

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*

โสภิตา กิพย์สวัสดิ์ พย.ม** เพ็ญนิศ ฐานวัฒน์นันท์ ปส.ค*** อารณภักย์ บัวเพ็ชร ปส.ค****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย ใช้เวลาในการดำเนินการ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่คู่ และสถิติทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

วันที่รับบทความ 20 มกราคม 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 23 กรกฎาคม 2563

*ทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

**อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

***ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์สงขลา Email: ploenpit.t@psu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์สงขลา

The effect of behavioral change program for smoking cessation on smoking cessation among smokers in a risk group of cardiovascular diseases*

Sopida Thipsawat M.S.N.** Ploenpit Thaniwattananon Ph.D*** Apornit Buapetch Ph.D****

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of behavioral change program for smoking cessation on smoking cessation among smokers in a risk group of cardiovascular diseases. Fifty-two smokers in risk group of cardiovascular diseases in Bannadoem, Suratthani were recruited. Smokers were divided into control group and experimental group, twenty-six each group. This program period was for eight weeks. Data were analyzed using paired t-test and independent t-test. The results of the experiment revealed that decision balance in smoking, mean score of self-efficacy in smoking and behavior in smoking were statistically significantly better than before received the program and the control group ($p < .001$).

keywords: behavior in smoking cessation; the behavioral change program for smoking cessation; risk group of cardiovascular diseases

Received 20 January 2020 Revised 23 July 2020 Accepted 23 July 2020

*Research funding from Tobacco Control Research and Knowledge Management Center

**Lecturer, School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Corresponding Author, Email: ploenpit.t@psu.ac.th

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2558 เท่ากับ 412.70, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 คนตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9, และ 32.3 คน จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคนี้กำลังทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น²

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักสำคัญและสามารถทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด³ รวมถึงทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁴ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 3 ล้านคน มีประวัติการสูบบุหรี่และได้รับควันบุหรี่มือสองร่วมด้วย¹ ในปัจจุบันพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคนทั่วโลก โดยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่โดยตรงถึงปีละ 6 ล้านคน มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี ถ้าหากไม่มีมาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่⁵ สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน และภาคใต้ยังคงมีสถิติการสูบบุหรี่สูงสุดและอัตราการสูบบุหรี่ลดลงน้อยที่สุด สอดคล้องกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2560 ที่พบว่ามีผู้สูบบุหรี่สูงสุดเป็นลำดับที่ 8 ของประเทศ⁶ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

จากปัญหาการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักและสามารถทำนายการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ องค์การอนามัยโลกจึงเรียกร้องให้หลายประเทศขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงกำหนดให้มียาสูบให้ความช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยการให้ทางภาครัฐ จัดคำปรึกษาพยาบาลให้แก่คนกลุ่มนี้ รวมถึงให้เปิดให้คำปรึกษาในแบบออนไลน์โดยไม่เสียค่าบริการ ในส่วนของประเทศไทย การช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชน พบว่ามีการให้บริการเลิกบุหรี่โดยมีการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ภายในโรงพยาบาลชุมชน บางหน่วยงานอาจมีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อีกทั้งมีการขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนในการเป็นกำลังสำคัญในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ แต่ยังคงไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร⁷ สอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาลในทุกรอบของการสำรวจ⁸ ดังนั้นจึงต้องมีการช่วยเหลือเลิกบุหรี่เชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามารถเลิกบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในปัจจุบันมีผู้สนใจศึกษาวิธีการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่หลากหลาย ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 5 เอ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และโดยเฉพาะทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) ของโปรชาสกาและไดคิเมนเต้ (Prochaska and Diclemente)⁹ ซึ่งกล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยุ่งยากและซับซ้อน ต้องอาศัย ความตั้งใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่น ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 4 โครงสร้างหลักสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (process of change) ความสมดุลของการตัดสินใจ (decision balance) และการรับรู้ความสามารถของตนเองและสิ่งเย้ายวนใจ (self-efficacy and temptation) ซึ่งทฤษฎีนี้มีจุดเด่นในการจำแนกบุคคลตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยส่งเสริมความสมดุลของการตัดสินใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองและสิ่งเย้ายวนใจเป็นสำคัญ ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้น

จากการศึกษาของ เบญจมาศ และคณะ⁹ เป็นการศึกษาที่ทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น และสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาภายในเขตเทศบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มยังไม่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคกิจกรรมที่จัดให้จึงอาจเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มนั้นๆ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีช่วงเวลาในการทำงานที่แน่นอนตามระบบเวลาของราชการ แต่ผู้สูบบุหรี่นอกเขตเทศบาลในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคได้ในอนาคต การจัดกิจกรรมจึงต้องมีความเข้มข้นและเพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำสวนยางพารา และการทำสวนปาล์มน้ำมัน ซึ่งมีช่วงเวลการใช้ชีวิตที่แตกต่างกับผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่

ในเขตเทศบาล ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางวัน และทำงานในตอนกลางคืน จึงอาจยังมีข้อจำกัดในการนำไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ภายนอกเขตเทศบาล ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ซึ่งพบว่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้มาก่อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการศึกษาของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเด็นต่างๆ ได้แก่

1. เพื่อเปรียบเทียบความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) ของ โปรชาสกาและไดคลิเมนเต้¹⁰ เพื่อพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งกล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่เป็นสิ่งที่ยุ่งยากและซับซ้อน การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องมีความตั้งใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่น ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคล มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกัน วิธีการช่วยเหลือจึงมีความแตกต่างกันด้วย การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ ใช้ระยะการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (stage of change) ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา และใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ (decision balance) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ (self-efficacy) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูบบุหรี่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากสูตรของโคเฮน (Cohen)¹⁰ จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน¹¹ ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.087 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power) .80 แต่เนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงลดขนาดอิทธิพลเหลือ 0.80 เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อความน่าเชื่อถือ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย โดยมีการจับคู่ (matching) เพศและระดับการเสพติดนิโคติน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้สูบบุหรี่เพศชาย และเพศหญิง ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง ถึงสูงอันตราย 2) มีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะลังเลใจ 3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการ

คัดกรองสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)¹² 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) สามารถติดตามทางโทรศัพท์และเข้าเยี่ยมบ้านได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่อยู่ตลอดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบตารางสี (color chart) เป็นแบบชนิดตรวจสอบรายการ แบ่งเป็นระดับความเสี่ยง 5 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูงอันตราย 2) เครื่องมือประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นแบบชนิดตรวจสอบรายการ แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะไม่สนใจ ระยะลังเลใจ ระยะเตรียมตัว ระยะปฏิบัติ และระยะปฏิบัติต่อเนื่อง และ 3) เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามระดับการศึกษา ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าจุดตัด สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) การดำเนินกิจกรรม การติดตาม และการประเมิน 2) แผนการสอนโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้วิจัย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ 3) สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง วิดีทัศน์ตัวแบบที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการสูบบุหรี่ และวีดิทัศน์ตัวแบบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คู่มือเลิกบุหรี่ ใบกิจกรรม และ 4) แบบบันทึกของโปรแกรม ได้แก่ แบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และชุดข้อมูลแนวทางการให้คำปรึกษาตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ 2) แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน¹¹ 3) แบบสอบถามความสมดุลการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ของภานิสา ระยะเวลา¹³ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 แบ่งเป็นคะแนนรวมข้อดี 10-50 คะแนน คะแนนรวมข้อเสีย 10-50 คะแนน และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างคะแนนรวมข้อดีและคะแนนรวมข้อเสีย ถ้าคะแนนรวมข้อดีมากกว่าคะแนนรวมข้อเสีย หมายถึง สมดุลการตัดสินใจเลิกบุหรี่อยู่ทางบวก คะแนนรวมข้อดีเท่ากับคะแนนรวมข้อเสีย หมายถึง ยังไม่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ และ คะแนนรวมข้อดีน้อยกว่าคะแนนรวมข้อเสีย หมายถึง สมดุลการตัดสินใจเลิกบุหรี่อยู่ทางลบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พิจารณาคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ร่วมด้วย 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของพัชรินทร์ อินทร์ปรุง¹⁴ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 อันดับ ได้แก่ มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มาก มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย และไม่มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 3, 2, 1, และ 0 ตามลำดับโดยมีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของภานิสา ระยะเวลา¹³ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 อันดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ 2, 1, และ 0 โดยคำถามมีทั้งคำถามทางบวกและทางลบ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเองอย่างอิสระ (self-report)

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ เครื่องมือการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และเครื่องมือพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และนำแบบสอบถามความสมดุลการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 20 ราย ได้ค่า Cronbach's Coefficient เท่ากับ .80, .82, และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากได้รับการอนุมัติ จึงขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่เพื่อเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากตำบลจากทั้งหมด 4 ตำบล ตำบลที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม และตำบลที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเบื้องต้นแล้ว ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ จึงติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์รายชื่อต่อไป จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งสิ้น 52 ราย ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกขั้นตอนได้ดำเนินการที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การพยาบาลตามมาตรฐานปกติ หมายถึง การได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่จากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และมีหน้าที่รับผิดชอบงานเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากบุหรี่ และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลใกล้ชิด ซึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติด้วย

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 20 นาที และนัดหมายขอเข้าพบที่บ้านของกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 ข้อเสนอแนะ ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมควรได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ด้วยเพื่อเป็นการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมว่าด้วยหลักแห่งความยุติธรรม

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน และให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 20 นาที หลังจากนั้นดำเนินโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ซึ่งดำเนินการไปแล้วในเกณฑ์คัดเข้า โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation)

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

2.1 กิจกรรมสร้างความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่

2.1.1 กิจกรรม “รู้ทันบุหรี่” เป็นการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และผลเสียของการสูบบุหรี่ บุหรี่กับการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด มอควบคุมการเลิกบุหรี่และการบันทึก

ปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันด้วยตนเอง พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้

2.1.2 กิจกรรม “How do you feel: คุณรู้สึกอย่างไร” โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมชมวีดิทัศน์ตัวแบบที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการสูบบุหรี่ หลังจากชมวีดิทัศน์จบ ให้กลุ่มทดลองพูดระบายความรู้สึกหลังจากชมวีดิทัศน์

2.1.3 กิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” โดยให้กลุ่มทดลองเขียนผลดีและผลเสียของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ ลงในใบกิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” (ในคู่มือ) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยเกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อบุคคลใกล้ชิดและสิ่งแวดล้อม

2.2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

2.2.1 กิจกรรม “This is new me”: นี่แหละฉันคนใหม่” โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองจินตนาการภาพลักษณะของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจินตนาการภาพลักษณะของตนเองเมื่อเลิกบุหรี่ได้ หลังจากนั้นเขียนภาพลักษณะที่จินตนาการได้ลงในใบกิจกรรม “This is new me: นี่แหละฉันคนใหม่” จากนั้นผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์ตัวแบบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ที่มาเล่าประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ให้กลุ่มทดลองชม หลังจากนั้นกลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัยว่าตัวแบบในวีดิทัศน์กับภาพลักษณะที่จินตนาการไว้แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 ในวันที่ 3 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม “รู้ทันบุหรี่”, กิจกรรม “How do you feel: คุณรู้สึกอย่างไร, กิจกรรม “บุหรี่ดีหรือร้าย” และกิจกรรม “This is new me: นี่แหละฉันคนใหม่” ในสัปดาห์ที่ 3, 5, 6, และ 7

3.1 กิจกรรม “Tel to You”: กิจกรรมติดตามทางโทรศัพท์ ในวันที่ 3 สัปดาห์ที่ 3, 5, และ 6 ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อราย โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ร่วมกับชุดข้อมูล

แนวทางการให้คำปรึกษาตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.2 กิจกรรม “I meet you: กิจกรรมเยี่ยมบ้าน” ในสัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อราย ผู้วิจัยจะประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ร่วมกับชุดข้อมูลแนวทางการให้คำปรึกษาตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 8

การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) และเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัส PSU IRB 2019-Nst 006 และผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานการติดบุหรี่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ chi-square, independent t-test, Mann Whitney u test และ fisher's exact test

2. ทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติ (normality) ด้วยวิธีการตรวจสอบค่าคะแนนมาตรฐานการกระจายข้อมูลแบบปกติ (z-score) ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ซึ่งค่าที่ได้อยู่ในช่วง $\pm 3.29^{15}$ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติสามารถใช้สถิติที่คู่ (paired t-test) และสถิติที่อิสระ (independent t-test) ในการวิเคราะห์ได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกันในด้านข้อมูลทั่วไป ($p > .05$) โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 96.20 ด้านอายุ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.69 ปี ($SD = 6.87$) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.27 ปี ($SD = 10.90$) ในด้านสถานภาพสมรส ทั้ง 2 กลุ่มมีสถานภาพสมสร้อยละ 88.5 และ 100 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.6 และ 53.8 ตามลำดับ ด้านอาชีพ ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพกริ๊ตยาร้อยละ 84.6 และ 73.1 ตามลำดับ ด้านการมีรายได้ ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ ร้อยละ 96.2 และ 80.8 ตามลำดับ

ข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกัน ($p > .05$) ในด้านข้อมูลพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ ได้แก่ ด้านประเภทของบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม สูบบุหรี่ประเภทบุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 80.8 และ 88.5 และด้านระดับการเสพติดนิโคติน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ (3-4 คะแนน) ร้อยละ 61.5

ผลการทดสอบสมมติฐาน แยกตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม ยังคงอยู่สมดุลทางบวก (ร้อยละ 100) เช่นเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรม (ร้อยละ 100) และเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสีย ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ยังคงอยู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ยังคงอยู่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 34.04$, $SD = 5.26$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 23.12$, $SD = 8.18$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 25.12$,

SD = 7.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 1 จึงสรุปได้ว่าความสมดุลของการตัดสินใจ

ในการเลิกบุหรืของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรืระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความแตกต่างระหว่างข้อดีและข้อเสียความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรื						
ก่อนได้รับโปรแกรม	27.62	10.27	23.12	8.18	1.750	.090
หลังได้รับโปรแกรม	25.12	7.33	34.04	5.26	-5.040	.000***

*P < .05, ***P < .001

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรืหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 36.08$, SD = 10.14) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 22.77$, SD = 11.50) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 16.50$, SD = 11.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 2 แต่ทั้งนี้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม ($p > .20$) เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมเกิดจากการได้รับโปรแกรม ไม่ใช่

จากความแตกต่างตั้งแต่ก่อนการศึกษา จึงวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance: ANCOVA) โดยนำคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรืก่อนได้รับโปรแกรมมาเป็นตัวแปรร่วม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1, 48)} = 2.433, p > .05$) ซึ่งสรุปว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรืของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรื ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่						
ก่อนได้รับโปรแกรม	15.73	9.56	22.77	11.50	-2.340	.020*
หลังได้รับโปรแกรม	16.50	11.61	36.08	10.14	-6.480	.000***

*P < .05, ***P < .001

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรืหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 19.58$, SD = 6.69) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 8.26$, SD = 3.14) และ

สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 7.50$, SD = 4.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=52)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการเลิกบุหรี่						
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.50	3.31	8.26	3.14	-0.859	.400
หลังได้รับโปรแกรม	7.50	4.10	19.58	6.69	-7.840	.000***

*P < .05, ***P < .001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพิ่มความเข้มข้นให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงผลเสียหากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมทั้งกระตุ้นให้คิดถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ผ่านกิจกรรม “รู้ทันบุหรี่” หลังจากนั้นกระตุ้นอารมณ์ของกลุ่มทดลองให้ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผ่านกิจกรรม “คุณรู้สึกอย่างไร” และกิจกรรม “บุหรืดีหรือร้าย” ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองเห็นความแตกต่างระหว่างผลดีและผลเสียของการเลิกบุหรี่ต่อตนเอง บุคคลใกล้ชิดและสิ่งแวดล้อมได้อย่างชัดเจน และมีความตระหนักถึงผลของบุหรืมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสกาและไดคลิเมนต์^{8, 13, 16, 17} ที่อธิบายว่า ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลังเลใจจะมีการพิจารณาถึงความสมดุลระหว่างผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงเห็นผลดีของการเลิกบุหรี่ใกล้เคียงกับผลเสียของการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8, 13, 16, 17} จึงทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรม ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม “นี่แหละฉันคนใหม่” ให้กลุ่มทดลองจินตนาการภาพลักษณ์ของตนเองเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ และชมวิดิทัศน์ตัวแบบของผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ พร้อมแจกคู่มือการเลิกบุหรี่ให้แก่กลุ่มทดลอง ภายในมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่และการปฏิบัติตัวเมื่ออยากสูบบุหรี่ หากเกิดปัญหาขึ้น กลุ่มทดลองสามารถศึกษาได้ง่ายจากคู่มือที่ได้รับ นอกจากนี้ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เป็นการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่ได้ซักถามข้อสงสัยและปัญหาที่เกิดขึ้น ยิ่งทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและรู้ว่าตนเองไม่ได้ต่อสู้อยู่เพียงลำพัง สอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถบรรลุปฏิบัติการที่พึงประสงค์ได้ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับปัญหาได้ ก็จะสามารถเผชิญกับสิ่งเย้ายวนใจ (temptation) ที่เป็นอุปสรรคได้ เมื่อผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลังเลใจ ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จึงทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรืดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ

ดีกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาที่ ผ่าน มา^{11,16,17}

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากการดำเนินการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ฯ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงของบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ ต่อด้วยการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งมอบคู่มือการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่นำกลับไปศึกษาต่อที่บ้านประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้นมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม จากกระบวนการดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้เอง ทำให้กลุ่มทดลองเห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อีกทั้งมีกลยุทธ์ซึ่งได้แก่ กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น รวมถึงคู่มือเลิกบุหรี่ที่ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสิ่งเย้ายวนใจซึ่งได้แก่ ความอยากบุหรี่ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นตัวขับเคลื่อนให้กลุ่มทดลองก้าวไปสู่ระยะที่ดีกว่าเดิม กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8, 13, 16, 17} จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษาจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 38.5) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้เลย

สรุป

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโปรแกรมเชิงรุกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิก

บุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ดีขึ้น จนนำไปสู่การเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

บุคคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้

ด้านการวิจัยและพัฒนา

ควรมีการเพิ่มระยะในการติดตามผลภายหลังการศึกษา และระบบส่งต่อผู้สูบบุหรี่ที่มีพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ดีขึ้นจนสามารถเลิกบุหรี่ได้ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. Switzerland: WHO; 2017 [cite 2017 May 17]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Panmung N, Ulertlob A, Latthi S. World heart day [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 20]. Available from: http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก_16pdf

3. Chueybudda S. Factors affected to risk of cardiovascular disease among people aged over 35 year old in Nong Bua subdistrict, Ban Fang district, Khon Kaen. Community health development quarterly Khon Kaen University [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 23]; 3(4): 547-60. Available from: https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=141&lang=th
4. Mons U, Muezzinler A, Gellert C, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *Bmj* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 15]. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h1551.full.pdf>
5. World Health Organization. World no tobacco day [Internet]. Switzerland: WHO; 2014 [cite 2018 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en/>
6. Pitayarangsarit S, Pankrajang P. Tobacco event in Thailand 2018 [Internet]. Bangkok: 2018 [cited 2018 July 31]. Available from: <http://www.trc.or.th/th/media/attachments/2562/01/29/2561.pdf>
7. Health intervention and technology assessment program. Tobacco and alcohol event 2014 [internet] Bangkok: [2014 July 31] Available from: http://www.hitap.net/wp-content/upload/2014/11/Full-report_PP-adults.pdf
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice* 1982; 19(3): 276-88.
9. Boonyawan B, Kaewpan W, Kalampakorn S, Sitdhiraksa N. Effectiveness of a smoking cessation program applying the transtheoretical model for security officer in Siriraj hospital. *Kuakarun Journal of Nursing* 2012; 19(2): 88-102. (in Thai)
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Karunan K, Manasurakarn J, Thaniwattananon P. The effects of an integrated program of behavior modification with self-efficacy on smoking cessation behaviors and self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5(1): 47-61. (in Thai).
12. Tantirittisak T, editor. Clinical practice guideline: dementia. Bangkok: Thana Press; 2014. (in Thai)
13. Raya P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Lattanand K. Effects of the smoking cessation program applying transtheoretical model among smokers at Wongwon sub-district, Kuntung district, Trang province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, Bangkok 2015; 31(2): 9-25. (in Thai)
14. Inproong P. The effect of self-efficacy promoting program on smoking cessation behaviors in patients after undergone percutaneous coronary intervention [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn Univ.; 2008. (in Thai)

15. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. Restorative dentistry & endodontics [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2019 May 15]; 38(1): 52-4. Available from: <https://synapse.koreamed.org/synapse/Data/PDFData/2185RDE/rde-38-52.pdf>
16. Natetipawan P, Lagampan S, Kalampakorn S. The effectiveness of a smoking cessation program application the stage of change theory for metropolitan police. Journal of the police nurse 2017; 9(1): 82-93. (in Thai)
17. Kleebratoom P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of the smoking cessation program for smokers at Bangkaew subdistrict, Muangangthong district, Angthong province. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(4): 30-43. (in Thai)