

การประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคณงานโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

พิทยา สังข์แก้ว¹ มณฑา เก่งการพานิช² ธราดล เก่งการพานิช²
ศรินทร์ญา เบญจกุล² นริมาลย์ นิละไพจิตร³

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ
ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคณงานโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามกรอบทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการตัดสินใจตัดสินใจ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ในคณงานจำนวน 33 คน ข้อมูลนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอเชิงพรรณนาและตารางแจกแจงความถี่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สูบบุหรี่ทุกคนเฉลี่ยวันละ 8.82 มวน/วัน อายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.76 ปี สูบมานานเฉลี่ย 38 ปี และร้อยละ 94 ดื่มเหล้า/เบียร์ โดยจะสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 81.8) เหตุผลที่สูบเพื่อคลายเครียด (ร้อยละ 42.4) ผู้สูบมีระดับการตัดสินใจตัดสินใจอยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือปานกลาง ร้อยละ 30.3 และสูง ร้อยละ 15.2 ระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ อยู่ในขั้นลังเลใจ/ซังใจ (Contemplation) ร้อยละ 66.6 และยังไม่คิดจะเลิกบุหรี่แน่นอน (Precontemplation) ร้อยละ 18.2 ทุกระดับการตัดสินใจตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเลใจ/ซังใจในการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 60-80 การรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 63.7 และปานกลางร้อยละ 27.3 ผู้สูบที่ที่อยู่ในขั้นไม่สนใจเลิกและขั้นลังเลใจ ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ สำหรับความคาดหวังในผลลัพธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 และปานกลางร้อยละ 33.3 ผู้สูบที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ทั้งระดับต่ำ ปานกลางและสูง ล้วนมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 60 ฉะนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ควรประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่ / ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม / ทฤษฎีความสามารถแห่งตน

Corresponding author: ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: kmondha@yahoo.com

An Assessment of Smoking Behavior among Workers in A Public Hospital in Bangkok Metropolitan

Pittaya Sangkaew¹ Mondha Kengganpanich² Tharadol Kengganpanich²
Sarunya Benjakul² Nareemarn Neelapaichit³

¹ Student M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Department of nursing community health, Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University

Abstract

This descriptive study was to assess smoking behavior of workers for a public hospital in Bangkok metropolitan according to Stage of Change Theory and Self-Efficacy Theory. The data were collected by questionnaire in 33 workers about smoking behavior, level of nicotine dependence, stage of behavior change and their self efficacies for quitting smoking. Data were analyzed using descriptive statistics and reported using frequencies tabulation.

The study showed that all samples were daily smokers who smoked averagely 8.82 cigarettes/day, 18.76 years of the mean age of first smoking, 38 years of the mean duration of smoking, and 94 percent also drink alcohol/beer. Most of them smoked after meal (81.8 percent) with the reasons of stress (42.4 percent). Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) found that 39.4% of smokers were in low level of nicotine dependence, 30.3% of moderate level and 15.2% of low level. For stage of change, 66.6% were in contemplation stage and 18% were in precontemplation stage. All level of nicotine dependence were mostly in contemplation stage around 60-80%. Self-efficacy perception was in low level, 63.7% and moderate level, 27.3%. Mostly smokers who were in precontemplation and contemplation stage and they had low self-efficacy perception and high outcome expectation of 66.7%. All smokers who had low, moderate and high self-efficacy perception, had high outcome expectation more than 60%. Therefore, quit smoking activities should assess stage of behavioral change and raise up higher self-efficacy.

Keywords: Smoking behavior / Stage of change / Self-Efficacy Theory

Corresponding author: Assoc. Prof. Dr.Mondha Kengganpanich, Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University. Email: kmondha@yahoo.com

* Thesis of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งตนเองและบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้บุรียังเป็นสาเหตุการตายของประชากรมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ประชากรโลกกว่า 100 ล้านคนตายด้วยสาเหตุมาจากบุหรี่ในศตวรรษที่ 21¹ ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ ปี พ.ศ. 2552 ประชากรเพศชายถึง 1 ใน 6 ที่ตายจากสาเหตุมาจากบุหรี่ และโรคที่เกิดจากบุหรินั้นจะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่โรคระโรจะเพิ่มเรื่อยๆ จากผลการสูบบุหรี่ในอดีต² และยังส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ และการรักษาตนเองที่จะเจ็บป่วยตามมาจากกาสูบบุหรี่ จากการสำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ พ.ศ. 2555 พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำอายุ 15ปีขึ้นไป จำนวน 8.8 ล้านคน พบว่าคนกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ยวันละ 20-39 บาท³ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อภาพรวมมากมาย ทั้งผู้สูบน้าใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะเดียวกันกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ก็ยังไม่เลิกสูบ ดังนั้นหากผู้สูบบุหรี่ไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่สูบและนำความสูญเสียในด้านต่างๆ ตามมาได้ในที่ส

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย ดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ⁴ (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)⁴ และกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลกคือ MPOWER⁵ ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมยาสูบคือ

การช่วยเลิกบุหรี่ (Offer help to quit) ดังนั้นยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติของไทยจึงกำหนดให้ 1 ใน 8 ยุทธศาสตร์คือ การพัฒนาระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่⁶ โดยจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบบริการที่มีประสิทธิภาพทั้งนี้เพราะปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ที่คิดจะเลิกลดลง² และในผู้สูบที่เลิกได้พบว่า 1 ใน 10 กลับมาสูบซ้ำ⁷ โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นทั้งสถาบันการศึกษาและสถานบริการสุขภาพได้สนองต่อนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องในการมุ่งสู่โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ตามกฎหมายการรณรงค์ผ่านกิจกรรม/สื่อ/ช่องทางต่างๆ และการจัดการบริการเลิกบุหรี่โดยการจ้ดตั้งคลินิกฟ้าใสในปี 2553 เพื่อช่วยผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทั้งที่เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูบทัวไป รวมถึงกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความสำคัญคือ บุคลากรของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพจะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้มารับบริการ การดำเนินงานช่วยเลิกบุหรี่ในหมู่บุคลากรดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง หากแต่จากการสำรวจการสูบบุหรี่ในปี 2557 พบว่ามียังคงมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มคนงานที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่จำนวนมาก แสดงให้เห็นว่าการช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่บุคลากรไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร บุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่หยุดเข้าร่วมกิจกรรม และยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป ซึ่งการช่วยให้บุคคลเลิกบุหรี่ได้สำเร็จจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้เหมาะสมกับความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่⁸

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(Stage of change)⁹ บ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการเข้าใจขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่จะทำให้สามารถออกแบบกิจกรรมหรือกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมกับขั้นของพฤติกรรม มากกว่านั้นบางทฤษฎี อาทิ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory)¹⁰ แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจำเป็นต้องรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) ประเด็นเหล่านี้จึงทำให้ผู้วิจัยซึ่งในฐานะที่เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล ต้องการช่วยเหลือให้บุคลากรในกลุ่มคนงานเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ผู้วิจัยเชื่อว่าการจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้น ควรที่จะทำความเข้าใจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามโครงสร้างทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าการเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การออกแบบกลยุทธ์ เพื่อการช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มคนงานที่ยังสูบบุหรี่ได้สำเร็จ นำมาซึ่งสุขภาพของบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนงานโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามกรอบทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการในคนงานของโรงพยาบาลรามาริบัติที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ และยินดีให้สัมภาษณ์ข้อมูล ซึ่งเลือกศึกษาในหน่วยงานอาคารสถานที่ งานบริการผ้า และฝ่ายโภชนาการที่คนงานเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยผ่านการช่วยเหลือมาแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จ มีจำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติการดื่มเหล้า/เบียร์ 2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสถานะของการสูบบุหรี่ ปริมาณ ความถี่ ระยะเวลาและเหตุผล สำหรับระดับการติดนิโคตินวัดด้วยแบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence¹¹ โดยแบ่งตามความรุนแรงของการติดนิโคตินเป็น 5 กลุ่ม คือ รุนแรงต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่แบ่งเป็น 5 ขั้นคือ ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) ขั้นลังเลใจหรือซังใจ (Contemplation) ขั้นเตรียมตัว (Preparation) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) และขั้นปฏิบัติต่อเนื่อง (Maintenance) 3) การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 11 ข้อ มี 5 ตัวเลือกตามมาตรวัดลิเคิร์ท¹² คือ การรับรู้ความสามารถเลิกได้มากที่สุด ให้ 5

คะแนน ไปจนถึง น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน แล้วแบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือการรับรู้ระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามเกณฑ์ของบลูม¹² 4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ มีจำนวน 18 ข้อ โดยมีคำถามด้านบวก 17 ข้อ ด้านลบ 1 ข้อ มี 5 ตัวเลือกตามมาตรวัดลิเคิร์ต¹³ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1-5 คะแนนและใช้คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้ระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามเกณฑ์ของบลูม¹² เช่นเดียวกัน

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำทดสอบเพื่อนำมาหาความเที่ยงโดยการหาสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของความคงที่ภายในด้วยวิธีของครอนบาคในด้าน การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ได้ค่าเท่ากับ 0.918 และในด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ได้ค่าเท่ากับ 0.895

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรคนหนึ่ง ในโรงพยาบาลได้เสนอขอการรับรองการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนเลขที่ 28-58-26ว หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ทำการติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มงานที่จะศึกษาข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาในครั้งนี้ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล

ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และนำเสนอด้วยการพรรณนาและตารางแจกแจงความถี่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มศึกษาจำนวน 33 คนทุกคนเป็นผู้สูบบุหรี่ มีอายุระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 24.20 รองลงมาคืออายุ 26-30 ปี ร้อยละ 21.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.85 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 45.50 และโสด ร้อยละ 36.4 โดยมีรายได้เฉลี่ย 12,242 บาท/เดือน และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มเหล้า/เบียร์ ร้อยละ 94

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

กลุ่มศึกษาทั้งหมดสูบบุหรี่ทุกวัน โดยเฉลี่ยสูบ 8.82 มวนต่อวัน อายุเฉลี่ยเริ่มสูบ 18.76 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่สูบบุหรี่นาน 20.39 ปี โดยสูบบุหรี่ทุกยี่ห้อ (ไม่ติดยี่ห้อใดยี่ห้อหนึ่ง) ร้อยละ 27.3 รองลงมาคือยี่ห้อกรองทิพย์ และสายฝน คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 12.1 ตามลำดับ โดยสูบหลังรับประทานอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาคือสูบในช่วงที่มีการดื่มเหล้า/เบียร์ ร้อยละ 78.8 และเมื่อรู้สึกเครียด ร้อยละ 63.6 สำหรับเหตุผลสำคัญที่ทำให้สูบบุหรี่คือ เพื่อคลายเครียด ร้อยละ 42.4 ในด้านความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.7 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเหตุผลสำคัญที่ทำให้พยายามเลิกสูบบุหรี่คือคนใกล้ชิดขอร้องให้เลิกสูบ ได้แก่ ภรรยาและลูก ร้อยละ 41.7 โดยวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่มากที่สุดคือการหักดิบเลิกสูบทันที ร้อยละ 36.4 ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่พบว่า เลิกบุหรี่ได้นานน้อยกว่า 7 วัน

ร้อยละ 20.8 รองลงมาคือเลิกได้นาน 1-3 ปี ร้อยละ 12.5 สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับมาสูบอีก ครั้งคือ ทนอาการหงุดหงิดไม่ไหว และดื่มสุรา สังสรรค์กับเพื่อน และสำหรับกลุ่มที่ไม่เคย พยายามเลิกสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 27.3 ให้เหตุผล คือ สูบบุหรี่แล้วคลายเครียด ร้อยละ 60 รองลงมาคือ เชื่อว่าตนเองไม่ติดบุหรี่ เลิกเมื่อไรก็ได้ และสูบแล้วได้รับการยอมรับจากเพื่อน ร้อยละ 30 และร้อยละ 10 ตามลำดับ

ระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน พบว่าอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 3-4) ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง (คะแนน 5) ร้อยละ 30.3 และสูง (คะแนน 6-7) ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงในการ ติดนิโคติน 3.27 คะแนน (อยู่ในระดับต่ำ)

ระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ พบว่าอยู่ในขั้นลังเลใจ/ซังใจ

(Contemplation) สูงสุดร้อยละ 66.6 ยังไม่คิดที่จะเลิกบุหรี่แน่นอน (Precontemplation) ร้อยละ 18.2 และพร้อมที่จะเลิกร้อยละ 15.2 สำหรับ ระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินกับขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคณงานผู้ที่สูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของ การติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมากร้อยละ 39.5 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 30.1 และระดับ ปานกลางและมาก ร้อยละ 15.2 เท่ากัน เมื่อ พิจารณาระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินกับ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า กลุ่มที่มีระดับการติดนิโคตินต่ำมากผู้ที่อยู่ในขั้นลังเลใจ/ ซังใจ ร้อยละ 69.6 ขณะที่กลุ่มที่ติดนิโคตินต่ำ และปานกลาง อยู่ในขั้นลังเลใจ/ซังใจร้อยละ 60 เท่ากัน และกลุ่มที่ติดนิโคตินมากอยู่ในขั้นลังเล ใจ/ซังใจสูงถึงร้อยละ 80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่จำแนกตามระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินกับ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่	ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน					รวม
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปาน กลาง	สูง	สูง มาก	
ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation)	2 (15.4)	2 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	6 (18.2)
ขั้นลังเลใจ/ซังใจ (Contemplation)	9 (69.3)	6 (60.0)	3 (60.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	22 (66.6)
ขั้นเตรียมตัว (Preparation)	2 (15.4)	2 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (15.2)
รวม	13 (39.5)	10 (30.1)	5 (15.2)	5 (15.2)	0 (0.0)	33 (100.0)

จากการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูบบุหรี่โดยภาพรวมมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.6 และปานกลางร้อยละ 27.3 เมื่อจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า กลุ่มที่อยู่ในขั้นไม่สนใจ (Precontemplation) ทั้งหมดมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่อยู่ในขั้นลังเลใจ/ซังใจ (Contemplation) พบว่าร้อยละ 59.1 มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ และร้อยละ 31.8 อยู่ในระดับคะแนนปานกลาง และผู้ที่มีขั้นเตรียมตัว (Preparation) พบว่า มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำและปานกลางเท่ากัน

ร้อยละ 40 มีเพียงร้อยละ 20 ที่รับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่อยู่ในขั้นที่ไม่สนใจที่จะเลิกบุหรี่ (Precontemplation) ส่วนใหญ่มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 และระดับปานกลางร้อยละ 33.3 สำหรับผู้ที่อยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) พบว่า มีระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์การเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.6 และระดับปานกลางร้อยละ 36.4 และสำหรับผู้ที่อยู่ในขั้นเตรียมตัว (Preparation) พบว่า มีระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60 และอยู่ในระดับปานกลางและต่ำเท่ากันคือ ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผู้สูบบุหรี่จำแนกตามระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่และความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่

ความสามารถของตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่			
	ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation)	ขั้นลังเลใจ/ซังใจ (Contemplation)	ขั้นเตรียมตัว (Preparation)	รวม
ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่				
ต่ำ (ร้อยละ < 60)	6 (100)	13 (59.1)	2 (40.0)	21 (63.6)
ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	0 (0.0)	7 (31.8)	2 (40)	9 (27.3)
สูง (ร้อยละ 80 – 100)	0 (0.0)	2 (9.1)	1 (20.0)	3 (9.1)
ระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่				
ต่ำ (ร้อยละ < 60)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (3.0)
ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	2 (33.3)	8 (36.4)	1 (20.0)	11 (33.4)
สูง (ร้อยละ 80 – 100)	4 (66.7)	14 (63.6)	3 (60.0)	21 (63.6)
รวม	6	22	5	33

เมื่อเทียบระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความคาดหวังในผลลัพธ์การเลิกบุหรี่พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.2 และปานกลาง ร้อยละ 36.8 ส่วนผู้ที่มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.6

และปานกลาง ร้อยละ 36.4 และผู้ที่มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูงมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับสูงร้อยละ 66.7 และปานกลาง ร้อยละ 33.3 แสดงให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ทั้งระดับต่ำ ปานกลางและสูง ล้วนมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 60 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของผู้สูบบุหรี่ตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่

	ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่			
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	รวม
ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่				
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับปานกลาง	7 (36.8)	4 (36.4)	1 (33.3)	12 (36.4)
ระดับสูง	12 (63.2)	7 (63.6)	2 (66.7)	21 (63.6)
รวม	19	11	3	33

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มคนงานที่สูบบุหรี่นั้นเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่เป็นกำลังของโรงพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 38 ปี สูบบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นเวลานานเฉลี่ย 20 ปี โดยสูบบุหรี่ครั้งแรกเฉลี่ยเมื่ออายุ 18 ปี ช่วงเวลาที่สูบคือหลังอาหารและเมื่อดื่มสุรา สาเหตุที่สูบเพื่อคลายเครียดและพบว่ามีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ด้วยวิธีการหักดิบและลดจำนวนมวนที่สูบลง เหตุผลที่ต้องกลับมาสูบใหม่คือ หนีอาการหงุดหงิดไม่ไหว และมีการดื่มเหล้าเบียร์ และผู้ที่

ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 27.3) ให้เหตุผลว่า สูบบุหรี่แล้วคลายเครียด (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ เชื่อว่าตนเองไม่ติดบุหรี่ เลิกเมื่อไรก็ได้ และสูบแล้วได้รับการยอมรับจากเพื่อน (ร้อยละ 30 และร้อยละ 10 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประวิม สินเศรษฐกุล และนเรศ สุริยาภรณ์¹⁴ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ถึงแม้ว่าจะรู้ถึงอันตรายและพิษภัยของบุหรี่ แต่คิดว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงตลอดเวลาที่สูบมาไม่เห็นมีอาการหรืออันตรายใดๆ และเวลาสูบแล้วรู้สึกทำให้คลายเหงา ลดความเครียดได้ และ

สอดคล้องกับสเปญ อุ่นอนงค์¹⁵ พบว่า ผลของการติดบุหรี่ด้านจิตใจนั้น จะส่งผลทำให้เรียนรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้คลายเครียด หายเบื่อ เมื่อไรรู้สึกเครียดก็จะนึกถึงบุหรี่ทันที กลุ่มคนงานนี้ส่วนหนึ่งสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานจึงทำให้การที่จะช่วยเลิกบุหรี่ต้องทำให้เกิดความตั้งใจในการเลิกสูบ และกลยุทธ์ที่ช่วยเลิกบุหรี่ที่ต้องมีความเข้มข้นมากเพียงพอ มิฉะนั้นก็จะกลับมาสูบซ้ำได้อีก⁷

เมื่อพิจารณาระดับการติดนิโคตินนั้นพบว่า อยู่ในระดับต่ำมากถึงระดับต่ำ ซึ่งตามตัวชี้วัดแสดงให้เห็นว่า ผู้สูบเหล่านี้ยังไม่จัดอยู่ในกลุ่มติดนิโคตินในระดับสูงที่การช่วยให้เลิกต้องมีการใช้ยาหรือการรักษาทางการแพทย์ช่วย¹⁶ หากแต่เป็นลักษณะการติดเชิงพฤติกรรมและเชิงจิตวิทยาที่เป็นพฤติกรรมเคยชินและสูบเพื่อการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถใช้การกระตุ้นทางอารมณ์และการให้คำแนะนำในการเลิกได้¹⁶ การใช้มาตรการพฤติกรรมบำบัดจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรนำมาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่มีงบประมาณน้อย¹⁷ จากการประเมินผู้สูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเล/ซังใจและขั้นไม่สนใจ มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในขั้นพร้อมเลิกบุหรี่ตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงหรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model/Stages of changes)⁹ การจะทำให้

บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จจำเป็นต้องปรับให้ผู้สูบบุหรี่มีความพร้อมที่จะเลิก และเข้าสู่กระบวนการปฏิบัติพฤติกรรมจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องนั่นก็คือการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในเบื้องต้นการปรับขั้นของผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้จากขั้นไม่สนใจและขั้นลังเลใจให้มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการปรับขั้นตอนดังกล่าวจะต้องสร้างความตระหนักในปัญหา การกระตุ้นทางอารมณ์ การประเมินสิ่งแวดล้อมและการประเมินตนเอง (ตารางที่ 4) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนจะเกิดขึ้นที่ละขั้นเริ่มจาก ไม่สนใจ แล้วเป็นเริ่มตระหนักเห็นความสำคัญ จากนั้นตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลง แล้วจึงลงมือเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นและพยายามทำพฤติกรรมที่เปลี่ยนให้เกิดความยั่งยืน¹⁸ ดังนั้นกลุ่มคนงานเหล่านี้ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเลใจ/ซังใจ (Contemplation) และขั้นไม่สนใจ (Precontemplation) จะต้องให้รับรู้ถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของเขาวามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคตลอดจนอาจส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว เพื่อให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่ขั้นการตัดสินใจโดยการประเมินตนเองในด้านความเสี่ยงและโอกาสการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อสร้างแรงสนับสนุนหรือสิ่งเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติเลิกบุหรี่ต่อไป

ตารางที่ 4 แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลง	ขั้นไม่สนใจ	ขั้นลังเลใจ	ขั้นเตรียมตัว ปฏิบัติ	ขั้นลงมือปฏิบัติ	ขั้นปฏิบัติ ต่อเนื่อง
กระบวนการ เปลี่ยนแปลง	- การสร้างความตระหนัก - การกระตุ้นทางอารมณ์ - การประเมินสิ่งแวดล้อม			การประเมินตนเอง	
				การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง - การเผชิญเงื่อนไขพฤติกรรม - ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ - การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ - การควบคุมสิ่งเร้า	

ที่มา: อ้างใน พรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557.

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถตนเองพบว่า โดยภาพรวมคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำซึ่งประเด็นที่อาจสืบเนื่องคือ กลุ่มผู้สูบบุหรี่เหล่านี้ส่วนใหญ่เคยผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่มาแล้ว และมีประสบการณ์ที่ล้มเหลว ซึ่งอาจเป็นการตอกย้ำความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเองให้มากยิ่งขึ้น และเมื่อพิจารณาควบคู่กับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพบว่า มีความสอดคล้องกันที่ว่าผู้ที่อยู่ในขั้นไม่สนใจ ขั้นซังใจ/ลังเลใจ รวมถึงขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ในระดับต่ำ ซึ่งตามแนวคิดของ¹⁰ เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นส่งผลต่อการกระทำของบุคคล การที่บุคคลนั้นรับรู้ตนมีความสามารถที่จะทำเรื่องนั้นได้ จะทำให้มีความอดทน ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในเรื่องนั้นได้ ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองได้นั้น

ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Mastery Experience) การประสบความสำเร็จจากตัวแบบ (Vicarious Experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ เหล่านี้เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการนำมาออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ข้อค้นพบอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ ผู้สูบบุหรี่มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง แต่กลับมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ ซึ่งตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandurs)¹⁰ ระบุให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ หากการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมอย่างแน่นอน และหากการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและความคาดหวังใน

ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำจะมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมอย่างแน่นอน หากแต่ในกลุ่มที่ทำการศึกษานี้พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ แต่มีความคาดหวังในผลลัพธ์สูง ซึ่งจากทฤษฎีสรุปได้ว่า เขามีแนวโน้มที่จะไม่กระทำหรือไม่เลิกบุหรี่ ซึ่งในส่วนของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่มีสูงนั้น อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มคนงานกลุ่มนี้ทำงานในโรงพยาบาลที่มีการรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่มาอย่างต่อเนื่อง และบางคนเคยมีประสบการณ์เข้าโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่มาแล้ว ทำให้มีการรับรู้ถึงผลลัพธ์ทั้งด้านดีและไม่ดีของบุหรี่แต่ยังไม่สามารถที่จะเลิกได้ ดังนั้นการจะให้กลุ่มคนงานเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่นั้น จำเป็นต้องสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองของคนงานกลุ่มนี้ให้สูงมากขึ้น¹⁹ เพื่อประกอบกับความคาดหวังในผลลัพธ์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงที่มีอยู่เป็นทุนเดิม จะทำให้เกิดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกบุหรี่ได้สูงตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของทฤษฎีปัญญาสังคม¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรกำหนดเป็นนโยบายและอำนวยความสะดวกในการช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่บุคลากรเลิกได้เพื่อเป็นภาพลักษณ์ที่ดีของสถานบริการสาธารณสุขและเป็นประโยชน์ต่อคนงานทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

2. กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ของหน่วยงานควรให้ความสำคัญกับการศึกษาข้อมูลเพื่อเข้าใจบริบทและพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของ

บุคลากรที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญของการออกแบบโปรแกรมช่วยเลิกที่มีประสิทธิภาพ

3. ผู้รับผิดชอบจัดโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ให้กับกลุ่มคนงานนี้ ควรมีการปรับสภาพผู้สูบบุหรี่ให้อยู่ในขั้นที่มีความพร้อมและความตั้งใจที่เลิกบุหรี่ เพื่อให้มีโอกาสในการช่วยเลิกได้สำเร็จมากขึ้น

4. รับผิดชอบกิจกรรมช่วยเลิกจำเป็นต้องมุ่งเน้นการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่มากกว่าการรับรู้ผลลัพธ์ของการเลิก เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมเลิกบุหรี่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Eriksen M, Mackay J. & Ross. H. The tobacco atlas 4th ed. The American Cancer Society; 2012.
2. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปันกระจำจ, กุมภการ สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบประเทศไทย พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2555.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติสังคม; 2555.
4. ชูชัย ศุภวงศ์. สองทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2550.

5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์; 2553.
6. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์; 2554.
7. อารี จำปากลาง, บุปผา ศิริศรีสมิ, จรัมพร ให้อย่าง, ทวีมา ศิริศรีสมิ, อีรนุช ก้อนแก้ว, ปรียา เกนโรจน์. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ รอบที่ 5 (พ.ศ.2554). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
8. พรรณี ปานเทวัญ, อายุพร ประสิทธิเวชชากร. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15: 36-44.
9. Prochaska JO, Butterworth S, Redding CA, Burden V, Perrin N, Lea, Michael, Flaherty, Robb M, and Prochaska JM. Initial efficacy of MI, TTM tailoring, and HRI's in multiple behaviors for employee health promotion. Preventive Medicine 2008; 46: 226-231.
10. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman and company; 1997.
11. รัชนา ศานติยานนท์, บุชบา มาตระกูล, กาญจนา สุริยะพรหม. ใน: สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, บรรณาธิการ. ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2550.
12. Bloom SB. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช จำกัด; 2554.
14. ประวิณ สิ้นเศรษฐกุล, นเรศ สุริยาภรณ์. การสำรวจพฤติกรรมการอมเมี่ยง สูบบุหรี่ ยานัตถ์ และยาสูบของประชากรในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 2540; 28:40-53.
15. สเปน อุ่นอนงค์. คู่มืออดบุหรี่สำหรับประชาชน. (ออนไลน์). (สืบค้นเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2558); เข้าถึงได้จาก: <http://www.ramamenthal.com/medicalstudent/generalpsyc/howtoquitsmoking/>
16. กรองจิต วาที่สาธกกิจ. ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2552.
17. มณฑา เก่งการพานิชและลักขณา เต็มศิริกุลชัย, แพลและเรียบเรียง. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกบุหรี่และการ

- บำบัดรักษาผู้ติดยา. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2550.
18. สุปรียา ตันสกุล. จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิบุรย์การปก; 2556.
19. สุนารี ทะนะเป็ก. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่มวนเองของผู้หญิงอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารสุขศึกษา. 2555; 35(121): 12-30.