

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี**

**Effects of the smoking cessation promoting program on smoking cessation behavior of chronic
disease patients in the medical ward Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi province**

ประสิทธิ์ กล้าหาญ*

Prasit Klahan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

Public Health Technical Officer, Professional Level, Chaophrayayommarat Hospital

*ผู้นิพนธ์ (Corresponding Author); E - mail: hi2prasitti@gmail.com

(Received: November 22, 2019, Revised: December 18, 2019, Accepted: December 23, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษาที่มีต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มควบคุม 32 คน ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในเดือนที่ 1 ระยะติดตามเดือนที่ 2 และระยะติดตามเดือนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะติดตามเดือนที่ 3 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 เมื่อเปรียบเทียบผลการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างทั้งสองกลุ่มพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ จึงสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ขณะทันตรักษาในหอผู้ป่วยอื่นๆ ได้

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/การให้คำปรึกษา/พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of cessation promoting program by applying health belief in combination with consultation on health awareness and smoking cessation behavior of patients with chronic diseases admitted to the medical ward at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi province Patients were divided into an experimental group (n=33) and a control group (n=32) throughout the study duration of 3 months. Data were collected by using questionnaires at 4 time points, which were before the experiment, after the experiment in the 1st month, the 2nd month, and the 3rd month follow-up period. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation. Statistical difference was determined using Chi-square, Fisher's exact test, Independent t-test and paired t-test

The results showed that the experimental group changed the perception of risk of developing smoking-related illnesses, perception of severity of cigarette poisoning, recognizing the benefits of quitting, and perceived barriers to smoking cessation better than before the experiment and the control group with statistical significance ($P < 0.05$). Fourteen patients in the experimental group were able to quit smoking in the follow-up period of 3 months, representing 42.4%. When comparing the results of quitting smoking between the two groups, there was a statistically significant difference ($P < 0.05$). In conclusion, the smoking cessation promoting program had an effect on smoking cessation. Therefore, this program can be applied to admitted patients in other wards.

Keywords : Health Belief Model/ Consultation/ Smoking cessation behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่า 1,600 ล้านคน องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือวันละ 27,000 คน หรือนาทีละ 20 คน¹ จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ล่าสุดในปี 2552 พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 5 หมื่นคนต่อปี โดยเฉลี่ย ผู้ชาย 1 ใน 6 คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (ปีที่มีสุขภาพดี) เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร² สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556 ว่ามีผู้สูบบุหรี่ 10.77 ล้านคน (ร้อยละ 19.84) แต่ในปี พ.ศ. 2557 กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) แบ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ประจำ 10 ล้านคน และที่สูบนานๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน³

นอกจากนี้ในการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง อันได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 25.3, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ⁴ หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไปจะส่งผลให้มีการดำเนินของโรครุนแรงยิ่งขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และทำให้ผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแล้วยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียงบประมาณเป็นอย่างมากในการรักษาพยาบาลอีกด้วย⁵ แม้ว่าร้อยละ 75-80 ของคนที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกบุหรี่ และประมาณหนึ่งในสามเคยพยายามเลิกอย่างจริงจัง หากแต่น้อยกว่า ร้อยละ 50 สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จก่อนอายุ 60 ปี

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เลิกบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนั้นยังเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลถือเป็นสิ่งที่เหมาะสม

และจำเป็น เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำ และพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วไป ดังนั้นโรงพยาบาลควรพัฒนากลยุทธ์ใหม่เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีการวางแผนการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง⁶ อีกทั้งในประเทศไทย สถานบริการสาธารณสุข และส่งเสริมสุขภาพทุกประเภท อาทิ โรงพยาบาล จัดเป็นสถานที่สาธารณะที่ต้องปลอดบุหรี่ ทั้งหมดตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยอาจจะเริ่มหยุดบุหรี่แล้วตั้งแต่เข้ามาโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่จะกระตุ้น ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อไปหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁷

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จัดให้มีคลินิกฟ้าใส ให้บริการปรึกษาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยจะให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหลักและในปี 2556 ได้เริ่มให้บริการเชิงรุกที่แผนกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ.2557-2559 มีผู้รับบริการ จำนวน 148 ราย 252 ราย และ 285 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้คิดเป็น ร้อยละ 25.2, 24.1 และ 21.5 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ยังไม่ดีขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทยยังมีบริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการเลิกบุหรี่ จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อการพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ทำให้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง รับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหากเลิกสูบบุหรี่ มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นขณะกำลังเลิกบุหรี่ และมีกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ที่มีต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษามีผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรกดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
2. การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่
3. การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่
4. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่
5. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group per-post test design)

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ การสุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสุ่มจากคอมพิวเตอร์ การศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป N4 Studies สูตร Two independent proportion ของ Fleiss⁸ แทนค่าสูตรโดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยในลักษณะเดียวกันของพรรณนิภา หงส์อินทร์⁹ ได้ขนาดตัวอย่าง คือ กลุ่มละ 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น และยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
2. มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี
3. ผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ผู้ป่วยมีความยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

5. ผู้ป่วยมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยหนักหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่รุนแรงจนเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

2. ขาดการติดต่อหรือติดต่อไม่ได้ทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการวิจัยของ ปานชีวัน แลบุญมา¹⁰ แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบค่าความเที่ยง (Reliability) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 0.79 การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เท่ากับ 0.88 การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.85 การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.80

2. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้กลวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา โดยมีกิจกรรม 7 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง ให้คำปรึกษาโดยเน้นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ และค้นหาแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ให้คำปรึกษาโดยค้นหาปัญหา/อุปสรรค ในการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจ วางแผนในการเลิกบุหรี่ แนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่เลิกบุหรี่ แจกเอกสารวิธีการเลิกบุหรี่

ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ครบ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยได้

ครั้งที่ 5 ครบ 1 เดือน ให้กำลังใจและแสดงความยินดีในรายที่เลิกได้ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ในรายที่ยังเลิกไม่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไข เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

ครั้งที่ 6 ครบ 2 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูล
ระยะติดตามประเมินผล

ครั้งที่ 7 ครบ 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูล
ระยะติดตามประเมินผล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ขั้นเตรียมการ หลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (เอกสารรับรอง หมายเลข TM 019/2562) ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2) ขั้นตอนการทดลอง ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม การให้คำปรึกษา 3 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง

3) ขั้นติดตามประเมินผล ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยมีการประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ SPSS 18.0 for Window ใช้สถิติในการ วิเคราะห์ ดังนี้ 1) สถิติ Chi - Square และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะ ประชากรและประวัติการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม 2) สถิติ Paired T-Test เพื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิก บุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ 3) สถิติ Independent T-Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน การทดลองและภายหลังการทดลองในเรื่องการรับรู้โอกาส เสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงพิษ ภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรค ของการเลิกบุหรี่ 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ในช่วง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยสถิติ Chi - Square test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน ออกจากการศึกษา ศึกษา 7 คน เนื่องจากเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบและไม่สามารถติดต่อได้จึงเหลือตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ซึ่ง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายมี อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี อายุเฉลี่ย 51.69 ปี และ 51.18 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 และ 75.0 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.6 และ 71.9 อาชีพรับจ้างร้อยละ 27.3 และ 50.0 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.6 และ 78.1 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 69.7 และ 59.4 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 24.2 และ 34.4 กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีการดื่มแอลกอฮอล์นานๆครั้งร้อยละ 21.2 และ 25.0 ดื่มทุกวันร้อยละ 18.2 และ 18.8 สำหรับพฤติกรร มการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 60.6 ส่วนกลุ่มควบคุมเริ่มสูบบุหรี่ อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ร้อยละ 56.2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี ร้อยละ 90.9 และ 90.6 สูบบุหรี่วันละ 10 - 20 มวน ร้อยละ 45.5 และ 53.1 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่กันกรองร้อยละ 72.7 และ 59.4 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยมีความ พยายามในการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 57.6 และ 53.1 ส่วน ใหญ่พยายามเลิก 1 ครั้ง ร้อยละ 48.5 และ 46.9 ส่วนใหญ่ เลิกได้ไม่เกิน 6 เดือน ร้อยละ 68.2 และ 52.9 ส่วนใหญ่ใช้ วิธีเลิกสูบทันทีร้อยละ 54.5 และ 50.0 สาเหตุที่เลิกไม่ สำเร็จเพราะผู้ใกล้ชิดยังสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เปียร์ กับเพื่อน ติด จานชิน และทนหงุดหงิดไม่ได้ การเปรียบเทียบคุณลักษณะ ส่วนบุคคลและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square, Fisher's Exact test และ T-Test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P>.05$) (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจาก การสูบบุหรี่ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 24.24 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคเท่ากับ 23.65 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.321$) หลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเป็น 27.18 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมี

ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 24.09 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสต่อการเกิดโรคมามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.032$) เช่นกัน (ตารางที่ 3)

3. การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เท่ากับ 24.45 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เท่ากับ 24.21 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.704$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 27.45 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 24.71 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.027$) เช่นกัน (ตารางที่ 3)

4. การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีเท่ากับ 25.30 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีเท่ากับ 24.71 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.292$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 27.96 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 25.06 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน ($P=0.183$) (ตารางที่ 3)

5. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีเท่ากับ 17.69 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีเท่ากับ 17.56 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($P=0.871$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 20.30 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 18.09 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.035$) (ตารางที่ 2) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ตารางที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน ($P=0.21$) (ตารางที่ 3)

6. พฤติกรรมการเลิกบุหรี ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรีได้ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 ส่วนที่เหลือ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ยังคงสูบบุหรีเมื่อติดตามในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 พบว่าเลิกสูบบุหรีได้ 14 คน เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 42.4 และยังคงสูบบุหรี 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ส่วนในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่าเลิกสูบบุหรีได้ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ยังคงสูบบุหรี 27 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4 เมื่อติดตามในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 พบว่าเลิกสูบบุหรีได้ลดลงเหลือ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ยังคงสูบบุหรี 28 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในช่วงหลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยสถิติ Chi - Square พบว่ามีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	33	100	30	93.8	.238b
หญิง	0	0	2	6.2	
อายุ					
30-45 ปี	7	21.2	9	28.1	.518b
46-60 ปี	26	78.8	23	71.9	
ต่ำสุด - สูงสุด	32 - 60		35 - 60		
$\bar{X} \pm S.D.$	51.69 $\pm$ 7.83		51.18 $\pm$ 8.09		
สถานภาพ					
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11	33.3	8	25.0	.587a
คู่	22	66.7	24	75.0	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	19	57.6	23	71.9	.228a
สูงกว่าประถมศึกษา	14	42.4	9	28.1	
อาชีพ					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย	15	45.4	9	28.1	.158a
รับจ้าง	9	27.3	16	50.0	
เกษตรกร	9	27.3	7	21.9	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
น้อยกว่า 10,000 บาท	20	60.6	25	78.1	.214c
10,000 - 20,000 บาท	9	27.3	5	15.6	
20,001 บาทขึ้นไป	4	12.1	2	6.3	
ต่ำสุด - สูงสุด	5,000 - 45,000		4,000 - 40,000		
$\bar{X} \pm S.D.$	12,152 $\pm$ 9,608		9,531 $\pm$ 6,969		
Mode	9,000		8,000		
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
เบาหวาน	8	24.2	11	34.4	.369a
ความดันโลหิตสูง	23	69.7	19	59.4	.384a
หลอดเลือดหัวใจ	5	15.2	5	15.6	.958a
ถุงลมโป่งพอง	2	6.1	1	3.1	1.00b
หลอดเลือดสมอง	7	21.2	2	6.2	.149b
การดื่มเหล้า เบียร์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่เคยดื่ม	15	45.4	12	37.4	.924a
นานๆ ครั้ง	7	21.2	8	25.0	
ดื่มทุกวัน	6	18.2	6	18.8	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	5	15.2	6	18.8	
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่					
น้อยกว่า 15 ปี	13	39.4	18	56.2	.827c
15 ปีขึ้นไป	20	60.6	14	43.8	
ต่ำสุด - สูงสุด	10 - 32		8 - 40		
$\bar{X} \pm S.D.$	17.51 $\pm$ 4.16		17.25 $\pm$ 5.48		

คุณลักษณะส่วนบุคคลและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่					
น้อยกว่า 20 ปี	3	9.1	3	9.4	.969c
20 ปีขึ้นไป	30	90.9	29	90.6	
ต่ำสุด - สูงสุด	17 - 49		10 – 48		
$\bar{X} \pm S.D.$	34.03 ± 9.30		33.93 ± 9.71		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					
น้อยกว่า 10 มวน	14	42.4	13	40.6	.776c
10 - 20 มวน	15	45.5	17	53.1	
20 มวนขึ้นไป	4	12.1	2	6.3	
ต่ำสุด - สูงสุด	3 - 40		4 – 30		
$\bar{X} \pm S.D.$	16.03 ± 8.32		15.46 ± 7.45		
ชนิดบุหรี่ที่สูบ					
ก้นกรอง	24	72.7	19	59.4	.255a
มวนเอง/ยาเส้น	9	27.3	13	40.6	
เคยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่					
ไม่เคย	14	42.4	15	46.9	.718a
เคย	19	57.6	17	53.1	
1 ครั้ง	16	48.5	15	46.9	
2 ครั้ง	2	6.1	1	3.1	
3 ครั้ง	1	3.0	1	3.1	
เคยเลิกได้นาน					
น้อยกว่า 1 เดือน	6	31.6	6	35.3	- 261c
1 - 6 เดือน	7	36.8	3	17.6	
6 เดือนขึ้นไป	6	31.6	8	47.1	
ต่ำสุด - สูงสุด	1 - 24		1 - 84		
$\bar{X} \pm S.D.$	6.94 ± 8.48		13.11 ± 21.80		
เคยเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใด					
หยุดสูบทันที	18	54.5	16	50.0	
ค่อยๆ ลดจำนวนลง	1	3.3	1	3.1	
สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเลิกได้					
ติดจนชิน	3	9.1	2	6.2	
ผู้ใกล้ชิดยังสูบบุหรี่	4	12.1	5	15.6	
ทนหงุดหงิดไม่ได้	2	6.1	2	6.2	
ดื่มสุรา/เบียร์กับเพื่อนที่สูบ	3	9.1	3	9.4	
เครียด	4	12.1	3	9.4	
ไม่สามารถหักห้ามใจได้	2	6.1	1	3.1	
อื่น ๆ	1	3.0	1	3.1	

a = Chi-square, b = Fisher's Exact test, c = t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลอง (N=33) กับกลุ่มควบคุม (N=32) ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-value	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ						
การเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	24.24	2.39	23.65	2.32	1.0	0.321
หลังการทดลอง	27.18	2.81	24.09	2.38	4.76	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	24.45	2.85	24.21	2.05	0.381	0.704
หลังการทดลอง	27.45	2.84	24.71	2.28	4.267	<0.001
การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	25.30	2.36	24.71	2.05	1.063	0.292
หลังการทดลอง	27.96	2.6	25.06	2.07	4.965	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	17.69	3.63	17.56	2.95	0.163	0.871
หลังการทดลอง	20.30	4.47	18.09	3.75	2.153	0.035

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง (N=33) และกลุ่มควบคุม (N=32)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ						
การเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	24.24	2.39	27.18	2.81	- 6.93	<0.001
กลุ่มควบคุม	23.65	2.32	24.09	2.38	- 2.239	0.032
การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	24.45	2.85	27.45	2.84	- 5.35	<0.001
กลุ่มควบคุม	24.21	2.05	24.71	2.28	- 2.322	0.27
การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	25.30	2.36	27.96	2.60	- 5.961	<0.001
กลุ่มควบคุม	24.71	2.05	25.06	2.07	- 1.362	0.183
การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่						
กลุ่มทดลอง	17.69	3.63	20.30	4.47	- 3.89	<0.001
กลุ่มควบคุม	17.56	2.95	18.09	3.75	- 1.254	0.219

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ภายหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หลังการทดลอง					
ไม่สูบบุหรี่	14	42.4	5	15.6	0.018
สูบบุหรี่	19	57.6	27	84.4	
ระยะติดตามผลเดือนที่ 2					
ไม่สูบบุหรี่	14	42.4	4	12.5	0.007
สูบบุหรี่	19	57.6	28	87.5	
ระยะติดตามผลเดือนที่ 3					
ไม่สูบบุหรี่	14	42.4	4	12.5	0.007
สูบบุหรี่	19	57.6	28	87.5	

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมานอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิรญาณ์ ปาสุวรรณ¹¹ ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความ

รุนแรงของพิษภัยบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มทดลองเห็นถึงการที่กลุ่มทดลองต้องมานอนป่วยอยู่ส่วนหนึ่งก็จะเกิดจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งการได้เห็นตัวแบบจริงของผู้ป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ขณะที่มาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์¹² ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิรญาณ์ ปาสุวรรณ¹¹ ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ผลดีของการเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ทั้งในด้านสุขภาพ ภาวะโรคที่เป็นอยู่และโรค

ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ผลกระทบต่อการทำงาน ผลกระทบต่อคนรอบข้าง รวมทั้งผลกระทบทางด้าน เศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสมรัตน์ บัณฑิต เลิศรักษ์¹² ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ผลดีของการ เลิกบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ภายหลังการ ทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของ การเลิกบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการ เปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรี่เป็นผลมา จากการศึกษาที่ได้ให้คำปรึกษาโดยค้นหาปัญหาและ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง และสร้างแรงจูงใจ ในการเลิกบุหรี่ตลอดจนร่วมกันวางแผนเลิกบุหรี่ พร้อมทั้ง แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวขณะที่เลิกบุหรี่ ทำให้กลุ่มทดลองมี แนวทางในการแก้ไขปัญหา ทำให้การรับรู้อุปสรรคของการ เลิกบุหรืดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิรญาณ์ ปา สุวรรณ¹¹ ที่พบว่าภายหลังได้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการเลิกบุหรือย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

5. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง ในแต่ละช่วงเวลาการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ภายหลังการทดลองเดือนที่ 1 ระยะติดตามเดือนที่ 2 ระยะ ติดตามเดือนที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรืได้ 14 คน (ร้อยละ 42.4) ทั้ง 3 ครั้ง เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของ การเลิกสูบบุหรี่ พบว่าในเดือนที่ 2 มีกลุ่มทดลองจำนวน 1 คน ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ กลับมาสูบอีกในเดือนที่ 3 และพบว่า กลุ่มทดลองที่สูบบุหรี่ในเดือนที่ 2 ยังเลิกไม่ได้ แต่มาเลิกสูบ ได้ในเดือนที่ 3 อีก 1 คน ขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า หลังการ ทดลองเดือนที่ 1 เลิกได้ 5 คน (ร้อยละ 15.6) แต่ในเดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 กลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้ 4 คน (ร้อยละ 12.5) เมื่อเปรียบเทียบผลการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างทั้งสอง กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการให้คำปรึกษาทำให้กลุ่มทดลองเห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคและความรุนแรงของพิษภัยบุหรื อีกทั้งการที่ กลุ่มทดลองต้องมานอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ กลุ่มทดลองได้เห็นผู้ป่วยรายอื่นที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการ สูบบุหรี่ โดยที่ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างให้เห็น รวมทั้งผู้วิจัยได้ อธิบายถึงความรุนแรงของพิษภัยบุหรืที่จะตามมาหากยังสูบ บุหรือยู่ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีการปรับ

พฤติกรรมเลิกบุหรืได้มากขึ้น ดังที่ Rosenstock¹³ กล่าวว่า การที่บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำอีก บุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมี ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ถ้า บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะ เป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนและ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ อธิบายถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้อาสาเสี่ยง ต่อการเป็นโรคลดลง และส่งผลดีต่อครอบครัวรวมทั้งลด ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอีกด้วย และเมื่อกลุ่มทดลองรับรู้ถึง ผลดีของการเลิกบุหรื ก็จะเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรืแต่ อาจมีปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรื ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ คำปรึกษาโดยร่วมกับกลุ่มทดลองร่วมกันค้นหาปัญหา อุปสรรค และร่วมกันวางแผนในการเลิกบุหรืตลอดจนผู้วิจัย ได้แนะนำวิธีปฏิบัติตัวขณะที่เลิกบุหรืซึ่งกลุ่มทดลองอาจจะ มีอาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรื พร้อมทั้งแจกเอกสาร วิธีการเลิกบุหรื เพื่อเป็นแนวทางขณะเลิกบุหรื และใน สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยได้ใช้โทรศัพท์ติดตาม เพื่อเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจ ตลอดจนให้คำแนะนำ ตามปัญหาที่พบ และกล่าวชมเชยหากกลุ่มทดลองเลิกบุหรื ได้ ซึ่งในช่วงสัปดาห์แรกของการหยุดบุหรื เป็นช่วงที่ผู้สูบ บุหรืต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างมาก ต่อสู้กับความอยากทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้วิจัยได้ โทรศัพท์ติดตามจะทำให้กลุ่มทดลองที่ได้หยุดสูบบุหรืมี กำลังใจต่อสู้กับความอยากบุหรืและมีแนวทางในการแก้ไข ปัญหา เมื่อครบ 1 เดือน ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและแสดงความ ยินดีในรายที่เลิกได้ และป้องกันการกลับไปสูบใหม่ ในรายที่ ยังเลิกไม่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนว ทางแก้ไขต่อไป กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรญาณ์ ปาสุวรรณ¹¹ ซึ่งพบว่าโปรแกรมสุขศึกษา โดย ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการให้ คำปรึกษา ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเลิกบุหรืดีขึ้น กว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดย ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการให้ คำปรึกษามีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ กับผู้รับบริการเลิกบุหรืกลุ่มอื่นได้

2. การให้บริการเลิกบุหรืขณะผู้ป่วยนอนรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะเพิ่มจำนวน

ผู้รับบริการ และเพิ่มจำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่ โรงพยาบาลจึงควรจัดให้มีบริการเลิกบุหรี่ในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อความคงทนของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

2. ควรทำการศึกษาในทำนองเดียวกันกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยออโรปิดิกส์

บรรณานุกรม

1. ประกิต วาทีสาธกกิจ. สถานการณ์การสูบบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่ ใน: กรองจิต วาทีสาธกกิจ. ถนน ปชต (5A) การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2553: 12 - 14.
2. ศิริวรรณ พิทยรังษัญญ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง และกมลภากร สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2555 (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2554.
3. ปวีณา ปั่นกระจำง, ศิริวรรณ พิทยรังษัญญ์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
4. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สำนักสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย; 2552.
5. Fung, P.R., Snare – JenKinson, S.L., God trey, M.T., Love, K.W., Zimmevman, P.V.,Yang, I.A., et al. E.Hectiveness ot nosrial – based smoking cessation. CHEST Journal, 2005; 128 (1): 216 – 223.
6. สุนิดา ปรีชาวงษ์. พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2550; 1(2): 9 – 18.

7. นันทิยาภรณ์ มะละศิลป์. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ย่วมกับการนัดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 6(1): 30 – 43.
8. Fleiss,J.L, Levin, B., Paik, M.C. (2003). Statistical methods for ratas and proportions (3rd ed.). John Wiley & Sons, 7b.
9. พรรณนิภา หงส์อินทร์, ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
10. ปานชีวัน แลบุญมา. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู อำเภอมะพริก จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
11. พิรญาณ์ ปาสวรรณ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยของผู้รับบริการคลินิกฟ้าใสโรงพยาบาลสระบุรี.ใน: สุปรียา ต้นสกุลบรรณาธิการ เอกสารประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: ชิตีพรีนท์; 2560: 190 - 201.
12. โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ บุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2551.
13. Rosenstock, I.M.Historical origins of the nealth belief model. Health Education Monographs 1976; 2: 328 - 335.