ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-2278-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SMOKING BEHAVIOR AMONG NON COMMISSIONED OFFICERS

Lt. Chittima Thungproun

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirerments

for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-2278-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน
โดย	ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ฦาชา)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิตติมา ทุ่งพรวญ: ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน (THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SMOKING BEHAVIOR AMONG NON COMMISSIONED OFFICERS) อ. ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์, 112 หน้า. ISBN 974-53-2278-4.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของข้าราชการทหารชั้นประทวน ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นข้าราชการทหารชั้นประทวน ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 นาย เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow (1986) มี 5 ขั้นตอนคือ 1) วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ 2) การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม 3) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง 4) การเตือนตนเอง 5) การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ โดยมีแผนการสอนเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ และแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เป็นสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรม และความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างของแต่ละคู่ด้วย Bonferroni

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

ข้าราชการทหารชั้นประทวนสูบบุหรี่ในปริมาณ และความถี่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์…… ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา…….2547…….. ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา……

4677557736 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEY WORD: SELF-MANAGEMENT PROGRAM / SMOKING BEHAVIOR / NON COMMISSIONED OFFICERS.

CHITTIMA THUNGPROUN: THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SMOKING BEHAVIOR AMONG NON COMMISSIONED OFFICERS. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. SUREEPORN THANASILP. D.N.S., 112 pp.
ISBN 974-53-2278-4.

This one group pretest posttest design study aimed to compare the effects of a self-management program on smoking behavior among non commissioned officer. Data were collected before and after the intervention. Study sample consisted of 30 non commissioned officers at Kavila military camp, Chiang Mai Province. The program, based on the Self-Management concept of Glasgow (1986), was comprised of 5 sessions: 1) aversive techniques, 2) stimulus control and alternative behaviors, 3) goal setting and self reward contracting, 4) self-monitoring, and 5) maintenance strategies. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures analysis of variance and Bonferroni's statistic.

The major findings were: smoking behaviors, comprised of quantity of smoking and frequency of smoking, were significantly decreased after receiving the self-management program ($p \leq .05$).

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study…….Nursing Science….. Student's signature.....

Academic year…...2004…… Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ ที่กรุณาให้คำปรึกษา เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ฤาชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำ แนะนำในเรื่องการใช้สถิติ รวมทั้งขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 33 ค่ายกาวิละ จ. เชียงใหม่ ตลอดจนผู้บังคับบัญชาทุกระดับชั้น ที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณข้าราชการทหารชั้นประทวนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ เพื่อนร่วมรุ่นคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บุคลากรโรงพยาบาลค่ายกาวิละ และเพื่อนพยาบาล ทบ. รุ่นที่ 33 ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ได้รับอย่างดีเสมอมาตลอดจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย		ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		จ
กิตติกรรมประกาศ		ฉ
สารบัญ		ช
สารบัญตาราง		ฌ
บทที่ 1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	แนวเหตุผลและสมมติฐาน	6
	ขอบเขตการวิจัย	10
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่	13
	พฤติกรรมสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน	19
	แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่	26
	บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่	37
	โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน	42
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	52
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	
	สรุปผลการวิจัย.....	73
	การอภิปรายผลการวิจัย.....	73
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	76
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	76
รายการอ้างอิง.....		77
ภาคผนวก		
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ และการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	92
	ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	104
	ภาคผนวก ค หนังสืออนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ และสัตว์ทดลอง เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		112

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	62
2	จำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์.....	64
4	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปริมาณในการสูบบุหรี่ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์.....	65
5	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปริมาณในการสูบบุหรี่รายคู่ ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์.....	66
6	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความถี่ในการสูบบุหรี่ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์.....	67
7	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความถี่ในการสูบบุหรี่รายคู่ ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์.....	68

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ทุกประเทศทั่วโลกรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ เพื่อให้สิ่งแวดล้อม หรือสถานที่ต่าง ๆ ไร้ควันบุหรี่ เนื่องจากมลพิษจากควันบุหรี่มีผลต่อสุขภาพไม่เพียงเฉพาะผู้สูบเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่รอบข้าง และสิ่งแวดล้อม (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2547) สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในปี พ.ศ. 2547 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ ซึ่งมีประมาณ 49.4 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 23.0) จำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือสูบทุกวัน 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 19.5) และผู้ที่สูบนาน ๆ ครั้ง สูบไม่สม่ำเสมอ หรือกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ มีประมาณ 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาตามเพศของผู้สูบบุหรี่ พบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าเพศหญิง 17 เท่า (ร้อยละ 37.2 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ) (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2547: 10)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรังมากมายทั้งในตัวผู้สูบเอง และผู้ใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก โรคระบบทางเดินหายใจเช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหืด การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด และมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ เช่น ปาก คอหอย กล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน มดลูก ปากมดลูก ไต และกระเพาะปัสสาวะ (Doering, 2000; Burns, 2000) จากสถิติของการเกิดโรคมะเร็งปอดพบว่าประมาณร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ และในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 30 เกิดมะเร็งปอดจากการหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าไป (Passive-Smoking) และจากการประกาศอย่างเป็นทางการของสถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของสหรัฐอเมริกาได้ประกาศว่า ควันบุหรี่ในอาคารเป็นสารก่อมะเร็งกรุ๊ปเอ ซึ่งหมายถึงสารก่อมะเร็งที่ร้ายแรงที่สุด และเป็นมลพิษทางอากาศภายในอาคารที่สำคัญที่สุด (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2540: 6-12) โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ประเทศขาดทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานวิเคราะห์ภาระโรคของโลก (The Global Burden of Disease) เมื่อปี พ.ศ. 2539 รายงานฉบับนี้ระบุว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของภาระโรคร้อย

ละ 2.6 จัดเป็นอันดับที่ 6 ในปี พ.ศ. 2533 และจะกลายเป็นภาระโรคอันดับ 1 ในปี พ.ศ. 2563 โดยบุหรี่เพียงสาเหตุเดียวคิดเป็นร้อยละ 9 ของภาระโรคทั้งหมด จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะสูงถึงปีละ 20 ล้านคน และผู้ที่จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2563 เป็นผู้ที่เสพติดบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2541)

กองทัพบกเป็นหน่วยงานราชการที่มีหน้าที่ดูแลประเทศชาติ กำลังพลของกองทัพจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึก และอบรมให้มีอุดมการณ์ มีระเบียบวินัยที่ดี มีประสิทธิภาพ มีความพร้อมทางด้านกำลังพล ถึงแม้ว่าจะมีอาวุธยุทโธปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตาม หากขาดผู้นำไปใช้ หรือควบคุมอาวุธยุทโธปกรณ์ดังกล่าวก็ไร้ความหมาย ดังนั้นกำลังพลทุกคนจะต้องได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพอย่างทั่วถึง กำลังพลในกองทัพบกส่วนมากเป็นเพศชาย ประกอบด้วยข้าราชการหลายระดับ ได้แก่ ข้าราชการทหารชั้นสัญญาบัตร ข้าราชการทหารชั้นประทวน พลทหารกองประจำการ และนักเรียนทหาร จากการศึกษาของ กมลพร สวนสมจิตร และคณะ (2538) ในการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลในกองทัพบกทั้ง 4 กองทัพภาค ทุกชั้นยศ พบว่าทางด้านการสูบบุหรี่ พลทหารเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 68.07) รองลงมาเป็นข้าราชการทหารชั้นประทวน (ร้อยละ 45.29) และข้าราชการทหารชั้นสัญญาบัตร (ร้อยละ 22.56) จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า แม้พบว่าพลทหารเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุด แต่พลทหารเป็นกำลังพลที่ผลัดเปลี่ยนเข้ามาประจำการอยู่ในหน่วยทหารอย่างมากเพียงแค่ 2 ปี แล้วจะปลดประจำการ เวลาส่วนมากต้องใช้ในการฝึกสอนอบรมตามระเบียบวินัย และหลักสูตรการฝึกทหารใหม่ที่กองทัพบกกำหนด (พรเทพ วัชรวิสุทธิ์, 2547: 31) ข้าราชการทหารชั้นประทวน ซึ่งมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากเป็นอันดับ 2 และเป็นสัดส่วนของกำลังพลที่มีอยู่มากเมื่อเทียบกับบุคลากรระดับอื่น ๆ อีกทั้งยังเป็นข้าราชการระดับผู้ปฏิบัติงานที่มีความสำคัญต่อฝ่ายต่าง ๆ เป็นผู้รับคำสั่ง หรือนโยบายมาปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลงาน เมื่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น จะส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคในอนาคต

กฤติกา จันทร์หอม (2542) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 46.3 ส่วนมาก ร้อยละ 39.0 สูบมานานเป็นเวลามากกว่า 15 ปี ปริมาณการสูบต่อวันที่พบสูงสุด คือวันละ 16-20 มวน ร้อยละ 21.6 และมากกว่า 20 มวนขึ้นไป ร้อยละ 11.9 ซึ่งการสูบบุหรี่มากกว่าวันละ 15 มวนขึ้นไปถือว่าเป็นการสูบอย่างหนัก (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2542) จากสภาพปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากำลังพลในกองทัพบก ยังมีการปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ควรจะมีรูปแบบ หรือวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ของกำลังพลให้ถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อให้กำลังพลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น

จากการศึกษาของ กัตติกา พงษ์ศิริ (2536) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนนายสิบทหารบก จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นสถานศึกษาของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อนเข้ารับราชการ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่มากที่สุด คือการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ในกลุ่มสูบบุหรี่ไม่ได้ตระหนัก หรือกลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาโดยไม่ได้คำนึงถึงผลต่อสุขภาพในระยะยาว จากการศึกษาของ กฤติกา จันทร์หอม (2542) พบว่าการเลิกบุหรี่ของนายทหารประทวน เนื่องจากปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 48.2 แต่ก็ไม่ได้ระบุชัดว่าปัญหาสุขภาพนั้นคืออะไร พอจะอนุมานได้ว่าข้าราชการทหารชั้นประทวนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่ว ๆ ไปที่ทดลองสูบบุหรี่ในหมู่เพื่อนจนกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ และค่อย ๆ สร้างเงื่อนไขความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ กับการสูบบุหรี่ เช่นสร้างความสัมพันธ์ว่าเมื่อไปงานสังสรรค์กับเพื่อนต้องสูบบุหรี่ เมื่อดื่มสุราต้องคาบบุหรี่ เมื่อกินข้าวเสร็จต้องสูบบุหรี่ เมื่อมีความเครียดต้องหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบ และจากขั้นนี้เองที่พฤติกรรมการติดบุหรี่ในแต่ละบุคคลค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นจนต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ (วีณา ศิริสุข, 2541)

ในแต่ละปีจะมีผู้ที่เสพติดบุหรี่ร้อยละ 30.4 พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 5.4 มีความพยายามในการเลิกสูบ 5 ครั้งขึ้นไปแต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากในระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่มักเกิดอาการถอนนิโคตินทำให้มีความกังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โกรธง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น และมีความอยากสูบบุหรี่ตลอดเวลา ทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน และกลายเป็นผู้เสพติดบุหรี่ต่อไป (American Psychiatric Association, 1996) ตามแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความช่วยเหลือผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ (AHRQ, 2000) ได้แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทุกคน อย่างน้อย 1 ตัวขึ้นไป เช่นหมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน นิโคตินแบบสเปรย์ เป็นต้น แต่การใช้ยายังคงต้องใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจิตสังคมบำบัดเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด (Kennedy & Chang, 2000; AHRQ, 2000; Prochazka, 2000; Doering, 2000) ยกเว้นในผู้ที่แพ้ยา หรือสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน หญิงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร เด็ก หรือวัยรุ่น ควรใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับจิตสังคมบำบัด

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าวิธีที่สะดวกที่สุดในการเลิกสูบบุหรี่ คือการได้รับการดูแลจากคลินิกหยุดสูบบุหรี่ โดยจะมีการใช้โปรแกรมในการหยุดสูบบุหรี่ตามแต่ที่ได้รับการเสนอจากองค์กรเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นสมาคมโรคมะเร็ง และโรคปอดของสหรัฐอเมริกา โปรแกรมการวิจัยทางด้านคลินิกที่มีพื้นฐานจากมหาวิทยาลัย หรือศูนย์การแพทย์ แต่ได้มีการค้นพบว่าโดยมากผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในวิธีการเหล่านั้น แต่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตัวเอง (“Public Puffs On”, 1974) และมีรายงานของสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (เลิกได้มากกว่า 1 ปี) เลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือนิโคตินทดแทน (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546) แม้ว่าจะเป็นการยากที่จะอธิบายว่าเป็นเพราะเหตุใด แต่ผู้ที่ได้ศึกษาในเรื่องนี้ต่างลงความเห็นว่า ผู้ที่อยากเลิกสูบบุหรี่โดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตัวเอง โดยปราศจากความช่วยเหลือของหน่วยงาน หรือสถาบันต่าง ๆ นักวิจัยด้านการสูบบุหรี่ได้มีการค้นหาวิธีการ เพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และได้พบว่า การจัดการตนเอง เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถปฏิบัติได้ (Glasgow & Bernstein, 1981; Leventhal & Cleary, 1980; Lichtenstein, 1982; Pechacek, 1979)

แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่นำมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนลดลง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Glasgow & Bernstein, 1981; Lichtenstein & Brown, 1980; Pechacek, 1979; Schlegel et al, 1982) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และกระบวนการรับรู้ของตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates and Boore, 1995: 633; Kanfer, 1980: 336) การจัดการตนเองจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง และระยะเวลาในการสูบบุหรี่แต่ละครั้งนานขึ้น และหากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Frederiksen & Simon, 1978; Glasgow, Klesges, Klesges, Vasey, & Gunnarson, 1985)

การช่วยเหลือผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในปัจจุบันนโยบายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่เน้นบทบาทของผู้ให้บริการในเชิงรุก โดยเน้นการสร้างสุขภาพ และป้องกันโรคมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการสร้างสุขภาพที่จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ในอนาคต จากการศึกษาพบว่าหากผู้

สูบบุหรี่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจิตสังคมบำบัดจะเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 20 ที่ระยะติดตาม 1 ปี (Prochazka, 2000) ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลในสังกัดของกองทัพบก มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกำลังพลในกองทัพบก และครอบครัว จึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มข้าราชการทหารชั้นประทวน เพื่อให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจ และควบคุมตนเองได้ เกิดทักษะในการจัดการตนเองมีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง ส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคในอนาคต ทำให้กำลังพลของกองทัพบกมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การจัดการตนเองมีผลต่อปริมาณการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนหรือไม่ อย่างไร

2. โปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่อความถี่ในการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความถี่ในการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดการตนเอง (Self- management) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง กระบวนการที่สำคัญของแนวคิดนี้คือ ผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด (Walker et al., 1981; Kazdin, 1989) Glasgow (1986) ได้เสนอองค์ประกอบของแนวคิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ (Aversive techniques) การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม (Stimulus control and alternative behaviors) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง (Goal setting and self reward contracting) การเตือนตนเอง (Self-monitoring) การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ (Saintenance strategies) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบผู้ที่ดำเนินการปฏิบัติ คือผู้ที่อยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนผู้วิจัยจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้น เพื่อที่ว่าผู้สูบบุหรี่จะสามารถปฏิบัติวิธีการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates and Boore, 1995: 633; Kanfer, 1980: 336) การจัดการตนเองจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ ความถี่ในการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง หากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Frederiksen & Simon, 1978; Glasgow, Klesges, Klesges, Vasey, & Gunnarson, 1985)

วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ เป็นการทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดการเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจในการสูบบุหรี่ให้เป็นไม่พอใจ โดยทำให้เกิดความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลดี มีแต่ผลเสีย ถ้าผู้สูบบุหรี่สามารถเปลี่ยนความพึงพอใจได้สำเร็จจะทำให้เกิดทัศนคติสงสารตัวเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่พัฒนาอยู่ภายในจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้การรับรู้ถูกต้อง เกิดการตระหนักถึงพฤติกรรมที่ที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป (Glasgow, 1978; Kopel, 1975)

การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม เป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ (Kanfer & Gaelick, 1986) ผู้ที่สูบบุหรี่จะทราบดีว่าสิ่งเร้าใดทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ และสามารถเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติได้ เช่น เมื่อผู้ที่สูบบุหรี่เห็นที่เขี่ยบุหรี่ แล้วเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ เพื่อเป็นการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก็ต้องเอาสิ่งเร้า คือ ที่

เขี่ยบุหรี่ออกไป การทำให้บุหรี่อยู่ในที่หยิบยาก หรือเมื่ออยากสูบบุหรี่ให้ถามตัวเองว่าทำไมถึง สูบ การหายใจลึก ๆ ยาว ๆ เพื่อทำให้ผ่อนคลาย และลดความเครียด การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากสูบบุหรี่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีประโยชน์ในระหว่างระยะเริ่มต้นของโปรแกรมการจัดการตนเอง และส่งผลให้ลดจำนวนบุหรี่ลง มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ ช่วยลดการสูบบุหรี่จาก 10-12 มวนต่อวันเหลือ 1 มวนต่อวัน (Flexman, 1978 also see review by Lichtenstein & Danaher, 1976; Pechacek, 1979)

การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่า จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองส่วนใดบ้าง การกำหนดเป้าหมายต้องมีความชัดเจน อาจทำได้โดยการกำหนดจำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน หรือกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดจำนวนเงินที่จะไม่ใช้สูบบุหรี่ในแต่ละเดือน หรือใช้เงินน้อยที่สุด มีการศึกษายืนยันว่า การกำหนดเป้าหมาย เป็นข้อบ่งชี้ของการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Spring et al., 1978; Winelt, 1973; also see review by Lichtenstein & Danaher, 1976) และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ตนเองหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเป้าหมายที่ทำไว้ การทำสัญญากับตนเอง เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นเช่นใด การทำสัญญากับตนเองจะทำให้กระบวนการจัดการตนเองเป็นรูปธรรมมากขึ้น และเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ การทำสัญญากับตนเองจึงมีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งบุคคลดังกล่าวควรจะเป็นคนพิเศษที่มีความไว้วางใจพร้อมที่จะเป็นกำลังใจให้กัน ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่ได้ทำการตกลงไว้ และควรมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร (Mahoney & Thoresen, 1974)

การเตือนตนเอง เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก และเป็นพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง Malott (1981) กล่าวว่าการเตือนตนเองทำให้พฤติกรรมของบุคคลดีขึ้น เพราะว่าเกิดกระบวนการควบคุมความรู้สึกผิดขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมที่ตนเองบันทึกนั้นต่ำกว่าเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ อาจทำให้รู้สึกผิดขึ้นมา และการที่จะหลีกเลี่ยงความรู้สึกผิดได้คือกระทำให้ตนเองดีขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่ เชื่อว่าการเตือนตนเองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Kantorowitz, Walter & Pezdele, 1978; Mcfall & Hammen, 1971)

การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ในระยะยาวนั้นเป็นเรื่องที่ยาก แต่สามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าให้การเสริมแรงเมื่อพฤติกรรมนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ รวมถึงต้องมีการกระตุ้นติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ปัญหากับผู้ที่กำลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Karol, Chida, Doerfler, & Richards, 1982; Karol & Richards, 1981)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow (1986) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ ในขั้นตอนนี้ ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะได้รับฟังการบรรยายเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รับฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง รับฟังการบรรยายหลักการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภายในห้องประชุมยังมีชุดนิทรรศการเรื่องบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนเกิดทัศนคติว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลดี มีแต่ผลเสีย ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง เกิดทัศนคติสงสารตัวเอง ทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม ผู้วิจัยให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนนำแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกไว้ก่อนเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 14 วัน มาลงบันทึกบนกราฟ และให้ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่าปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นอย่างไร หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่ข้าราชการทหารชั้นประทวน ให้บันทึกปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองลงในคู่มือ ให้วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่ามีสิ่งเร้า สิ่งจูงใจ หรือสิ่งชักนำใดที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แล้วบันทึกลงในคู่มือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนพิจารณาว่าจะควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติอย่างไร ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง หลังจากนั้นให้ข้าราชการทหารชั้นประทวน ได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การเตือนตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่ การบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงจะเกิดประโยชน์ต่อตัวข้าราชการทหารชั้นประทวนเอง และข้อมูลที่ได้จะนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ ผู้วิจัยนัดพบข้าราชการทหารชั้นประทวน เพื่อติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ปัญหา ในอีก 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ โดยให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนนำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ และบอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนมีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง โดยข้าราชการทหารชั้นประทวนจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้นเพื่อจะปรับเปลี่ยนให้ ความถี่ในการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง หากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในอนาคต

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีปริมาณบุหรี่ที่สูบภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีความถี่ในการสูบบุหรี่ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของข้าราชการทหารชั้นประทวน ค่ายกาวิละ จ. เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจะรับโปรแกรมการจัดการตนเองนาน 6 สัปดาห์ โดยพบผู้วิจัย 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน 14 กุมภาพันธ์ 2548 – 11 เมษายน 2548

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรต้น โปรแกรมการจัดการตนเอง

2.2 ตัวแปรตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ ปริมาณการสูบบุหรี่ และ ความถี่ในการสูบบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออก หรือการกระทำที่สังเกตได้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ได้แก่ ปริมาณการสูบบุหรี่ และ ความถี่ในการสูบบุหรี่ ในแต่ละวัน ดังรายละเอียด

ปริมาณการสูบบุหรี่ หมายถึง จำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบในระยะเวลา 1 วัน คำนวณจากจำนวนบุหรี่ที่สูบใน 2 สัปดาห์หารด้วยจำนวนวันใน 2 สัปดาห์นั้น มีหน่วยเป็นมวนต่อวัน ประเมินจากแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง

ความถี่ในการสูบบุหรี่ หมายถึง ระยะเวลาความห่างของการสูบบุหรี่เฉลี่ยแต่ละมวน คำนวณจากจำนวนชั่วโมงใน 1 วัน หารด้วยปริมาณการสูบบุหรี่ มีหน่วยเป็น ชั่วโมงต่อมวนประเมินจากแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง

ข้าราชการทหารชั้นประทวน หมายถึง ข้าราชการสังกัดกองทัพบก ชั้นยศตั้งแต่สิบตรีถึงจ่าสิบเอก

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองอย่างมีแบบแผน โดยการส่งเสริมกระบวนการรับรู้ของข้าราชการทหารชั้นประทวน และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ที่ครอบคลุม วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง การเตือนตนเอง และการทำให้พฤติกรรมคงอยู่ โดยข้าราชการทหารชั้นประทวนจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ ในขั้นตอนนี้ ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะได้รับฟังการบรรยายเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รับฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง รับฟังการบรรยายหลักการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภายในห้องประชุมยังมีชุดนิทรรศการเรื่องบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลดี มีแต่ผลเสีย ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง เกิดทัศนคติสงสารตัวเอง ทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม ผู้วิจัยให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนนำแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกไว้ก่อนเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 14 วัน มาลงบันทึกบนกราฟ และให้ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่าปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นอย่างไร หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่ข้าราชการทหารชั้นประทวน ให้บันทึกปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองลงในคู่มือ ให้วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่ามีสิ่งเร้า สิ่งจูงใจ หรือสิ่งชักนำใดที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แล้วบันทึกลงในคู่มือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนพิจารณาว่าจะควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติอย่างไร ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง หลังจากนั้นให้ข้าราชการทหารชั้นประทวน ได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การเตือนตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่

การบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงจะเกิดประโยชน์ต่อตัวข้าราชการทหารชั้นประทวนเอง และข้อมูลที่ได้จะนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ ผู้วิจัยนัดพบข้าราชการทหารชั้นประทวน เพื่อติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ปัญหา ในอีก 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ โดยให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนนำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ และบอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มอื่น เป็นการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ช่วยพัฒนารูปแบบการลดจำนวนการสูบบุหรี่ และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ที่อยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. เพื่อเป็นการขยายขอบเขตการศึกษา และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน
3. แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่
5. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องบุหรี่

1.1 สารประกอบในบุหรี่

ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีต่าง ๆ มากมายกว่า 4000 ชนิด บางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง ปัจจุบันพบว่าสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่มีทั้งหมด 42 ชนิด ในที่นี้จะกล่าวถึงสารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายที่สำคัญ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2540: 24-26, สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2544) ได้แก่

1.1.1 นิโคติน เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อย ๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบมาก ๆ หลาย ๆ มวนจะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ช้าลง ร้อยละ 95 ของนิโคติน จะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อบุช่องปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด ควันของบุหรี่ 1 มวน

จะมีนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) และสำหรับการสูบบุหรี่ก้นกรองนั้นก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงได้

1.1.2 ทาร์ หรือน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะกันเป็นสีน้ำตาลเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด กล่องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอื่น ๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรังมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซองปอดจะรับทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัม/มวน หรือ 110 กรัม/ปี บุหรี่ไทยมีทาร์อยู่ระหว่าง 12-24 มิลลิกรัม/มวน

1.1.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่ากับเวลาปกติ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มึนงง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ

1.1.4 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุผิดหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำโดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากขึ้น

1.1.5 ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลาย และถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ หลายอันแตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีถุงลมจำนวนน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

1.1.6 แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก

1.1.7 สารกัมมันตรังสี ควันบุหรี่มีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และในควันบุหรี่มีสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

1.2 อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

บุหรี่กับโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูง หรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดัน

เลือดและไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสี่ยมและเกิดความตีบตันเร็วมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 10-15 ปี องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ ในสตรีสูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย นอกจากนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ และในกลุ่มผู้ที่เกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเลย และอีกร้อยละ 25 จะไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล นั่นคือ หากเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขึ้นแล้วโอกาสจะมีชีวิตอยู่จะน้อยลง และมีปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตต่อไปด้วย

บุหรี่กับโรคถุงลมปอดโป่งพอง เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่ทรมานและรุนแรงมาก ก่อให้เกิดทุกขเวทนาแก่ผู้ป่วย ญาติมิตร โดยปกติภายในปอดจะประกอบไปด้วยถุงลมเล็ก ๆ มากมาย ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซโดยขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ และรับออกซิเจนเข้าสู่เลือด ควันบุหรี่และสารพิษภายในบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรัง ทำลายเยื่อบุภายในหลอดลม ถุงลม มีการสลายตัวของโปรตีนภายในทางเดินภายใจ เป็นผลให้เยื่อบุหลอดลมหนาขึ้น หลอดลมตีบเล็กลง ทำให้ต้องออกแรงมากขึ้นในการหายใจ ส่วนถุงลมก็เกิดการอักเสบ ผนังถุงลมบวมอักเสบ เปราะแตก ฉีกขาดมารวมกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่ ทำให้ไม่สามารถขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีอาการหอยเหนื่อยง่าย

บุหรี่กับโรคมะเร็งสารประกอบในควันบุหรี่ มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิดสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ได้มีรายงานอย่างเป็นทางการว่า โรคมะเร็งทั้งหมดนั้นร้อยละ 33 มีสาเหตุมาจาก การสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 12 เท่า แต่หากสูบมานาน 21-40 ปี โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 30 เท่า และจากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มิได้สูบบุหรี่เกิดโรคมะเร็งจากควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในชายไทย

1.3 ผลของบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะมีผลต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นในบรรยากาศของควันบุหรี่สูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วยทำให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อคนข้างเคียงพอสรุปได้ดังนี้

1.3.1 เด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด หูชั้นกลางอักเสบเพิ่มมากขึ้น

1.3.2 หญิงมีครรภ์ หญิงมีครรภ์สูบบุหรี่ จะทำให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่ อาจจะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทและระบบความจำ

1.3.3 คู่สมรสของผู้สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดกว่าคู่สมรสที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี (Winster and Difranza 1985:316)

1.3.4 คนทั่วไป คนทั่วไปที่ต้องอยู่ในบรรยากาศที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบ จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักว่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเจ็บป่วย และสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการสูบบุหรี่ และรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลดี มีแต่ผลเสีย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้การรับรู้ถูกต้องเกิดการตระหนักถึงพฤติกรรมที่ที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

1.4 วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ มีวิธีการเลิกสูบบุหรี่หลายวิธี แต่สามารถสรุปวิธีการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.4.1 วิธีการให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้หลักการให้กำลังใจ (Will power) ความตั้งใจจริงในการงดสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม และการปฏิบัติทางร่างกายเมื่ออยากสูบบุหรี่ มีรายงานของสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบว่า ร้อยละ

90 ของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (เลิกได้มากกว่า 1 ปี) เลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือนิโคตินทดแทน (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

1.4.2 การใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินเพื่อบำบัดผู้ติดบุหรี่ (Nicotine replacement therapy; NRT) หลักการคือ การให้สารนิโคตินทดแทนเพื่อบรรเทา หรือระงับหรือป้องกันอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในช่วงแรกที่เลิกสูบบุหรี่ การใช้ยาจึงต้องใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจิตบำบัด (Kennedy & Chang, 2000; AHRQ, 2000; Prochazka, 2000; Doering, 2000)

1.4.3 ยาเม็ดเลิกบุหรี่ชนิดรับประทาน Bupropion SR เป็นยากลุ่ม antidepressant สำหรับรับประทานเพื่อเลิกบุหรี่ ช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกในผู้มีประวัติซึมเศร้า และกลัวน้ำหนักตัวเพิ่มหลังจากการสูบบุหรี่ การใช้ยาจึงต้องใช้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจิตบำบัด (Kennedy & Chang, 2000; AHRQ, 2000; Prochazka, 2000; Doering, 2000)

1.4.4 น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ สารสำคัญที่เป็นตัวออกฤทธิ์ คือ Sodium nitrate ใช้อมเฉพาะเวลาที่อยากสูบบุหรี่แล้วบ้วนทิ้ง สามารถใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นได้ ออกฤทธิ์ที่เยื่อบุภายในช่องปากทำให้การรับรสชาติของบุหรี่เปลี่ยนไป (สถาบันยาเสพติดธัญญรักษ์)

1.4.5 ชาหญ้าดอกขาว ปัจจุบันมีการนำสมุนไพร หญ้าดอกขาว (Vemonia cinerea) มาใช้บำบัดผู้เสพติดบุหรี่ โดยในต้น ใบ รากของหญ้าดอกขาวมีสารสำคัญคือ potassium chloride และ potassium nitrate ช่วยขับปัสสาวะ ลดความดัน ทำให้ลิ้นชา ช่วยลดอาการอยากบุหรี่ ช่วยลดอาการไอ แต่ต้องระมัดระวังในผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย หรือไตวาย (นริศรา แย้มทรัพย์, 2541)

สรุปได้ว่าวิธีการที่จะทำให้เลิกบุหรี่มีหลายวิธี ไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่ได้ผลร้อยเปอร์เซ็นต์ เพราะผู้สูบบุหรี่มีความแตกต่างในองค์ประกอบต่าง ๆ วิธีการที่ใช้ได้ผลกับบุคคลหนึ่งอาจจะใช้ไม่ได้ผลกับอีกคนหนึ่ง ไม่มีใครช่วยผู้ที่อยากเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากผู้ที่อยากเลิกสูบเอง ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการจัดการตนเองมาใช้ เนื่องจากมีการค้นพบว่าโดยมากผู้สูบบุหรี่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตัวเอง (“Public Puffs On”, 1974) และ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากปรับเปลี่ยนทัศนคติ และกระบวนการรับรู้ของตนเอง ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบผู้ที่ดำเนินการปฏิบัติ คือผู้ที่อยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนผู้วิจัยจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้น เพื่อที่ว่าผู้สูบบุหรี่จะสามารถปฏิบัติวิธีการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรม

นั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates and Boore, 1995: 633; Kanfer, 1980: 336)

1.5 ผลที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่

ร่างกายและปอดของจะปลอดจากสารพิษในควันบุหรี่ ปอดจะโปร่งจากนิโคติน สารทาร์ หรือน้ำมันดิน ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซ และสารเคมีอื่น ๆ อีกหลายพันชนิด ทางเดินหายใจ จะรู้สึกโล่ง สะดวกขึ้นกว่าเดิม ภายในประมาณ 2 สัปดาห์ เสมหะจะลดลง ลดความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น คออักเสบ หลอดลมอักเสบ เนื่องจากไม่มีควันบุหรี่ที่เป็นสารก่อความระคายเคือง และทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อลดลง ที่สำคัญคือ ลดอัตราเสี่ยงต่อโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ลดความเสี่ยงความทุกข์ทรมานจากโรคถุงลดปอดโป่งพอง ถ้าเลิกบุหรี่ขณะที่ยังไม่มีการทำลายปอดอย่างถาวร สรรถภาพของปอดจะสามารถฟื้นตัวขึ้นได้ ไม่มีคำว่าสาย สำหรับการเลิกบุหรี่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่

เกิดจากการตัดสินใจของบุคคลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนมากจะเลิกสูบบุหรี่เมื่อมีปัจจัยต่อไปนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคิด หรือความเชื่อที่ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น อาการไอ เสมหะมากตอนเช้า ๆ รวมถึงโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคิด หรือความเชื่อของบุคคลว่า โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่นั้นมีอันตราย และความรุนแรงต่อสุขภาพของผู้สูบเอง ครอบครัว และสังคม

3) การรับรู้ผลดี และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าหากเลิกสูบบุหรี่แล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมอย่างไร ตลอดจนรับรู้ว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง

สรุปได้ว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้อัตราเสี่ยงต่อโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ความเสี่ยงความทุกข์ทรมานจากโรคถุงลดปอดโป่งพอง ลดลง และถ้าเลิกบุหรี่ขณะที่ยังไม่มีการทำลายปอดอย่างถาวร สรรถภาพของปอดจะสามารถฟื้นตัวขึ้นได้

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2524) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง ปฏิกิริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต และสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

Blom (1985) (อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธินิสัยหรือองค์ประกอบ ด้านความรู้ความคิด (Cognitive domain) เป็นความสามารถด้านความรู้ การใช้ความคิดและพัฒนาการด้านสติปัญญา ได้แก่ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการประเมินผล

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นตัวควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล โดยการวางแผนแนวทางของการปฏิบัติ และแสดงทักษะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลนั้นกำหนดขึ้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Ddomain) เป็นการแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งหรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเน อาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติเป็นพื้นฐาน ซึ่งสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้าย ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

การเกิดพฤติกรรม

ประสาท อิศรปรีดา (2522) กล่าวถึงการเกิดของพฤติกรรมว่า เป็นผลที่เกิดจากการกระทำ ปฏิกิริยาของมนุษย์หรืออินทรีย์ (Organism) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งเป็นสูตรดังนี้

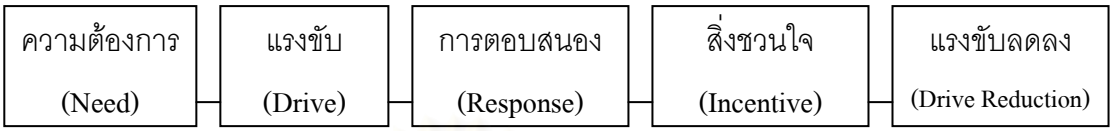
$$B = f \langle O, E \rangle$$

B = พฤติกรรม

O = ผลที่เกิดจากการมีปฏิกิริยาระหว่างองค์ประกอบ

E = สิ่งแวดล้อม

พฤติกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้นเรียกว่า “พฤติกรรมที่จูงใจ” (Motivation behavior) ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมดังนี้



คือ เมื่อสิ่งเร้าเกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดความต้องการ เมื่อเกิดความต้องการก็จะพยายามแสวงหาทางตอบสนองความต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้รับการตอบสนองก็จะแสดงอาการออกมา คือ พอใจหรือไม่พอใจ ถ้าหากพอใจ ความต้องการจะลดลง หากไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความต้องการนั้นอยู่ แรงขับก็จะไม่ลดลง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ (2536) อ้างถึงนักจิตวิทยา ชื่อ เคลแมน (Kelman) ว่าได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ ซึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลของรางวัลและการลงโทษ จะมีผลต่อพฤติกรรมภายนอกมาก

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี ซึ่งเกิดจากการยอมรับหรือรู้สึกด้วยตนเองว่าถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง ตรงกับแนวคิดและค่านิยมที่ยึดถืออยู่ หรือแก้ปัญหาของตนเองได้

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะเอาแบบอย่าง โดยเห็นว่าพฤติกรรมของผู้อื่นเป็นสิ่งที่ดี เช่น การเลียนแบบดาราภาพยนตร์

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีดังนี้

1. องค์ประกอบทางกลุ่มสังคม พฤติกรรมของบุคคลนั้นมี 2 อย่าง คือ พฤติกรรมเป็นฉบับแท้ ๆ ของตน และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยอิทธิพลของกลุ่ม

2. บุคคลเป็นแบบอย่าง เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ครู เป็นต้น

3. สิ่งแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ บ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย

4. ความเจริญทางเทคนิค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาก

5. ทัศนคติ

6. องค์ประกอบทางด้านโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากพันธุกรรม

7. การเรียนรู้โดยทั่วไป พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ และตามหลักจิตวิทยา

การวัดพฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมโดยกว้าง ๆ 2 วิธี คือ

1. การวัดเชิงปริมาณ ผู้จัดจะนับจำนวนพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาต่อหน่วยของเวลาที่กำหนดให้ในการศึกษาเรื่องนั้น ๆ

2. การวัดเชิงคุณภาพ ผู้วัดจะต้องวัดพฤติกรรมแต่ละชนิดแล้วนำไปเทียบกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น ๆ หรือเทียบกับบรรทัดฐาน (Norm) ของพฤติกรรมนั้น ๆ เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

2.1 วัดโดยเขียนคำตอบ

2.2 วัดโดยการกระทำ

2.3 วัดโดยเป็นอุปกรณ์

สรุปได้ว่า พฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าซึ่งทำให้เกิดความต้องการ เมื่อเกิดความต้องการก็จะพยายามแสวงหาทางตอบสนองความต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้รับการตอบสนองก็จะแสดงอาการออกมา พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการยอมรับหรือรู้สึกด้วยตนเองว่าถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเอง ตรงกับแนวคิดและค่านิยมที่ยึดถืออยู่ หรือแก้ปัญหาของตนเองได้

2.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นภายหลัง ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด Silvan Tomkins (อ้างถึงในสุรีย์ จันทรโมลี, 2536) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนพอสรุปได้ 4 ประการคือ

2.2.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ จะมีบุหรี่ติดตัวอยู่ตลอดเวลา (ไม่ได้จุดบุหรี่ก็คาบไว้ที่ปากเฉย ๆ) จะมีบุหรี่ติดตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุขเมื่อสูบบุหรี่ ทำให้มีความรู้สึกอะไร ๆ ดีขึ้น บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้จะเป็นแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะต้องทำ

ประจำวัน นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถ้าต้องการงดสูบบุหรี่จะต้องทำความเข้าใจลักษณะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง แบบฉบับการสูบบุหรี่ เพื่อจะนำไปสู่การงดได้

2.2.2 พฤติกรรมการสูบที่มองไปในแง่ดี (Positive affect smoking) แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้น ช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุขความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นใหญ่หรือสูบเพราะเอาตัวอย่างของผู้ที่ตัวเองรัก เช่น ต้องการทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ กลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสควันบุหรี่ที่พ่นออกจากปาก จมูก คนที่มีพฤติกรรมแบบนี้ ถ้าชักจูงให้เลิกจะใช้ความพยายามอย่างมาก

2.2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากมองไปในแง่ลบ (Negative affect smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหากับเพื่อน หรือเมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่สภาพการณ์ใด สภาพการณ์หนึ่งที่จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกตื่นเต้น หวาดกลัว ความสุข ความเศร้า เขินอาย เข้าสังคม อยู่คนเดียวขณะขับรถ บุคคลเหล่านี้จะสูบบุหรี่เมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ติดต่อสืบเนื่องในกลุ่มนี้ พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ทำได้ง่ายกว่า เพียงแต่พยายามค้นหาว่าสูบบุหรี่เมื่อใด จะหาอะไรมา ทดแทนการสูบบุหรี่เมื่อรู้ว่าเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น ต้องการเครื่องช่วยปลอบใจแทนที่จะสูบบุหรี่ก็หาสิ่งอื่น ทดแทน

2.2.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive smoking) พวกติดบุหรี่ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ มีความผิดทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น มีความพอใจช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยทำให้บรรยากาศดี คิดอะไรออก บุคคลเหล่านี้ ถ้างดสูบบุหรี่อาจทำได้ยาก จะต้องใช้กระบวนการความพยายาม ความตั้งใจมากเป็นพิเศษต้องได้รับการส่งเสริมกำลังใจที่เลิกสูบให้ได้ บางคนจะทำได้ยาก จะต้องใช้ความพยายามที่จะไม่สูบอีก

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นภายหลัง ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ถ้าได้รับการส่งเสริมที่ถูกต้อง

2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มศึกษาในโรงเรียนนายสิบทหารบก ส่วนใหญ่จะสูบโดยประมาณวันละ 1-10 มวน สูบบุหรี่ก้นกรอง เมื่ออยู่ในกองพันมักจะแอบซื้อด้วยตนเอง หรือฝากให้ผู้อื่นซื้อ และจะพกติดตัวเมื่อมีโอกาสนาน ๆ ครั้ง เช่น ไปร่วมงาน กลับบ้าน มักสูบบุหรี่เมื่อใช้ความคิดอยู่คนเดียว หรือมีความเครียดโดยจะสูบในห้องน้ำ และมีบางส่วนจะสูบเมื่อกลับบ้านเท่านั้น เมื่อเรียนจบก็คงพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่และยิ่งสูบมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องแอบสูบทำให้ปริมาณการสูบต่อวันมากยิ่งขึ้น มากกว่าวันละ 15 มวนขึ้นไป ถือว่าเป็นการสูบอย่างหนัก และข้อมูลการเลิกบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนที่ระบุสาเหตุของการเลิกสูบ เพราะปัญหาสุขภาพ (กมลพร สวนสมจิตรและคณะ, 2538; กฤติกา จันทร์หอม, 2542)

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ข้าราชการทหารชั้นประทวนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถือว่าเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เกิดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในอนาคต เพื่อให้กำลังพลของกองทัพบกมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พร้อมที่จะเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศ ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ถูกต้อง

2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยที่ทำให้คนเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546)

1. ภาวะเสพติดทางใจ (Psychological effect) ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ ผู้เสพติดบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความกระวนกระวายใจ ทำให้มีสมาธิ มีชีวิตชีวา ลดอาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย

2. ภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural or habit effect) ผู้เสพติดบุหรี่จะสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยทั้ง ๆ ที่ไม่รู้จะสูบไปทำไม เช่น สูบตอนเข้าห้องน้ำ หรือหลังจากรับประทานอาหาร ดื่มกาแฟ ดื่มเหล้า

3. ภาวะเสพติดทางร่างกาย หรือเสพสารเสพติดนิโคติน (Nicotine effect) สารนิโคตินในควันบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งสารเคมี หรือสารสื่อประสาทในสมองหลายตัว ผลโดยรวมทำให้ผู้สูบเกิดความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เพิ่มความตื่นตัว และมีพลัง ทำให้ความจำและมีสมาธิดีขึ้น ลดความรู้สึกซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลและความเครียด และทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ แต่เมื่อหยุดสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทเหล่านี้ลดลง มี

ผลทำให้อารมณ์แห่งความสุขสบายใจของผู้สูบหายไป และเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นมา ดังนั้นจึงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนนิโคตินจึงเกิดการเสพติดบุหรี่ (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2546; O'Brien, 2002) สามารถประเมินได้จาก แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom Test For Nicotine Dependence) ที่พัฒนาโดย Prof. Fagerstrom และแบบประเมินนี้ได้รับการปรับปรุงแก้ไขในปี ค. ศ. 1911 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากคะแนนรวมทุกข้อ มากกว่า 8 แสดงว่าเป็นผู้ติดบุหรี่มาก คะแนนรวมทุกข้อ 4-7 แสดงว่าเป็นผู้ติดบุหรี่น้อย คะแนนรวมทุกข้อ 0-3 แสดงว่าไม่ติดนิโคติน ทำให้แบ่งกลุ่มผู้สูบบุหรี่ได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่พึ่งพานิโคติน ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มไม่ติดนิโคติน และผู้ติดบุหรี่น้อย สามารถใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้กำลังใจ เพื่อให้เลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง และกลุ่มพึ่งพานิโคติน ได้แก่ผู้ติดบุหรี่มาก ในกลุ่มนี้จะเกิดอาการถอนนิโคตินเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ จึงจำเป็นต้องใช้นิโคตินทดแทน ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Tanida Meetongpun, 2001)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่ทำให้คนเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีหลายปัจจัย ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่พึ่งพานิโคติน เนื่องจากต้องการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง และพยาบาลสามารถมีบทบาทในการจัดกระทำได้ด้วยตนเอง

2.5 การวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.5.1 การวัดโดยทางพฤตินัย ได้แก่ การเขียนรายงานการสูบบุหรี่ของตนเอง (Self-report)

2.5.2 การวัดโดยทางปรนัย มีความพยายามที่จะหาวิธีการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีความเป็นปรนัยมากขึ้น โดยวิธีการตรวจหาสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับควันบุหรี่ เช่น การตรวจหาสารนิโคติน โคตินิน ไธโอไซยาเนท คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น แต่ก็พบว่าการตรวจดังกล่าวมีอุปสรรคในการเก็บตัวอย่าง ค่าใช้จ่ายในการวิเคราะห์ รวมทั้งมีปัญหาด้านความตรงของผลการตรวจอีกด้วย (Luepker et al., 1981: 1320)

Jarvis และคณะ (1989 อ้างถึงใน Reasor 1990: 69) เสนอแนะว่า วิธีการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือการสัมผัสควันบุหรี่ที่ดี ควรมีเกณฑ์ ดังนี้

1) มีความจำเพาะเจาะจงกับบุหรี่ คือ สารที่ตรวจวัดไม่ควรพบจากแหล่งอื่นใดนอกจากควันบุหรี่เท่านั้น

2) สารที่ตรวจควรมีครึ่งชีวิต (Half-life) ยาว เพื่อสามารถตรวจพบได้ในกรณีที่มีการสูบบุหรี่ หรือสัมผัสคันบุหรี่มาแล้วเป็นระยะเวลายาวนาน

3) สามารถระบุถึงโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูบ หรือได้รับควันบุหรี่ได้อย่างเที่ยงตรง

4) วิธีตรวจวิเคราะห์สารเคมีต้องเชื่อถือได้ มีความสะดวก และใช้วัดได้ทั้งในคนที่สูบบุหรี่ หรือสัมผัสควันบุหรี่เพียงเล็กน้อยอย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการวัดชนิดใดที่มีคุณภาพเข้าในหลักเกณฑ์ดังกล่าวทั้งหมด

การตรวจสารนิโคติน สามารถทำการตรวจทั้งในปัสสาวะ และในน้ำลาย โดยการตรวจจากปัสสาวะที่เก็บตลอด 24 ชม. จะทำให้ทราบปริมาณของควันบุหรี่ที่ได้รับอย่างแท้จริงมากกว่าการเก็บตัวอย่างเฉพาะในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ขั้นตอนการเก็บ การตรวจรวมทั้งระยะเวลาห่างระหว่างการเก็บ และการตรวจตัวอย่างทั้งปัสสาวะ และน้ำลาย จะมีผลต่อระดับสารนิโคตินที่พบ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการเผาผลาญนิโคตินในคนสูบบุหรี่จะสูงกว่าในคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ จึงทำให้ผลการตรวจมีความคลาดเคลื่อนสูง เช่น พบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่สูบบุหรี่จะพบระดับสารนิโคตินในน้ำลายสูงตลอดปี จึงไม่สามารถใช้ในการจำแนกระหว่างคนสูบ และไม่สูบบุหรี่ได้ (Reasor, 1990: 70-71)

การตรวจสารโคตินิน มีวิธีการตรวจสารโคตินินในเลือด เพื่อจำแนกคนสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ พบว่าในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ถูกจำแนกผิดร้อยละ 50 โดยประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มนี้รายงานว่าตนไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับคนที่สูบบุหรี่ (Wagenknecht et al., 1992)

การตรวจสารคาร์บอนมอนอกไซด์ การตรวจสารคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยตรงจากลมหายใจ หรือตรวจจากสารคาร์บอกซีฮีโมโกลบินในเลือด พบว่าสารคาร์บอนมอนอกไซด์มีระยะครึ่งอายุสั้นเพียง 8 ชั่วโมง จึงมีปัญหาถ้านำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่ไม่มาก และสูบเป็นครั้งคราว (Gillies, 1985) นอกจากนี้ยังสามารถพบคาร์บอนมอนอกไซด์ได้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น จากท่อไอเสียรถยนต์ ทำให้มีข้อจำกัดในการแปลผล (Reasor, 1990: 73)

การตรวจสารไธโอไซยาเนท สามารถตรวจได้ในเลือด ปัสสาวะ และน้ำลาย โดยไธโอไซยาเนท เป็นสารที่เกิดจากปฏิกิริยาการทำลายพิษ วิธีการตรวจสารไธโอไซยาเนทที่สะดวกและราคาไม่แพง คือการตรวจน้ำลาย แต่ต้องระมัดระวังในขั้นตอนการเก็บตัวอย่าง การเก็บรักษาก่อนนำไปตรวจ และขั้นตอนการวิเคราะห์ผล ซึ่งจะพบปัญหามากต่อการควบคุมขั้นตอนต่าง ๆ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนสูง นอกจากนี้สารไธโอไซยาเนทยังพบจากการรับประทาน

อาหารบางชนิด เช่น ถั่ว อัลมอนด์ ผักกาด ทำให้เกิดการจำแนกผู้สูบบุหรี่ผิดได้ (Luepker et al., 1981)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกการวัดโดยทางพฤตินัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง (Self-report) มาใช้เนื่องจากการบันทึกพฤติกรรมตนเอง เป็นหนึ่งใน 2 กิจกรรม ของการเตือนตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก และเป็นพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง การเตือนตนเองทำให้พฤติกรรมของบุคคลดีขึ้น เพราะเกิดกระบวนการควบคุมความรู้สึกผิดขึ้น เนื่องจากพบว่าพฤติกรรมที่ตนเองบันทึกนั้นต่ำกว่าเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ อาจทำให้รู้สึกผิดขึ้นมา และการที่จะหลีกเลี่ยงความรู้สึกผิดได้คือกระทำให้ตนเองดีขึ้น และผู้ที่สูบบุหรี่ เชื่อว่าการเตือนตนเองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการใช้คำในความหมายของการจัดการตนเองหลายคำ ได้แก่ Self-management, self management training, self management process, self management behavior หรือ co-management ดังนั้นคำจำกัดความของการจัดการตนเองจึงแตกต่างกันดังนี้

3.1 คำจำกัดความของการจัดการตนเอง

Holroyd and Creer (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติที่เฉพาะของบุคคลในการป้องกันโรคและการบำบัดเพื่อดูแลสุขภาพ มักเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ที่ เชี่ยวชาญทางสุขภาพ มีการยอมตามในการจัดการตนเองประกอบด้วย การรับรู้ (cognitive) พฤติกรรมทางสังคม (behavioral social) และด้านสรีรวิทยา (physiological) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Tobin et al. (1986:29) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเองโดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้ ไม่ได้เป็นผลจากการได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย

Bartholomew et al. (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล (หมายถึงผู้ป่วยและญาติ) กระทำหรือปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถกระทำการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษา กระทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถใช้กลวิธีเผชิญปัญหา (Coping strategies) หลายๆ กลวิธีเพื่อเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้

Kangas et al. (1996) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลมีความคล่องตัว และตอบสนองต่อกระบวนการดูแล ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดจากความร่วมมือกันกับทีมสุขภาพ

Rehm and Rokke (1988 อ้างถึงใน วารี กังใจ, 2545) : กล่าวว่าการจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลมีการใช้กลยุทธ์และวิธีการในการควบคุมกระบวนการด้วยตนเองทั้งหมด รวมถึงการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

Coates and Boore (1995) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการในการดำรงภาวะสุขภาพไว้ การยอมปฏิบัติตามของบุคคลในการยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และใช้เพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

Dilorio, Hennessy & Manteuffel (1996) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นโครงสร้างหลายมิติ (multidimensional construct) ที่หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลนั้นยอมรับและใช้เพื่อควบคุมภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

Nakagawa-Kogan (1996) กล่าวว่า ภาวะการเจ็บป่วย คือ การแตกสลายของกลไกการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่มีเหตุผลเพื่อการฟื้นฟูการปรับสมดุลของร่างกาย

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต(2541) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยส่วนที่สำคัญคือ การกำกับตนเอง (Self-monitoring) ซึ่งมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ การสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-recording)

วารี กังใจ (2545) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลควบคุมกระบวนการและควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งประเมินได้จากผลที่ตามมา มีการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม กับการรักษา

สามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลยอมรับและมีความพยายามที่จะควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง มีการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วยการสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง มีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่

เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย มีความสามารถในการวางแผนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เกิดจากการร่วมมือกับทีมสุขภาพ โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจของบุคคลนั้นเอง และเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

3.2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดของการเชื่อมโยงกันของกายและจิตเป็นระบบของการกำกับตนเอง (Self-regulatory system) (Kakagawa-Kogan, 1993: 35) แนวคิดนี้ได้มาจาก Social learning and cognitive theory และ Psychophysiological theory เนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วยแนวคิดของ Regulation และ Dysregulation ซึ่ง Regulation หมายถึง ระยะที่มีการปรับสมดุลของร่างกาย ส่วน Dysregulation หมายถึง การแตกสลาย (Breakdown) ของกลไก Self-regulation ของร่างกาย ดังนั้นหัวใจของ Self-management ตามแนวคิดนี้คือ การร่วมกันของ Psychophysiology และ Social learning and cognitive theory (Kakagawa-Kogan& Betrus, 1984)

จากการค้นพบที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นจุดสำคัญของการพยาบาล โดยเฉพาะในสาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตสังคม แนวคิดการจัดการตนเองจะช่วยให้พยาบาล ซึมซับและเห็นความสำคัญของกายและจิต หรือการดูแลแบบองค์รวมนั่นเอง การฝึกผู้ป่วยให้จัดการตนเองด้วยกระบวนการทางร่างกายของผู้ป่วยหรือบุคคลนั้นเองเป็นวิถีทางที่ดีที่จะช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างยาวนาน ถ้าบุคคลคิดว่าการเจ็บป่วยเป็น Dysregulation วิธีการจัดการตนเองคือ วิธีการที่เหมาะสำหรับการปรับให้เกิด Regulation ซึ่ง Dysregulation นี้ อาจจะเกิดได้หลายระดับ คือ 1) ระดับพฤติกรรม เช่น บุคลิกภาพเบี่ยงเบน 2) ระดับการเรียนรู้ เช่น Schizophrenia 3) ระดับอารมณ์ เช่น ในภาวะซึมเศร้า 4) ระดับจิตสรีร เช่น ในโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเอง คือ เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านี้ได้พัฒนาทักษะการกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นพลังในการเยียวยาตนเอง (Self-healing effort)

ทฤษฎีและกลวิธีของการจัดการตนเองไม่ได้เสนอแนะให้บุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยจัดการกายและจิตของบุคคล แต่สอนให้บุคคลหรือผู้ป่วยให้จัดการกายและจิตตามกระบวนการของบุคคลนั้นเอง ซึ่งในการฝึกการจัดการตนเองด้วยกระบวนการของการเรียนรู้

ทางปัญญาสังคมและจิตสรีรนี้ จะช่วยกำหนดวิถีทางให้บุคคลนั้น และเมื่อผ่านกระบวนการนี้ไปแล้ว บุคคลจะเพิ่ม ศักยภาพในการกระทำบางสิ่งบางอย่างได้ และเห็นคุณค่าในตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเองนี้มีความแตกต่างจากการยอมตาม (Compliance) กล่าวคือ การยอมตามนั้น ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อกำหนดทางการรักษาอย่างเคร่งครัด แต่การจัดการตนเองนั้นเป็นการทำบทบาทโดยผู้ป่วยและ/ หรือครอบครัว โดยการประเมิน (Determining) การติดตาม (Monitoring) และการปรับเปลี่ยน (Modifying) ข้อกำหนดทางการรักษาและร่วมมือกับทีมสุขภาพในการจัดการตนเอง ทั้งผู้ป่วยและ/ หรือ ครอบครัวต้องใช้ทั้ง Cognitive-behavior skill เช่น การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การตัดสินใจ (Decision-making) และการติดต่อสื่อสาร (Communication) (Bartholomew et al., 1997)

3.2.1 แนวคิดการจัดการตนเองของนาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1993)

ตามแนวความคิดของการจัดการตนเองนั้น นาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1993) ได้นำเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องไว้ 3 แนวคิด คือ การกำกับตนเอง (Self-regulation) การควบคุมตนเอง (Personal control) และการย้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)

1. การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นแนวคิดหลักของการปฏิบัติการจัดการตนเอง การกำกับตนเองเป็นระบบการป้อนกลับอัตโนมัติของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล ซึ่งการกำกับตนเองนี้จะไม่สามารถบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาโดยมีหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นด้วย

2. การควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นเป้าหมายของการฝึกการจัดการตนเอง ในภาวะ Dysregulation นั้นสิ่งที่คุกคามคือ การขาดการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลสามารถจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จนั้นก็หมายถึงว่าบุคคลสามารถจัดการตนเองได้ ตัวบ่งชี้ถึงการควบคุมตนเองได้ คือ 1) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) 2) การควบคุมการเรียนรู้ (Cognitive control) 3) การควบคุมการตัดสินใจ (Decision control) ซึ่งใช้ตัวใดตัวหนึ่งเป็นตัววัดก็ได้

3. การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นเครื่องมือพื้นฐานทางการดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการป้อนข้อมูลกลับที่แสดงโดยสัญลักษณ์หรืออาการทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การป้อนกลับนี้ต้องมีการรวมข้อมูลป้อนกลับอื่นๆ ด้วยไม่ใช่เฉพาะทาง ชีวภาพ และข้อมูลป้อนกลับนี้จะต้องได้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับเหล่านี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรเป็น

ข้อมูลป้อนกลับที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปแค่ไหนแล้ว เพราะข้อมูลป้อนกลับนั้นถ้ามีความคลุมเครือก็จะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองนั้น นาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1993) ได้นำเสนอโปรแกรมของแคนเฟอร์ (Kanfer's Programmatic Approach) ไว้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ ผู้ป่วยดำเนินกระบวนการต่างๆ ด้วยตนเอง ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องให้ความหมายของพฤติกรรมที่จะวัด นับจำนวนความถี่ของพฤติกรรม และบันทึกเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การติดตามตนเองนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการฝึกการจัดการตนเอง

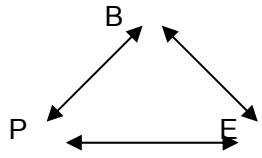
2. การสร้างเกณฑ์หรือมาตรฐาน เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และสำหรับใช้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การตระหนักต่อตนเอง (Self-awareness) และการพินิจพิเคราะห์เกี่ยวกับการประเมินตนเอง (Self-evaluation) ประเมินข้อมูลป้อนกลับด้วยความระมัดระวัง รวมถึงทำหลักฐานการบันทึก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นอย่างชัดเจน

4. การให้การเสริมแรงตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการเสริมแรงนี้ เพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในการนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้นั้น ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจกำหนดเป้าหมายของการจัดการตนเองได้ และต้องรับผิดชอบเพื่อให้ถึงเป้าหมายนั้น ความสำเร็จของโปรแกรมจึงจะเกิดขึ้น

3.2.2 แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al. (1986)

แนวคิดการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มี พื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา ซึ่งมีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental factors) (Bandura, 1986) ดังภาพ



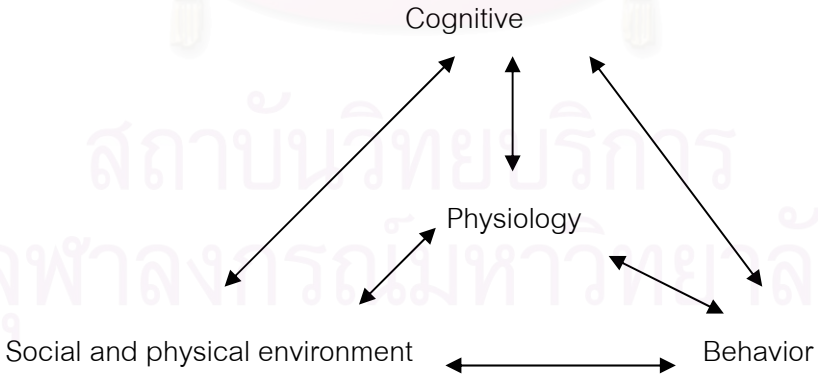
B = ปัจจัยทางพฤติกรรม

P = ปัจจัยส่วนบุคคล

E = ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

จากภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบทั้ง 3 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันซึ่งก็หมายความว่า ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเปลี่ยนแปลง ก็จะมีผลทำให้องค์ประกอบอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปด้วย แต่ทั้ง 3 องค์ประกอบ ก็มิได้มีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกันและไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน แบนดูรา กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราที่เกิดจากการเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นต้องแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าเกิดการเรียนรู้แล้วแม้จะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของ แบนดูรา จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน นั่นก็คือ ปัญญาและองค์ประกอบส่วนบุคคลซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของคนเป็นอย่างมาก ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลนั่นประกอบด้วยปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้และอารมณ์ ปัจจัยทางพฤติกรรมเป็นการกระทำและการตอบสนองเฉพาะบุคคล และปัจจัยทางสภาพแวดล้อมจะรวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและกายภาพ แต่ในทฤษฎีของแบนดูราไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา

Thorenen และ Kirmi – Gray (1983) เห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่สำคัญ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกระบวนการของโรค และ ปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Thorenen and Kirmi – Gray, 1983 อ้างถึงใน วารี กังใจ, 2545) ดังภาพ



จากภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันโดย

พฤติกรรม พฤติกรรมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ สามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ ความชำนาญ เพื่อสร้างความสามารถของตนเอง และส่งผลกระบวนการทาง สรีรวิทยา

สังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทำให้เกิดการจัดการตนเองตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมสามารถบอกถึงลำดับของการตอบสนองอย่างถูกต้อง บอกถึงกระบวนการรับรู้ ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง

การรับรู้ ส่วนประกอบนี้สามารถตั้งเป้าหมายได้ทั้งทักษะการจัดการและความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความสามารถต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเอง สามารถวางแผน ริเริ่ม ให้รางวัล ในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยา และควบคุมสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

สรีรวิทยา การรักษาโรคเรื้อรังจำเป็นต้องนึกถึงปัจจัยด้านสรีรวิทยาทั้งในส่วนของกระบวนการของโรคเอง และในส่วนของพฤติกรรม ซึ่งทำให้กระบวนการของโรคร้ายแรงขึ้น

3.2.3 แนวคิดการจัดการตนเองของในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ Glasgow (1986)

Glasgow (1986) ได้รวบรวมข้อดีของงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสรุปเป็นแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง กระบวนการที่สำคัญของแนวคิดนี้คือ ผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด (Walker et al., 1981; Kazdin, 1989) เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates and Boore, 1995: 633; Kanfer, 1980: 336) หากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Frederiksen & Simon, 1978; Glasgow, Klesges, Klesges, Vasey, & Gunnarson, 1985) ประกอบด้วย

วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ กระบวนการนี้ถูกนำมาใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง คำจำกัดความของวิธีการนี้คือ ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดการเปลี่ยน แปลงความพึงพอใจในการสูบบุหรี่ให้เป็นไม่พอใจ โดยวิธีการที่ทำให้รู้สึกว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลดีมีแต่ผลเสีย ถ้าผู้สูบบุหรี่สามารถเปลี่ยนความพึงพอใจได้สำเร็จจะทำให้เกิดทัศนคติสงสารตัวเองซึ่งเป็นความรู้สึกที่พัฒนาอยู่ภายในจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้การรับรู้ถูกต้อง เกิดการตระหนักถึงพฤติกรรมที่ที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป (Glasgow, 1978; Kopel, 1975)

การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม การควบคุมสิ่งเร้าเป็นกระบวนการจัดเงื่อนไขสภาพแวดล้อม เพื่อที่จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ (Kanfer & Gaelick, 1986) ผู้ที่สูบบุหรี่จะทราบดีว่าสิ่งเร้าใดทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ และสามารถเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติได้ เช่น เมื่อผู้ที่สูบบุหรี่เห็นที่เขี่ยบุหรี่ แล้วเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ เพื่อเป็นการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก็ต้องเอาสิ่งเร้า คือ ที่เขี่ยบุหรี่ออกไป การทำให้บุหรี่อยู่ในที่หยิบยาก หรือเมื่ออยากสูบบุหรี่ให้ถามตัวเองว่าทำไมถึงสูบ การหายใจลึก ๆ ยาว ๆ เพื่อทำให้ผ่อนคลาย และลดความเครียด การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากสูบบุหรี่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีประโยชน์ในระหว่างระยะเริ่มต้นของโปรแกรมการจัดการตนเอง และส่งผลให้ลดจำนวนบุหรี่ลง มีงานวิจัยสนับสนุนว่าการควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ ช่วยลดการสูบบุหรี่จาก 10-12 มวนต่อวัน เหลือ 1 มวนต่อวัน (Flexman, 1978 also see review by Lichtenstein & Danaher, 1976; Pechacek, 1979)

การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่า จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองส่วนใดบ้าง การกำหนดเป้าหมายต้องมีความชัดเจน อาจทำได้โดยการกำหนดจำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน หรือกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดจำนวนเงินที่จะไม่ใช้สูบบุหรี่ในแต่ละเดือน หรือใช้เงินน้อยที่สุด มีการศึกษายืนยันว่า การกำหนดเป้าหมายเป็นข้อบ่งชี้ของการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Spring et al., 1978; Winelt, 1973; also see review by Lichtenstein & Danaher, 1976) และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ตนเองหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเป้าหมายที่ทำไว้ การทำสัญญากับตนเอง เป็นวิธีการที่บุคคลสัญญากับตนเองว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นเช่นใด การทำสัญญากับตนเองจะทำให้กระบวนการจัดการตนเองเป็นรูปธรรมมากขึ้น และเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ การทำสัญญากับตนเองจึงมีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งบุคคลดังกล่าวควรจะเป็นคนพิเศษที่มีความไว้ วางใจพร้อมที่จะเป็นกำลังใจให้กัน ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่ได้ทำการตกลงไว้ และควรมีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร (Mahoney & Thoresen, 1974)

การเตือนตนเอง เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก และเป็นพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ส่วน คือ การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง Malott (1981) กล่าวว่าการเตือนตนเองทำให้พฤติกรรมของบุคคลดีขึ้น เพราะว่าเกิดกระบวนการควบคุมความรู้สึกผิดขึ้น เนื่องจากพบว่าพฤติกรรมที่ตนเองบันทึกนั้น

ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ อาจทำให้รู้สึกผิดขึ้นมา และการที่จะหลีกเลี่ยงความรู้สึกผิดได้คือกระทำให้ตนเองดีขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่ เชื่อว่าการเตือนตนเองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Kantorowitz, Walter & Pezdele, 1978; Mcfall & Hammen, 1971)

การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ในระยะยาวนั้นเป็นเรื่องที่ยาก แต่สามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าให้การเสริมแรงเมื่อพฤติกรรมนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ รวมถึงต้องมีการกระตุ้นติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ปัญหากับผู้ที่กำลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Karol, Chida, Doerfler, & Richards, 1982; Karol & Richards, 1981)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow (1986) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน เนื่องจากแนวคิดดังกล่าว Glasgow (1986) ได้รวบรวมมาจากหลากหลายงานวิจัยที่เกี่ยวเนื่องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของวิธีการต่าง ๆ ที่แต่ละงานวิจัยได้ใช้ และรวบรวมออกมาเป็นแนวคิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบสามารถนำมาใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนมีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง โดยข้าราชการทหารชั้นประทวนจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้นเพื่อจะปรับเปลี่ยนให้ ความถี่ในการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง หากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในอนาคต

3.3 การวัดและการประเมินการจัดการตนเอง

ในการประเมินการจัดการตนเอง จะมีการวัดทางด้านปรนัย (Objective) และประเมินการรายงานตนเองทางด้านอัตนัย (Subjective) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวัดและการประเมินการจัดการตนเองนั้นจะใช้เป็นแบบสอบถามเป็นส่วนใหญ่ และมีการดัดแปลงให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เช่น

5.3.1 Self-Management Questionnaires ของ Sockrider et al. (1991) ซึ่งพัฒนามาจากแบบฟอร์มสำรวจความคิดเห็นในการจัดการตนเองของกลุ่มวัยรุ่น มี 50 ข้อ มี 5 point rating scale โดยเริ่มจาก 1 หมายถึง ไม่เคยใช้ ถึง 5 หมายถึง ใช้บ่อยมาก

เครื่องมือนี้มีนักวิจัยบอกว่าสามารถใช้วัดการรับรู้ (cognitive) กระบวนการของพฤติกรรมในการจัดการตนเอง (behavioral process of self-management) เช่น ความต้องการติดตามตนเองและ การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมและการป้อนกลับทางชีวภาพของทีมดูแลสุขภาพ

5.3.2 The Asthma Self-Management Assessment Tool (ASMAT) พัฒนาโดย Berg et al. (1997) ซึ่งพัฒนามาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืด ประกอบด้วย การออกกำลังกายที่มีผลต่ออาการหอบหืด การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการมีอาการของโรคหอบหืดที่รุนแรง มีระดับคะแนนจาก 4 ถึง 29 และระดับคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 – 33 ถ้ามีระดับคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างที่เกิดหอบหืดในสถานการณ์ที่ยากลำบากแตกต่างกัน

3.4 บทบาทของพยาบาลในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้

การร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำสั่งที่ได้มาจากการปรับปรุงการบริการทางการพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง (Cruttenden, 1987 Cited in Coates and boore, 1995: 636) ความเกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะเป็นความมีเหตุผลและความเหมาะสมในการยอมรับการดูแลจากผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ป่วยมีอิสระในการจัดการตนเอง ซึ่งมีการให้อำนาจและความสามารถในการปฏิบัตินั้นให้สำเร็จลุล่วง นอกจากนี้ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อเดิมและทัศนคติของพยาบาลและผู้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

การนำการให้การพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาวิธีการต่างๆ และนำไปเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ง่าย ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการที่จะให้ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการดูแลตัวของเขาเอง

การประเมินปัญหา ความเข้มแข็งและความอ่อนแอของผู้ป่วย ก็มีความจำเป็นในการใช้วินิจฉัยปัญหา การตัดสินใจในการใช้วิธีการบำบัดทางการพยาบาล และการประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติที่ดำเนินการร่วมกัน ซึ่งในการรักษาโรคเรื้อรังบางโรค เช่น โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง นั้นจะต้องประเมินภาวะด้านร่างกายของผู้ป่วย และประวัติสมาชิกในครอบครัวให้แน่ใจ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือและรักษา

พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการจัดการตนเอง ซึ่งแนวทางที่พยาบาลสามารถนำไปใช้พัฒนาความสามารถให้กับผู้ป่วยได้แก่

การประเมินปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยมีความแตกต่างกันทั้งในด้านกระบวนการของโรค วัฒนธรรม การที่จะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งพยาบาลและตัวผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ในระยะนี้พยาบาลเป็นผู้ให้แนวทางผู้ป่วยในการประเมินปัญหา โดยให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาของตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง ประเมินปัญหาของตนเองได้ ก็จะนำปัญหาที่ประเมินได้มาเป็นแนวทางในการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ ต้องกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ตามความต้องการของผู้ป่วย เพราะการกำหนดเป้าหมาย มีผลต่อการกระทำของบุคคล เป็นแรงจูงใจก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการ สิ่งที่สำคัญ คือพยาบาลจะต้องมีข้อมูลประวัติทางการพยาบาลของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ซึ่งจะทำให้การประเมินปัญหาต่างๆมีความแตกต่างกันไปเฉพาะแต่ละบุคคล ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยนั้นมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีแนวทางที่แตกต่างกัน และพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการที่จะเข้าใจอย่างชัดเจน (Ashworth et al., 1992 Cited in Coates and Boore, 1995: 636)

การวางแผนและการปฏิบัติ พยาบาลต้องเตรียมความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เนื่องจากความรู้และการฝึกทักษะจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะของโรค แนวทางการปฏิบัติตนและการจัดการกับอาการหรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตนที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม และยังเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ เกิดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยในการปฏิบัติของผู้ป่วยอาจใช้การสนับสนุนจากสังคม เช่น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ครอบครัว เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่จะสามารถนำเข้ามาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลตนเองด้วย ซึ่ง Mazzuca et al. (1986) และ Rubin et al. (1989) ได้ศึกษาถึงผลของการปรับปรุงการควบคุมเบาหวาน พบว่า การให้ความรู้ที่เหมาะสมทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Mazzuca et al., 1986; Rubin et al.,1989 cited in Coates and Boore, 1995) การพัฒนาความรู้และทักษะเสริมสร้างพลัง

อำนาจเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากนี้การให้ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ มีความเหมาะสมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างยิ่ง

การติดตามผล พยาบาลติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ พยาบาลให้การเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อไป

4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญ สำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานที่พยาบาลได้ปฏิบัติมาช้านาน ดังปรากฏตั้งแต่สมัย มิสฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ว่าการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องอาหาร สิ่งแวดล้อม และความสะอาด เป็นต้น Schlotfeldt (1981) ได้กำหนดเป้าหมายของการพยาบาลว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคล เพื่อส่งเสริม รักษา และสร้างสุขภาพ พยาบาลมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลเพื่อสุขภาพ จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของบุคคลในการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น พยาบาลสามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ดังนี้ (ศิริพร ขัมภลิขิต, 2544: สมจิต หนุเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543)

1) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลทุกวัยตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ โดยให้บุคคลแต่ละวัยมีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของตน

2) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีสุขภาพดี ซึ่งหมายถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ การเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน

3) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน โดยที่องค์ประกอบของชุมชนมีทั้งบุคคล ครอบครัว และองค์กรชุมชนประเภทต่าง ๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน สถานที่ทำงาน เป็นต้น การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.1 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ

1) เป็นผู้ชี้แนะ และสนับสนุนประชาชนให้เกิดความตระหนักในเรื่องสุขภาพ และการดูแลตนเองให้เกิดวิถีชีวิตการมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมในครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพ

2) ให้ความรู้ ข้อมูล และแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบ ครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกด้านสุขภาพที่สะดวก และเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น ทำให้มีการกระจายการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

3) ประเมิน วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ตรงกับความต้องการ และปรับรูปแบบการให้บริการให้เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4) ร่วมทำงานในทีมสุขภาพเพื่อวางแผนแก้ไข และส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

5) ประสานงานกับกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐ และเอกชน เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4.2 ศักยภาพหลักของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลประชาชนทั้งยามปกติ และเจ็บป่วย เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคลในการดูแลตนเองให้มีชีวิตที่มีความสุข การส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัย ทุกภาวะสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการพยาบาลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ดังนี้

1) ความรู้เรื่องบุคคล

1.1) พัฒนาการในแต่ละวัย ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจริญเติบโต และพัฒนาการเป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแต่ละวัย เพราะในแต่ละวัยจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของคุณลักษณะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลจำเป็นจะต้องหารูปแบบ และแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัย

1.2) ความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยของบุคคลแต่ละวัย และจากการประกอบอาชีพ การมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละวัยจะช่วยให้พยาบาลสามารถที่จะดำเนินการป้องกันความเสี่ยง หรือการเจ็บป่วยเหล่านั้น เช่น

การเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ การเสี่ยงต่ออุบัติเหตุในวัยรุ่น เป็นต้น

1.3) ความรู้เฉพาะเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยอาหาร และโภชนาการ อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา พยาบาลควรมีความรู้เรื่องอาหาร และสารอาหารที่จำเป็น และปริมาณของสารอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวัย เพื่อสามารถประเมินภาวะโภชนาการ และการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

1.4) การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละวัย และตามสภาวะร่างกายของบุคคล

1.5) การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่สำคัญหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และโรคอื่น ๆ ความรู้ในวิธีการจัดการกับความเครียด และนันทนาการ จะช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือบุคคลในการลดความเสี่ยงต่อโรคเหล่านั้นได้

1.6) การใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ปัจจุบันสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม ความรู้ในอันตรายของสารต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อสังคมจะช่วยให้เกิดความตระหนักในการช่วยหาแนวทางป้องกันของประชากรในกลุ่มเสี่ยง

1.7) การป้องกันอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดในที่พักอาศัย เช่น น้ำร้อนลวกในเด็ก ไฟไหม้จากการใช้ไฟฟ้าประเภทต่าง ๆ การหกล้มในเด็ก และผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้เกิดจากความประมาทในการจัดที่พักอาศัยพยาบาลควรมีความรู้ในการประเมินความเสี่ยง และหาแนวทางที่เหมาะสมในการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในความปลอดภัยของตนเอง และบุคคลอื่น ๆ

1.8) ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับครอบครัว จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจพัฒนาการของครอบครัว ประเภท และลักษณะของครอบครัวปกติ และครอบครัวที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะปัญหาความรุนแรงในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ หรือวิถีชีวิตของครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อสมาชิกในครอบครัว

1.9) ชุมชน ความรู้เกี่ยวกับชุมชนไม่ว่าจะเป็นในด้าน

โครงสร้าง องค์ประกอบลักษณะของชุมชนประเภทต่าง ๆ และกระบวนการภายในชุมชน รวมทั้งวัฒนธรรม และประเพณีในแต่ละชุมชน เป็นความรู้พื้นฐานที่พยาบาลจะต้องเข้าใจ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามสภาพ และความต้องการของประชาชนในชุมชนนั้น

2) สมรรถนะในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นของพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วยกลุ่มสมรรถนะดังนี้

2.1) สมรรถนะพื้นฐาน

2.1.1) การสื่อสาร และมนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ การฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษา และท่าทางในการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น

2.1.2) การแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ การวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล

2.1.3) การทำงานเป็นทีม การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทักษะการทำงานเป็นทีม เพื่อเป้าหมายเดียวกันมีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

2.1.4) การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นเอกสาร หรือสื่อต่าง ๆ ในการให้ความรู้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และใส่ใจสิ่งแวดล้อม

2.1.5) การให้ความรู้ และการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรในแต่ละวัย พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะในการหาสื่อ วิธีถ่ายทอดความรู้สู่ผู้เรียนที่เหมาะสม

2.2) สมรรถนะเฉพาะ

2.2.1) การให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทั้งผู้ป่วย และคนปกติ ซึ่งพยาบาลควรได้รับการเสริมสร้างทักษะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจ และทำความเข้าใจกับสิ่งที่เป็นปัญหา และแสวงหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง

2.2.2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม การลด เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการพยาบาลที่พยาบาลต้องเรียนรู้ และนำมาใช้ให้เหมาะสม

2.2.3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสังคมในการช่วยสนับสนุนความสามารถของบุคคล หรือกลุ่มคน ให้ตระหนักรู้ในปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการพึ่งตนเอง

4.3 บทบาทของพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบุหรี่

4.3.1 การช่วยเหลือให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบุหรี่ด้วยตนเอง

1) พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูบบุหรี่ อธิบายให้ทราบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้หรือไม่อยู่ที่ความเข้มแข็งทางจิตใจ ไม่มีการบังคับ ให้ความเชื่อมั่นว่าสามารถทำได้สำเร็จถ้ามีความตั้งใจ

2) ร่วมกันกำหนดแผนการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่จะเริ่มต้นเลิกบุหรี่ ทำการนัดหมายวันเริ่มโครงการจะทำให้เกิดความกระตือรือร้น และเห็นแนวทางที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการสูบบุหรี่ อธิบายหลักการจัดการตนเองและฝึกทักษะการจัดการตนเอง

4) ให้กำลังใจ ประเมินผล และติดตามเป็นระยะ ๆ ให้คำแนะนำวิธีการแก้ปัญหาเมื่อการปฏิบัติตนไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้

4.3.2 การช่วยเหลือที่ต้องใช้ยา หรือสารอดบุหรี่ ปัจจุบันการสั่งจ่ายนิโคตินทดแทนอยู่ภายใต้การสั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ หรือมีอาการติดนิโคตินรุนแรง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เพื่อการรักษาอย่างจริงจัง

สรุปได้ว่าการช่วยเหลือผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในปัจจุบันนโยบายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่เน้นบทบาทของผู้ให้บริการในเชิงรุก โดยเน้นการสร้างสุขภาพ และป้องกันโรคมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการสร้างสุขภาพที่จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ในอนาคต สำหรับผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลในสังกัดของกองทัพบก มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ

กำลังพลในกองทัพบก และครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจ และควบคุมตนเองได้ เกิดทักษะในการจัดการตนเองมีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง ส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคในอนาคต ทำให้กำลังพลของกองทัพบกมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

5. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow (1986) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ ในขั้นตอนนี้ ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะได้รับฟังการบรรยายเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รับฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และภายในห้องประชุมยังมีชุดนิทรรศการเรื่องบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลดี มีแต่ผลเสีย ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง เกิดทัศนคติสงสารตัวเอง ทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม ผู้วิจัยให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนนำแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกไว้ก่อนเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 14 วัน มาลงบันทึกบนกราฟ และให้ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่าปริมาณและความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นอย่างไร หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่ข้าราชการทหารชั้นประทวน ให้บันทึกปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองลงในคู่มือ ให้วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่ามีสิ่งเร้า สิ่งจูงใจหรือสิ่งชักนำใดที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แล้วบันทึกลงในคู่มือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนพิจารณาว่าจะควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติอย่างไร ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง หลังจากนั้นให้

ข้าราชการทหารชั้นประทวน ได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การเตือนตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่ การบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงจะเกิดประโยชน์ต่อตัวข้าราชการทหารชั้นประทวนเอง และข้อมูลที่ได้จะนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ ผู้วิจัยนัดพบข้าราชการทหารชั้นประทวน เพื่อติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ปัญหา ในอีก 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ โดยให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนนำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ และบอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนมีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง โดยข้าราชการทหารชั้นประทวนจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้นเพื่อจะปรับเปลี่ยนให้ ความถี่ในการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง หากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในอนาคต

6. งานวิจัยเกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเอง

งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองในสาขาการพยาบาลมีหลายเรื่องซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการการดูแลเพื่อควบคุมอาการ ได้มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการทำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมสภาวะของโรคในผู้ป่วยโรคต่างๆ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนี้

Glasgow , Toobert และ Hampson (1996) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่จำนวน 206 คน ทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลินอายุ 40 ปีขึ้นไปแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 108 คน และกลุ่มควบคุม 98 คน กลุ่ม

ทดลองได้รับความรู้ด้านการจัดการเรื่องอาหารด้วยตนเองมุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องร่วมตั้งเป้าหมายในการกำหนดการรับประทานอาหาร จะได้รับการแนะนำอาหารที่มีไขมันน้อย มีใยอาหารมากได้รับสื่อการสอนเป็นวีดีโอไปดูที่บ้าน ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร อาหารที่ควรรับประทาน และโทรศัพท์ไปติดตามผู้ป่วยที่บ้านเมื่อครบ 1 และ 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ เมื่อนัดติดตามผล 3 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปริมาณแคลอรีที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันลดลงมากกว่า 150 กิโลแคลอรี เปอร์เซ็นต์แคลอรีจากไขมันต่ำกว่าค่ามาตรฐาน 4.6 % และจากไขมันอิ่มตัวต่ำกว่ามาตรฐาน 1.5 % Serum cholesterol ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

Berg, J. et al.(1997) ได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 55 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 31 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ และการกำกับตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการยอมปฏิบัติตามในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sureeporn Thanasilp (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการจัดการกับอาการที่มีพื้นฐานมาจากโมเดลการจัดการกับอาการและแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง เมื่อนัดติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการของโรคปอดอักเสบรุนแรงน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

บุญเรียม จุติวิโรจน์ และวิวัฒน์ ลีลาสำราญ (2544) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย และกลุ่มควบคุม 29 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการบริหารตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมโรค การบริหารตนเองโดยการฉายวีดีทัศน์ ให้คำปรึกษา ร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้การเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ คำชมเชย จัดกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้การสนับสนุนจากครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย คือ จัดมุมเบาหวาน จัดแบบจำลองอาหาร แจ้งเตือนวันนัดล่วงหน้าโดยการใช้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรถึงผู้ป่วยก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ แจกคู่มือ สมุดบันทึกผลการตรวจ ให้ผู้ป่วยยืมหนังสือไปอ่านที่บ้าน นัดติดตามเมื่อ

ครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง และมีอัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Tschopp et al. (2002) ที่ใช้การจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค การป้องกันการเกิดอาการหอบเหนื่อย การใช้ยา เทคนิคการหายใจ การป้องกันและจัดการเมื่อเกิดอาการหอบหืด ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการ นัดติดตามผลเมื่อครบ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง อัตราการหยุดงานลดลง การขอคำปรึกษากรณีฉุกเฉินลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จิตติมา จรูญสิทธิ์ (2545) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิคการกำกับตนเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ควบคุมอาหารโดยใช้อาหารเปลี่ยน การออกกำลังกาย และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การจัดการกับความเครียดและเผชิญปัญหา กลวิธีและขั้นตอนการกำกับตนเอง ฝึกทักษะการทดสอบน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Waree Kangchai (2001) ที่นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการกำกับตนเองไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แล้วติดตามผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง หลังจากจบโปรแกรม 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยยังคงปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไอยู่ลดลง และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง

P John Rees (2003) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 191 ราย เป็นเวลา 12 เดือน พบว่า มีการลดลงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

สรุปได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองแนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่นำมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนลดลง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่ง

แนวคิดดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง และความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลง และหากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พนมพร เลขะเจริญ (2532) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ความคาดหวังในผลของการงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ และค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

วันเพ็ญ ทาราศรี (2533) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 83 คน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองสูงกกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองสามารถงดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 39

จินตนา สิงห์สูง (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาเทคนิคสระบุรีโดยจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 80 คน พบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อสนเทศวิธีการงดสูบบุหรี่ และได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถงดสูบบุหรี่ได้มากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมที่ได้รับชุดเอกสารข้อสนเทศ วิธีการงดสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว

กำไลรัตน์ เย็นสุขจิต (2534) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการเข้าค่ายเยาวชนและการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของกรุงเทพมหานคร จำนวน 91 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน พบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทัศนคติ และค่าสัดส่วนของนักเรียนที่งดสูบบุหรี่ได้ของกลุ่มทดลองสูงกกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชัชวาล สิงหรัตนศิริ (2534) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคสุพรรณบุรี จำนวน 90 คน พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในผลลัพธ์ของอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คะแนนความเชื่อในความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทาง ด้านอายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา จำนวนปีที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่

Curry et al. (1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกในโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง จากการสุ่มตัวอย่าง 1,217 คน พบว่ากลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายนอก คือ การให้เงินเป็นรางวัล จะสนใจข้อมูลข่าวสารและข้อปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายใน คือ การบังคับใจตนเองซึ่งเป็น แรงขับให้สนใจข้อมูลข่าวสาร และวิธีการปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้นด้วย ในระยะติดตามผล 3-12 เดือน พบว่า กลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายใน สามารถบังคับตนเองได้ดีกว่า และมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายนอก

กัญญา บุญช่วย (2535) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการควบคุมตนเองที่มีต่อการงดสูบบุหรี่ของคนงานชายในวชิรพยาบาล ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 97 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน ผลการวิจัยพบว่าความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองสามารถงดสูบบุหรี่ ได้ร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ กับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนการปฏิบัติ เกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ

รวมพร นาคะพงศ์ (2535) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการจัดประสบการณ์ตรงในโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ในนักศึกษาจำนวน 153 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 83 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนปีมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑารัตน์ จุลรอด (2536) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนในการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 58 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 62 คน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อน และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา

ลีนา ฐิติเบญจผล (2536) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และผู้ปกครองมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่ จำนวน 99 คน กลุ่มทดลองจำนวน 49 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 71.4 สำหรับผู้ที่เลิกไม่ได้ร้อยละ 28.57 ก็สามารถลดจำนวนมวนลงได้เหลือเฉลี่ย 2 มวนต่อวัน และยังพบว่า ความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และพบว่าระยะเวลาในการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการมีเพื่อนสนิททั้งในและนอกโรงเรียนสูบบุหรี่ไม่มีความมีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และในกลุ่มทดลองค่าสัดส่วนของนักเรียนที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิยะดา ดิลกวัฒนา (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสุโขทัย จำนวน 114 คน เป็นกลุ่มทดลอง 62 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีแรงสนับสนุน ทางสังคมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อใน

อิทธิพลของกลุ่ม อ้างอิงต่อการงดสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวดี รุ่งเรือง (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียวไนเตรท ในการงดสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับการใช้น้ำยาอมบ้วนปาก โซเดียวไนเตรท ในการงดสูบบุหรี่ จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้น้ำยาอมบ้วนปากโซเดียวไนเตรทอย่างเดียว ในการงดสูบบุหรี่จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรมใด ๆ จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มเปรียบเทียบเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 93.3 และ 15 ตามลำดับ และจำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา เพ็ญศิรินภา (2538) ศึกษาผลของการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกัน การสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยฝึกอบรมผู้นำนักเรียนในแกนนำ และมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า ทั้งในกลุ่มนักเรียนแกนนำและในกลุ่มนักเรียนทั่วไป ภายหลังการทดลองมีการนับถือตนเอง ความเชื่อในความสามารถต้านทานการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภัทรภร กาญจโนภาส (2538) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนเทคนิคจังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และแนวคิดเกี่ยวกับเพื่อนสอนเพื่อน มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาของโครงการ การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชาย ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1 และ 2 จำนวน 94 คน โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นรับผิดชอบดำเนินงาน โดยกลุ่มเพื่อนจำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 42.5 นอกจากนั้นพบว่า ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลวรรณ นาครัตน์ (2540) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายระดับ ม. 3 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สัดส่วนของจำนวนนักเรียนที่เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สุพรรณ ปานดี (2542) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายระดับ ม. 3 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 46 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น ความคาดหวังของประสิทธิผลการตอบสนองในการเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สัดส่วนของจำนวนนักเรียนที่เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กิติศักดิ์ เมืองหนู (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 58 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สัดส่วนของผู้นำชุมชนที่เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Tanida Meetongpun (2001) ได้พัฒนากลไกในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับนักศึกษาชาย โดยประยุกต์ McMOS Model มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ จำนวน 50 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบได้กับกลุ่มที่เลิกสูบไม่ได้ แต่ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบได้กับกลุ่มที่เลิกสูบไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jeerawan Prommobol (2003) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ และการพัฒนาทักษะชีวิตในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายอดิศร จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น ความคาดหวังของประสิทธิผลการตอบสนองในการเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนของจำนวนนักเรียนที่เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่สามารถสรุปได้ว่า มีหลายกระบวนการที่ได้นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด แต่ไม่ได้มีการศึกษาต่อว่าหลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างกลับไปสูบบุหรี่อีกหรือไม่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีการทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ไปเลยนั้นเป็นเรื่องที่ยากสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ เนื่องจากเป็นแนวความคิดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่1 วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ

- รับฟังการบรรยายเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่
- ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- รับฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง
- ชมนิทรรศการเรื่องบุหรี่
- รับฟังการบรรยายหลักการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- **ขั้นตอนที่** 2 การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม
- นำแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ลงบันทึกบนกราฟ
- มอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง และบันทึกลงในคู่มือ
- วิเคราะห์สิ่งเร้า สิ่งจูงใจ หรือสิ่งชักนำใดที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แล้วบันทึกลงในคู่มือ
- พิจารณาว่าจะควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติอย่างไร ให้บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง

- ให้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง บันทึกลงในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การเตือนตนเอง

- แจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง
- เน้นย้ำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนเห็นความสำคัญของการบันทึก การพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 5 การทำให้พฤติกรรมคงอยู่

- นัดพบ เพื่อติดตามผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันแก้ปัญหา ในอีก 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์
- ให้นำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเองลงในกราฟ
- อภิปรายปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

→ **พฤติกรรมการสูบบุหรี่:**
-ปริมาณการสูบบุหรี่
-ความถี่ในการสูบบุหรี่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง O_1 ——— X ——— O_2

O_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเอง

O_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการทหารชั้นประทวน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารชั้นประทวน ณ ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 นาย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 30-45 ปี

2. มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง และไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่อื่น ๆ มาก่อน

3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ ไม่ติดนิโคติน หรือติดนิโคตินในระดับต่ำ ประเมินจากแบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (ในภาคผนวก ข หน้า 93)

4. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ฟังภาษาไทยเข้าใจ และสามารถโต้ตอบได้ดีกับผู้วิจัยขณะซักถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 94)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเริ่มสูบบุหรี่ จำนวนเงินเฉลี่ยที่ใช้ซื้อบุหรี่ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มากที่สุด ความพยายามในการเลิกบุหรี่ ความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 94)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นสมุดเล่มเล็กสำหรับการพกพา ในสมุดเป็นตารางสำหรับบันทึก ด้านบนของตารางให้บันทึกวัน เดือน ปี ใน 1 ตารางมี 2 ช่อง ประกอบด้วยช่องเวลา (ด้านซ้าย) และช่องจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (ด้านขวา) ลักษณะการบันทึกคือ เมื่อจะสูบบุหรี่ให้บันทึกเวลาในช่องด้านซ้ายและจำนวนมวนในช่องด้านขวา ด้านล่างของตารางให้สรุปว่าใน 1 วัน สูบบุหรี่ทั้งหมดกี่มวน สมุด 1 เล่มใช้บันทึก 14 วัน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 101) วิธีการคิดคะแนนคือ

3.1ปริมาณการสูบบุหรี่ ได้จากการนับจำนวนบุหรี่ทั้งหมดที่สูบในเวลา 14 วัน หรือ 2 สัปดาห์ จากแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง หารด้วยระยะเวลา 14 วัน ค่าที่ได้คือจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบใน 1 วัน มีหน่วยเป็นมวนต่อวัน

3.2 ความถี่ในการสูบบุหรี่ ได้จากการนำระยะเวลา 24 ชั่วโมง หารด้วยปริมาณการสูบบุหรี่ที่คำนวณได้ในข้อ 3.1 ค่าที่ได้คือระยะเวลาความห่างของการสูบบุหรี่เฉลี่ยแต่ละมวนมีหน่วยเป็น ชั่วโมงต่อวัน

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นโปรแกรมซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow (1986) โดยโปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมสิ่งเร้าและเลือกลักษณะพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ขั้นตอนที่ 4 การเตือนตนเอง และขั้นตอนที่ 5 การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 95) สื่อที่ใช้ในโปรแกรมมีดังนี้

2.1 แผนการสอนการจัดการตนเอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 98) โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ผลดีที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ วิธีการและขั้นตอนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.2 คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 100) เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประกอบการฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื้อหาสาระประกอบด้วย สารประกอบในบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ และวิธีการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเอง

2.3 แบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 101)

2.4 แบบบันทึกการสูบบุหรี่รูปกราฟ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ประเมินผลการสูบบุหรี่โดยการบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข หน้า 102)

2.5 วีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ที่ผลิตโดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2545

2.6 ชุดนิทรรศการ เรื่อง บุหรี่ ที่ผลิตโดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546

2.7 วิทยากรบรรยายพิเศษ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากโรงพยาบาลค่ายกาวิละ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติโรคถุงลมโป่งพอง 10 ปี

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ประกอบด้วย แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโครงการการจัดการตนเองตามความเป็นจริง เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบข้าราชการทหารชั้นประทวนถึงการเข้าร่วมโปรแกรมว่าได้ปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมจริง ประกอบด้วยรายชื่อข้าราชการทหารชั้นประทวนที่เข้าร่วมโปรแกรม กิจกรรม ครั้งที่ วันที่ และลายเซ็นเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง หน้า 103)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง และ คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนจัดลำดับเนื้อหา หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับข้าราชการทหารชั้น

ประทวนจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มข้าราชการทหารชั้นประทวน และระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

การดำเนินการทดลอง

1. **ระยะเตรียมการทดลอง** มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 เตรียมสถานที่ โดยใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลค่ายกาวิละ

1.3 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในค่ายกาวิละ พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา และสถานที่ประชุม

1.4 เมื่อถึงวันเวลาที่นัดหมาย ข้าราชการทหารชั้นประทวนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และมีความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ พบผู้วิจัย และให้ทำแบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ ไม่ติดนิโคติน หรือติดนิโคตินในระดับต่ำ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่ติดนิโคติน 27 นาย และติดนิโคตินในระดับต่ำ 3 นาย

1.5 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง แล้วอธิบายขั้นตอนในการบันทึก ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2. **ระยะดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ครั้ง ดังรายละเอียด

2.1 การพบกันครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 นาน 3 ชั่วโมง

2.1.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องประชุมโรงพยาบาลค่ายกาวิละให้ลงนามแบบบันทึกการเข้าร่วมโครงการการจัดการตนเอง

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างชมนิทรรศการเรื่องบุหรี่ภายในห้องประชุม

2.1.3 ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นในเรื่องพิษภัยของบุหรี่

2.1.4 กลุ่มตัวอย่างชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2.1.5 กลุ่มตัวอย่างฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

2.1.6 กลุ่มตัวอย่างฟังการบรรยายหลักการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.1.7 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 15 คน มอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.1.8 ให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกไว้ก่อนเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 14 วัน มาลงบันทึกบนกราฟ และให้ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่าปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นอย่างไร

2.1.9 มอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างให้บันทึกปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของตนเองลงในคู่มือ

2.1.10 ให้วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่ามีสิ่งเร้า สิ่งจูงใจ หรือสิ่งชักนำใดที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แล้วบันทึกลงในคู่มือ

2.1.11 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าจะควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติอย่างไร ให้บันทึกลงในคู่มือ

2.1.12 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ให้บันทึกลงในคู่มือ

2.1.13 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่ และทำการบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.1.14 ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2.2 การพบกันครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 นาน 3 ชั่วโมง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ

2.2.2 ให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

2.2.3 ผู้วิจัยทบทวนเรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่ และทำการบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.2.4 ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2.3 การพบกันครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 นาน 3 ชั่วโมง

2.3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ

2.3.2 ให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

2.3.3 ผู้วิจัยทบทวนเรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างพกแบบบันทึกติดตัวไปทุกที่ และบันทึกทุกครั้งที่สูบบุหรี่ และทำการบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.3.4 ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2.4 การพบกันครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 นาน 3 ชั่วโมง

2.4.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ

2.4.2 ให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน

2.4.3 ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสิ่งที่ได้จากโปรแกรม

2.4.4 ผู้วิจัยสรุปผลโครงการการจัดการตนเอง และกล่าวขอบคุณ พร้อมทั้งกล่าวปิดโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 33 ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ค่ายกาวิละ จ. เชียงใหม่

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วเข้าพบผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 33 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกาวิละ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่อีกครั้ง

3. ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในค่ายกาวิละ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยอาจได้รับ พร้อมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเองให้กลุ่มตัวอย่าง แล้วอธิบายขั้นตอนในการบันทึก ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ (Pre-test)

4. ผู้วิจัยให้โปรแกรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังกล่าวมาข้างต้น

5. ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง (Post-test) และหลังจากให้โปรแกรมสัปดาห์ที่ 2, 4 และ6 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

แสดงข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และข้อมูลในการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนเงินเฉลี่ยที่ใช้ซื้อบุหรี่ในแต่ละวัน ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มากที่สุด ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการนี้โดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ

แสดงข้อมูลของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ก่อน และภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง

1. สถิติวิเคราะห์ (Analytic statistics)

เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measure Analysis ที่ระดับนัยสำคัญ .05

เปรียบเทียบช่วงเวลาของความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่แต่ละคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบ Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measure Analysis
2. เปรียบเทียบช่วงเวลาของความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่รายคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบ Bonferroni

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 **จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	100
อายุ		
30-35	8	26.6
36-40	8	26.6
41-45	14	46.7
ระดับการศึกษา		
โรงเรียนนายสิบทหารบก	19	63.3
อนุปริญญา	3	10.0
ปริญญาตรี	8	26.7
รายได้เฉลี่ย(บาทต่อเดือน)		
5001-10000	10	33.3
10001-15000	12	40.0
15001-20000	8	26.7

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 อายุระหว่าง 41-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 จบการศึกษาจากโรงเรียนนายสิบทหารบก คิดเป็นร้อยละ 63.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10001-15000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n =30)

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)		
14-16	20	66.6
17-19	6	19.9
20-22	4	13.3
จำนวนเงินเฉลี่ยที่ใช้ซื้อบุหรี่ (บาท/วัน)		
น้อยกว่า 50 บาท	22	73.3
51-100 บาท	8	26.7
ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มากที่สุด		
หลังรับประทานอาหาร	3	10.0
ขณะเข้าห้องน้ำ	2	6.7
ขณะดื่มสุรา	7	23.3
ขณะหงุดหงิดอารมณ์เสีย หรือเครียด	7	23.3
ขณะพักในช่วงทำงาน	5	16.7
ขณะดื่มชา กาแฟ	6	20.0
เคยพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองมาแล้วหรือไม่		
เคย	12	40.0
ไม่เคย	18	60.0
มีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการนี้แค่ไหน		
มากที่สุด	14	46.7
มาก	11	36.7
ปานกลาง	5	16.7

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 14-16 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.6 จำนวนเงินเฉลี่ยที่ใช้ซื้อบุหรี่ น้อยกว่า 50 บาท/วัน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ ขณะดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 23.3 และขณะหงุดหงิดอารมณ์เสีย หรือเครียด คิดเป็นร้อยละ 23.3 ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการนี้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 **ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่**

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง

	ก่อน		2 สัปดาห์		4 สัปดาห์		6 สัปดาห์	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ปริมาณ	11.13	3.14	9.60	3.46	8.53	3.39	7.83	3.29
ความถี่	2.32	.68	2.93	1.26	3.36	1.64	3.75	2.11

จากตารางที่3 พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีแนวโน้มลดลงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และลดลงมากที่สุดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 สัปดาห์ที่ คือ 11.13 มวน 9.60 มวน 8.53 มวน และ 7.83 มวน ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยความถี่ในการสูบบุหรี่มากที่สุด คือก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีแนวโน้มลดลงหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และลดลงมากที่สุดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 สัปดาห์ที่ คือ 2.32 ชม./มวน 2.93 ชม./มวน 3.36 ชม./มวน และ 3.75 ชม./มวน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปริมาณในการสูบบุหรี่ ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ (n=30)

Source of variation	Sum of squares	Degree of freedom	Mean square	F-test
ระยะเวลา	185.625	2.50	74.08	59.07*
Residual error	91.12	72.66	1.25	

* P<.05

จากตารางที่ 4 พบว่าปริมาณในการสูบบุหรี่เฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูบบุหรี่รายคู่ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ (n=30)

	ก่อน	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์
2 สัปดาห์	-1.533*	-	-
4 สัปดาห์	-2.600*	-1.067*	-
6 สัปดาห์	-3.300*	-1.767*	-.700*

* P<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 สัปดาห์ ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 4 สัปดาห์ ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความถี่ในการสูบบุหรี่ ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ (n=30)

Source of variation	Sum of squares	Degree of freedom	Mean square	F-test
ระยะเวลา	33.566	1.646	20.396	15.662*
Residual error	62.150	47.726	1.302	

* P<.05

จากตารางที่ 6 พบว่าความถี่ในการสูบบุหรี่เฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลา มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความถี่ในการสูบบุหรี่รายคู่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ (n=30)

	ก่อน	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์
2 สัปดาห์	.610*	-	-
4 สัปดาห์	1.033*	.423	-
6 สัปดาห์	1.427*	.817*	.394

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 สัปดาห์ ความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 4 สัปดาห์ ความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 2 สัปดาห์ ความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

.

.

.

.

.

.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน โดยเป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความถี่ในการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีปริมาณบุหรี่ที่สูบภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีความถี่ในการสูบบุหรี่ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการทหารชั้นประทวน กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารชั้นประทวน ณ ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 นาย โดยมี อายุระหว่าง 30-45 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง และไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่อื่น ๆ มาก่อน เมื่อประเมินจากแบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ พบว่าเป็นผู้ที่ไม่ติดนิโคติน 27 นาย และติดนิโคตินในระดับต่ำ 3 นาย และเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี อ่านออกเขียน

ได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดีกับผู้วิจัยขณะซักถาม เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2548- 11 เมษายน 2548

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง และแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง สื่อที่ใช้ในโปรแกรมมีดังนี้ 1. แผนการสอนการจัดการตนเอง 2. คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3. แบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง 4. แบบบันทึกการสูบบุหรี่แบบกราฟ 5. วีดีทัศน์ 6. ชุดนิทรรศการ 7. วิทยากรบรรยายพิเศษ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโครงการการจัดการตนเองตามความเป็นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

แสดงข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และข้อมูลในการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนเงินเฉลี่ยที่ใช้ซื้อบุหรี่ในแต่ละวัน ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มากที่สุด ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการนี้โดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ

แสดงข้อมูลของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ก่อน และภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytic statistics)

เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measure Analysis ที่ระดับนัยสำคัญ .05

เปรียบเทียบช่วงเวลาของความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่แต่ละคู่โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบ Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การดำเนินการทดลอง

1. **ระยะเตรียมการทดลอง**

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในค่ายกาวิละ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย แจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง แล้วอธิบายขั้นตอนในการบันทึก ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2. **ระยะดำเนินการทดลอง**

2.1 การพบกันครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 นาน 3 ชั่วโมง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องประชุมโรงพยาบาลค่ายกาวิละให้ลงนาม แบบบันทึกการเข้าร่วมโครงการการจัดการตนเอง ให้รับชมนิทรรศการเรื่องบุหรี่ รับฟังความรู้เป็นในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ รับชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รับฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ให้นำแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกไว้ก่อนเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 14 วัน มาลงบันทึกบนกราฟ มอบคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และให้ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง และพิจารณาว่าจะควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองจะปฏิบัติอย่างไร กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และการทำสัญญากับตนเอง ให้ความรู้เรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา
สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2.2 การพบกันครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 นาน 3 ชั่วโมง ให้นำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ พร้อมทั้ง บอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน ร่วมกัน

ทบทวนเรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2.3 การพบกันครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 นาน 3 ชั่วโมง ให้นำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ พร้อมทั้ง บอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน ร่วมกันทบทวนเรื่องการเตือนตนเอง พร้อมกับแจกแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการพบครั้งต่อไป

2.4 การพบกันครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 นาน 3 ชั่วโมง ให้นำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ พร้อมทั้ง บอกปัญหา และอุปสรรคในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ประเมินสิ่งที่ได้จากโปรแกรม ตลอดจนแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปผลโครงการการจัดการตนเอง และกล่าวขอบคุณพร้อมทั้งกล่าวปิดโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 33 ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ค่ายกาวิละ จ. เชียงใหม่

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วเข้าพบผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 33 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกาวิละ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่อีกครั้ง

3. ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในค่ายกาวิละ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยอาจได้รับ พร้อมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แจกแบบบันทึกการสูบ

บุหรี่ประจำวันด้วยตนเองให้กลุ่มตัวอย่าง แล้วอธิบายขั้นตอนในการบันทึก ใช้เวลาในการบันทึก 2 สัปดาห์ (Pre-test)

4. ผู้วิจัยให้โปรแกรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังกล่าวมาข้างต้น

5. ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง (Post-test) และหลังจากให้โปรแกรมสัปดาห์ที่ 2, 4 และ6 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

1. ปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. ความถี่ในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวนสูบบุหรี่ในปริมาณ และความถี่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย และนำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ข้าราชการทหารชั้นประทวนจะมีความถี่ในการสูบบุหรี่แต่ละวันภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ข้าราชการทหารชั้นประทวน มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง และที่สำคัญคือ ข้าราชการทหารชั้นประทวน เป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้เสนอแนะวิธีการและฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งหลังจากที่ข้าราชการทหารชั้นประทวนได้รับความรู้ในเรื่องบุหรี่ วีดีทัศน์เรื่องพิษภัยของบุหรี่ ตลอดจนความรู้ที่ได้รับจากวิทยากร ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเรื่องของบุหรี่ จากเดิมเพียงแค่รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไม่ดี มาเป็นการตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สิ่งเหล่านี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากการปฏิบัติที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นแนวทางที่ดี ด้วยการเปรียบเทียบผลดี ผลเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองในช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองเป็นอย่างไร และทราบดีว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ทำให้ตนเองรู้สึกอยากสูบบุหรี่ มีความรู้สึกอยากหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว สามารถเลือกลักษณะพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติเพื่อส่งผลให้การสูบบุหรี่เป็นไปตามพฤติกรรมเป้าหมาย และในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ และมีความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อที่จะให้ได้ผลไปตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม การเตือนตนเอง เป็นสิ่งหนึ่งที่ได้นำมาใช้ในในกระบวนการจัดการตนเอง การอธิบายให้เข้าใจถึงความสำคัญในการบันทึกจะช่วยให้การจัดการตนเองได้ผลมากยิ่งขึ้น ข้าราชการทหารชั้นประทวนบอกว่าบางครั้งเมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่แต่ต้องลงบันทึกในสมุด จะเกิดความรู้สึกว่าไม่สูบดีกว่า มีผลทำให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดลง ดังการศึกษาของ Cautela (1971) ที่ได้ตั้งสมมติฐานว่าการเตือนตนเองได้ผลนั้นอาจเป็นเพราะว่าบุคคลได้บันทึกพฤติกรรมของตนเองเมื่อเห็นข้อมูลที่ตนเองบันทึกนั้น อาจจะพูดกับตนเองภายในใจว่า เราเป็นคนดี หรือเราทำตามเป้าหมายได้ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเสริมแรง ในขณะที่ Malott (1981) ได้ให้ข้อคิดว่า การเตือนตนเองนั้นทำให้พฤติกรรมของบุคคลดีขึ้น อาจเป็นเพราะว่าเกิดกระบวนการควบคุมความรู้สึกผิด และการหลีกเลี่ยงความรู้สึกผิดได้ก็คือ กระทำตัวเองให้ดีขึ้น เมื่อได้นำแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้บันทึกแล้วมาลงในกราฟ ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองชัดเจนขึ้น ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ว่าตนเองสามารถทำได้ การพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรค และร่วมกันเสนอความคิดเห็นให้แก่สมาชิกในกลุ่มทำให้ข้าราชการทหารชั้นประทวน ได้แลกเปลี่ยนความคิด และวิธีการปฏิบัติโดยเฉพาะการเลือกลักษณะพฤติกรรมในการควบคุมสิ่งเร้าว่าจะใช้วิธีการใดที่จะหลีกเลี่ยงให้ได้ผลดีที่สุด รวมถึงการได้ติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ จะทำให้

ทหารชั้นประทวนเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบทั้งหมดในการจัดการตนเองจะช่วยให้ปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลง

ได้มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการทำโปรแกรม เพื่อควบคุมสภาวะของโรคและพัฒนาคุณภาพชีวิต และผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถใช้ได้ผลดี ดังการศึกษาของ Glasgow , Toobert และ Hampson (1996) ที่เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ ทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน, การศึกษาของ Berg, J. et al.(1997) ได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด , การศึกษาของ Sureeporn Thanasilp (2001) ที่ได้นำโปรแกรมการจัดการกับอาการทีมีพื้นฐานมาจากโมเดลการจัดการกับอาการและแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง มาใช้กับผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ, การศึกษาของ Tschopp et al. (2002) ที่ใช้การจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด, การศึกษาของ จิตติมา จรูญสิทธิ์ (2545) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับเทคนิคการกำกับตนเองมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน, การศึกษาของ Waree Kangchai (2001) ที่นำแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการกำกับตนเองไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และการศึกษาของ P John Rees (2003) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกับ การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูบได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองสามารถส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมิน และตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลดลง และความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลง และหากปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

สรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้ปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลงได้ การวิจัยในครั้งนี้จะทำให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทางเลือกที่จะปฏิบัติ ผลการปฏิบัติจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับตนเอง ซึ่งหากปฏิบัติได้จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และหากปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวต่อเนื่องในระยะยาวจะทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้ปริมาณ และความถี่ในการสูบบุหรี่ลดลง จึงควรสนันสนุนให้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในกลุ่มประชากรในวัยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งถ้าการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เป็นไปได้ในอนาคตที่จะมีการเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวร

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยเวลา และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจึงควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนในระยะเวลาที่ยาวขึ้น เช่นในอีก 6 เดือน หรือ 1 ปี ต่อมา เพื่อติดตามผลของพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลพร สวนสมจิตร และคณะ. 2538. **โครงการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลกองทัพบก**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตรพระมงกุฎเกล้า.

กฤติกา จันทร์หอม. 2542. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิติศักดิ์ เมืองหนู. 2544. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุลวรรณ นาครัตน์. 2540. **การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์. คำแนะนำการใช้น้ำยาอมอดบุหรี่[แผ่นพับ]. ปทุมธานี: กลุ่มงานเภสัชกรรม, สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์.

กัญจนา ศรีนวล. 2536. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัตติกา พงษ์ศิริ. 2536. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนนายสิบทหารบก ที่จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตติมา จรูญสิทธิ์. 2545. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จีรพร สร้อยสุวรรณ. 2539. **การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. **สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาการพิมพ์.

นริศรา แย้มทรัพย์. 2541. หญ้าดอกขาว อีกทางเลือกหนึ่งของผู้ต้องการเลิกบุหรี่. **จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ** 8(1): 15-16.

นิพนธ์ กุลนิตย์. 2538. **ปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญเรียม จุติวิโรจน์ และวิวัฒน์ ลีลาสำราญ. 2544. ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 19: 89-93.

บุศยา ณ ป้อมเพชร. 2539. **การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2540. **วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย พ.ศ. 2539**. พฤษภาคม 2540. อัดสำเนา.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2541. บุหรี่: ภาวะโรคหมายเลขหนึ่งในปี 2563. **คลินิก** 61: 303-305.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. **พฤติกรรมสุขภาพ**. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. มสธ. อรุณการพิมพ์.

ประสาท อิศรปรีดา. 2522. **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพ กราฟิคอาร์ต.

พรเทพ วัชรวิสุทธิ์. 2547. การฝึกทหารใหม่ยุคปัจจุบันของกองทัพบก. **ยุทธโกษ** 112 (3).

ยุวลักษณ์ ขันอาสา. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลีนา ฐิติเบญจพล. 2536. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณา สามารถ. 2542. **คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง. 2528. **ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร ขัมภลิขิต. 2544. **การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ**. เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง การพัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย วันที่ 23-25 กรกฎาคม 2544 โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ, **ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก**. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 2546.

สถาพร จิรัตนานนท์. 2547. 31 พฤษภาคม วันงดสูบบุหรี่โลก. **วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่** 51: 2-3.

สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2543. **หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่รัฐต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. **บุหรี่หรือสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรำไทยเพรส.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2546. **การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูป**กรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.

สมจิต หนุเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543. **การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและการปฏิบัติทางการพยาบาล**. นครศรีธรรมราช. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2524. การสูบบุหรี่และโรคมะเร็ง. โปรแกรมการศึกษา และปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. **วารสารการศึกษา** 2, 10-12.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร. 2547. **รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547**. กรุงเทพมหานคร.

สุดาพร ว่องไววิทย์. 2539. **ความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพรรณ ปานดี. 2542. **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. 1996. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**. 153 (Suppl.October) : 1-31.

Anderson,K.N. et al. 1994. **Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary**. (4th ed) New York: Mosby-Year Book.

Bandura, A. 1977. **Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change Phychological**. New york: Holt, Rinechart and Winston.

Bandura, A. 1986. **Social foundation of thought and action**. England Ciffs, NJ: Prentice – Hall.

Bartholomew, L.K. et al. 1993. Performance objectives for the self – management of cystic fibosis. **Patient Education and Counseling** 22(1): 15-25.

Berg, J., Jacob, J.D. and Sereika, S.M. 1997 . An evalution of a self-management program for adults with asthma. **Clinical Nursing Research** 6: 225-238.

Bradley & C. K. Prokop (Eds.). **Medical psychology: A new perspective**. New York: Academic Press.

Burns, D., M. Nicotine addiction. 2002. In: Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L., editors. **Harrison's principle of internal medicine** 15th ed.(pp. 2574-2577). Newyork, NY: McGraw-Hill.

Cautela, J. R. 1971. Covert conditioning. In A. Jacobs & L. b. Sachs (Eds.). The psychology of private events: **Perspective on covert response systems**. New York: Academic Press.

Coates, V. E. and Boore, J. R. P. 1995. Self-management of chronic illness: implication for nursing. **Int.J.Nurs.Stud** 32: 628-640.

Doering, P.L., Substance-related disorders: Alcohol, Nicotine, and Caffeine. In: Dipiro, J.T., Talbert, R.I., Yee, G.c., Matzke, G.R., Wells, B.G., Posey, L.m., editors. 2002. **Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach**. New York. NY: McGraw-Hill.

Frederiksen, L. W., & Simon, S. J. 1978. Modifying how people smoke: Instructional control and generalization. **Journal of Applied Behavior Analysis** 11: 431-432.

Gillies, Pann. 1985. "Accuracy in the Measurement of the Prevalence of smoking in Young People" **Health Education Journal** 44(1): 36-38.

Glasgow, R. E. 1978. Effects of a self-control manual, rapid smoking and amount of therapist contact in smoking reduction. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 46: 1439-1447.

Glasgow, R. E., Klesges. R. C., Klesges. L. M, Vasey. M. W.& Gunnerson. D. F. 1985. Long-term effects of controlled smoking program: A 2 year follow-up. **Behavior Therapy** 16: 303-307.

Glasgow, R. E. 1986. **Self-management of chronic disease: smoking**. Orlando, Florida: Academic Press INC.

Glasgow, R. E., & Bernstein, D.A. **Behavioral treatment of smoking behavior**. 1981. In L. A.

Holroyd,K.A. & Creer,T.L. 1986. **Self-management of chronic disease**. New York: Academic Press.

Hyngas, H., Hentinem, M. & Barlow, J.H. 1998. Aldolescent's perception of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care. **Journal of Advanced Nursing** 27: 760-769.

Jeerawan Prommobol. 2003. **The Effectiveness of an application of a health belief model and life skill education to quit smoking cigarettes among the conscripts in Adisorn fort, Saraburi Province**. Master's Thesis, Department of Public Health Graduate School Mahidol University.

Kanfer, F. H. 1980. **Helping people change**. 2 ed. New York: Pergamon.

Kantorowitz, D. A., Walter, J., & Pezdek, K. 1978. Positive vs. negative self-monitoring in the self-control of smoking. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 46: 1148-1150.

Karol, R. L., Chida, T. L., Doerfler, L. A. & Richards, C., S. 1982. **Fostering maintenance: A strategies package to combat smoking relapse**. Paper presented at annual meeting of the Midwest Psychological Association. Minneapolis, May.

Karol, R. L., & Richards, C. S. 1981. Cognitive maintenance strategies for smoking reduction. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology** 11.

Kopel, S. A. 1974. **The effects of self-control, booster sessions, and cognitive factor on the maintenance of smoking reduction**. Doctoral Dissertation. University of Oregon.

Kennedy, D.T., Chang, Z.G. Smoking cessation. 2000. In: Herfindal, E.T., Gourley, D.R., editors. **Textbook of Therapeutics: Drug and Disease Management** 7th ed., (pp. 1343-1356). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kogan, H.N. & Bestrus, P.A. 1984. Self-management: A nursing mode of therapeutic influence. **Advances Nursing Science** 6(4) : 55-73.

Langlie, J. K. 1975. Social Network, Health Belief and Prevention Health Practice. **Academic Medicine** 41: 114-116.

Leventhal, H., & Cleary. P. D. 1980. The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. **Psychological Bulletin** 88: 370-405.

Lichtenstein, E. 1982. The smoking problem: A behavioral perspective. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 50: 804-819.

Lichtenstein, E., & Brown, R. A. 1980. Smoking cessation methods: Review and recommendations. In W. R. Miller (Ed.), **The addictive behavior: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity**. Oxford: Peramon Press.

Lichtenstein, E., & Danaher, B. G. 1976. Modification of smoking behavior: A critical analysis of theory, research, and practice. In M. Hersen, R.M Eisler, & P.M. Miller (Eds.). **Progress in behavior modification** (Vol.3). New York: Academic Press.

Lorig, K., Laurin, J. & Holman, H.R. 1984. Arthritis self – management : A study of the effectiveness of patient education for the elderly. **Gerontologist** 24(5): 455-457.

Luepker, R et al. 1981. "Saliva Thiocyanate: A Chemical Indicator of Cigarette Smoking in Adolescents" **American Journal of Public Health**. 71(12): 1320-1324.

Malott, R. W. 1981. Notes from a radical behaviorist. Kalamazoo, MI: Author.

McFall, R. M., & Hammen, C. L. 1971. Motivation, structure, and self-monitoring. The role of nonspecific factors in smoking reduction. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 37: 80-86.

Nakagawa- Kogan, H. 1996. Using the brain to manage the obdy In A.B. McBridge (Ed.). 1996. **Psychiatric Mental Health Nursing, Intrgrating the behavioral and biological Science.** Philadephia: W.B. Saunders.

Narumol Nunthapol. 2003. **Factor relating to cigarette smoking behavior of the conscripts in Adisorn Fort Saraburi province.** Master's Thesis, Department of Public Health Graduate School Mahidol University.

Pechacek, T. F. 1979. **Modification of smoking behavior.** In smoking and health: A report of the Surgeon General (DHEW Publication No. PHS 79-50066). Washington. DC: U.S. Government Printing Office.

Prochazka, A. 2000. New Developments Smoking Cessation. **Chest**: 169S-174S.

Public puffs on after ten years of warnings. 1974. **Gallup Opinion Index** (Report No. 108). pp 20-21.

Reasor, M. J. (1990) "Biological Markers in Assessing Exposure to Environmental Tobacco Smoke" in **Environmental Tobacco Smoke**. Proceeding of the International Symposium at McGill University 1989 edited by Ecobichon & Wu, Toronto: Lexington Book: 69-77.

Rees, P. J., 2003. A disease-specific self-management program reduced hospital utilization and improved health status in COPD. [Online]. (n.d.). Available from: **http://www.car.chula.ac.th/CU reference/ Pro Guest/Self-management.htm** [2003, December 27]

Rosenstock. 1974. Historical origins of The Health Belief Model. **Health Education Monographs** 2(4): 355-385.

Schlegel, R. P., d' Avenas. J., & Best, J. A. 1982. **Self-management and smoking cessation: A critical analysis and integrative model**. Manuscript submitted for publication. University of Waterloo.

Sockrider, M. et al. 1991. Construct validation of a Self-management questionnair. **American Review Respiratoryy Disease** 14(2) : 215.

Sureeporn Thanasilp. 2001. **Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with pneumocystic carinii pneumonia.**Doctoral dissertation, Department of Nursing Science Graduate School Mahidol University.

Tanida Meetongpun. 2001. **The development of smoking cessation strategies among male students, Rajabhat Institute Bansomdejchaopraya**. Doctoral dissertation, Department of Public Health, Graduate School, Mahidol University.

Tobin, D. L., et al. 1986. Self- management and social learning theory. In K. A. Holroyd and t. I. Creer. (Eds.), **Self-management of chronic Disease: Handbook** of Clinical Intervention and Research. New york: Academic Press, Inc.

Tschopp, J.M. et al. 2002. Bronchial asthma and self management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary program in a health network. **Swiss Med Wkly**. 132: 92-97.

U.S. Department of Health and Human Services(USDHHS). 2000. **Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline** (AHRO Publication No.00-0032). ROCKVILLE MD.

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1998. "Response to Increases in Cigarette Prices by Race/Ethnicity. Income, and Age Group-United States. 1976-1993" **Morbidity and Mortality Weekly Report** 47(29): 605-9.

Wagenknecht, L. et al. 1992. "Misclassification of smokeing in the CARDIA Stusy: A Comparisonof self report with Serum Cotinine Level" **American Journal of Public Health** 82: 33-36.

Waree Kangchai. 2002. **Efficacy of Self-management promotion program for elderly women with urinary incontinence**. Doctoral dissertation, Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.

Weinberger, I. M., et al. 1981. Health Belief and Smoking Behavior. **American Journal of Public Health** 71: 1253-1255.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ และเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

พันเอก นายแพทย์ ปฏิพงค์ ศรีทิภัณฑ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกาวิละ
พันโท นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย	จิตแพทย์ กองจิตเวช และประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พันโทหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอานันท์	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์	รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันโท นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย จิตแพทย์ กองจิตเวช และประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันโท นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์. 0-2218-9810
ชื่อนิสิต ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ โทร. 0-9434-6004

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 33

เนื่องด้วย ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างข้าราชการทหารชั้นประทวน โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์. 0-2218-9810
ชื่อนิสิต ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ โทร. 0-9434-6004

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
มีนาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตยืมชุดนิทรรศการ และวิดีทัศน์

เรียน หัวหน้ากลุ่มการควบคุมการบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เนื่องด้วย ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตยืมชุดนิทรรศการ และวิดีทัศน์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิจัย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการยืมชุดนิทรรศการ และวิดีทัศน์อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ ยืมชุดนิทรรศการ และวิดีทัศน์ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์. 0-2218-9810
ชื่อนิสิต ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ โทร. 0-9434-6004

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลข.....

.

แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่

ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามต่อไปนี้

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด

ก. สูบทันทีหลังตื่นนอน หรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที

ข. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาที แต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง

ค. สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมง แต่ไม่เกินหนึ่งชั่วโมง

ง. สูบหลังตื่นนอนเกินหนึ่งชั่วโมง

2. คุณรู้สึกอย่างไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่น ในห้องสมุด หรือในโรงภาพยนตร์

ก. หงุดหงิด อึดอัด

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่

ก. ต้องการ

ข. ไม่ต้องการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลข.....

แบบบันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ.....

1.2 อายุ ..... ปี

.

.

.

.

.

.

1.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน ( ) ต่ำกว่า 5000 บาท ( ) 5001-10000 บาท

( ) 10001-15000 บาท ( ) 15001-20000 บาท

( ) 20001-25000 บาท ( ) 25001-30000 บาท

( ) สูงกว่า 30001 บาท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

2.1 ท่านเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่ อายุ.....ปี

2.2 ท่านใช้เงินซื้อบุหรี่เฉลี่ยกี่บาท/วัน ( ) ต่ำกว่า 50 บาท ( ) 51-100 บาท

( ) 101-150 บาท ( ) มากกว่า 151บาท

.

.

.

.

.

.

2.5 มีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่โดยการเข้าร่วมโครงการนี้แค่ไหน

( ) มากที่สุด ( ) มาก

( ) ปานกลาง ( ) ไม่แน่ใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในการวิจัย

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SMOKING BEHAVIOR AMONG NON COMMISSIONED OFFICERS

โดย

ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

ปัญหา หน้า 1
ปรัชญา หน้า 2
โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ของข้าราชการทหารชั้นประทวน หน้า 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

ปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ทุกประเทศทั่วโลกรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ เพื่อให้สิ่งแวดล้อม หรือสถานที่ต่าง ๆ ไร้ควันบุหรี่ เนื่องจากมลพิษจากควันบุหรี่มีผลต่อสุขภาพไม่เพียงเฉพาะผู้สูบเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่รอบข้าง และสิ่งแวดล้อม สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร ในปี พ.ศ. 2547 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ ซึ่งมีประมาณ 49.4 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 23.0) จำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือสูบทุกวัน 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 19.5) และผู้ที่สูบนาน ๆ ครั้ง สูบไม่สม่ำเสมอ หรือกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ มีประมาณ 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 3.5) เมื่อพิจารณาตามเพศของผู้สูบบุหรี่ พบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าเพศหญิง 17 เท่า (ร้อยละ 37.2 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ) (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2547: 10)

.
.
.
.
.
.

ปรัชญา

การจัดการตนเอง (Self- management) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง กระบวนการที่สำคัญของแนวคิดนี้คือ ผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด องค์ประกอบของแนวคิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย

.
.
.
.
.
.

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

การจัดการตนเอง (Self- management) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ที่สามารถจะจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของตนเอง กระบวนการที่สำคัญของแนวคิดนี้คือ ผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองทั้งหมด ส่วนผู้วิจัยจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เท่านั้น เพื่อที่ว่าผู้สูบบุหรี่จะสามารถปฏิบัติวิธีการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ที่จะประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดของ Glasgow (1986) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ

หลักการ...

วัตถุประสงค์...

กิจกรรม...

การประเมินผล...

ระยะเวลา...

สรุปแนวคำถาม...

ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมสิ่งเร้า และเลือกลักษณะพฤติกรรม

หลักการ...

วัตถุประสงค์...

กิจกรรม...

การประเมินผล...

ระยะเวลา...

สรุปแนวคำถาม...

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เรื่อง การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

วิธีการสอน การบรรยาย อภิปราย ซักถาม

ผู้สอน ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ

ผู้เรียน ข้าราชการทหารชั้นประทวน ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 นาย

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ เมื่อฟังการบรรยายประกอบสื่อแล้ว ข้าราชการทหารชั้นประทวนสามารถ

1. รับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง และเกิดการตระหนักถึงพฤติกรรมที่ที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง

2. สามารถนำหลักการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง

3. ลดจำนวนบุหรี่ และความถี่ในการสูบบุหรี่ตามเป้าหมายที่กำหนดได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

โดย

ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

แบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวัน
ด้วยตนเอง

หมายเลขที่.....

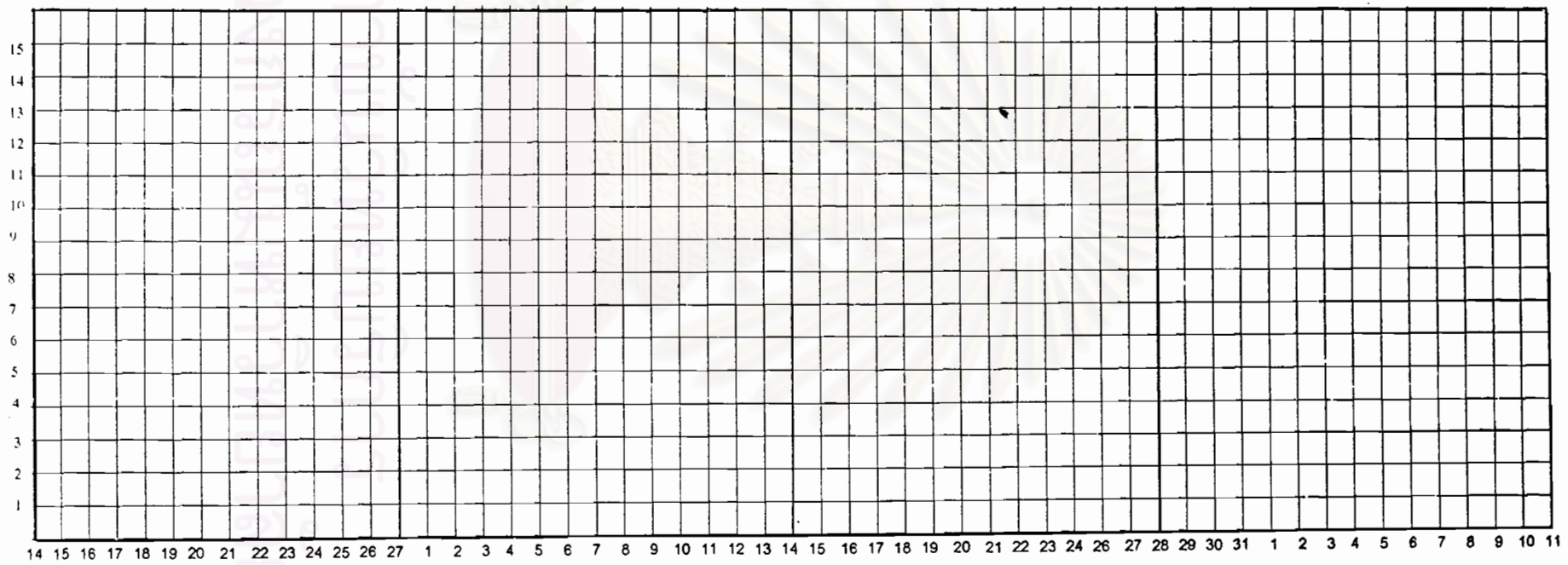
วันที่....เดือน..... 2548

เวลา	จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ

วันนี้สูบบุหรี่ทั้งหมด ..... มวน

กราฟแสดงปริมาณการสูบบุหรี่

หมายเลข.....



แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
1					
2					
3					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
30					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. การคำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สูตรดังนี้

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P คือ ค่าร้อยละ

F คือ แทนความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ

n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

2. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ คือ ค่าเฉลี่ย หรือมัชฉิมเลขคณิต

$\sum x$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. การคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตรดังนี้

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum x^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of variance)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ตัวแปรตามต้องเป็นการวัดระดับ interval หรือ ratio
2. ตัวแปรตามแต่ละชุดต้องเป็น normal distribution
3. กลุ่มตัวอย่างต้องได้จากการสุ่มและเป็นอิสระจากกัน
4. homogeneity of variance

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ทดลอง
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88180

ที่ ศธ 0512.25/ 356/ 2548 **วันที่** 21 เมษายน 2548

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2548 เมื่อวันศุกร์ที่ 25 กุมภาพันธ์ 2548 ที่ประชุมได้พิจารณาการแก้ไขและเพิ่มเติมรายละเอียดของโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน (THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON SMOKING BEHAVIOR AMONG NON COMMISSIONED OFFICERS) ซึ่งมี ร้อยโทหญิงจิตติมา ทุ่งพรวญ เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)
ประธานกรรมการ

สำเนาเรียน ร้อยโทหญิงจิตติมา ทุ่งพรวญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อ ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ ที่อยู่ โรงพยาบาลค่ายกาวิละ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน รวมทั้งทราบผลดี และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้โดยความสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุในข้างต้น

....

สถานที่/วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ร้อยโทหญิง.....

สถานที่/วันที่ (จิตติมา ทุ่งพรวญ)

ผู้วิจัยหลัก

....

สถานที่/วันที่ (พยาน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

2. ชื่อผู้วิจัย ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ ตำแหน่ง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ที่ทำงาน 053-241644 ต่อ 3517 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-4346004

E-mail: tonchittima@yahoo.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4. 1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน

4. 2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวนก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

4. 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทหารชั้นประทวนจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับข้าราชการทหารชั้นประทวน ที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้

4. 4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กิจกรรมประกอบด้วย การจัดนิทรรศการเรื่องบุหรี่ภายในห้องประชุม รับฟังการบรรยายเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ รับชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รับฟังการบรรยายพิเศษจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง รับฟังการบรรยาย และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การทำสัญญากับตนเอง การเตือนตนเอง การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ การเสริมแรงตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่าง พบผู้วิจัย 4 ใช้เวลาครั้งละ 3 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์

4. 5 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ ร้อยโทหญิง จิตติมา ทุ่งพรวญ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09-4346004

4. 6 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง

4. 7 กลุ่มทดลองในการวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

4. 8 กลุ่มทดลองในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลประการใด

4. 9 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

4 .10 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

4. 11 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 30 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยโทหญิงจิตติมา ทุ่งพรวญ เกิดวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2521 ที่ จ.แพร่ สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก รุ่นที่ 33 เมื่อปี พ.ศ. 2543 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาล โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จ.เชียงใหม่ และได้ลาศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ.2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาล โรงพยาบาลค่ายกาวิละ จ.เชียงใหม่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย