

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่

นพภััสสร วิเศษ* พัทธราภรณ์ ไชยสังข์** พรภิรมย์ หลงทรัพย์*** รัชพร ศรีเดช**

บทคัดย่อ

บทนำ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคจาก
บุหรี่และลดอาการกำเริบของโรค ส่งผลให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย : ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วม
ร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่

วิธีการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ติด
บุหรี่ สุ่มด้วยวิธีจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบประเมิน
สภาวะการติดนิโคติน แบบสอบถามการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ
แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบที

ผลการวิจัย : พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับการติดนิโคตินลดลงกว่าก่อนเข้า
โปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และภายหลังเข้าร่วม
โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วย
จิตเภทที่ติดบุหรี่ลดและเลิกสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, E-mail: Noppassornwishes@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

***คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Received: December 16, 2020

Revised: September 2, 2021

Accepted: October 28, 2021

Effectiveness of a behavior modification program combined with family participation on smoking behavior of nicotine dependent patients with schizophrenia

Noppussorn Wises* Phatcharaphan Chaivasung** Pornpirom Lhongsap*** Rutshaporn Sridet**

Abstract

Background: Smoking cessation behavior modification can help patients with schizophrenia live a normal life by reducing smoking-related morbidity and disease relapse.

Objectives: This study aimed to examine the effectiveness of a behavior modification program combined with family participation on the smoking behavior of nicotine-dependent patients with schizophrenia.

Methods: This quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design involved nicotine-dependent patients with schizophrenia in a community hospital, who were randomly enrolled without replacement. The experimental group consisted of 30 participants, while the control group consisted of 30 participants. The research instruments included a smoking behavior change program along with family member participation, the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, a self-efficacy questionnaire, and a smoking behavior questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and a t-test.

Results: Nicotine dependence in the experimental group was significantly lower ($p < .05$) after participation in the program than before. In addition, after participating in the program, participants' intentions to quit smoking were significantly higher ($p < .05$) than before the program.

Conclusion: The program could help nicotine-dependent patients with schizophrenia to reduce and quit smoking.

Keywords: behavior modification, family participation, smoking behavior

*Faculty of Nursing Science, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Thailand.

E-mail: Noppassornwishes@gmail.com

**Faculty of Nursing Science, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Thailand.

***Faculty of Technical Education Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Thailand

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติศึกษา พบว่า ปี 2560 คนไทยสูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน ร้อยละ 32.70 เคยสูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 73.80 สูบบุหรี่ในบ้านทุกวัน¹ ทำให้บุหรี่ยี่สิบสองส่งผลกระทบต่อเป็นอันตรายต่อสุขภาพของสมาชิกในบ้าน ปี 2560 คนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่ยี่สิบสองกว่า 70,000 คน และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่ยี่สิบสอง 8,278 คน² การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการเสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบร้อยละ 25.00 และเป็นตัวการที่เร่งความเสื่อมของหลอดเลือดทั่วร่างกาย³ ซึ่งคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ต่อปี 50,683 คน แบ่งเป็นเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 23.20 โรคมะเร็งอื่น ๆ ร้อยละ 14.30 โรคถุงลมปอดโป่งพอง ร้อยละ 23.40 โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 23.00 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 16.10² คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคน⁴ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง พฤติกรรมการเสพติดบุหรี่ยี่สิบสองจัดเป็นโรคเรียกว่า “โรคติดบุหรี่ยี่สิบสอง” (Tobacco Dependence) บุหรี่ยี่สิบสองถูกจัดเป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดความผิดปกติในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม⁵

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม⁶ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8.8 คน ต่อ 1,000 คน โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิง 1.1 ต่อ 1 ในช่วงอายุ 15-59 ปี⁶ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด⁷ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 3 เท่า และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่น ๆ⁸ ความชุกของภาวะติดนิโคตินในบุหรี่ยี่สิบสองของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 16.90⁸ และ

จากการศึกษาความชุกของภาวะติดนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบความชุกของภาวะติดนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 34.20 และพบว่า มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะติดนิโคติน⁹ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดนิโคติน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต อายุน้อย การประกอบอาชีพและการไม่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่⁹ พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่สูบบุหรี่ทำให้เกิดความเคยชินหรือการเลียนแบบ¹⁰

การให้ความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีหลากหลายวิธี มีทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ซึ่งแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของระยะเวลาการสูบบุหรี่และระดับของนิโคติน ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่มีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจและความกระตือรือร้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่หลากหลายรูปแบบ แต่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยี่สิบสองส่วนใหญ่มิมีความรู้ ทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมที่มีอยู่ในปัจจุบันมาแล้ว แต่ยังไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งยังไม่เห็นผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดแรงจูงใจและกำลังใจ ทำให้พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่เป็นผลสำเร็จจำเป็นต้องได้รับแรงเสริมและกำลังใจอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด รัฐบาลและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยได้ดี ครอบครัวจึงมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยร่วมกันให้เกิดผลสำเร็จต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้ยิ่งขึ้น

หน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติด โรงพยาบาลองค์กรักษ์ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทติดบุหรี่สูงถึงร้อยละ 90.00 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 220 คน¹¹ ส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำ และการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ ทั้งของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย รับรู้ปัญหาและเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลวางแผน ตัดสินใจและติดตามประเมินผล จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม

วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-post-test control group design)

1. ประชากรและตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่แพทย์วินิจฉัยตามรหัส ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (รหัสโรค (F20.0-F20.9) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก หน่วยงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลองค์กรักษ์ ช่วงระหว่าง เดือน มกราคม - กันยายน พ.ศ. 2563 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 220 คน เลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่คืน กลุ่มละ 30 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีอาการทางจิตสงบ มีระดับคะแนนตามแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน 3) มีระดับการติดนิโคตินตามแบบประเมินสถานะการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; FTND) ในระดับ 4 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางจิตกำเริบ 2) มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงในระหว่างการวิจัย จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรม 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ที่ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่ดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

ขึ้นไป โดยไม่ได้รับคำตอบแทน 3) สามารถ
พูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม
แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิตเวช จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาการสูบบุหรี่ เหตุการณ์การสูบบุหรี่ การเลิกสูบ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว นิสัยถือศาสนา ความกลัวและวิตกกังวลต่ออาการข้างเคียงของการเลิกบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; FTND)¹² มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมีคะแนน 0 ถึง 3 คะแนน การแปลค่า 6 คะแนน เป็นผู้ติดบุหรี่มาก 5 คะแนน เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง และ 0-4 คะแนน เป็นผู้ติดบุหรือน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยปรับของ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า¹³ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ มั่นใจมาก (3 คะแนน) มั่นใจปานกลาง (2 คะแนน) ไม่มั่นใจ (1คะแนน) การแปลค่า คะแนน 0-18 มีความมั่นใจน้อย คะแนน 19-23 มีความมั่นใจปานกลาง คะแนน 24-30 มีความมั่นใจมาก รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ปรับมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม

การเลิกสูบบุหรี่ของ ทิพย์นภา จันทร์สว่าง¹⁴ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า ให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน การแปลค่า คะแนน 0-18 ปฏิบัติไม่ได้เลยทุกครั้ง 19-23 ปฏิบัติได้บางครั้ง 24-30 ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ รวมจำนวน 9 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ โปรแชสกาและไดคลีเมนเต้¹⁵ เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดโคเฮนและอ็อพฮอฟท์¹⁶ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนตัดสินใจ (decision making) ในระยะก่อนเลิกและระยะเลิกบุหรี่ มีส่วนร่วมปฏิบัติ (implementation) ช่วยเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดูแลช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ทุกวันพุธ และวันศุกร์ ลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มคือผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่และครอบครัว ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ความหวังและพลังใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจต่อกันของสมาชิกกลุ่ม กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 2 แรงจูงใจ ให้สมาชิกกลุ่มบอกโทษพิษภัยของบุหรี่ สสำรวจผลกระทบจาก

การสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นภายในและภายนอก และ การจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 3 ชั่งน้ำหนักก่อนตัดสินใจสำรวจความคิดเห็นและความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สำรวจแรงจูงใจสิ่งยึดเหนี่ยวและแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่

กิจกรรมครั้งที่ 4 ก้าวต่อไป ให้กำหนดเป้าหมาย วางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ บอกความรู้สึกที่อยากจะเปลี่ยนแปลงตนเองและแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ บันทึกพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่แต่ละวัน

กิจกรรมครั้งที่ 5 รู้เท่าทัน ประเมินอารมณ์และความเครียด ผึกทักษะรู้เท่าทันกับอารมณ์และความเครียดของตัว และ ผึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด

กิจกรรมครั้งที่ 6 สายสัมพันธ์ครอบครัว เรียนรู้ทักษะบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา การควบคุมพฤติกรรม ผึกทักษะการตอบสนองทางอารมณ์และการสื่อสารด้วยความห่วงใยและผูกพัน ให้ความรู้เรื่องอาการ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ซ้ำและวิธีสังเกตพฤติกรรมและวิธีการช่วยเหลือป้องกัน การสูบบุหรี่ซ้ำ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้เท่ากับ .96, .93 และ .91 ตามลำดับและ นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88 โดยแยกเป็น แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเท่ากับ .87, .89 และ .88 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองที่ NPHO 2020-003 รหัสโครงการที่ 29/2562 วันที่รับรอง 23 มกราคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหาร และหัวหน้าหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติด ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยของหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติดตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นติดต่อกับตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย เรื่องการใช้แบบสอบถาม การทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกิจกรรมให้เข้าใจวิธีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน หลังจากนั้นเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถาม แล้วเริ่มการทดลองโดยผู้วิจัย ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 กลุ่มทดลอง เชิญตัวอย่างไปยังห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด อยู่ภายในหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติดที่เป็นสัดส่วน ให้ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้เวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองในตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยแบบประเมินสภาวะการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและ เดือนที่ 1, 3 และ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเท่ากัน (ร้อยละ 93.33) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 36.67 และ 33.33) สถานภาพสมรส โสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.33 และ 56.67) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ประถมศึกษา (ร้อยละ 53.33 และ 50.00) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 0-5 ปี (ร้อยละ 66.66 และ 63.33) ปัจจุบันสูบบุหรี่เฉลี่ย 11-20 มวนต่อวันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.67 และ 56.67) ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ 5-6 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 26.67) สาเหตุของการสูบบุหรี่ เพื่อคลายเครียดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.00 และ 46.66) ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่กัน (ร้อยละ

66.67) ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.33 และ 63.33) ความกลัวและวิตกกังวลต่ออาการข้างเคียงของการเลิกบุหรี่ เรื่องอารมณ์หงุดหงิดมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 76.66) และบุคคลในครอบครัวที่ไวใจและคิดว่า จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุดคือ บิดา มารดา (ร้อยละ 50.00 และ 63.33)

ข้อมูลด้านเพศทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทดสอบด้วย Chi-Square test = .000 และด้าน อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิตและการตัดสินใจ ไม่แตกต่างกัน ทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov normal test = .024

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.1 ระดับค่าคะแนนการตัดสินใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=6.67, 4.63$; $SD=1.18, 2.34$ ตามลำดับ $t = 6.15, p<.05$)

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=13.73, 20.30$; $SD=3.77, 6.80$ ตามลำดับ $t = -6.466, p<.05$)

2.3 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=12.07, 17.80$; $SD=2.69, 6.00$ ตามลำดับ $t = -5.863, p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (n=30)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	M	SD	df	t	p
ด้านระดับคะแนนการติดนิโคติน					
ก่อนการทดลอง	6.67	1.18	29	6.154	.001*
หลังการทดลอง	4.63	2.34			
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนการทดลอง	13.73	3.77	29	-6.466	.001*
หลังการทดลอง	20.30	6.80			
ด้านพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่					
ก่อนการทดลอง	12.07	2.69	29	-5.863	.001*
หลังการทดลอง	17.80	6.00			

*p<.001

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.1 ระดับค่าคะแนนการติดนิโคตินหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M=4.63, 6.83$; $SD=2.34, 1.28$ ตามลำดับ $t=-4.717, p<.05$)

3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=20.30, 18.00$; $SD=6.80, 4.33$ ตามลำดับ $t=1.56, p=0.124$)

3.3 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=13.26, 12.83$; $SD=3.41, 3.39$ ตามลำดับ $t=0.49, p=0.624$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลอง (N=30) และกลุ่มควบคุม (N=30)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	M	SD	df	t	p
ด้านระดับคะแนนการติดนิโคติน					
กลุ่มทดลอง	4.63	2.34	58	-4.717	.001*
กลุ่มควบคุม	6.83	1.28			
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง					
กลุ่มทดลอง	20.30	6.80	58	1.56	0.124
กลุ่มควบคุม	18.00	4.33			
ด้านพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่					
กลุ่มทดลอง	13.26	3.41	58	0.49	0.624
กลุ่มควบคุม	12.83	3.39			

*p<.001

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลองมีระดับการติดนิโคตินลดลง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทดลอง อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจต่อเนื่องทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งคอยสำรวจตนเองได้ว่ามีตัวกระตุ้นใดบ้างที่เข้ามาทำให้ความรู้สึกอ่อนไหวที่จะไปสูบบุหรี่และบริหารจัดการตัวกระตุ้นนั้นได้ ยิ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรับรู้ตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับการศึกษานี้ โดยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ตามแนวคิดของแบนดูรา ได้แก่ การใช้ตัวแบบ (Modeling) การพูดให้กำลังใจจากครอบครัวให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ลงบันทึกพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองในแต่ละวัน และ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรรณี ปานเทวัญ¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ดังที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมความหวังและพลังใจในโปรแกรมทดลองนี้ เป็นกิจกรรมสร้างพลังใจกำหนดเป้าหมายไปสู่ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการสร้างพลังใจที่จะเอาชนะอุปสรรค รวมทั้งกิจกรรมรู้เท่าทันที่ฝึกทักษะรู้อารมณ์ ความเครียดและการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยะหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับค่าคะแนนการติดนิโคตินลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าในช่วงของการที่ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติการเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่นั้น ต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งต้องอาศัยการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมอย่างสูง เพราะความเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลต่อสารสื่อประสาท ที่ออกฤทธิ์กระตุ้น brain reward pathway โดยจับกับ nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน nucleus accumbens (shell region) และ prefrontal cortex ส่งผลให้เกิดความรู้สึก มีความสุข ความพึงพอใจ ความสบายใจ ความเพลิดเพลิน เกิดความตื่นตัว ช่วยลด

ความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดัน⁹ ซึ่งส่งผลต่อการติดบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่จึงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่ายขึ้น โดยตามปกติทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม⁶ ขาดการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม และขาดแรงจูงใจในการพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้น้อย¹⁸ การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกต ประเมินอารมณ์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงของการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ครอบครัวได้ดูแลช่วยเหลือเหมาะสมกับสถานการณ์ ตามแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ โคเฮนและอัฟฮอฟท์¹⁶ ผู้วิจัยนำกิจกรรมรู้เท่าทัน โดยให้ผู้ป่วยประเมินอารมณ์และความเครียดของตัวเองก่อนไปมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ซ้ำ ครอบครัวช่วยกระตุ้นให้ใช้วิธีต่างๆในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งกิจกรรมสายสัมพันธ์ครอบครัว ครอบครัวได้เรียนรู้และนำทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา ทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ โดยเรียนรู้อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและสื่อสารด้วยความรักความผูกพันทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เกิดความภาคภูมิใจและพลังใจในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะไม่ไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่นเดียวกับ เตือนทิพย์ เขษมโอภาส และพิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ¹⁹ ที่ศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ พบว่า สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยและมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินลดลง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกๆระยะของกิจกรรมอาจเกิดความเครียด เหนื่อยล้า (burn out) ได้ ควรมีการผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหามากขึ้น

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนั้น หากในครอบครัวนั้นมีสมาชิกคนอื่นสูบบุหรี่อยู่ จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกอยากบุหรี่ยวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

การวิจัยนี้ได้ต่อยอดองค์ความรู้เดิม คือผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมส่งผลให้มีความพร่องด้านการตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม จากการวิจัยนี้ได้แนวคิดว่า การที่ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้นั้นขึ้นกับครอบครัวเป็นผู้ที่ต้องคอยกำกับ ดูแลช่วยเหลือทุกระยะ จึงเน้นหนักบทบาทหน้าที่ของครอบครัวด้านการให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ลดและเลิกมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

พยาบาลจิตเวชของหน่วยงานสุขภาพจิตยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ควร

พิจารณารูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปปรับใช้ โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมคือ ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมที่สามารถให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมควรเป็นกลุ่มละ 8-10 คน และควรสอดแทรกกิจกรรมผ่อนคลายระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 10 นาที ก่อนเริ่มดำเนินกลุ่ม

2. การศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลภายหลังการทดลองในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

2.2 ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและประยุกต์ใช้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. National Statistical office. The smoking and drinking behavior survey 2017. Bangkok: Pimdeekarpim; 2018. (in Thai).
2. Thipphayarangsarit S, Pankrajang P. Tobacco consumption statistics report in Thailand 2018. Bangkok: Charoendee Munkong Printing; 2018. (in Thai).
3. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, 2nd ed. World health

organization; 2018. [internet]. 2021 [cited 2021 Apr 28]; Available from: <https://www.who.int/tobacco/publications/>.

4. Marthers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Med. 2006;3(11): e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
5. Sittirak N. Siriraj Psychiatry DSM-5. 3rd edition. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Mahidol University. Bangkok: prayoonsanthai; 2016. (in Thai).
6. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi's essential psychiatry 4th edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. (in Thai).
7. Yootin K, Udomittipong D, Kaewyot K. Prevalence and associated factors with missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2018;12(2):27-36. (in Thai).
8. Satra T, Wannasewok K, Atsariyasing w, Luisirojanakul J. Prevalence of nicotine dependence in schizophrenic patients, Siriraj Hospital, Bangkok. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017; 62(4):289-98. (in Thai).
9. Graipaspong N. Nicotine dependence and psychiatric symptoms in schizophrenic patients. Journal of Mental Health of Thailand. 2019;27(3):171-82. (in Thai).
10. Chusrichat C. Contributing factors on cigarette smoking behavior and guideline for cigarette smoker reduction: A case

- study from the convenience store 7-eleven in Bangkok and its vicinity. [Dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2018. (in Thai).
11. Department of Mental Health and Drug Treatment in Ongkharak Hospital, Nakhon Nayok Province. Registration of patients with schizophrenia for the year 2019. [Unpublished document]; 2019. (in Thai).
12. Healtherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
13. Srichanla E. The effect of self-efficacy promoting program on smoking cessation behavior of schizophrenic patients. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
14. Chansawang T. effect of self-efficacy promoting combined with reflexology program on smoking cessation behaviors of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2017;34(1):118-33. (in Thai).
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5. doi: 10.1037//0022-006x.51.3.390.
16. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Dev.* 1980;8(3): 213-35. doi: 10.1016/0305-750X(80)90011-X.
17. Pantaewan P. Self-efficacy theory and smoking cessation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18(3):35-43. (in Thai).
18. Williams J, Foulds J. Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2007;164(2):222-7. doi: 10.1176/ajp.2007.164.2.22.
19. Khasemophas D, Rojanaprasert P. Effects of family participation model for smoking cessation in Thai family. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2015; 26(2):81-93. (in Thai).