2
ค้าขาย	3	15.8
นักศึกษา	2	10.5
ว่างงาน	2	10.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤5,000 บาท	8	42.1
5,001-10,000 บาท	10	52.6
10,001-15,000บาท	1	5.3
$\bar{X} = 6,036.84$, S.D.= 2819.22 , min – max = 2,000 – 14,000		

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีบิดาสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 84.2 รองลงมามีพี่หรือน้องสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 57.9 มีญาติที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 47.4 มีมารดาสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 21.1 มีคู่สมรสที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 15.8 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว

การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว*	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
บิดา	16	84.2
มารดา	4	21.1
พี่/น้อง	11	57.9
ญาติ	9	47.4
คู่สมรส	3	15.8

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างส่วนมากคือการพักผ่อนคิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาคือการดูโทรทัศน์คิดเป็นร้อยละ 36.8 ฟังเพลงคิดเป็นร้อยละ 15.8 เล่นกีฬาคิดเป็นร้อยละ 10.5 อ่านหนังสือและไปเที่ยวคิดเป็นร้อยละ 5.3 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง

กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง*	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
อ่านหนังสือ	1	5.3
เล่นกีฬา	2	10.5
ฟังเพลง	3	15.8
ไปเที่ยว	1	5.3
ดูโทรทัศน์	7	36.8
พักผ่อน	11	57.9

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่เหล่านี้ส่วนมากเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกช่วงอายุ 15-19 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาเริ่มสูบบุหรี่ช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.5 โดยมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกน้อยที่สุดคือ 12 ปี และมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกสูงที่สุดคือ 38 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เท่ากับ 17.32 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.68 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสูบบุหรี่มานาน มากกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 58.1 รองลงมาสูบบุหรี่มานานมากกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.2 สำหรับจำนวนมวนที่สูบ พบว่าสูบมากกว่า 20 มวนขึ้นไปต่อวันคิดเป็นร้อยละ 31.6 สูบ 6-10 มวนต่อวันคิดเป็นร้อยละ 31.6 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนที่สูบต่อวันเท่ากับ 12.53 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.65 โดยชนิดของบุหรี่ที่สูบทั้งหมดคือบุหรี่โรงงาน เหตุผลที่สูบบุหรี่เพราะอยากลองร้อยละ 57.9 รองลงมาคือสูบเพื่อคลายเครียดคิดเป็นร้อยละ 21.1 พบว่าผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าภายใน 5 นาทีและสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าภายใน 6-30 นาทีคิดเป็นร้อยละ 36.8 เท่ากัน และสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอน

เข้ามากกว่า 60 นาทีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 21.1 สำหรับสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างชอบสูบบุหรี่ได้แก่ สถานที่ที่ไม่มีห้ามสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมาคือในที่โล่ง คิดเป็นร้อยละ 26.3 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังชอบสูบบุหรี่ในห้องนอนหรือห้องน้ำคิดเป็นร้อยละ 15.8 มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.3 ที่ตอบว่าชอบสูบบุหรี่ที่ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่		
น้อยกว่า 15 ปี	6	31.5
15-19 ปี	9	47.4
20-24 ปี	3	15.8
25 ปีขึ้นไป	1	5.3
$\bar{X} = 17.32$, S.D.= 5.68 , min-max = 12-38		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่		
1-5 ปี	1	5.2
6-10 ปี	2	10.5
11-15 ปี	4	21.0
16-20 ปี	1	5.2
> 20 ปีขึ้นไป	11	58.1
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)		
1-5 มวน	5	26.2
6-10 มวน	6	31.6
11-15 มวน	1	5.3
16-20 มวน	6	31.6
>20 มวนขึ้นไป	1	5.3
$\bar{X} = 12.53$, S.D. = 7.65 , min-max = 1-30		
ชนิดบุหรี่ที่สูบ		
บุหรี่โรงงาน	19	100.0

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้สูบบุหรี่		
อยากลอง	11	57.9
เลียนแบบเพื่อน	2	10.5
เพื่อความเท่	2	10.5
เพื่อคลายความเครียด	4	21.1
ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนกระทั่งสูบบุหรี่มวนแรกของวัน		
ภายใน 5 นาที	7	36.8
ระหว่าง 6 - 30 นาที	7	36.8
ระหว่าง 31 - 60 นาที	1	5.3
มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	4	21.1
สถานที่ที่ท่านชอบสูบบุหรี่		
ที่โล่งแจ้ง	5	26.3
ที่ไม่มีการห้าม	10	52.6
ทุกที่	1	5.3
ห้องน้ำ,ห้องนอน	3	15.8

ความพยายามในการเลิกบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ร้อยละ 68.4 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ โดยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุดเป็นระยะเวลา 1 ปีคิดเป็นร้อยละ 15.38 เหตุผลที่พยายามเลิก พบว่ามีปัญหา ด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมาคือมีคนแนะนำให้เลิกคิดเป็นร้อยละ 15.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่โดยหยุดสูบบุหรี่ทันทีหรือการหักดิบคิดเป็นร้อยละ 100.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเพราะทนความหงุดหงิดไม่ได้ เท่ากับยังไม่อยากเลิกเองคิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าที่ยังเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จเพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอคิดเป็นร้อยละ 15.3 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลที่ยังเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ เพราะคิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อโรคร้ายให้กับตนเอง เพื่อนชวน และเหงาคิดเป็นร้อยละ 7.7 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่		
ไม่เคย	6	31.6
เคย	13	68.4
ระยะเวลาที่เลิกได้นานที่สุด (n=13)		
1-30 วัน	5	38.4
31-90 วัน	3	23.1
91-180 วัน	2	15.4
>180 วัน	3	23.1
เหตุผลสำคัญที่สุดที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ (n=13)		
มีปัญหาสุขภาพ	10	76.9
สิ้นเปลือง	1	7.7
มีคนแนะนำให้เลิก	2	15.4
วิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ (n=13)		
เลิกทันที/หักดิบ	13	100.0
เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ(n=13)		
จิตใจไม่เข้มแข็งพอ	2	15.3
คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายกับตนเอง	1	7.7
ยังไม่อยากเลิกเอง	4	30.8
ทนความหงุดหงิดไม่ได้	4	30.8
เพื่อนชวน	1	7.7
เหงา	1	7.7

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะประชากรและสังคมของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาคือมีอายุมากกว่า 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 21.1 และส่วนน้อยมีอายุระหว่าง 50-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 10.5 โดยอายุเฉลี่ยของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 45.89 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.74 โดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมมีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 20 ปี และมีอายุมากที่สุดเท่ากับ 76 ปี ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 73.7 เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นภรรยาคิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาคือมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 31.6 และร้อยละ 15.8 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นมารดา ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 78.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.7 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 15.7 ร้อยละ 5.3 จบการศึกษาระดับอนุปริญาหรือปวส. เท่ากับจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 94.7 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 5.3 ร้อยละ 63.2ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 21.1 ร้อยละ 10.5 วางงาน ร้อยละ 52.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 1-5,000 บาท รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 42.1 มีเพียงร้อยละ 5.3 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท โดยรวมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,036.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2,815.28 และมีรายได้ต่ำสุดเท่ากับ 2,000 บาท มีรายได้สูงสุดเท่ากับ 12,000 บาท ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากรและสังคม	ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	3	15.8
30-39	3	15.8
40-49	7	36.8
50-59	2	10.5
≥60 ปีขึ้นไป	4	21.1
$\bar{X} = 45.89$, S.D. = 15.74 , min – max = 20-76		

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม (ต่อ)

คุณลักษณะประชากรและสังคม	ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	26.3
หญิง	14	73.7
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
สามี	1	5.3
ภรรยา	7	36.8
พี่หรือน้อง	2	10.5
มารดา	3	15.8
เพื่อน	6	31.6
สถานภาพสมรส		
โสด	3	15.8
คู่	15	78.9
หม้าย	1	5.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	73.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.7
อนุปริญญา หรือ ปวส.	1	5.3
ปริญญาตรี	1	5.3
ศาสนา		
พุทธ	18	94.7
อิสลาม	1	5.3

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม (ต่อ)

คุณลักษณะประชากรและสังคม	ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
งานบ้าน	3	15.8
รับจ้าง	12	63.2
ค้าขาย	4	21.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
$\leq 5,000$ บาท	10	52.6
5,001-10,000 บาท	8	42.1
10,001-15,000บาท	1	5.3
$\bar{X} = 6,036.84$ S.D. = 2,815.28 min – max = 2,000-12,000		

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ เป็นรายชื่อก่อนและหลังการทดลอง

3.2 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ในรายข้อพิจารณาตามการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ การรับรู้ถูกต้องเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง การรับรู้ถูกต้องเท่าเดิมหลังการทดลอง และการรับรู้ถูกต้องลดลงหลังการทดลอง ดังนี้

การรับรู้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจำนวน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามที่ 1 การสูบบุหรี่ทุกประเภทมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 94.7 : 89.5 , ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.89 : 1.84) คำถามที่ 2 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละที่ไม่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 68.4 , ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.84 : 1.53) คำถามที่ 3 การสูบบุหรี่กั้นกรองจะช่วยกรองสารพิษจากควันบุหรี่ได้ (ร้อยละที่ไม่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 57.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.79 : 1.26) คำถามที่ 4 ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 68.4, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.79 : 1.68) คำถามที่ 7 ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ แม้หายป่วยแล้วมีโอกาสกลับมาป่วยด้วยวัณโรคอีกได้ง่าย (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 94.7 : 78.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.89 : 1.79) คำถามที่ 10 การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจจะมีอาการไอมีเสมหะมาก (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 78.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.84 : 1.79) และคำถามที่ 11 การสูบบุหรี่ทำให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 89.5 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.89 : 1.84)

การรับรู้ถูกต้องเท่าเดิมจำนวน 4 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามข้อที่ 5 ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 89.5 : 89.5, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.84 : 1.89) ในข้อคำถามที่ 6 การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ง่ายต่อการติดเชื้อวัณโรค (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.79 : 1.84) คำถามที่ 8 ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.84 : 1.79) และคำถามที่ 13 การสูบบุหรี่จะทำให้การรักษาวัณโรคยากขึ้น (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 84.2 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.79 : 1.84)

การรับรู้ถูกต้องลดลงจำนวน 2 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามที่ 9 ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีผลทำให้ริมฝีปากและเหงือกเป็นสีคล้ำ (ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 89.5 : 94.7, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.84 : 1.95) และคำถามที่ 12 การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการแย่ง

(ร้อยละที่เห็นด้วยหลังและก่อน 94.7 : 100.0, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนทดลอง 1.95 : 2.0) ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและ หลังการทดลอง (n=19)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและ อันตรายจากการสูบบุหรี่	เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การสูบบุหรี่ทุกประเภทมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยวันโรค								
• ก่อนการทดลอง	17	89.5	1	5.3	1	5.3	1.84	0.50
• หลังการทดลอง	18	94.7	0	0.0	1	5.3	1.89	0.46
2. ผู้ป่วยวันโรคที่มีร่างกายแข็งแรง สามารถสูบบุหรี่ได้								
• ก่อนการทดลอง	3	15.8	3	15.8	13	68.4	1.53	0.77
• หลังการทดลอง	0	0.0	3	15.8	16	84.2	1.84	0.38
3. การสูบบุหรี่ก้นกรองจะช่วยกรองสารพิษจากควันบุหรี่ได้								
• ก่อนการทดลอง	6	31.6	2	10.5	11	57.9	1.26	0.93
• หลังการทดลอง	1	5.3	2	10.5	16	84.2	1.79	0.54
4. ผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่องเสียง								
• ก่อนการทดลอง	13	68.4	6	31.6	0	0.0	1.68	0.48
• หลังการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54
5. ผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง								
• ก่อนการทดลอง	17	89.5	2	10.5	0	0.0	1.89	0.32
• หลังการทดลอง	17	89.5	1	5.3	1	5.3	1.84	0.50
6. การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายอ่อนแอต่อการติดเชื้อวันโรค								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
• หลังการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและ
หลังการทดลอง (n=19) (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและ อันตรายจากการสูบบุหรี่	เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7. ผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่ มีโอกาสกลับมา ป่วยด้วยวันโรคอีกได้ง่าย								
• ก่อนการทดลอง	15	78.9	4	21.1	0	0.0	1.79	0.42
• หลังการทดลอง	18	94.7	0	0.0	1	5.3	1.89	0.46
8. ผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54
• หลังการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
9. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีผลทำให้ ริมฝีปากและเหงือกเป็นสีคล้ำ								
• ก่อนการทดลอง	18	94.7	1	5.3	0	0.0	1.95	0.23
• หลังการทดลอง	17	89.5	1	5.3	1	5.3	1.84	0.50
10. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคือง ทางเดินหายใจ จะมีอาการไอมีเสมหะมาก								
• ก่อนการทดลอง	15	78.9	4	21.1	0	0.0	1.79	0.42
• หลังการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
11. การสูบบุหรี่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีวันโรคมีภูมิ ต้านทานโรคต่ำ								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
• หลังการทดลอง	17	89.5	2	10.5	0	0.0	1.89	0.32
12. การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยวันโรค มี อาการแย่ลง								
• ก่อนการทดลอง	19	100	0	0.0	0	0.0	2.0	0.00
• หลังการทดลอง	18	94.7	1	5.3	0	0.0	1.95	0.23
13. การสูบบุหรี่จะทำให้การรักษารวันโรค ยากขึ้น								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
• หลังการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54

3.2 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ค่าพิสัยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 0-26 คะแนน จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.7 ผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่เพียง 1 รายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 5.3 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 26 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากยังคงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 94.7 ผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่เพียง 1 รายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 5.3 โดยมีคะแนนสูงสุด 26 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 11 คะแนนดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคและ อันตรายจากการสูบบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	16	84.2	18	94.7
ปานกลาง	2	10.5	0	0.0
ต่ำ	1	5.3	1	5.3
$\bar{X}$, S.D. , min-max	23.05 , 2.95 , 15-26		24.00 , 3.51 , 11-26	

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ในภาพรวม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

ก่อนการทดลองพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 23.05 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.95 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.51 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง 0.95 คะแนนแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.270$) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ($n=19$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	23.05	2.95	1.138	18	0.270
หลังการทดลอง	24.00	3.51			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

4.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นรายชื่อก่อนและหลังการทดลอง

4.2 ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

4.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ในรายข้อ พิจารณาตามความสามารถในการทำ ได้ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ สามารถทำได้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และสามารถทำได้ลดลงหลังการทดลอง ดังนี้

สามารถทำได้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จำนวน 10 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามที่ 1 เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ท่านสามารถควบคุมตัวเองที่จะไม่สูบบุหรี่ได้ (ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 68.4 : 63.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.68 : 1.53) คำถามที่ 2 ท่านสามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อลดความอยากบุหรี่(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 89.5 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.84 : 1.84) คำถามที่ 3 เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่างท่านจะไม่สูบบุหรี่(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 52.6 : 36.8, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.42 : 1.00) คำถามที่ 4 เมื่ออยู่ลำพังคนเดียวหรือเหงาท่านจะไม่สูบบุหรี่(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 73.7 : 52.6, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.74 : 1.32) คำถามที่ 5 เมื่อตื่นนอนตอนเช้าท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบนั่น(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 84.2 : 63.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.79 : 1.42) คำถามที่ 6 หลังรับประทานอาหารเช้า ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 73.7 : 52.6 , ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.63 : 1.26) คำถามที่ 7 เมื่ออยู่กับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ ท่านก็จะไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 73.7 : 52.6, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.74 : 1.42) คำถามที่ 8 เมื่อมีผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่ ท่านจะปฏิเสธทันที(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 84.2 : 68.4, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.79 : 1.63) คำถามที่ 9 เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ ท่านก็จะไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 84.2 : 63.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.84 : 1.58) คำถามที่ 13 เมื่อสัญญากับตนเองว่าจะเลิกสูบบุหรี่ท่านก็จะเลิกสูบได้อย่างเด็ดขาด (ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 63.2 : 47.4, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.58 : 1.47) และคำถามที่ 14 หากท่านเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ท่านจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกอย่างแน่นอน(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 63.2 : 57.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.63 : 1.58)

สามารถทำได้ลดลงหลังการทดลอง จำนวน 3 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามข้อที่ 10 เมื่อมีปัญหาท่านจะไม่แก้ไขปัญหาด้วยการสูบบุหรี่(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 73.7 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.63 : 1.79) คำถามที่ 11 ถ้าท่านตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ท่านสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ทันที(ร้อยละที่ทำได้หลังและก่อน 63.2 : 68.4, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.63 :

1.63) และคำถามที่ 12 เมื่อตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านกล้าประกาศให้คนอื่นรับรู้ (ร้อยละที่ทำได้ หลังและก่อน 52.6 : 57.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อนการทดลอง 1.42 : 1.47) ดังรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	ทำได้		ไม่แน่ใจ		ทำไม่ได้		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านสามารถควบคุมตัวเองที่จะไม่สูบบุหรี่ได้								
• ก่อนการทดลอง	12	63.2	5	26.3	2	10.5	1.53	0.70
• หลังการทดลอง	13	68.4	6	31.6	0	0.0	1.68	0.48
2. ท่านสามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อลดความอยากบุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
• หลังการทดลอง	17	89.5	1	5.3	1	5.3	1.84	0.50
3. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง ท่านจะไม่สูบบุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	7	36.8	5	26.3	7	36.8	1.0	0.88
• หลังการทดลอง	10	52.6	7	36.8	2	10.5	1.42	0.69
4. เมื่ออยู่ลำพังคนเดียวหรือเหงา ท่านจะไม่สูบบุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	10	52.6	5	26.3	4	21.1	1.32	0.82
• หลังการทดลอง	14	73.7	5	26.3	0	0.0	1.74	0.45
5. เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ								
• ก่อนการทดลอง	12	63.2	3	15.8	4	21.1	1.42	0.84
• หลังการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54
6. หลังรับประทานอาหาร ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ								
• ก่อนการทดลอง	10	52.6	4	21.1	5	26.3	1.26	0.87
• หลังการทดลอง	14	73.7	3	15.8	2	10.5	1.63	0.68

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)(ต่อ)

ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	ทำได้		ไม่แน่ใจ		ทำไม่ได้		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
7. เมื่ออยู่กับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ ท่านจะไม่สูบบุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	10	52.6	7	36.8	2	10.5	1.42	0.69
• หลังการทดลอง	14	73.7	5	26.3	0	0.0	1.74	0.45
8. เมื่อมีผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่ ท่านจะปฏิเสธทันที								
• ก่อนการทดลอง	13	68.4	5	26.3	1	5.3	1.63	0.60
• หลังการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54
9. เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ ท่านจะไม่ รู้สึกอยากสูบบุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	12	63.2	6	31.6	1	5.3	1.58	0.61
• หลังการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	1.84	0.38
10. เมื่อมีปัญหา ท่านจะไม่ แก้ไขปัญหาด้วยการสูบ บุหรี่								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	2	10.5	1	5.3	1.79	0.54
• หลังการทดลอง	14	73.7	3	15.8	2	10.5	1.63	0.68
11. ถ้าท่านตัดสินใจเลิกสูบ บุหรี่ ท่านสามารถหยุดสูบ บุหรี่ได้ทันที								
• ก่อนการทดลอง	13	68.4	5	26.3	1	5.3	1.63	0.60
• หลังการทดลอง	12	63.2	7	36.8	0	0.0	1.63	0.50
12. เมื่อตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านกล้าประกาศให้คนอื่น รับรู้								
• ก่อนการทดลอง	11	57.9	6	31.6	2	10.5	1.47	0.70
• หลังการทดลอง	10	52.6	7	36.8	2	10.5	1.42	0.69

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)(ต่อ)

ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	ทำได้		ไม่แน่ใจ		ทำไม่ได้		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
13. เมื่อสัญญากับตนเองว่าจะเลิกสูบบุหรี่ท่านก็จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด								
• ก่อนการทดลอง	9	47.4	10	52.6	0	0.0	1.47	0.51
• หลังการทดลอง	12	63.2	6	31.6	1	5.3	1.58	0.61
14. หากท่านเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ท่านจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกอย่างแน่นอน								
• ก่อนการทดลอง	11	57.9	8	42.1	0	0.0	1.58	0.51
• หลังการทดลอง	12	63.2	7	36.8	0	0.0	1.63	0.50

4.2 ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ค่าพิสัยของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 42.1 เท่ากัน และส่วนน้อยมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 15.8 มีคะแนนสูงสุด 28 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 73.7 และรองลงมาผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 15.8 โดยมีคะแนนสูงสุด 28 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังใน
ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	8	42.1	14	73.7
ปานกลาง	8	42.1	3	15.8
ต่ำ	3	15.8	2	10.5
$\bar{X}$, S.D. , min-max	20.95 , 5.25 , 9-28		23.37 , 4.87 , 12-28	

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

ก่อนการทดลองพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังใน
ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 20.95 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.25
หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.87 เมื่อเปรียบเทียบ
ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ก่อน
และหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังใน
ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของ
ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	20.95	5.25	1.967	18	0.065
หลังการทดลอง	23.37	4.87			

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

5.1 ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลอง

5.2 ระดับความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

5.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

5.1 ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ในรายข้อ พิจารณาตามความคาดหวังในผล “มาก” โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ ความคาดหวังในผล “มาก” เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ความคาดหวังในผล “มาก” เท่าเดิมหลังการทดลอง และความคาดหวังในผล “มาก” ลดลงหลังการทดลอง ดังนี้

ความคาดหวังในผล “มาก” เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จำนวน 3 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามข้อที่ 1 สมาชิกในครอบครัวก็จะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่ (ร้อยละหลังและก่อน 68.4 : 57.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.68 : 2.53) คำถามข้อที่ 2 ฟันไม่ดำและไม่มีกลิ่นปาก (ร้อยละหลังและก่อน 68.4 : 57.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.63 : 2.53) และคำถามข้อที่ 8 ทำให้สุขภาพกายดีขึ้นร่างกายแข็งแรง (ร้อยละหลังและก่อน 94.7 : 89.5, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.95 : 2.89)

ความคาดหวังในผล “มาก” เท่าเดิมหลังการทดลอง จำนวน 2 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามข้อที่ 7 ทำให้ครอบครัวยอมรับมากขึ้น (ร้อยละหลังและก่อน 73.7 : 73.7, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.74 : 2.68) และคำถามข้อที่ 13 ทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น (ร้อยละหลังและก่อน 94.7 : 94.7, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.95 : 2.89)

ความคาดหวังในผล “มาก” ลดลงหลังการทดลอง จำนวน 8 ข้อคำถาม ได้แก่ คำถามข้อที่ 3 ทำให้ไม่มีกลิ่นบุหรี่ติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย (ร้อยละหลังและก่อน 68.4 : 84.2 , ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.58 : 2.84) คำถามข้อที่ 4 ประหยัดค่าใช้จ่าย (ร้อยละหลังและก่อน 84.2 : 89.5, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.84 : 2.89) คำถามข้อที่ 5 ไม่สร้างความรำคาญให้คนใกล้ชิด (ร้อยละหลังและก่อน 84.2 : 89.5 , ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.84 : 2.84) คำถามข้อที่ 6 ผู้ป่วยวันโรคมีอาการดีขึ้น (ร้อยละหลังและก่อน 78.9 : 94.7, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.79 : 2.95) คำถามข้อที่ 9 สุขภาพจิต

ดีขึ้น สมองปลอดโปร่ง(ร้อยละหลังและก่อน 78.9 : 84.2, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.79 : 2.84)
คำถามข้อที่ 10 ทำให้การรักษาวัณโรคได้ผลดี (ร้อยละหลังและก่อน 84.2 :89.5, ค่าเฉลี่ยหลังและ
ก่อน 2.84 : 2.89) คำถามข้อที่ 11 ทำให้คุณภาพชีวิตของคุณดีขึ้น (ร้อยละหลังและก่อน 73.7 : 84.2 ,
ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.74 : 2.84) และคำถามข้อที่ 12 ทำให้ครอบครัวของคุณมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
(ร้อยละหลังและก่อน 73.7 : 78.9, ค่าเฉลี่ยหลังและก่อน 2.74 : 2.79) ดังรายละเอียดในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

ความคาดหวังในผล ของการเลิกสูบบุหรี่	มาก		ปานกลาง		น้อย		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. สมาชิกในครอบครัวก็จะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิด จากการได้รับควันบุหรี่								
● ก่อนการทดลอง	11	57.9	7	36.8	1	5.3	2.53	0.61
● หลังการทดลอง	13	68.4	6	31.6	0	0.0	2.68	0.48
2. ฟันไม่ดำและไม่มียกกลิ่นปาก								
● ก่อนการทดลอง	11	57.9	7	36.8	1	5.3	2.53	0.61
● หลังการทดลอง	13	68.4	5	26.3	1	5.3	2.63	0.60
3. ทำให้ไม่มีกลิ่นบุหรี่ติดตาม เสื้อผ้าและร่างกาย								
● ก่อนการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	2.84	0.38
● หลังการทดลอง	13	68.4	4	21.1	2	10.5	2.58	0.69
4. ประหยัดค่าใช้จ่าย								
● ก่อนการทดลอง	17	89.5	2	10.5	0	0.0	2.89	0.32
● หลังการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	2.84	0.38
5. ไม่สร้างความรำคาญให้คนใกล้ชิด								
● ก่อนการทดลอง	17	89.5	1	5.3	1	5.3	2.84	0.50
● หลังการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	2.84	0.38

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง (n=19) (ต่อ)

ความคาดหวังในผล ของการเลิกสูบบุหรี่	มาก		ปานกลาง		น้อย		$\bar{X}$	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. ผู้ป่วยวันโรคมืออาการดีขึ้น								
• ก่อนการทดลอง	18	94.7	1	5.3	0	0.0	2.95	0.23
• หลังการทดลอง	15	78.9	4	21.1	0	0.0	2.79	0.42
7. ทำให้ครอบครัวยอมรับมากขึ้น								
• ก่อนการทดลอง	14	73.7	4	21.1	1	5.3	2.68	0.58
• หลังการทดลอง	14	73.7	5	26.3	0	0.0	2.74	0.45
8. ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง								
• ก่อนการทดลอง	17	89.5	2	10.5	0	0.0	2.89	0.32
• หลังการทดลอง	18	94.7	1	5.3	0	0.0	2.95	0.23
9. สุขภาพจิตดีขึ้น สมองปลอดโปร่ง								
• ก่อนการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	2.84	0.38
• หลังการทดลอง	15	78.9	4	21.1	0	0.0	2.79	0.42
10. ทำให้การรักษาวันโรคได้ผลดี								
• ก่อนการทดลอง	17	89.5	2	10.5	0	0.0	2.89	0.32
• หลังการทดลอง	16	84.2	3	15.8	0	0.0	2.84	0.38
11. ทำให้คุณภาพชีวิตของคุณดีขึ้น								
• ก่อนการทดลอง	6	84.2	3	15.8	0	0.0	2.84	0.38
• หลังการทดลอง	14	73.7	5	26.3	0	0.0	2.74	0.45
12. ทำให้ครอบครัวของคุณมี คุณภาพชีวิตดีขึ้น								
• ก่อนการทดลอง	15	78.9	4	21.1	0	0.0	2.79	0.42
• หลังการทดลอง	14	73.7	5	26.3	0	0.0	2.74	0.45
13. ทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น								
• ก่อนการทดลอง	18	94.7	0	0.0	1	5.3	2.89	0.46
• หลังการทดลอง	18	94.7	1	5.3	0	0.0	2.95	0.23

5.2 ระดับความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง

ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ค่าพิสัยของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 13-39 คะแนน จากการศึกษาคพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.7 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ 1 รายมีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 5.3 และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 29 คะแนน อย่างไรก็ตามหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 84.1 น้อยกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 10.6 โดยมีคะแนนสูงสุด 28 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ก่อน และหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	18	94.7	16	84.1
ปานกลาง	1	5.3	3	15.9
ต่ำ	0	0.0	0	0.0
$\bar{X}$, S.D. , min-max	36.42 , 2.81 , 29-39		36.11 , 3.71 , 28-39	

5.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

ก่อนการทดลองพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 36.42 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.81 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.11 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.71 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการ

ทดลองผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.32 คะแนน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.680$) ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผล ของการเลิกสูบบุหรี่	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	36.42	2.81	0.419	18	0.680
หลังการทดลอง	36.11	3.71			

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ภายหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 รายคิดเป็นร้อยละ 52.7 ในรายที่ยังเลิกไม่ได้จำนวน 9 ราย พบว่า 7 รายมีปริมาณการสูบลดลงคิดเป็นร้อยละ 36.8 และผู้ป่วยจำนวน 2 รายหรือร้อยละ 10.5 มีการสูบบุหรี่ปริมาณเท่าเดิม ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	กลุ่มตัวอย่าง (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ
สูบ	9	47.3
สูบลดลง	7	36.8
สูบเท่าเดิม	2	10.5
ไม่สูบ	10	52.7

ผู้ป่วย 9 รายให้เหตุผลที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้เพราะยังไม่ได้ตั้งใจจริงจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 44.5 เหตุผลอื่นคือเลิกบุหรี่ไม่ได้เพราะจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอจำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 33.3 อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ทั้งหมดนี้พบว่าทั้งหมดมีความคิดว่าจะพยายามในการเลิกบุหรี่ต่อไป ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเหตุผลที่ยังเลิกไม่สำเร็จ และความพยายามในการเลิกบุหรี่ต่อไป

เหตุผลที่ยังเลิกไม่สำเร็จ และความพยายามต่อ	กลุ่มตัวอย่าง(n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่ยังเลิกไม่ได้		
จิตใจไม่เข้มแข็งพอ	3	33.3
ไม่ได้ตั้งใจจริง	4	44.5
เหงา	1	11.1
ใช้วิธีตามที่แนะนำแล้วไม่ได้ผล	1	11.1
จะพยายามเลิกบุหรี่ต่อไป		
พยายาม	9	100.0
ไม่พยายาม	0	0.0

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นให้เหตุผลว่าที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นเพราะได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาให้เหตุผลว่ากลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 20.0 สำหรับวิธีที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่คือการหักดิบหรือหยุดสูบไปเลย ๆ จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยอีก 5 รายใช้วิธีการค่อย ๆ ลดจำนวนมวนลงคิดเป็นร้อยละ 50.0 ในผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จทั้ง 10 รายส่วนใหญ่บอกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้น 9 รายคิดเป็นร้อยละ 90.0 และสุขภาพจิตดีขึ้น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเลิกบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มตัวอย่าง (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่เลิกได้		
กลัวอันตราย	2	20.0
ตั้งใจจริง	1	10.0
ได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด	3	30.0
เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกได้	1	10.0
หลายคนบอกให้เลิก	1	10.0
มีปัญหาสุขภาพ	2	20.0
วิธีเลิก		
หักดิบ	5	50.0
ค่อยๆ ลด	5	50.0
สุขภาพกายภายหลังการเลิกบุหรี่		
ดีขึ้น	9	90.0
แย่ลง	1	10.0
สุขภาพจิตภายหลังการเลิกบุหรี่		
ดีขึ้น	8	80.0
เหมือนเดิม	1	10.0
แย่ลง	1	10.0

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีข้อคำถาม 13 ข้อ คะแนนเต็ม 26 คะแนน ซึ่งผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 23.70 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.59 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนน

เฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 24.33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.93 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.63 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.729$ ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง (n=19)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	n	$\bar{X}$	S.D.	Mann U	z	p-value
เลิก	10	23.70	4.59	41	-0.346	0.729
ไม่เลิก	9	24.33	1.93			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		-0.63				

ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีข้อคำถาม 14 ข้อ คะแนนเต็ม 28 คะแนน ซึ่งผลการวิเคราะห์คะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 25.90 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.97 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 20.56 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.68 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 5.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} = 0.024$ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง (n=19)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	n	$\bar{X}$	S.D.	Mann U	z	p-value
เลิก	10	25.90	1.97	2.68	9.72	0.024
ไม่เลิก	9	20.56	5.68			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		5.34				

ส่วนที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ มีข้อคำถาม 13 ข้อ คะแนนเต็ม 39 คะแนน ซึ่งผลการวิเคราะห์คะแนนความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 35.80 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.18 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 36.44 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.32 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.64 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value = 0.900) ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง (n=19)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	n	$\bar{X}$	S.D.	Mann U	z	p-value
เลิก	10	35.80	4.18	43.50	-0.126	0.900
ไม่เลิก	9	36.44	3.32			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		-0.64				

ส่วนที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคมมีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 22.40 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.21 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 22.88 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.02 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.48 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.808$) ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง ($n=19$)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value
เลิก	10	22.40	5.21	0.246	17	0.808
ไม่เลิก	9	22.88	3.02			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		-0.48				

ส่วนที่ 11 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 36.8 อยู่ในขั้นตั้งใจ และอยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติเท่ากันและอีกร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นปฏิบัติ หลังการทดลองร้อยละ 21.1 ของผู้ป่วยยังคงติดอยู่ในขั้นตั้งใจซึ่งได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และยังคงพบว่า ร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และผู้ป่วยถึงร้อยละ 52.6 อยู่ในขั้นปฏิบัติและสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการเลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขึ้นตั้งใจ	7	36.8	4	21.1
ขึ้นพร้อมปฏิบัติ	7	36.8	5	26.3
ขึ้นปฏิบัติ	5	26.3	10	52.6

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ อายุระหว่าง 20-65 ปี ที่เข้ารับการรักษานาน 1 ปี ที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 คน ซึ่งได้มาโดยการสอบถามความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 21-63 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท โดยรวมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,036.84 บาท มีรายได้ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 2,000 บาทและ 14,000 บาทตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบิดาสูบบุหรี่ กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างส่วนมากคือการพักผ่อนและดูโทรทัศน์

จากการศึกษาด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่งเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกช่วงอายุ 15-19 ปี โดยมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกน้อยที่สุดและมากที่สุดคือ 12 ปี และ 38 ปีตามลำดับ ส่วนมากสูบบุหรี่มานานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 58.1 และสูบ 6-10 มวนต่อวันคิดเป็นร้อยละ 31.6 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนที่สูบต่อวันเท่ากับ 12.53 และชนิดของบุหรี่ที่สูบคือบุหรี่โรงงานร้อยละ 100.0 เหตุผลที่สูบบุหรี่เพราะอยากลองร้อยละ 57.9 พบว่าผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าภายใน 5 นาทีและสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน

ตอนเช้าภายใน 6-30 นาทีคิดเป็นร้อยละ 36.8 เท่ากัน และสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้ามากกว่า 60 นาทีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 21.1 โดยช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างชอบสูบบุหรี่มากที่สุดคือช่วงหลังรับประทานอาหารคิดเป็นร้อยละ 52.6 สำหรับสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างชอบสูบบุหรี่ได้แก่สถานที่ที่ไม่มีการห้ามสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 52.6

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ โดยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุดเป็นระยะเวลา 1 ปีคิดเป็นร้อยละ 15.38 เหตุผลที่พยายามเลิกส่วนใหญ่คือมีปัญหาด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมาคือมีคนแนะนำให้เลิกคิดเป็นร้อยละ 15.4 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้วิธีการเลิกโดยหยุดสูบบุหรี่ทันที เหตุผลที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเพราะทนความหงุดหงิดไม่ได้ เท่ากับยังไม่อยากเลิกเองคิดเป็นร้อยละ 30.8

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 76 ปี เกือบทั้งหมดคือร้อยละ 73.7 เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นภรรยา ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 78.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.7 นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 94.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 1-5,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6036.84 บาท มีรายได้ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 2,000 และ 12,000 บาทตามลำดับ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ในรายข้อ พบว่าการรับรู้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจำนวน 7 ข้อ การรับรู้ถูกต้องเท่าเดิมจำนวน 4 ข้อคำถาม การรับรู้ถูกต้องลดลงจำนวน 2 ข้อคำถาม

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.7 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากยังคงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 94.7 เท่ากัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ในภาพรวม พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง 0.95 คะแนนแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.270$)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ในรายข้อ พบว่าเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จำนวน 10 ข้อ และลดลงหลังการทดลอง จำนวน 3 ข้อคำถาม

ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยส่วนมากมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 42.1 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 73.7

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที หลังการทดลองผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง 3.42 คะแนน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.065$)

ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ในรายข้อ ความคาดหวังในผล"มาก"เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จำนวน 3 ข้อคำถาม ความคาดหวังในผล"มาก"เท่าเดิมหลังการทดลอง จำนวน 2 ข้อคำถาม ความคาดหวังในผล"มาก"ลดลงหลังการทดลอง จำนวน 8 ข้อคำถาม

ระดับความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.7 อย่างไรก็ตามหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 84.1 น้อยกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 10.6

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.32 คะแนน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.680$)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง พบว่า สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 รายคิดเป็นร้อยละ 52.7 ในรายที่ยังเลิกไม่ได้จำนวน 9 ราย พบว่า 7 รายสูบลดลงคิดเป็นร้อยละ 36.8 และ 2 รายมีการสูบท่ำเดิม ผู้ป่วย 9 รายให้เหตุผลที่ยังเลิกไม่ได้เพราะยังไม่ได้ตั้งใจจริงคิดเป็นร้อยละ 44.5 อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ยังเลิกไม่ได้ทั้งหมดนี้พบว่ามีความพยายามในการเลิกบุหรี่ต่อไป

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นให้เหตุผลว่าที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นเพราะได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดคิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาคือกลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 20.0 สำหรับวิธีที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่คือการหักดิบหรือหยุดสูบทันทีจำนวน 5 ราย อีก 5 รายใช้วิธีการค่อยๆ ลดจำนวนมวนลงคิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ในผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้นทั้ง 10 รายส่วนใหญ่บอกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 90.0 และสุขภาพจิตดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 80.0

เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 23.70 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.59 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 24.33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.93 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.63 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.729$)

เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 25.90 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.97 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 20.56 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.68 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 5.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.024$)

เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 35.80 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.18 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 36.44 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.32 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนน

เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.64 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.900$)

เปรียบเทียบความแตกต่างของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 22.40 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.21 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 22.88 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.02 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.48 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.808$)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 36.8 อยู่ในขั้นตั้งใจ และอยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติเท่ากันและอีกร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นปฏิบัติ ภายหลังการทดลองร้อยละ 21.1 ของผู้ป่วยยังคงติดอยู่ในขั้นตั้งใจซึ่งได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และยังคงพบว่า ร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และผู้ป่วยถึงร้อยละ 52.6 อยู่ในขั้นปฏิบัติและสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่

จากการศึกษาวิจัยถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จบการศึกษาระดับประถมและมัธยม ประกอบอาชีพรับจ้าง สำหรับการให้การสนับสนุนทางสังคมนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ลักษณะทางประชากรมีแนวโน้มแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ ดังนั้นแนวทางในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่จึงควรจัดให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาและอาชีพ ซึ่งจะต้องดำเนินการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ไปพร้อมกับกระบวนการรักษาวัณโรค และที่น่าสนใจก็คือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15-19 ปี และน้อยกว่า 15 ปี ซึ่งเมื่อเทียบกับช่วงเวลาในการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่

เริ่มสูบบุหรี่ในระดับมัธยมศึกษา ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการหาแนวทางป้องกันการสูบบุหรี่ อาทิการจัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับพิษภัยจากการสูบบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในและนอกชั้นเรียน การจัดกิจกรรมเสริม และเพื่อการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ควรอย่างยิ่งที่จะให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ในระดับประถมศึกษา

นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่อยู่ในครอบครัวที่มีการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของการเลียนแบบหรือตัวแบบ ซึ่งจากทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเรื่องของตัวแบบ (Modeling) คือ การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) ดังนั้นการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย ขณะที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่จัดเป็นตัวแบบหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเลิกบุหรี่ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จได้อย่างต่อเนื่องและถาวรนั้น ควรอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้มีการเลิกบุหรี่ของคนในครอบครัวด้วย

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่

จากการศึกษา พบว่าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักเมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วม โปรแกรม เช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้กับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้

สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงตั้งแต่ก่อนเข้าโปรแกรมอยู่แล้ว ดังนั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจึงมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจสืบเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน ทั้งระดับการศึกษา เพศ อาชีพ และฐานะ อีกทั้งปัจจุบันมีการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างกว้างขวาง ดังนั้นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับผลจากการรณรงค์ผ่านทางสื่ออื่น ๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่จากโทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพร สร้อยสุวรรณ (2539) ซึ่งพบว่าสื่อสารมวลชนที่บุคคลเข้าถึงมากที่สุดคือโทรทัศน์

สำหรับระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยวัณโรคส่วนมากมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลสามารถเพิ่มความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การเพิ่มระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีผลทำให้มีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรักษ์ รัตนสุวัจน์ (2538) ชัชวาลย์ สิงห์ตันศิริ (2534) กำไลทิพย์ ระน้อย (2536 : ก-ข) พนมพร เลพะเจริญ (2532) และลีนา จูติเบญจกุล (2536) ที่พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Prochaska and Diclement (1984 อ้างในลีนา จูติเบญจกุล, 2536) ซึ่งพบในทำนองเดียวกันว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้ที่ไม่ตั้งใจจะงดสูบบุหรี่ มาเป็นผู้ที่ตั้งใจงดสูบบุหรี่และสามารถงดสูบบุหรี่ได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดที่ผู้พัฒนาโปรแกรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มต่าง ๆ ควรพิจารณาให้ความสำคัญ

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งก็คือ ระดับความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ลดลง แม้โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง จะลดลงเพียงเล็กน้อย คือ 0.32 คะแนน และไม่พบความแตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของลีนา จูติเบญจกุล (2536) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พอที่จะอธิบายเชื่อมโยงกับความเป็นจริงก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่นี้ จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมีความตั้งใจและความคาดหวังในผลลัพธ์สูงทุกคน หากแต่เมื่อจบโปรแกรมแล้วพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จึงน่าจะเป็นผลให้ผู้ที่ไม่ล้มเหลวจากการเลิกสูบบุหรี่ เหล่านี้มีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ลดลง ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ทำโปรแกรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ทั้งหลายควรตระหนักถึงปฏิกิริยาเชิงลบในลักษณะเช่นนี้ อย่างไรก็ตาม ไรก็ดี ผลของการดำเนินโปรแกรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรคนั้น พบว่า สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 ราย ลดการสูบบุหรี่ลง 7 ราย และมีเพียง 2 รายที่ยังคงสูบบุหรี่ในปริมาณเท่าเดิม ผู้ป่วย 9 รายที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ให้เหตุผลที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้เพราะยังไม่ได้ตั้งใจจริง คิดเป็นร้อยละ 44.5 และจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอคิดเป็นร้อยละ 33.3 อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ทั้งหมดนี้พบว่าทั้งหมดมีความคิดว่าจะพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 7 รายที่ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง ผู้วิจัยเชื่อว่าหากมีการติดตามสนับสนุนให้กำลังใจ ก็อาจจะช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

สำหรับกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นให้เหตุผลว่าที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพราะได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด ซึ่งการช่วยให้เลิกบุหรี่นี้ คนใกล้ชิดจึงมีความสำคัญ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการช่วยให้เลิกบุหรี่ วิธีที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าครึ่งหนึ่งใช้วิธีการหักดิบหรือหยุดสูบทันที จำนวน 5 ราย อีก 5 รายใช้วิธีการค่อย ๆ ลด จำนวนมวนลง ในผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จทั้ง 10 รายส่วนใหญ่บอกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้น และสุขภาพจิตดีขึ้นซึ่งกลุ่มที่เลิกได้สำเร็จนี้ เมื่อพิจารณาพบว่ามีความเชื่อมโยงกับความคาดหวังในผลของการเลิกบุหรี่เชิงบวก

รูปแบบการจัดโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคนี้ ใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การกระตุ้นเตือน การติดตามต่อเนื่อง และการให้การสนับสนุนทางสังคม มีความเหมาะสมกับรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ที่เป็นเช่นนี้เพราะปกติ ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจะมีการนัดผู้ป่วยมารับยาเป็นรายบุคคล ดังนั้นการบูรณาการการช่วยเลิกบุหรี่จึงควรให้สอดคล้องกับการจัดบริการที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลินี ภูวนันท์ (2538) ที่พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ การให้แรงเสริมและแรงจูงใจ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ โดยการได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่จากแพทย์ผู้รักษาภายหลังได้รับการวินิจฉัยป่วยด้วยวัณโรค มากกว่านั้นการได้เห็นตัวแบบจากสารคดีเรื่องบุหรี่ ความลับ-ความรู้ การพาผู้ป่วยชมปอดแดงที่มีพยาธิสภาพของโรค ที่เป็นมะเร็งปอด วัณโรคปอดเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพจนถึงการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย และการถูกทำลายไปเนื่องจากบุหรี่ ซึ่งจินตนา สราวุธพิทักษ์ (2534 : 104 อ้างในเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2536) ได้กล่าวถึงการได้เรียนรู้จากของจริงนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการมีส่วนร่วมมากที่สุด ตลอดจนการได้รู้ถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลิกบุหรี่ตามคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และคาดหวังว่าเมื่อฝึกปฏิบัติแล้วจะทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ประกอบด้วย การฝึกจิตนั่งสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเครียด การได้รับกำลังใจจากผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม คอยกระตุ้น ช่วยเหลือสอดส่องดูแลอยู่เสมอ จึงช่วยให้มีการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการเจ็บป่วยร่วมด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เรียกว่า “วัณโรคปอด” และส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการรุนแรงไอเป็นเลือดสด บางรายมีอาการไอเรื้อรัง เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ผู้ป่วยหลายรายถูกให้ออกจากงาน ต้องรับประทานยาจำนวนมากทุกวันเป็นระยะเวลานาน ๆ บางรายต้องฉีดยาทุกวันร่วมด้วย ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย บางรายมีอาการแพ้ยา บางรายมีสีผิวดำคล้ำมากขึ้น อาการต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพยายามในการเลิกบุหรี่มากขึ้นเพราะกลัวอาการกำเริบหรือรุนแรงมาก

ยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามก็มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จส่วนหนึ่งเป็นเพราะระยะเวลาที่สูบมานานกว่า 20 ปี และสูบภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอนตอนเช้า ซึ่งเป็นภาวะของการเสพติดนิโคติน การวิจัยถึงทดลองที่ผ่านมาพบว่า การช่วยให้เลิกบุหรี่ด้วยการปรับพฤติกรรมและจิตวิทยานั้นมักเลือกทำในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ประมาณ 5 มวนต่อวัน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เสพติดในลักษณะความเคยชินหรือติดเชิงพฤติกรรม ดังนั้นการให้โปรแกรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวสำหรับผู้ป่วยที่เสพติดนิโคตินเหล่านี้อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเลิกได้สำเร็จ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการช่วยให้ผู้เสพติดนิโคตินเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมักมีการใช้ยาร่วมด้วย

จากการศึกษานี้ ในกลุ่มคนที่เลิกได้ยังต้องทำการติดตามผลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาสูบอีก และสำหรับคนที่เลิกไม่ได้ในทางปฏิบัติควรทำการติดตามผลต่อเนื่องเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และร่วมกับผู้ป่วยค้นหาวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยทุกคนล้วนไม่มีใครปฏิเสธว่าบุหรี่เป็นสารเสพติดที่มีผลเสียต่อสุขภาพ อีกทั้งต่างทราบว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพหลายด้าน หากแต่ประเด็นสำคัญที่มักจะมองข้าม หรือไม่ให้ความสำคัญมากนักคือ ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งทราบกันดีว่า การติดบุหรี่นั้นส่วนหนึ่งคือ การติดนิโคติน ซึ่งนักวิจัยพบว่า ผลของนิโคตินที่มีต่อสมองไม่ต่าง จากผลของสารเสพติดอื่น ๆ ที่มีต่อสมองและปัจจัยทางชีวภาพนั่นเอง ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความตั้งใจก็ตาม (รณชัย คงสกนธ์ , 2550)

ความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 25.90 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.97 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 20.56 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.68 โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 5.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} = 0.024$)

เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 35.80 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.18 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 36.44 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.32 โดยกลุ่มที่เลิกได้มี

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.64 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ ($p\text{-value} = 0.900$)

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง พบว่า การให้ความรู้ไม่ใช่สิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากพื้นฐานความเชื่อที่ว่า “ถ้ามีความรู้มากขึ้นพฤติกรรมสุขภาพจะต้องดีขึ้น” หรือ “งานสุขศึกษาคือการให้ความรู้” ดังนั้นการให้สุศึกษาที่ให้ความรู้อย่างเดียวจึงไม่ได้ผล ดังที่ Egger (1995 : 18-19 อ้างใน สุปรียา ดันสกุล, 2544) กล่าวไว้ว่า คนที่มีความรู้ดีก็อาจไม่ทำพฤติกรรมที่ต้องการได้ ขึ้นกับว่าเขาได้รับความรู้ไปแล้ว มีการแปรผลหรือให้ความหมายประการใด ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประสบการณ์ เจตคติ ค่านิยม ของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการเลิกสูบบุหรี่นั้น คือการเชื่อในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของลินา วิติเบญจพล (2536) ที่ศึกษาพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉา เขาวนัประยูร (2531) ที่พบว่า ประมาณร้อยละ 38 ของผู้ทิ้งสูบบุหรี่ไม่ได้ เป็นผู้ที่มีความสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการสูบบุหรี่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง ถ้าไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงสาเหตุอื่น ๆ ที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของบุคคลนั้น ในสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นอยู่ก็ไม่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2522 อ้างในจุฑารัตน์ จุลรอด, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ จุลรอด (2536) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษา แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของอัจฉา เขาวนัประยูร (2531) ที่พบว่า ผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้เป็นผู้ที่มีความสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แม้จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ก็ตาม แต่ในรายที่เลิกได้พบว่าเหตุผลที่เลิกได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากแรงสนับสนุนทางสังคม

สำหรับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 36.8 อยู่ในขั้นตั้งใจ และอยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติเท่ากันและอีกร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นปฏิบัติ หลังการทดลองร้อยละ 21.1 ของผู้ป่วยยังคงติดอยู่ในขั้นตั้งใจซึ่งได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และยังคงพบว่า ร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และผู้ป่วยถึงร้อยละ 52.6 อยู่ในขั้นปฏิบัติและสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรค จำนวนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังที่กล่าวมาในข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวรรณ นาครัถย์ (2540) พบว่า จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกบุหรี่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกและลดจำนวนมวนที่สูบต่อวัน ซึ่งผลการวิจัยนี้ควรที่จะนำไปประยุกต์ ใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หน่วยบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยวัณโรค ควรมีนโยบายในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ และควรมีบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่โดยมีการจัดเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ และมีเวชภัณฑ์ยาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเสพติดนิโคติน

1.3 จากการศึกษาพบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่คือน้อยกว่า 15 ปี ดังนั้น สถาบันการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยเฉพาะมัธยมศึกษาตอนต้นควรจัดให้มีการเรียนการสอนจัดกิจกรรมให้นักเรียนเกิดความตระหนัก เพื่อเป็นการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนไทยลดลงได้มาก และอาจลดอัตราการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ในระยะยาว

1.4 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในครอบครัว โดยการสร้างความรัก ความเข้าใจกัน ในระดับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ และทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนทางสังคมที่ดีได้

1.5 สถานบริการในระดับชุมชน ควรมีการรณรงค์และจัดคลินิกให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ในชุมชนให้เกิดขึ้น เพื่อสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จากหน่วยงานวัณโรคไปยังสาธารณสุขในระดับชุมชนเพื่อทำการติดตามผลและเฝ้าระวังต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษา พบว่า สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยคือ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ควรเน้นที่ การเพิ่มความคาดหวังในความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 ในการวิจัย ควรระมัดระวังในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ควรคัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีภาวะการเสพติดนิโคติน หากแต่ควรเลือกเฉพาะกลุ่มที่ติดในเชิงพฤติกรรม เพื่อศึกษาผลของ ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติได้จริง

2.3 การออกแบบการวิจัยทั้งหมดครั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมต่อ ความคงทนหรือการคงไว้ของพฤติกรรมจึงควรวางกรอบเวลาให้นานพอ คืออย่างน้อย 6 เดือนเพื่อ เป็นการตรวจสอบความคงทนและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ตามทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กล่าวถึงขั้นสุดท้ายหรือขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม คือผู้ป่วยที่อยู่ใน ระยะเลิกบุหรี่เป็นเวลา 6 เดือน-5 ปี

ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค

THE EFFECT OF THE STAGES OF CHANGE AND SOCIAL SUPPORT APPLIED TO
A SMOKING CESSATION PROGRAM AMONG TB PATIENTS

นาวาตรีหญิงอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล 4736280 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ด., รศ.ชราดล เก่งการพานิช,
พบ.ม., ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประ.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกที่สำคัญและมีแนวโน้ม
รุนแรงขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลกล่าสุดในปีพ.ศ. 2549 พบประชากรโลก 1 ใน 3 หรือ
ประมาณ 2,000 ล้านคนติดเชื้อวัณโรคแต่ยังไม่มีการป่วย และมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 15 ล้าน
คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 9 ล้านคน โดยผู้ป่วย 4 ล้านคน อยู่ในระยะที่กำลังแพร่เชื้อสู่
ประชาชนรายอื่นที่อยู่ใกล้เคียง และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละประมาณ 2 ล้านคน ที่สำคัญคือ
ผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

ปัญหาวัณโรคในประเทศไทยถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 6 รองจากโรคมะเร็ง
โรคหัวใจ อุบัติเหตุ เอดส์ และไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2549 ตรวจพบผู้ป่วยวัณโรค 58,639 คน
ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานอายุ 15-44 ปี โดยร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะ
ซึ่งสามารถแพร่เชื้อจากการไอจามติดต่อกันรอบข้างได้ และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่รักษาหายแล้ว
กลับมาป่วยซ้ำอีก 1,782 คน ผู้ป่วยวัณโรคที่พบเหล่านี้เสียชีวิตปีละ 12,000 คน และในผู้ป่วยวัณ
โรครายใหม่ยังติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วยร้อยละ 15 นอกจากนี้คาดว่าประมาณร้อยละ 30-40 ของคน

ไทยหรือประมาณ 20 ล้านคน มีเชื้อวันโรคหลบซ่อนในตัวพร้อมกำเริบ ซึ่งหากคนกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงจากการดื่มเหล้าจัด สูบบุหรี่ ขาดอาหาร หรือติดเชื้อเอดส์ เชื้อจะออกฤทธิ์ทำให้อาการป่วยรุนแรงขึ้นได้ (บริษัทยูนิเวอร์แซลซิสเต็มส์, 2550) และในปี พ.ศ.2552 องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับการป่วยด้วยวันโรคของประเทศไทยอยู่ในอันดับ 18 ของโลก ในจำนวน 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวันโรรมากที่สุดในโลก มีรายงานว่ามียุโรปผู้ป่วยวันโรครายใหม่ปีละกว่า 91,000 ราย ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยวันโรคคือยา 2,843 ราย เสียชีวิตปีละ 5,000-7,000 ราย และจากการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวันโรคพบว่า มีอัตราการรักษาหายขาดประมาณร้อยละ 76 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือร้อยละ 85 ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยวันโรคทวีความรุนแรงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

โดยทั่วไปการป่วยเป็นวันโรคเพียงอย่างเดียวก็เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากพออยู่แล้ว หากผู้ป่วยวันโรคสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญต่อการป่วยเป็นวันโรคอย่างยิ่งกล่าวคือทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวันโรคปอดซ้ำ และมีผลให้ผู้ป่วยวันโรคมีอาการเลวลง จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 23 เรื่องใน 12 ประเทศ ระบุว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวันโรค และ 5 เรื่องระบุว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายด้วยวันโรค (Lin & Ezzati ; 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มงานระบาดวิทยา กองวันโรค และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดวันโรคปอดในผู้ใหญ่ ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่จะเกิดประโยชน์ในการควบคุมวันโรค (นิรอรโยทัย, 2545)

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยวันโรคที่สูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่เสพติดทางจิตใจ และพฤติกรรมซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการปรับพฤติกรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักในความสำคัญของปัญหา จึงได้จัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วยวันโรคโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร นอกจากจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกทำลายจากบุหรี่แล้ว ยังจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการรุนแรงต่าง ๆ ของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และทำให้หายขาดจากโรคเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ อีกทั้งยังจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยวันโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่
 - 1.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่
 - 1.3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่จำแนกตามพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- Posttest One-Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคปอดที่สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวัณโรคปอด ที่สำนัก วัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่สูบบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 30 คน หรือให้ได้จำนวนมากที่สุดภายในช่วงเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตามการได้จำนวนตัวอย่างไม่ครบ 30 คนตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลที่ได้จะต้องนำมาทดสอบการกระจายปกติก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มานาน 6 เดือนและยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- 2) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรง อันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ (เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ได้รับอนุญาตให้สถานบริการ)
- 3) ได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้
- 4) ผู้ป่วยมีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 5) ผู้ป่วยมีที่อยู่ชัดเจนและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
- 6) ผู้ป่วยทุกรายต้องมีผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหรืออาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลทางสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 แบบวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 5 แบบวัดความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เป็นโปรแกรมที่สร้างจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการประเมินระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศ ศึกษาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ในการเลิกสูบบุหรี่
2. กำหนดขั้นตอนการทำการกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา และขั้นตอนการติดตามประเมินผล
3. ในขั้นตอนการให้คำปรึกษา มีการเตรียมผู้วิจัยโดย เข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ และฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม จัดโดยมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่
4. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมครอบคลุม เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ การเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อเลิกบุหรี่
5. สร้างโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้
 - 5.1 การประเมินความพร้อมและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยให้มีความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจ
 - 5.2 การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่
 - 5.3 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 5.4 กำหนดการติดตามในกลุ่มทดลอง โดยใช้โทรศัพท์ติดตามจำนวน 2 ครั้ง คือ เมื่อครบวันที่ 7 และ 14

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยโรคที่มารับการรักษา ที่สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. หลังจากได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม

3. การดำเนินการตามโปรแกรม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมจะเป็นแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล ในขณะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 3 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามที่บ้านอีก 2 ครั้ง และมีการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการทดลองอีก 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้น ให้ผู้ป่วยทำการคัดเลือกผู้ที่ทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 1 คน ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำการติดต่อผู้ที่ทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งแนะนำความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ และบทบาทในการเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมตาม คู่มือในการดูแลผู้สูบบุหรี่ด้วยการสื่อสารสองทางทั้งต่อหน้าหรือการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ ในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ ดำเนินการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้แก่ 1) กระบวนการสร้างความตระหนักและการระบายความรู้สึก 2) กระบวนการประเมินตนเองและการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม 3) การประเมินสิ่งแวดล้อม และ 4) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ

ในการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ตามความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ และใช้กิจกรรมตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 คือ ขั้นพร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการพื้นฐานอีก 4 กระบวนการ ดังนี้ 1) การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง 2) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ 3) การประกาศอิสรภาพต่อสังคม และ 4) การเสริมแรง สำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการเสริมแรง โดยการกล่าวแสดงความชื่นชมยินดีเมื่อผู้ป่วยเริ่มอดบุหรี่ และให้กำลังใจในการพยายามต่อไป

ครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษาตามกระบวนการเปลี่ยนแปลง สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ซ้ำ พูดคุยถึงปัญหาในการงดสูบบุหรี่ ร่วมกับผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไข ฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียด ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่และแนวทางแก้ไข เน้นการยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อช่วยเสริมกำลังใจ พาชมปอดจริงของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือขั้นปฏิบัติ ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูบบุหรี่วางแผนในการเลิกบุหรี่ กำหนดวัน เลือกวิธีที่เหมาะสม บอกขั้นตอนการเลิก ปัญหาที่อาจพบ อาการ และวิธีปฏิบัติ แนะนำการปฏิบัติตัวขณะเลิกบุหรี่ ใช้เทคนิค 5D ฝึกปฏิบัติวิธีการคลายเครียด

4. ขั้นตอนการติดตาม ครั้งที่ 4 เป็นการติดตามผู้ป่วยและญาติพร้อมกับให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้ใหม่ จากการที่ระบบการไหลเวียนเริ่มดีขึ้นสมองเริ่มมีการฟื้นตัว ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอาการอยากสูบบุหรี่เป็นระยะๆ และมักจะคิดว่าการลองสูบบ้างเป็นครั้งคราวคงไม่เป็นไร เพราะคิดว่าตนเองสามารถเลิกสูบได้แล้วจึงเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

ครั้งที่ 5 โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและญาติพร้อมกับให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ

5. ขั้นสรุปและประเมินผล เมื่อครบ 1 เดือน ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยที่มารับยาหรือมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก และขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ หลังสิ้นสุดการทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistic) ใช้เพื่อการวิเคราะห์ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรดังกล่าว ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่ได้และเลิกไม่ได้ภายหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหายาก ทำให้นาขนาดตัวอย่างน้อย จึงใช้การทดสอบการกระจายปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-

Smirnov และเมื่อข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติจะใช้สถิตินอนพารามетริกซ์ คือ ใช้ Wilcoxon Sign Range Test แทน Paired Sample t-test และใช้ Mann Withney U test แทน Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่สูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ 20-29 ปี ร้อยละ 26.3 ร้อยละ 89.5 เป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 31.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 84.2 นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 52.6 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1-5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 42.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ มีบิดาสูบบุหรี่ ร้อยละ 84.2 รองลงมามีพี่หรือน้องสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.9

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกช่วงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 47.4 รองลงมาเริ่มสูบบุหรี่ช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 31.5 โดยสูบบุหรี่มานาน มากกว่า 20 ปีคิดเป็นร้อยละ 58.1 รองลงมาสูบนานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 26.2 สำหรับจำนวนมวนที่สูบ พบว่าสูบบนกว่า 20 มวนขึ้นไปต่อวัน ร้อยละ 31.6 สูบ 6-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 31.6 โดยชนิดของบุหรี่ที่สูบทั้งหมดคือบุหรี่โรงงาน เหตุผลที่สูบบุหรี่เพราะอยากลองร้อยละ 57.9 รองลงมาคือสูบเพื่อคลายเครียด ร้อยละ 21.1 มีผู้ป่วยสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าภายใน 5 นาทีและภายใน 6-30 นาที ร้อยละ 36.8 เท่ากัน สำหรับสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างชอบสูบบุหรี่ได้แก่ สถานที่ที่ไม่มีการห้ามสูบบุหรี่ ร้อยละ 52.6 และคือในที่โล่ง ร้อยละ 26.3

ความพยายามในการเลิกบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ร้อยละ 68.4 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ โดยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุดเป็นระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 15.38 เหตุผลที่พยายามเลิกสูงสุดคือ มีปัญหาด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 76.9 ทั้งหมดหรือร้อยละ 100 เลิกสูบบุหรี่โดยหยุดสูบทันทีหรือ

หักดิบ ขณะที่กลุ่มที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเป็นเพราะทนความหงุดหงิดไม่ได้ และยังไม่อยากเลิกเอง ร้อยละ 30.8 เท่ากัน

2. คุณลักษณะประชากรและสังคมของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคืออายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 21.1 ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม คือร้อยละ 73.7 เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นภรรยา ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือเป็นเพื่อน ร้อยละ 31.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 21.1

3. ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง การประเมินด้านข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.7 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากยังคงมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.7 เท่ากับก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 23.05 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 24.00 คะแนน สูงกว่าก่อนการทดลอง 0.95 คะแนน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.270$) ดังตารางที่ 1

3.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองประเมินโดยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 42.1 เท่ากัน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 73.7 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มี

คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 20.95 คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ 23.37 ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลอง 2.42 คะแนน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.065$) ดังตารางที่ 1

3.3 ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง จากการประเมินโดยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.7 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระดับสูงลดลง เหลือร้อยละ 84.1 น้อยกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 10.6 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ในภาพรวมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 36.42 คะแนน ขณะที่หลังการทดลองเท่ากับ 36.11 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.32 คะแนน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.680$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

เปรียบเทียบความแตกต่าง	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
● การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่					
- ก่อนการทดลอง	23.05	2.95	1.138	18	0.270
- หลังการทดลอง	24.00	3.51			
● ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่					
- ก่อนการทดลอง	20.95	5.25	1.967	18	0.065
- หลังการทดลอง	23.37	4.87			
● ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่					
- ก่อนการทดลอง	36.42	2.81	0.419	18	0.680
- หลังการทดลอง	36.11	3.71			

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 รายคิดเป็นร้อยละ 52.7 ในรายที่ยังเลิกไม่ได้จำนวน 9 ราย พบว่า 7 รายมีปริมาณการสูบลดลงคิดเป็นร้อยละ 36.8 และ 2 รายหรือร้อยละ 10.5 มีการสูบบุหรี่ปริมาณเท่าเดิม โดยให้เหตุผลของกลุ่มที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้เพราะยังไม่ได้ตั้งใจจริงจำนวน 4 รายและเพราะจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอจำนวน 3 ราย อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ทั้งหมดนี้พบว่ามีความคิดว่าจะพยายามในการเลิกบุหรี่ในโอกาสต่อไป

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้น เพราะได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด 3 ราย รองลงมาให้เหตุผลว่ากลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ 2 ราย โดยวิธีที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่คือการหักดิบหรือหยุดสูบทันที จำนวน 5 ราย และอีก 5 รายใช้วิธีการค่อย ๆ ลดจำนวนมวนลง ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จบอกว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้น

5. ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่กับกลุ่มที่ไม่เลิกสูบบุหรี่หลังการทดลอง

5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.70 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.33 คะแนน โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.63 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.729$) ดังตารางที่ 2

5.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.90 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.56 คะแนน โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 5.34 ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.024$) ดังตารางที่ 2

5.3 ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.80 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.44 คะแนน โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.64 แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.900$) ดังตารางที่ 2

5.4 แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.40 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.88 คะแนน โดยกลุ่มที่เลิกได้มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่เลิกไม่ได้เท่ากับ 0.48 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.808$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง (n=19)

เปรียบเทียบความแตกต่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mann U	z	p-value
● การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่						
เลิก	10	23.70	4.59	41	-0.346	0.729
ไม่เลิก	9	24.33	1.93			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		-0.63				
● ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่						
เลิก	10	25.90	1.97	2.68	9.72	0.024
ไม่เลิก	9	20.56	5.68			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		5.34				
● ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่						
เลิก	10	35.80	4.18	43.50	-0.126	0.900
ไม่เลิก	9	36.44	3.32			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		-0.64				
● แรงสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value
เลิก	10	22.40	5.21	0.246	17	0.808
ไม่เลิก	9	22.88	3.02			
ผลต่างค่าเฉลี่ย		-0.48				

6. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.8 อยู่ในขั้นตั้งใจ และขั้นพร้อมปฏิบัติ เท่ากัน และอีกร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นปฏิบัติ หลังการทดลองร้อยละ 21.1 ของผู้ป่วยยังคงติดอยู่ในขั้นตั้งใจซึ่งได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และยังคงพบว่า ร้อยละ 26.4 อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และผู้ป่วยถึงร้อยละ 52.6 อยู่ในขั้นปฏิบัติและสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง (n=19)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการเลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นตั้งใจ	7	36.8	4	21.1
ขั้นพร้อมปฏิบัติ	7	36.8	5	26.3
ขั้นปฏิบัติ	5	26.4	10	52.6

การอภิปรายผล

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 94.7 เท่ากัน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.95 คะแนน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน อาทิ ระดับการศึกษา อาชีพ และผู้ป่วยอาจได้รับผลจากการรณรงค์ผ่านทางสื่ออื่น ๆ เช่น โทรทัศน์ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลโดยการดูโทรทัศน์

สำหรับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการเพิ่มระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิสิทธิ์ รัตนสุวจน์

(2538), ชัชวาลย์ สิงห์รัตนศิริ (2534), กำไลทิพย์ ระน้อย (2536 : ก-ข), พนมพร เลชะเจริญ (2532), ลีนา จิตติเบญจกุล (2536) และ Prochaska and Diclement (1984 อ้างในลีนา จิตติเบญจกุล, 2536) ล้วนพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นผู้ที่ไม่ตั้งใจจะงดสูบบุหรี่ มาเป็นผู้ที่ตั้งใจงดสูบบุหรี่และสามารถงดสูบบุหรี่ได้

ในส่วนของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 84.1 น้อยกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 10.6 และไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของลีนา จิตติเบญจกุล (2536) การที่ก่อนการทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลของการเลิกบุหรี่ค่อนข้างดีแต่ภายหลังการทดลองเมื่อไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จึงอาจส่งผลในทางกลับกันทำให้ผู้ป่วย มีความคาดหวังในผลของการเลิกบุหรี่ต่ำลง

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 รายคิดเป็นร้อยละ 52.7 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่แม้จะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยทั้งหมดเลิกบุหรี่ได้ก็ตาม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งติดนิโคตินด้วย แต่โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอยู่บนพื้นฐานของการติดเชิงพฤติกรรมเป็นสำคัญ ในรายที่ยังเลิกไม่ได้ พบว่า 7 รายมีปริมาณการสูบลดลง และ 2 รายมีการสูบบุหรี่ปริมาณเท่าเดิม ผู้ป่วย 9 รายให้เหตุผลที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้เพราะยังไม่ได้ตั้งใจจริง และจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ทั้งหมดนี้ มีความคิดว่าจะพยายามเลิกบุหรี่ต่อไป สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นให้เหตุผลว่าเป็นเพราะได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด รองลงมาคือกลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยวิธีที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่คือการหักดิบ หรือหยุดสูบทันที จำนวน 5 ราย และอีก 5 รายใช้วิธีการค่อย ๆ ลดจำนวนมวนลง ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จทั้ง 10 รายนี้บอกว่าทำให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ ใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การกระตุ้นเตือน การติดตามต่อเนื่อง และการให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความเหมาะสมกับรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลินี ภูวนันท์ (2538) ที่พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ การให้แรงเสริมและแรงจูงใจ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ โดยการได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่จากแพทย์ผู้รักษาภายหลังได้รับการวินิจฉัยป่วยด้วยวัณโรค การได้เห็นตัว

แบบจากสารคดีเรื่องนุหรี ความลับ-ความรู้ การพาผู้ป่วยชมปอดคองที่มีพยาธิสภาพของโรค ที่เป็นมะเร็งปอด วัณโรคปอดเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพจนถึงการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย และการถูกทำลายไปเนื่องจากนุหรี เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา สราวุธพิทักษ์ (2534 : 104 อ้างในเพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2536) ซึ่งบางรายมีอาการไอเรื้อรังและมีอาการรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพยายามในการเลิกนุหรีมากขึ้น อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกนุหรีได้นั้นส่วนหนึ่งเป็นเพราะสูบนานกว่า 20 ปี และสูบภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอน ตอนเช้าถึง 73.7% ซึ่งจะเป็นเรื่องของภาวะการเสพติดนิโคติน ดังนั้นการให้โปรแกรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเลิกได้สำเร็จ เพราะผลของนิโคตินที่มีต่อสมองไม่ต่าง จากผลของสารเสพติดอื่น ๆ ที่มีต่อสมองและปัจจัยทางชีวภาพนี้เอง ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบนุหรีไม่สามารถเลิกสูบนุหรีได้สำเร็จ แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความตั้งใจก็ตาม (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

ความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายที่เกิดจากการสูบนุหรี กับพฤติกรรมการเลิกสูบนุหรีภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกนุหรีได้มีคะแนนเฉลี่ยแต่ไม่พบความแตกต่าง ขณะที่พบความแตกต่างของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบนุหรีกับพฤติกรรมการเลิกสูบนุหรีภายหลังการทดลอง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกนุหรีได้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.90 คะแนน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบนุหรีได้ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.56 คะแนน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในผลของการเลิกสูบนุหรี และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเลิกสูบนุหรีภายหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าวระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบนุหรีกับกลุ่มที่ไม่เลิกสูบนุหรี

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้อาจไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถึงแม้จะมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่า “ถ้ามีความรู้มากขึ้นพฤติกรรมสุขภาพจะต้องดีขึ้น” หรือ “งานสุขศึกษาคือการให้ความรู้” ซึ่งการให้สุขศึกษาที่ให้ความรู้อย่างเดียวจึงอาจไม่ได้ผล ดังเช่น Egger (1995 : 18-19, อ้างใน สุปรียา ดันสกุล, 2544) กล่าวไว้ว่า คนที่มีความรู้ดีก็อาจไม่ทำพฤติกรรมที่ต้องการได้ ขึ้นกับว่าเขาได้รับความรู้ไปแล้ว มีการแปรผลหรือให้ความหมายประการใด ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประสบการณ์ เจตคติ ค่านิยม ของแต่ละบุคคล หากแต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการเลิกสูบนุหรีนั้น คือการเชื่อในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ถิณา วิถีเบญจพล (2536) และจุฑารัตน์ จุลรอด (2536) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบนุหรีของนักศึกษา

หากแต่แย้งกับการศึกษาของ อัจฉนา เชาว์นัประยูร (2531) ที่พบว่าผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้เป็นผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แต่ถึงแม้ว่าจากการศึกษารั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ แต่ในรายที่เลิกได้เหตุผลที่เลิกได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงไม่ควรมองข้ามปัจจัยนี้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 36.8 อยู่ในขั้นตั้งใจ และอยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติเท่ากันและอีกร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นปฏิบัติ หลังการทดลองร้อยละ 21.1 ของผู้ป่วยยังคงติดอยู่ในขั้นตั้งใจซึ่งได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และยังคงพบว่าร้อยละ 26.3 อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และผู้ป่วยถึงร้อยละ 52.6 อยู่ในขั้นปฏิบัติและสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

จากการศึกษาอาจสรุปได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคจำนวนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังที่กล่าวมาในข้างต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 โปรแกรมสุขศึกษานี้ควรที่จะนำไปประยุกต์ใช้โดยมุ่งเน้นการเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเอง และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หน่วยบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยวัณโรค ควรมีนโยบายในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะบุหรี่ มีการจัดเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ มีเวชภัณฑ์ยาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเสพติดนิโคติน

1.3 สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีการเรียนการสอน จัดกิจกรรมให้นักเรียนเกิดความตระหนัก ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาเพื่อเป็นการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ ในกลุ่มเยาวชนไทยลดลงได้มาก

1.4 โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ควรเริ่มต้นที่ครอบครัว โดยการสร้างความรักความเข้าใจกันในระดับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ และทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนทางสังคมที่ดี

1.5 สถานบริการในระดับชุมชน ควรมีการรณรงค์และจัดคลินิกให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ในชุมชนให้เกิดขึ้น เพื่อสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จากหน่วยงานวันโรคไปยังสาธารณสุขในระดับชุมชนเพื่อทำการติดตามผลและเฝ้าระวังต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะการเสพติดนิโคตินหรือติดในเชิงพฤติกรรม เพื่อศึกษาผลของทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2 การออกแบบการวิจัยควรมีระยะเวลาที่เพียงพอสำหรับการติดตามผล เพื่อเป็นการตรวจสอบความคงทนและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่อย่างถาวร หรือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน

THE EFFECT OF THE STAGES OF CHANGE AND SOCIAL SUPPORT APPLIED TO A
SMOKING CESSATION PROGRAM AMONG TB PATIENTS

CPT AUNGKANA WANAUPPATUMKUL 4736280 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.,
THARADOL KENGGANPANICH, M.A., LAKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Tuberculosis has re-emerged as a major public health problem of the world and tends to be more aggressive. According the latest World Health Report of 2006, it was found that there were one third or about 2,000 million people were infected of tuberculosis with no symptoms and about 15 million tuberculosis patients were the new cases whereby 4 million of them were in the stage of being able to spread the infection. Estimately, 2 million of tuberculosis patients died each year and most importance is 80percent of the tuberculosis patients are in the developing countries.

For Thailand, tuberculosis is the sixth important public health problem next to cancer, heart disease, accident, AIDS, and hemorrhagic fever.

In 2006, the numbers of tuberculosis patients were 58,639 and the high percentage of these patients are in the working age group of 15-44 years. Seventy percent of this group were the new cases with positive sputum who can spread the infection to other persons and, 1,782 patients were the relapsed tuberculosis cases. Among these tuberculosis patients, 12,000 cases died yearly and 15 percent of the

new cases have HIV infection. Besides, it was estimated that 30-40 percent of Thai people or about 20 million cases have tuberculosis infection that in ready to be progressed if the patients have weak body's immune system which may be due to excessive use of alcohol, smoking, malnutrition, or having HIV infection, tuberculosis infection will cause more severity (Universal Systems Company, 2007). According to the classification made by the World Health Organization, Thailand's tuberculosis has been ranked the 18th of the world. Among 22 countries that have the highest number of tuberculosis patients, it was reported that there were 91,000 new cases of tuberculosis patients and among this new case group, 2,843 cases were tuberculosis-drug resisted and 5,000-7,000 cases died each year. In regard to the treatment outcome, it was found that there 76 percent of tuberculosis patients who were cured which was lower than the treatment goal of 85 percent set by the World Health Organization. This situation has accelerated the severity of tuberculosis problem in Thailand (Ministry of Public Health, 2009).

Generally, being sick with tuberculosis is quite a severe problem but if the TB patient smoked or received second hand smoke which was considered as the important risk behavior of the illness whereas the patient will be risky for having pulmonary tuberculosis as well as making the symptoms get worst. The literature review made of 23 articles in 12 countries showed that there was a relationship between smoking and the onset of tuberculosis and the review of 5 articles indicated that there was a relationship between smoking and mortality rate of tuberculosis (Lin & Ezzati : 2007). This finding was congruent with the study, of the Epidemiology Section, tuberculosis Division, and the Faculty of Public Health, Mahidol University, that smoking related significantly with pulmonary tuberculosis in adults. Thus, smoking cessation will be beneficial for tuberculosis control (Nion Ariyothai, 2002).

According to the preliminary data derived from the study carried out with some TB patients who smoked, it was found that of them had psychological addiction and their misbehaviors can be changed through behavioral modification. Therefore, the researcher has realized the importance of the problem and has set up a smoking cessation program for tuberculosis patients by applying the stages of change and

social support theories. This smoking cessation program was aimed to help these TB patients can quit smoking permanently. Not only the outcome of rehabilitation of the damaged body caused by tobacco will be expected from this program but also the complications and severe symptoms will be lowered and controlled, prevention of the relapse of the illness, and the illness will be cured permanently. Besides, TB patients will be promoted to get better quality of life which will be beneficial for the patients themselves, their families and the country, as well as being the guideline for improving the service quality for TB patients.

Research Objectives

1. To study the effect of a smoking cessation program TB patients' changes in regard to :
 - 1.1 Perceived probability to getting tuberculosis and adverse effects of smoking.
 - 1.2 Self-efficacy expectation to quit smoking ; and
 - 1.3 Response efficacy of smoking cessation.
2. To compare the smoking cessation behavior of TB patients before and after participating in the smoking cessation program.
3. To compare the differences of perceived probability of getting tuberculosis and the adverse effects of smoking, self-efficacy expectation to quit smoking and response efficacy from smoking cessation, by smoking cessation behavior.

Research Design

This study was a quasi-experimental research, pretest-post test one-group design.

Population and Sample

The population of this study were the pulmonary tuberculosis patients who came to get treatment at the Tuberculosis Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

The samples of the study were pulmonary tuberculosis who came to get treatment at Tuberculosis Bureau, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, who smoked and were willing to participate in a health education smoking cessation program. The sample size was 30 or the highest number of the patients at the specific period. However, in case that the sample size could not reach 30, the data collected have to be tested for the normal distribution before carrying out statistical analysis.

Inclusion Criteria

1. The TB patients who have smoked for 6 months and still smoked during the past month.
2. The TB patients who did not have severe complications that caused them unable to join the research project (non-hospitalized patients of the medical service center).
3. The TB patients who were allowed to participate in the program by their physicians.
4. The TB patients who volunteered and were willing to participate in the research project.
5. The TB patients who hold clear address and telephone number that can be contacted conveniently.
6. Those TB patients who had the persons who could provide them social support.

Exclusive Criteria

1. The TB patients who had been diagnosed that they have mental problem.
2. The TB patients who had critical or severe symptoms.

Research Instrument for Collecting Data

The instrument used in this study was the set of questionnaire composing of the following 7 parts :

- Part 1 : General Information socio-economic data, smoking behavior and intention to quit smoking, etc.
- Part 2 : Stages of behavioral change
- Part 3 : Perceived probability of getting illness and adverse effects of smoking
- Part 4 : Self-efficacy expectation to quit smoking
- Part 5 : Response efficacy of smoking cessation
- Part 6 : Smoking behavior assessed at the end of the program
- Part 7 : Social support received assessed at the end of the program

Research Instrument for Implementing the Program

The smoking cessation program was developed by applying the stages of change theory of Prochaska et al. (2002) and the concepts derived from literature review about the previous smoking cessation programs. The concepts and theories reviewed were using for assessing readiness level for smoking cessation as well as for organizing the program activities. The program was developed by using the following steps :

1. Reviewing the literature related to smoking cessation behavior, smoking cessation programs in Thailand and other countries, and stages of change theory. And applying the lessons learned in planning a smoking cessation program.

2. Setting the steps of the activities to be implemented which were composing of : developing relationship, enhancing knowledge, developing motivation, providing counseling, and evaluating and following up.

3. Regarding the counseling step, the researcher has been prepared herself by attending a training program on network's capacity development for smoking cessation. The researcher has also practiced providing counseling through telephone, individual counseling, and group counseling. These activities were organized by the Action for Smoking or Health Foundation.

4. Setting the contents of the program activities to cover : the adversed effects of tobacco, smoking cessation, steps of self-smoking cessation, and what to behave after stop smoking.

5. Developing a smoking cessation program, with the following 4 steps of the activities :

5.1 Assessing the audience's readiness and developing good relationship between the researcher and the sampled patients with the aim to develop acquaintance and trust.

5.2 Organizing the activities to enhance knowledge and motivation to stop smoking by developing awareness in regard to the adversed effects of tobacco consumption and providing information about the relation of patients' diseases and smoking.

5.3 Providing counseling service for the patients in accordance with the stages of behavioral change.

5.4 Following-up the experimental group by giving 2 telephone calls for each patient at the 7th and 14th of the program.

Research Procedures

1. The researcher contacted the TB patients attending the Tuberculosis Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, developed good human-relationship with them, introduced herself, explained them the research objectives and research procedures, asked for cooperation including clarification of

their right protection.

2. After the patients have signed the consent forms, the program has been started by the researcher.

3. The researcher organized the program activities accordingly. The activities included 3 individual counseling, 2 telephone calls for following-up, and 1 evaluation after the end of the program. The program activities implemented were as follows :

Activity 1. The data collection was carried out before starting the program by using the questionnaire developed. Each sampled patient was asked to choose a person who could provide him/her social support for smoking cessation and who did not smoke. The researcher contacted those selected social supporters and explained them about the research objectives including enhancing them knowledge about the adverse effects of tobacco consumption and the roles of social support providers in accordance with the Manual on “Taking Care of Smokers”. The educational activities organized were included two-way-communication both face-to-face and telephone call. In regard to helping smokers quit smoking, the activities were implemental in accordance with the stages of change which included :- 1) The process of awareness development and feeling expression; 2) the process of self-evaluation and facing the behavioral conditions ; 3) evaluation of environment ; and 4) helpful relationship.

In regard to the evaluation of the stages of patients’ behavioral changes, assessing patients’ readiness for smoking cessation, providing counseling for smoking cessation, and organizing the activities in accordance with the stages of behavioral change, in case that the patients reached the third stage of “Preparation”, the researcher has used 4 fundamental processes : 1) declaring self-freedom ; 2) helpful relationship ; 3) declaring freedom to the society ; and 4) reinforcement. For the patients who reached the stage of “Action”, the reinforcement process has been used by the researcher through expressing appreciation when the patients started to quit smoking and providing psychological support for their furthering trial.

Activity 2. Counseling was provided to the patients in accordance with the stages of behavioral change. Motivation has been developed for another trial to quit smoking. The researcher talked with the patients about their problems involving in solutions. Other activities organized included : having patients practiced relaxation and stress management, searched for obstacles of smoking cessation and solutions ; emphasizing on “Getting a firm hold of God/Religion” for self-psychological support; and showing the sampled patients the real lung of TB patient.

Activity 3. The stage being ready to act or action stage. The researcher planned cooperatively with the TB patient for smoking cessation actions in regard to : setting the date; selecting the appropriate method ; explaining the procedures / steps for smoking cessation, problems that may occur, symptoms, and methods to be followed; behaviors that should be done during smoking cessation period, and using 5 Ds techniques for stress management.

4. Follow-up Stage (Activity 4). This stage concerned with following-up the sampled TB patients and their relatives as well as providing telephone counseling and giving additional suggestions in accordance with the problems occurred because during this stage the patients may relapse into their smoking behavior. Due to the fact that during this stage the patients usually get better blood circulation and their brains started to recover and this situation will cause the patients desire to smoke periodically. Most of the smokers thought that it will be alright to turn back to smoke once in a while because they could be able to quit. Therefore, this stage was risky for a relapse.

Activity 5. The researcher followed up the sampled patients and their relatives by calling them. Counseling has also been made through telephone including giving additional suggestions accordingly with the problems occurred.

5. Conclusion and Evaluation at One Month After the Program (Activity 6). The researcher has made the appointment with the sampled TB patients who came back for medical appointment at the Outpatient Department. The TB patients were asked to fill out the questionnaire on “Smoking Cessation Behavior” after the

completion of the program. The completeness of the questionnaire has been checked before statistical analysis. The sampled patients were informed that the program has been ended.

Data Analysis

The data were analyzed by using programmed computer and the following statistics were computed :

1. Descriptive statistics : frequency, percentage, arithmetic means, and stand and deviation.

2. Inferential statistics : This statistics was used for testing research hypotheses in regard to the difference comparison of the mean scores of the mean scores of perceived probability of getting diseases and adversed effects of smoking, self-efficacy expectation to quit smoking, response efficacy of smoking cessation, before and after the experimentation by computing Paired Sample, t-test. The comparison of the difference of the arithmetic means of the aforementioned variables between the samples who could quit smoking and those who could mot, after the experimentation, by computing Independent t-test. Due to the difficulty of getting the sampled patients the small size of the samples was used, therefore, the normal distribution of the data has been tested by using Kolmogorov – Smimov. If the normal distribution was not found, the non-parametrix statistics – Wilcoxon Sign Range test has been used instead of Paired Sample t-test, and Mann Withney U test was also used to replace Independent t-test.

Results of Data Analysis

1. General and Socio-demographic Data.

The highest percentage of the sampled TB patients aged between 40-49 years TB patients aged between 40-49 years while 26.3 percent aged 20-29 years. Most of them were males (89.5%) and 57.9 percent were married. Regarding educational level, 36.8 percent finished primary school while 31.6 percent finished

secondary school. The highest percent of them were Buddhists (84.2%) and 63.2 percent earned their living by being labors. In regard to monthly income, 52.6 percent had income of 5,001-10,000 Bahts a month and 42.1 percent had income of 1-5,000 Bahts a month. Among the sampled TB patients who smoked, 84.2 percent indicated that their fathers also smoked and 57.9 percent indicated that their siblings smoked.

Smoking Behavior

It was found that the age of first smoking among 47.4 percent of the samples was 15-19 years while 31.5 percent indicated that their age of first smoking was below 15 years. Regarding the time duration of smoking 58.1 percent have smoked for longer than 20 years and 26.2 percent have smoked for longer than 10 years. There were 31.6 percent smoked 20 cigarettes a day while 31.6 percent smoked 6-10 cigarettes a day and all of them smoked manufactory – cigarette. In regard to the reasons for smoking 57.9 percent mentioned “wanting to try” while 21.1 percent mentioned “releasing stress”. There were 36.8 percent indicated that they smoked the first cigarette 5 minutes after they woke up in the morning while the same percentage smoked the first cigarette 6-30 minutes after they woke up. In regard to the place they smoked, 52.6 percent smoked at the place with no smoking restriction and 26.3 percent smoked at the open-places.

Try For Smoking Cessation

There were 68.4 percent of the sampled TB patients who smoked indicated that they have ever tried to quit smoking and 15.38 percent have quit smoking for 1 year which was the longest time for their smoking cessation. Health problem was the reason for quitting smoking that the highest percentage of the sampled patients gave. All of the samples (100.0%) indicated that they quit smoking immediately. For those who could not quit smoking successfully, 30.8 percent of them gave the reasons as “could not tolerate anxiety” and “Do not want to quit”.

2. Socio-demographic Characteristics of the Persons Who Provided Social Support

There were 36.8 percent of the persons who provided the sampled patients social support aged 40-49 years while 21.1 percent aged higher than 60 years. Most of the supporters were females (73.7%). In regard to the relationship of the supporters and the patients, 36.8 percent and 31.6 percent of the supporters were “wives” and “friends” respectively. There were 78.9 percent of the supporters who were married, 73.7 percent finished primary school, 94.7 percent were Buddhists, 63.2 percent were labors, and 21.1 percent were traders.

3. The Difference Between Before and After the Experimentation

3.1 Perceived Probability of Getting Diseases and the Adversed effects of Smoking. The perceived probability was measured by using a rating scale with 13 statements. It was found that before the experimentation 94.7 percent of the sampled TB patients hold a high level of perceived probability comparing with the same percentage (94.7%) who had a high level of perceived probability measured after the experimentation. The mean scores of perceived probability measured before and after the experimentation were 23.05 and 24.0 respectively. According to the Paired Sample t-test, no significant difference was found between the two means (p -value = 0.270). See Table 1.

3.2 Self-efficacy Expectation to Quit Smoking, Before and After the Experimentation. Self-efficacy expectation was measured by using a rating scale of 14 statements. It was found that before the experimentation the similar percentage of the samples hold a “high” and “moderate” level of self-efficacy expectation (42.1%). After the experimentation 73.7 percent of the samples had a “high” level of self-efficacy expectation. The mean scores of self-efficacy expectation measured before and after the experimentation were 20.95 and 23.37 respectively. The mean score measured after the experimentation was higher than the mean score measured before the experimentation (the increased score was 2.42). according to the Paired Sample t-test, no significant difference was found between

the two means (p-value = 0.065). See Table 1.

3.3 Response – Efficacy of Smoking Cessation, Before and After the Experimentation. Response – efficacy was measured using a rating scale with 13 statements. Before the experimentation there were a high percentage of the samples (94.7%) hold a “high” level of response – efficacy of smoking cessation comparing to 84.1 percent of the samples who hold a “high” level of response-efficacy after the experimentation. The decreased percentage was 10.6. The mean scores of response-efficacy measured before and after the experimentation were 36.42 and 36.11 respectively, with the decreased mean score of 0.32. But, according to the Paired Sample t-test, there was no significant difference between the two means (p-value = 0.680). See Table 1.

Table 1 Difference comparison of the mean scores of the respondents, before and after the experimentation (n=19)

Variables	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
• Perceived probability of getting diseases and adversed effects of smoking					
- Before the experimentation	23.05	2.95	1.138	18	0.270
- After the experimentation	24.00	3.51			
• Self-efficacy expectation to quit smoking					
- Before the experimentation	20.95	5.25	1.967	18	0.065
- After the experimentation	23.37	4.87			
• Response – efficacy to quit smoking					
- Before the experimentation	36.42	2.81	0.419	18	0.680
- After the experimentation	36.11	3.71			

4. Smoking Behavior

After the experimentation it was found that there were 10 sampled patients who participated in the smoking cessation program could be able to quit smoking (52.7%). Among 9 patients who could not quit smoking, 7 patients (36.8%) were found to smoke less while 2 patients (10.5%) smoked the same number of cigarettes. For those patients who could not quit smoking, 4 patients gave the reason that they did not intend to quit while 3 patients indicated that they were not strong enough to quit. However, all of the patients who could not quit smoking mentioned that they have thought to try again.

For those who could quit smoking successfully, 3 patients mentioned that their success was due to receiving encouragement from close persons while 2 patients indicated that they were afraid of the adverse effects of smoking. In regard to the method used, 5 patients have quit smoking immediately while 5 of them decreased the amount of cigarettes gradually. For those who could quit smoking successfully, they mentioned that their physical and mental health was better.

5. The Difference Between the Patients Who Could and Could not Quit Smoking, After the Experimentation.

5.1 Perceived Probability of Getting Diseases and the Adverse Effects of Smoking, After the Experimentation. The mean of perceived probability of the patients who could quit smoking was found to be 23.70 compared to the mean score of 24.33 among the patients who could not quit smoking. The mean score of the patients who could quit smoking was less than of those who could not quit, the difference was 0.63. No significant difference was found between the two means ($p\text{-value} = 0.729$). See Table 2.

5.2 Self-efficacy Expectation to Quit Smoking and Smoking Cessation Behavior After the Experimentation. The self-efficacy experimentation score of the patients who could quit smoking was found to be 25.90 compared to the mean score of 20.56 of those who could not quit smoking. The mean score of those

who could quit smoking was higher than of those who could not, with the difference of 5.34. significant difference was found between the two means (p-value = 0.024). See Table 2.

5.3 Response–Efficacy and Smoking Cessation Behavior After the Experimentation. The response-efficacy mean score of the patients who could quit smoking was found to be 35.80 compared to the mean score of 36.44 of those who could not. The mean score of the patients who could quit smoking was less than of those who could not, with the difference of 0.64. But no significant difference was found between the two means (p=0.900). See Table 2.

5.4 Social Support and Smoking Cessation Behavior After the Experimentation. The social support mean score of the patients who could quit smoking was found to be 22.40 compared to the mean score of 22.88 of those who could not. The man score of the patients who could quit smoking was less than of those who could not, with the difference of 0.48. No significant difference was found between the two means (p=0.808). See Table 2.

Table 2 Difference comparison of variables' mean scores and smoking cessation behavior after the experimentation

Variables	n	$\bar{X}$	S.D.	Mann U	z	p-value
• Perceived probability of getting diseases and the adversed effects of smoking						
- The patients who could quit smoking	10	23.70	4.59	41	-0.346	0.729
- The patients who could not	9	24.33	1.93			
Mean Difference		-0.63				
• Self-efficacy expectation to quit smoking						
- The patients who could quit smoking	10	25.90	1.97	2.68	9.72	0.024
- The patients who could not	9	20.56	5.68			
Mean Difference		5.34				

Table 2 Difference comparison of variables' mean scores and smoking cessation behavior after the experimentation

Variables	n	$\bar{X}$	S.D.	Mann U	z	p-value
• Response – Efficacy of smoking cessation						
- The patients who could quit smoking	10	35.80	4.18	43.50	-0.126	0.900
- The patients who could not	9	36.44	3.32			
Mean Difference		-0.64				
• Social Support						
	n	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value
- The patients who could quit smoking	10	22.40	5.21	0.246	17	0.808
- The patients who could not	9	22.88	3.02			
Mean Difference		-0.48				

6. Stages of Smoking Cessation Behavior Change of TB Patients Before and After Participation in the Smoking Cessation Program

It was found that before the experimentation there were 36.8 percent of the TB patients were in the “Contemplation” stage while the same percentage (26.3%) were in the “Preparation” and “Action” stages After the experimentation 21.1 percent were found to be in the “Contemplation” stage who were those who could not be able to quit smoking. Besides, 26.4 percent were in the “Preparation” stage and 52.6 percent were in the “Action” stage who were those who could quit smoking successfully. See Table 3.

Table 3 Number and percentage of the samples by the stages of behavioral change, before and after the experimentation

Stages of smoking cessation behavior change	Before the experimentation		After the experimentation	
	Number	Percent	Number	Percent
Contemplation	7	36.8	4	21.1
Preparation	7	36.8	5	26.3
Action	5	26.4	10	52.6

Discussion

After participating in the program it was found that the high percentage of the samples (94.7%) hold a “high” level of perceived probability of getting diseases and the adverse effects of smoking. But when the consideration has been made about the mean scores, the mean score measured after the program was found to be higher than before the program (the different mean was 0.95). This finding may be due to the fact that the samples had the similar socio-demo-graphic characteristics in regard to educational level, occupation, etc. Besides, the samples may be affected by the campaigns organized through mass media, e.g. television whereby the finding of this study showed that most of the sampled patients have exposed to information through television.

In regard to self-efficacy expectation to quit smoking , significantly higher mean score after the experimentation was found compared to before the experimentation. This finding showed the effectiveness of the health education program implemented in increasing the patients’ self-efficacy expectation to quit smoking. This finding was similar to the study of Apiluksana Ratanasuuajna (1995), Chuchawalaya Singharatanairi (1991), Knmlaitipya Ranoi (1993 : a-b), Panomporn

Lekhachareon (1989), Leena Thitibenjakul (1993), and Prochaska and Diclement (1984 cited Leena Thitibenjakul, 1993), which was found that there was a relationship between self-efficacy expectation to quit smoking and the change of behavior from the “Pre-contemplation” stage to the “Contemplation” stage and lastly being able to quit smoking.

In regard to response-efficacy of smoking cessation, it was found that after the experimentation there were 84.1 percent of the samples hold a “high” level of response-efficacy which was 10.6 percent less than the percentage of those who hold a “high” level of response-efficacy before the experimentation. But no significant difference was found between response-efficacy mean scores measured before and after the experimentation. This finding was similar to the study of Leena Thitibenjakul (1993). As it was found that before the experimentation most the sampled patients hold a “high” level of response self-efficacy but after the experimentation they could not quit smoking, this situation may cause the lower level of response self-efficacy among the sampled patients after the experimentation.

Regarding smoking behavior of the sampled after the experimentation it was found that 10 sampled patients could be able to quit smoking (52.7%) This finding showed the effective ness of the health education program implemental even though all of them could not quit smoking. This finding also may be due to the fact that some of the patients had nicotine addicted but the program implemental was developed basically on behavioral addiction. Among those who could not quit, 7 patients were found to smoke less while 2 still smoked the same amount of cigarettes. All of the 9 patients who could not quit gave the reasons that they did not intend to quit and were not strong enough to do it. However, all of these unsuccessful smokers thought that they will try again. Among those who could quit smoking they gave the reason for their success that they received psychological support from their close persons and the next reason mentioned was that they were afraid of the adversed effects of smoking. The method that 5 of the patients used for quitting smoking was to stop smoking immediately while 5 of them tried to decrease the amount of cigarettes smoked gradually. All of 10 patients who could stop smoking successfully

mentioned that their physical and mental health was better than before the experimentation.

The educational activities implemented during the program which included individual counseling, reminding, individual counseling, reminding, encouraging, continuous following-up, and providing social support, were appropriate for the services provided for TB patients and related to smoking cessation. This finding was congruent with the result of the study of Malinee Poowanant (1995) that providing individual counseling of education patients about stages of smoking cessation and giving reinforcement as well as encouragement were very important for implementing smoking cessation clinic. Suggestions for smoking cessation should be given by the physician after the TB patient has been diagnosed. Other activities were included : having patients seen the role models by showing the video entitled “Cigarette : Secret & Knowledge”, taking the patients to see lung specimens of lung-cancer patients and TB patients, etc. These activities helped patients realized the loss of body organs and the damage of the body organs due to smoking. The similar finding was found in the study of Jintana Sarayuthapituks (1991 : 104 cited in Pensri Plienkham, 1993) whereas severe and chronic cough have made some TB patients tried harder to quit smoking. However, another reason that made those patients unable to quit smoking was that 73.7 percent of them have smoked for longer than 20 years and smoked 30 minutes right after waking up in the morning, which was concerned with nicotine addiction. Therefore, implementing the program emphasizing only on behavioral modification was not enough for helping patients to quit smoking successfully because the effect of nicotine on the brain is not different from the effect of other addicted substances to the brain. This biological factor was one of the factors that made smokers unable to quit smoking successfully even though they had strong intention (Ronnachai Kongsakon, 2007).

The test of the difference between perceived probability of getting diseases and the adversed effects of smoking and smoking cessation behavior showed that after the experimentation, no significant difference between the perceived probability mean score of the patients who could and could not quit smoking. But significant

difference of self-efficacy expectation mean scores of the patients who could and could not quit smoking was found. The self-efficacy expectation mean score of the patients who could quit smoking was found to be 25.90 compared to the mean score of 20.56 of those who could not quit smoking. In regard to the difference of response self-efficacy of smoking cessation and social support and smoking cessation behavior after the experimentation, no significant difference of the mean scores of those variables between the group who could quit smoking and the group who could not.

The results of this study showed that disseminating knowledge may not be essential for behavioral modification even though our basic belief is that “The higher level of knowledge is the better health behavior will be” or Health education is the dissemination of knowledge”. But health education that emphasizes only on dissemination of knowledge usually does not work”. According to Egger (1995 : 18-19, cited in Supreeya Tunskul, 2001), an individual who has better knowledge may not behavior desirable behavior. It depends on whether on not that individual interpreted that knowledge which is related to his/her background, experiences, attitudes and values. But from this study, it was found that the most important factor influencing behavioral modification or smoking cessation was perceived self-efficacy. This finding was agreed with the study of Leena Thitibenjapal (1993) and Juthovratna Julrod (1993) that there was no significant relationship between social support and students’ smoking cessation. But the finding was disagreed with the study of Ujana Chowprayoon (1988) that was found that the persons who could quit smoking were those who received a “high” level of social support. However, even though a relationship between social support and smoking cessation was not found in this study but among those who could quit smoking successfully, one reason for quitting was receiving social support. Therefore, social support is the factor that should not be overlooked.

In regard to the stages of behavioral change of TB patients before and after the experimentation, before the experimentation it was found that 36.8 percent of the sampled TB patients were in the stage of “Contemplation” and also in the stage of “Preparation” while 26.3 percent were in the stage of “Action”. After the

experimentation it was found that 21.1 percent were in the “Contemplation” stage whereas this group consisted of those who could not quit smoking. Besides, it was found that 26.3 percent were in the stage of “Preparation” while 52.6 percent were in the “Action” stage and could quit smoking successfully.

From the results of this study, it can be concluded that smoking cessation among some of the sampled TB patients should be due to the smoking cessation program developed by applying the stages of change theory, as presented above.

Recommendations

1. Recommendations Derived from the Research Results

1.1 This type of health education program should be applied by emphasizing on increasing self-efficacy and should be used with the patients who have similar characteristics as of this sampled group.

1.2 The public health units/organizations that provide services for TB patients should have the policy to screen health risk factors especially smoking. The units/organizations should send their staff to attend a training program on smoking cessation and have medical supplies available to help the patients who are nicotine addicted.

1.3 The educational institutions should organize teaching-learning activities that will help developing students awareness about the adverse effects of smoking by starting from primary school level. This will help prevent smoking among adolescents who are the risk group for the beginning of smoking. This preventive program will also help lower smoking rate among Thai adolescents.

1.4 A program aiming to promote smoking cessation should be started in the family by developing love and understanding at the family level. The family should play a good role model of “no smoking” and be a good provider of social support.

1.5 Health service centers at the community level should organize a campaign and provide counseling services for smoking cessation so the referral can be made for the patients who smoke from TB clinics to community health centers and the following-up and surveillance activities can be made further.

2. Recommendations for Further Researches

2.1 For the next research project, the TB patients with no nicotine addiction or those who had behavioral addiction should be selected as the samples, in order to study the effect of applying behavioral science on behavioral change.

2.2 The research design used should allow an adequate time for following-up in order to assess sustainability and permanent smoking cessation behavior. The additional time should be at least 6 months.

บรรณานุกรม

- กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กองสุศึกษา : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ข่าวเพื่อสื่อมวลชนสำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข (online). แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHotnew (2550,มีนาคม21)
- กำไลทิพย์ ระน้อย. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กำไลรัตน์ เียนสุจิตร. (2534). ประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชนและการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่ ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญา บุญช่วย. (2535). ประสิทธิผลของการควบคุมตนเองที่มีต่อการงดบุหรี่ของคณงานชายในวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมสารจำกัด.
- กาญจนาศรี สิงห์ภู. (2541). ประสิทธิผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่. ในการทบทวนและวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาในการเลิกบุหรี่ ของผู้นำชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- กุลวรรณ นาครัถย์. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชากระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติมา หุ่นพรพญ. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการชั้นประทวน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สราวุธพิทักษ์. (2534). การสอนสุศึกษา. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สิงห์สูง. (2533). การใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสระบุรี จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จิราภรณ์ เนียมบุญชู. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรพร สร้อยสุวรรณ. (2539). การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ จุลรอด. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ สุรีย์ จันทโรล (2538). ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารสุศึกษา , (18) 69, 5-10.
- ชัชวาลย์ สิงห์รัตนศิริ. (2534). ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยเทคนิคสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุศาสตร์) สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐริา ไกรมงคล. (2540). ปัญหาและอุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัวในเขตตำบลราชคราม อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุศาสตร์) สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2551). การเสพติดบุหรี่ และการประเมินภาวะการเสพติด ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ. หลักสูตรพัฒนาศักยภาพเครือข่ายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2538). ผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุข ศาสตรัฒญัณทัต สาขาสุศึกษา บัณทัตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา เย็นถ้ำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่ของบุคลากร ชาญในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรั. บัณทัตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นือ อริโยทัย. (2545). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุหรืและวันโรคปอดในผู้หญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาทรณสุขศาสตรั) สาขาวิชาเอกโรคติดเชือ. บัณทัตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บริษัทยูนิเวอร์แซลซิสเต็มส์. (2550). TB โรคอุบัติซ้ำ วันโรคที่กลับมาใหม่ (online). แหล่งที่มา: <http://www.unisys-th.com> (2552,มีนาคม16)
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2538). จิตวิทยาสังคมกับการสารณสุข ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคม วิทยาการแพทยัหน่วยที่ 9-15 .มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2545). 50 คำถามสำหรับผู้สูบบุหรืและผู้ไม่สูบบุหรื. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื.
- ผ่องศรี มรกต. (2548). พยาบาลไทยร่วมใจด้านกัยบุหรื.รายงานการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 3 วันที่22-24 สิงหาคม 2548 :40-43.
- พนมพร เลจะเจริญ. (2532). ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรืต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาทรณสุขศาสตรั) สาขาวิชาเอกสุศึกษา บัณทัตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการงดสูบบุหรืของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาทรณสุขศาสตรั) สาขาวิชาเอกสุศึกษา บัณทัตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภัทรกร กาญจนภาส. (2538). โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา เก่งการพานิช และคณะ. (2549). การทบทวนและวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการบริโภคยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- มาลินี ภูวนันท์ และคณะ. (2538). ผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลหาดใหญ่. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548). คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (คุณทำได้). กรุงเทพฯ
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2551). 10 วิธีง่าย ๆ ช่วยคนที่คุณรักให้เลิกสูบบุหรี่. กรุงเทพฯ
- รวมพร นาคะพงศ์. (2535). ประสิทธิผลของการจัดประสบการณ์ตรงในโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รณชัย คงสกนธ์. แนวทางการรักษาผู้ติดยาเสพติดทางจิตเวชใน ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ. 230 . เครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. 2550.
- รณรุทธิ์ บุตรแสนคม. (2525). ผลการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ให้กับนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร เคียนทอง. (2546). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. ในการทบทวนและวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ลลิตา เขตต์ภูฎี. (2546). ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการกองพลทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ลีนา จิตินิพนธ์. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน การเลิกบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มณฑานกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรันย์ กอสนาน, และคณะ. (2546). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- วิยะดา ดิลกวัฒนา. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ ทาราศรี. (2533). ประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของ นักเรียนมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร เกตุดาว, วิรัช มั่นในบุญธรรม, และภัทราภรณ์ กาบกลาง. (2547). การประเมินผลโครงการ ชะลอการสูบบุหรี่ ลด ละ เลิกบุหรี่ โรงพยาบาลขอนแก่น. บทความวิชาการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมการบริโภคยาสูบ. จากการประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ” ครั้งที่ 4 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ 1-2 ก.พ. 48 (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สติเฟนส์ ฮาร์มาน และคณะ. (2548). โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และพิษภัยจากควันบุหรี่มือสอง. ใน การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2548.
- สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย. (2546). แนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่. ใน Clinical Practice Guideline. 146. กรุงเทพฯ. โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์ จำกัด.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2549). งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในต่างประเทศ. พยาบาลกับบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี. หน้า 120-128.
- สุภรณ์ บุหลัน. (2546). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลสงขลา. ใน การทบทวนและวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของ ประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

- สุปรียา ตันสกุล. (2544). กระบวนการเรียนรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. Thailand journal of health promotion and Enviromental health , 41-49.
- สุวลี รุ่งเรือง. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรท ในการงดสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สเปญ อุณนงค์. (2543). การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่โดยวิธีที่ไม่ใช้ยา. Ramathibodi Clinical Medicine Update 2000. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์. หน้า 319- 328.
- อภิสิทธิ์ รัตนสุวัฒน์. (2538). การเปรียบเทียบบริโภคนิสัย ความคาดหวังในผลของการหยุดสูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ ของคนงานชาย ในโรงงานเบตเตอร์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญญา เขาวนัประยูร. (2531). ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลรัตน์ เรืองหิรัญ. (2527). การสำรวจโครงการ 5 วัน เพื่อการงดสูบบุหรี่ของโรงพยาบาลมิชชั่น. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Bandura, Albert. (1977)Social Learning Theory. Eaglewood Cliff, N.J. : Prentice Hall.
- Barrera, M. (1982). “Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents : Assessment Issue.” In Social Networks and Social Support. P.69-96. London : SAGE Publication.
- Barta, S. K., and Stacy, R. D. (2005). The Effect of a Theory-Based Training Program on Nurses ‘ Self-Efficacy and Behavior for Smoking Cessation Counseling. The Journal of Continuing Education in Nursing May/Jun 36 (3): 117-123.

- Caplan.R.B.et al. (1976). “Social Support and Health” Medical care.15 (May),39-42.
- Curry, S., et al. (1991). Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program. Journal of consulting and Clinical Psychology. 59 (1991, April), 318-340.
- Cobb,S. (1976). “Social Support as a Moderator of Life Stress.” Psychosomatic Medicine 38.(September-October 1976) : 300-314
- Chouinard, M. C., and Robichaud-Ekstrand. (2005). The Effectiveness of a Nursing inpatients Smoking Cessation Program in Individuals with Cardiovascular Disease. Nursing Research 54(4): 243-254.
- Dejong, R. S., and Veltman, H. R. (2004). The Effective of a CNS-led Community-based COPD Screening and Intervention Program. Clinical Nurse Specialist.18(2):72-79.
- Fung, P. R., Snape-Jenkinson, S. L., Godfrey, M. T., et.al.(2005). Effectiveness of Hospital-Based Smoking Cessation. Chest July 128(1): 216-233.
- Gottlieb, H. (1985). “Social Network and Social Support : And over view of Research, Practice and Policy Implication.” Health Education Quarterly. 12 (Spring,1985) : 5-22
- Hennrikus, D. J., Lando, H. A., McCarty, M. C.,et.al. (2005). The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. Preventive Medicine 40: 249-258.
- Hassmiller K.M. (2006). The association between smoking and tuberculosis. Salad publica de mexico. vol.48, suplemento 1 de 2006.
- Hsien-Ho Lin ,Majid Ezzati and Megan Murray .(2007) Tobacco Smoke .Indoor Air Pollution and Tuberculosis:A Systemic Review and Meta-Analysis.ASH Daily News for 17 January .
- Israel B.A. (1985)“Social Network and Social Support Implication for Natural Helper and Community Level Intervention.” Health Education Quarterly. 12 (Spring) : 66.
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirsdottir, T.,et.al. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. Journal of Advanced Nursing 48(6) : 594-604.
- Kahn, R.L.(1979). “Aging and Social Support”. In Aging Form Birth to Death : Interdisciplinary Prospectives . p.77-91.

- Langlie & J.K.(1977) “Social Networks Health Beliefs and Prevention Behavior”
Journal of Health and Social Behavior. 9 (September) : 244-260.
- Midlarsky, E. Bryan, J.H. Brickman and P. Aversive. (1973) “Approval : Interactive Effects of
Modeling Reinforcement on Altruistic Behavior”, Child Development. 44 : 321-328.
- Orleans, C., et al. (1991). Selp-Help quit smoking interventions. Journal of Consulting and
Clinical Psychology. 59 (June), 439-480.
- Quist-Paulsen, P., and Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trail of smoking cessation
intervention after admission for coronary heart disease. BMJ 327(29):1254-1256.
- Pilisuk, M. (1982) “Delivery of Social Support. The Social Inoculation.” American Journal
OrthoPsychiatry.52(January) : 20.
- Prochaska, J. O. (1996). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to
smoking cessation. Addictive Behaviors 21(6) : 721-732.
- Prochaska, J. O., and Diclemente, C. C. (1983) Stages and process of self-change in
smoking : Toward an integrative model of change. Journal of Clinical and consulting
Psychology 51(3) : 390-395
- Prochaska, J. O., and Diclemente, C. C. (1992). Stages of Change in the modification of problem
behaviors. Problem Behavior Modifies 28 : 184-214.
- Prochaska, J. O., and Norcross,J. C. (2003). System of psychotherapy A Transtheoretical
Analysis. USA : Thomson Learning. 512-541.
- Prochaska, J. O., & Redding, C. A., and Evers, K. E. (2002). Health Behavior and
Health Education : Theory, Research and Practice. San Francisco : John Wiley & Sons.
99-120.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., et.al.(1994). The Transtheoretical
Model of Change and HIV Prevention : A Review. Health Education Quarterly 21(4) :
471-486.
- Prochaska, J. O., & Velicer, A. F. (1997). The Transtheoretical model of health behavior
change. Am J Health Promotion 12 : 38-48.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Mologarcus, B. H., Rakowski,
W., and et al. (1994). Stages of change and Decisional Balance for 12 Problem Behavior.
Health Psychology 13(1) : 39-46.

Reeve, K., Calabro, K., and Adams-McNeil, J. (2000). Tobacco Cessation Intervention in a Nurse Practitioner Managed Clinic. Research 12(5): 163-169.

Rosen, G.M., & Lichtenstein, E. (1977). An employee incentive program to reduce cigarette smoking. Journal of consulting and clinical psychology, 45, 957.

World Health Organization. (2007). Tuberculosis Infection and transmission (online). แหล่งที่มา :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/print.html> (2550, พฤศจิกายน 22)





แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อตัวท่านและการรักษาแต่อย่างใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ท่านให้จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าในการนำไปปรับปรุงวิธีการดำเนินการเพื่อการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วยอื่นต่อไปในอนาคต

อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล

นักศึกษาปริญญาโทสาขาสุขศึกษา

ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรตัวอย่างรายที่.....ครั้งที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

การวินิจฉัยโรค.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. สถานภาพการสมรส
 () โสด () คู่ () หม้าย () อื่นๆ.....
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ปวช./ปวส. () อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านนับถือศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆระบุ.....
5. ท่านประกอบอาชีพ
() งานบ้าน () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () ค้าขาย () เกษตรกรรม
() อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน.....บาท/เดือน

7. บุคคลในครอบครัวของท่านต่อไปนี้สูบบุหรี่หรือไม่

บุคคล	สูบ	ไม่สูบ
1.บิดา		
2.มารดา		
3.พี่น้อง		
4.ญาติ		
5.สามีหรือภรรยา		

8. กิจกรรมที่ท่านทำในวันหยุดหรือเวลาว่าง ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () อ่านหนังสือ () เล่นกีฬา () ฟังเพลงหรือเล่นดนตรี
 () ไปเที่ยว () ดูโทรทัศน์ () พักผ่อน
 () อื่นๆ ระบุ.....

9. ท่านสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปีสูบบุหรี่เป็นเวลานาน.....เดือน.....ปี

10. โดยปกติท่านสูบบุหรี่วันละ.....มวน

11. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ชนิดใด

- () บุหรี่โรงงาน () ยาเส้น () อื่น ๆ ระบุ.....

12. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านสูบบุหรี่ เพราะอะไร (ตอบเพียงข้อเดียว)

- () อยากรลอง () เลียนแบบเพื่อน () เลียนแบบผู้ใหญ่
 () เพื่อนชักชวนให้สูบ () เพื่อเข้าสังคม () เพื่อความเท่
 () เพื่อสร้างความมั่นใจ () เพื่อคลายความเครียด
 () อื่นๆ ระบุ.....

13. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อใด

- () ภายใน 5 นาที () ระหว่าง 6 - 30 นาที
 () ระหว่าง 31 - 60 นาที () มากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป

14. สถานที่ที่ท่านชอบไปสูบบุหรี่ ได้แก่.....

15. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

- () เคย ครั้ง เลิกได้นานที่สุด.....วัน/เดือน/ปี
- () ไม่เคย เพราะ.....(ข้ามไปข้อ 20.).....

16. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านพยายามเลิกสูบบุหรี่คือ (ตอบเพียงข้อเดียว)

- () กลัวป่วย
- () มีปัญหาสุขภาพ
- () สิ้นเปลือง
- () เป็นที่รังเกียจของสังคม
- () มีคนแนะนำให้เลิก
- () อื่นๆ ระบุ.....

17. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () เลิกทันที/หักดิบ
- () ค่อยๆ ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน
- () หลีกเลียงสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรี่
- () ปฏิเสธเมื่อถูกชวนให้สูบ
- () อมลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง
- () ออกกำลังกาย
- () อื่นๆ ระบุ.....

18. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ท่านเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเพราะ (ตอบเพียงข้อเดียว)

- () จิตใจไม่เข้มแข็งพอ
- () คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายกับตนเอง
- () ยังไม่อยากเลิกเอง
- () ทนความหงุดหงิดไม่ได้
- () เพื่อนชวน
- () เหนง
- () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. การสูบบุหรี่ทุกประเภทมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค			
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีร่างกายแข็งแรง สามารถสูบบุหรี่ได้			
3. การสูบบุหรี่ก้นกรองจะช่วยกรองสารพิษจากควันบุหรี่ได้			
4. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่องเสียง			
5. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง			
6. การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ง่ายต่อการติดเชื้อวัณโรค			
7. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ แม้หายป่วยแล้วมีโอกาสกลับมาป่วยด้วยวัณโรคอีกได้ง่าย			
8. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สูบบุหรี่			
9. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีผลทำให้ริมฝีปากและเหงือกเป็นสีคล้ำ			
10. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ จะมีอาการไอมีเสมหะมาก			
11. การสูบบุหรี่ทำให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ			
12. การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการแย่ลง			
13. การสูบบุหรี่จะทำให้การรักษาวัณโรคยากขึ้น			

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้ใช้ประเมินความสามารถของท่านในการเลิกสูบบุหรี่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความ (ขอให้ท่านประเมินตามความสามารถที่แท้จริงของตนเอง)

ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	ทำได้	ไม่ แน่ใจ	ทำ ไม่ได้
1. เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านสามารถควบคุมตัวเองที่จะไม่สูบบุหรี่ได้			
2. ท่านสามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อลดความอยากบุหรี่			
3. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง ท่านจะไม่สูบบุหรี่			
4. เมื่ออยู่ลำพังคนเดียวหรือเหงา ท่านจะไม่สูบบุหรี่			
5. เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ			
6. หลังรับประทานอาหาร ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ			
7. เมื่ออยู่กับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ ท่านก็จะไม่สูบบุหรี่			
8. เมื่อมีผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่ ท่านจะปฏิเสธทันที			
9. เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ ท่านก็จะไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่			
10. เมื่อมีปัญหา ท่านจะไม่แก้ไขปัญหาคด้วยการสูบบุหรี่			
11. ถ้าท่านตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ทันที			
12. เมื่อตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านกล้าประกาศให้คนอื่นรับรู้			
13. เมื่อสัญญากับตนเองว่าจะเลิกสูบบุหรี่ ท่านก็จะเลิกสูบได้อย่างเด็ดขาด			
14. หากท่านเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ท่านจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกอย่างแน่นอน			

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้เป็นการประเมินความคิดเห็นของท่านต่อการเลิกสูบบุหรี่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. สมาชิกในครอบครัวก็จะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่			
2. ฟันไม่ดำและไม่มียกเลิกปาก			
3. ทำให้ไม่มีกลิ่นบุหรี่ติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย			
4. ประหยัดค่าใช้จ่าย			
5. ไม่สร้างความรำคาญให้คนใกล้ชิด			
6. ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการดีขึ้น			
7. ทำให้ครอบครัวยอมรับมากขึ้น			
8. ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง			
9. สุขภาพจิตดีขึ้น สมองปลอดโปร่ง			
10. ทำให้การรักษาวัณโรคได้ผลดี			
11. ทำให้คุณภาพชีวิตของคุณดีขึ้น			
12. ทำให้ครอบครัวของคุณมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น			
13. ทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น			

ส่วนที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมรายที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ
 () สามี () ภรรยา () บุตร () อื่น ๆ ระบุ.....
3. สถานภาพการสมรส
 () โสด () คู่ () หม้าย () อื่น ๆ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ปวช./ปวส. () อนุปริญญา ()ปริญญาตรี
 () อื่น ๆ ระบุ.....
5. ท่านนับถือศาสนา
 () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ ระบุ.....
6. ท่านประกอบอาชีพ
 () งานบ้าน () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ
 () รับจ้าง () ค้าขาย () เกษตรกรรม
 () อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน.....บาท/เดือน

แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ท่านพร้อมที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่

- () ไม่เคยคิดเลิกบุหรี่เลยใน 6 เดือนข้างหน้า(ยังไม่พร้อม)
- () เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ยภายใน 6 เดือนข้างหน้า(ไม่แน่ใจ)
- () ตั้งใจจะเลิกให้ได้ภายใน 1 เดือน(พร้อมที่จะเลิก)
- () เลิกแล้วแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน(กำลังเลิก)
- () เลิกมานานกว่า 6 เดือนแล้ว

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงและตรงกับความ
คิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อตัวท่านและการรักษา
แต่อย่างใด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่
ท่านให้จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าในการนำไปปรับปรุงวิธีการดำเนินการเพื่อการเลิกสูบบุหรี่แก่
ผู้ป่วยอื่นต่อไปในอนาคต

อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล

นักศึกษาปริญญาโทสาขาสุขศึกษา

ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรตัวอย่างรายที่.....ครั้งที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

การวินิจฉัยโรค.....

ส่วนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. การสูบบุหรี่ทุกประเภทมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค			
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีร่างกายแข็งแรง สามารถสูบบุหรี่ได้			
3. การสูบบุหรี่กั้นกรองจะช่วยกรองสารพิษจากควันบุหรี่ ได้			
4. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่อง เสียง			
5. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง			
6. การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ง่ายต่อการติดเชื้อวัณโรค			
7. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่ แม้หายป่วยแล้วมีโอกาสกลับมา ป่วยด้วยวัณโรคอีกได้ง่าย			
8. ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณ โรคที่ไม่สูบบุหรี่			
9. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีผลทำให้ริมฝีปากและเหงือกเป็นสี คล้ำ			
10. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ จะมี อาการไอมีเสมหะมาก			
11. การสูบบุหรี่ทำให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ			
12. การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการแย่ลง			
13. การสูบบุหรี่จะทำให้การรักษาวัณโรคยากขึ้น			

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้ใช้ประเมินความสามารถของท่านในการเลิกสูบบุหรี่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความ (ขอให้ท่านประเมินตามความสามารถที่แท้จริงของตนเอง)

ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่	ทำได้	ไม่ แน่ใจ	ทำ ไม่ได้
1. เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านสามารถควบคุมตัวเองที่จะไม่สูบบุหรี่ได้			
2. ท่านสามารถหากิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อลดความอยากบุหรี่			
3. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง ท่านจะไม่สูบบุหรี่			
4. เมื่ออยู่ลำพังคนเดียวหรือเหงา ท่านจะไม่สูบบุหรี่			
5. เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ			
6. หลังรับประทานอาหาร ท่านจะไม่หยิบบุหรี่มาสูบ			
7. เมื่ออยู่ใกล้ผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ ท่านก็จะไม่สูบบุหรี่			
8. เมื่อมีผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่ ท่านจะปฏิเสธทันที			
9. เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ ท่านก็จะไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่			
10. เมื่อมีปัญหา ท่านจะไม่แก้ไขปัญหาด้วยการสูบบุหรี่			
11. ถ้าท่านตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ทันที			
12. เมื่อตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านกล้าประกาศให้คนอื่นรับรู้			
13. เมื่อสัญญากับตนเองว่าจะเลิกสูบบุหรี่ ท่านก็จะเลิกสูบได้อย่างเด็ดขาด			
14. หากท่านเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ท่านจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกอย่างแน่นอน			

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้เป็นการประเมินความคิดเห็นของท่านต่อการเลิกสูบบุหรี่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. สมาชิกในครอบครัวก็จะไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่			
2. ฟันไม่ดำและไม่มีกลิ่นปาก			
3. ทำให้ไม่มีกลิ่นบุหรี่ติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย			
4. ประหยัดค่าใช้จ่าย			
5. ไม่สร้างความรำคาญให้คนใกล้ชิด			
6. ผู้ป่วยวัณโรคมีอาการดีขึ้น			
7. ทำให้ครอบครัวยอมรับมากขึ้น			
8. ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น ร่างกายแข็งแรง			
9. สุขภาพจิตดีขึ้น สมองปลอดโปร่ง			
10. ทำให้การรักษาวัณโรคได้ผลดี			
11. ทำให้คุณภาพชีวิตของคุณดีขึ้น			
12. ทำให้ครอบครัวของคุณมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น			
13. ทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

() สูบ กรุณาตอบคำถามในกรอบ
นี้เท่านั้น ↓() ไม่สูบ กรุณาตอบคำถามในกรอบ
นี้เท่านั้น ↓

1. ท่านสูบบุหรี่วันละ.....มวน () ลดลง () เท่าเดิม () เพิ่มขึ้น 2. ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพราะ () จิตใจไม่เข้มแข็งพอ () ไม่คิดว่าตนเองจะสามารถทำได้ () ไม่ได้ตั้งใจจริง () เพื่อนชักชวนให้สูบต่อ () ไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคร้ายจากการสูบบุหรี่ () เหนงา () ใช้วิธีตามที่แนะนำแล้วไม่ได้ผล () อื่นๆ ระบุ..... 3. ท่านจะพยายามเลิกสูบบุหรี่ต่อไปหรือไม่ () พยายาม เพราะ..... () ไม่พยายาม เพราะ..... 4. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง 	1. ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้เพราะ () กลัวอันตรายของบุหรี่ () มีความตั้งใจจริง () ได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด () ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลิกบุหรี่ () มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถเลิกสูบได้ () อื่นๆ ระบุ..... 2. ครั้งนี้ท่านสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้โดย () เลิกสูบทันที () ค่อยๆ ลดจำนวนมวนที่สูบ () อื่นๆ ระบุ..... 3. ท่านสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายเมื่อใด ระบุวันที่..... 4. หลังจากเลิกสูบบุหรี่ สุขภาพทางกายของท่านเป็นอย่างไร () ดีขึ้น () เหมือนเดิม () แย่ลง สภาพจิตใจของท่านเป็นอย่างไร () ดีขึ้น () เหมือนเดิม () หงุดหงิดไม่ค่อยสบายใจ แย่ลง
--	---

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย
1. ดูแลเอาใจใส่และเป็นห่วงสุขภาพของท่าน				
2. พุดให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่				
3. ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่				
4. ให้เวลารับฟังปัญหาของท่าน				
5. พุดคุยกับท่านให้มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่				
6. ให้คำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่				
7. ให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องอันตรายของการสูบบุหรี่				
8. เตือนให้ท่านลดและเลิกสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อพบท่าน				
9. กระตุ้นให้ท่านทำกิจกรรมอื่นๆ ทำในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้				
10. ชมเชยเสมอ เมื่อท่านพยายามลดและเลิกสูบบุหรี่				

แบบสัมภาษณ์แยกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. ท่านพร้อมที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่

- () ไม่เคยคิดเลิกบุหรี่เลยใน 6 เดือนข้างหน้า(ยังไม่พร้อม)
- () เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ยภายใน 6 เดือนข้างหน้า(ไม่แน่ใจ)
- () ตั้งใจจะเลิกให้ได้ภายใน 1 เดือน(พร้อมที่จะเลิก)
- () เลิกแล้วแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน(กำลังเลิก)
- () เลิกมานานกว่า 6 เดือนแล้ว

ตารางวิเคราะห์รายข้อ

ตารางที่ 30 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ ภายหลังการทดลอง (n=19)

แรงสนับสนุนทางสังคม	มาก		ปานกลาง		น้อย		ไม่เคยเลย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ดูแลเอาใจใส่และเป็นห่วงสุขภาพของท่าน	9	42.7	10	52.6	0	0.0	0	0.0
2. พุดให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่	9	42.7	10	52.6	0	0.0	0	0.0
3. ให้ความช่วยเหลือเมื่อมี อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่	6	31.6	12	63.2	0	0.0	1	5.3
4. ให้เวลารับฟังปัญหาของท่าน	6	31.6	10	52.6	2	10.5	1	5.3
5. พุดคุยกับท่านให้มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	7	36.8	11	57.9	0	0.0	1	5.3
6. ให้คำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่	6	31.6	9	42.7	2	10.5	2	10.5
7. ให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องอันตรายของการสูบบุหรี่	10	52.6	8	42.1	0	0.0	1	5.3
8. เตือนให้ท่านลดและเลิกสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อพบท่าน	9	42.7	8	42.1	1	5.3	1	5.3
9. กระตุ้นให้ท่านหากิจกรรมอื่นๆ ทำในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้	4	21.1	13	68.4	0	0.0	2	10.5
10. ชมเชยเสมอ เมื่อท่านพยายามลด และเลิกสูบบุหรี่	11	57.9	5	26.3	2	10.5	1	5.3

ตารางที่ 31 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลอง (n=19)

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สูง	7	36.8
กลาง	11	57.9
ต่ำ	1	5.3

$\bar{X}$, S.D. = 2.32 , 0.58

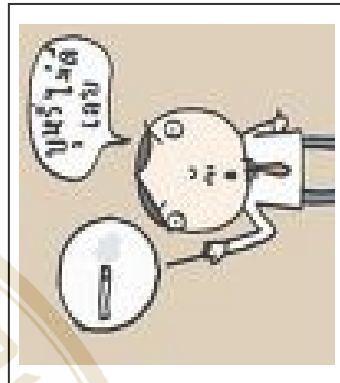
คู่มือของครอบครัวเพื่อช่วยคนที่เรารัก ให้เลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง คู่มือเล่มนี้เป็นแนวทางในการให้ครอบครัว ภรรยา/คู่รักหรือผู้ที่มีความสำคัญใกล้ชิด ได้ศึกษาเพื่อช่วยเหลือ ดูแล ให้กำลังใจและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ซึ่งเป็นทั้งรักของท่านในขณะที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ กรุณาอ่านคู่มือนี้และปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยแนะนำ

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิงอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล ที่อยู่ 549/93 ซ. จรัสสินทวงศ์ 37 แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 081-2550930 ได้ตลอดเวลา

การให้กำลังใจผู้ที่จะเลิกบุหรี่

ในฐานะที่ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับควมไว้วางใจและเชื่อถือในการเป็นผู้ให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยที่กำลังจะเลิกสูบบุหรี่ ท่านคงทราบแล้วว่าบุหรี่นอกจากจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ยังมีอันตรายและผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ การเลิกสูบบุหรี่นอกจากจะเกิดจากตัวผู้สูบเองแล้ว สังคมและสิ่งแวดล้อมก็มีส่วนด้วยเช่นกัน ดังนั้นท่านซึ่งเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีส่วนสำคัญมากที่จะคอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ขอเพียงท่านมีความจริงใจ มีความรักกับพวกเขาเหล่านั้น คิดว่า การเลิกสูบบุหรี่ของพวกเขาก็คงจะประสบผลสำเร็จ



เคล็ดลับสำหรับการให้กำลังใจกับผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่คือ

1. ไม่ดูด่าหรือจู้จี้กับผู้ที่กำลังจะเลิกสูบบุหรี่ ว่าจะต้องทำอย่างนั้นอย่างไร เพราะการจะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูบบุหรี่เอง
2. ควรกระตุ้นให้เขาลองใช้วิธีของตัวเองที่เขาคิดว่าดีที่สุดที่จะใช้ลดหรือเลิกสูบบุหรี่จะดีกว่า
3. กระทำให้คนสูบบุหรี่รู้สึกว่าคุณยังรักและห่วงใยเขา แม้ว่าเขาจะสูบบุหรี่หรือไม่ก็ตาม การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้เขามีความกล้า ที่จะเผชิญความยากลำบากที่อยู่เบื้องหน้ามากยิ่งขึ้น
4. เป็นคนที่บอกให้ผู้ที่สูบบุหรี่ งดยาสูบหรือเมื่อยกับคุณ หรือเวลาอยู่ในบ้าน อยู่ไหนก็ได้ คุณควรจะบอกด้วยทำที่สุขภาพและเป็นกลางไม่ใช่ว่าทำที่ข่มขู่หรือในลักษณะถือเฟ้อเหนือกว่า

5. คอยเอาใจใส่ดูแลความเป็นอยู่ ถามถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ ในการเลิกสูบบุหรี่ ไม่ดูด่าหรือจู้จี้กับผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่พยายามให้กำลังใจให้เขามีความพยายาม และมีความเข้มแข็งในการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

6. พยายามกระตุ้นให้เขาดม่น้ำมาก ๆ เพื่อขับนิโคตินในร่างกายออกมากับปัสสาวะ

7. พยายามสอดส่องดูแลพฤติกรรมของเขาว่ายังคงมีการสูบบุหรี่อีกหรือไม่
จากเคล็ดลับดังกล่าว เชื่อว่าผู้สูบบุหรี่จะสามารถมีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ที่สุด แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้สูบบุหรี่เองด้วยว่าจะมีความมุ่งมั่นขนาดไหน



บทบาทของครอบครัว

ขอให้ท่าน/ครอบครัวช่วยเตือนสติและให้ข้อคิดแก่บุคคลผู้เป็นทารกของท่าน ให้เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพและคุณค่าของชีวิต เพื่อยังไม่ให้สูบบุหรี่

ให้กำลังใจ โดยให้ข้อมูลที่ทำให้เห็นว่า มีคนจำนวนมากที่เลิกบุหรี่ได้ กล่าวคือ แต่ละปีมีคนไทยเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 200,000 คน หรือโดยเฉลี่ยมีผู้เลิกบุหรี่วันละ 600 คน ซึ่ง ร้อยละ 80 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดหรือที่เรียกว่า “หักดิบ” และมีการเตรียมตัวที่ดีในการเลิกสูบบุหรี่



การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ สำคัญอย่างไร?

ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในความดูแลของท่าน เป็นคนที่ท่านรัก จำเป็นในการส่งเสริมให้เลิกบุหรี่เพราะถ้าปล่อยให้สูบบุหรี่ต่อเนื่องก็จะทำให้เลิกยากและเกิดโรคต่างๆ ตามมา ดังนั้น การช่วยให้เลิกบุหรี่จะช่วยให้ครอบครัว บุตร สามัคคี สุขภาพท่านมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย และไม่ก่อความรำคาญให้กับบุคคลในครอบครัว



การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

1. ความเครียด

แนวทางปฏิบัติ หากเกิดความเครียดขึ้น ขอให้หาใครสักคนเพื่อระบาย และเตือนตัวเองว่าบุุ่ไม่ใช้ทางแก้ หาอะไรอื่นทำเพื่อทดแทน เช่น ออกกำลังกาย ปลูกต้นไม้



2. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

แนวทางปฏิบัติ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพยายามอยู่ห่างผู้ที่สูบบุหรี่ เพื่อลดความอยากสูบบุหรี่



3. น้าหนักตัวที่เพิ่มขึ้น

แนวทางปฏิบัติ ลองเปลี่ยนไปรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือไม่มีไขมัน ธัญพืช รับประทานผัก ผลไม้ให้มากกว่าเดิม จะช่วยให้ลดน้ำหนักได้ดี และช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น



4. ความรู้สึกลัวว่าขาดบางสิ่งบางอย่าง

แนวทางปฏิบัติ เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลหรือความกลัว การทำกิจกรรมที่สนใจ หรืออะไรก็ได้ เช่น ท่องเที่ยว วาดรูป หรือเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมเมื่อพบปะผู้คน

ความตั้งใจของคุณกับการทำสิ่งที่ตนชอบข้างมีให้ ช่วยให้คนรอบข้างมีความสุขและสบายใจ อย่างแน่นอน トラบเท่าที่คุ้นเคย ยังมีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่

■ แนวทางการให้คำแนะนำสำหรับผู้มีปัญหา อาการอยากสูบบุหรี่

- อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ ให้หาอะไรทำ
แทนการสูบบุหรี่



- ดมน้ำหรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิดหรือ
กระวนกระวาย อดน้ำไว้แปกสักครึ่งก่อนกลืนลงคอ



- สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆและช้าๆ 5 - 10 ครั้ง
ให้สมองได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น



- พุดคุยและเตือนใจถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบ
บุหรี่แล้ว ต้องอดทนกับการอยากบุรี่ที่เกิดขึ้นให้ได้



■ การสนับสนุนการปฏิบัติตัวขณะเลิกบุหรี่

◆ หมั่นสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในระหว่างการอดบุหรี่เพื่อหาวิธีช่วยกันแก้ไข

◆ บอกคนที่ท่านรักเสมอว่า ถ้าเขาสนับสนุนหรือช่วยคนในบ้านก็จะได้รับควันบุหรี่และเกิดโรคปอดตามมาเช่นกัน คอยเตือนหากมีกลิ่นบุหรี่ในบ้าน

◆ พยายามให้กำลังใจว่า การเลิกบุหรี่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว ทำให้พ่อแม่ / ภรรยาและลูก ภูมิใจและดีใจ คนที่ท่านรักสามารถเก็บเงินจากค่าบุหรี่ไปซื้อสิ่งของที่ต้องการได้

◆ แสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยว่า เขาสามารถเลิกบุหรี่ได้และแนะนำให้เขามีความตั้งใจจริง

◆ ให้ดื่มน้ำมากๆ ช่วงที่อดบุหรี่อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว



◆ ให้หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟหรืออาหารรสจัด



◆ ให้หลีกเลี่ยงการอมลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง เพราะจะกระตุ้นให้อยากบุหรี่



ท่านควรจัดหาผักและผลไม้

โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวให้รับประทาน เช่น
มะนาว มะม่วง เป็นต้น



วิธีการกินมะนาวช่วยเลิกบุหรี่ ต้องหั่นมะนาวเป็น
ชิ้นเล็กๆ ให้มีเปลือกติดมาด้วย เมื่อมีความรู้สึกอยาก
สูบบุหรี่ ให้อมมะนาวแทน แล้วค่อยๆ ดูดความเปรี้ยว
จากนั้นเคี้ยวช้าๆ นาน 3-5 นาที จะมีผลทำให้ลิ้นขม
และรู้สึกเผื่อน จากนั้นดื่มน้ำ ซึ่งนอกจากช่วยลด
ความอยากนิโคตินแล้ว เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้รสชาติ
บุหรี่เปลี่ยนเป็นขมจนไม่อยากสูบ และสามารถกิน

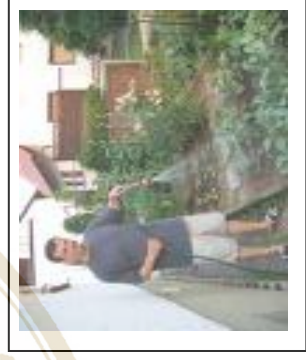
มะนาวหรือผลไม้ชนิดอื่นที่มีความเปรี้ยวมากๆ ได้ทุก
ครั้งที่เกิดความอยากบุหรี่



◆ แนะนำให้ผู้ที่ทำนักรถควรร
ออกกำลังกายทุกวัน

◆ ให้ทำกิจกรรมที่รู้สึกสบายใจช่วงที่อยู่บ้านเพื่อ
ไม่ให้นึกถึงบุหรี่ เช่น เล่นกับลูก ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง
อ่านหนังสือคุยกับคนที่ถูกใจช่วงที่ว่างหรือเบื่อ

◆ จัดทำกิจกรรมในบ้านให้ทำเพื่อไม่ให้ว่าง เช่น ทำ
ความสะอาดบ้าน ตกแต่งบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น



◆ เมื่อมีความเครียดแนะนำให้สุดลมหายใจเข้าออกลึกๆยาวๆ หรือทำสมาธิ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด

ขอเป็นกำลังใจให้ท่าน ดูแลช่วยเหลือให้ ผู้ที่ท่านรักสามารถเลิกบุหรี่ได้เพื่อบ้านปลอดบุหรี่



◆ แนะนำคนที่ท่านรักให้ปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่างเพื่อให้ความเคยชินทำให้อยากเลิกบุหรี่หมดไป เช่น หากชอบสูบบุหรี่ขณะดื่มกาแฟให้เปลี่ยนเป็นดื่มน้ำผลไม้แทน ให้ปรองพ้องอาหารแทนการสูบบุหรี่





COA. No. MU-IRB 2008/250.2312

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. The Effect of the Stages of Change and Social Support Applied to a Smoking Cessation Program among TB Patients
(Thesis for master Degree)

Principle Investigator. Lieutenant Commander Aungkana Wanauppatumkul

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 17 December 2008
2) Participant Information Sheet version date 17 December 2008
3) Informed consent Form version date 17 December 2008
4) Questionnaire version received date 17 October 2008

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 23 December 2008

Date of Expiration. 22 December 2009

Signature of Chairman.
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute.
(Associate Professor Sansanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District,
Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาตรีหญิงอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล
วัน เดือน ปีเกิด	28 พฤศจิกายน 2519
สถานที่เกิด	รพ.ศิริราช
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2537-2540 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2547-2552 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรม ศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำงาน	แผนกวิสัญญีกรรม รพ.สมเด็จพระปิยะเกล้า
ที่อยู่	549/93 ซอยจรัสสินทวงศ์ 37 บางขุนศรี บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700