

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON SMOKING BEHAVIOR IN
PERSONS AT RISK FOR CORONARY ARTERY DISEASE

วาริศา แยมศรี*

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล** อรสา พันธักดิ์***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (หลังการทดลอง 30 วัน) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ และการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ ต่อความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ และกลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแบบบันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$ และ $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ) มีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$ ทั้งสองช่วงเวลา) และมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$ ทั้งสองช่วงเวลา) ส่วนระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพิ่มขึ้นจากหลังการทดลองไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) แต่กลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการลดการสูบบุหรี่ มากกว่าการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ จึงควรจะนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ/ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ /

ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่/ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of a motivational interview or routine advice on smoking cessation on knowledge of cigarette toxicity, stages of behavioral change, and number of cigarettes smoked per day comparing before, immediately-after the intervention, and follow - up stage (30 days after the intervention). Subjects were purposively recruited from persons at risk for coronary artery disease. The experimental group (n = 30) received a motivational interview, while the control group (n = 30) received routine advice on smoking cessation. Data were obtained using questionnaires assessing knowledge of cigarette toxicity and stages of behavioral change, as well as daily records of the number of cigarettes smoked.

The findings revealed that the improvement of knowledge of cigarette toxicity immediately after the intervention and follow - up stage in the experimental group was significantly better than that in the control group ($p < .01$; $p < .05$, respectively). A greater proportion of subjects were in the action stage of smoking reduction, and a greater reduction in the number of cigarettes smoked per day at both times were detected in the experimental group, compared to the control group, ($p < .001$; $p < .001$, respectively). However, there was no significant improvement of knowledge of cigarette toxicity between follow - up stage and immediately after the intervention in either group; the experimental group had a greater reduction in number of cigarettes smoked per day compared to the control group ($p < .05$). The study showed significantly greater effectiveness of a motivational interview on smoking reduction than routine advice on smoking cessation. Therefore, motivational interview should be applied for smoking cessation in persons using health services at primary care centers.

Keywords: Motivational Interview/ Routine Advice on Smoking Cessation/
Knowledge of Cigarette Toxicity/ Stages of behavioral change/ Smoking behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 10 (WHO, 2009) ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการสูญเสียปีแห่งสุขภาพที่ดี จากการรายงานของ American Heart Association (AHA, 2006) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.5 เท่า แต่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวถึง 8 เท่า

จากการศึกษาของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2548) พบว่า การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจคิดเป็นร้อยละ 32 ซึ่งพบว่า คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.54 ล้านคน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550)

และมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวรวม 1.5 ล้านคน และจากการศึกษาของทิมศิริ เชาวกุล (2551) พบว่ากลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดคือวัยผู้ใหญ่อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 27 ในแต่ละปีคนไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสียเงินจากการซื้อบุหรี่ในภาพรวม คิดเป็นมูลค่าปีละมากกว่า 43,000 ล้านบาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) และจากการศึกษาเชิงนโยบายเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายได้ของรัฐในประเทศไทย พบว่ารายจ่ายของรัฐที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และถุงลมโป่งพอง ที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ มีแนวโน้มค่ารักษาที่สูงขึ้นทุกปี เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ของรัฐในแต่ละปีที่ได้จากภาษีบุหรี่ (สถิกร พงศ์พานิช, 2550)

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่อยู่ในภาวะวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องรีบแก้ไข (วรารณณ์ ภูมิสวัสดิ์ และ คณะ, 2546) การส่งเสริมให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียภาวะสุขภาพ และการเสียชีวิตแล้ว ยังเป็นการลดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 แนวทางหลักที่ชัดเจน ได้แก่ แนวทางการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และไม่ให้ยา (บุผา จันทรมูล, อติทยา พรชัยเกตุ โอวยอง และประภา ยุทธไธร, 2556; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550) ซึ่งแต่ละวิธี มีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่อาจกระทบต่อผู้ใช้อย่างมากทำให้ผู้ใช้ที่ทนอาการดังกล่าวไม่ไหวจึงไม่ประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่ (ฐิติรัตน์ ชื่นจิตร, 2547) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ มีหลายการศึกษาวิจัยที่ใช้

หลายวิธีผสมผสานกันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น เช่น มีการใช้นิโคตินบำบัดร่วมกับการใช้วิธีอื่น (Baker et al., 2006; Persson & Hjalmarson, 2005; Soria et al., 2006; Volpp et al., 2006) มีการจัดทำวิดีโอ หรือสื่อที่ใช้ในกิจกรรม (จิราภรณ์ เนียมบุญขร, 2548; กิตติศักดิ์ เมืองหนู, 2544) และเพิ่มความถี่การดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้มากขึ้น (กิตติศักดิ์ เมืองหนู, 2544 ; ปิยมาศ สนวนกุล, 2552) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (พิชัย แสงหาญชัย, 2552) และเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ (Emmons et al., 2001; Procheska et al., 2008)

การตระหนักถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ และแรงจูงใจ เป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่ (ฐิติรัตน์ ชื่นจิตร, 2547; พิชัย แสงหาญชัย, 2552; Diclemente et al., 1991; Joseph, 2003) ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่จึงมีความสำคัญมากในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ ผู้ที่สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ แม้ใช้เพียงคำพัง (Emmons et al., 2001; Hokanson et al., 2006) และสามารถดำเนินการได้โดยอิสระภายใต้บทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบทบาทของพยาบาลประจำสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การให้การปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ถือเป็นการดำเนินงานด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจดังกล่าวสามารถนำมาใช้ร่วมกับ

การปฏิบัติงานประจำได้ ในประเทศไทย ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการศึกษานี้ และได้พัฒนาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ตามแนวทางของมิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick, 1991) เพื่อให้ความรู้สร้างความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ และมุ่งเน้นในการเสริมสร้างแรงจูงใจที่สอดคล้องและเหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการแต่ละคน เพื่อนำไปสู่การลดปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน โดยปรับให้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานเชิงรุกในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ร่วมกับการปฏิบัติงานเชิงรุกในการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการลดการสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลทั้งภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลในด้านความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ดีขึ้นจากก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุม

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ บูรณาการจากทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational in Interviewing) เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง โดยเน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับการปรึกษาเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถค้นหา ลดและจัดความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาโดยมิลเลอร์ และ โรล นิก (Miller & Rollnick, 1991) โดย นำ

ขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากทฤษฎี
 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The
 Transtheoretical Model) ของโปรเชสกา และไดคลี
 เมนเต (Prochaska & Diclemente, 1984) มาใช้เพื่อ
 ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำ
 ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self perception theory) มาใช้
 ร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้
 เกิดประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาก
 ที่สุด หัวใจสำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง
 แรงจูงใจคือ 1) การกระตุ้นหรือจูงใจ (Evocative /
 Elicit) ให้ผู้รับการปรึกษาพูดข้อความเกี่ยวกับสิ่งที่
 เป็นปัญหา 2) การร่วมมือกันระหว่างผู้ให้การศึกษาและ
 ผู้รับการปรึกษา (Collaboration) และ 3) การให้
 ความเชื่อถือ ให้อิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง
 (Autonomy) หลักการสำคัญในการสัมภาษณ์เพื่อ
 เสริมสร้างแรงจูงใจ (DARES) คือ 1) การทำให้เห็น
 ความแตกต่างระหว่างสภาพ ปัญหาปัจจุบันและ
 พฤติกรรมเป้าหมาย (Develop discrepancy) 2) การ
 หลีกเลียงการโต้แย้ง หรือทะเลาะ (Avoid
 argumentation) 3) การตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน
 (Roll with resistance) 4) การแสดงความเห็นอกเห็น
 ใจ (Express empathy) และ 5) การส่งเสริมศักยภาพ
 ที่อยู่ในตัวของผู้รับการปรึกษา (Support self –
 efficacy) ซึ่งการดำเนินการตามกรอบแนวคิดนี้จะมี
 ผลต่อ ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ ขั้นตอน
 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลดการสูบบุหรี่ และ
 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง
 (Quasi – Experimental Study) เปรียบเทียบกลุ่ม
 ทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวัดก่อนการทดลอง
 หลังการทดลองและ ระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูบบุหรี่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ
 การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดแคใน
 จำนวน 30 ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลบางไผ่น้อย จำนวน 30 ราย โดยคำนวณขนาด
 กลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
 (จิราภรณ์ เนียมบุญชู, 2547) ซึ่งศึกษาผลของการ
 ใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนก
 อายุรกรรม และให้ผลการทดสอบทางสถิติอย่างมี
 นัยสำคัญโดยการนำค่าที่ได้จากการศึกษามาแทนค่า
 ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร คำนวณ effect
 size ได้ขนาดของ Effect size 1.4 จากนั้นนำค่าที่ได้
 ไปเทียบกับตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) โดย
 กำหนดระดับความเชื่อมั่น ที่ .05 และอำนาจการ
 ทดสอบที่ .80 พบว่าได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างของ
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน แต่เพื่อ
 ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่ม
 ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่ม
 ตัวอย่างจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกคือ
 เป็นผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน(ยังไม่
 อยู่ในขั้นปฏิบัติการเปลี่ยน-แปลงพฤติกรรม การลด
 การสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่) มีคะแนนความเสี่ยงต่อ
 การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำอย่างน้อย 3 คะแนน
 โดยใช้แบบประเมิน Rama –EGAT Heart Score
 (สุกิจ แย้มวงศ์, 2548) สามารถ อ่าน และเข้าใจ
 ภาษาไทย สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีที่อยู่อาศัยที่
 แน่นนอนและมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
 จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับสลาก ซึ่งกลุ่ม ผู้มารับ
 บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดแค
 ในเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มผู้มารับบริการที่
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่น้อยเป็นกลุ่ม
 ควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Rama EGAT – Heart Study) ฉบับประเมินตนเองสำหรับประชาชน ซึ่งพัฒนาโดยสุกิจ แย้มวงษ์ (2548) แบบประเมินนี้ผ่านการทดสอบ 2 วิธีคือ ทดสอบเปรียบเทียบผลการทำนายด้วยวิธีการคำนวณที่พัฒนาขึ้นและเปรียบเทียบพื้นที่ใต้ ROC (Receiver Operating Characteristics) curve กับผลการทำนายด้วย Framingham Heart score แบบคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด RAMA EGAT-Heart Study มีข้อคำถาม 7 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน ตัวอย่างเช่น อายุ 45-49 ปี ให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 2 คะแนน อายุ 50-54 ปี ให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 4 คะแนน เพศชาย ให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 3 คะแนน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด มากกว่า 280 mg % ให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 4 คะแนน การสูบบุหรี่มีคะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 2 คะแนน การเป็นโรคเบาหวานให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 5 คะแนน การเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 3 คะแนน และเส้นรอบเอว ชาย ≥ 90 ซม./ หญิง ≥ 80 ซม. ให้คะแนนความเสี่ยงเท่ากับ 3 คะแนน แปลผลคะแนนแปลจากระดับคะแนนความเสี่ยงซึ่งคิดเป็นร้อยละของโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงในระยะเวลา 10 ปี และในการศึกษาครั้งนี้จะไม่ใช้ประเมินความเสี่ยงของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเนื่องจากผู้ที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านวัดแคในไม่มีการตรวจระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การวินิจฉัยโรค อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ เวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก หลังตื่นนอน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ประวัติความพยายามในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ และสาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยปรับจากแบบประเมินความรู้เรื่องบุหรี่ของ กิตติพงษ์ ทองเหลือ (2550) ซึ่งเป็นแบบทดสอบให้เลือกคำตอบว่าผิด ถูก หรือไม่ทราบ จำนวน 19 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ผิด/ไม่ทราบ = 0 และถูก = 1 คะแนน และก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อีก 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงภายในและความเที่ยงของการวัดซ้ำของเครื่องมือ โดยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่มีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน ได้ค่าความเที่ยงภายใน (Internal consistency reliability) เท่ากับ .79 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการวัดซ้ำ (Test – retest reliability) เท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้ในการจำแนกกลุ่มทดลอง เพื่อให้การปรึกษาได้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของผู้รับการศึกษา โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินนี้จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งแบ่งเป็น 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นไม่สนใจ ขั้นลังเลใจ ขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติขั้นปฏิบัติ และขั้นคงสภาพ การแปลผลคือ ถ้าตอบคำถามว่าไม่เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ในระยะ 6 เดือนข้างหน้า แสดงว่าอยู่ในขั้นไม่สนใจ (Pre-contemplation) ถ้าตอบคำถามว่าเคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า แสดงว่าอยู่ในขั้นลังเลใจ (Contemplation) ถ้าตอบคำถามว่าได้ตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้า แสดงว่าอยู่ในขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation) ถ้าอยู่ในช่วงกำลังลดการสูบบุหรี่ / เลิกสูบบุหรี่แล้ว แสดงว่าอยู่ในขั้นปฏิบัติ (Action) ถ้าอยู่ในช่วงกำลังลดการสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วนานกว่า 6 เดือนแสดงว่าอยู่ในขั้นคงสภาพ (Maintenance) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นนี้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา ตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสม ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการศึกษา บุหรี่ ประเมินโดยใช้แบบบันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปบันทึกที่บ้าน เป็นระยะเวลา 60 วัน

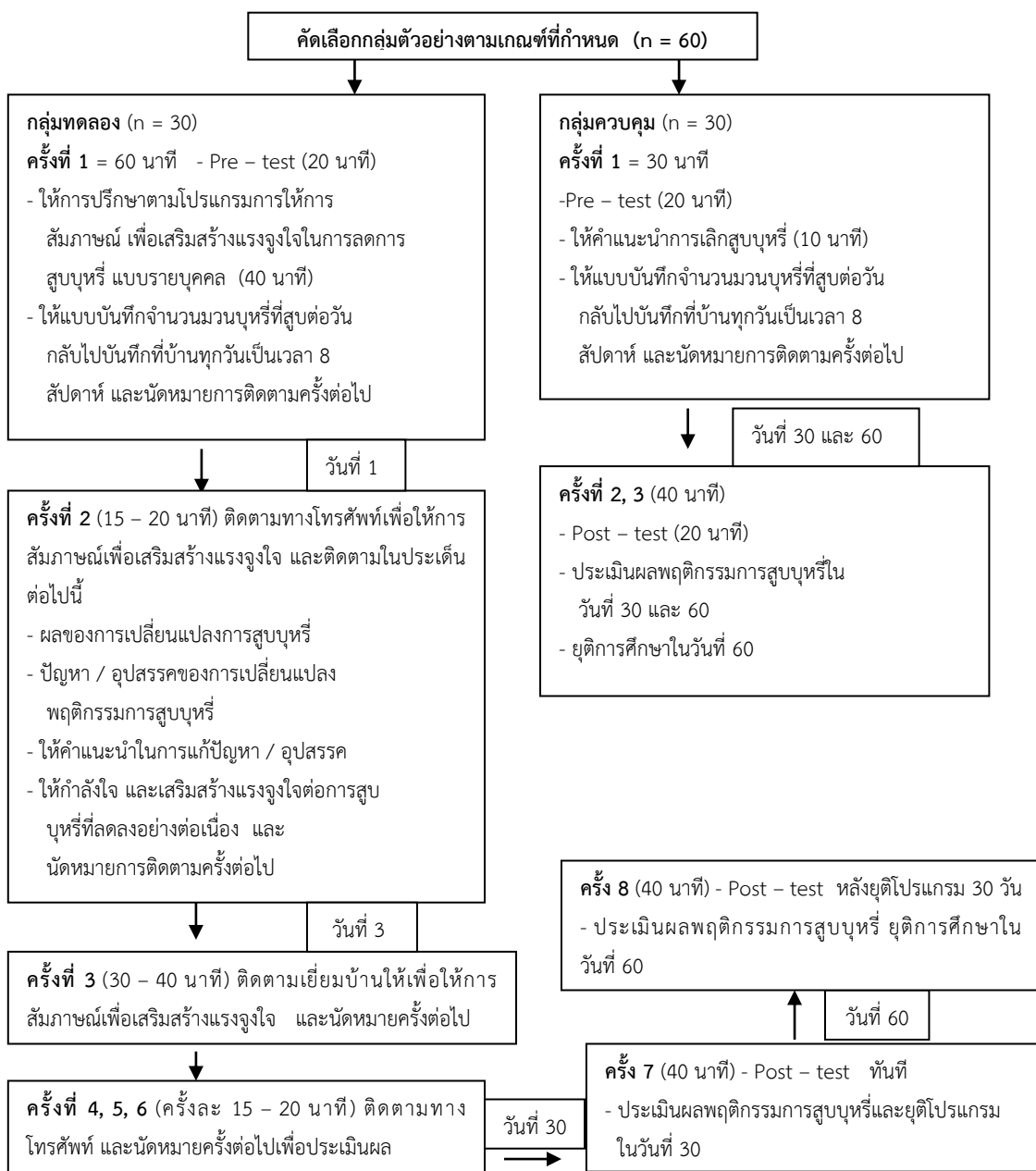
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 อย่าง ได้แก่

3.1 โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวทางการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (1991) และขั้นตอนของการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & Diclemente (1984) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 28 วัน และมีขั้นตอนดำเนินการดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ใช้สารเสพติด 1 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับขั้นตอนในการให้การปรึกษา และความเหมาะสมของการใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนของการให้การปรึกษา เมื่อผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำแล้วได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูบบุหรี่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 2 ราย ก่อนที่จะนำมาใช้ศึกษาในครั้งนี้

3.2 แผ่นพับเอกสารการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และเอกสารความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งขอสนับสนุนจากสำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยมอบให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นำกลับไปอ่านที่บ้าน



รูปภาพที่ 1 แผนภูมิขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ ID 06-54-21ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดแคใน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่น้อย และประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลของทั้ง 2 แห่งเพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่งเป็นผู้คัดกรองผู้ที่มารับบริการซึ่งสูบบุหรี่ และส่งต่อมาพบกับผู้วิจัยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย หากผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยง Rama EGAT – Heart Score (สุกิจ แยมวงษ์, 2548) หากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ก็จะถูกเชิญเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง หากมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดแคใน และเป็นกลุ่มควบคุม หากมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่น้อย หลังจากลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสอบถามแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ สำหรับกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดแคใน ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ในวันแรกที่พบกัน ขออนุญาตเยี่ยมบ้าน ในวันที่ 3 หลังการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ และขอ

อนุญาตโทรศัพท์พูดคุยกับผู้รับบริการในกลุ่มทดลอง ในวันที่ 1, 7, 14, และ 28 หลังการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่น้อย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ 1 ครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในวันที่ 30 (หลังการทดลอง) และ ในวันที่ 60 (ระยะติดตามผล) เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้คัดกรองผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดแคในจำนวน 280 ราย พบว่ามีผู้สูบบุหรี่จำนวน 42 ราย แต่ในจำนวนนี้มีผู้สูบบุหรี่ที่มีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอนและไม่สะดวกในการมาตรวจตามนัด จำนวน 3 ราย และ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการอีก 7 ราย จึงเหลือผู้สูบบุหรี่ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ 32 ราย แต่ในระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่และติดต่อไม่ได้ 2 ราย ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดโครงการจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ส่วนในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้คัดกรองผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่น้อยจำนวน 200 ราย พบว่ามีผู้สูบบุหรี่จำนวน 38 ราย แต่ในจำนวนนี้มีผู้สูบบุหรี่ที่มีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอนและไม่สะดวกในการมาตามนัด จำนวน 6 ราย และ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการอีก 2 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดโครงการจำนวน 30 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ในการบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. จากการทดสอบการกระจายแบบปกติโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov test พบว่าข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติ non – parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ Mann – Whitney U Test, Friedman Test และ Wilcoxon Signed – rank Test แต่ข้อมูลการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีการแจกแจงแบบปกติจึงใช้สถิติ Independent t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. วิเคราะห์ข้อมูลของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งมีระดับการวัดเป็นมาตราเรียงอันดับ จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square Test และ McNemar Test

ผลการวิจัย

ก่อนการทดลอง

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 50.07 ปี และ 50.17 ปี เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80, ร้อยละ 83) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90, ร้อยละ 80) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50, ร้อยละ 53.3) อาชีพอิสระ (ร้อยละ 80, ร้อยละ 90) รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวน้อยกว่า หรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 73.3, ร้อยละ 90) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ในช่วงวัยรุ่น (ค่ามัธยฐาน 17.50 ปี, 17 ปี) มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ 10.40 คะแนน และ 9.87 ตามลำดับ เคยเลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 33.3, ร้อยละ 46.7) สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่เกิดจากปัจจัยภายในบุคคล (ร้อยละ 80, ร้อยละ

83.3) สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่แล้วกลับมาสูบบุหรี่ใหม่เกิดจากปัจจัยภายในบุคคล (ร้อยละ 86.6, ร้อยละ 93.3) บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่มากที่สุดคือตนเอง (ร้อยละ 66.7, ร้อยละ 63.3) บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการลดการสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือตนเอง (ร้อยละ 40, ร้อยละ 56.7) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนเกิน 5 นาที แต่ไม่เกิน 30 นาที (ร้อยละ 33.3) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สูบหลังตื่นนอนเกิน 30 นาที แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 30) นอกจากนี้ยังพบว่าก่อนการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

ในกลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยังของแต่ละคู่เวลาของการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองและ ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ (ทั้งสองช่วงเวลา) แต่ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยะยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} > .05$ ส่วนในกลุ่มควบคุมผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยังภายในกลุ่ม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ย ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$ เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลองและภายหลังติดตามผลกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื จากก่อนการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ และ $p\text{-value} < .05$ ตามลำดับ

แต่การเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืระหว่างภายหลังการทดลองและ ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} > .05$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้น ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

	ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	$\bar{d}$	(S.D.)	$\bar{d}$	(S.D.)		
หลังการทดลอง กับ ก่อนการทดลอง	3.07	(3.58)	.30	(3.50)	3.02	.002
ระยะติดตามผล กับ ก่อนการทดลอง	2.53	(2.92)	.47	(4.02)	2.28	.013
ระยะติดตามผล กับ หลังการทดลอง	-.53	(2.35)	.16	(2.39)	-1.14	.13

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืและ สัดส่วนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรื

ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง โดยเปลี่ยนจากขั้นที่ยังไม่ปฏิบัติการลดการสูบบุหรื (ขั้นไม่สนใจ/ขั้นลังเลใจ/ขั้นเตรียมพร้อม) มาสู่ขั้นของการปฏิบัติการลดการสูบบุหรื อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ และ $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ และ ระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลองโดยเปลี่ยนจากขั้นที่ยังไม่ปฏิบัติการลดการสูบบุหรื (ขั้นไม่สนใจ/ ขั้นลังเลใจ/ขั้นเตรียมพร้อม) มาสู่ขั้นการปฏิบัติปฏิบัติการลดการสูบบุหรื อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$

ทั้งสองกลุ่ม แต่สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$ ทั้งสองกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรือยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรืมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ (ทั้งสองช่วงเวลา) โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรืจำนวน 27 ราย และ 10 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 90 และ 33.3) ในขณะที่ระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรืจำนวน 28 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 93.3 และ 40.0) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi- square test

	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม								χ^2	p-value
	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม					
	ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		ปฏิบัติ			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
หลังการทดลอง	3	(10.0)	27	(90.0)	20	(66.7)	10	(33.3)	18.049	.000
ระยะติดตามผล	2	(6.7)	28	(93.3)	18	(60.0)	12	(40.0)	16.875	.000

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ในกลุ่มทดลองผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ การเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของแต่ละคู่เวลา พบว่าภายหลังการทดลองและ ระยะติดตามผลจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ แต่ระยะติดตามผลจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

ส่วนในกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่าจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ การเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของแต่ละคู่เวลา พบว่า

ภายหลังการทดลองจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ ในขณะที่ระยะติดตามผลกับก่อนการทดลอง จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันไม่แตกต่างกันเช่นเดียว กับระยะติดตามผลกับหลังการทดลองที่มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} > .05$

เมื่อเปรียบเทียบ การลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่าง กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลองและ ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันทีลดลงจากก่อนการทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ (ทั้งสองช่วงเวลา) ส่วนการเปรียบเทียบระหว่าง ระยะติดตามผลและ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการลดลง ของ จำนวนนวนบุหรืที่สูบต่อวันก่อนการทดลอง หลังการทดลองและ ระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

	จำนวนนวนบุหรืที่สูบต่อวัน				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	d̄	(S.D.)	d̄	(S.D.)		
หลังการทดลองกับก่อนการทดลอง	-7.90	(4.89)	-1.60	(5.50)	-4.687	.000
ระยะติดตามผลกับก่อนการทดลอง	-9.07	(5.04)	-.90	(4.01)	-6.940	.000
ระยะติดตามผลกับหลังการทดลอง	-1.17	(3.01)	.70	(3.42)	-2.247	.014

การอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื และการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื

จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืมากกว่าการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรืแบบปกติ เพราะในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Miller & Rollnick, 1991) มีการประเมินความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื ซึ่งช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาทราบว่าผู้รับการปรึกษายังขาดข้อมูลหรือความรู้ในประเด็นใด นอกจากนั้น ในการให้การปรึกษาจะใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืตามที่ตนเองเข้าใจ และระบายความรู้สึกว่าพิษภัยของบุหรืนั้นมีผลกระทบต่อตนเองในด้านใดบ้าง ในระหว่างให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะให้ความรู้แก่ผู้รับการปรึกษาโดยเชื่อมโยงจากคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเมินได้จากผู้รับการปรึกษากับพิษภัยของบุหรืที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับการปรึกษาในอนาคต รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นหากสามารถลดการสูบบุหรื / เลิกสูบบุหรื ก็จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงพิษภัยของบุหรืมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Robinson และคณะ (2012) ที่ศึกษาเปรียบเทียบ

ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรืที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กับการให้คำแนะนำอย่างสั้น ในนักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรืในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรืโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรืมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ (Robinson, Weg, Riedel, Klesges & McClain- Allen, 2012)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรื และสัดส่วนของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรื

จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมลดการสูบบุหรื มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรืของผู้รับการปรึกษามากกว่าการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรืแบบปกติ เนื่องจากเป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่สามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาจัดความลังเลใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ผู้รับการปรึกษาได้เปรียบเทียบผลดี และผลเสียของการสูบบุหรืและไม่สูบบุหรือย่างครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ถ้าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดผลดี - ผลเสียต่อผู้รับการปรึกษาอย่างไร และถ้าไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดผลดี - ผลเสียต่อผู้รับการปรึกษาอย่างไร จะ

ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถจัดความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองและนำไปสู่การลงมือปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (พิชัย แสงหาญชัย, 2552) และการให้ผู้รับการปรึกษาได้เป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พร้อมทั้งได้เตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการลดการสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความพร้อมและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (จูติรัตน์ ชื่นจิตร, 2547; Diclemente et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Butler และคณะ ที่ศึกษาเปรียบเทียบอาการทางคลินิกและความคุ้มทุนของการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กับการให้คำแนะนำอย่างสั้นในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยทั่วไปในสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีขั้นของความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Butler, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russell, & Stott, 1999)

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดีต่อการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่าการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้รับการปรึกษา ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ จึงเกิดความตระหนักถึงพิษภัยดังกล่าว จึงเริ่มที่จะลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันให้น้อยลงจากเดิมที่เคยสูบ หรือเลิกบุหรี่ และโปรแกรมดังกล่าวได้ส่งผลให้จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลอง ลดลงจนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Butler และคณะ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ (Butler et al., 1999)

แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษารั้งนี้ แม้ว่าภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมจะมี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง โดยเปลี่ยนจากขั้นที่ยังไม่ปฏิบัติการลดการสูบบุหรี่มาสู่ขั้นของการปฏิบัติการลดการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ และมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < .05$ นั้น ซึ่ง อาจเกิดจากการถูกกระตุ้นให้เกิดความสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อถูกสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พร้อมกับได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ การบันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน รวมทั้งได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเหตุการณ์นี้ในทางวิจัยเรียกว่า ผลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์พ้อง (Threat of history effect) หรืออาจจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีความคิดที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่อยู่ก่อนแล้ว การที่กลุ่มควบคุมได้รับแบบบันทึกมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันกลับไปบันทึกที่บ้านเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ซึ่งการบันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นแนวโน้มการสูบบุหรี่ของตนเอง จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นเตือนให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงซึ่งในทางวิจัยเรียกว่าผลที่เกิดขึ้นจากเครื่องมือวิจัย (Threat of instrumentation) (บุญใจ ศรีสถิตยันรากุล, 2547) แต่หากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นไม่ได้เกิดจากแรงจูงใจภายในตนเองที่มากพอ ก็จะทำให้พฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลงนั้นไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2553; พิชัย แสงหาญชัย, 2552) จึงทำให้จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันกลับเพิ่มขึ้นอีกในระยะติดตามผลจนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับจำนวนมวนที่สูบต่อวันในระยะก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ และในการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ที่มีประโยชน์สามารถไปใช้ในการส่งเสริมการลดการสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่ ในผู้รับการปรึกษาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งผู้รับบริการทั่วไปที่สูบบุหรี่ สำหรับการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่สูบบุหรี่นั้น ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเฉพาะมากขึ้น ทั้งนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรจะได้รับ การฝึกอบรมหลักการปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้มีทักษะของการให้การปรึกษาดังกล่าวเพื่อนำมาให้บริการแก่ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ และในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่โดยติดตามผลต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จนถึงขั้นคงสภาพการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Maintainance)

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ ทองเหลือ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ เนียมภูธร. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของ*

ผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิติรัตน์ ชื่นจิตร. (2547). *ประสิทธิผลของบุโพรฟิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิมศิริ เชาวสกุล, วราภรณ์ บุญเชียง และอำไพพร ชนะกอก. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่. *พยาบาลสาร*, 35(4), 67- 76.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (เมษายน 2553). *เทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ*. เอกสารประกอบการอบรม หลักสูตรเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ รุ่นที่ 6 ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเอดิชั่นจำกัด.

บุบผา จันมูล, อติธยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และประภา ยุทธไธโร. (2556). การบำบัดแบบกระชับเพื่อลดหรือหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 61-73.

ปิยมาศ สนวนกุล. (2552). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การพัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในผู้ป่วยคัดกรอง โรงพยาบาล*

- อุทัยธานี และสถาบันทรงวอกระทรวง
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: NP Press Limited
Partnership.
- พิชัย แสงหาญชัย. (2552). *คลินิกเลิกบุหรี่ต้นแบบ*.
กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ
สุขสมบูรณ์, ปรีชา มณฑานติกุล, พนมทวน
ชูแสงทอง, ศรัณย์ กอสนาน และคณะ.
(2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติด
บุหรี่*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
(2550). *สถานการณ์การสูบบุหรี่ของ
ประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2534
- 2550*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2555
สืบค้นจาก [http://www.medinfo.psu.
ac.th / ... / Smoking _Situation...](http://www.medinfo.psu.ac.th / ... / Smoking _Situation...)
- สถิกร พงศ์พานิช. (2548). *การศึกษาเปรียบเทียบ
ค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้าน
สุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับ
รายรับของรัฐบาลจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย*. รายงานการวิจัยวิทยาลัการ
สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
(2548). *การศึกษาสถานการณ์โรคหลอดเลือด
หัวใจจากทะเบียนโรค*. เข้าถึงเมื่อ 12
พฤษภาคม 2555 จาก [http://www.hiso.
or.th/ hiso/proReport/ pro_ download4.
php?download1=6&lesson1=4&lesson
id=357&zon e=3&manu=2&page=1](http://www.hiso.or.th/ hiso/proReport/ pro download4.php?download1=6&lesson1=4&lesson_id=357&zon e=3&manu=2&page=1)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *การสำรวจ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ
ประชากรไทย พ.ศ.2547*. กรุงเทพฯ:
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการ
สื่อสาร.
- สุกิจ แย้มวงษ์. (2548). *โครงการการพัฒนาแบบ
ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุน
การวิจัย.
- American Heart Association. (2006). *Cigarette
smoking increase the risk of health
disease*. Retrieved September 1, 2010,
from <http://www.Americanheart.org>
- Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J.,
Carr, V. J., & Taylor, R. L., (2006). A
randomized controlled trial of a
smoking cessation intervention among
people with a psychotic disorder. *The
American Journal Psychiatry*, 163(11),
1934- 1942.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann,
M., Russell, I., Stott, N. (1999).
Motivational consulting versus brief
advice for smokers in general practice:
a randomized trial. *British Journal of
General Practice*, 49, 611-616.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for
the behavioral science* (2nd ed.).
Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
Associates.
- Diclemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst,
S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., &
Rossi, J. S. (1991). The process of
smoking cessation: An analysis of
precontemplation, contemplation,
and preparation stages of change.
*Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 59(2), 295- 304.
- Emmon, K.M., Hammond, S.K., Fava, J. L.,
Velicer, W. F., Evans J. L., & Monroe,
A.D. (2001). A randomized trial to

- reduce passive smoke exposure in low-income households with young children (Electronic version). *Pediatrics*, 108(1),18-24.
- Emmon, K.M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations (Electronic version). *American Journal of Medicine*, 20(1), 68-74.
- Hokason, J. M., Anderson, R. L., Henrikus, D. J., Lando, H. A., & Kendall, D. M. (2006). Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco (Electronic version). *Diabetes Education*, 32(4), 562-70.
- Joseph, A., Lexau, B., Willenbring, M., Nugent, S., & Nelson, D. (2004). Factors associated with readiness to stop smoking among patients in treatment For alcohol use disorder. *The American Journal on Addictions*, 13, 405- 417.
- Miller,R., & Rollnick, S.(1991). *Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guildford Press.
- Persson, L-G., & HJalmarson, A. (2005). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Result from a controlled study of an intervention programmed in primary health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health care*, 24, 75- 80.
- Procheska, J. O., Butterworth, S., Redding, C. A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., & et al. (2008) Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46, 226- 231.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Robinson, L, A., Vander Weg, M, W., Riedel, B, W., Klesges, R, C., & McLain –Allen, B. (2003) “Start to stop”: result of a randomized controlled trial of a smoking cessation program for teens (Electronic version). *Tobacco control*, 12, iv 26 – 33.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. J., & Montoy, J. (2006). A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56(531), 768 - 774.
- Volpp, K. G., Lavy, G. A., Asch, D. A., Berlin, J. A., Murphy, J. J., & Gomez, A. (2006). A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 15(1), 12- 18.
- WHO. (2009). *Report on the Global Tobacco Epidemic: Implementing smoke-free environments*. Retrieved September 03, 2010 from http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html