

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี*

วินิตตา ลาสศิลป์¹ มณฑา เก่งการพานิช²

ธราดล เก่งการพานิช² ศรัณญา เบญจกุล²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่จำนวนมาก การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มชนิดวัดก่อนและหลัง มุ่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน กิจกรรม 7 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมกลุ่มในวันที่ 1, 3 และ 7 ของสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นจะเป็นการเยี่ยมบ้านและการติดตามโดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 12 ทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้วยสถิติ Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test และ Z-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองของการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อติดตามการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองเลิกบุหรี่ได้ 13 คน (ร้อยละ 54.17) และระยะติดตามเลิกบุหรี่ได้ 15 คน (ร้อยละ 62.50) สรุปว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ สถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับควรอย่างยิ่งที่จะนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังและการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่/ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง/ กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

Corresponding author: มณฑา เก่งการพานิช, อีเมล: kmondha@yahoo.com, โทร: 0897777043

Received: January 6, 2020; Revised: February 4, 2020; Accepted: February 20, 2020

*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of The Smoking Cessation Program Applying Self-Efficacy and Social Support on Risk Group of Cardiovascular Disease at Surat Thani Province*

Winita Latsin¹, Mondha Kengganpanich²,
Tharadol Kengganpanich², Sarunya Benjakul²

¹ Student M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

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

Abstract

Smoking is high-risk behavior to non-communicable diseases (NCD), especially stroke that kills many smokers. This quasi-experimental design, two groups with pretest and posttest design aimed to develop cessation program applying Self-Efficacy Theory and Social Support for helping stroke patients in Surat Thani province to quit smoking. This research was in 24 experimental samples and 35 comparison samples. Program and activities composed of seven times within 8 weeks, which were group activities at week 1, 3 and 7. Then home visit and follow up by researcher and village health volunteer (VHV). Data were collected by interview questionnaire three times; before the experiment, after the experiment at the 4th week and follow up period at the 12th week. Data were analyzed the data difference by Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test and Z-test. The results after the experiment showed that the experimental group had a mean score of knowledge about cigarette and stroke, self-efficacy of smoking quit, and outcome expectation of smoking quit, higher than before experiment and comparative group significantly ($p < 0.001$). For successful quitter, after the experiment, there were 13 quitters (54.17%), and at follow up period quitters have increased to 15 quitters (62.50%). This study recommends that the health education program applying self-efficacy theory and social support can help stroke patients quit smoking effectively so that all level of NCD clinic should routinize this cessation program in their service.

Keywords: Smoking Cessation Program/ Self-Efficacy Theory/ Risk Group of Cardiovascular Disease

Corresponding author: Mondha Kengganpanich, **Email:** kmondha@yahoo.com, **Tel:** 0897777043

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

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นฆาตกรเงียบอันดับหนึ่งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก¹ การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตองค์การอนามัยโลกระบุว่า พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่มากกว่า 1 พันล้านคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงประมาณ 5 ล้านคน² โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า³ และถ้าสูบบุหรี่ร่วมกับการมีปัจจัยอื่นๆ เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไชมัน ในเลือดสูง และเบาหวานจะยิ่งทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2558 พบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เฉลี่ยวันละ 48 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน⁴ โดยพบการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจถึงร้อยละ 8.80⁵ ทั้งนี้เพราะเมื่อมีการสูบบุหรี่เข้าไป สารนิโคติน และ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหัวใจหดตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด มีการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน⁴ ซึ่งโอกาสรอดชีวิตจะน้อย ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁶ เช่นเดียวกันกับพื้นที่ของตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดในปี พ.ศ. 2557 และยังคงมีผู้เสียชีวิตต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2559 ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่งของพื้นที่ที่ต้องเร่งดำเนินการควบคุม⁷

ผลจากการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดในปี พ.ศ. 2561 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมากโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงสูงจนถึงเสี่ยงสูงอันตราย จำนวน 82 คน (ร้อยละ 9.09) ในจำนวนกลุ่มเสี่ยงนั้นเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 48 คน (ร้อยละ 58.54) และเป็นผู้มีประวัติสูบบุหรี่ 73 คน (ร้อยละ 89.02) โดยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ช่วงอายุ 25 – 59 ปี ร้อยละ 70.73⁷ ปัจจุบันในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมากมีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 5 คน ผู้ป่วยทุกคนมีประวัติการสูบบุหรี่นานกว่า 30 ปี 2 คน อยู่ในวัยทำงาน และ 3 คนอยู่ในวัยผู้สูงอายุ โดยอายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ 62 ปี⁷ การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแนวทางหนึ่งคือการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในช่วงวัยก่อนก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เคยมีความคิดที่อยากเลิกสูบบุหรี่ แต่ทำไม่สำเร็จเนื่องจากความเคยชินที่ต้องหยิบบุหรี่มาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย และมีความคิดว่าตนเองไม่สามารถเลิกได้ ช่วงเวลาที่ผ่านมารพ.สต. ปากหมาก มีการให้สุขศึกษาตามหลัก 3อ. 2ส. โดยมีการให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ฝึกการนั่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ การแนะนำให้เลิกดื่มสุรา เลิกสูบบุหรี่ และมีการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยมุ่งเน้นในเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย แต่ยังไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการช่วยเลิกบุหรี่เนื่องจากเจ้าหน้าที่มองว่าเป็น

พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนยาก กลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ อีกทั้งยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ดังนั้น จึงไม่มีรูปแบบกิจกรรมของการจัดบริการปรับพฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในระบบบริการ

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่บนพื้นฐานของทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่าง ๆ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในและภายนอกตัวบุคคล⁸ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเชื่อว่าการสร้างการรับรู้ความสามารถของบุคคลจะทำให้บุคคลดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ โดยความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึก และจิตใจให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้⁹ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประชาชนพื้นที่ตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา⁸ สร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ นำเสนอตัวแบบ ใช้คำพูดชักจูง และกระตุ้นทางอารมณ์ ตลอดจนการจัดให้มีการสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้วิจัยเพื่อนำไปสู่การช่วยเลิกบุหรี่และลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ของประชาชนใน

เขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ปากหมากได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองของการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ณ สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยแบบคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ปรับปรุงมาจาก Thai CV risk score โดยเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชน 2 กลุ่ม (Two Group Design)¹⁰ โดยนำผลการศึกษาของปรีชพร กลีบประทุม⁹ เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2}\sqrt{2p\bar{q}} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1+p_0q_0})^2}{(p_1-p_0)^2}$$

$$n = \frac{(1.96\sqrt{2(0.20)(0.80)} + 0.84\sqrt{(0.39)(0.61)+(0.00)(1.00)})^2}{(0.39-0.00)^2}$$

$$n = 15.16$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างละร้อยละ 35 ได้กลุ่มละ 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เพื่อคัดเลือกพื้นที่จาก 10 หน่วยบริการสาธารณสุขของอำเภอไชยา ได้หน่วยบริการในพื้นที่ 2 ตำบล จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเลือกหมู่บ้านของแต่ละตำบลที่มีกลุ่มเป้าหมายเพียงพอตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่ออำนวยความสะดวกของการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลการคัดกรองโดยการซักประวัติทั่วไปและการสูบบุหรี่ ตรวจวัด (วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) และประเมินความเสี่ยงจากค่าที่ซักประวัติและตรวจวัด แบ่งกลุ่มเสี่ยงตามแบบคัดกรองเป็น 5 กลุ่ม (เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงอันตราย) ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2561 โดยการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย
2. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
3. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ปัจจุบันสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และยินยอมให้ไปเยี่ยมบ้านติดตามได้

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ด้านคุณลักษณะประชากร และพฤติกรรมการสูบบุหรี่) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกและเติมคำ สัมภาษณ์ครั้งเดียวก่อนการทดลอง ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ไม่ใช่) ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยทั้งส่วนที่ 2, 3 และ 4 จะมีการคิดคะแนนและแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) สัมภาษณ์สองครั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และในส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยทำการวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตาม ณ สัปดาห์ที่

12 ด้วยข้อความว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ โดยแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบด้านความชัดเจนของภาษาและความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 3 ท่าน มีการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR - 20) เท่ากับ 0.87 และส่วนที่ 3 และ 4 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 และ 0.89 จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระบวนการทางสุขศึกษา

1) โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด การใช้ตัวแบบร่วมบรรยายกระตุ้นให้เกิดความกลัว ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สาเหตุการสูบบุหรี่ บรรยายเทคนิคการเลิกบุหรี่ ตั้งเป้าหมายการเลิกบุหรี่ การสะท้อนความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อผู้สูบบุหรี่ ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบในกลุ่มที่ร่วมโปรแกรม ถึงผลดีที่เกิดขึ้นหลังลด ละ หรือ เลิก บุหรี่ พร้อม ทด สอบ ปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ในลมหายใจ 9 เพื่อให้เห็นถึงผลดีเชิงประจักษ์ ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย และ อสม. ระยะเวลาครั้งละ 15 นาทีต่อคน เพื่อให้สุศึกษา รายบุคคลตามระดับการเปลี่ยนแปลงของการสูบบุหรี่ และกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดย อสม. เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจ

2) สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย สื่อที่

ผลิตโดยผู้วิจัย ได้แก่ วิดีทัศน์เรื่องบุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด และเรื่องความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อผู้สูบบุหรี่ แผ่นพับความรู้เทคนิควิธีการเลิกบุหรี่ สื่อสำเร็จรูปในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ แนวปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน แผนการสอน และเครื่องตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO)

การเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมดำเนินการ หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใบรับรองเลขที่ MUPH 2018-119

ขั้นตอนการการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการตามปกติของ รพ.สต. ได้แก่ การให้สุศึกษารายกลุ่มในเรื่อง 3อ. 2ส. ระยะเวลาประมาณ 5 นาที ต่อครั้ง ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา กิจกรรมมีจำนวน 7 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 วัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO) บรรยายประกอบสื่อให้ความรู้เรื่องบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด ชมวีดิทัศน์เรื่องบุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดี

ของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบมีชีวิตซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดควมบรรยายเพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว และแจกแผ่นพับความรู้เทคนิควิธีการเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมมีการซักถามความรู้ และร่วมแสดงความคิดเห็น

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงสาเหตุการสูบบุหรี่ บรรยายเทคนิควิธีการเลิกบุหรี่ พูดคุยกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกบุหรี่ ร่วมกันตั้งเป้าหมายการเลิกบุหรี่ การกระตุ้นทางอารมณ์สะท้อนความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อผู้สูบบุหรี่โดยการชมวิดีทัศน์ ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมมีการร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปเป้าหมายการเลิกบุหรี่ร่วมกัน

ครั้งที่ 3 วันที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบมีชีวิตในกลุ่มที่ร่วมโปรแกรมทั้งที่เลิกบุหรี่ได้ และเลิกบุหรี่ไม่ได้ ให้เห็นถึงผลดีที่เกิดขึ้นกับร่างกาย วัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO) เพื่อให้เห็นผลดีที่เกิดขึ้นกับร่างกายเชิงประจักษ์ของการลดหรือการเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมมีการสรุปผลประสบการณ์การเลิกบุหรี่ที่สามารถนำกลับไปปรับใช้

ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย และ อสม. เพื่อให้สุขศึกษารายบุคคลตามระดับการเปลี่ยนแปลงของการสูบบุหรี่ ดังนี้ 1) กลุ่มที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่

เป็นกังวลของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อเตรียมการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ พร้อมทั้งชื่นชมให้กำลังใจเพื่อคงไว้ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่ 2) กลุ่มที่ลดจำนวนมวนลง ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการเลิกบุหรี่ เพื่อร่วมหาแนวทางการแก้ไข พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายการลดจำนวนมวนของการสูบบุหรี่ และ 3) กลุ่มที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ให้สุขศึกษาในการสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักในการหยุดสูบบุหรี่ โดยนำแนวคิดหลัก 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)¹¹ และ 5R (Relevance, Risks, Reward, Road blocks, Repetition)¹² มาปรับใช้ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

ครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6 และครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคม กระตุ้นให้กำลังใจด้วยการกล่าวทักทาย สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร และติดตามพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ใช้ระยะเวลา 15 นาทีต่อคน จากนั้นเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Independent t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติ Z - test (ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสิ้นจำนวน 59 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง จำนวน 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวน 35 คน และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้ผลลัพธ์ดังนี้

1. คุณลักษณะประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) กล่าวคือ ทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 46.46 และ 43.11 ปี ($p = 0.053$) ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ($p = 0.144$) มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ($p = 0.748$) ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำไร่/ทำสวนเป็นอาชีพหลัก ($p = 0.450$) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 17,500 และ 20,000 บาท ($p = 0.712$) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ($p = 0.358$)

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยภาพรวมทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ($p > 0.05$) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่เพียง 1 คน คือตัวผู้สูบบุหรี่เอง ($p = 0.262$) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 17.17 และ 16.97 ปี ($p = 0.846$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานกว่า 20 ปี ($p = 1.000$) ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย 16.33 และ 16.57 มวนต่อวัน ($p = 0.889$) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มันเอง/ยาเส้น ($p = 0.189$) และสาเหตุสำคัญที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรก คืออยากลอง ($p = 0.052$) ส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกบุหรี่ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($p = 0.901$) มีระยะเวลาที่เลิกครั้งล่าสุดเฉลี่ย 22 และ 19.23 วัน ($p = 0.560$) สาเหตุสำคัญที่พยายามเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมาจากกลัวการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวต้องการให้เลิก และมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ร้อยละ 33.33 ร้อยละ 29.17 และร้อยละ 20.83 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม

เปรียบเทียบมีสาเหตุมาจากบุคคลในครอบครัวต้องการให้เลิก ร้อยละ 48.57 ($p = 0.092$) โดยทั้งสองกลุ่มใช้วิธีหยุดสูบทันที/หักดิบ เป็นวิธีเลิกบุหรี่ครั้งล่าสุด ($p = 0.940$) และการอยู่ในสถานการณ์เคยชินหรือมีสิ่งกระตุ้นให้หยุดบุหรี่มาสูปเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ($p = 0.908$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยมีความคิดจะเลิกบุหรี่แต่ยังไม่กำหนดเวลาที่จะเลิก ($p = 0.410$) และส่วนใหญ่มีระดับการติดนิโคตินในระดับปานกลาง ($p = 0.586$)

3. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ และ ความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ภายในกลุ่มเปรียบเทียบทั้งสามด้านไม่แตกต่างกัน ($p = 0.160, 0.726, \text{ และ } 0.148$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังจากทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.73 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.46 คะแนน และกลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีฯ มากกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบ 10.13 คะแนน ดังตารางที่ 2

4. การเลิกบุหรี่ จากการติดตามการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตาม (สัปดาห์ที่ 12) พบว่า กลุ่มทดลองเลิก
บุหรี่ได้ 13 คน (ร้อยละ 54.17) และยังคงสูบบุหรี่ 11 คน (45.83) โดยมี 8 คน จาก 11 คน
สามารถลดจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวันได้ และระยะติดตาม เลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นเป็น 15 คน (ร้อยละ

62.50) และยังคงสูบบุหรี่ 9 คน (ร้อยละ 37.50)
โดยมี 7 คน จาก 9 คน สามารถลดจำนวนมวนที่
สูบบุหรี่ต่อวันได้ อัตราการเลิกบุหรี่แตกต่างกันมี
นัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง
($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการ
ทดลองเลิกบุหรี่ได้ 1 คน (ร้อยละ 2.86) และ
ระยะติดตามพบว่าเลิกไม่สำเร็จ กลับมาสูบบุหรี่
ดังเดิม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ฯ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ และความคาดหวังในผลดีฯ ภายใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

ตัวแปร	n	\bar{x}	S.D.	df	t	p
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	24	5.38	2.86	23	11.91	<0.001
หลังการทดลอง	24	12.67	0.96			
ผลต่าง		7.29				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	35	4.00	3.03	34	1.46	0.160
หลังการทดลอง	35	3.94	3.01			
ผลต่าง		0.04				
การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	24	42.25	3.59	23	7.05	<0.001
หลังการทดลอง	24	57.92	9.89			
ผลต่าง		10.89				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	35	44.31	4.22	34	0.35	0.726
หลังการทดลอง	35	44.46	3.87			
ผลต่าง		0.40				

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	df	t	p
ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	24	49.38	3.19	23	12.71	< 0.001
หลังการทดลอง	24	60.42	3.98			
ผลต่าง		0.87				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	35	49.97	3.65	39	1.48	0.148
หลังการทดลอง	35	50.29	3.19			
ผลต่าง		0.21				

สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D.	df	t	p
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24	5.38	2.86	1.75	57	0.085
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	4.00	3.03			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24	12.67	0.96	16.00	43.48	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	3.94	3.01			
การรับรู้ความสามารถตนเองของการเลิกสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24	42.25	3.59	57	1.97	0.055
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	44.31	4.22			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24	57.92	9.89	27.88	6.35	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	44.46	3.87			
ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24	49.38	3.19	57	0.65	0.519
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	44.97	3.65			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	24	60.42	3.98	57	10.84	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	50.29	3.19			

สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม

การเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		Z, p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					-
ไม่สูบบุหรี่	0	0	0	0	
สูบบุหรี่	24	100	35	100	
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4)					4.65, <0.001
เลิกสูบบุหรี่	13	54.17	1	2.86	
ไม่เลิกสูบบุหรี่	11	45.83	34	97.14	
ระยะติดตาม (สัปดาห์ที่ 12)					5.39, <0.001
เลิกสูบบุหรี่	15	62.50	0	0	
ไม่เลิกสูบบุหรี่	9	37.50	35	100	

สถิติที่ใช้คือ Z-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ฯ ส่งผลต่อการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองอย่างชัดเจน โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 5.38 คะแนน ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 12.67 ผลจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการบรรยายด้วยภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวที่ชัดเจน ภาษาที่เข้าใจง่าย และการชมวิดีโอทัศนียภาพบุหรี่สร้างความสนใจและเป็นความรู้แปลกใหม่ เนื้อหานำเสนอสถานการณ์ความรุนแรงของโรคทั้งในระดับโลก ประเทศ จังหวัด และในพื้นที่ที่กลุ่มทดลองอาศัยอยู่ ให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่ไม่ไกลตัว การอธิบายพยาธิสภาพของการเกิดโรครุนแรง และเฉียบพลัน กระตุ้นอารมณ์ให้เกิดความรู้สึกลัวและเกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดี 13 ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของปรัชพร กลีบประทุม⁹ ใช้กลวิธีการบรรยายประกอบสื่อ ชมวิดีโอทัศนียภาพและอภิปรายแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ และการศึกษาของสุนารี ทะนะเป็ก¹⁴ มีการสร้างความรู้ด้วยกิจกรรมการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด ภายหลังจากทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ 42.25 คะแนน ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 57.92 เป็นผลจากการออกแบบโปรแกรมที่มุ่งเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองตั้งแต่ครั้งแรก ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา⁸ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ สร้างความรู้ถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเสพติดบุหรี่ หาวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ ฝึกทักษะรับมือกับสถานการณ์จำลองเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ สร้างความมั่นใจให้กับกลุ่มทดลองว่าสามารถรับมือเมื่อจะต้องเผชิญกับความอยากบุหรี่ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ต้อง

หยาบหรือหยาบมาสูบ รวมไปถึงประสบการณ์เมื่อมีการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ จะให้กลุ่มทดลองมาตรวจได้ทุกวัน พบว่าผู้ที่มาตรวจสม่ำเสมอจะเห็นผลของค่าก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจลดลง และมีผู้ร้องขอให้มีการวัดค่าก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO) อย่างสม่ำเสมอ การเห็นผลลัพธ์ทำให้เขารู้สึกมีกำลังใจและภูมิใจกับความสำเร็จที่เห็นได้ชัดเจน ทำให้มีความพยายามลดปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบหรือเลิกสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้น 2) การเสนอตัวแบบที่มีชีวิต เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สูบบุหรี่ และกลายเป็นผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งตัวแบบยังมีสถานภาพทางสังคมเป็นผู้นำชุมชน ดังนั้นการเล่าประสบการณ์และการพูดคุยชวนจึงมีน้ำหนัก น่าเชื่อถือและสร้างความมั่นใจมากยิ่งขึ้น 3) การใช้คำพูดชักจูง ในโปรแกรมจะมีการสอดแทรกคำพูดชักจูง ให้กลุ่มทดลองนั้นเลิกสูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอทุกช่วงเวลา ทั้งในกิจกรรมรายกลุ่ม และขณะลงเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย และอสม. ทั้งคำพูดชักจูงจากตัวแบบ เช่น “คุณยังโชคดีที่โรคยังไม่เกิดเหมือนกับผม ยังโชคดีที่ไม่ต้องกินยาตลอดชีวิต ยังโชคดีที่ไม่ต้องไปพบแพทย์ทุกเดือน คุณจะโชคดีมากกว่านี้ถ้าคุณเลิกสูบบุหรี่” คำพูดชักจูงจากสมาชิกในกลุ่มทดลองด้วยกัน เช่น “ผมลองเลิกแล้วครับไม่ยากเลยขอแค่เราตั้งใจจริง” “ผมอมลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่งจนเจ็บกรามหมดแล้วครับ นึกว่าจะทำไม่ได้ สุดท้ายทำได้ พี่ลองดูครับ ไม่ยากเลย” หรือแม้แต่การพูดให้คำมั่นสัญญาของหนึ่งในกลุ่มทดลองในเวทีประชุมหมู่บ้านว่าจะเลิกบุหรี่ให้ได้ เพื่อจะเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเยาวชนในหมู่บ้าน รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูงจากผู้วิจัยและอสม. โดยเน้นประเด็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย ตั้งแต่เลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 วันแรก ประโยชน์ต่อสุขภาพจิตใจ ประโยชน์ต่อบุคคลในครอบครัว และประโยชน์ต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวผู้

สูบบุหรี่ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ผ่านการแจ้งผลการวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO) เปรียบเทียบกับครั้งแรก ซึ่งนับเป็นเครื่องมือแปลกใหม่ที่ไม่เคยเห็นและเคยใช้ แต่มีผลต่อกลุ่มทดลองเป็นอย่างมาก ทั้งยังช่วยให้เห็นค่าก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจที่ลดลงได้เป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของตนเอง สร้างความดีใจ ภาคภูมิใจ มีการชื่นชมผู้ที่สามารถลดและเลิกบุหรี่ในเวทีประชุมหมู่บ้านจากผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ อีกทั้งการชมวิดิทัศน์ที่สะท้อนความรู้สึกของคนในครอบครัวทั้งในฐานะภรรยา บุตร เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ที่มีต่อคนที่รักทั้งที่สูบบุหรี่เองหรือได้รับผลกระทบจากการการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว โดยเนื้อหาเป็นการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวของกลุ่มทดลองเกือบทั้งสิ้น ซึ่งเป็นความรู้สึกจริงที่ไม่เคยบอกกับกลุ่มทดลองมาก่อน ทั้งผลการการศึกษาของปรัชพร กลีบประทุม⁹ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในชุมชน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่ออกแบบตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 วิธี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องนาน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 38.50 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

อีกทั้งการรับรู้ความสามารถตนเองที่เปลี่ยนแปลงยังคงมีผลอยู่ต่อเนื่องจากกิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มทดลองที่สามารถหยุดสูบบุหรี่จะได้รับคำชื่นชม ในขณะที่กลุ่มที่ลดจำนวนมวนบุหรี่ลงจะได้รับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคของการเลิกบุหรี่ และกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ จะถูกสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ ตามแนวคิด $5A^{11}$ และ $5R^{12}$ สามารถนำมาปรับใช้ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยา สังข์แก้ว¹⁵ ปรัชพร กลีบประทุม⁹ วรรณญา ไชยสาลี¹⁶ และ นิยม จันทรนวลและศิริัญญา วิลาศรี¹⁷ ที่ให้ผล เช่นเดียวกันคือ การที่บุคคลมีการรับรู้ ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะสามารถ หยุดสูบบุหรี่ได้ อีกทั้งโปรแกรมที่นำแนวคิด ทฤษฎีเพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้สูบบุหรี่ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งสร้างหลักฐานเชิง ประจักษ์ จะช่วยส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และเป็นพฤติกรรมถาวรต่อไป¹⁸ เห็นได้จากกลุ่ม ทดลองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้หลังสิ้นสุดกิจกรรม สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในสัปดาห์ที่ 4

ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ หลัง การทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น ผลจาก การออกแบบโปรแกรม ที่มีการสอดแทรก กิจกรรมที่ส่งเสริมความคาดหวังในผลดีของการ เลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การใช้ตัวแบบจาก ตัวแทนภายในกลุ่มทดลองที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ ได้ นำเสนอประเด็นผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นภายหลัง การเลิกสูบบุหรี่ อาทิ “ไม่มีกลิ่นบุหรี่ติดเสื้อผ้าทำให้ลูกคนเล็กเข้าใกล้มากขึ้น” “สร้าง ความภาคภูมิใจให้กับบุคคลในครอบครัวรู้สึกเป็นที่รัก ของภรรยามากขึ้น” “หลังการเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทำสัญญากับลูกไว้ว่าถ้าพ่อเลิกบุหรี่ได้ ลูกจะขยัน เรียนมากขึ้น ทำให้ผลการเรียนดีขึ้น” และ ตัวแทนจากอีกกลุ่มที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นำเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพที่ยังคงอยู่ เช่น “ยังมีอาการไอเหมือนเดิม” “รู้สึกมีกลิ่นปากเพิ่ม มากขึ้น” “มีความคิดอยากเลิกเมื่อเพื่อนยื่นบุหรี่ มาให้ก็อดรับแล้วสูบบุหรี่ไม่ได้ แถมอีกทั้งยังมี เรื่องให้เครียดหลายๆ เรื่อง” เมื่อกลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลจากตัวแบบก็พยายามเสนอแนวทาง เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวขึ้น เช่น “หากเลิกบุหรี่

อาการไอจะลดลงได้” “การเคี้ยวหมากฝรั่งหรือ การอมลูกอมช่วยลดกลิ่นปากและสามารถลด ความอยากสูบบุหรี่อีกทางหนึ่งด้วย” “ทุกคนมีความเครียดเราต้องแก้ไขที่ปัญหา ไม่ใช่มาปัญหา มาเครียด” การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมองผลลัพธ์ที่ดีของ การเลิกสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้น ประกอบกับก่อนการ ทดลองกลุ่มทดลองยังมีความรู้ในเรื่องโรคหัวใจ และหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้ที่ ถูกต้องเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ว่า การ เลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดได้ จึงทำให้ในช่วงก่อน การทดลองกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดี ของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง หลังจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องดังกล่าว ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม มองผลลัพธ์ที่ดี ของการเลิกสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นและพยายามหา วิธีการขจัดอุปสรรคหรือปัญหาจากการสูบบุหรี่ จึงนำไปสู่การเกิดความคาดหวังในผลดีที่ระดับสูง ในกลุ่มทดลอง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ พิทยา สังข์แก้ว¹⁵ ที่พบว่าหลังการทดลองและ ระยะเวลาติดตาม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความ คาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้นกว่าก่อน การทดลอง ($p < 0.001$) หากยังพบผลการศึกษา ว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการเลิก สูบบุหรี่ที่มักจะไม่แตกต่างกัน เนื่องจากก่อนการ ทดลองความคาดหวังในผลดีของกลุ่มทดลองอยู่ ในระดับสูง ไม่ได้ลดลงหลังการทดลองแต่อย่างใด เช่นการศึกษาของปรัชพร กลีบประทุม⁹ ที่ความ คาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ทั้งก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และระยะเวลาติดตามอยู่ใน ระดับสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นส่วนสำคัญใน การสนับสนุนให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม¹⁹ การ เลิกสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารความรู้เรื่องบุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือดจากผู้วิจัย การสนับสนุนด้านอารมณ์จากทั้งบุคคลในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ จาก อสม. หรือจากตัวผู้วิจัยเอง ทั้งการลงเยี่ยมบ้านจากทั้งผู้วิจัยและ อสม. เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจ ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้สึกห่วงใยเช่นเดียวกันกับญาติพี่น้อง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของปรีชพร กลีบประทุม⁹ การสนับสนุนการประเมินค่าใช้จ่ายให้ข้อมูลย้อนกลับ แสดงถึงผลดีที่เกิดขึ้นกับร่างกายของการเลิกบุหรี่จากสมาชิกในกลุ่มทดลอง รวมไปถึงแรงสนับสนุนที่เกิดขึ้นเองจากเพื่อนในกลุ่มทดลองด้วยกัน โดยการชักชวนเข้าร่วมสภากาแฟ ดึงเอากลุ่มทดลองที่มีละแวกบ้านใกล้เคียงกันมาร่วมนั่งดื่มกาแฟพูดคุยเรื่องเหตุบ้านการเมือง สารทุกข์สุกดิบภายในหมู่บ้าน และมีประเด็นเพิ่มเติมถามไถ่ในเรื่องของการเลิกสูบบุหรี่ จากสภาพแวดล้อมที่เคยชินเห็นเพื่อนสูบบุหรี่แล้วต้องหิบบูหรี่มาสูบบตาม กลายมาเป็นการถามไถ่ถึงการเลิกหรือลดจำนวนมวนบุหรี่ การให้คำแนะนำเพื่อนในกลุ่มเพื่อรับมือกับความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการต่าง ๆ มิได้เป็นแรงสนับสนุนที่ถูกกำหนดไว้ในกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษา แต่อย่างไร หากแต่เป็นแรงสนับสนุนที่เกิดขึ้นเองและส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มทดลองที่มีการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการรับรู้ความสามารถตนเองของการเลิกสูบบุหรี่ และมีความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ทำให้มีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สูงเช่นกัน²⁰ เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา⁸ ที่เชื่อว่าการสร้างการรับรู้ความสามารถของบุคคลจะทำให้บุคคลดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้

โดยความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนด ความคิด ความรู้สึก และจิตใจให้บุคคลสามารถกระทำได้สิ่งหนึ่งได้ หากแต่มีกลุ่มทดลองบางคนที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่หรือแม้กระทั่งลดปริมาณมวนบุหรี่ลง โดยเมื่อศึกษาข้อมูลเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับประเด็นระดับการตัดสินใจติดของบุคคลพบว่า บุคคลดังกล่าวมีระดับการตัดสินใจติดอยู่ในระดับสูง อีกทั้งยังมีกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมครั้งนี้ที่ยังคงสูบบุหรี่ทุกวัน การอยู่ในสถานการณ์ความเคยชินหรือมีสิ่งกระตุ้นให้ต้องหิบบูหรี่มาสูบบยังคงเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มทดลองไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้เกิดผลดี สามารถกระตุ้นกิจกรรมภายในสัปดาห์แรก พร้อมทั้งให้ความสำคัญและสนับสนุนการติดตามผลอย่างต่อเนื่องใน 1 เดือนแรก รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่เชิงรุกในพื้นที่ และมีการสนับสนุนเครื่องมือการทำงานช่วยเหลือ เช่น เครื่องเป่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงและการจูงใจให้เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น พร้อมทั้งพัฒนาทักษะและกำหนดแนวทางปฏิบัติในการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับ อสม. สร้างการมีส่วนร่วมและการติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรประเมินความพร้อมหรือความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งวัดผลการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่หลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะติดตาม และเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. About World Heart Day 2014 [Internet]. 2014 [cited 8 December 2017]. Available from: <http://www.worldheartfederation.org/index.php?id=123>
2. U.S. Department of Health and Human Services (2014). The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
3. Contie V, Defibaugh A, Dutchen S, Earl L & Wein H. NIH news in health: Love your heart; take steps to reduce heart risks [Internet]. 2012 [cited 6 December 2017]. Available from: <http://newsinhealth.nih.gov/issue/Feb2012/Feature1>
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. อาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : http://quitsmokingplz.blogspot.com/2009/11/blogpost_12.html
5. วิชัย เอกพลกร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2557-2559). กลุ่มรายงานมาตรฐาน จำนวนผู้ป่วยตายโรคหัวใจและหลอดเลือด. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากหมาก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สรุปข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนตำบลปากหมาก ประจำปีงบประมาณ 2561.
8. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
9. ปรัชพร กสิปประทุม, ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืออ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559;3(4):30-40.
10. ธวัชชัย วรพงศธร. รูปแบบการวิจัยแบบทดลองประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่พับบลิชชิง; 2530
11. ชะอ้อน สุทธิคณณะ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลพะโต๊ะ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2556.
12. รณชัย คงสกนธ์, ผ่องศรี ศรีมรกต, และอังกูร ภัทรการ. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจ พรินติ้ง; 2553.
13. Raber J, Arzy S, Bertolus JB, Depue B, Hass HE, Hofmann SG, et.al. Current understanding of fear learning and memory in humans and animal models and the value of a linguistic approach for analyzing fear learning and memory in humans. *Neuroscience & Behavioral Review* 2019;105:136-177.

14. สุนารี ทะนะเบ็ก. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่มวนเองของหญิง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารสุขศึกษา 2555;35(121):12-29.
15. พิทยา สังข์แก้ว, มณฑา เก่งการพานิช, ธาราดล เก่งการพานิช, นริมาลย์ นิละไพจิตร. ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2558;21(3):53-64.
16. วรัญญา ไชยสาลี, ศรัณญา เบญจกุล, ธาราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560;47(2):164-176.
17. นิยม จันทร์นวล และศิริัญญา วิลาศรี. ผลการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเมืองชัยภูมิ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560;23(1):44-58.
18. พรรณี ปานเทวัญ. ทฤษฎีความสามารถของตนเองกับการเลิกสูบบุหรี่. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(3):35-43.
19. สุปรียา ต้นสกุล. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. (ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ยุทธธรินทร์การพิมพ์; 2548.
20. สมโภชน์ เอี่ยมสุภา ชาติ. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.