

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรม
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING COMBINED WITH
REFLEXOLOGY PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIORS
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

Miss Tipnapa Chansawang



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาษาชัย)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ทิพย์นภา จันทร์สว่าง : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการ
นวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF SELF-
EFFICACY PROMOTING COMBINED WITH REFLEXOLOGY PROGRAM ON
SMOKING CESSATION BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS.) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 162 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อ
เปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน และ 2) พฤติกรรมการเลิกบุหรี่
ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการ
นวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท
จำนวน 40 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาโดย
จับคู่ให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกันด้านคะแนนการติดยาโคโคติน และสู่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 ราย
กลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการ
นวดกดจุดสะท้อน และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ทุกชุดผ่านการตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการ
เลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-
Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า

1) คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนแตกต่างจากไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

2) คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p=0.08$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777309836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF EFFICACY / FOOT REFLEXOLOGY / SMOKING CESSATION BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

TIPNAPA CHANSAWANG: THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING COMBINED WITH REFLEXOLOGY PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS.. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 162 pp.

This quasi-experimental research with a two-group pre-posttest design aimed to compare:1) smoking cessation behaviors of schizophrenic patients before and after receiving the self-efficacy promoting combined with reflexology program. 2) the smoking cessation behaviors between the experimental group which received the self-efficacy promoting combined with reflexology program and the control group which received the regular nursing care. Research samples were 40 schizophrenic patients who have admitted in Srithanya Hospital and met the inclusion criteria. They were matched by accessing the nicotine dependence scores and randomly assigned 20 subjects to the experimental group and 20 subjects to the control groups equally. The research instruments comprised of the self-efficacy promoting combined with reflexology program and the assessment of smoking cessation behaviors. Those instruments were proved for content validity by five professional experts. The reliability of the assessment of the smoking cessation behaviors was .85. Data were analyzed using Wilcoxon Signed Ranks test and Mann - Whitney U test. Major findings were revealed as follows:

1.The smoking cessation behaviors scores of schizophrenic patients after received the self-efficacy promoting combined with reflexology program were significantly different from those before received the program at $p < .05$.

2.The smoking cessation behaviors scores of schizophrenic patients after received the self-efficacy promoting combined with reflexology program between the experimental group and the control group were not statistically different. ($p=0.08$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ แนวทางการประยุกต์และการพัฒนากระบวนการ แนวทางในการศึกษาที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนชี้แนะปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจและส่งเสริมให้ได้รับความรู้ กระบวนการ และแนวทางในการพัฒนางานวิจัยได้อย่างดีด้วยความทุ่ม ความเอื้ออาทรของอาจารย์ที่ให้ความเมตตากรุณาอย่างเสมอมาตลอด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย กรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อคิดและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่าเสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ แนะนำแนวคิดปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสมบูรณ์ยิ่งขึ้นรวมทั้งให้กำลังใจในการปรับปรุงเครื่องมือ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกคนที่ได้ให้ข้อมูลและได้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้ทุนในการศึกษา รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือให้และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บุคลากรทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์รวมถึงกัลยาณมิตรทุกคนที่เป็นกำลังใจ ให้คำปรึกษาและแนะนำขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครูอุปัชฌาย์อาจารย์ ผู้เป็นที่รักและเคารพซึ่งอยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ ที่คอยให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจที่สำคัญในความสำเร็จครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอมอบประโยชน์อันเกิดจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แด่คณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่เข้มแข็งและมีความสุขสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานในการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่.....	24
3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	33
4. การนวดกดจุดสะท้อน.....	39
5. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน.....	46
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	71
การวิเคราะห์ข้อมูล	81
สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	98
รายการอ้างอิง	107
ภาคผนวก.....	121
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	122
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	124
ภาคผนวก ค ข้อมูลและใบยินยอมสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	126
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	130
ภาคผนวก จ ตารางการเปรียบเทียบ (Matched pair) และตารางแสดงการกำกับการ ทดลอง ตารางคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง.....	157
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	162

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การบูรณาการแนวคิด Bandula (1997) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท..... 49

ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM, 2007) 80

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=40) แยกตามอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว 84

ตารางที่ 4 คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test,Post-test)..... 86

ตารางที่ 5 คะแนนการประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (TCQ-SF) ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน โดยประเมินหลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 5 จุดทันที 88

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 89

ตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Mann-Whitney U test 90

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Mann-Whitney U test..... 92

ตารางที่ 9 แสดงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test..... 94

ตารางที่ 10 แสดงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test..... 96

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ(Matched pair)ของคะแนนนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบรายคู่..... 158

ตาราง 12 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่ม
ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดจุดสะท้อนต่อ
พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท..... 159

ตารางที่ 13 คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test,Post-test)..... 160



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความพร้อมในการรู้คิด การตัดสินใจและพฤติกรรม รวมถึงการเข้าสังคม(Kirkpatrick, Miller, Garcia-Rizo, & Fernandez-Egea, 2013; สมภาพ เรื่องตระกูล, 2554) มีความรุนแรงและเรื้อรังของโรคส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญของโรคทางจิตเวชและพบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชชนิดอื่นๆ เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 รายหรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลกและพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 0.88 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (World Health Organization, 2013) จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีเพิ่มขึ้น 249,136 ราย และ 299,568 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเข้ารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2559 สูงถึงร้อยละ 61.12 และ 70.21 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2559)

จากรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบสถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 และปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 80,955 ราย และ 82,192 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2556) สำหรับสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยในซึ่งมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557-2559 มีจำนวน 5,999 ราย 5,285 ราย และ 5,147 รายตามลำดับ (สถิติกรมสุขภาพจิต, 2559) องค์การอนามัยโลก (2000) ได้ประกาศให้การติดยูหรีเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง โดยจัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี โดยมีรหัสทางการวินิจฉัยโรค (ICD-10) F17 (Cavallo et al., 2007 อ้างถึงใน รณชัย คงสกนธ์ และเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2552) ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งพบมากในผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 16.9 (ธีรศักดิ์ สาดตราและคณะ, 2560) โดยปัญหาที่เป็นพฤติกรรมร่วมและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี มีการสูบบุหรีในปริมาณที่หนัก คือ มากกว่า 25 มวนต่อวัน ซึ่งถือว่าเป็นการสูบในระดับที่ติด (Winterer, 2010) ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดมากที่สุดร้อยละ 43.5 โดยเฉพาะยาสูบที่มีการใช้แบบเสีงสูงร้อยละ 31.5 (สมจิตรร์ มณีกานนท์ และคณะ, 2557) จากการศึกษาของ De Leon & Diaz (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรีมากกว่าคนทั่วไปเกือบ 6 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Campbell et al. (2013) ที่พบผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการติดยูหรีสูงถึง

ร้อยละ 75-90 และมีอัตราการติดนิโคติน (nicotine dependence) สูงกว่าประชากรทั่วไป ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้นโดยเฉพาะด้านการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ทำให้อาการของโรคแย่ลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น แสดงอาการก้าวร้าว (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาเพราะไม่ใช่เพียงให้การดูแลในส่วนของการทางจิตเท่านั้นแต่การสูบบุหรี่ยังนำไปสู่โรคทางกายที่รุนแรงตามมา โดยอุบัติการณ์ของการสูบบุหรี่ที่พบมากขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทนั้นจากการศึกษาในปีพ.ศ.2548 พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตมาจากการสูบบุหรี่ (McCreadie & Kelly, 2000; Hennekens, Hennekens, Hollar, & Casey, 2005) นอกจากนี้โรคทางกายในผู้ป่วยจิตเภท เช่น โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและโรคเบาหวานมีปัจจัยหลักมาจากการสูบบุหรี่ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (Association, 2006; De Leon, Dadvand, Canuso, & White, 1995; Brown, Barraclough, & INSKIP, 2000; Hennekens et al., 2005)

การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทพบมากถึงร้อยละ 88 เมื่อพิจารณาจากเพศพบเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 35 และเพศหญิงร้อยละ 2 (McCreadie & Kelly, 2000) นอกจากนี้เมื่อทำการเปรียบเทียบจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 70.3 และเพศหญิงร้อยละ 18.18 (ธัญชนก จิงา, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 79 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเหล่านี้เริ่มสูบบุหรี่ก่อนที่จะแสดงอาการของโรคทำให้มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่อย่างมากนั้นจากการศึกษาของ Kumari & Postma (2005) อธิบายว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสาเหตุมาจากการช่วยรักษาตนเอง (Self medicated) เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ช่วยลดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับช่วยให้อาการทางลบของโรคจิตเภทดีขึ้น ช่วยให้สมองคิดจำได้ดีขึ้น (Improved cognitive deficit) ส่วนสาเหตุที่พบรองลงมาคือ การใช้สารเสพติดเกิดจากการตัดสินใจที่บกพร่องของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริง จนทำให้มีพฤติกรรมความคิด อารมณ์ผิดปกติ และมักสูบบุหรี่โดยสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันหรือทำตามกระแสสังคม ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอารมณ์เศร้าขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจและมองตนเองไร้ค่า หรือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการเข้าสังคมมีการจัดการกับปัญหาแบบไม่ยืดหยุ่นขาดที่พึ่งและขาดอาชีพ ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดได้มากและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง จากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม ทำให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานโดยเฉพาะเรื่องของกระบวนการด้านความคิดความเข้าใจ ทำให้มีกระบวนการคิดที่สับสนก่อให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้มี

การแสดงออกของพฤติกรรมที่รุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงรวมถึงการฆ่าตัวตาย (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2552; มจรดา สุวรรณโพธิ์, ม.ป.ป.)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำ หรือกิริยาอาการที่แสดงออกทางร่างกาย ความคิด หรือความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่นำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องใน 5 ด้าน คือ การตั้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992) ในบุหรี่หรือยาสูบมีสารนิโคติน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทสมอง มีฤทธิ์การเสพติดสูงมาก การสูบบุหรี่ทำให้สมองและระบบประสาทส่วนกลางได้รับสารนิโคตินรวดเร็วมากคือประมาณ 6 วินาทีเมื่อสมองและระบบประสาทส่วนกลางได้รับสารนิโคตินอย่างรวดเร็วง่ายตายและฤทธิ์เสพติดของบุหรี่ทำให้มีความพอใจและเกิดความอยากบุหรี่เมื่อระดับนิโคตินในเลือดลดต่ำลง การสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการติดหรือความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยเป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้ยากต่อการเลิกสูบ (ศิริราณี อิ่มน้ำขาว, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทยังไม่พบมีการศึกษามากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนานต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคล้ายคลึงกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Riley, Kendler, Sadock, & Sadock, 2005) และจากการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีผลมาจากปัจจัยต่างๆประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความอยากใช้สารเสพติด (Craving) เมื่อผู้ป่วยสูบบุหรี่นิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าสู่สมองส่งผลต่อ Brain reward system นิโคตินจะไปกระตุ้นให้สมองหลั่ง Dopamine ในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขที่ได้สูบบุหรี่ เกิดความอยากและมีความต้องการที่จะสูบบุหรี่ต่อไป (Hatsukami, Stead, & Gupta, 2008) ขาดแรงจูงใจและความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้น้อย (Ziedonis & George, 1997; Williams & Foulds, 2007) เกิดความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเอง ความอยากรู้้อยากลอง ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และขาดทักษะในการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ ปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย นิโคตินมีปฏิกริยากับอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทใช้นิโคตินรักษาอาการด้านลบของตนเองหรือใช้ลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต เพราะมองว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้มีความสุข เพิ่มสมาธิลดหิวแหว่ ซึ่งในขณะที่เดียวกันสารนิโคตินจะเข้าไปลดประสิทธิภาพของยารักษาโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับความรุนแรงและความก้าวร้าวของผู้ป่วย (Ziedonis & George, 1997) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการมีครอบครัวสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสูบบุหรี่ด้วย (Mann-Wrobel,

Bennett, Weiner, Buchanan, & Ball, 2011) การที่ผู้ป่วยอยากได้การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และเพื่อความตื่นเต้น (Forchuk, Norman, Malla, Vos, & Martin, 1997) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่บ่อยๆ เพิ่มปริมาณในการสูบบ่อยยิ่งขึ้น และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการคำนึงถึงอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่เมื่อสูบบุหรี่ต่อเนื่องจะทำให้เกิดการติดบุหรี่ จนเกิดความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ (สนทรรศ บุขราทิจและคณะ, 2555) และจากปัญหาการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลโดยตรงกับความรุนแรงและการกำเริบของโรค (Goff, Henderson, & Amico, 1992; Hughes, 1993) โดยจะมีอาการทางจิตเวชกำเริบ เช่น แสดงอาการก้าวร้าว (ผ่องศรี ศรีมรกด, 2552) จากการพัฒนาทฤษฎีการบำบัดด้วยยาพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่พบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า (Jetianuwatr, 2001; ฌันทิยา คารมย์, 2555) การมีความพยายามในการเลิกบุหรี่ (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550) ความตั้งใจในการลดหรือเลิกบุหรี่อย่างฉับพลันและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (ศิริภาณี อิ่มน้ำข้าว, 2555)

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลถือเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็น อีกทั้งในประเทศไทย สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพทุกประเภท เช่น โรงพยาบาลจัดเป็นสถานที่สาธารณะที่ต้องปลอดบุหรี่ทั้งหมดตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะกระตุ้นส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อไปหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรมีวิธีการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550; สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่พบว่าได้มีการนำการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม (Holistic nursing) ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เน้นการรักษาอาการหรือใช้ลดอาการไม่สุขสบายจากการหยุดสูบบุหรี่ซึ่งความอยากบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ โดยพบว่าผู้ป่วยที่หวนกลับไปสูบบุหรี่มีจำนวนมากถึงร้อยละ 60-98 (Shaw & al'Absi, 2008) เทคนิคการนัดจดจุดสะท้อนเป็นการดูแลรูปแบบหนึ่งที่สามารถลดอาการไม่สุขสบายจากการหยุดสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของนักจิตวิทยาภรณ์มะละศิลป์ (2555) พบว่าพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจดจุดสะท้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการเปลี่ยนแปลงจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้นด้วย ซึ่ง

การนวดกดจุดสะท้อนช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถทนต่ออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ได้ ลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบหรี่ และจากการศึกษาพฤติกรรมกาเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยในพบว่าตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเลิกสูบบุหรี่คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) หากผู้ป่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (วรารณ ภูมิสวัสดิ์, 2546; ศรีณย์ กอสนาม, 2550; ฉันทิยา คารมย์, 2555; เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, 2556)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการนวดกดจุดสะท้อนมารวมในโปรแกรมเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการหยุดสูบบุหรี่ ลดอาการอยากบุหรี่ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มักมีความกลัว และความวิตกกังวลมากกับการเผชิญความไม่สุขสบายต่างๆที่จะเกิดขึ้นในช่วงหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งมักต้องใช้ความพยายามหลายครั้งแต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากความไม่มั่นใจ ที่สำคัญคือทนต่ออาการอยากสูบบุหรี่ไม่ได้ รวมทั้งต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2552) และผลของการนวดกดจุดสะท้อนยังช่วยกระตุ้นกระแสประสาทให้ปลดปล่อยเอนโดรฟินออกมาทำให้เรามีความสุขเหมือนกับกลไกการทำงานของนิโคติน (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินทำให้อารมณ์เป็นสุขและสบายใจขึ้น (Shaw & al'Absi, 2008) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดพฤติกรรมกาสูบหรี่ของตนเองลงได้ ซึ่งแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่มองว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรับรู้ความสามารถของบุคคล เนื่องจากการรับรู้ความสามารถจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะใช้ความพยายามในการแสดงพฤติกรรม และมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรค ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้ความเชื่อความสามารถแห่งตนแล้ว ยังมีปัจจัยตัวที่สองที่มีผลต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ของการแสดงพฤติกรรมว่าจะเกิดผลตามที่ต้องการหรือไม่ โดยการคาดหวังความสามารถแห่งตน (Efficacy expectation) กับความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) มีความเชื่อมโยงกันและเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล กระทำโดยการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนประกอบด้วย 1) การใช้คำชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เมื่อผู้ป่วย

จิตเภทมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากขึ้นจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกจุดสะท้อนแตกต่างกันหรือไม่

2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกจุดสะท้อน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงระบบบริการสุขภาพ จากปัจจัยการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่า ปัจจัยหลักมักจะเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการของโรคจิตเภทเอง ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นโดยมีการสูบบุหรี่เพื่อช่วยลดอาการทางจิตของตนเอง และช่วยลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต รวมทั้งปัจจัยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (McCreadie & Kelly, 2000) การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมขาดแรงจูงใจขาดความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ ขาดการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการอยากสูบบุหรี่ (George et al., 2000; Williams & Foulds, 2007) มีความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ขาดทักษะในการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการคำนึงถึงอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้เกิดการติดบุหรี่ เกิดความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Strasser et al., 2002) เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกอยากบุหรี่ในลักษณะต่างๆตามมา (Fiore et al., 2008) ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสีย โกรธง่าย วิตกกังวล สมาธิลดลง

กระวนกระวาย หัวใจเต้นช้าลงและมีความอยากอาหารมากขึ้น (Association, 2006) อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบาย เกิดความเครียดเนื่องจากระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ทำให้เกิด Reward partway คือ ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจและสุขสบายทั้งกายและใจ (Robinson & Berridge, 2008) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่นั้นมีไม่มาก การนำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่ทบทวนมาจากงานวิจัยในผู้ป่วยฝ่ายกายมาทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการฝึกให้ผู้ป่วยได้ทำการนวดด้วยตนเองซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลจิตเวชส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีความปลอดภัย ง่าย สะดวกไม่ต้องใช้อุปกรณ์ให้ยุ่งยาก (ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์, 2549)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ในการนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) มาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย และเมื่อผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองก็จะทำให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองพร้อมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Mann-Wrobel et al., 2011) โดยผ่านช่องทางการเรียนรู้ 4 ประการ ได้แก่ การใช้คำชักจูง (Verbal Persuasion) การใช้ตัวแบบ (Vicarious experience) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Enactive mastery experiences) และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affect states) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ขจัดของเสีย ลดความตึงเครียด และการทำให้ผ่อนคลาย (Boyd, Evans, & Drennan, 2001) จะกระตุ้นกระแสประสาทให้ปลดปล่อยเอนเดอร์ฟินออกมา (Hodgson & Andersen, 2008) เอนเดอร์ฟินเป็นสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน หลังจากสมองส่วน ventral tegmental area และ nucleus accumbens รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ทำให้มีอารมณ์เป็นสุขและสบายใจขึ้น (Shaw & al'Absi, 2008) เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนไปยังสมอง ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึกเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล เช่นเดียวกับการได้รับนิโคตินช่วยลดอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ (Temporary smoking abstinence) จึงทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ไม่อยากสูบบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มละ 10 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 4 กิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความรู้ในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และ

ชี้ให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ เล็งเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนต่อการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง ที่เหมาะสมกับความต้องการที่จะเรียนรู้จะช่วยให้สามารถคาดหวังกับเหตุการณ์จริง ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและการมีทักษะการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อนต่อการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเป็นการจัดการความรู้สึกลอยากบุหรี่ยุติการ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองต้องทำอะไร ทำให้เกิดความเชื่อว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม และการที่บุคคลอื่นแสดงออกด้วยคำพูดว่าเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดได้ ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและความพยายามในการกระทำให้สำเร็จ (Bandura, 1997) โดยการใช้คำพูดในลักษณะที่เป็นการชักชวน แนะนำ อธิบายให้กำลังใจหรือชื่นชมเพื่อสร้างแรงจูงใจ สร้างความตระหนักและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคล้อยตามและเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตตัวแบบจริงจากผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเองที่อยู่ในขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่หรือมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อวิดีโอ พุดถ่ายทอดประสบการณ์ทางลบหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นการกระตุ้นให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่เจาะจงกับภาวะสุขภาพ ให้ตระหนักว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ (Decision balance) เป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง และให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อภาพ วิดีโอและสื่อคู่มือ “คู่มือการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อการเลิกสูบบุหรี่” ร่วมกับการทบทวนและปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนร่วมกันใช้เวลาในการนวดเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อน การส่งเสริมทักษะการนวดที่ถูกต้องและแนะนำการนำไปใช้ได้ทุกครั้งที่นี่ถึงหรือมีความรู้สึกลอยากสูบบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และจดจำ เกิดการเลียนแบบตัวแบบ มีความคล้อยตาม มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติหรือพฤติกรรมตามตัวแบบ กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติจริงและเห็นถึงโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายตัวเอง กระทำพฤติกรรมใดๆแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติการค้นหาสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คิดพิจารณาประเมินและตัดสินใจเลิกบุหรี่ยุติการอย่างเด็ดขาดเช่นการทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ทั้งหมดรวมถึงการหลีกเลี่ยงบุคคล สถานที่ที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกลอยากสูบบุหรี่

เป็นต้น การจัดการกับสิ่งกระตุ้น (Stimulus control) เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ได้ ช่วยในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก เพราะหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นได้ จะนำไปสู่ความล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้หวนกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง ดังนั้นในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นจากการสูบบุหรี่รวมถึงอาการอยากบุหรี่ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และเน้นการปฏิบัติตามโปรแกรมการส่งเสริมการนวดกดจุดสะท้อน โดย การทบทวนวิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่ถูกต้อง ใช้เวลาในการนวดกดจุดสะท้อนเท่าทั้ง 5 จุดสะท้อน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนมากขึ้นเกิดทักษะและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีความมั่นใจ การที่กลุ่มตัวอย่างกระทำกิจกรรมได้สำเร็จจะทำให้เกิดความรู้ความสามารถของตนเองและเชื่อว่าเมื่อทำกิจกรรมนั้นหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกันจะสามารถทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ความสำเร็จหลายๆครั้งจะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้นและจะมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมตามที่กำหนดต่อไปแม้จะมีอุปสรรคก็ตาม (Bandura, 1997)

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อยู่สถานะที่เหมาะสม มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและเล่าถึงประสบการณ์ของตนเองโดยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและร่วมกันแก้ไขปัญหาตามที่พบ เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนต่อการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการนวดกดจุดสะท้อนเท่าทั้ง 5 จุดสะท้อน ร่วมกับการฝึกทักษะการปฏิเสธซึ่งมีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยพัฒนาให้สามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ หลีกพ้นจากภาวะความเกรงใจหรืออึดอัดใจจากคำชักชวนและไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก การถูกกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์จากการที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลทำให้บุคคลรู้สึก ตื่นกลัว วิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางร่างกาย และอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึง ความสามารถที่ดีขึ้น

จากนั้นเป็นการประเมินผลและสรุปถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง โดยติดตามประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่ซ้ำอีก 2 สัปดาห์ หลังจบกิจกรรม

จากปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและใช้ประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนต่อการบรรเทาอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นหลังจากเลิกบุหรี่ เช่น อาการอยากบุหรี่

เป็นต้น การหันเหความสนใจ การผ่อนคลายจากความเครียดโดยวิธีการนวดกดจุดสะท้อนหวังว่าจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

สมมุติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เข้ารับการรักษานที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เข้ารับการรักษานแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched Pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติดนิโคติน (Piper, McCarthy, & Baker, 2006) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีประวัติสูบบุหรี่มีค่าคะแนนการติดนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไปคือ คะแนน 4 คะแนนขึ้นไป จำนวน 40 คน

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำ หรือกิริยาอาการที่แสดงออกทางร่างกาย ความคิด หรือความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่นำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ได้อย่างต่อเนื่องใน 5 ด้าน คือ 1) การทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ 2) การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ 3) การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ 4) การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ 5) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ที่ปรับปรุงโดย เอ็มหทัย ศรีจันทร์หล้า (2556)

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นโดยใช้แหล่งสนับสนุน 4 ประการของ Bandura (1997) มาจัดกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ โดยผ่านการเรียนรู้ 4 ช่องทางดังนี้ 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นหรือการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) โดยกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆละ 10 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 60 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 4 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นในครั้งที่ 1 การใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ข้อมูล คำแนะนำประกอบด้วยการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ ให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเท่ากับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ โดยเริ่มจากการอธิบายเชื่อมโยงถึงประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเท่าว่าช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ได้อย่างไร บอกวัตถุประสงค์ เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท่า ข้อควรระวังในการนวดกดจุดสะท้อนเท่าและขั้นตอนในการนวดกดจุดสะท้อนเท่า

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นในครั้งที่ 2 ประกอบด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) ที่อยู่ในขั้นตอนการเลิกบุหรี่หรือมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีการพูดและถ่ายทอดประสบการณ์ทางลบหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนวิธีการและความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองผ่านสื่อวิดีโอ และผู้วิจัยสรุปร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมการณ์สูบบุหรี่

บุหรีที่เจาะจงกับภาวะสุขภาพ ให้ตระหนักว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี (Decision balance) เป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง และให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อภาพ วิดีโอและสื่อคู่มือ “คู่มือการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อการเลิกสูบบุหรี” ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า 5 จุดสะท้อน การส่งเสริมทักษะการนวดที่ถูกต้องและแนะนำไปใช้ได้ทุกครั้งที่นึกถึงหรือมีความรู้สึกลอยอยากสูบบุหรี

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 3 ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนให้กลุ่มตัวอย่าง ได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและการจัดการสิ่งกระตุ้น นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและ แนวทางที่ชัดเจน การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับ สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คิดพิจารณาประเมินและตัดสินใจเลิกบุหรีอย่างเด็ดขาดรวมถึงการทิ้ง บุหรีและอุปสรรคในการสูบบุหรีทั้งหมดการกระตุ้นให้เกิดทักษะการเลิกบุหรี ร่วมกับการปฏิบัติ การนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อน สร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการณ์การนวด กดจุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรีได้ ซึ่งเป็นการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง อีกทั้งยังนำมาสู่ ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรีอย่างเด็ดขาดและต่อเนื่องถาวร

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในครั้งที่ 4 ประกอบด้วยส่งเสริมให้กลุ่ม ตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะการปฏิเสธซึ่งมีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรีและ นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยให้สามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี หลีกพ้นจากภาวะ ความเกรงใจหรืออึดอัดใจจากคำชักชวน นำไปสู่การไม่หวนกลับไปสูบบุหรีอีก กระตุ้นให้ระบาย ความรู้สึก การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองให้กำลังใจในขณะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด หรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลทำให้บุคคลรู้สึกตื่นกลัวและวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถ ของตนเองลดลง และส่งเสริมการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อน เพื่อการเลิกสูบบุหรีอย่าง ต่อเนื่องถาวร

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD-10 (F 20.0-F 20.9) มีประวัติการเสพติดบุหรีหรือนิโคตินในระดับปานกลางขึ้นไป โดยประเมินจากแบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerström, Schneider, & Lunell, 1993) (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (FTND) ของ Fagerström et al. (1993) มีค่า คะแนนระดับ 4 ขึ้นไปและมีอาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับในขณะที่มารับ การรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้แก่ การซักประวัติและประเมินอาการทางจิตของ

ผู้ป่วยจิตเภท ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่
ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ให้
ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ
ผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia)
- 1.2 สาเหตุและอาการของโรคจิตเภท
- 1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.4 การวินิจฉัยโรค
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

- 2.1 ปัจจัยและกลไกการเสพติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ความหมายของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 ความหมายเกี่ยวกับความอยากบุหรี่ (Craving)
- 2.6 การบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.7 การประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.8 บทบาทพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- 3.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
- 3.4 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. การนวดกดจุดสะท้อน

5. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2552) ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว โรคนี้พบได้บ่อยส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังเป็นแล้วมักไม่หายขาด

WHO (2011) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ว่าเป็นความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate) หรือ อารมณ์ที่อ้อ ๆ (Blunted) ระดับการรับรู้และความสามารถทางสติปัญญาไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางการรู้คิดในระยะการดำเนินโรค มีอาการหูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย มีความผิดปกติของความคิดและอาการด้านลบ การดำเนินโรคมักมีลักษณะต่อเนื่อง มีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ

สรุปความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง โดยพบความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย หรือโรคของสมอง

1.2 สาเหตุและอาการของโรคจิตเภท

Boyd (2008) กล่าวว่า ข้อบ่งชี้สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด และยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อาจเกิดจากปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงในการเจ็บป่วย เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไปเช่นกัน

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า

การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน

3) ด้านกายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติทางด้าน กายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนทริเคิล (Ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

4) ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคสเมตาโบลิซึมลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (Ego) และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, Torrey, & Bowler, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทของครอบครัวนั้น สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ Boyd (2008) และอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด ชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต และหลงผิดคิดว่าคนนินทาว่าร้ายตนเอง อาการประสาทหลอน ที่พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย

ใช้เวลานานกว่าจะตอบ พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่อง การแต่งกาย ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มี กิจกรรมที่สนุกสนาน (Asociality) อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ขาดการแสดงออก ทางด้านอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง โดยอาการของโรคจิตเภท สามารถแสดงออกได้หลายรูปแบบ แตกต่างกันไปมีอาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการทางบวกและกลุ่ม อาการทางลบ ระยะเวลา การดำเนินของโรคส่วนใหญ่แสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการ นำ เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน การทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย มีพฤติกรรม ผิดปกติจากเดิม หรือการแสดงอารมณ์อย่างรุนแรง ผู้ใกล้ชิดจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป จากคนเดิม ผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจนเช่น หูแว่ว หลงผิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

1.3 การดำเนินของโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภททั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2553)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการค่อยเป็นค่อยไปมัก มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ง

1.3.2 ระยะกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนและ หวาดระแวงเกิน 1 เดือน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.3.3 ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมาก อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหวาดระแวง อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้ มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนช่วงแรก ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็น ครั้งคราว การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกันมีผลกระทบต่อโรค และจิตใจของ ผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วน สำคัญที่ ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง พบว่าการพยากรณ์โรคไม่ดีในผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการ เมื่ออายุน้อย ไม่พบปัจจัยกระตุ้น อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อารมณ์เรียบเฉยแยกตัวเองเป็น กลุ่มอาการด้านลบ มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัวเป็นมานาน และไม่มีใครช่วยเหลือดูแล (มานิช หล่อตระกูล, 2553)

1.4 การวินิจฉัยโรค

ปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้ 2 เกณฑ์ คือ เกณฑ์ของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ ปรับปรุงเนื้อหา (4th ed. Text revision) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ดัง รายละเอียดต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2553)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมอเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้

14.1 มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่า 1 เดือนก็ได้ถ้าหากได้รับการรักษา) ได้แก่ 1) หลงผิด 2) ประสาทหลอน 3) มีความผิดปกติของคำพูด 4) มีพฤติกรรมสับสนอย่างเห็นได้ชัดเจน 5) มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ : อาการข้อ 1 หรือ 2 มีอาการเพียงอย่างเดียวถือว่าครบตามเกณฑ์

1.4.2 มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพ

1.4.3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีอาการดังกล่าวข้างต้น เป็นนานต่อเนื่องและเป็นอยู่เรื่อยๆ อย่างน้อย 6 เดือน

1.4.4 ต้องไม่ใช่โรคจิตชนิดอื่นคือ schizoaffective disorder

1.4.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

1.4.6 ถ้าเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive development disorder มาก่อนจะวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) อาการต่างๆของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 9 กลุ่มอาการดังนี้ 1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) 2. โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia) 3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia) 4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia) 5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia) 6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression) 7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia) 8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia) 9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการการบำบัดรักษาที่ใช้หลายวิธีการร่วมกัน ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นโดยมีวิธีการบำบัดรักษา ดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Horwath & Cournos, 1999; Kumar & Kurup, 2001) การรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ 1) ระยะควบคุมอาการเป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการ สั่น ตัวแข็ง

เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึม มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก
 2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีก แบ่งเป็นยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม และยารักษาโรคจิต ชนิดใหม่ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1) ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม เช่น Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุด Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันเช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupenthixol, Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อยมี Extra –pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol, Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ตัวเดียว คือ Loxapine, Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแต่ใช้แก้ปวด

2) ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ เช่น Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษาเป็นยา ที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า Haloperidol แต่ต้องใช้ขนาดปานกลาง (4–10 มิลลิกรัมต่อวัน)

3) ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบใน ตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ Extra–pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อ ระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง แบ่งเป็น 4 แบบ คือ 1) Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (Tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัว ทื่อไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (Mask– like faces) 2) Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก บางรายอาจมี นัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบนตลอดเวลา 3) Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated) 4) Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญ คือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น เคี้ยวดูด ปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้นขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T– Wave กว้าง และแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่า มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine

Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยา ที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ วุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่า

Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่ ต้องรีบให้การแก้ไข โดยหยุดยารักษา โรคจิตทั้งหมด ให้การรักษา

อาการชักอาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์กดขีดจำกัด (Threshold) ของการชักแต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยา

อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่ก็ลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวันจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึง ปฏิกิริยาภูมิแพ้ แต่ก็มักไม่ร้ายแรง

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (Skin eruptions) ได้หลายแบบเป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจากคลอโพรมาซีน (Chlopromazine) มากกว่าตัวอื่น

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาล แกรมเหลืองไปจับบริเวณเลนส์ (lens) และกระจกตา (cornea) พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วยเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับที่ได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้ตาบอดได้ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกันที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มันมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบน้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยาโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วยการรักษาโรคจิต

1.5.3 การดูแลรักษาจิตสังคม เช่น การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counselling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรครวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้นนิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาคุ้มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

สรุป การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบันมีหลายวิธีการที่ใช้ร่วมกัน ทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด โดยเน้นให้ความสำคัญในการดูแล การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ถือเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลบุคคลในด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2528) ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ โดยการพยาบาลถือเป็นศาสตร์และศิลป์มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่มี ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมผิดปกติจากเดิม หรือการแสดงอารมณ์อย่างรุนแรง ผู้ใกล้ชิดจะสังเกตพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม และจะแสดงอาการของโรคชัดเจนเช่นมีอาการหูแว่ว หลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล , 2553) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษา รวมทั้งการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยพยาบาลจิตเวช และพยาบาลจิตเวชต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ของพยาบาลเพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วย และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. การพยาบาลผู้ป่วยโดยเน้นคำนึงถึงครอบครัว ชุมชนของผู้ป่วยร่วมด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเพื่อให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) หรือเพื่อบรรเทาอาการของโรคโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หรือเพื่อการฟื้นหาย (Recover or Healing) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรค (Health Protection)

จากแนวการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว เมื่อก้าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หัวใจสำคัญของการพยาบาลคือกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลต้องนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ดังนี้ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545); ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2549)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย เน้นการประเมินสภาพทั่วไป อาการ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องประเมินคือ การประเมินด้านสุขภาพด้านร่างกายทั่วไป เช่น ความสะอาดทั่วไปของผู้ป่วย ความเหมาะสมของการแต่งกาย นอกจากนั้นแล้ว การประเมินด้านความคิดของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด เช่น ความคิดหลงผิดต่างๆ รวมไปถึงการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่พบความผิดปกติของการรับรู้ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน ในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม พฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง ซึ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสามารถประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและนำสู่กระบวนการพยาบาล

2. การวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นจะต้องสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกี่ยวข้องกับปัญหาอาการด้านบวกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนระยะสั้น ระยะยาว เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เฉพาะราย

5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ทราบว่าพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีประสิทธิผลเพียงใด และพยาบาลจะวางแผนแก้ไขในผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลอย่างไร

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ได้อธิบายถึงการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยหลักการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลดังนี้

1. การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาความพร่องการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย เนื่องจากความเสื่อมจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นๆ

เช่น หลงผิดหวาดระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำอาจเกิดภาวะขาดสารน้ำสารอาหารได้ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทคงศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. การพยาบาลด้านความคิด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิดที่บิดเบือนหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้นการหาความหมายของความคิดที่ผิดปกติ หรือการตรวจสอบความหมาย เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย และไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

3. การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาความผิดปกติด้านอารมณ์ พยาบาลต้องจึงมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติของผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสม

4. การพยาบาลด้านสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมทักษะด้านสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและเมื่อพิจารณาการพยาบาลตามระยะอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการทำงานและด้านสังคมต่ำลง สามารถแบ่งการพยาบาลตามระยะอาการของผู้ป่วยดังนี้

4.1 การพยาบาลระยะเริ่มแรก (Initial) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่ยอมรับว่าตนเอง เจ็บป่วย ส่งผลให้กิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยด้านชีวิตประจำวันลดลงด้วย รวมถึงความพร้อมด้านการสื่อสาร อาการหลงประสาทหลอน กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นในระยษะนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในบุคลากรทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเน้นการ ตอบสนองด้านร่างกาย เช่น การได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้แล้วยังมุ่งหวังด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกิจกรรมการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลคือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย

4.2 การพยาบาลระยะกลาง (Interim) ผู้ป่วยระยะเร่รังัดบำบัด พยาบาลต้องประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลยังเน้นที่สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น การเน้นญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยษะนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลช่วยเหลือแนะนำเป็นครั้งคราว

4.3 การพยาบาลระยะก่อนกลับบ้าน (Pre discharge) ในระยษะนี้ความต้องการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย (Minimal care) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคและการเจ็บป่วย

ของตนเองสามารถดูแลตนเองได้ทุกด้าน มีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เน้นทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติสุข

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2.1 ปัจจัยและกลไกการเสพติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งปัจจัยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (McCreadie & Kelly, 2000) โดยมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมขาดแรงจูงใจและความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้น้อย (George et al., 2000; Williams & Foulds, 2007) เกิดความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ความอยากรู้้อยากลอง ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และขาดทักษะในการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ ปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย นิโคตินมีปฏิกริยากับอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทใช้นิโคตินรักษาอาการด้านลบของตนเองหรือใช้ลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต เพราะมองว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้มีความสุข เพิ่มสมาธิ ลดหิวแ้ว ซึ่งในขณะที่เดียวกันสารนิโคตินจะเข้าไปลดประสิทธิภาพของยา รักษาโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับความรุนแรงและความก้าวร้าวของผู้ป่วย (Ziedonis & George, 1997) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการมีครอบครัวสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสูบบุหรี่ด้วย (Mann-Wrobel et al., 2011) การที่ผู้ป่วยอยากได้การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และเพื่อความตื่นเต้น (Forchuk et al., 1997) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่ ดังนี้

1) การสูบบุหรี่จะช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาถึงกลไกการเสพติดพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด (McChargue, Gulliver, & Hitsman, 2002; McChargue et al., 2002) โดยจะออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับ Nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral tegmental area (VTA) และส่งสัญญาณไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens (Shell region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ซึ่งส่งผลในด้านบวกที่คล้ายกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันบ้างตามชนิดของสารสื่อประสาทชนิดนั้นๆ โดยจะส่งผลต่อร่างกายทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ ความสบายใจ ความเพลิดเพลิน เกิดความตื่นตัว ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดัน มีแรงจูงใจในการทำงานหรือการวางแผนทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยลดความอยากอาหารลดลงได้ (McChargue et al., 2002) และกลไกการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทยังส่งผลต่ออาการด้านลบด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น เช่น ด้านการสื่อสาร ด้านอารมณ์ ด้านการสื่อสารพูดคุยกับผู้อื่น มีความกระตือรือร้น และสนใจในการดูแลตนเอง (ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552)

2) ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการสูบบุหรี่เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของ Dopamine บริเวณ Mesocortical, Mesolimbic และ Nigrostriatal pathway ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวให้ดีขึ้น จึงช่วยลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการ Parkinsonian symptom ได้แก่ การสั่นของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง และการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า (Veena & Peggy, 2005) จากการออกฤทธิ์ของยาที่ยับยั้งโดปามีน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จากปัจจัยดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่และเพิ่มปริมาณในการสูบบุหรี่มากขึ้น เป็นผลให้เกิดการติดบุหรี่ และเมื่อต้องการเลิกสูบบุหรี่จะกระทำได้ยาก โดยมีปัจจัยที่ขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การเกิดความทุกข์ทรมานจากการลดลงของนิโคตินในกระแสเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (Zhou & Jame, 2009) ความตั้งใจและสมาธิลดลง รวมถึงขาดความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่

2.2 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 ผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการติดบุหรี่ที่สูง และรุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป และเมื่อเข้ารับการรักษาจะมีการหยุดสูบบุหรี่ในอัตราที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (McChargue et al., 2002) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (Association, 2006; De Leon et al., 1995; Brown et al. 2000; Hennekens et al., 2005) และในขณะเดียวกันสารนิโคตินจะเข้าไปลดประสิทธิภาพของยารักษาโดยต้องเพิ่มปริมาณของยาต้านโรคจิต เนื่องจาก Hydrocarbon ของทาร์ที่อยู่ในบุหรี่ยังทำให้เอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย จึงต้องให้ขนาดยาที่สูงขึ้นเพื่อให้ถึงระดับของการรักษา นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา ในบางลักษณะที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ กระสับกระส่าย ภาวะวุ่นวาย ผุดลุกผุดนั่ง นิ่งไม่ติดที่ ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดความผิดปกติอย่างถาวร และยังเป็นเหตุนำไปสู่การเสพยาเสพติดอื่นๆ อีกด้วย (McCreadie & Kelly, 2000)

2.2.2 ผลต่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เงินหนึ่งส่วนสามเพื่อซื้อบุหรี่สูบ (McCreadie & Kelly, 2000) ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องใช้ปริมาณยาที่เพิ่มขึ้น และค่ารักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีกลิ่นตัวเหม็น ฟันเหลือง เล็บดำ เป็นต้น รวมถึงผลเสียกับคนในครอบครัว เช่น เกิดโรคจากควันบุหรี่มือสองมีผลเสียทั้งในระยะสั้น ได้แก่ ระบายเคืองจมูก ตา ลำคอมีอาการไอ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบายและเกิดอาการกำเริบของโรคประจำตัว เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด หัวใจขาดเลือด ผลในระยะยาว ได้แก่ โรคมะเร็งถ้าได้รับควันบุหรี่มือสองในปริมาณที่มากและนานพอสมควร รวมทั้งการสูบบุหรี่บ่อยๆ ยังขัดขวางการเข้าสังคมอีกด้วย

2.3 ความหมายของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มีผู้ให้ความหมายต่าง ๆ กันและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งในบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีลักษณะการ แสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกัน ดังนี้

ประไพจิต ชุมแวงวาปี (2542) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของบุคคล โดยการไม่ซื้อ หรือไม่ขอ ไม่รับหรือหยิบบุหรี่จากผู้อื่น รวมถึงไม่พกบุหรี่ หรืออุปกรณ์การสูบบุหรี่ เช่น ไม้ขีดไฟ ไฟแช็ค รวมทั้งหมายถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

กิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544) การปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอ หรือไม่รับ บุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่ หรือไม้ขีดไฟ หรือไฟแช็ค

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลโดยทั่วไปเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรม การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

อภิรักษ์ ปัญญาภาพ (2549) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง แสดงออกมาเป็นการ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ที่สามารถสังเกตเห็นและวัดได้ หรือพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือวัด เช่น ความคิด ความรู้สึก ทศนคติ

จิราภรณ์ เนียมกฤษกร (2550) อธิบายถึงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ว่า หมายถึง การแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การงดสูบบุหรี่ โดยการไม่พกบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบและไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

นรินทร์ดา ไชยพาน (2552) การปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีดัชนีดังต่อไปนี้ คือ การไม่ซื้อบุหรี่ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น การไม่หยิบบุหรี่คนอื่นมาสูบ การไม่พกพาบุหรี่ ไฟแช็ค และไม้ขีดไฟ การหายใจแบบลึกเมื่อรู้สึกหงุดหงิด การไม่เข้าใกล้คนที่สูบบุหรี่ การเลือกที่นั่งบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่ การทำกิจกรรมอย่างอื่น ๆ เมื่ออยากบุหรี่ เช่น เล่นกีฬา อาบน้ำ ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ เก็บเงินค่าบุหรี่ใส่กระปุกออมสิน การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ เป็นต้น

อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล (2552) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำใดๆของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ได้แก่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ไม่สามารถเลิกได้ 2) กลุ่มที่สามารถลดจำนวนมวนที่สูบลง 3) กลุ่มที่สามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำ หรือกิริยาอาการที่แสดงออกทางร่างกาย ความคิด หรือความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

ของผู้ป่วยจิตเภทที่นำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การไม่พบพหุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับ บุหรี่ หรือใช้สูบบุหรี่ทุกชนิด รวมทั้งการรับหรือขอบุหรี่จากบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังหมายรวมถึง การลดจำนวนมวนของบุหรี่ในการสูบต่อวัน

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่มีหลายปัจจัย ดังนี้

1. อายุจากการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นความตระหนักในความรับผิดชอบครอบครัวจะสูงขึ้น (Jetiyanuwatr, 2001)

2. เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จัดกว่าเพศหญิง เพศชายมีการรับรู้อันตรายและปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ต่ำกว่าเพศหญิง (Lundborg & Andersson, 2008)

3. ระดับการติดยาโคติน จากการศึกษาพบว่าระดับการติดยาโคตินสูงมีความสัมพันธ์กับ อัตราที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จต่ำในการเลิกสูบบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546)

4. ประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิก สูบบุหรี่และสามารถหาทางแก้ไขปัญหาในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งต่อไปได้แตกต่างกัน (Jetiyanuwatr, 2001; ศรีณย์ กอสนาม, 2550)

5. วิธีการเลิกสูบบุหรี่พบว่า การหักดิบหรือหยุดสูบทันทีและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ซึ่งแสดงถึงความตั้งใจอันแน่วแน่ ในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไม่กังวล อยากรสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าวิธีอื่นๆ วิธีอื่นๆ Jetiyanuwatr, 2001; ศิราณี อิ่มน้ำข้าว, 2555; พชรินทร์ อินทร์ปรุง, 2551)

6. ความตั้งใจในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จใน การเลิกสูบบุหรี่สูงสุด (ตรีชฎา บุญจันทร์, 2550)

7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การไม่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้า จากการการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (ณันทยา คารมย์, 2555)

การจะช่วยให้บุคคลที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้นั้น ยังพบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ เลิกสูบบุหรี่ของบุคคลได้เช่นการศึกษาของ ศิณีย์ สังข์ศรีศรี (2542) พบว่าสาเหตุส่วนบุคคลมี อิทธิพลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย รวมทั้ง การที่บุคคลต้องการเป็นตัวอย่างให้แก่บุคคลอื่น ในด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรณรงค์ในการเลิก สูบบุหรี่ และบุคคลอื่นแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

2.5 ความหมายเกี่ยวกับความอยากบุหรี่ (Craving)

ความหมายของความอยากบุหรี่ ได้มีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายของความอยากไว้มากมาย มีรายละเอียดดังนี้

จำลอง ดิษยวณิช (2541) ให้ความหมายว่าเป็นความปรารถนา ความพึงพอใจต่อ สิ่งนั้นๆ เมื่อไม่ได้ตามความปรารถนา หรือความพึงพอใจทำให้เกิดความอยากเกิดขึ้น

พระปราโมทย์ ปาโมชโช (2550) ให้ความหมายว่ามีลักษณะเช่นเดียวกับตัณหา เมื่อเกิดความอยากจะเป็นตัวนำไปสู่การกระทำ เกิดการกระทำตามอำนาจของความอยากตามมา

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายว่า ปรารถนา ประสงค์ ต้องการ สรุปล ความหมายของความอยากได้ว่า เป็นความปรารถนา หรือต้องการ ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเมื่อไม่ได้ตามความปรารถนา ความต้องการ จะทำให้เกิดความอยากเกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของ ความรู้สึกอยากบุหรี่ ได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญให้ความหมายของความรู้สึกอยากบุหรื่อดังนี้

อรอนงค์ ส่งทวน (2552) ให้ความหมายของความรู้สึกอยากบุหรี่ยุ่ เป็นความรู้สึก ปรารถนาที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบ 4 ประการคือ 1) ความต้องการสูบบุหรี่ 2) ความ คาดหวังในผลด้านบวกจากการสูบบุหรี่ 3) ความคาดหวังที่จะบรรเทาอาการจากการขาดนิโคตินและ ผลด้านลบจากการเลิกบุหรี่ 4) และความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่

Mezinskis, Honos-Webb, Kropp, and Somoza (2001) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึก ต้องการที่จะสูบบุหรี่ซึ่ง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม สรีระวิทยาและสารเคมีในระบบประสาท

Heishman, Singleton, & Moolchan (2003) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความต้องการหรือปรารถนาที่จะ สูบบุหรี่ เมื่อไม่ได้สูบจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) การมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness)

Shiffman, West, & Gilbert (2004) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความปรารถนาหรือความต้องการ ที่จะสูบบุหรี่อย่างรุนแรง

จากความหมายของความรู้สึกอยากบุหรี่ยุ่ สรุปลความหมายได้ว่า เป็นความปรารถนาหรือความต้องการที่จะสูบบุหรี่ เมื่อไม่ได้สูบจะเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม สรีระวิทยาและสารเคมีในระบบประสาท เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น หรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) การมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness)

2.6 การบำบัดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

การบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่จะเริ่มจากการสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแบบกระชับ

(Brief clinician intervention) เน้นประเด็นปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่และติดบุหรือน้อยกว่าบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชประเภทอื่นๆ แต่รูปแบบก็คล้ายกับการบำบัดผู้ติดบุหรี่ทั่วไป เพียงแต่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการบำบัดด้วยยาร่วมด้วย และผลของการบำบัดจะได้ผลน้อยกว่าคนทั่วไป ผู้ป่วยอาจจะต้องเข้าโปรแกรมการบำบัดซ้ำหลายๆ ครั้ง รูปแบบของการบำบัดผู้ติดบุหรี่ที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่รูปแบบการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ที่พัฒนาโดย University of Michigan Health System (2001), National Advisory Committee on Health & Disability, 2002; Flay, d'Avernas, Best, Kersell, & Ryan 1983; สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ จิราภรณ์ เนียมบุญขร, 2550; นันทิยาภรณ์ มะละศิลป์, 2555; เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, 2556) สามารถใช้ในการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ได้ทั้งบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยโรคทางกาย และผู้ป่วยจิตเวชซึ่งกระบวนการบำบัดมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การซักประวัติ (Ask) ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติสุขภาพ

2. การแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (Advise) เป็นระยะเริ่มแรกของการบำบัดเป็นการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ (Brief clinician intervention) เน้นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ โดยการสื่อสารที่มีความชัดเจน (Clear) ให้ผู้รับบริการทราบว่า ผู้บำบัดคิดว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่เขาต้องหยุดสูบบุหรี่เดี๋ยวนี้ และผู้บำบัดยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำที่หนักแน่น (Strong) ว่าเขาจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต และการให้คำแนะนำให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน

3. ประเมินความตั้งใจการหยุดบุหรี่ (Assess) โดยการประเมินว่าผู้รับบริการพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้าหรือไม่และถ้าผู้รับบริการมีความพร้อมและต้องการความช่วยเหลือในการหยุดสูบบุหรี่ ผู้บำบัดก็จะแนะนำแหล่งบริการ ที่ช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ที่ใกล้ที่สุด แต่ถ้าผู้รับบริการยังไม่มีความพร้อมในการหยุดสูบบุหรี่ ให้ใช้การบำบัดเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ (Motivation intervention) เป็นการบำบัดแบบกระชับสั้น (Brief clinician intervention)

4. การช่วยเหลือ (Assist) และการส่งต่อ (Refer) ผู้รับบริการเพื่อให้ได้รับการบำบัดที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมหรือมีความสนใจที่จะหยุดสูบบุหรี่หรือต้องการบำบัดภายใน 30 วันข้างหน้า ซึ่งรูปแบบของการบำบัดมีทั้งการบำบัดทางจิตสังคมและการบำบัดทางยา รูปแบบของการบำบัดช่วยเหลือ (Assist) การบำบัดช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ มีหลายรูปแบบและขั้นตอน เพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่และดำรงพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ไว้ได้ ซึ่งรูปแบบการบำบัดมี ดังนี้

4.1 การช่วยให้ผู้รับบริการวางแผนการหยุดสูบบุหรี่โดย

4.1.1 กำหนดวันหยุดสู้อย่างชัดเจนและทำแผนบันทึก หรือสมุดบันทึกอาจเลือกเอาวันสำคัญต่างๆ ในรอบปี เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบแต่งงาน หรือวันเกิดลูก การกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ สามารถทำนายผลสำเร็จของการหยุดสูบบุหรี่ระยะยาวได้เป็นปัจจัยหนึ่ง

4.1.2 การบอกคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนที่คุณรักให้ทราบว่ามีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ และขอให้ช่วยให้การสนับสนุนให้กำลังใจ

4.1.3 การเตรียมความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยการตั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกจากสิ่งแวดล้อมให้หมด ทั้งที่บ้าน ในรถและที่ทำงาน

4.1.4 การตรวจสอบและประเมินประสบการณ์จากการเลิกครั้งที่แล้วว่าได้วางแผนการหยุดสูบบุหรี่ไว้อย่างไรบ้างและมีอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางอะไรทำไมถึงกลับมาสูบบอก เพื่อปรับปรุงแผนการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ต่อไป

4.1.5 การเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายในช่วง วิกฤตโดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการหยุดสูบบอก เช่น การจัดการกับอาการขาดนิโคติน

4.2 การส่งไปบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น ซึ่งมีจำนวนครั้งของการบำบัดทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มผู้รับบริการที่ควรได้รับการบำบัดแบบเข้มข้น ได้แก่

4.2.1 ได้รับการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ หลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ

4.2.2 ต้องได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับมาสูบบุหรี่ และกลับไปติดซ้ำ เช่น ทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ (Coping strategies, problem solving) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (Relapse prevention)

5. การนัดหมายเพื่อติดตามรักษาต่อเนื่อง (Arrange)

5.1 การจัดตารางการนัดหมาย (Schedule follow-up) การติดตามประเมินการหยุดสูบบุหรี่จะทำทุกครั้งที่ผู้ป่วยกลับมาติดตามการให้คำปรึกษาและการติดตามในระยะอื่นๆ ที่ผู้รับบริการไม่ได้มาที่หน่วยบำบัด จะใช้การติดตามทางโทรศัพท์

5.2 ระยะเวลาในการติดตาม (Time) การติดตามการบำบัด จะทำทันทีเมื่อ ผู้รับบริการเริ่มหยุดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ และการติดตาม อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้อัตราการหยุดสูบบุหรี่สูงกว่าการบำบัดที่ไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นควรกระทำทันทีใน 24 ชั่วโมงแรกเพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ใหม่ๆ อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์นิโคตินมีความรู้สึกทรมานจากภาวะดังกล่าวและกลับไปสูบบุหรี่ได้อีก หลังจากนั้นติดตามผลต่อทุก 1 เดือนใน 6 เดือนแรกจากนั้นติดตามผลเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยทั่วไปประมาณ 1-2 ปี (รณชัย คงสกนธ์, 2550) เมื่อเลิกบุหรี่ได้แล้วอาจต้องนัดผู้ป่วยมาเป็นระยะเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบอกใหม่ (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2550)

2.7 การประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

การประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลนั้น สามารถประเมินได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) บุคคลไม่ซื้อ หรือไม่ขอ ไม่รับหรือหยิบบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกบุหรี่ หรืออุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น ไมซ์ไฟ ไฟแช็ค (ประไพจิต ชุมแสงวาปี, 2542) ไม่พกบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบและไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ที่ติดตัวรวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (จิราภรณ์ เนียมกฤษช, 2550) ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ที่สามารถสังเกตเห็นและวัดได้ หรือพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือวัด เช่น ความคิด ความรู้สึก ทักษะ (อภิรักษ์ ปัญญาภาพ, 2549) ซึ่งการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังกล่าว สามารถวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ออกมาเป็นค่าคะแนนพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินหรือแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง (self-reported) แบ่งออกเป็น 3 แบบ (Velicer et al., 1992) คือ

1) การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกบุหรี่ได้หรือไม่จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมินผล การวัดการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีนี้มีข้อดี เช่น การเลิกสูบบุหรี่ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีประโยชน์ในการประเมินปริมาณของการติดนิโคตินในร่างกายได้ (Velicer & Prochaska, 2004) สามารถบอกแนวโน้มการหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งให้ได้ผลสูง สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 3 เดือนแรก U. D. o. Health and Services (1990)

2) การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน (Continuous abstinence) หมายถึง การเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่วันที่กำหนดเลิกจนถึงวันประเมินผล

3) การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Prolonged abstinence) หมายถึง หมายถึงการหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถใช้เป็นแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่หลังการได้รับการจัดกิจกรรมทางการแพทย์ไปแล้ว (Velicer & Prochaska, 2004) นอกจากนี้มีการวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการติดตามผลหลังจากกิจกรรม สิ้นสุด เพื่อติดตามพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดังนี้ SANE ออสเตรเลีย (2001) และ Strasser et al. (2002) ให้ข้อเสนอแนะความถี่ในการติดตามผล (Monitor frequently) ภายใน 1-3 วัน หลัง เลิก สูบ บุหรี่ เพื่อติดตามอาการถอนพิษและส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการทางจิต อาการซึมเศร้า และผลของยาหลังจากนั้น ทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

1.4 ใช้ Research evidence เป็นแนวทางในการปฏิบัติช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

1.5 ใช้วิธีการ approach เกี่ยวกับสุขภาพและการจัดการกับความเจ็บป่วย

2. บทบาทการในการให้ความรู้ (Education) โดยการวางแผนให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดกับตนเองทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ครอบครัว เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม (พัชรินทร์ อินทร์ปรุง, 2551)

3. บทบาทด้านการวิจัยทางการแพทย์ (Researcher) การใช้ข้อมูลหลักฐานทางการแพทย์พัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมในการช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เผยแพร่และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

4. บทบาทด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) เป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ เพื่อเสริมแรงจูงใจ ให้การประคับประคอง ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

5. บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ละ เลิก การสูบบุหรี่

6. บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม (Ethical Role) บริการที่เน้นผู้สูบบุหรี่เป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงสิทธิของผู้สูบบุหรี่ทุกราย ยึดถือจรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์กับการควบคุมยาสูบ (นันทิยาภรณ์ มะละศิลป์, 2555)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในด้านการเจ็บป่วยและการดูแล ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลจึงต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งนอกจากจะให้การพยาบาลตามหลักการพยาบาลทั่วไป ครอบคลุมการพยาบาลด้านร่างกาย การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ และการพยาบาลด้านสังคมร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติ การพยาบาลดังกล่าว (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) เพื่อวางแผนการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.1 แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)

Bandura (1997) ได้อธิบายแนวคิดโดยกล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning Theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self regulatory) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการโดยบุคคลตัดสินความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่างและการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จโดยบุคคลที่เชื่อในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จและสมรรถนะแห่งตนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถและมั่นใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัตินั้นๆ จนประสบความสำเร็จซึ่งเป็นการเชื่อก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ หรือแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการซึ่งการรับรู้สมรรถนะเป็นผลที่ได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบในสังคม (social behavior) หรือการได้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง

2. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่ใช้ประเมินพฤติกรรมของตนเองว่าส่งผลตามที่ตนเองคาดหวังไว้ เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองต้องการจนประสบความสำเร็จ มีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

สรุปได้ว่าบุคคลจะรับรู้ความสามารถหรือสมรรถนะแห่งตนและเรียนรู้ผลของการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ และผลของการเกิดพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคลอีกด้วย ดังนั้นเมื่อบุคคลตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เกิดจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของตนเองซึ่งเกิดจากปัจจัยองค์ประกอบ 2 ประการดังที่กล่าวมา คือ ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy beliefs) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation)

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997)

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ได้อธิบายว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำพฤติกรรมของบุคคล 4 ประการ

3.2.1 การเลือกกระทำพฤติกรรมบุคคลจะมีการตัดสินใจอยู่ตลอดเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมจะใช้ระยะเวลาานเท่าใดเลือกที่จะกระทำภายใต้สถานการณ์ใดซึ่งเป็นผลมาจาก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนถ้าบุคคลเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จได้แสดงให้เห็นถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและถ้าบุคคลไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการกระทำให้บรรลุผลสำเร็จ บุคคลจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม แสดงให้เห็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

3.2.2 การใช้ความพยายามและความอดทนโดยสมรรถนะของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดความพยายามและความอดทนของบุคคลว่าจะใช้เท่าใดถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะอดทนและมีความพยายามในการทำงานมากและมักจะประสบความสำเร็จในงานที่ท้าทายความสามารถ ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำทำให้ขาดความพยายามในการทำงานและเลิกไปในที่สุด

3.2.3 รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะมีความเอาใจใส่และพยายามจะกระทำพฤติกรรมต่างๆสูงส่วนบุคคลที่รับรู้ในสมรรถนะของตนเองต่ำจะเกิดความยากลำบากในการกระทำพฤติกรรมต่างๆเกิดความเครียดและทำลายสมรรถนะความสามารถของตนเอง

3.2.4 กำหนดการกระทำพฤติกรรมเองโดยบุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะคิดรู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่มีความน่าสนใจ มีความท้าทายหากยังไม่บรรลุเป้าหมายจะมีความพยายามมากยิ่งขึ้น หากล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมจะใช้ความล้มเหลวนี้เป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ ประสบผลสำเร็จ ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ มักจะใช้สมรรถนะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตนเอง มีความพยายาม ความทะเยอทะยานต่ำ มีความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก เมื่อพบกับปัญหาอุปสรรคก็จะล้มเลิกกระทำพฤติกรรมนั้น

จากปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนกับการกระทำพฤติกรรม และบุคคลจะรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นขึ้นอยู่กับมิติการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังนี้

1. มิติระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (level) บุคคลใดที่รับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ง่ายและรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถทำได้ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความ มั่นใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมเป็นเรื่องยากจะทำให้ บุคคลขาดความมั่นใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรม

2. มิติการเชื่อมโยงประสบการณ์ (generality) เมื่อบุคคลพบเหตุการณ์ที่มีความ คล้ายคลึงกับ ประสบการณ์เดิมในอดีตที่ประสบความสำเร็จ บุคคลนั้นจะเชื่อมโยงทักษะประสบการณ์ และมีความมั่นใจกระทำพฤติกรรมใหม่

3. มิติระดับความเข้มแข็งของบุคคล (strength) บุคคลที่มีความเข้มแข็งจะเชื่อมั่น ว่าตนมีสมรรถนะและมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งไม่ยากเกินความสามารถของ ตนเอง และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นและเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังกล่าวแล้วจะทำให้เกิด

ความเชื่อมั่นใน สมรรถนะแห่งตนเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นบุคคลจึงควรได้รับการ พัฒนาสมรรถนะแห่งตน โดยตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้อธิบายปัจจัยที่อิทธิพลต่อการ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเป็นการให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจและควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ความสำเร็จพร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลพัฒนาและกระทำพฤติกรรมจนสำเร็จ

2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ เมื่อบุคคลได้เห็นและสังเกตตัวแบบกระทำ พฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับจะทำให้ผู้ที่สังเกตตัวแบบเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกันโดยการได้เห็นตัวแบบประกอบด้วย กระบวนการดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) หมายถึงตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ผู้สังเกตสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ข้อดีของตัวแบบบุคคลจริง คือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อให้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์ให้มากขึ้น และยังช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ดี

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ตัวแบบลักษณะนี้ได้แก่การนำเสนอตัวแบบจากภาพยนตร์ วิดีโอเทป หนังสือ ภาพพริก การ์ตูน โดยมีการจัดเตรียมเรื่องราวไว้นำเสนอผลดีของตัวแบบสัญลักษณ์คือสามารถมุ่งเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งควบคุมพฤติกรรม และผลกระทบของตัวแบบได้และสามารถเก็บตัวแบบไว้ใช้ต่อไปได้อีก

3. ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (Bandura, 1997) เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมจนเกิดความสำเร็จหลายๆ ครั้ง ซ้ำๆ จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากขึ้นและจะทำจนเกิดความสำเร็จทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของบุคคล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้กระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในภาวะอารมณ์ที่บุคคลมีความกลัววิตกกังวล เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

3.3 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจากการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ยังนับเป็นความซับซ้อนทางด้านการเจ็บป่วยและปัญหาการดูแล ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังนี้

3.3.1 บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practitioners) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นพยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการรายบุคคลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะหรือโรคเฉพาะ (Care Management) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะโรคและพยาบาลต้องมีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care) เช่นกันและถูกกำหนดไว้ในสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (สภาการพยาบาล, 2552) โดยในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นพยาบาลยังมีบทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Caregiver) ดูแลสุขภาพ ป้องกัน ส่งเสริม พัฒนาสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

3.3.2 บทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator) ในด้านบทบาทการให้ความรู้ที่พยาบาลเน้นการบูรณาการการใช้ข้อมูลหลักฐานทางการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งหมายถึงโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งการเรียนรู้นี้ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy theory) ตามแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาของ Bandura (1997) โดยแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการที่บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงการเป็นผู้ให้ความรู้แก่ญาติ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทั้งระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ตระหนัก ถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากผู้ป่วยจิตเภทแล้ว การรณรงค์คนไทยไม่สูบบุหรี่เป็นกลยุทธ์สำคัญของการควบคุมยาสูบ รวมทั้ง

การประสานความร่วมมือ (Collaboration) กับทีมสุขภาพ อื่นๆ เช่น แพทย์ เกษัชกร ในการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocacy) ด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นการพัฒนาความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

3.3.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลต้องมีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลแสดงถึงการเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่ผ่านการเรียนรู้ฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ เชี่ยวชาญ สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ บอกถึงแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าถึงบริการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น สภากาพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) ประสานความร่วมมือกับแพทย์ พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

3.3.4 บทบาทด้านการวิจัย (Researcher) มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) และนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัย และเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งการมีส่วนร่วม เป็นผู้นำในการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้และนำผลการวิจัย ที่ได้ประยุกต์บูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาล โดยผลการวิจัยนั้นเป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว ชุมชน สังคม และพัฒนาวิชาชีพต่อไป

3.3.5 บทบาทด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ (Role model) พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลสุขภาพพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งการไม่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์บุหรี่ ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นเป็นแบบอย่าง ถือได้ว่าพยาบาลเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้มากขึ้น มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แสดงพฤติกรรมอาการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ตามแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน ตามศักยภาพของตนเองได้อย่างมีความสุข

4. การนวดกดจุดสะท้อน

การนวดกดจุดสะท้อน เป็นศาสตร์หนึ่งของการนวดและเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary medicine) ศูนย์การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติภายใต้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM) ให้ความหมายของการบำบัดแบบผสมผสานว่า เป็นการผสมผสานการแพทย์หลายๆศาสตร์ร่วมกันซึ่งอาจรวมการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุข (NCCAM, 2007) นอกจากนี้ Heitkemper and Jarrett (2005) ได้ให้ความหมายของการบำบัดแบบผสมผสานว่า เป็นการผสมผสานกันระหว่างการรักษาแบบดั้งเดิมหรือการแพทย์ทางเลือก กับการรักษาด้วยการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการและเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต การนวดกดจุดสะท้อนเป็นแนวคิดการบำบัดดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Boyd et al., 2001; Gunnarsdottir & Jonsdottir, 2007) เป็นทั้งศิลปะแห่งการสัมผัสผสมผสานกับศาสตร์แห่งพลังบำบัดสุขภาพด้วยธรรมชาติ ซึ่งผลของการนวดกดจุดสะท้อนช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ขจัดของเสีย ลดความปวด เป็นการผ่อนคลายในระดับลึกช่วยลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียดและอาการไม่สบายของผู้ป่วย (Xavier, 2007) และยังกระตุ้นกระแสประสาทให้ปล่อยเอนโดर्फินออกมา (Hodgson & Andersen, 2008) เอนโดर्फินเป็นสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน หลังจากสมองส่วน ventral tegmental area และ nucleus accumbens รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ทำให้มีอารมณ์เป็นสุขและสบายใจขึ้น (Shaw & al'Absi, 2008) เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนไปยังสมอง ส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้ผู้ที่ได้รับการนวดเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลเช่นเดียวกับการได้รับนิโคติน ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนจึงเป็นการบำบัดทางเลือกอีกวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Kunz, Vist, & Oxman, 2007) ทั้งยังเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มุ่งหวังที่จะดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Ounprasertpong, 2002)

4.1 ผลของการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการลด ละ เลิกบุหรี่

การติดบุหรี่มีปัจจัย 3 อย่างประกอบด้วย การเสพติดสารนิโคตินที่มีอยู่ในควันบุหรี่ (physical dependence) การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ (psychological dependence) และการเสพติดทางพฤติกรรมสังคมและความเคยชิน (social & habitual dependence) การเสพติด

บุหรืในแต่ละรายมักเกิดจากปัจจัยทั้งสามร่วมกัน แต่ในสัดส่วนของแต่ละปัจจัยแตกต่างกันไปในแต่ละราย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) เมื่อสูบบุหรืนิโคตินสามารถดูดซึมเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็ว และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติด (Hatsukami, Stead, & Gupta, 2008) ผู้สูบบุหรือาจเสพติดบุหรืเพราะติดใจในผลของนิโคติน ซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรืด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552:53) ผู้สูบบุหรืจำนวนมากมีความเชื่อว่าการสูบบุหรืมีอิทธิ ต่ออารมณ์และความรู้สึกในเชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด อารมณ์โกรธ ความกระวนกระวาย ผู้สูบบุหรืส่วนหนึ่งเชื่อว่านิโคตินสามารถช่วยลดความรู้สึกในเชิงลบด้วยการทำให้อาการถอนนิโคตินหายไป (Lujic, Reuter & Netter, 2005:8) การนวดกดจุดสะท้อนช่วยลดความตึงเครียด ลดความปวด และรู้สึกผ่อนคลาย (Wilkinson, Prigmore, & Rayner, 2005) นอกจากนี้ยังช่วยทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลงในระดับลึก ลดความวิตกกังวล และความตึงเครียดได้ (Braun & Simonson, 2008; Martin, 2007a; Wren & Norred, 2003) สามารถลดการติดบุหรืด้านการเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรืได้สำเร็จ

ศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วย ลด ละ เลิก บุหรืได้ด้วยตนเองโดยวิธีทางธรรมชาติเพราะการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต้องอาศัยกระบวนการสะท้อนกลับของร่างกาย เพราะเท้าเป็นส่วนปลายของร่างกายที่มีปลายประสาทเชื่อมโยงไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนในตำแหน่งต่างๆ ของเท้าจึงสามารถวินิจฉัยได้ว่าส่วนใดของร่างกายเกิดความไม่สมดุลและจะไปกระตุ้นทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ กลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างน่าอัศจรรย์

การกดจุดที่เท้าเพื่อช่วยในการลด ละ เลิกบุหรื จะเส้นกดจุดที่ตำแหน่งของเท้าบริเวณที่สะท้อนไปยังส่วนของสมอง เพื่อกระตุ้นให้สมองหลังสารเคมีออกมาทำให้เรามีความสุขเหมือนกับโลกการทำงานของนิโคติน แต่เมื่อร่างกายไม่สามารถหลังสารเคมีออกมาได้เอง ทำให้การสูบบุหรืที่มีสารนิโคตินจะมีรสชาติจืด ขม ส่งผลให้ผู้สูบบุหรืไม่อยากสูบบุหรืไปโดยปริยาย

นอกจากนวดกดจุด ณ ตำแหน่งที่สะท้อนไปยังสมองแล้ว เรายังต้องนวดกดจุดสะท้อนระบบประสาทสัมผัสด้วยซึ่งจะสะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง จมูก ลำคอ ท่อหายใจ ปอด ต่อม้ำเหลืองที่ปอด เมื่อเรานวดกดจุดสะท้อนตามตำแหน่งดังกล่าว จะทำให้อวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเหล่านี้ ซึ่งถูกทำลายจนเสื่อมโทรมเพราะการสูบบุหรื ให้ฟื้นคืนกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม เช่น เมื่อคุณสูบบุหรืจะมีสารเคมีต่างๆ มากมายที่ไปทำลายส่วนต่างๆ ของจมูก ทำให้การรับรู้กลิ่นสูญเสียไป แต่เมื่อเรานวดกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส ก็จะทำให้การทำงานของจมูกและ

ระบบการหายใจกลับมาทำงานเป็นปกติ นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าไม่ใช่เป็นเพียงการนวดเพื่อช่วยลดละอองหรือเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการช่วยฟื้นฟูสร้างเสริมสร้างสุขภาพหลังจากการเลิกบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

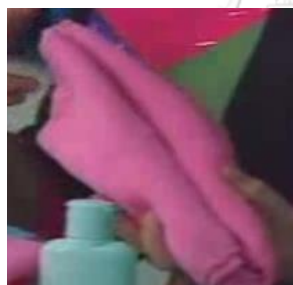
วัตถุประสงค์การนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการเลิกสูบบุหรี่

1. เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โกรธง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง วิดกกังวล นอนไม่หลับ และอาการอยากบุหรี่ ช่วยให้ร่างกายและจิตใจคลายความตึงเครียด โดยทำให้เกิดการผ่อนคลายในระดับลึกทำให้อารมณ์ดีลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบาย ส่งเสริมการนอนหลับ

2. กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลือง ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้นช่วยนำออกซิเจนและสารอาหารไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อ รวมทั้งช่วยขจัดของเสียและสารพิษที่เกิดจากขบวนการเผาผลาญออกจากร่างกาย ส่งเสริมการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆในร่างกาย

3. ช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟินจากสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก เป็นสุขใจช่วยทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น

อุปกรณ์ในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า



1. ผ้าขนหนูขนาดประมาณ 30x15 นิ้ว จำนวน 1 ผืน
2. โลชั่นน้ำมัน ช่วยในการหล่อลื่นขณะนวด

การเตรียมตัวก่อนการนวด ไม่ควรรับประทานอาหารก่อนการนวด หรือถ้าต้องนวดหลังรับประทานอาหารควรเว้นระยะประมาณ 1 ชั่วโมง จึงจะเริ่มการนวด

หลักการสำคัญและเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

1. เริ่มการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่มือซ้ายก่อนเสมอ เพราะมือซ้ายมีตำแหน่งที่เป็นที่ตั้งของหัวใจ เพื่อไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของหัวใจ ให้กระตุ้นการไหลเวียนไปถึงสมอง

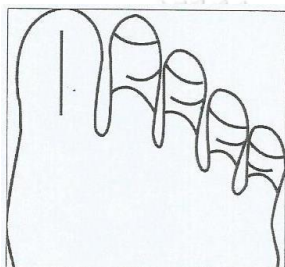
2. แรังกดบริเวณจุดสะท้อนแต่ละตำแหน่ง ต้องนุ่มนวล ลงน้ำหนักให้พอดีในแต่ละบุคคล ขณะที่กดลงไปในแต่ละครั้งให้กดจนวดอย่าง เนิบๆ ซ้ำๆ ไม่กระแทกหรือกระชาก และกดจนวดแต่ละจุดจำนวน 40 ครั้ง แล้วจึงค่อยๆ ถอนมือออกช้าๆ ก่อนเคลื่อนไปกดตำแหน่งต่อไป

หลักการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อช่วยลด ละ เลิกยาสูบ ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 1 การแบ่งพื้นที่ในการนวด

ลำดับแรก ให้แบ่งพื้นที่นิ้วโป้งในแนวตั้ง

รูปที่ 1 : แบ่งพื้นที่นิ้วโป้งในแนวตั้ง



ลำดับที่สอง ให้แบ่งพื้นที่ในแนวนอน

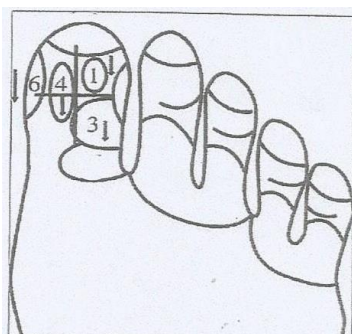
รูปที่ 2 : แบ่งพื้นที่ในแนวนอน



ขั้นตอนที่ 2 การหาจุดสะท้อน

จุดสะท้อนที่จะใช้บนฝ่าเท้า ได้แก่ จุดสะท้อนที่ 1, 3, 4, 6 และ 48 ตามลำดับ

รูปที่ 3 : จุดสะท้อนที่ 1, 3, 4, 6, และ 48 ตามลำดับ



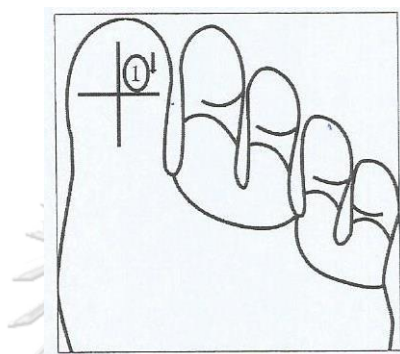
● จุดสะท้อนที่ 1

ตำแหน่ง : อยู่สี่เหลี่ยมด้านบนด้านในที่ติดกับนิ้วชี้

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่สมองใหญ่ : ควบคุมการเคลื่อนไหว และการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ เช่น การได้กลิ่น การพูด การสื่อสาร การเรียน การเข้าใจและความจำ

รูปที่ 4 : แสดงจุดสะท้อนที่ 1



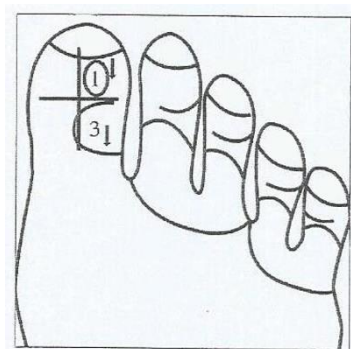
● จุดสะท้อนที่ 3

ตำแหน่ง : อยู่สี่เหลี่ยมด้านล่างด้านในที่ติดกับนิ้วชี้ (ใต้จุดสะท้อนที่ 1)

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่สมองเล็ก : ช่วยกระตุ้นในส่วนความจำ

รูปที่ 5 : แสดงจุดสะท้อนที่ 3



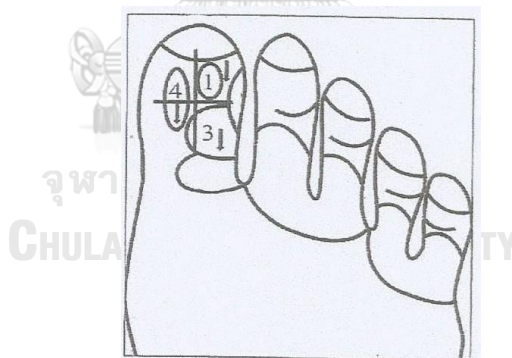
● จุดสะท้อนที่ 4

ตำแหน่ง : อยู่สี่เหลี่ยมด้านนอกทั้งบนและล่าง

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่ต่อมใต้สมอง : ช่วยในเรื่องกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดเช่นช่วยในเรื่องการนอนหลับ ชะลอความแก่

รูปที่ 6 : แสดงจุดสะท้อนที่ 4



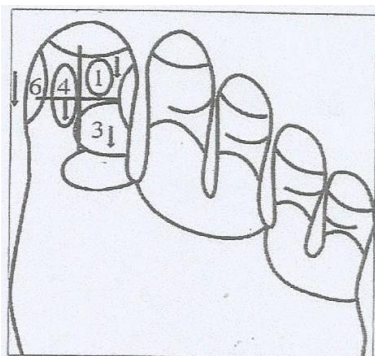
● จุดสะท้อนที่ 6

ตำแหน่ง : อยู่บริเวณด้านข้างด้านนอกนิ้วโป้ง (ตรงข้ามจุดสะท้อนที่ 5)

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่จมูก : จะช่วยให้หายใจสะดวก

รูปที่ 7 : แสดงจุดสะท้อนที่ 6



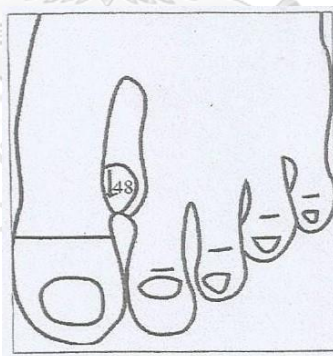
- จุดสะท้อนที่ 48

ตำแหน่ง : อยู่บริเวณโคนนิ้วโป้งด้านใน

ทิศทางการนวด : นวดจากบนลงล่าง (นวดมาที่ปลายนิ้ว)

จุดสะท้อนไปที่ลำคอ หลอดลม : ช่วยให้หายใจสะดวก บรรเทาอาการไอหวัดได้โดยไม่ต้องรับประทานยา

รูปที่ 8 : แสดงจุดสะท้อนที่ 48



*** จุดสะท้อนที่ 1, 3, 6, 48 เท้าซ้ายควบคุมอวัยวะซี่กขวา

*** จุดสะท้อนที่ 1, 3, 6, 48 เท้าขวาควบคุมอวัยวะซี่กซ้าย

ทั้งนี้ ตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าขวาจะเหมือนกับตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าซ้าย

จุดสะท้อนต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้อวัยวะภายในปรับการทำงานของร่างกาย ทำให้มีส่วนช่วยอาการ อายากบุหรี่ลดน้อยลง ยังส่งผลทำให้อาการต่างๆ ลดลง ได้แก่ ปวดหัว ลดอาการเครียดไมเกรน นอน

ไม่หลับ ปวดคอ กระตุ้นการทำงานของต่อมฮอร์โมนต่างๆ บรรเทาอาการหวัด คัดจมูก เจ็บคอ ไซนัส ภูมิแพ้ และ ระบบทางเดินหายใจให้ดีขึ้น

ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าที่นำมาจัดกิจกรรมร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนเองต่อพฤติกรรมลดการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่อีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลด ละ เลิก บุหรี่ได้ด้วยตนเอง (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) เพื่อช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถทนต่อ อาการเปลี่ยนแปลงจากอาการอยากบุหรี่ที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ทั้งยังเป็น การดูแลแบบองค์รวม มุ่งหวังที่จะดูแลทั้งร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ (Ounprasertpong, 2002) เป็นการส่งเสริม สุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Kunz et al., 2007) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถ นำมาใช้เป็นบทบาทอิสระซึ่งพยาบาลสามารถทำได้

5. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการเลิกบุหรี่ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกด จุดสะท้อนที่เท้าเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary medicine) การแพทย์ทางเลือกภายใต้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่มี ความเชื่อมั่นในความสามารถว่าตนจะสามารถลดและเลิกบุหรี่ได้ โดยการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุด สะท้อน ในทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทผ่อนคลาย ลดความกังวล ความเครียด และความ ออยากบุหรี่ โดยการดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มๆ ละ 10 คน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ มีการติดตามประเมินซ้ำอีก 2 สัปดาห์ หลังจบกิจกรรม โดย ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยการใช้คำพูดชักจูงมี 4 วิธี คือ การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self instruction) และ การอธิบาย (Interpretive treatment) เพื่อให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำประกอบการสร้างความ ตระหนัก สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบ บุหรี่ ให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ ของการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึก ออยากบุหรี่ โดยเริ่มจากการอธิบายเชื่อมโยงถึงประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าว่าช่วยลด ความรู้สึกอยากบุหรี่ได้อย่างไร บอกวัตถุประสงค์ เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ข้อควรระวังใน

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าและขั้นตอนในการนวดกดจุดสะท้อนเท้า โดยผู้วิจัยใช้การสาธิตวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อนให้แก่ผู้ป่วยที่ละตำแหน่งโดยการกดและนวดจุดสะท้อนตำแหน่งละ 40 ครั้งตามขั้นตอน และให้ผู้ป่วยทำตามผู้วิจัยทุกขั้นตอน จากนั้นให้สาธิตย้อนกลับเพื่อเป็นการทบทวนเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่ถูกต้อง โดยเริ่มจากเท้าซ้ายก่อนเสมอ เพราะเป็นตำแหน่งที่ตั้งของหัวใจเพื่อไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของหัวใจ ให้กระตุ้นการไหลเวียนไปถึงสมอง

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1 และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) ที่อยู่ในขั้นตอนการเลิกบุหรี่หรือมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีการพูดและถ่ายทอดประสบการณ์ทางลบหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนวิธีการและความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองผ่านสื่อวิดีโอ และผู้วิจัยสรุปร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เจาะจงกับภาวะสุขภาพ ให้ตระหนักว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ (Decision balance) เป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง และให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อภาพ วิดีโอและสื่อคู่มือ “คู่มือการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อการเลิกสูบบุหรี่” ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อน การส่งเสริมทักษะการนวดที่ถูกต้องและแนะนำการนำไปใช้ได้ทุกครั้งที่นึกถึงหรือมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และจดจำ เกิดการเลียนแบบตัวแบบ มีความคล้อยตาม มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติหรือพฤติกรรมตามตัวแบบ กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติจริงและเห็นถึงโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายตัวเอง กระทำพฤติกรรมใดๆแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience) ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1, 2 หลังจากนั้นจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและการจัดการสิ่งกระตุ้น นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คิดพิจารณาประเมินและตัดสินใจเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาดรวมถึงการทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ ทั้งหมดการกระตุ้นให้เกิดทักษะการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการปฏิบัติกรนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อน สร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกรนวดกดจุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งเป็นการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง อีกทั้งยังนำมาสู่ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดและต่อเนื่องถาวร

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1, 2, 3 และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติซึ่งมีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยให้สามารถปฏิบัติเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ หลีกพ้นจากภาวะความเกรงใจหรืออึดอัดใจจากคำชักชวน นำไปสู่การไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองให้กำลังใจในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลทำให้บุคคลรู้สึกตื่นกลัวและวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าบุคคลได้รับการฝึกฝนวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมอยู่เสมอจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถที่ดีขึ้นเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลงมือปฏิบัติและสัมผัสถึงความสำเร็จได้ด้วยตนเอง และส่งเสริมการนัดจุดสะท้อนเท่าทั้ง 5 จุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องถาวร



ตารางที่ 1 การบูรณาการแนวคิด Bandula (1997) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการรับคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมา เป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเป็นการให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจและควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ความสำเร็จ พร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลพัฒนาและกระทำพฤติกรรมจนสำเร็จ</p>	<p>การติดบุหรี่มีปัจจัย 3 อย่าง ประกอบด้วย การเสพติดสารนิโคตินที่มีอยู่ในควันบุหรี่ (physical dependence) การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ (psychological dependence) และการเสพติดทางพฤติกรรมสังคมและความเคยชิน (social & habitual dependence) การเสพติดบุหรี่ในแต่ละรายมักเกิดจากปัจจัยทั้งสามร่วมกัน แต่ในสัดส่วนของแต่ละปัจจัยแตกต่างกันไป สูบแต่ละราย (ธนรัตน์ สรวลเสนห์, 2552) เมื่อสูบบุหรี่นิโคตินสามารถดูดซึมเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็ว และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติด (Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008) ผู้สูบบุหรี่อาจเสพติดบุหรี่เพราะติดใจในผลของนิโคติน ซึ่งทำให้</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยการใช้คำพูดชักจูงมี 4 วิธี คือ การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) เพื่อให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ประกอบด้วยการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ ให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการ</p>


แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
	<p>รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกลึกลับต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552:53) ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และความรู้สึกในเชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด อารมณ์โกรธ ความกระวนกระวาย ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเชื่อว่านิโคตินสามารถช่วยลดความรู้สึกในเชิงลบด้วยการทำให้อาการถอนนิโคตินหายไป (Lujic, Reuter and Netter, 2005:8) การนวดกดจุดสะท้อนช่วยลดความตึงเครียด ลดความปวด และรู้สึกผ่อนคลาย (Wilkinson, Prigmore, and Rayner, 2005) นอกจากนี้ยังช่วยทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลงในระดับลึก ลด</p>	<p>นวดกดจุดสะท้อนเข้ากับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ โดยเริ่มจากการอธิบายเชื่อมโยงถึงประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเข้าว่าช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ได้อย่างไร บอกวัตถุประสงค์ เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเข้า ข้อควรระวังในการนวดกดจุดสะท้อนเข้าและขั้นตอนในการนวดกดจุดสะท้อนเข้า โดยผู้วิจัยใช้การสาธิตวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเข้าทั้ง 5 จุดสะท้อนให้แก่ผู้ป่วยที่ละตำแหน่งโดยการกดและนวดจุดสะท้อนตำแหน่งละ 40 ครั้งตามขั้นตอน และให้ผู้ป่วยทำตามผู้วิจัยทุกขั้นตอน จากนั้นให้สาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการทบทวนเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเข้าที่ถูกต้อง โดยเริ่มจากเท้าซ้ายก่อนเสมอ เพราะเป็นตำแหน่งที่ตั้งของหัวใจเพื่อไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต</p>

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
	<p>ความวิตกกังวล และความตึงเครียดได้ (Braun and Simonson, 2008; Martin, 2007a; Wren and Norred, 2003) สามารถลดการติดยุหรือด้านการเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ</p>	<p>ของหัวใจ ให้ กระตุ้น การไหลเวียนไปถึงสมอง</p>
<p>2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) หรือ ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ เมื่อบุคคลได้เห็นและสังเกตตัวแบบกระทำพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และมีความพึงพอใจต่อผลของการกระทำที่ได้รับจะทำให้ผู้ที่สังเกตตัวแบบเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกันโดยการได้เห็นตัวแบบประกอบด้วยกระบวนการดังนี้</p> <p>2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) หมายถึงตัว</p>		<p>กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1 และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) ที่อยู่ในขั้นตอนการเลิกบุหรี่หรือมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีการพูดและถ่ายทอดประสบการณ์ทางลบหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนวิธีการและความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองผ่านสื่อวิดีโอ</p>

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>แบบที่เป็นบุคคลจริง ผู้สังเกตสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ข้อดีของตัวแบบบุคคลจริง คือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อให้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์ให้มากขึ้น และยังช่วยให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ดี</p> <p>2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ตัวแบบลักษณะนี้ได้แก่การนำเสนอตัวแบบจากภาพยนตร์ วิดีโอ เทป หนังสือ ภาพพลิก การ์ตูน โดยมีการจัดเตรียมเรื่องราวไว้นำเสนอผลดีของตัวแบบ สัญลักษณ์คือสามารถมุ่งเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งควบคุมพฤติกรรม และผลกระทบของตัวแบบได้และสามารถเก็บตัวแบบไว้ใช้ต่อไปได้อีก</p>		<p>และผู้วิจัยสรุปร่วมกัน กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ที่เจาะจงกับภาวะสุขภาพ ให้ตระหนักว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ (Decision balance) เป็นควารับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง และให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อภาพ วิดีโอและสื่อคู่มือ “คู่มือการนัดจุดสะทอนเท้า เพื่อการเลิกสูบบุหรี่” ร่วมกับการนัดจุดสะทอนเท้าทั้ง 5 จุดสะทอน การส่งเสริมทักษะการนัดที่ถูกต้องและแนะนำการนำไปใช้ได้ทุกครั้งที่นี่ถึงหรือมีความรู้สึกลอยอกสูบบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และจดจำ เกิดการเลียนแบบตัวแบบ มีความคล้อยตาม มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติ หรือพฤติกรรมตามตัวแบบ กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติจริงและเห็นถึงโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ</p>

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
		ได้มากยิ่งขึ้น การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายตัวเองกระทำพฤติกรรมใดๆแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมีโอกาที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)
<p>3. ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เพราะความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (Bandura, 1997) เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมจนเกิดความสำเร็จหลายๆ ครั้ง ซ้ำๆ จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากขึ้นและจะทำจนเกิดความสำเร็จทำให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของบุคคล ดังนั้นจึง</p>		<p>กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience)</p> <p>ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1, 2 หลังจากนั้นจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและการจัดการสิ่งกระตุ้น นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คิดพิจารณาประเมินและตัดสินใจเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาดรวมถึงการทิ้ง</p>

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>จำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้กระทำพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด</p>		<p>บุหรีและอุปกรณ์ในการสูบบุหรีทั้งหมดการกระตุ้นให้เกิดทักษะการเลิกบุหรี ร่วมกับการปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อนสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรีได้ ซึ่งเป็นการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง อีกทั้งยังนำมาสู่ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรีอย่างเด็ดขาดและต่อเนื่องถาวร</p>
<p>4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในภาวะอารมณ์ที่บุคคลมีความกลัว วิดกกังวล เกิดความเครียดซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ</p>		<p>กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) ผู้วิจัยทบทวนความรู้กิจกรรมที่ 1, 2, 3 และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะการปฏิเสธซึ่งมีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรีและนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้ จะช่วยให้สามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี หลีกพ้นจาก</p>

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
		<p>ภาวะความเกรงใจหรืออึดอัดใจจากคำชักชวน นำไปสู่การไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งกระตุ้นให้ระบายนามรู้สึกการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองให้กำลังใจในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกระตุ้นทางร่างกาย และ อารมณ์ที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลทำให้บุคคลรู้สึกตื่นกลัวและวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าบุคคลได้รับการฝึกฝนวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมอยู่เสมอจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถที่ดีขึ้นเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลงมือปฏิบัติและสัมผัสถึงความสำเร็จได้ด้วยตนเอง และส่งเสริมการนัดกอดจุดสะท้อนเท่าทั้ง 5 จุด</p>

แนวคิด Bandula (1997)	แนวคิดการดูแลแบบ ผสมผสาน (Complementary therapy)	ผู้วิจัยบูรณาการ
		สะท้อน เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ อย่างต่อเนื่องถาวร

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยทั้ง 21 คน มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 6.80 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโปรแกรม มี 9 คน ที่ทดลองหยุดสูบบุหรี่ขณะอยู่ในโปรแกรม ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วย 14 คน มีการลดการสูบบุหรี่ลง อีก 4 คน หยุดการสูบบุหรี่ และในระยะ 3 เดือน มีผู้ป่วยลดการสูบบุหรี่ 13 คน หยุดสูบ 4 คน

เอมหทัย ศรีจันทร์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วีระ เนริกุล (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ พบว่า ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Addington et al (1998) ศึกษาการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-65 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำ มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอและได้รับการทบทวนตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของ DSM-IV สำหรับโรคจิตเภทหรือความผิดปกติทางอารมณ์ มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 65 คน ที่อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด และเมื่อประเมิน เริ่มแรกมีผู้ป่วยที่ออกจากกลุ่มจำนวน 15 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน (ชาย 29 คน หญิง 21 คน) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ด้วย แรงจูงใจภายในและโดยทั่วไปแสดงถึงความตั้งใจอย่างดี มีนัยสำคัญของจำนวนผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่ได้ภายใน 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 42) และจำนวนนี้ลดลงเป็น ร้อยละ 16 หลังสิ้นสุดกลุ่มแล้ว 3 เดือน และ ร้อยละ 12 ใน 6 เดือน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อน

นันทิยาภรณ์ มะละศิลป์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนร่วมด้วย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะวันแรกของการทดลอง และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3, 4, และ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ในวันที่ 2, 3, 4 และ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hernandez-Reif, Field และ Hart (1999) ศึกษาผลของการนวดด้วยตัวเองต่อความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เฉลี่ย 14.5 มวนต่อวันเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปและร้อยละ 70 ที่พยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จัดให้กลุ่มควบคุมฝึกการนวดโดยการนวดมือหรือนวดหูครั้งละ 5 นาทีวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 1 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการขาดนิโคติน เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่ง วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการนวด 10 นาทีในวันแรกและวันสิ้นสุดโปรแกรมผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการนวดด้วยตัวเองมีอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM, 2007) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) การพูดชักจูงให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจเพิ่มสมรรถนะการฝึกการนวดกดจุดสะท้อน เพื่อกำกับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียเพื่อตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience) การค้นหาสิ่งกระตุ้นและลงมือปฏิบัติในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นและความรู้สึกลอยากบุหรี่ด้วยการนวดกดจุดสะท้อน

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) การเรียนรู้ที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง พูดระบายความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปฏิเสธ ส่งเสริมด้วยการนวดกดจุดสะท้อนในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรม
การเลิกสูบบุหรี่
(Velicer et al.
1990)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-post control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1		O2	กลุ่มควบคุม
O3	X	O4	กลุ่มทดลอง

โดย

O1 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O2 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O3 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

O4 หมายถึง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่า เป็นโรคจิตเภท และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched Pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติตนิโคติน (Piper et al., 2006) โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เพศชายอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

2. มีประวัติสูบบุหรี่มีค่าคะแนนการติตนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไป คือคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerström et al. (1993)

3. มีอาการทางจิตทุเลา คือมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2552; Overall & Gorham, 1962)

4. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และสามารถพูด อ่านและเขียนได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีบาดแผลและมีการอักเสบที่มือและเท้า

2. ผู้ที่เข้ากิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (Drop out)

3. ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด

การกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมาก ซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำๆ กันเพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุด พบว่า ยังมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัยควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 คนขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงโค้งปกติ (Rice, 2006) ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงจำนวนประชากรได้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติตนิโคติน (Piper et al., 2006)

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยของโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตในการสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย รวมทั้งไม่ทำการถ่ายหรือบันทึกภาพแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ผู้วิจัยปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยแต่งชุดพยาบาลวิชาชีพติดบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อแสดงตนว่าเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขออนุญาตแต่งกายด้วยชุดสุขภาพ กางเกงวอร์มขายาวในขณะที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อความสะดวกในการทำกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

2. จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ที่มารับบริการแบบป่วยในตึกจิตเวชชาย โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale และทำแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้ตามรายชื่อจากการค้นแฟ้มประวัติ และขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินการติดยาโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerstrom (1993) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีระดับการติดยาโคตินที่ได้คะแนนปานกลางขึ้นไป คือคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) คือ ระดับการติดยาโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerstrom (1993) ที่ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) เพื่อให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยให้มีคะแนนการติดยาโคตินอยู่ในระดับเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในระดับปานกลางขึ้นไปหรือมากกว่า 4 คะแนน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดกลุ่มควบคุม 20 คนอยู่หอผู้ป่วยมุ่มนั้ 4 และกลุ่มทดลอง 20 คนอยู่หอผู้ป่วยอโศก

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 27 เมษายน ถึง วันที่ 1 มิถุนายน 2561 ใช้ช่วงเวลา 9.00 น. ถึง 16.00 น. ในการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เมื่อสอบถามความสะดวกในการมาเข้ากลุ่มของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ดังนั้นเมื่อถึงวันนัดหมายเข้ากิจกรรมกลุ่ม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 40 คน คือ กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน ตามที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 1 ในภาคผนวก จ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือในการวิจัยเพื่อขอเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วยและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการอนุมัติโดยมีระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 27 เมษายน 2561 ถึง 26 เมษายน 2562 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงให้

กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับ หรือการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและบริการต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับตามระบบบริการของโรงพยาบาลศรีธัญญา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ เพียงแต่นำข้อมูลที่ได้มานั้นทำการวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองแล้วสามารถแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาหรือการบริการต่างๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ ให้เขียนใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าตามแนวคิดของ National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine (NCCAM, 2007)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ตามแนวคิดของ Velicer et al. (1990) ปรับปรุงโดยเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2556)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ของ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2556)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) ปรับปรุงโดยวีระ เจริญกุล (2558)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1977) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนตามแนวคิดของ National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM, 2007 โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1.การใช้คำชักจูง (Verbal Persuasion) 2.การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3.ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4.การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ของ Bandura (1977) และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ ของ NCCAM, 2007

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Bandura (1977) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนตามแนวคิดของ National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM, 2007 โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท มี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1.การใช้คำชักจูง (Verbal Persuasion) 2.การใช้ตัวแบบ (Modeling) 3.ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ตามบริบทของประเทศไทย โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินกิจกรรมบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายกลุ่มๆละ 10 คนประกอบด้วย 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกันแต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60 นาที และติดตามประเมินซ้ำอีก 2 สัปดาห์ หลังจบกิจกรรม โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) การใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ข้อมูล คำแนะนำประกอบด้วยการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ ให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเข้ากับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากบุหรี่ โดยเริ่มจากการอธิบายเชื่อมโยงถึงประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเข้าว่าช่วยลดความรู้สึกอยากบุหรี่ได้อย่างไร บอกวัตถุประสงค์เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเข้า ข้อควรระวังในการนวดกดจุดสะท้อนเข้าและขั้นตอนในการนวดกดจุดสะท้อนเข้า โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสาธิตการนวดกดจุดสะท้อนเข้าทั้ง 5 จุดสะท้อน ที่ละตำแหน่งโดยการกดและนวดจุดสะท้อนตำแหน่งละ 40 ครั้งตามขั้นตอน และมีการสาธิตย้อนกลับเพื่อเป็นการทบทวนเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเข้าที่ถูกต้อง โดยเริ่มจากเท้าซ้ายก่อนเสมอ เพราะเป็นตำแหน่งที่ตั้งของหัวใจเพื่อไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของหัวใจ ให้กระตุ้นการไหลเวียนไปถึงสมอง

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ประกอบด้วย การให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) ที่อยู่ในขั้นตอนการเลิกบุหรี่หรือมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีการพูดและถ่ายทอดประสบการณ์ทางลบหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนวิธีการและความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองผ่านสื่อวิดีโอ และผู้วิจัยสรุปร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อ

กระตุ้นให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เจาะจงกับภาวะสุขภาพ ให้ตระหนักว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ (Decision balance) เป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง และให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อภาพ วิดีโอและสื่อคู่มือ “คู่มือการนัดกจุดสะท้อนเท่าเพื่อการเลิกสูบบุหรี่” ร่วมกับการนัดกจุดสะท้อนเท่าทั้ง 5 จุดสะท้อนร่วมกัน การส่งเสริมทักษะการนัดกจุดที่ต้องและแนะนำการนำไปใช้ได้ทุกครั้งที่นึกถึงหรือมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และจดจำ เกิดการเลียนแบบตัวแบบ มีความคล้อยตาม มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคิดหรือพฤติกรรมตามตัวแบบ กระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปปฏิบัติจริงและเห็นถึงโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายตัวเอง กระทำพฤติกรรมใดๆแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience)

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและการจัดการสิ่งกระตุ้น นำไปสู่การวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ชัดเจน การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิ่งกระตุ้นและแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นกับตัวเอง คิดพิจารณาประเมินและตัดสินใจเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด การทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ทั้งหมดรวมถึงจัดการอาการอยากบุหรี่ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามนัดกจุดสะท้อนทั้ง 5 จุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ สร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามนัดกจุดสะท้อนเท่าเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งเป็นการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง อีกทั้งยังนำมาสู่ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดและต่อเนื่องถาวร

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status)

ประกอบด้วยการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างนัดกจุดสะท้อนเท่าทั้ง 5 จุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องร่วมกับ การฝึกทักษะการปฏิเสธซึ่งมีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยให้สามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ หลีกพ้นจากภาวะความเกรงใจหรืออึดอัดใจจากคำชักชวน นำไปสู่การไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองให้กำลังใจ ในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลทำให้บุคคลรู้สึกตื่นกลัวและวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าบุคคลได้รับการฝึกฝนวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมอยู่เสมอ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถที่ดีขึ้นเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลงมือปฏิบัติและสัมผัสถึงความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้

จัดทำคู่มือและเขียนรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมไว้ในคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยาสูบสำหรับพยาบาลไว้อย่างละเอียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วย 1. แผนกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนของผู้ป่วยจิตเภท 2. คู่มือการเลิกบุหรี่ยาสูบด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหากับการวิจัย แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช (APN) 2 ท่าน เพื่อ ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบเนื้อหาของกิจกรรม รวมทั้งความเหมาะสมของเนื้อหา และ ระยะเวลาในกาดำเนินกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน (Polit & Beck, 2006) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาถือ เกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3 คน และทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อดูความเหมาะสม ชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

หลังจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่มีประเด็นที่ต้องแก้ไข ดังนี้

1. ในทุกกิจกรรมให้ปรับลดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมจาก 90 นาทีให้เหลือ 60 นาที มีการปรับลดใบงานให้เหมาะสมกับกิจกรรมและเวลาที่กำหนดเพื่อให้เหมาะสมกับสมาธิและความสนใจของผู้ป่วยจิตเภท

2. กิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ 26 จุดสะท้อนโดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำการนวดให้กลุ่มตัวอย่างในทุกกิจกรรมให้ปรับเป็น ผู้วิจัยเป็นผู้สอนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจำนวน 5 จุดสะท้อนให้กับผู้ป่วยจิตเภทและฝึกการนวดด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือเมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่

หลังจากการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 รายและไม่ใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาของกิจกรรมที่ได้รับและวิธีที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากที่สุดร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพึงพอใจได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในปัจจุบัน และประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของ เอมททัย ศรีจันทร์หล้า (2556) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีข้อคำถามหลักเพียงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่จำนวน 10 ข้อ หลักเรื่องการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ การลดปริมาณการสูบลงจากเดิม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ให้	0 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย

การแปลผล

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ความหมาย
24-30 คะแนน	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มาก
19-23 คะแนน	ร้อยละ 60-79	ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ปานกลาง
0-18 คะแนน	ร้อยละ 60	ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่น้อย

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช (APN) 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา โดยการให้คะแนนความคิดเห็นระดับ 1 ถึง 4 คะแนน สอดคล้องมากให้ 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องให้ 3 คะแนน สอดคล้องน้อยให้ 2 คะแนน และไม่ สอดคล้องให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ Content Validity Index : CVI ซึ่งเป็นเกณฑ์ความคิดเห็น สอดคล้องและตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) จากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1. อายุ ให้ปรับเพิ่มเติมเป็นช่วงอายุ ดังนี้ คือ 20-29 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปีและ 50-59 ปี
2. คำถามข้อมูลส่วนบุคคล ตัวแปรที่พิจารณาตัดออกได้แก่ ข้อ 2 เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
3. ข้อคำถามที่ 6,7 ให้ผนวกรวมกัน เพราะไม่ต่างกัน
4. ระยะเวลาการป่วยทางจิตให้ปรับเพิ่มเติมเป็น ช่วงระยะเวลาดังนี้ คือ น้อยกว่า 10 ปี, 11-20 ปี, 21-30 ปี และ 30 ปีขึ้นไป
5. ข้อ 9 ปรับข้อคำถามเป็น ระยะเวลาการสูบบุหรี่ก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือนเป็นช่วงระยะเวลาดังนี้ คือ จำนวน 10 มวนหรือน้อยกว่านั้น จำนวน 11-20 มวนต่อวัน จำนวน 21-30 มวนต่อวัน และจำนวน 31 มวนหรือมากกว่านั้น

6. ข้อ 10 ปรับข้อคำถามเป็น จำนวนครั้งของการเลิกสูบบุหรี่

7. ข้อ 11 ปรับข้อคำถามเป็น ประวัติการสูบบุหรี่ของคนบุคคลในครอบครัว

8. แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ข้อ 1 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มหรือเมื่อนึกถึงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80

2. รวบรวมการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try- out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูล ที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ของ เอ็มหทัย ศรีจันทร์หล้า (2556) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ มีข้อคำถามเป็นสถานการณ์ด้านบวก ในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น การมีความสุขหรือการสังสรรค์ จำนวน 6 ข้อ สถานการณ์ด้านลบในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และสถานการณ์ที่เกิดจากความเคยชินของแต่ละบุคคล จำนวน 7 ข้อ ความมั่นใจของบุคคลที่จะสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆที่บังขึ้นในการแสดงพฤติกรรม ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.84 มาตรฐานเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน

จูงใจให้อยากสูบบุหรี่มาก	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่มากที่สุด ให้ 3 คะแนน
จูงใจให้อยากสูบบุหรี่ปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่ปานกลาง ให้ 2 คะแนน
จูงใจให้อยากสูบบุหรี่น้อย	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่น้อย ให้ 1 คะแนน
ไม่จูงใจเลย	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ได้ทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่เลย ให้ 0 คะแนน

คะแนนสูง	หมายถึง	ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกสูบบุหรี่มาก
คะแนนต่ำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย

แปลผลคะแนน

คะแนน 39-48 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

คะแนน 29-38 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

คะแนน 0-28 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ CVI ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และคำนวณดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขดังนี้

ข้อที่ 1 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มหรือนิกถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

3.2 แบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึงความรู้สึกลอยากบุหรี่ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุ่นยนต์ พลันแล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) ด้านการมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness) ปรับปรุงโดยวีระ เจริญกุล (2558) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert-Scale) 7 ระดับ ระหว่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) โดยให้คะแนน 1-7 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทั้ง 12 ข้อมารวมกัน โดยมีช่วง

คะแนนที่เป็นไปได้ ระหว่าง 12-84 คะแนน แปลผลคะแนนโดยผู้ป่วยที่มีคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้สึกอยากบุหรี่มาก

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อความ เนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของข้อความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา โดยการให้คะแนนความคิดเห็นระดับ 4 ได้แก่ คะแนนสอดคล้องมากให้ 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องให้ 3 คะแนน สอดคล้องน้อยให้ 2 คะแนน และไม่สอดคล้องให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ Content Validity Index : CVI ซึ่งเป็นเกณฑ์ความคิดเห็น สอดคล้องและตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) จากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และคำนวณดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขดังนี้

ข้อ 9 ปรับข้อคำถามเป็น ถ้าฉันได้สูบบุหรี่วันนี้ฉันคงจะคิดอะไรได้ดีขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่ในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูล ที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน รวมทั้งการเข้าร่วมฝึกอบรมและการฝึกทักษะการนวดกดจุด สะท้อนทั้งภาคทฤษฎีจำนวน 8 ชั่วโมงและภาคปฏิบัติ 8 ชั่วโมง

1.2 จัดทำแผนการศึกษาวิจัย และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน 2) สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเล่นสุบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท และ 4) แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเล่นสุบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท 5) แบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ยุติ

1.3 เตรียมสถานที่ในการศึกษา ติดต่อประสานงานด้านการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนการศึกษาวิจัย

1.4 ผู้วิจัยนำเสนอ ชี้แจงโครงการวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บข้อมูล ประสานงานหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การวิจัย แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเล่นสุบบุหรี่เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 10:30-11:30 น. และช่วงบ่ายเวลา 14:00-15:00 น. ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรมรวม 2 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การซักประวัติและประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่ การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะวิกฤติฉุกเฉิน การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะเรื้อรังบำบัด แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ เน้นให้เห็นโทษพิษภัยของบุหรี่และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกันแต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยภายในกลุ่ม รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการ เข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพิษภัยของบุหรี่
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเท่าเพื่อการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ทั้ง 5 จุดสะท้อน

การดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวเองในฐานะผู้นำกลุ่ม และต้อนรับผู้ป่วยในกลุ่มด้วยน้ำเสียงท่าทางที่เป็นมิตรและอบอุ่นด้วยการแสดง

ความสนใจในผู้ป่วยแต่ละคน แล้วให้แนะนำตัวเองจนครบทุกคน แล้วสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ และกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรมลำดับต่อไป

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของบุหรี่และการให้ความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มนำประสบการณ์ของตนเองมาแลกเปลี่ยนกัน เหมือนการเรียนรู้อารมณ์ร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เชื่อมประสาน (facilitator) ให้สมาชิกพูดเล่าประสบการณ์ของตนเองที่เหมาะสมและพูดชักจูง สร้างความตระหนัก ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจและเสริมแรงสนับสนุน พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเชื่อมั่นว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง พูดเน้นย้ำว่าผลของการสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ กระตุ้นให้สมาชิกเกิดทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่ ร่วมกับการกระตุ้นให้สมาชิกเล็งเห็นความสำคัญของการนวดกดจุดสะท้อน และนำประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนมาใช้เพื่อจัดการอาการอยากบุหรี่ต่อการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง จากนั้นพูดถึงหลักและวิธีการการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าซึ่งบรรเทาอาการอยากบุหรี่ได้ โดยการสอนสาธิตวิธีการและขั้นตอนในการนวดกดจุดสะท้อนทั้ง 5 จุดสะท้อนที่เหมาะสมสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ หลังสิ้นสุดกิจกรรมมีผลการประเมินดังนี้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมดี โดยมีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีคะแนนความรู้ถูกต้องร้อยละ 60 ขึ้นไป และพบผู้ป่วย 1 รายที่มีคะแนนความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงซักถามข้อสงสัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลแล้วประเมินซ้ำจนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เช่น “ดูยาเส้นไม่เป็นอะไร” ผู้วิจัยกล่าวให้ข้อมูลว่า “ยาเส้นมีความรุนแรงเช่นเดียวกับบุหรี่ที่มีกันกรองเพราะมีสารประกอบเหมือนกัน”, “การสูบบุหรี่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพถ้าสุขภาพของผู้สูบนั่นแข็งแรงดี” ผู้วิจัยกล่าวให้ข้อมูลว่า “ทุกครั้งทีสูบบุหรี่สารพิษในบุหรี่จะเข้าไปสะสมในร่างกายและมีผลกระทบต่อร่างกายทีละนิดตั้งแต่ทำให้มีกลิ่นปาก ฟันมีคราบดำๆติดฝังแน่น มีอาการไอ หอบ เมื่อสารพิษสะสมไปนานๆทำให้เกิดโรคร้ายแรงเช่นมะเร็งปอดและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร”, “การสูบบุหรี่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของโรคทางจิตเวช” ผู้ป่วยในกลุ่มบางคนได้บอกกับเพื่อนว่า “เกี่ยวเพราะถ้าไม่ได้ดูบุหรี่จะหงุดหงิดคิดอะไรไม่ออกกินยาก็ไม่หาย”

2. ในกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อนผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดีจึงเห็นได้จากที่ผู้ป่วยพูด เช่น

“พี่ผมขนาดถูกหรือเปล่า”

“ผมขนาดแบบนี้ได้ไหม”

“จุดนี้ช่วยเรื่องอะไรนะครับ”

“ผมต้องกดแรงแค่ไหน”

ผลวิเคราะห์จากการทำกิจกรรม พบว่า คะแนนความอยากสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนเฉลี่ย 42 คะแนน

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) สื่อวิทัศน์
ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการอยากบุหรี่และผ่อนคลายหลังได้รับการนัดกดจุดสะท้อน

การดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายพร้อมกับทบทวนตำแหน่งและวิธีการนัดกดจุดสะท้อนทั้ง 5 จุดสะท้อนและกระตุ้นให้ให้

นความสำคัญในการนำไปใช้ในการดูแลตนเองช่วยลดอาการไม่สุขสบายจากการเลิกสูบบุหรี่ หลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่าคะแนนความรู้สึกอยากบุหรี่ไม่แตกต่างจากกิจกรรมครั้งที่ 1 ผลจากการวิเคราะห์จากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด คือ

“ถ้าขนาดตรงนี้ไปผมรู้สึกเฉยๆ แต่ถ้าขนาดตรงอู้งเท้าและหลังเท้ารู้สึกสบาย ผ่อนคลายและหายเมื่อย”

ระยะที่ 2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยรู้ผ่านตัวแบบจากบุคคลจริงพูดเล่าประสบการณ์ผ่านสื่อวิทัศน์พูดเล่าประสบการณ์จากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการเลิกสูบบุหรี่พูดถ่ายทอดประสบการณ์ทางลบหรือความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นการกระตุ้นให้เห็นผลกระทบของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกาะงกับภาวะสุขภาพ ตระหนักว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ (Decision balance) เป็นความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง หลังสิ้นสุดกิจกรรมมีผลการประเมินที่น่าสนใจ ดังนี้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ที่ได้จากการสังเกตตัวแบบ เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถทำได้เช่นเดียวกับตัวแบบและนำความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของตัวแบบไปใช้กับตนเองได้จากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เช่น

“ทำให้มีกำลังใจในการเลิกบุหรี่”

“ผมอยากจะลองเลิก”

“การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง ทำให้ถุงลมโป่งพอง”

“รู้สึกอยากเลิกบุหรี่ ดูน่ากลัว ทำให้เราเสียชีวิตก่อนวัยอันควร”

“อยากลองเลิกดูสักครั้ง”

“ผมอาจจะเคยเห็นวิดีโอหรือโฆษณาบ้างแล้ว ผมจึงคิดว่าเราควรเป็นห่วงตัวเองให้มากขึ้นหรือลดบุหรี่ให้น้อยลง”

2. จากการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เล็งเห็นข้อดีมากกว่าข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น

-หากยังสูบบุหรี่อยู่ประโยชน์ที่ได้รับ เช่น “ไม่มี” “เผาทรัพย์สิ้นเงินทองและสุขภาพ”

-หากยังสูบบุหรี่ผลเสียที่ได้รับ เช่น “โรคมะเร็งปอด” “ตาย” “เสียทรัพย์สิ้นเงินทองและสุขภาพ” “เป็นที่รังเกียจของสังคม” “อวัยวะภายในได้รับสารเคมีที่ไม่สมควรได้รับ” “สภาวะจิตใจหรือประสาทที่กระตุ้นรุมเร้าทำให้ตั้งเครียดเวลาไม่ได้สูบบุหรี่”

-หากเลิกสูบบุหรี่ประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น “ได้รับการชมเชย” “สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงอายุยืนยาว” “มีเงินเพิ่มมากขึ้น” “ปากหอมสดชื่น” “อารมณ์ดี”

-หากเลิกสูบบุหรี่ผลเสียที่จะได้รับ เช่น “ไม่มี” “เลิกบุหรี่มีแต่ได้”

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลักดันให้ผู้ป่วยมีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชั้นลงมือกระทำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยค้นหาและหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
4. เพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการอยากบุหรี่และผ่อนคลายหลังได้รับการนัดทักจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 1. ผู้วิจัยสร้างกล่าวท้าทายและทบทวนตำแหน่งการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อนที่ช่วยลดอาการอยากบุหรี่และให้ตอบแบบประเมินความรู้สึกลดอยากบุหรี่ ผลวิเคราะห์จากการทำกิจกรรม พบว่า คะแนนความอยากสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนเฉลี่ย 33.85 คะแนน แต่มีคะแนนความอยากสูบบุหรี่ลดลงจากกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2

ระยะที่ 2. เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการเลิกสูบบุหรี่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางและนำไปสู่การวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการค้นหาสิ่งกระตุ้น (Stimulus control) จากประสบการณ์ของตน เรียนรู้จากสถานการณ์ที่กำหนดให้และวางแผนร่วมกันภายในกลุ่มในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถระบุสิ่งกระตุ้นได้อย่างถูกต้อง เช่น เพื่อนชวน สถานบันเทิง เวลาเครียดๆ ทะเลาะกับพ่อ และร่วมกันค้นหาสิ่งกระตุ้นจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้รวมทั้งสามารถบอกวิธีการในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสมเป็นส่วนใหญ่เห็นได้จากตัวอย่าง ดังนี้

“เครียดจากเรื่องงาน” จัดการโดยการ “อยู่กับครอบครัว เล่นกับลูก ทำบุญ เทียว หากคนช่วยทำความเข้าใจ”

“เพื่อนชวนสูบบุหรี่” จัดการโดยการ “เล่นกีฬา”

“เครียด เสียใจ” จัดการโดยการ “หาที่ปรึกษา หาเวลาว่างปลูกต้นไม้ ปลูกปะการัง ฟังเพลง”

“เครียด” จัดการโดยการ “ร้องเพลง หาเพื่อนคุย ดูหนัง ดูละคร หาน้ำเย็นดื่มเพื่อผ่อนคลาย” “เวลาเพื่อนชวนก็ปฏิเสธว่าเลิกบุหรี่แล้ว” “ร้านเหล้าก็ไม่ต้องไปบ่อย หรือเลิกไป ไม่นำบุหรี่เข้าไปในห้องนอน” “ไฟแช็คก็ทิ้งเลย ไม่พกไฟแช็ค” “เวลามีอารมณ์หงุดหงิดก็ไปออกกำลังกายอาบน้ำ”

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการอยากบุหรี่และผ่อนคลายหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิเสธเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการเลิกสูบบุหรี่

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 1. ผู้วิจัยสร้างกล่าวทักทายและทบทวนตำแหน่งการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้ง 5 จุดสะท้อนที่ช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่และให้ตอบแบบประเมินความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ผลวิเคราะห์จากการทำกิจกรรม พบว่า คะแนนความอยากสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนเฉลี่ย 33.85 คะแนน แต่มีคะแนนความอยากสูบบุหรี่ลดลงจากกิจกรรมครั้งที่ 1, 2 และ 3

ระยะที่ 2. เป็นขั้นตอนในการฝึกทักษะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ คือ ทักษะในการการปฏิเสธ ทักษะนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์และให้ผู้ช่วยได้ฝึกวิธีการปฏิเสธที่ละคน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายร่วมกัน

การประเมินผล

ผู้ช่วยมีทักษะการปฏิเสธในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีผู้ช่วยบางรายที่รู้วิธีการปฏิเสธที่ถูกต้องแต่คำพูดยังคงไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงให้ผู้ช่วยภายในกลุ่มช่วยกันปรับและแลกเปลี่ยนทักษะการปฏิเสธให้เหมาะสมขึ้นจากสถานการณ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ถ้ามีเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ โดยพูดสประมาทว่า “ถ้าไม่สูบเป็นคนไม่กล้า ไม่แน่จริง” คุณจะตอบกับเพื่อนของคุณว่าอย่างไร

“เราเลิกแล้วไม่สูบแล้ว, เราเจ็บคอ, เราไม่สบาย, ผมเป็นลูกผู้ชายพอ พ่อขอให้เลิกสูบนานแล้ว, เท่อย่างไทยไม่สูบครับ, เราตัดสินใจที่จะเลิกไปแล้ว, การสูบบุหรี่ไม่ใช่เครื่องทดสอบความกล้า”

2. ช่วงเทศกาลงานสงกรานต์คุณถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ คุณจะตอบกับเพื่อนของคุณว่าอย่างไร

“ผมไม่อยากสูบมันเป็นเรื่องไม่ดี, กลัวโดนน้ำกระเด็นใส่, ไม่สูบครับมาเที่ยวงานเฉยๆ, เราเลิกสูบแล้วนายจะไปหาที่สูบตรงไหนเขาเล่นน้ำกันอยู่,

3. ขณะที่คุณเครียดและทะเลาะกับคนในครอบครัว แล้วออกไปหาเพื่อนนอกบ้าน เพื่อนนำบุหรี่มาให้ คุณจะตอบกับเพื่อนของคุณว่าอย่างไร

“ไม่อยากสูบเพื่อน, เราไม่สูบเรามีทางออกที่ดีกว่านี้, ไม่เอาดีกว่ากำลังเครียดเรื่องทางบ้านอยู่, ขอบใจเพื่อนขอเป็นน้ำเย็นๆสักแก้ว, อยากให้นายอยู่เป็นเพื่อนมากกว่า”

4. ถ้าคุณถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่หลายๆครั้ง แต่คุณได้ปฏิเสธไปแล้ว จนเพื่อนโกรธและพูดขู่ว่าจะเลิกคบ คุณจะตอบกับเพื่อนของคุณว่าอย่างไร

“เดี๋ยวเราค่อยสูบ ตอนนี่ยังไม่യാกสูบ, ถ้าจะหักกันแค่เรื่องบุหรืก็หักกันไปเลย, พรุ้งนี้ค่อยมาคุยกันใหม่, เราไม่คูดเราผิดตรงไหน, เรากลัวเสียเพื่อนพอกๆกับสูญเสียวัยวะภายในร่างกาย เช่นปอดเราขอไม่สูบนะจริงๆอยากแนะนำให้เลิกด้วย, ถ้ารักกันจริงก็อย่าฝืนใจกันเลย”

5. ในงานเทศกาลประจำปีของชุมชน มีกลุ่มเพื่อนได้ชักชวนให้ร่วมสูบบุหรื และคุณได้ปฏิเสธไปแล้ว แต่เพื่อนไม่ยอมและตื้อให้สูบซ้ำๆ คุณจะตอบกับเพื่อนของคุณว่าอย่างไร

“เราไอเจ็บคอบมาก, เราไม่สบาย, เดี่ยวแม่ตำ, เราเข้าไปในงานกันดีกว่าสาวๆเพียบเลย มันน่าจะมันหรือสนุกดี, ปวดหัวอยู่, โยากสนุกโดยไม่สูบบุหรืนะเพื่อน”



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM, 2007)

กิจกรรม	กลุ่มที่ / จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1	กลุ่ม 1	9 พฤษภาคม 2561	10:30-11:30	ลานเอนกประสงค์
	กลุ่ม 2	9 พฤษภาคม 2561	14:00-15:00	ลานเอนกประสงค์
กิจกรรมที่ 2	กลุ่ม 1	12 พฤษภาคม 2561	10:30-11:30	ห้องกิจกรรม
	กลุ่ม 2	12 พฤษภาคม 2561	14:00-15:00	ห้องกิจกรรม
กิจกรรมที่ 3	กลุ่ม 1	16 พฤษภาคม 2561	10:30-11:30	ห้องกิจกรรม
	กลุ่ม 2	16 พฤษภาคม 2561	14:00-15:00	ห้องกิจกรรม
กิจกรรมที่ 4	กลุ่ม 1	19 พฤษภาคม 2561	10:30-11:30	ห้องกิจกรรม
	กลุ่ม 2	19 พฤษภาคม 2561	14:00-15:00	ห้องกิจกรรม

การกำกับการทดลอง

ภายหลังการดำเนินการทดลอง ครบ 4 สัปดาห์ เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางและมีผู้ป่วย 1 รายที่มีคะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 29 คะแนน เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

จากการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ กำกับการทดลองภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ผ่านเกณฑ์ทุกคน คือ มีคะแนนเฉลี่ย 32 คะแนน (รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง)

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณสถิติดังนี้

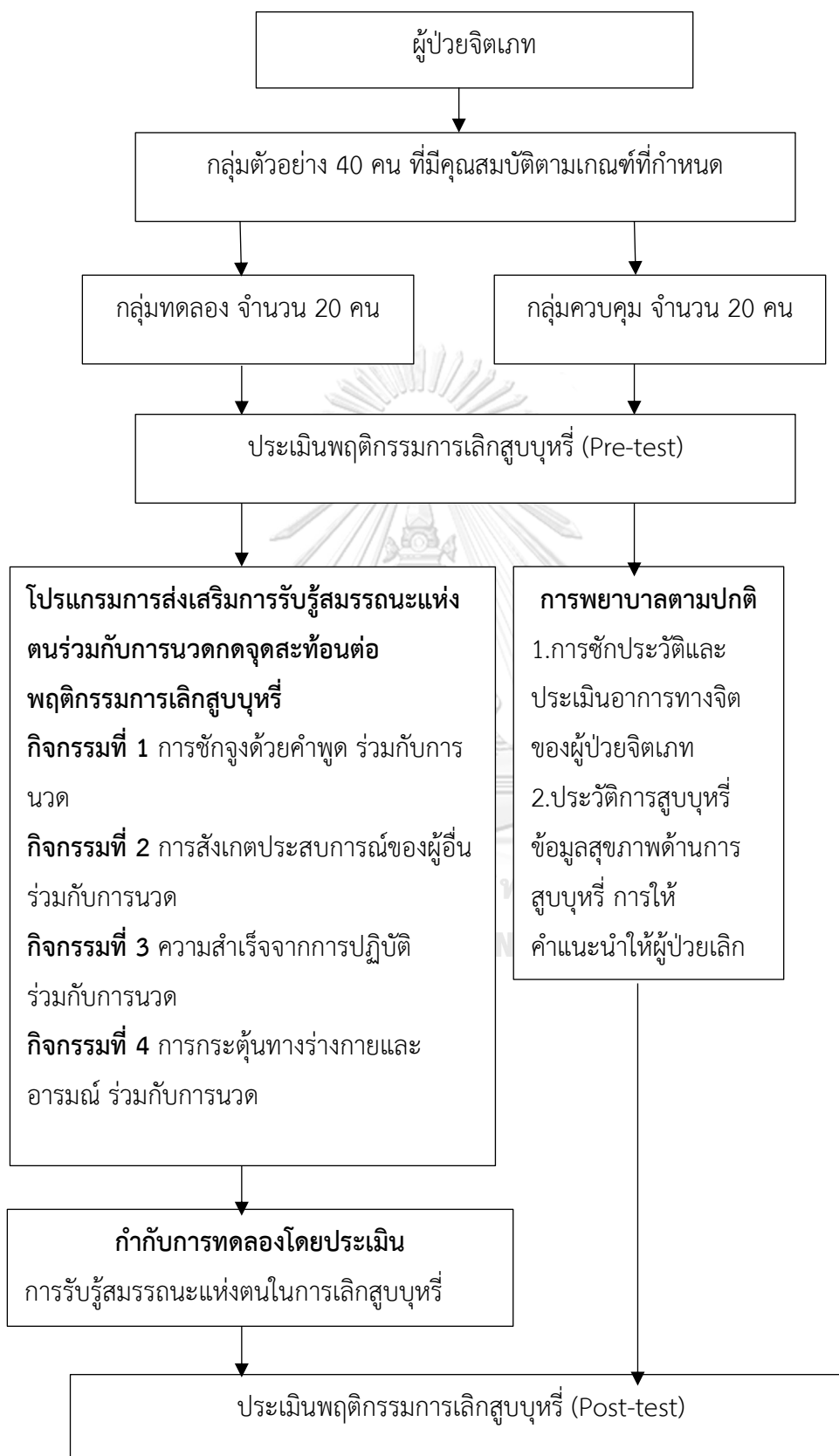
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (Pre - test) และหลังการทดลอง (Post - test) ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre - test) และหลังการทดลอง (Post - test) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 กลุ่มทดลอง 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=40) แยกตามอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว

ข้อมูลลักษณะบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100	20	100	40	100
อายุ						
20 - 29 ปี	8	40	5	25	13	32.5
30 - 39 ปี	7	35	7	35	14	35.0
40 - 49 ปี	5	25	4	20	9	22.5
50 - 59 ปี	-	-	4	20	4	10.0
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	3	15	1	5	4	10.0
ประถมศึกษา	3	15	7	35	10	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25	6	30	11	27.5
มัธยมศึกษาตอน	7	35	6	30	13	32.5
ปลาย/ปวช						
ปริญญาตรี	2	10	-	-	2	5.0
สถานภาพ						
โสด	14	70	16	80	30	75.0
คู่	4	20	2	10	6	15.0
หย่า/ร้าง	1	5	1	5	2	5.0
แยกกันอยู่	1	5	1	5	2	5.0
อาชีพ						

ข้อมูลลักษณะบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรรม	2	10	4	20	6	15.0
รับจ้าง	6	30	10	50	16	40.0
ค้าขาย	3	15	2	10	5	12.5
ไม่ได้ทำงาน	8	40	4	20	12	30.0
อื่นๆ (เรียนหนังสือ)	1	5	-	-	1	2.5
รายได้						
เพียงพอ	14	70	12	60	26	65.0
ไม่เพียงพอ	6	30	8	40	14	35.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 10 ปี	13	65	9	45	22	55.0
11 - 20 ปี	5	25	7	35	12	30.0
21 - 30 ปี	2	10	4	20	6	15.0
ความพยายามในการ เลิกสูบบุหรี่						
เคย	10	50	16	80	26	65.0
ไม่เคย	10	50	4	20	14	35.0
ประวัติการสูบบุหรี่ของ บุคคลในครอบครัว						
ไม่มี	10	50	8	40	18	45.0
มี	10	50	12	60	22	55.0

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 ซึ่งในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 40 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 35 และมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 25 และในกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี

ร้อยละ 35 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง ช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 25 ส่วนในช่วงอายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปี ร้อยละ 20 เท่ากัน การศึกษาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส คิดเป็น ร้อยละ 35 ส่วนในกลุ่มควบคุมการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 สถานภาพส่วนใหญ่ สถานภาพโสด ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 ร้อยละ 80 ตามลำดับ อาชีพในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 40 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30 และในกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเพียงพอด้านรายได้คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 65 และร้อยละ 45 ตามลำดับ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 80 และประวัติการสูบบุหรี่ของ บุคคลในครอบครัวในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60

ตารางที่ 4 คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test, Post-test)

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	11	22	8	10
2	7	11	3	5
3	15	21	14	17
4	12	17	13	17
5	28	30	28	26
6	17	17	14	21
7	16	23	16	15
8	19	19	21	18
9	19	28	19	19
10	23	22	24	25
11	15	16	15	10
12	18	26	15	14

คู่มือ	คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
13	23	21	19	12
14	18	24	17	13
15	18	14	15	14
16	11	10	10	16
17	17	24	17	18
18	14	19	15	5
19	19	15	19	29
20	21	23	21	29
\bar{x}	17.05	20.10	16.15	16.65
Mdn	17.40	21.00	15.80	16.33
S.D.	4.81	5.32	5.51	6.89
Q ₁	14	12.25	14.25	16.25
Q ₃	19	20.5	19	23.75

ตารางที่ 5 คะแนนการประเมินความรู้สึกลอยากบู่หรี (TCQ-SF) ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน โดยประเมินหลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 5 จุดทันที

กลุ่มทดลอง	คะแนนการประเมินความรู้สึกลอยากบู่หรี (TCQ-SF)			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
1	55	45	51	48
2	42	43	37	36
3	78	46	43	40
4	26	48	28	41
5	41	23	19	16
6	42	47	40	39
7	50	50	49	49
8	48	38	12	12
9	41	33	52	38
10	45	36	43	27
11	40	37	33	35
12	51	41	40	47
13	16	48	41	37
14	17	15	12	12
15	48	24	19	12
16	15	30	24	22
17	49	54	49	27
18	51	18	12	12
19	49	43	35	32
20	43	47	38	45
\bar{x}	42.35	38.30	33.85	31.35
Mdn	44.00	38.30	33.85	31.50
S.D.	14.80	11.18	13.40	13.01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			Mann-Whitney U test	P
	M ± SD	Mean Rank	Sum of Ranks	M ± SD	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนการทดลอง	17.05 ±4.81	21.53	430.5	16.15 ±5.51	19.48	389.5	179.5	0.58
หลังการทดลอง	20.10 ±5.32	23.78	475.5	16.65 ±6.89	17.23	344.5	134.5	0.08

P<0.05

จากตารางที่ แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น พบว่า

ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าใกล้เคียงกัน คือ 17.05 และ 16.15 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ภายในเกณฑ์พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ จากการทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกัน (p=0.58)

และภายหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงขึ้น คือ 20.10 อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง แต่ในกลุ่มควบคุมยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ 16.65 จากการทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกัน (p=0.08)

ตารางที่ 7 ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Mann-Whitney U test

	กลุ่มทดลอง (n=20)		หลังควบคุม (n=20)		p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่	17.05	4.81	16.15	5.51	.577
1.หลีกเลี่ยงการดื่มหรือเมื่อนึกถึงเครื่องดื่มที่ กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	1.3	.66	1.00	.65	.148
2.รับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป	1.35	.75	1.00	.79	.156
3.รับประทานผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก	1.45	.69	1.25	.72	.349
4.บ้วนปากหรือแปรงฟัน ทุกครั้งหลังกิน อาหารเสร็จ	1.10	.64	1.30	.73	.313
5.เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ หากิจกรรมอย่างอื่นทำ แทนการหยิบบุหรี่มาสูบบุหรี่	1.05	.51	.90	.64	.404
6.สุดลมหายใจเข้าออกลึกๆเวลาที่อยากสูบบุหรี่ จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย	1.30	.47	1.15	.67	.506
7.ถ่วงเวลาความอยากสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุด จนความอยากสูบบุหรี่ลดลง	.85	.59	1.15	.75	.163
8.เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทนการสูบบุหรี่	1.15	.49	1.00	.65	.432
9.เมื่อปากว่างอยากสูบบุหรี่หาผลไม้รสเปรี้ยว หรือขนมแทนการสูบบุหรี่	1.30	.57	1.00	.79	.214
10.หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	1.25	.64	1.20	.70	.845
11.กล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและ บอกว่ากำลังเลิกบุหรี่	1.20	.62	.95	.60	.198
12.ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบบุหรี่	1.00	.46	.90	.72	.565
13.ทำงานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่	.80	.62	1.05	.76	.271

	กลุ่มทดลอง (n=20)		หลังควบคุม (n=20)		p- value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
14.เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆ ที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่	.90	.55	1.00	.65	.609
15.หาเวลาว่างในการออกกำลังกาย	1.05	.60	1.30	.66	.199



ตารางที่ 8 แสดงคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Mann-Whitney U test

	กลุ่มทดลอง (n=20)		หลังควบคุม (n=20)		p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่	20.10	5.32	16.65	6.89	.076
1.หลีกเลี่ยงการดื่มหรือเมื่อนึกถึงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ออยากสูบบุหรี่	1.00	.56	1.05	.60	1.000
2.รับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป	1.10	.72	1.30	.57	.239
3.รับประทานผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก	1.30	.80	1.30	.80	.747
4.บ้วนปากหรือแปรงฟัน ทุกครั้งหลังกินอาหารเสร็จ	1.15	.88	1.45	.60	.041
5.เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ ทำกิจกรรมอย่างอื่นทำแทนการหยิบบุหรี่มาสูบบุหรี่	1.90	.85	.85	.75	.000
6.สวดลมหายใจเข้าออกลึกๆ เวลาที่อยากสูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย	1.20	1.36	1.10	.72	.520
7.ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนความอยากบุหรี่ลดลง	1.90	1.33	1.10	.72	.011
8.เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทนการสูบบุหรี่	1.90	1.52	.80	.83	.002
9.เมื่อปากว่างอยากสูบบุหรี่หาผลไม้รสเปรี้ยวหรือขนมแทนการสูบบุหรี่	1.40	1.87	.80	.77	.306

	กลุ่มทดลอง (n=20)		หลังควบคุม (n=20)		p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
10.หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่ สูบบุหรี่	1.35	2.16	1.10	.72	.377
11.กล้าที่จะปฏิเสธการรับ บุหรี่จากผู้อื่นและบอกว่า กำลังเลิกบุหรี่	1.55	2.35	1.20	.77	.523
12.ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือ สูบลดลง/ไม่สูบ	2.20	2.35	1.00	.73	.002
13.หางานอดิเรกทำเพื่อ ไม่ให้คิดถึงบุหรี่	2.40	2.52	1.4	.75	.039
14.เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้ชีวิต คลายเครียดอื่นที่ไม่ใช่การ สูบบุหรี่	2.25	2.81	1.20	.89	.111
15.หาเวลาว่างในการออก กำลังกาย	2.35	3.01	1.00	.92	.006

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Mann-Whitney U test ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อแจกแจงรายละเอียดรายชื่อของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ภายหลังกการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่รายข้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ มีดังนี้ บ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเสร็จ เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ หากิจกรรมอย่างอื่นทำแทนการหยิบบุหรี่มาสูบ ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนความอยากบุหริลดลง เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทนการสูบบุหรี่ ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบ และหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่

ตารางที่ 9 แสดงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test

	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่	17.05	4.81	20.10	5.32	.008
1. หลีกเลียงการดื่มหรือเมื่อนึกถึง เครื่องดื่มที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	1.30	.66	1.05	.60	.096
2. รับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป	1.35	.75	1.05	.69	.058
3. รับประทานอาหาร ผลไม้และดื่มน้ำมาก	1.45	.69	1.25	.72	.102
4. บ้วนปากหรือแปรงฟัน ทุกครั้งหลังกิน อาหารเสร็จ	1.10	.64	1.05	.60	.763
5. เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ หากิจกรรมอย่าง อื่นทำแทนการหยิบบุหรี่มาสูบบุหรี่	1.05	.51	1.75	.44	.000
6. สุดลมหายใจเข้าออกลึกๆ เวลาที่อยาก สูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย	1.30	.47	.95	.76	.070
7. ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้ นานที่สุดจนความอยากบุหรี่ยุติลง	.85	.59	1.65	.59	.002
8. เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทนการสูบบุหรี่	1.15	.49	1.60	.50	.013
9. เมื่อปากว่างอยากสูบบุหรี่หาผลไม้รส เปรี้ยวหรือขนมแทนการสูบบุหรี่	1.30	.57	1.00	.56	.083
10. หลีกเลียงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	1.25	.64	.90	.72	.070
11. กล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น และบอกว่ากำลังเลิกบุหรี่	1.20	.62	1.05	.76	.405
12. ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ ไม่สูบ	1.00	.46	1.70	.47	.000
13. หางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่	.80	.62	1.80	.41	.001

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	(n=20)		(n=20)		
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
14.เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่	.90	.55	1.60	.50	.003
15.หาเวลาว่างในการออกกำลังกาย	1.05	.60	1.70	.47	.005

สรุปจากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ซึ่งพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดรายข้อคำถาม ดังนี้

หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ คือ ข้อ 5 หากิจกรรมอย่างอื่นมาทำทดแทนการหยิบบุหรี่ยาสูบ ข้อ 13 หางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่ ข้อ 14 เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่ และข้อ 15 หาเวลาว่างในการออกกำลังกาย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

หลีกเลี่ยงหรือเบนความสนใจในการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบ คือ สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆให้รู้สึกผ่อนคลาย ข้อ 7 ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนความอยากบุหรี่ยุติลง และข้อ 8 หาวิธีอื่นทดแทนการสูบบุหรี่ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงจากเดิม คือ ข้อ 12 ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบบุหรี่ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 10 แสดงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ non-Parametric Wilcoxon Signed Ranks test

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	(n=20)		(n=20)		
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	16.15	5.51	16.65	6.89	.657
1. หลีกเลียงการดื่มหรือเมื่อนึกถึง เครื่องดื่มที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	1.0	.65	1.05	.60	.763
2. รับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่ม มากเกินไป	1.0	.79	1.3	.57	.163
3. รับประทานผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก	1.25	.72	1.30	.80	.755
4. บ้วนปากหรือแปรงฟัน ทุกครั้ง หลังกินอาหารเสร็จ	1.3	.73	1.45	.60	.366
5. เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ หากิจกรรม อย่างอื่นทำแทนการหยิบบุหรี่มาสูบ	.90	.64	.85	.75	.782
6. สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆเวลาที่ อยากสูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย	1.15	.67	1.1	.72	.739
7. ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้ นานที่สุดจนความอยากบุหรี่ยาลดลง	1.15	.745	1.1	.72	.796
8. เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทน การสูบบุหรี่	1.00	.65	.80	.83	.317
9. เมื่อปากว่างอยากสูบบุหรี่หา ผลไม้รสเปรี้ยวหรือขนมแทนการ สูบบุหรี่	1.00	.79	.80	.77	.377
10. หลีกเลียงการอยู่กับกลุ่มที่สูบบุหรี่	1.2	.70	1.1	.72	.599
11. กล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จาก ผู้อื่นและบอกว่ากำลังเลิกบุหรี่	.95	.60	1.20	.77	.166

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	(n=20)		(n=20)		
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
12.ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบ	.90	.72	1.00	.73	.617
13.หางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่	1.05	.76	1.4	.75	.138
14.เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่	1.00	.65	1.2	.89	.285
15.หาเวลาว่างในการออกกำลังกาย	1.3	.66	1.0	.92	.109

สรุปจากตารางที่ 10 แสดงแสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched Pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติดยาเสพติด (Piper et al., 2006) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีประวัติสูบบุหรี่มีค่าคะแนนการติดยาเสพติดระดับปานกลางขึ้นไปคือคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัยได้แก่
- 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 2) การใช้ตัวแบบ (Vicarious experience)

3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (Enactive mastery experiences) และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affect states) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าตามแนวคิดของ National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine (NCCAM, 2007) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชกจู๋ด้วยคำพูด

กิจกรรมที่ 2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น

กิจกรรมที่ 3 ความสำเร็จจากการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินกิจกรรมครบ 4 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ตามแนวคิดของ (Velicer et al., 1990) พัฒนามาจากแบบประเมินการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของ จิราภรณ์ เนียมกฤษร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ปรับปรุงโดยเอมททัย ศรีจันทร์หล้า (2556) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยการตอบแบบสอบถามประเมินตนเองจากผู้ป่วยโดยตรง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

24-30 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มาก

19-23 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ปานกลาง

0-18 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่น้อย

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) มีการแก้ไขเนื้อหาให้ครอบคลุมและปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.80 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำ

ข้อมูล ที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ของ จิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ปรับปรุงโดย เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2556) มีข้อคำถาม ทั้งหมด 16 ข้อ โดยการตอบแบบสอบถามประเมินตนเองจากผู้ป่วยโดยตรง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 39-48 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

คะแนน 29-38 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

คะแนน 0-28 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) มีการแก้ไขเนื้อหาให้ครอบคลุมและปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสำหรับ กลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิก สูบบุหรี่ เท่ากับ 0.90 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try- out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF) ของ Heishman et al. (2003) ปรับปรุงโดยวีระ เนริกุล (2558) เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึง ความรู้สึกร้อยกายบุหรี่ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) 2) ด้านความคาดหวัง (Expectancy) 3) ด้านพฤติกรรมหุนหัน พลันเล่นหรือขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) และ 4) ด้านการมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purposefulness) ปรับปรุงโดยวีระ เนริกุล (2558) โดยมีข้อคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดความคิดเห็น (Likert-Scale) 7 ระดับ ระหว่างไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง(7)โดยให้คะแนน 1-7 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทั้ง 12 ข้อมารวมกัน โยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 12-84 คะแนน แปลผลคะแนนโดยผู้ป่วยที่มี คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้สึกร้อยกายบุหรืมาก

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่อง โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) มีการแก้ไขเนื้อหาให้ครอบคลุมและปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสำหรับ

กลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินความรู้สึกรอยากบุหรี เท่ากับ 0.80 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการนัดจุดนัดประชุม รวมทั้งการเข้าร่วมฝึกอบรมและการฝึกทักษะการนัดจุดนัดประชุมทั้งภาคทฤษฎีจำนวน 8 ชั่วโมงและภาคปฏิบัติ 8 ชั่วโมง

2. จัดทำแผนการศึกษาวิจัย และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดจุดนัดประชุม 2) สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท และ 4) แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท 5) แบบประเมินความรู้สึกรอยากบุหรี

3. เตรียมสถานที่ในการศึกษา ติดต่อประสานงานด้านการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนการศึกษาวิจัย

4. ผู้วิจัยนำเสนอ ชี้แจงโครงการวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บข้อมูล ประสานงานหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียด ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูล จากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การวิจัย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และให้ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเสพติดสารนิโคติน

7. ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ คະแนมการเสพติดสารนิโคติน เพื่อควบคุมตัวแปรที่มีผลกระทบต่อผลของงานวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กำหนดนัดหมายตาม วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม ตามโปรแกรมดังกล่าว

ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกด จุดสะท้อนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 10:30-11:30 น. และช่วงบ่ายเวลา 14:00-15:00 น. รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (pre-test) ระหว่างการทดลองในทุกกิจกรรมผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความรู้สึก อายากบุหรี่ยี่หลังเสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรม ภายหลังจากการดำเนินการทดลองผู้วิจัยจะประเมินผลกำกับการทดลองโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ มีคะแนน เฉลี่ยร้อยละ 60 โดยมีคะแนนเท่ากับ หรือมากกว่า 29 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ขั้นประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุด กิจกรรมโดยนัดหมายกลุ่มทดลองในช่วงเช้า และนัดหมายกลุ่มควบคุมในช่วงบ่าย เพื่อประเมิน พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อีกครั้ง (Post-test)

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ได้แก่ การซักประวัติและประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูล สุขภาพด้านการสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่ การได้รับกิจกรรมการพยาบาล ตามปัญหาความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะวิกฤติ

ฉุกเฉิน การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาอาการในระยะเร่งรัดบำบัด แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ เน้นให้เห็นโทษพิษภัยของบุหรี่และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) โดยนัดกลุ่มทดลองในช่วงเช้า และกลุ่มควบคุมในช่วงบ่าย
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการทดลองโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test เปรียบเทียบพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Pre - test) และหลังการทดลอง (Post - test) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ อย่างไรก็ตามการหากิจกรรมอย่างอื่นมาทดแทนการหยิบบุหรี่มาสูบ เลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆแทน การถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ และลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น พบว่า

ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน คือ 17.05 และ 16.15 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ภายในเกณฑ์พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และภายหลังจากการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้น คือ 20.10 อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง แต่ในกลุ่มควบคุมยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ 16.65 จากการทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่ผู้วิจัยประยุกต์และพัฒนาตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary medicine) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยพัฒนาทักษะต่างๆที่มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ การจัดการกับความอยากบุหรี่ และการฝึกทักษะต่างๆที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละวัน หลังจากการเรียนรู้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self regulatory) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการโดยบุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่างและการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จโดยบุคคลที่เชื่อในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จและสมรรถนะแห่งตนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience) และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and effective status) ร่วมกับการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสานที่ได้รับความนิยมมากขึ้นและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแล ผู้ที่มีปัญหาในการสูบบุหรี่และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่จากอาการไม่สุขสบายหลังจากที่ต้องหยุดสูบบุหรี่เมื่อต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (วีระ เจริญกุล, 2558) อาการไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้อง

กับปัจจัยทางอารมณ์ จิตใจ รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคมซึ่งมีหลายมิติด้านของความเป็นมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ สังคม ครอบครัว (กัลป์กร ฉัตรแก้ว, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดทางเลือกหรือการพยาบาลแบบผสมผสาน ที่สามารถนำมาเสริมเพิ่มเพื่อความสำเร็จของการรักษาซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลเสริมสร้างสุขภาพ (ลดวอล์ย อุ๋นประเสริฐพวงศนิชโรจน์, 2549) ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ โดยหลักการของการบำบัดคือการลดความตึงเครียด (tension) และอาการอื่นๆ การสร้างความผ่อนคลาย (relex) ตอบโต้ภาวะต้านทานของจิตประสาท (psychoneuroimmunological response) ดังนั้นการบำบัดทางเลือกแบบผสมผสานจึงสามารถนำมาช่วยบรรเทาอาการอยากบุหรี่เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น (ฉันทิยา คารมย์, 2555) การช่วยเลิกบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยการรักษาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเข้มข้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าใกล้เคียงกัน คือ 17.05 และ 16.15 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ภายในเกณฑ์พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และภายหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงขึ้น คือ 20.10 อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง แต่ในกลุ่มควบคุมยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ 16.65 จากกรมทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อธิบายได้ว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ตามรายหัวข้อ ดังนี้ การหากิจกรรมอื่นทำแทนการหยิบบุหรี่มาสูบ ถ่วงเวลาออกไปให้นานที่สุดเพื่อให้ความอยากบุหริลดลง หาวีธีอื่นแทนการสูบบุหรี่ การลดจำนวนมวนบุหริลง/ไม่สูบ และหางานอดิเรกทำแทนการสูบบุหริ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ การคิดและความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลอยู่เต็มแล้ว (สัญญา กุลาดี และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) รวมทั้งขาดสมาธิ ความตั้งใจแสดงให้เห็นถึงข้อคำถามว่าผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหริได้ รวมทั้งไม่กล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหริจากผู้อื่น และเมื่อรู้สึกเครียดไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เป็นเหตุให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหริได้ รวมทั้งมีการเชื่อมของการคิดที่เกิดจากการติดบุหริร่วมด้วยส่งผล

ให้เป็นการยากขึ้นในการจะควบคุมความคิดเชิงเหตุผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Tsoi et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษวรรณ แซ่มซ้อย (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช หลังได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟไม่สามารถลดระดับความอยากบุหรี่และความเครียดในผู้ป่วยจิตเวชได้ แต่ในการศึกษาอื่น ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคติน และพฤติกรรมเลิกบุหรี่สามารถทนต่ออาการเปลี่ยนแปลงจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น (นันทิยาภรณ์ มะละศิริป์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2555)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรู้ ความเข้าใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่ต่างกัน รวมทั้งความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ สมามี การรู้คิดที่บกพร่องจึงควรมีการประเมินการรู้คิดที่จะรับรู้ในระดับนามธรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ด้านการพยาบาลการนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อน พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการนัดกดจุดสะท้อน ด้านยาเสพติด และมีทักษะในการทำกลุ่มบำบัดเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนจนครบ 1 ปี และทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องร่วมกับการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสมรรถนะของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการดูแลตนเองในด้านสุขภาพอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ โดยจัดให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในแต่ละโรค เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ว่าส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร เพื่อเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการลดอาการอยากบุหรี่หรือมีปัจจัยและข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มหรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2556). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามโรค. **รายงานประจำปี 2556**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 62-63.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยและอัตราสุขภาพจิตต่อประชากร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต 2558**. กระทรวงสาธารณสุข. 81.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยและอัตราสุขภาพจิตต่อประชากร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต 2559**. กระทรวงสาธารณสุข. 159-175.
- เกษวรรณ แซ่มซ้อย. (2557). **ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความอยากบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเวชที่อดบุหรี่**. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยกร ฉัตรแก้ว. (2552). การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายสำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่. ใน กรองจิตวาทีสาธกกิจ, **การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**, 228-260. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2528). **การพยาบาลจิตเวช เล่มที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษุข และสุนิดา ปรีชาวงศ์. (2550). **ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม**. วารสารควบคุมยาสูบ, 1 (1): 2-13.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ฉันทิยา คารมย์. (2555). **ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตรีชฎา บุญจันทร์. (2550). **ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยชาวไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ กันทากาศ. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2552). กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่. ในกรองจิต วาทีสาธกกิจ, ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 57-66
- ธัญชนก จิงา. (2546). **ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). **การประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา.** ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทธิยาภรณ์ มะละสีลป์. (2555). **ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (2552). **เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องโรคร่วมในโรคติดสารเสพติดวันที่ 25-26 พฤษภาคม (2552).** สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์.
- บังเอิญ ทองสมนึก. (2551). **การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี.** ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ ชุนศรี. (2556). **การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท.** วารสารพยาบาล 62(1): 55-64.
- ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. 2542). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาชายสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2550). **การให้บริการลด ละ เลิกยาสูบ.** ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมปริมาณการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากร และนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. 219-529
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). **แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนมณีส फिल्ม.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท : Textbook of Schizophrenia.** สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รมชัย คงสกันธ์. (2550). **แนวทางการรักษาผู้ติดยาสูบทางจิตเวช.** ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. **ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. 229-250.
- มจรดา สุวรรณโพธิ์. ม.ป.ป. Dual diagnosis. Retrieved March 30, 2009, from <http://www.thaifamilylink.net/mambo454/index.php>
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: สวีชาญาณการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). **อาการและอาการแสดง.** ในพิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์(บรรณาธิการ), **ตำราโรคจิตเภท.** หน้า 77-100. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์.
- ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐวงศ์นิชโรจน์. (2549). การบำบัดเสริมและการแพทย์ทางเลือกในการบำบัดทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 18 (3): 1-7.
- วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วีระ เนริกุล. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกลอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิณีย์ สังข์ศรีศรี. (2542). ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้หรือไม่ได้ในเขตกรุงเทพมหานคร. **จุฬาลงกรณ์วารสาร**. 11(43) เมษายน-มิถุนายน 2542: 166-123.
- ศรัณย์ กอสนาม. (2550). การสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ มุมมองทางจิตวิทยา. ในกรแก้ว จันทภาษา (บรรณาธิการ), **(ร่าง)คู่มือการสอนเภสัชกร : เภสัชอาสาพาเพลินเลิกบุหรี่**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิริณี อิ่มน้ำข้าว. (2555). รูปแบบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลมหาสารคาม. **วารสารกองการพยาบาล** 39 (3): 7-20.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2555). **คู่มือการควบคุมยาสูบ ฉบับผู้ปฏิบัติการ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สันทวิกิจ พริ้นต์ติ้ง.
- สนทรรศ บุขราทิจ และอภิญา สิริไพบุลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 57(3): 305-312.
- สมจิตร ฌณีกานนท์ และคณะ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 59(4): 371-380.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติชิต. (2550). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท**. ขอนแก่น: คลังนา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐาน และโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). **ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์. (2552). **ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อ
อาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2552). **พิษภัยและการรักษาโรคติดยาเสพติด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหประชา
ชาพานิชย์.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2555). **คู่มือการควบคุมยาสูบ ฉบับผู้ปฏิบัติการ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม :
สินทวีกิจ พรินต์ติ้ง.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). **การพยาบาลกับครอบครัวที่อนุญาตว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การ
อนามัยโลก**. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 1(2): 9-1
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้
อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: โรงพิมพ์รัตนสุวรรณ.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). **สถานการณ์การบริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2556-2557**, หน้า 14. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- สัญญา กุลาคี และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. **อาการและอาการแสดงทางจิตเวช**. ใน: มาโนช หล่อตระกูล
และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ. **จิตเวชศาสตร์รามาชิตี**. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตีมหา
มหิตล; 2558. หน้า 59-67.

- อภิวัฒน์ ปัญญาภาพ. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันบุหรีของนักเรียนชายในสังกัด อาชีวศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550). การนำแนวคิดการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วยจิตเวช. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทรและวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ : สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2556). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ วนาอุปถัมภ์กุล. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา วนาอุปถัมภ์. (2552). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค**. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Addington, J., El-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D. C., & Addington, D. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *155*(7), 974-975.
- al'Absi, M., Hatsukami, D., Davis, G. L., & Wittmers, L. E. (2004). Prospective examination of effects of smoking abstinence on cortisol and withdrawal symptoms as predictors of early smoking relapse. *Drug & Alcohol Dependence*, *73*(3), 267-278.
- Allen, S. S., Bade, T., Hatsukami, D., & Center, B. (2008). Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, *10*(1), 35-45.
- Association, A. P. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*: American Psychiatric Pub.
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *1*(4), 139-161.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change psychological*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1): Prentice-hall Englewood Cliffs, NJ.
- Boyd, D., Evans, C., & Drennan, V. (2001). Using reflexology: A feasibility study. *Mental Health Nursing*, *21*(6), 14.
- Boyd, M. A. (2008). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*: lippincott Williams & wilkins.
- Brown, S., Barraclough, B., & INSKIP, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(3), 212-217.
- Campbell, E. C., Hurford, I. M., Esposito, A. Z., Lybrand, J., Mann, S. C., & Caroff, S. N. (2013). Comorbid Addictions and Schizophrenia *Interventions for Addiction* (pp. 497-502): Elsevier.

- Cavallo, D. A., Cooney, J. L., Duhig, A. M., Smith, A. E., Liss, T. B., McFetridge, A. K., . . . Rounsaville, B. J. (2007). Combining cognitive behavioral therapy with contingency management for smoking cessation in adolescent smokers: A preliminary comparison of two different CBT formats. *The American Journal on Addictions, 16*(6), 468-474.
- De Leon, J., Dadvand, M., Canuso, C., & White, A. O. (1995). Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *The American journal of psychiatry, 152*(3), 453.
- De Leon, J., & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia research, 76*(2), 135-157.
- Evins, A. E., Mays, V. K., Cather, C., Goff, D. C., Rigotti, N. A., & Tisdale, T. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research, 3*(4), 397-403.
- Fagerström, K., Schneider, N., & Lunell, E. (1993). Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology, 111*(3), 271-277.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T., Bailey, W., Benowitz, N., Curry, S. e., . . . Heaton, C. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.*
- Flay, B. R., d'Avernas, J. R., Best, J. A., Kersell, M. W., & Ryan, K. B. (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. *Pediatric and adolescent behavioral medicine, 10*, 132-183.
- Forchuk, C., Norman, R., Malla, A., Vos, S., & Martin, M. L. (1997). Smoking and schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 4*(5), 355-359.
- George, T. P., Ziedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., . . . Kosten, T. R. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1835-1842.

- Goff, D. C., Henderson, D. C., & Amico, E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry*, *149*(9), 1189-1194.
- Gunnarsdottir, T. J., & Jonsdottir, H. (2007). Does the experimental design capture the effects of complementary therapy? A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of clinical nursing*, *16*(4), 777-785.
- Gunnarsdottir, T. J., & Jonsdottir, H. (2007). Does the experimental design capture the effects of complementary therapy? A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of clinical nursing*, *16*(4), 777-785.
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., & Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *The Lancet*, *371*(9629), 2027-2038.
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., & Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *The Lancet*, *371*(9629), 2027-2038.
- Health, N. I. o. (2007). National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). *Time to Talk [Web page]*. Bethesda: NCCAM.
- Health, U. D. o., & Services, H. (1990). The health benefits of smoking cessation. *A Report of the Surgeon General, Office of Smoking and Health*.
- Health, U. D. o., & Services, H. (2004). The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General.
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Moolchan, E. T. (2003). Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine & Tobacco Research*, *5*(5), 645-654.
- Heitkemper, M., & Jarrett, M. (2005). Overlapping conditions in women with irritable bowel syndrome. *Urol Nurs*, *25*(1), 25-30.
- Hennekens, C. H., Hennekens, A. R., Hollar, D., & Casey, D. E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American heart journal*, *150*(6), 1115-1121.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., & Hart, S. (1999). Smoking cravings are reduced by self-massage. *Preventive medicine*, *28*(1), 28-32.

- Hodgson, N. A., & Andersen, S. (2008). The clinical efficacy of reflexology in nursing home residents with dementia. *The journal of alternative and complementary medicine*, 14(3), 269-275.
- Horwath, E., & Cournos, F. (1999). NMS and HIV. *Psychiatric Services*, 50(4), 564-564.
- Hughes, J. (2007). Minnesota nicotine Withdrawal Scale-Revised. Retrieved April, 11, 2007.
- Hughes, J. R. (1993). Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Investigators, G. (2001). Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) Project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *American heart journal*, 141(2), 190-199.
- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province*: Mahidol University.
- Kaplan, H. I. (2005). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (2 Volume Set, 2005).
- Kirkpatrick, B., Miller, B., Garcia-Rizo, C., & Fernandez-Egea, E. (2013). Schizophrenia: a systemic disorder. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 8(2), 73-79.
- Kumar, A. R., & Kurup, P. (2001). A hypothalamic digoxin mediated model for conscious and subliminal perception. *Journal of neural transmission*, 108(7), 855-868.
- Kumari, V., & Postma, P. (2005). Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(6), 1021-1034.
- Kunz, R., Vist, G., & Oxman, A. (2007). Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2).
- Lundborg, P., & Andersson, H. (2008). Gender, risk perceptions, and smoking behavior. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1299-1311.
- Mann-Wrobel, M. C., Bennett, M. E., Weiner, E. E., Buchanan, R. W., & Ball, M. P. (2011). Smoking history and motivation to quit in smokers with schizophrenia in a smoking cessation program. *Schizophrenia research*, 126(1), 277-283.
- Mao, J. J., Farrar, J. T., Xie, S. X., Bowman, M. A., & Armstrong, K. (2007). Use of complementary and alternative medicine and prayer among a national

- sample of cancer survivors compared to other populations without cancer. *Complementary therapies in medicine*, 15(1), 21-29.
- McChargue, D. E., Gulliver, S. B., & Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*, 97(7), 785-793.
- McCloughen, A. (2003). The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. *International journal of mental health nursing*, 12(2), 119-129.
- McCreadie, R. G., & Kelly, C. (2000). Patients with schizophrenia who smoke: Private disaster, public resource: Private disaster, public resource. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 109-109.
- Mezinskas, J. P., Honos-Webb, L., Kropp, F., & Somoza, E. (2001). The measurement of craving. *Journal of addictive diseases*, 20(3), 67-85.
- Organization, W. H., & Control, R. f. I. T. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*: World Health Organization.
- Ounprasertpong, L., & Holzemer, W. L. (2001). *Effect of foot reflexology on fatigue and pain in AIDS patients*: Emergency and OPD GP Division. Nursing Department Ramathibodi Mahidol University.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population health metrics*, 8(1), 24.
- Piper, M. E., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(3), 339-351.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.

- Ran, M.-S., Chen, S., Chen, E. Y., Ran, B.-Y., Tang, C.-P., Lin, F.-R., . . . Hu, S.-H. (2011). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(11), 1087-1093.
- Rice, J. (2006). *Mathematical statistics and data analysis*, cengage learning. Boston, MA.
- Riley, B., Kendler, K., Sadock, B., & Sadock, V. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia:.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137-3146.
- Santé, O. m. d. l., Organization, W. H., & WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1): World Health Organization.
- Satra, T., Wannasewok, K., Atsariyasing, W., & Luisirojanakul, J. (2017) Prevalence of Nicotine Dependence in Schizophrenic Patients, Siriraj Hospital, Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 62(4), 289-298.
- Shaw, D., & al'Absi, M. (2008). Attenuated beta endorphin response to acute stress is associated with smoking relapse. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 90(3), 357-362.
- Shiffman, S., West, R. J., & Gilbert, D. G. (2004). Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 599-614.
- Stephens, A., & Ussher, M. (2006). Smoking, cortisol and nicotine. *International Journal of Psychophysiology*, 59(3), 228-235.
- Strasser, K. (2001). Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia. *Guidelines for general practitioners*. Melbourne: SANE Australia & University of Melbourne.
- Strasser, K., Moeller-Saxone, K., Meadows, G., Hocking, B., Stanton, J., & Kee, P. (2002). Smoking cessation in schizophrenia. General practice guidelines. *Australian family physician*, 31(1), 21-24.

- Tanskanen, A., Viinamäki, H., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H.-T., & Lehtonen, J. (1998). Smoking and suicidality among psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *155*(1), 129-130.
- Taylor, E. H., Torrey, E. F., & Bowler, A. E. (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder: The biological roots of mental illness as revealed by the landmark study of identical twins*: Basic Books.
- Tsoi, D. T., Porwal, M., & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia.
- Veena, K., & Peggy, P. (2005). Review Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*, *29*, 1021-1034.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive behaviors*, *15*(3), 271-283.
- Velicer, W. F., Norman, G. J., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1999). Testing 40 predictions from the transtheoretical model. *Addictive behaviors*, *24*(4), 455-469.
- Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2004). A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addictive behaviors*, *29*(1), 51-60.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological bulletin*, *111*(1), 23.
- Williams, J. M., & Foulds, J. (2007). Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *164*(2), 222-227.
- Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current opinion in psychiatry*, *23*(2), 112-119.
- Xavier, R. (2007). Facts on reflexology (foot massage). *The Nursing journal of India*, *98*(1), 11.
- Zhang, X. Y., Liang, J., Xiu, M. H., He, J., Cheng, W., Wu, Z., . . . Lu, L. (2012). Cigarette smoking in male patients with chronic schizophrenia in a Chinese population: prevalence and relationship to clinical phenotypes. *PLoS One*, *7*(2), e30937.

Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A. W., Coste, F., & West, R. (2009).

Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive behaviors*, *34*(4), 365-373.

Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J. C., Zvolensky, M., Adler, L. E., Audrain-

McGovern, J., . . . Williams, J. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report: Society for Research on Nicotine and Tobacco.

Ziedonis, D. M., & George, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*, *23*(2), 247.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. แพทย์หญิงนฤมล จินตพัฒนากิจ	นายแพทย์ชำนาญการโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางสาวสกวรัตน์ พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. นางนุชนาถ ชัยเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
4. อาจารย์อันธิมา สายบุญศรี	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยปทุมธานี
5. อาจารย์ดร.จันทรรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๖/พิเศษ

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ครั้งแรก)

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรม
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท
(THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING COMBINED WITH REFLEXOLOGY PROGRAM
ON SMOKING CESSATION BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS)

รหัสโครงการ : COA.STY๐๐๓/๒๕๖๑

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลศรีธัญญา

เอกสารที่รับรอง :

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. โครงร่างการวิจัย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๑)
๓. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๑)
๔. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๑)
๕. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๑)
๖. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : ๒๗ เมษายน ๒๕๖๑

วันหมดอายุ : ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลัก
จริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ
the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH - GCP)

ลงนาม

วันที่.....๗๐.....เมษายน ๒๕๖๑

(นางอรวรรณ ศิลปกิจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลศรีธัญญา

ลงนาม

วันที่.....๑.....พฤษภาคม ๒๕๖๑

(นายศิริศักดิ์ อิติติลกรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาคผนวก ค

ข้อมูลและใบยินยอมสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน
ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง
นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต นอกลงาราชการ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 47 หมู่ 4 ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ (มือถือ) 089-1822699

E-mail Address aoodauan@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากรที่ ศึกษา คือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา
เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่า เป็นโรคจิตเภท และมีประวัติการสูบ
บุหรี่ยังต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (Matched Pair) ให้มี
คุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติดนิโคติน (Piper et al., 2006) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม
ทดลอง 20 คนกลุ่มควบคุม 20 คน (Burn & Grove, 2005)

1. เพศชายอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีประวัติสูบบุหรี่มีค่าคะแนนการติดยาโคตินระดับปานกลางขึ้นไป คือคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป มีอาการทางจิตทุเลา คือมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2552; Overall & Gorham, 1962)
2. มีประวัติสูบบุหรี่มีค่าคะแนนการติดยาโคตินระดับปานกลางขึ้นไป คือคะแนน 4 คะแนนขึ้นไป Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerström et al. (1993)
3. มีอาการทางจิตทุเลา คือมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2552; Overall & Gorham, 1962)
4. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และสามารถพูด อ่านและเขียนได้
5. ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น
6. ไม่มีบาดแผลและการอักเสบที่มือและเท้า
7. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประเมินพฤติกรรมอาการเลิกสูบบุหรี่
8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด
9. การใช้เวชระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และจากตัวผู้ป่วยเอง
10. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ เป็นแนวทางปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
11. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวทิพย์ นภา จันทร์สว่างได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 089-1822699 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว
12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
13. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย
14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้ที่ 0-2528-7800

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขาบัตรประชาชน ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน
ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 47 หมู่ 4 ต. ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ (มือถือ) 089-1822699 E-mail Address aooduan@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้
อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการ
วิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้ที่
0-2528-7800 ข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....) พยาน

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ () 1. 20-29 ปี () 2. 30-39 ปี
() 3. 40-49 ปี () 4. 50-59 ปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียน () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() 2. ประถมศึกษา () 5. อนุปริญญา/ปวส.
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 6. ปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 4. หย่า/ร้าง
() 2. คู่ () 5. แยกกันอยู่
() 3. หม้าย () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. อาชีพ
() 1. เกษตรกรรม () 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 2. รับจ้าง () 5. ไม่ได้ทำงาน/ช่วยครอบครัว
() 3. ค้าขาย () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้
() 1. เพียงพอ
() 2. ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาการป่วยทางจิต
() 1. น้อยกว่า 10 ปี () 3. 21-30 ปี
() 2. 11-20 ปี () 4. 30 ปีขึ้นไป
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยวันละกี่มวน
() 1. จำนวน 10 มวนหรือน้อยกว่านั้น
() 2. จำนวน 11-20 มวนต่อวัน
() 3. จำนวน 21-30 มวนต่อวัน
() 4. จำนวน 31 มวนหรือมากกว่านั้น

9. ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่

() 1. เคย.....ครั้ง () 2. ไม่เคย ระบุสาเหตุ.....

10. ประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว

() 1. ไม่มี

() 2. มีความสัมพันธ์กับท่าน.....



ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเสพติดสารนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) (FTND) ของ Fagerström et al. (1993)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่เป็นคำตอบที่ท่านต้องการ

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - 10 มวนหรือน้อยกว่านั้น (0)
 - 11-20 มวนต่อวัน (1)
 - 21-30 มวนต่อวัน (2)
 - 31 มวนหรือมากกว่านั้น (3)
2. ท่านเริ่มต้นสูบบุหรี่มีมวนแรกเมื่อไหร่
 - ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3)
 - 6-30 นาทีหลังตื่นนอน (2)
 - 31-60 นาทีหลังตื่นนอน (1)
 - หลังตื่นนอน 60 นาทีไปแล้ว (0)
3. ท่านสูบบุหรี่มากในช่วง 2-3 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวันหรือไม่
 - ใช่ (1)
 - ไม่ใช่ (0)
4. บุหรี่มวนไหนที่ท่านคิดว่า ยาก ที่จะโยนทิ้งมากที่สุด
 - มวนแรกในตอนเช้า (1)
 - มวนไหนก็ยากทั้งนั้น (0)
5. ท่านรู้สึกยุ่งยากที่ต้องอยู่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ เช่น โรงเรียน โรงอาหาร วัด สถานที่สาธารณะ
 - ใช่ (1)
 - ไม่ใช่ (0)
6. ท่านยังคงสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วย หรือต้องนอนอยู่บนเตียงนอน หรือไม่สบาย เป็นไข้หวัด ไออย่างหนัก
 - ใช่ (1)
 - ไม่ใช่ (0)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form :TCQ-SF)

คำชี้แจง :โปรดอ่านข้อคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งคำถามในแต่ละข้อจะถามถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกอยากบุหรี่ของท่านตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เทียบกับคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 ดังตารางระดับความคิดเห็น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	2	3	4	5	6	7	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ฉันอยากสูบบุหรี่ตอนนี้							
2. ถ้าฉันได้สูบบุหรี่ตอนนี้ ฉันคงจะไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้							
3. ถ้าฉันมีบุหรี่ซีกมวนอยู่ในมือ ฉันคงจะสูบบุหรี่							
4. บุหรี่น่าจะดีมีรสชาติดี ถ้าได้สูบบุหรี่ในตอนนี้							
5. ฉันคงจะรู้สึกสบายขึ้น ถ้าฉันได้สูบบุหรี่ตอนนี้							
6.....							
7.....							
8.....							
9.....							
10. ฉันคงไม่สามารถควบคุมปริมาณในการสูบบุหรี่ของฉันได้ ถ้าฉันมีบุหรี่อยู่ที่นี้ด้วยในตอนนี้							
11. ฉันคงจะไม่สามารถจำกัดปริมาณการสูบบุหรี่ได้ ถ้าฉันได้สูบบุหรี่ ในตอนนี้							
12. ฉันคงจะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ดีกว่านี้ ถ้าฉันได้สูบบุหรี่ ในตอนนี้							

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการเล่นสุบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ประเมินพฤติกรรมการเล่นสุบบุหรี่ของตนเอง โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว (ในระยะเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล)

ปฏิบัติได้ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ
 ปฏิบัติได้บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติได้บางครั้ง
 ปฏิบัติไม่ได้ หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้เลยทุกครั้ง

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มหรือเมื่อนึกถึงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่ม			
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป			
3. ท่านรับประทานผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก			
4.....			
5.....			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			
14. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆ ที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่			
15. ท่านหาเวลาว่างในการออกกำลังกาย			

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง กรุณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความมั่นใจของท่านต่อสถานการณ์การสูบบุหรี่

จงใจให้อยากสูบบุหรี่มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่มากที่สุด

จงใจให้อยากสูบบุหรี่ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่ปานกลาง

จงใจให้อยากสูบบุหรี่น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่น้อย

ไม่จงใจเลย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ได้ทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่เลย

ข้อคำถาม สถานการณ์	จงใจให้อยากสูบบุหรี่มาก	จงใจอยากสูบบุหรี่ปานกลาง	จงใจอยากสูบบุหรี่น้อย	ไม่จงใจเลย
1. เมื่อท่านตีเครื่องตีหรือนึกถึงเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์				
2. เมื่อท่านผิดหวังหรือไม่ได้ในสิ่งที่ปรารถนา หรือทำบางสิ่งไม่สำเร็จ เช่น ไม่ได้กลับบ้านตามนัด				
3. เมื่อท่านรู้สึกเหงาและว้าเหว่				
4. เมื่อท่านอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

ข้อความ สถานการณ์	จงใจให้ อยากสูบบุหรี่มาก	จงใจอยาก สูบบุหรี่ปาน กลาง	จงใจอยาก สูบบุหรี่ น้อย	ไม่จงใจเลย
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15. เมื่อท่านรู้สึกวิตกกังวลและเกิด ความเครียดอย่างมาก				
16. เมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่ไปได้ ระยะเวลาหนึ่ง				

ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการที่ได้ตั้งจากการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
เนื้อหาความคิดที่แสดงออก	ไม่มีอาการ	สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงมาก
1.หมกมุ่น วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
2.อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
3.ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)							
4.ความคิดว่าตนเองมีความพิเศษเกินความเป็นจริง (Grandiosity)							
5.อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood)							
6.ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)							
7.ความรู้สึกระแวง (Suspiciousness)							

เนื้อหาความคิดที่ แสดงออก	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
	ไม่มี อาการ	สงสัยว่ามี อาการอยู่ บ้าง แต่ ยังอยู่ใน เกณฑ์ ปกติ	มี อาการ เล็กน้อย	มีอาการ ปานกลาง	มี อาการ ค่อนข้าง รุนแรง	มีอาการ รุนแรง	มี อาการ รุนแรง มาก
8.อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)							
9.เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)							
.....							
.....							
.....							
.....							
17. การแสดงอารมณ์ น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)							
18.อาการกระวนกระวาย (Excitement)							
คะแนนรวม							

หมายเหตุ : ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยตอบจากการสัมภาษณ์

ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

คะแนนรวมที่ได้ไม่น้อยกว่า 36 คะแนน สามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

รายละเอียดโปรแกรมเป็นรูปแบบรายบุคคลรายบุคคล โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยศึกษาดำเนินการเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแนวคิดการบำบัดแบบผสมผสาน (NCCAM, 2007) การนวดกดจุดสะท้อน ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มๆละ 10 คน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกันแต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่

ระยะเวลา 60 นาที (9:30-10:30น.)

สถานที่ โรงพยาบาลศรีธัญญา ตึกผู้ป่วยในชาย

รูปแบบ บำบัดเป็นรายกลุ่ม จำนวน 10 คน ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกนั่งตามอัธยาศัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกภายในกลุ่ม รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการ เข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพิษภัยของบุหรี่
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อลด ละ เลิกสูบบุหรี่ทั้ง 5 จุดสะท้อน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกให้ความร่วมมือและมีความไว้วางใจในการทำกิจกรรม
2. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์ และปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนตามขั้นตอนด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. สมาชิกสามารถบอกถึงพิษภัยของบุหรี่ได้
4. สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญและเห็นโอกาสในการนำการนวดกดจุดสะท้อนไปใช้ในการดูแลตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5. สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายหลังการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทั้งสองข้างและได้รับการประเมิน
ความรู้สึกรักอยากสูบบุหรี่

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินกิจกรรมในระยะแรกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความ
ไว้วางใจ และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการกล่าวทักทายทั่วไป (small talk)
การแนะนำตนเองการพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน
การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วม กิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
เพื่อให้เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่

กิจกรรมนี้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดแบบผสมผสาน (NCCAM, 2007) การนวดกดจุด
สะท้อนร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งในกิจกรรมประกอบไปด้วย
การนำเข้าสู่เนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ และเกิด
ความตระหนักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ ประกอบด้วยการแนะนำ (Suggestion)
การกระตุ้นชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self instruction) และการอธิบาย (Interpretive
treatment) ถึงผลประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนต่อการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมกับการฝึกสติตาม
ขั้นตอนวิธีการนวดกดจุดสะท้อน โดยจะใช้ทั้งการนวดและการกระตุ้นบริเวณจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าทั้ง
สองข้าง ข้างละ 5 ตำแหน่งๆละ 40 ครั้ง และให้สมาชิกมีการสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิด
ความตื่นตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ (Consciousness raising) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่พูด
ชักจูง โน้มน้าวให้สมาชิกเกิดความคล้อยตามและเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่สำเร็จโดยการใช้วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวเองในฐานะ
ผู้นำกลุ่ม และต้อนรับสมาชิกในกลุ่มด้วยน้ำเสียงท่าทางที่เป็นมิตรและอบอุ่นด้วยการแสดงความสนใจ
ในสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยแจกป้ายกระดาษรูปหัวใจสำหรับแขวนที่คอให้สมาชิกแต่ละคนหลังจาก
นั้นให้เขียนชื่อเล่นลงบนกระดาษรูปหัวใจ เมื่อเขียนเสร็จแล้วให้แนะนำชื่อ-สกุล ชื่อเล่น ที่ละคนทำ
เช่นนี้ไปเรื่อยๆจนสมาชิกทุกคนแนะนำตัวเองจนครบ แล้วผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้และ
กล่าวนำเข้าสู่กิจกรรมลำดับต่อไป

แนวทางการอธิบาย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับปริญญาโทที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนอื่นดิฉันอยากให้คุณๆท่านได้ทำความรู้จักกันก่อนค่ะ

2. แจ้งวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรม ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม อธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้มี 2 กิจกรรม ประกอบด้วยเรื่องโทษพิษภัยของบุหรีและการให้ความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรี โดยใช้ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ 60 นาที



แนวทางในการอธิบาย

ตอนนี้ทุกคนก็รู้จักกันแล้วนะคะ ต่อจากนี้ไปเราจะมาทำกิจกรรมร่วมกันและถือว่าเป็นเพื่อนกันและพร้อมจะแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันและทุกชีไปด้วยกัน พวกเราทุกคนจะคอยเป็นกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปนะคะ ซึ่งในวันนี้เราทุกคนจะมาทำกิจกรรมที่ชื่อว่า “การชกจู๋ด้วยคำพูด” ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ประกอบด้วยเรื่องโทษพิษภัยของบุหรีและการให้ความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรีโดยใช้ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ 60 นาที

3. ผู้วิจัยกล่าวนำเข้าสู่เนื้อหาในเรื่องพิษภัยของบุหรี ผลกระทบของการสูบบุหรีต่อสุขภาพ และประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี โดยให้สมาชิกอ่านเนื้อหาตามใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี และร่วมกันแสดงความคิดเห็นไปพร้อมๆกันที่ละข้อในใบงานที่ 1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องพิษภัยบุหรี ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกตอบและแสดงความคิดเห็นที่ละคนจนครบทุกคนและให้ข้อมูลที่ถูกต้องในข้อที่ผิด

แนวทางในการสรุป

ตอนนี้ทุกคนก็รู้แล้วว่าบุหรีแต่ละมวนที่เราสูบเข้าไปในร่างกายประกอบด้วยสารพิษอะไรบ้างและส่งผลที่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของเรา ครอบครัวและคนรอบข้าง สิ่งแวดล้อม อยู่ตลอดเวลาหากแต่ยังคงมีนักสูบบุหรี่ใหม่ๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆราวกับว่า ไม่รักชีวิตของตนเองบางคนมีเหตุผลในการสูบบุหรี่เพียงเพราะความเท่ จนในที่สุดก็ติดเป็นนิสัย ขณะที่บางคนอยากเลิกแต่ไม่รู้ว่าต้องทำอะไร บางคนลองเลิกดูแล้วแต่ก็ทำไม่ได้ ฉะนั้นในวันนี้พวกเราทุกคนจะมาเรียนรู้วิธีการในการช่วยให้สามารถเลิกบุหรี โดยการนวดกดจุดสะท้อนเท้าซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและทุกคนสามารถทำเองได้อย่างแน่นอน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนตามใบความรู้ที่ 2 การนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรี่ และดำเนินการสอนโดยสาธิตวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าตามลำดับจุดสะท้อนและให้สมาชิกฝึกปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนเท้าตนเองตามขั้นตอนอีกครั้ง ผู้วิจัยเป็นคนลงความเห็นในใบงานที่ 2 และให้สมาชิกทำแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่

แนวทางในการอธิบาย

ต่อไปเราจะมาทำความรู้จักการนวดกดจุดสะท้อน ใครเคยรู้จักหรือว่าได้ยินเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนมาก่อนไหมคะ ถ้ายังไม่เคยมีใครได้ยินมาก่อนเรามาทำความรู้จักและฝึกปฏิบัติร่วมกันเลยนะคะ โดยเราจะมาฝึกการนวดและการกดไปตามลำดับจุดสะท้อนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และทวนซ้ำอีก 1 ครั้ง และให้ลงความคิดเห็นความรู้สึกภายหลังการนวดในแบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ค่ะ

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันสรุปกิจกรรม



แนวทางในการสรุป

เป็นอย่างไรบ้างคะการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทำได้ง่ายใช่ไหมคะ เป็นทางเลือกอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วย ลด ละ เลิก บุหรี่ได้ด้วยตนเองโดยวิถีทางธรรมชาติและทำได้ด้วยตนเอง และการนวดกดจุดสะท้อนยังช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบาย ส่งเสริมการนอนหลับได้อีกด้วย ขอให้ทุกคนนำความรู้ที่ได้ในวันนี้ไปฝึกต่อเนาะคะเพื่อให้เกิดความชำนาญในการนวด

จากการทำกิจกรรมในวันนี้คะ ก็ทำให้เราได้รู้จักคุ้นเคยกันเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีซึ่งกันและกันได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการดำเนินกิจกรรม สำหรับวันนี้ต้องขอขอบคุณทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอันดีจากสมาชิกทุกคนที่ทำให้กิจกรรมบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สวัสดีค่ะ

6. กล่าวปิดกลุ่ม นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ผ้าขนหนูขนาดประมาณ 30x15 นิ้ว จำนวน 1 ผืน
2. โลชั่นน้ำมัน ช่วยในการหล่อลื่นขณะนวด
3. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องโทษพิษภัยของบุหรี่
4. ใบงานที่ 1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องพิษภัยบุหรี่
5. ใบความรู้ที่ 2 การนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรี่
6. ใบงานที่ 2.1 การฝึกการนวดกดจุดสะท้อนเท้า
7. แบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่

การประเมินผล

1. สมาชิกให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดีโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมพฤติกรรมที่แสดงออกขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ความสนใจและการตอบคำถามต่างๆ เช่น การซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย

2. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ถูกต้อง

3. สมาชิกสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้ถูกต้อง

4. สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโทษพิษภัยของบุหรี่และการงดจุดจุดสะท้อนเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป

5. สมาชิกสามารถบอกถึงตำแหน่งและประโยชน์ที่ได้รับจากการงดจุดจุดสะท้อนเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างน้อย 5 ข้อ



ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่องพิษภัยบุหรี่

บุหรี่

บุหรี่หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า นิโคติน เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่ต้องตามกฎหมาย เพราะเมื่อสูบเข้าไปแล้วจะทำให้เกิดการติด จึงส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณการสูบมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อหยุดสูบจะเกิดอาการอยากบุหรีตามมา ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สารประกอบในบุหรี่

บุหรีเมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดควันที่มีสารประกอบที่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรง ต่างๆอยู่ประมาณ 4,000 ชนิด สารประกอบที่สำคัญมีดังนี้

1. **นิโคติน** เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี เพราะไปกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า
2. **ทาร์** หรือ น้ำมันดิบ เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งต่างๆได้
3. **คาร์บอนมอนอกไซด์** ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีเมื่อย อดสูบใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ
4. **ไฮโดรเจนไซยาไนด์** เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ
5. **ไนโตรเจนไดออกไซด์** เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลาย ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง
6. **แอมโมเนีย** มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก
7. **สารกัมมันตรังสี** ที่มีรังสีอัลฟาอยู่เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรียังเป็นพาหะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรีหายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

สาเหตุหรือปัจจัยการสูบบุหรี

- 1) **ปัจจัยทางด้านร่างกาย** การสูบบุหรีจะช่วยให้มีการหลั่งสารเคมีที่มีอยู่ในสมองที่ทำให้เกิดความสุขเพลิดเพลิน ลดความเครียดความวิตกกังวล จึงทำให้สูบบุหรีซ้ำๆ แต่ถ้าสารดังกล่าวมีมากจะทำให้เกิดความเครียด ความบีบคั้นทางด้านจิตใจได้
- 2) **ปัจจัยทางด้านจิตใจ** มีทัศนคติความเชื่อที่ผิดของการสูบบุหรี เช่น เชื่อว่าเมื่อสูบบุหรีจะทำให้สมองปลอดโปร่ง จิตใจแจ่มใสอารมณ์ดี มีความสุข สดชื่น และไม่่วงนอน เป็นต้น การมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ยอมตาม รวมถึงความอยากลอง
- 3) **ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม** เช่น สภาพแวดล้อม เพื่อนที่สูบ การสูบบุหรีเพื่อเข้าสังคม หน้าที่การงาน และกระแสของสื่อโฆษณาต่างๆ เป็นต้น

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

1) **โรคมะเร็ง** การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการตายจากมะเร็งปอดได้ถึง 87% ซึ่งมะเร็งปอดนั้นจัดว่าเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดมะเร็งมากมาย เช่น มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งไต มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2) **โรคอัมพาตและสมองเสื่อม** ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซอง นั่นคือการสูบในปริมาณที่หนัก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคอัมพาต 2 เท่าครึ่งเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบ

3) **โรคปอด** ปีหนึ่งจะมีผู้ที่สูบบุหรี่เสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพอง ปอดบวม หลอดลมอักเสบ เป็นจำนวนมาก

4) **ความผิดปกติของการตั้งครรภ์และทารก** มีความเสี่ยงต่อการเป็นหมัน ตั้งครรภ์นอกมดลูก การแท้งและยังเพิ่มอัตราการตายในทารก อีกทั้งการสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์จะทำให้บุตรมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ เพราะสารในบุหรี่จะไปลดกรดโฟลิกที่ช่วยป้องกันความพิการแต่กำเนิดและสำหรับเด็กที่เติบโตในสิ่งแวดล้อมที่พ่อหรือแม่ที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืด โรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50

5) **โรคทางช่องปาก** ทำให้เกิดโรคมะเร็งในช่องปากและโรคเหงือก โดยควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างเหงือกและฟันทำให้เหงือกร่น เกิดการเสียวฟัน ฟันผุ แผลหายช้า มีกลิ่นปาก มีคราบบุหรี่ยึดที่เหงือกและฟัน

6) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

- โรคกระดูกพรุนและกระดูกหักง่าย สารนิโคตินในบุหรี่จะลดเลือดที่ไปเลี้ยงกระดูก ลดการดูดซึมแคลเซียม

- เกิดการอักเสบของข้อ กระดูก มีการฉีกของเอ็นและกล้ามเนื้อได้ง่าย

- เกิดโรคปวดหลังในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

7) โรคทางเดินอาหาร

- ร้อนใน ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นหน้าอก เกิดจากการทุ่ทุ้งทำให้หูรูดที่กั้นระหว่างกระเพาะและหลอดอาหารหย่อนตัว กรดจากกระเพาะล้นเขาไปยังหลอดอาหารทำให้เกิดการอักเสบ

- แผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากการเกิดการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรได้ง่าย เชื้อดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร

- แผลที่ลำไส้ส่วนต้น เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างต่างได้มากพอ กรดที่มาจากกระเพาะอาหารจึงมีความเป็นกรดมากจึงทำให้เกิดแผล

8) **โรคตับแข็ง** เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้การทำหน้าที่ของตับในการกำจัดของเสียลดลง

ผลของการหยุดสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

1. มีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ต่อไป โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปี จะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป เมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี
2. ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็งปอด มะเร็งในระบบอื่นๆ หัวใจวาย กะทันหัน เส้นเลือดในสมองตีบตันกะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ
3. ลดความเสี่ยงที่ลูกจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ
4. มีน้ำหนักมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 2.3 กิโลกรัม



ใบงานที่ 1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องพิษภัยของบุหรี่

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความทำความเข้าใจเรื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง และทำเครื่องหมาย

✗ หน้าข้อที่เห็นว่าผิด

-1) บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง เมื่อสูบเข้าไปแล้วจะทำให้ผู้สูบเกิดการเสพติดได้
-2) การสูบบุหรี่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพถ้าสุขภาพของผู้สูบนั่นแข็งแรงดี
-3) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานหรือการสูบในระดับที่ติด เมื่อหยุดสูบจะทำให้มีอาการแสบเร้า
นอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกวิตกกังวลกระวนกระวาย สมาธิลดลง หัวใจเต้นช้าลง
-4) การสูบบุหรี่ฤทธิ์รุนแรงกว่ายาบ้า ยาไอซ์ ดังนั้นจึงไม่มีผลต่อโรคทางจิตเวช
-5) ควันบุหรี่ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายต่อคนรอบข้างเลย
-6) การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชสูง
-7) การสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้เป็นอย่างดี
-8) อาการอยากบุหรี่ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
-9) ยาเส้นมีความรุนแรงน้อยกว่าบุหรี่ที่มีก้นกรอง
-10) การสูบบุหรี่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของโรคทางจิตเวชเลย หากยังคงมีการ
รับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

เฉลย

- ข้อ 1 ✓ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง เมื่อสูบเข้าไปแล้วจะทำให้ผู้สูบเกิดการเสพติดได้
- ข้อ 2 ✗ การสูบบุหรี่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพถ้าสุขภาพของผู้สูบนั่นแข็งแรงดี
- ข้อ 3 ✓ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานหรือการสูบในระดับที่ติด เมื่อหยุดสูบจะทำให้มีอาการแสบเร้า
นอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกวิตกกังวลกระวนกระวาย สมาธิลดลง หัวใจเต้นช้าลง
- ข้อ 4 ✗ การสูบบุหรี่นั้นทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคทางจิตเวชได้
- ข้อ 5 ✗ ควันบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายต่อคนรอบข้างได้เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่เอง
- ข้อ 6 ✓ การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวชสูง
- ข้อ 7 ✗ การสูบบุหรี่อาจช่วยลดความเครียดได้
- ข้อ 8 ✓ อาการอยากบุหรี่ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- ข้อ 9 ✗ ยาเส้นมีความรุนแรงเช่นเดียวกับบุหรี่ที่มีก้นกรอง
- ข้อ 10 ✗ การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่ออาการกำเริบของโรคทางจิตเวช แม้จะมีการรับประทานยาทางจิต
เวชต่อเนื่อง

ใบความรู้ที่ 2 การนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับการเลิกสูบบุหรี่

ศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วย ลด ละ เลิก บุหรี่ได้ด้วยตนเองโดยวิธีทางธรรมชาติเพราะการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต้องอาศัยกระบวนการสะท้อนกลับของร่างกาย เพราะเท้าเป็นส่วนปลายของร่างกายที่มีปลายประสาทเชื่อมโยงไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนในตำแหน่งต่างๆ ของเท้าจึงสามารถวินิจฉัยได้ว่าส่วนใดของร่างกายเกิดความไม่สมดุลและจะไปกระตุ้นทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ กลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพพอย่าน่าอัศจรรย์

การกดจุดที่เท้าเพื่อช่วยในการลด ละ เลิกบุหรี่ จะเส้นกดจุดที่ตำแหน่งของเท้าบริเวณที่สะท้อนไปยังส่วนของสมอง เพื่อกระตุ้นให้สมองหลั่งสารเคมีออกมาทำให้เรามีความสุขเหมือนกับกลไกการทำงานของนิโคติน แต่เมื่อร่างกายไม่สามารถหลั่งสารเคมีออกมาได้เอง ทำให้การสูบบุหรี่ที่มีสารนิโคตินจะมีรสชาติขม

ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ไม่อยากสูบบุหรี่ไปโดยปริยาย

นอกจากนวดกดจุด ณ ตำแหน่งที่สะท้อนไปยังสมองแล้ว เรายังต้องนวดกดจุดสะท้อนระบบประสาทสัมผัสด้วยซึ่งจะสะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง จมูก ลำคอ ท่อหายใจ ปอด ต่อม น้ำเหลืองที่ปอด เมื่อเรานวดกดจุดสะท้อนตามตำแหน่งดังกล่าว จะทำให้อวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเหล่านี้ ซึ่งถูกทำลายจนเสื่อมโทรมเพราะการสูบบุหรี่ ให้ฟื้นคืนกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม เช่น เมื่อคุณสูบบุหรี่จะมีสารเคมีต่างๆ มากมายที่ไปทำลายส่วนต่างๆ ของจมูก ทำให้การรับรู้กลิ่นสูญเสียไป แต่เมื่อเรานวดกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส ก็จะทำให้การทำงานของจมูกและระบบการหายใจกลับมาทำงานเป็นปกติ นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าไม่ใช่เป็นเพียงการนวดเพื่อช่วยลดละเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการช่วยฟื้นฟูสร้างเสริมสร้างสุขภาพหลังจากการเลิกบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

1. วัตถุประสงค์การนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการเลิกสูบบุหรี่

1. เพื่อบรรเทากลุ่มอาการไม่สบายจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โกรธง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง วิดกกังวล นอนไม่หลับ และอาการอยาก บุหรี่ ช่วยให้ร่างกายและจิตใจคลายความตึงเครียด โดยทำให้เกิดการผ่อนคลายในระดับลึกทำให้อารมณ์ดี ลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบาย ส่งเสริมการนอนหลับ

2. กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลือง ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้นช่วยนำออกซิเจนและสารอาหารไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อ รวมทั้งช่วยขจัดของเสียและสารพิษที่เกิดจากขบวนการเผาผลาญออกจากร่างกาย ส่งเสริมการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

3. ช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟินจากสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก เป็นสุขใจช่วยทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น

2. อุปกรณ์ในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า



1. ผ้าขนหนูขนาดประมาณ 30x15 นิ้ว จำนวน 1 ผืน
2. โลชั่นน้ำมัน ช่วยในการหล่อลื่นขณะนวด

การเตรียมตัวก่อนการนวด ไม่ควรรับประทานอาหารก่อนการนวด หรือถ้าต้องนวดหลังรับประทานอาหารควรเว้นระยะประมาณ 1 ชั่วโมง จึงจะเริ่มการนวด

หลักการสำคัญและเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

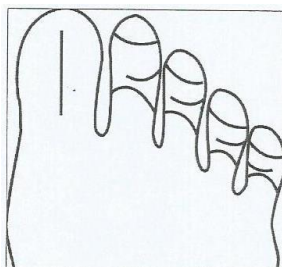
1. เริ่มการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าที่มีมือซ้ายก่อนเสมอ เพราะมือซ้ายมีตำแหน่งที่เป็นที่ตั้งของหัวใจ เพื่อไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของหัวใจ ให้กระตุ้นการไหลเวียนไปถึงสมอง
2. แรงแกดบริเวณจุดสะท้อนแต่ละตำแหน่ง ต้องนุ่มนวล ลงน้ำหนักให้พอดีในแต่ละบุคคล ขณะที่กดลงไปในแต่ละครั้งให้กดนวดอย่าง เนิบๆ ซ้ำๆ ไม่กระแทกหรือกระชาก และกดนวดแต่ละจุดจำนวน 40 ครั้ง แล้วจึงค่อยๆ ถอนมือออกช้าๆ ก่อนเคลื่อนไปกดตำแหน่งต่อไป

หลักการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อช่วยลด ละ เลิกยาสูบ ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่1 การแบ่งพื้นที่ในการนวด

ลำดับแรก ให้แบ่งพื้นที่นิ้วโป้งในแนวตั้ง

รูปที่ 1 : แบ่งพื้นที่นิ้วโป้งในแนวตั้ง



ลำดับที่สอง ให้แบ่งพื้นที่ในแนวนอน

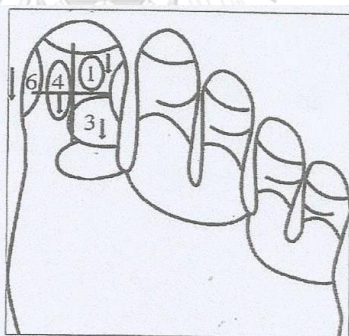
รูปที่ 2 : แบ่งพื้นที่ในแนวนอน



ขั้นตอนที่ 2 การหาจุดสะท้อน

จุดสะท้อนที่จะใช้บนฝ่าเท้า ได้แก่ จุดสะท้อนที่ 1, 3, 4, 6 และ 48 ตามลำดับ

รูปที่ 3 : จุดสะท้อนที่ 1, 3, 4, 6, และ 48 ตามลำดับ



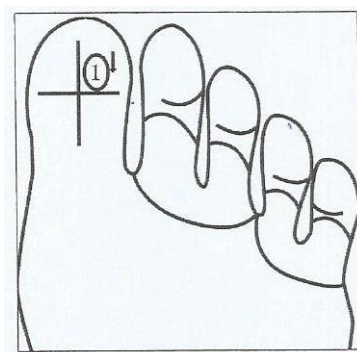
● จุดสะท้อนที่ 1

ตำแหน่ง : อยู่สี่เหลี่ยมด้านบนด้านในที่ติดกับนิ้วชี้

ทิศทางการวัด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่สมองใหญ่ : ควบคุมการเคลื่อนไหว และการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ เช่น การได้กลิ่น การพูด การสื่อสาร การเรียน การเข้าใจและความจำ

รูปที่ 4 : แสดงจุดสะท้อนที่ 1



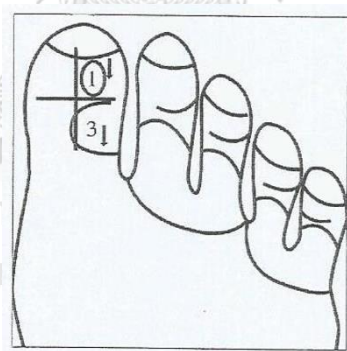
● จุดสะท้อนที่ 3

ตำแหน่ง : อยู่สี่เหลี่ยมด้านล่างด้านในที่ติดกับนิ้วชี้ (ใต้จุดสะท้อนที่ 1)

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่สมองเล็ก : ช่วยกระตุ้นในส่วนความจำ

รูปที่ 5 : แสดงจุดสะท้อนที่ 3



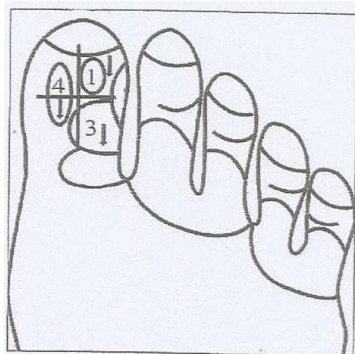
● จุดสะท้อนที่ 4

ตำแหน่ง : อยู่สี่เหลี่ยมด้านนอกทั้งบนและล่าง

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่ต่อมใต้สมอง : ช่วยในเรื่องกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดเช่นช่วยในเรื่องการนอนหลับ ชะลอความแก่

รูปที่ 6 : แสดงจุดสะท้อนที่ 4



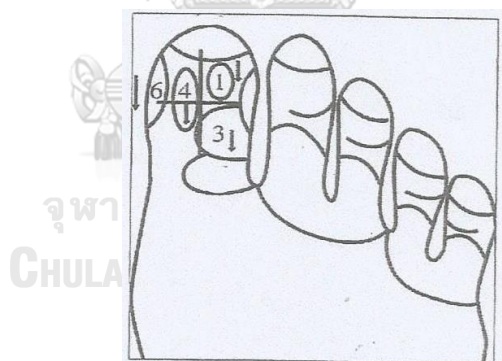
- จุดสะท้อนที่ 6

ตำแหน่ง : อยู่บริเวณด้านข้างด้านนอกนิ้วโป้ง (ตรงข้ามจุดสะท้อนที่ 5)

ทิศทางการนวด : นวดจากด้านบนลงด้านล่าง

จุดสะท้อนไปที่จุมูก : จะช่วยให้หายใจสะดวก

รูปที่ 7 : แสดงจุดสะท้อนที่ 6



- จุดสะท้อนที่ 48

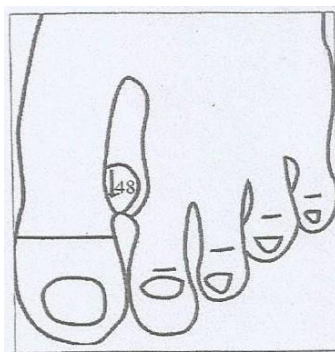
ตำแหน่ง : อยู่บริเวณโคนนิ้วโป้งด้านใน

ทิศทางการนวด : นวดจากบนลงล่าง (นวดมาที่ปลายนิ้ว)

จุดสะท้อนไปที่ลำคอ หลอดลม : ช่วยให้หายใจสะดวก บรรเทาอาการไข้หวัดได้โดยไม่ต้อง

รับประทานยา

รูปที่ 8 : แสดงจุดสะท้อนที่ 48



*** จุดสะท้อนที่ 1, 3, 6, 48 เท้าซ้ายควบคุมอวัยวะซี่ขวา

*** จุดสะท้อนที่ 1, 3, 6, 48 เท้าขวาควบคุมอวัยวะซี่ซ้าย

ทั้งนี้ ตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าขวาจะเหมือนกับตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าซ้าย

จุดสะท้อนต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้อวัยวะภายในปรึบการทำงานของร่างกาย ทำให้มีส่วนช่วยอาการ
 อยากบุหรืลดน้อยลง ยังส่งผลทำให้อาการต่างๆ ลดลง ได้แก่ ปวดหัว ลดอาการเครียดไมเกรน นอน
 ไม่หลับ ปวดคอ กระตุ้นการทำงานของต่อมฮอร์โมนต่างๆ บรรเทาอาการหวัด คัดจมูก เจ็บคอ ไซนัส
 จมูก ภูมิแพ้ และ ระบบทางเดินหายใจให้ดีขึ้น

ภาคผนวก จ

ตารางการเปรียบเทียบ (Matched pair) และตารางแสดงการกำกับการทดลอง
ตารางคะแนนพฤติกรรมการศึกษาเล็กลูกบวกร์ของกลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ(Matched pair)ของคะแนนนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	คะแนนระดับนิโคติน	คะแนนระดับนิโคติน
1	4	4
2	5	5
3	7	7
4	7	6
5	4	4
6	5	5
7	4	4
8	4	5
9	4	4
10	7	6
11	5	5
12	5	5
13	7	6
14	7	6
15	5	5
16	6	6
17	5	5
18	5	4
19	4	4
20	7	6
Max	7	7
Min	4	4
\bar{x}	5.35	5.1
S.D.	1.23	.91

ตาราง 12 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มทดลอง	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่	ระดับสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่	แปลผล
คนที่ 1	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 2	30	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 3	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 4	30	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 5	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 6	30	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 7	38	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 8	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 9	30	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 10	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 11	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 12	29	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 13	32	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 14	41	ระดับสูง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 15	34	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 16	36	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 17	33	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 18	37	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 19	30	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
คนที่ 20	32	ระดับปานกลาง	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 13 คะแนนพฤติกรรมกรเล็กสูบบุหรีของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test,Post-test)

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมกรเล็กสูบบุหรี			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	11	22	8	10
2	7	11	3	5
3	15	21	14	17
4	12	17	13	17
5	28	30	28	26
6	17	17	14	21
7	16	23	16	15
8	19	19	21	18
9	19	28	19	19
10	23	22	24	25
11	15	16	15	10
12	18	26	15	14
13	23	21	19	12
14	18	24	17	13
15	18	14	15	14
16	11	10	10	16
17	17	24	17	18
18	14	19	15	5
19	19	15	19	29
20	21	23	21	29
\bar{x}	17.05	20.10	16.15	16.65
Mdn	17.40	21.00	15.80	16.33
S.D.	4.81	5.32	5.51	6.89



ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

คุณ ทิพย์นภา จันทรสว่าง

ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการอบรม
เรื่อง การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับพลังบำบัด
ระหว่างวันที่ 29-30 ตุลาคม 2559

ขอให้ท่านนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
ครอบครัวและให้ประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ และขอความมีสุขสวัสดิ์

จงมีแต่ท่านและครอบครัวสืบไป

ผศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชรโรจน์

ประธานและผู้จัดอบรม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวทิพย์นภา จันทร์สว่าง เกิดวันที่ 6 กันยายน 2521 ที่จังหวัดเลย สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดนนทบุรี ปี 2549 เข้า
รับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา
2557 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY