

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ต่อการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหาร
อากาศ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MOTIVATION ENHANCEMENT PROGRAM FOR NON-COMMUNICABLE
DISEASES PREVENTION ON QUITTING SMOKING AMONG THAI AIR FORCE PERSONNEL



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไม่
	ติดต่อ ต่อการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ
โดย	ร.ท.หญิงจตุพร เถลิ้มเรืองรอง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จตุพร เฉลิมเรืองรอง : ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ต่อ
 การเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ. (THE EFFECT OF MOTIVATION
 ENHANCEMENT PROGRAM FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES
 PREVENTION ON QUITTING SMOKING AMONG THAI AIR FORCE PERSONNEL)
 อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหาร
 อากาศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อ
 เลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหาร
 อากาศ จำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยให้ 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 30 คนหลังเป็นกลุ่ม
 ทดลอง เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการ
 แนะนำการเลิกบุหรี่แบบกระชั้น กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็น
 เวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการสูบ
 บุหรี่ จากแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติ Z ประเมิน
 การเลิกบุหรี่จากการเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ร่วมกับ
 ประเมินระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ผลการทดลองพบว่า ข้าราชการทหารอากาศ
 ในกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 6 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้เพียง 1 คน การประเมินผลลัพธ์การเลิก
 บุหรี่ของข้าราชการทหารอากาศในสัปดาห์ที่ 9 พบว่าการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม
 โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 20.0 และ ร้อย
 ละ 3.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877159036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SMOKING, NCDs, MOTIVATION, AIR FORCE

Jatuporn Chalermrueangrong : THE EFFECT OF MOTIVATION
ENHANCEMENT PROGRAM FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES
PREVENTION ON QUITTING SMOKING AMONG THAI AIR FORCE PERSONNEL.

Advisor: Asst. Prof. Sunida Preechawong, Ph.D.

This quasi experimental research aimed to examine the effect of the motivation to quit smoking program in Royal Thai Air force personnel with Non - Communicable Diseases risks. The study samples were 60 RTAF personnels at Division of Preventive Medicine, Directorate of Medical Service, Royal Thai Air Force. The first 30 participants were assigned to a control group and the latter 30 to an experimental group. The control group received brief advice while the experimental group took part in the 8 week motivation program. The instruments used to collect data were self-reported demographic questionnaire and smoking questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Z-test. Smoking cessation was determined by a combination of self-report using 7-day point prevalence and biochemical verification (breath carbon monoxide). The results showed that 6 personnels in the experimental group could quit smoking while only 1 in the control group could. The 7-day point prevalence quit rate at 9 week follow up was significantly greater in the intervention group (20.0 % , 3.3%) than the control group ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และปลูกฝังจิตสำนึกการเป็นพยาบาลที่ดี ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับการศึกษาคำนี้

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพथวิทยาทหารอากาศ บุคลากรตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกอนามัย และแผนกส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และบุคคลที่สำคัญที่สุดคือกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้กำลังใจ มีเมตตาริจิตและช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ นายเมธา เฉลิมเรืองรอง, นางจุฑามาศ เฉลิมเรืองรอง และน้องสาว น.ส.วลัยพร เฉลิมเรืองรอง ที่เป็นกำลังใจในการศึกษา ช่วยเหลือสนับสนุน และห่วงใยเสมอมาจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา

จตุพร เฉลิมเรืองรอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. การสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ.....	9
2. การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ.....	10
3. การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่.....	21
4. ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค.....	31
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
6. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ.....	44

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	51
การดำเนินการทดลอง	52
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	53
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผลการวิจัย	70
ข้อเสนอแนะ	73
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	85
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	87
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	93
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย	99
ภาคผนวก จ ตารางเปรียบเทียบผลการทดลอง เพิ่มเติม.....	123
ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ.....	130
ประวัติผู้เขียน	133



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง	56
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	57
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นยศ และเงินเดือน.....	58
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย	60
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ประวัติการเลิกบุหรี่ และ ระดับการเสพติดนิโคติน	62
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่	64
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	65
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบ จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้ และเลิกบุหรี่ไม่ได้ จำแนกตามอายุ	66
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้ และเลิกบุหรี่ไม่ได้ จำแนกตามจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม.....	66
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	67
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม	67
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค 2 กลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	125

- ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการ
ป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ 126
- ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรม 127
- ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง 127



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	4 พฤติกรรมเสียง 4 การเปลี่ยนแปลง และ 4 กลุ่มโรค ตามแนวคิด 4x4x4 โมเดล	11
ภาพที่ 2	การจัดส่วนราชการของกองเวชศาสตร์ป้องกัน (กรุณา วิชาพุล, 2554).....	29



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูบและผู้อยู่ใกล้ชิด จากรายงานองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกถึงปีละประมาณ 6,000,000 คน ในจำนวนนี้พบผู้ที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองถึง 600,000 คน (World Health Organization, 2015) การสูบบุหรี่เป็นความเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิด การเจ็บป่วย ความพิการ และเสียชีวิต เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non - Communicable Diseases: NCDs) ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 หากการควบคุมการบริโภคยาสูบไม่เข้มแข็ง จะมีผู้เสียชีวิตถึง 8 ล้านคน(ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ, 2559)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประกอบไปด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญ 4 อย่างคือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2559) โรคไม่ติดต่อเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน การเจ็บป่วยมักเป็นแบบถาวรรักษา ไม่หาย ถ้าไม่มีการดูแลที่ดี อาจลุกลามมีอาการรุนแรงมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้(ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552)

ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเฉลี่ยของประชากรโลกถึง 10% ซึ่งสูงกว่าทุกประเทศในโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2559) ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือราว 320,000 คนต่อปี จำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (แผนยุทธศาสตร์และป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี, 2560) มีรายงานว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่าอัตราตายในช่วงอายุ 30 - 69 ปี ของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นกล่าวคือ โรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากรเพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร (แผนยุทธศาสตร์และป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี, 2560) ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วย

ด้วยโรคไม่ติดต่อมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่นการขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น

ข้าราชการทหารอากาศมีภารกิจหลักที่สำคัญคือเตรียมกำลังกองทัพอากาศ ป้องกันราชอาณาจักร และดำเนินการเกี่ยวกับการใช้กำลังกองทัพอากาศ มีหน้าที่หลักในการป้องกันราชอาณาจักร(ยุทธศาสตร์กองทัพอากาศ พ.ศ. 2551-2562) ผู้ที่รับผิดชอบงานด้านการทหารจำเป็นต้องมีสุขภาพร่างกายที่พร้อม และแข็งแรง จากสถิติผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2558 พบข้าราชการทหารอากาศถึงร้อยละ 32.91 มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ จากการเก็บข้อมูลสุขภาพของข้าราชการทหารอากาศ พบว่าสถิติการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.2558 มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.32 (แผนกประเมินผล กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ, 2559) เปรียบเทียบสถิติการสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศกับภาพรวมการสูบบุหรี่ของคนทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ, 2559) ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าข้าราชการทหารอากาศมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าบุคคลทั่วไป จากการศึกษาว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ (Meeussen et al., 2012) หากข้าราชการทหารอากาศยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว รวมทั้งประเทศ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของข้าราชการทหารอากาศเพิ่มมากขึ้น (แผนกประเมินผล กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ, 2559)

กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ มีพันธกิจหลักได้แก่บริการงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค งานด้านอนามัยบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม ให้แก่กำลังพล และครอบครัว กองทัพอากาศทั้งหมด ในหน่วยงานดังกล่าวประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในส่วนต่างๆ ให้การพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟู มีแผนกส่งเสริมสุขภาพ รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในกองทัพอากาศ เมื่อมีข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุหรี่เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปีจะเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ รูปแบบกิจกรรมเป็นการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และทำกลุ่มเพื่อหาแนวทางเลิกบุหรี่ โดยการจัดตั้งทีมพยาบาลเข้าไปยังกรม กอง ต่างๆ ปีละ 1 ครั้ง ใช้เวลาจัดกิจกรรม 5 วัน มีการติดตามทางโทรศัพท์ ในปีงบประมาณ 2558 พบว่ากิจกรรมเหล่านี้สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่จากการจัดกิจกรรมเลิกบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 7.6 สาเหตุที่ข้าราชการทหารอากาศไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้เกิดจากความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไม่มากพอ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมน้อยเกินไป และพบว่ามีจำนวน

ผู้สูบบุหรี่ที่อายุน้อยเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากบุคคลเหล่านี้ยังมีสุขภาพร่างกายที่ยังแข็งแรง และไม่ตระหนักถึงภาวะสุขภาพ (แผนกประเมินผล กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ, 2559)

จากการศึกษาในต่างประเทศ เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับในทหารเพื่อลดการสูบบุหรี่และลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินเช่น บารากู่ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ในทหารอากาศ 1055 คน โดยให้คำปรึกษาแบบกระชับทั้งในกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้โทษของบุหรี่และผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินมากขึ้น ความตั้งใจในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินของทั้ง 2 กลุ่มลดลง (Little et al., 2016) จึงควรมีการจัดการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่เหมาะสมกับบริบทของกองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ โดยนำการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่มาใช้ในการประจำของพยาบาล เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ข้าราชการทหารอากาศทุกคนต้องรับบริการและมีลักษณะคล้ายกับแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แผนกส่งเสริมสุขภาพ มีหน้าที่ดำเนินการด้านสุขศึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากความเครียด โรคไม่ติดต่อ มีกระบวนการคัดกรองประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ ติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากมีการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในหน่วยงานนี้ ไม่ว่าจะใช้หลักของ 5A's การให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่การติดตามการเลิกบุหรี่ จะสามารถลดปริมาณผู้สูบบุหรี่ (อารยา ทองผิว และคณะ, 2559) รวมทั้งลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคไม่ติดต่อลงได้ ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เนื่องจากกองเวชศาสตร์ป้องกันมีการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่แค่เพียงปีละครั้งและเน้นการช่วยเหลือแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ไปอย่างน่าเสียดาย จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ของข้าราชการทหารอากาศโดยเปรียบเทียบในกลุ่มที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ที่ผ่านมาผู้สนใจศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในทหารยังไม่แพร่หลายมากนัก ในกลุ่มทหารอากาศ มีการสำรวจการสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ (อุดมพร ไวยเนตร, 2550) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ข้าราชการทหารอากาศซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและผลกระทบจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สูบบุหรี่เนื่องจาก การทำงานภายใต้แรงกดดัน การมีกลุ่มเพื่อนที่ยังสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าทหารมีการสูบบุหรี่สูงกว่าบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเครียด ความเหนื่อยล้า รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ จนกระทั่งสูบนจนติดเป็นนิสัย (Nelson & Pederson , 2008) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ข้าราชการทหารไม่เลิกสูบบุหรี่เนื่องจากขาดแรงจูงใจ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไม่มากพอ (Klesges et al., 2006) รวมถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังมีผู้สูบบุหรี่ (นวพรรษ เปรมปราศรัย, 2551) ดังนั้นการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจเนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

ในขณะที่เดียวกันพบว่าการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ และพบว่ามีความหมายกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำเนื่องจากจิตใจไม่เข้มแข็งพอ นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาในต่างประเทศระบุว่า ในกลุ่มที่ทานนั้น แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เป็นสิ่งสำคัญในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Talcott et al., 2013) ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประชากรกลุ่มนี้ จึงควรจัดการกับปัจจัยเหล่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานของปอด ช่วยกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการเลิกบุหรี่ ตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ (Muhammad et al., 2015) นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าการให้การช่วยเลิกบุหรี่ตามปกติเนื่องจากช่วยจัดความลังเลใจในผู้รับบริการ ช่วยให้เห็นข้อดีข้อเสีย และตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ได้ (วาริศา แยมศรี, 2556) จากการศึกษาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่นำเสนอให้เห็นข้อเสียของการสูบบุหรี่ พิษภัยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยนำเสนออย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของข้าราชการทหารอากาศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ยุติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

การเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ยุติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

การเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ยุติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (Maddux & Rogers, 1983 ; Prendice-Dunn & Rogers, 1986) โดยอธิบายภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า ประกอบไปด้วย กระบวนการรับรู้ 2 อย่างคือ การประเมินอันตราย (Threat appraisal) และ การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) โดยบุคคลจะพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะคุกคามดังกล่าว ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมก็คือ รางวัลหรือความพึงพอใจในตนเอง (intrinsic rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน 3 อย่างคือ สิ่งแวดล้อม ตัวบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นหลักสำคัญเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เกิดกระบวนการคิด ปรับทัศนคติ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด

เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงหรือภัยคุกคามของเหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ บุคคลจะมีการตอบสนองต่อภัยคุกคามนั้นๆ แต่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อตอบสนองภัยคุกคามเหล่านั้น บุคคลนั้นจะต้องเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) เช่น การเลิกบุหรี่จะช่วยให้ลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอด เป็นต้น รวมทั้งบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นด้วย (Schuck et al, 2014) จึงจะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ

มีการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เพราะ เชื่อว่าการจูงใจให้เลิกบุหรี่จะเกิดขึ้นได้หากผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Floyd et al., 2000) มีความรู้สึกว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เชื่อมั่นว่าผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถป้องกันโรคจากบุหรี่ และเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Prendice-Dunn & Rogers, 1986) ทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดแรงจูงใจความตั้งใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด จากการศึกษาของ Muhammad et al., (2015) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Protection Motivation ในผู้สูบบุหรี่ชาวสิงคโปร์ อายุ 35 ปีขึ้นไป โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอดโดยใช้เครื่อง spirometry และให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ พบว่าช่วยกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการเลิกบุหรี่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเห็นภาพได้ชัดเจน เข้าใจ เกิดความตระหนักรู้ รับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

การประเมินการรับรู้ตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (Norman et al., 2005) ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การทำให้บุคคลได้รับรู้ผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการ เผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคาม และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและ พฤติกรรมได้

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) จะนำเสนอข้อมูลที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า จะเลือกปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นหรือไม่

3. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว และตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาของ Maddux and Rogers (1983) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ คือ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากหรือน้อย แต่เป็นการที่บุคคลตัดสินใจตนเองว่าทักษะที่ตนเองมีอยู่นี้สามารถกระทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง ดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะนั้นได้ดี และมีประสิทธิภาพ บุคคลเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตน กระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอน ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน ระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเลือกที่จะปฏิบัติ (Bandura, 1977)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการทดลอง ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประชากร คือ ข้าราชการทหารอากาศเพศชาย อายุระหว่าง 18-59 ปี มีประวัติสูบบุหรี่ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารอากาศชายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ในเดือนเกิดของตน ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 มวนใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่

ตัวแปรตาม คือ การเลิกบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเลิกบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้คือ 2 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ของ ณันทยา คารมย์ (2558) ยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled carbon monoxide) ด้วยเครื่อง Smokerlyzer หากปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกได้น้อยกว่า 8 ส่วนในล้านส่วน (ppm) แปลผลว่าบุคคลนั้นเลิกบุหรี่ได้

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ หมายถึง การช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ โดยให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ นำเสนอพิษภัยจากการสูบบุหรี่ แสดงภาพตัวอย่างความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (Maddux & Rogers, 1983) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เชื่อมโยงกับผลการตรวจสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงหากยังคงสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer เปรียบเทียบในแต่ละครั้งที่พบกันเพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของก๊าซ

คาร์บอนมอนอกไซด์ที่จะส่งผลสุขภาพ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างวางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกัน แจกปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้ตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยเพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจติดตามการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6

ข้าราชการทหารอากาศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ หมายถึง ข้าราชการทหารอากาศเพศชายอายุ 18-59 ปี สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีผลการตรวจสุขภาพที่แสดงถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≥ 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และ ค่าความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบกระชับ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างลงมือเลิกบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบ ให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาในการให้คำแนะนำแต่ละครั้ง 5-10 นาที

การรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของข้าราชการทหารอากาศถึงความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ เช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเกิดโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งหากผู้สูบมีปัจจัยเสี่ยงในด้านสุขภาพจะทำให้เกิดโรคเหล่านี้ได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของข้าราชการทหารอากาศถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อขึ้นได้หากยังสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ เป็นการประเมินความความมั่นใจของตนเองในการเลิกบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่อาจทำให้อยากสูบบุหรี่

สัดส่วนการเลิกบุหรี่ หมายถึง การเปรียบเทียบจำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้สร้างแรงจูงใจและส่งผลให้สามารถเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อได้
2. ข้าราชการทหารอากาศมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ และได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ
2. การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ
 - 2.1 โรคไม่ติดต่อ
 - 2.2 ผลของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ
 - 2.3 บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
3. การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่
 - 3.1 วิธีการบำบัดโรคติดบุหรี่
 - 3.2 การประเมินผลลัพธ์การให้บริการเลิกบุหรี่
 - 3.3 การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ
4. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ
7. กรอบแนวคิดวิจัย

1. การสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ

จากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของข้าราชการทหารอากาศที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปีในเดือนเกิดของตน ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ พบว่าในปี พ.ศ. 2557 ข้าราชการทหารอากาศเข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งสิ้น 15,504 คน มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อถึงร้อยละ 29.18 โดยมี และในปี พ.ศ. 2558 พบว่าข้าราชการทหารอากาศเข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งสิ้น 15,746 คน มีอัตราเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อถึงร้อยละ 32.91 (แผนกประเมินผล กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ, 2559) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting

Blood Sugar) ≥ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และ ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

สถิติการสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศสูงกว่าบุคคลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 มีอัตราผู้สูบบุหรี่ถึง 21.15 และ 21.32 ตามลำดับ จากการสำรวจพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อายุน้อย มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากข้าราชการเหล่านั้นคิดว่ายังไม่เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบกับการทำงานที่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชา รวมไปถึงการเข้าสังคมกับผู้อาวุโสกว่า หรือการมีกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ อีกทั้งนโยบายการจัดการเรื่องบุหรี่ที่อาจจะยังไม่เข้มข้นพอก็มีส่วนทำให้มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (แผนกส่งเสริมสุขภาพ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ, 2559) ดังนั้นพยาบาลบุคลากรทางสุขภาพ ต้องเป็นแกนนำในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพื่อให้ข้าราชการทหารอากาศเหล่านั้นทำหน้าที่รับใช้ประเทศได้อย่างสมบูรณ์

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคมาใช้ และใช้เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อดังนี้คือ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≥ 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และ ค่าความดันโลหิตมากกว่า 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และมีประวัติการสูบบุหรี่

2. การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ

2.1 โรคไม่ติดต่อ

2.1.1 ความหมายโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non - Communicable diseases) หรือ กลุ่มโรค NCDs ประกอบไปด้วยโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 38 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดใน พ.ศ. 2555 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2555) และมากกว่า 16 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุต่ำกว่า 70 ปี หรือเรียกว่าเป็นการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่ม ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีภาระโรคจากการตายก่อนวัยอันควรนี้มากถึงร้อยละ 82 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเติบโตทางเศรษฐกิจ มีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15 ปีข้างหน้า ที่ประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และประชากรอีกจำนวนหลายล้านคนที่จะยังต้องอยู่กับความยากจน ในขณะที่ประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศที่ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อ ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตและสัดส่วนการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากการศึกษาภาระโรครายงาน ว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเพิ่มขึ้น จาก 314,340 คนใน พ.ศ. 2552 เป็น 349,090 คนใน พ.ศ. 2556 หรือกล่าวได้ว่า มีผู้เสียชีวิตจาก

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8,687.5 คนต่อปี (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2555) และสถานการณ์ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ตาม 9 เป้าหมายหลักโดยภาพรวมพบว่ารุนแรงเพิ่มขึ้นในเกือบทุกเป้าหมายที่มีการสำรวจความก้าวหน้าในการดำเนินการ ยกเว้นเพียงเป้าหมายที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ที่สามารถลดลงเพียงเล็กน้อยแต่ก็ยังห่างไกลกับการที่จะบรรลุเป้าหมายใน พ.ศ. 2568 ในการที่จะลดลงให้ได้ร้อยละ 30

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วน ตาม “4x4x4 model” คือ 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคมะเร็ง 3) โรคเบาหวาน 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 ปัจจัยคือ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 4 พฤติกรรมเสี่ยง 4 การเปลี่ยนแปลง และ 4 กลุ่มโรค ตามแนวคิด 4x4x4 โมเดล

4 พฤติกรรมเสี่ยง	4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา	4 กลุ่มโรค
การสูบบุหรี่	ไขมันในเลือดสูง	หัวใจและหลอดเลือด
การดื่มแอลกอฮอล์	ความดันโลหิตสูง	เบาหวาน
การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม	น้ำตาลในเลือดสูง	มะเร็ง
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	น้ำหนักเกินและโรคอ้วน	ทางเดินหายใจเรื้อรัง

ที่มา : อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, (2558) ในรายงานสถานการณ์โรค NCDs

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยมีการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ ดังจะเห็นได้จากการมียุทธศาสตร์ระดับชาติ คือ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะอีก 3 ยุทธศาสตร์ คือ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557, 2558-2562 แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ.2553-2562 นอกจากนี้ ยังมีอีก 3 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง คือ แผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ.2559-2568 แผนยุทธศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์และ

ป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564

จากข้อมูลสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการกำหนดเป้าหมาย พ.ศ. 2568 ตามเป้าหมายระดับโลกในการควบคุมและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2555) พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 21.4 หากต้องการบรรลุเป้าหมายที่จะลดความชุกของการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 30 ในปี 2568 นั้น ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ควรอยู่ที่ร้อยละ 14.95 และแม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ใน ปี พ.ศ.2558 จะลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ก็ยังไม่สามารถทำนายได้ว่า จะบรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 14.95 ใน พ.ศ.2568 ได้ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศไทยสามารถลดลงได้ แต่ยังไม่ทันไรกับการบรรลุตามเป้าหมายใน พ.ศ. 2568 ในการที่จะลดการสูบบุหรี่ลงให้ได้เหลือเพียงร้อยละ 14.95

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 4 โรคสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวานและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิต ของสำนักบริหารทะเบียนกระทรวงมหาดไทย พบว่าอัตราการตายในช่วงอายุ 30 - 69 ปีของทั้ง 4 โรคมียุทธศาสตร์และป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี, 2560)

แนวทางการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้จัดทำแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) การประเมินนี้จะครอบคลุมถึงการประเมินกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา

แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (color chart) สามารถใช้ได้ประชาชนทั่วไป อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า

วิธีการประเมินโอกาสเสี่ยง

พยาบาลจะทำหน้าที่สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) ระดับไขมันในเลือด (cholesterol) ระดับค่าความดันโลหิตตัวบน(systolic blood pressure) การสูบบุหรี่ จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบกับ color chart ซึ่งแบ่งเป็นสีแตกต่างกันสามารถเปรียบเทียบสีและแปลผลได้ดังนี้

คะแนนความเสี่ยงต่ำ < 10%

คะแนนความเสี่ยงปานกลาง 10- <20%

คะแนนเสี่ยงสูง 20- <30%

คะแนนเสี่ยงสูงมาก 30- < 40%

คะแนนเสี่ยงสูงอันตราย > 40%

ขั้นตอนการบริการหลังประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM, HT)

สถานะความเสี่ยง/ขั้นตอน	โอกาสเสี่ยง < 20 % เสี่ยงปาน กลาง	โอกาสเสี่ยง 20 - < 30% เสี่ยงสูง	โอกาสเสี่ยง ≥ 30% เสี่ยงสูงมาก
ประเมินโอกาสเสี่ยงตาม Risk Healthy (Check Life's Simple 7)	✓	✓	✓
ให้ข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค	✓	✓	✓
แบบบันทึก น.ค.ร. (น้ำหนัก ความดันฯรอบ เอว) สุขภาพ ด้วยตนเอง	✓	✓	✓
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/จัดการตนเอง	✓	✓	✓ เร่งด่วน
ทราบอาการเตือนโรคหัวใจและหลอดเลือด	✓	✓	✓
ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อติดตาม		+/-	✓
ติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยง/และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	6-12 เดือน	3-6 เดือน	1-3 เดือน
ส่งพบแพทย์เพื่อให้ยาตามความเหมาะสม เป้าหมายเพื่อควบคุม FPG, BP ไขมัน ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	✓	✓	✓
ติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด	ทุกปี	6-12 เดือน	3-6 เดือน

1.2 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) คือมีระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 120/ 80 ถึง 139/89 มม.ปรอท กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-Diabetes Mellitus) คือมีระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป ตั้งแต่ 100 -125 มก./ดล. กลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตารางเมตร ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) สอบถามประเมินปัจจัยเสี่ยง 7 ประเด็นได้แก่

1. สูบบุหรี่
2. ระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 130 / 85 มม.ปรอท (เป็นค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ
5. ขนาดรอบเอว มากกว่า ส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2
6. เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
7. มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชาย เป็นก่อนอายุ 55 ปี หรือผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)

หมายเหตุ : หากเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจขาดเลือด หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่ยังไม่ได้รับการรักษาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง)

สถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยเสี่ยง ≤ 2 ข้อ = เสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยง 3-4 ข้อ = เสี่ยงสูง

ปัจจัยเสี่ยง ≥ 5 ข้อ = เสี่ยงมาก

2.2 ผลของการสูบบุหรี่กับโรคไม่ติดต่อ

โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

ระบบทางเดินหายใจเป็นอวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่โดยตรง ก่อให้เกิดการระคายเคือง และทำให้นเนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง ทำให้ปอดมีการเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็วกว่าคนปกติ โดยในระยะแรกผู้สูบบุหรี่อาจจะยังไม่มีอาการเนื่องจากปริมาณปอดยังมีขนาดใหญ่และมีสมรรถภาพปอดสำรองอยู่ แต่เมื่อสูบบุหรี่ต่อไป สมรรถภาพปอดลดลงมากทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary diseases -COPD) ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย หอบ ไอ มีเสมหะเรื้อรัง และเมื่อหยุดสูบบุหรี่สมรรถภาพปอดที่เสื่อมไปแล้วไม่สามารถกลับมาดีเหมือนเดิมได้ โรคที่พบคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัด หลอดลมอักเสบได้

นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น เช่นวัณโรคปอด และถ้ามีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้วเช่น โรคหืด ก็จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้และมีอาการรุนแรงมากขึ้น (ฉันทชาย สิทธิพันธุ์, 2553) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการระคายเคืองจากควันบุหรี่ ได้แก่ สารไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลไฟด์และอะโครลีน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อหลอดลมทำให้ขนกวัดของเยื่อหลอดลมเสียหายและทำให้เซลล์ขี้มูก หลังน้ำมูกมากขึ้น เมื่อมีการพัดโบกขนกวัดที่เสียหายที่ร่วมกับการหลังน้ำมูกมากขึ้นทำให้สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดค้างคั่งค้างได้ง่าย การอักเสบของหลอดลมจึงเกิดขึ้นได้ง่ายเช่นเดียวกัน เมื่อมีการอักเสบของหลอดลมเกิดขึ้นซ้ำๆทำให้ผนังหลอดลมหนาขึ้น ท่อของหลอดลมแคบลง นอกจากนี้บุหรี่ยังทำลายเซลล์ในถุงลม ผนังกั้นระหว่างถุงลม ส่งผลให้ถุงลมในปอดพองตัวขึ้นซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การสูบบุหรี่ร้อยละ 80-90 เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (พรณิภา สืบสุข, 2554) ซึ่งเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวรโดยมีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เลวลง มีผลให้อัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกจะช้าลงและลำบากกว่าหายใจเข้า (Rabe Klaus et al., 2007)

กลไกการเกิดโรคเริ่มจากการสูดดมหายใจที่มีอนุภาคหรือก๊าซพิษเป็นประจำ ซึ่งมีสารอนุมูลอิสระ (oxidant) ต่างๆ มากมาย ที่กระตุ้นให้มีการเพิ่มจำนวนของ neutrophil และ alveolar macrophage เซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเหล่านี้และ alveolar epithelial cell เมื่อถูกกระตุ้นจึงสร้างและหลั่งสารอนุมูลอิสระมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อนุภาคและก๊าซพิษเหล่านี้ยังทำลายสารต้านอนุมูลอิสระ (anti-oxidant) ที่ร่างกายมีไว้ป้องกันการทำลายเนื้อปอดและผนังหลอดลมอีกด้วย จนเหลือปริมาณน้อยไม่สมดุลที่จะต่อต้านสารอนุมูลอิสระที่มีปริมาณมหาศาล ขบวนการดังกล่าวทำให้ผนังหลอดลมขนาดเล็ก และผนังถุงลมที่อยู่รอบเกิดการอักเสบ และถูกทำลายแบบ

ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง เกิดการตีบแคบของหลอดเลือด ขณะเดียวกันการอักเสบและการทำลายผนังหลอดเลือดที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่น ทำให้ช่องทางเดินอากาศของแขนงหลอดเลือดต่างๆ แคบลง เพราะไม่มีแรงถ่างพุงให้หลอดเลือดคงสภาพเปิด(ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550) เกิดอากาศคั่งค้างอยู่ในปอดขณะหายใจออก เมื่อมีอากาศคั่งค้างเป็นเวลานานทำให้การเคลื่อนไหวของปอดและผนังทรวงอกลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมีความแข็งแรงลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการหอบเหนื่อย ทำให้เื่อร่วมกับมีเสมหะ เมื่อการดำเนินของโรครุนแรง จะมีการหายใจลำบาก ต้องออกแรงมากในการหายใจ โดยเฉพาะช่วงการหายใจออก ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ มาใช้ในการหายใจ ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น มีผลต่อขีดจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมตามมา

โรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีไขมันในเลือดสูงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากขึ้น 8 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า (กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2552) สารพิษสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์

นิโคติน เป็นสารที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่ เมื่อสูดเข้าไปที่ถุงลมปอดจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ออกฤทธิ์โดยตรงกับสมอง กระตุ้นและกดประสาทส่วนกลางหากได้รับในปริมาณต่ำจะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า ถ้าได้รับในปริมาณมากจะกดการทำงานของประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆลดต่ำลง มีผลต่อการหลั่งสารอิพิเนฟริน ซึ่งมีผลคล้ายอะดรีนาลีน มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Benowitz, 2008) หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ นอกจากนี้นิโคตินยังส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดด้วย ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของไตรกรีเซอไรด์ และ LDL cholesterol ซึ่งเป็นไขมันที่ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ในขณะที่นิโคตินจะลดระดับของไขมันดี HDL cholesterol ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น

คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) เกิดจากการเผาไหม้ของไบโอสูบและมวลบุหรี่ย คาร์บอนมอนอกไซด์เข้าไปจับกับเม็ดเลือดแดงแทนที่ออกซิเจน ทำลายคุณสมบัติการเป็นพาหะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถนำออกซิเจนได้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในระดับเซลล์ ร่างกายต้องชดเชยโดยการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น สูบฉีดโลหิตให้มากขึ้น เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจจึงทำงานหนักมากขึ้น เกิดอาการมึนงง ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานามเดช, และ ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์, 2555) เมื่อเกิดความอ่อนล้ากล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลง แรงบีบตัวลดลงทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจได้หลายวิธีเช่น การทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว(atherosclerosis), การกระตุ้นให้เกิดภาวะcoronary thrombosis , coronary artery spasmและ cardiac arrhythmias ตลอดจนลดความสามารถในการถ่ายเทออกซิเจนของเลือด จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ฉันทาย สิทธิพันธุ์, 2553) ได้มีการประมาณว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายในผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ17-30% ซึ่งโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูบบุหรี่นั้นขึ้นกับปริมาณบุหรี่ที่สูบ และการสูบบุหรี่เพียงวันละ 1-4 มวนเป็นประจำพบว่าจะสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เหมือนผู้ชายจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกันและถ้ามีการใช้ยาคุมกำเนิดร่วมด้วยแล้วโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 10 เท่า สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่โดยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆในการเกิดโรคนี้เช่น โรคความดันโลหิตสูง , โรคไขมันในเลือดสูง พบว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมามากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเช่น propranolol จะมีระดับยาในเลือดลดลงในผู้สูบบุหรี่เป็นต้น ผู้สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2.4 เท่า ยิ่งในคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยแล้ว จะเพิ่มความเสี่ยงขึ้นอีก 1.5 เท่า ส่วนคนที่เป็ทั้งความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงถึง 8 เท่าของคนปกติ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบ 10-15 ปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559)

เบาหวาน

การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่เป็นเวลานานจะทำให้เกิด glucose intolerance (Houston et al, 2006) ทำให้เนื้อเยื่อตับกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้น้อยลง แต่เมื่อเลิกบุหรี่แล้วเนื้อเยื่อของร่างกายจะตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้น ปริมาณการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโอกาสการเกิดโรคเบาหวาน กล่าวคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ปริมาณมากก็จะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ปริมาณน้อย และผู้ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องก็จะมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่หยุดสูบบุหรี่แล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) กล่าวคือ มีระดับอินซูลินมากขึ้น แต่เซลล์กลับตอบสนองอินซูลินได้น้อยลงซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนบกพร่องไป เกิดภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) มีน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้การสูบบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี จนเลือดไปเลี้ยงส่วนล่างไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่จึงทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเร็วขึ้น โดยเฉพาะภาวะขาดเลือดที่เป็นสาเหตุให้ต้องตัดมือ ตัดเท้า และเบาหวานยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่สูง

มะเร็งชนิดต่างๆ

มะเร็งปอด (Lung cancer)

Polycyclic aromatic hydrocarbon เป็นสารเคมีก่อมะเร็งที่มีความแรงมากที่สุด เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเมตาบอไลต์โดย cytochrome P450, prostaglandin H synthetase และ epoxide hydrolase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้างจากตับ สาร epoxide intermediates ที่จับกับ DNA เป็นสิ่งบ่งชี้การได้รับ polycyclic aromatic hydrocarbon การได้รับสารชนิดนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด และมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ เบนโซพัยรินทำให้มีการกลายพันธุ์ของ p53 tumor suppressor gene ในคนที่เป็นมะเร็งปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ปัจจุบันพบว่ามะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma มีอุบัติการณ์สูงทั้งในเพศชาย (รักษา ศานติยานนท์, บุชบา มาตระกุล, และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550) และร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอดร้อยละ 30 เป็นผลจากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ และพบว่าผู้สูบบุหรี่จัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 50 เท่า ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังเริ่มจากมีอาการเป็นเวลา ประมาณ 6 เดือน ประมาณ ร้อยละ 80 จะ เสียชีวิตภายในเวลา 1 ปี และแม้ว่าจะให้การรักษาย่างดีก็จะมีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 2-5 เท่านั้น (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

มะเร็งตับอ่อน (Pancreatic cancer)

มะเร็งตับอ่อนเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราผู้ป่วยรอดชีวิตเมื่อ 5 ปี มีเพียง ร้อยละ 5 มะเร็งตับอ่อนเกิดกับผู้ที่อายุ 60-80 ปี การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อนอีกเท่าตัว โดยที่ควันบุหรี่จะทำให้ยีนหลายชนิดกลายพันธุ์ ซึ่งทำให้โปรแกรมการตายของเซลล์เสียไป (apoptosis) จึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ., 2550)

มะเร็งกล่องเสียง (Carcinoma of the larynx)

ควันบุหรี่เป็นสาเหตุให้เซลล์เยื่อกล่องเสียงเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเป็นเซลล์มะเร็งระดับความเสี่ยงขึ้นอยู่กับปริมาณควันบุหรี่ที่ได้รับ ถึงแม้ว่าจะเป็นระยะที่มะเร็งปรากฏชัดเจนแล้วก็ตามหากหยุดสูบบุหรี่เซลล์จะหยุดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

มะเร็งในช่องปาก (Oral cancer)

ร้อยละ 90 ของมะเร็งในช่องปากเป็นชนิด squamous cell carcinoma ผู้ป่วย 8 ใน 10 คน มีประวัติสูบบุหรี่จัด สารก่อมะเร็งในใบยาสูบ ทำให้ oncogenes เปลี่ยนแปลงซึ่งต่อมาจะสังเคราะห์สารที่เหนี่ยวนำให้เกิดการแบ่งเซลล์ เช่น transforming growth factor (TGF), epidermal growth factor (EGF) จึงเกิดเซลล์มะเร็งภายใน epithelium นอกจากนี้ยาสูบยังยับยั้ง

tumor suppressor gene สารเสพยาสูบทุกรูปแบบ ทั้งชนิดสูบ อม หรือเคี้ยว เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้บุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งทั่วร่างกายไม่ว่าจะเป็นมะเร็งในไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

2.3 บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ตามที่องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอย่างเร่งด่วน ตาม “4x4x4 model” คือ 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 ปัจจัยคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดการโรคไม่ติดต่อ บทบาทของพยาบาลในการจัดระบบการดูแล มีการบูรณาการบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลกับแนวคิดการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการให้บริการเชิงรุก เพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดโรค ป้องกันไม่ให้เกิดโรคพัฒนารุนแรงเพิ่มมากขึ้น (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ตามแนวคิดการป้องกันตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค แบ่งเป็น 3 ชั้น (Smith and Maurer, 1995) ประกอบด้วย

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตั้งแต่ร่างกายมีภาวะสุขภาพดี หรือก่อนมีพยาธิสภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค บทบาทการป้องกันขั้นนี้สำคัญมากเพราะหากมีการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง จะทำให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อลดลงอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพก่อนการเกิดโรค โดยเน้นการพยาบาลเชิงรุก

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการค้นหา คัดกรอง และให้การดูแลในระยะเวลาที่มีพยาธิสภาพแรกเริ่มจนถึงขั้นลุกลาม ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับขั้นปฐมภูมิ โดยการค้นหาบุคคล หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ให้ได้รับการดูแลและวินิจฉัยอย่างถูกวิธีในระยะเริ่มแรกให้เร็วที่สุด

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่เกิดพยาธิสภาพแล้ว การป้องกันในขั้นนี้เป็นการป้องกันภาวะพิการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งเสริมสุขภาพให้ฟื้นฟูกลับสู่สุขภาพปกติให้ได้มากที่สุด

สำหรับงานวิจัยนี้จะเน้นบทบาทของพยาบาลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ที่เกี่ยวกับบริบทปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ โดยเน้นการป้องกันโรคในชั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ วิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การร่วมกันวางแผนกับผู้สูบบุหรี่ในการหาวิธีเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ในการเลิกบุหรี่ มีระบบการส่งต่อเพื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ในระยะยาว (ปีวัฒนา นราศรี และคณะ 2560) เพื่อให้ข้าราชการทหารอากาศมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อลดลง มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง

3. การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ ในคู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่เบื้องต้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) ใช้คำว่าบำบัดโรคเสพติด

“ยาสูบ” หมายถึง ผลิตภัณฑ์ใดๆ ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชตระกูล นิโคเทียนา ทาบากัม (Nicotiana tabacum) รวมไปถึงสารสกัดหรือสารสังเคราะห์จากพืชตระกูลนี้ ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งแบบใช้ไฟฟ้าหรือไม่ใช้ก็ตาม

“โรคเสพติดยาสูบ” หมายถึง การเสพติด “ยาสูบ” ไม่ว่าจะการเสพนั้นจะเป็นผลมาจากปัจจัยการเสพติดทางกาย จิตใจหรือทางด้านสังคมและพฤติกรรม (อารยา ทองผิว และคณะ 2559)

3.1 วิธีการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ มี 2 วิธี คือ การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatment) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2550)

3.1.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment)

การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่สามารถแบ่งยาช่วยเลิกบุหรี่ออกได้เป็น 2 กลุ่ม (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) ดังนี้

1) การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy-NRT)

ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนมีนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับ จากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผลิตภัณฑ์นิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่า อาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพยามีโอกาสเลิกเสพยาได้สำเร็จมากขึ้น ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์นิโคตินอยู่ 6 แบบ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และ สุรจิต สุนทรธรรม, 2555) ได้แก่

1.1) แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) แผ่นแปะนิโคตินที่มีจำหน่ายอยู่ในประเทศไทยมีหลายขนาด ควรเลือกใช้ขนาดที่เหมาะสมกับผู้เสพโดยพิจารณาจากจำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ยาชนิดนี้ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มี โรคทางผิวหนังที่รุนแรงหรือควบคุมไม่ได้ เช่น eczema, psoriasis เป็นต้น

1.2) หมากฝรั่ง (nicotine gum) ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าชนิดแผ่นแปะ

1.3) นิโคตินแบบสูดทางปาก (Nicotine Oral Inhaler) มีลักษณะเป็นหลอดสูดทรงกระบอกบรรจุสารสกัดนิโคติน ผสมกับ เมนทอล เมื่อสูดเข้าไปทางปาก นิโคตินจะถูกดูดซึมส่วนใหญ่ ผ่านทางเยื่อช่องปากและทางเดินหายใจ ซึ่งมีส่วนผสมของนิโคตินในปริมาณต่ำ อาการไม่พึงประสงค์ คือ ระคายเคืองช่องปากและลำคอ

1.4) นิโคตินแบบพ่นจมูก (Nicotine Nasal Spray) ออกฤทธิ์ได้เร็วมากเนื่องจากถูกดูดซึมผ่านเยื่อโพรงจมูกโดยตรง จึงออกฤทธิ์ได้ในเวลาไม่ถึง 10 นาทีหลังเริ่มใช้ ซึ่งอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการระคายเคืองจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล คออักเสบ

1.5) นิโคตินแบบเม็ดอม (Nicotine Lozenges) เป็นยาเม็ดอมในปากหรือข้างแก้มแบบละลายช้า เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเคี้ยวหมากฝรั่งได้

1.6) นิโคตินแบบอมใต้ลิ้น (Nicotine Sublingual Tablet) เป็นเม็ดอมขนาดเล็กๆ ใช้ อมใต้ลิ้นเท่านั้น โดยยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดอย่างรวดเร็วมากภายในเวลาเพียงไม่กี่นาที ซึ่งอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ การรับรู้รสผิดปกติ ระคายเคืองเยื่อช่องปากและคอ สะอึก คอแห้ง

2) ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน (Non-Nicotine Therapy)

2.1) Bupropion ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกาและคณะกรรมการอาหารและยาของไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถเบิกจ่ายได้เพื่อการบำบัดรักษาอาการเลิกบุหรี่ได้ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 (พ่องศรี ศรีมรกต, 2553) เป็นยาเม็ดรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม สามารถช่วยเลิกบุหรี่ ได้โดยไม่มีส่วนประกอบของนิโคตินอยู่เลย

2.2) Varenicline ถูกกำหนดให้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถเบิกจ่ายได้เพื่อการบำบัดรักษาอาการเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 เช่นเดียวกับยา Bupropion ยานี้มีจุดเด่นโดยเป็นทั้ง partial agonist และ antagonist ต่อ nicotinic acetylcholine receptor ชนิด alpha-4, beta-2 ซึ่งเป็น receptors ที่จะคอยจับกับ นิโคตินแล้วกระตุ้นสมองส่วน ventral tegmental area ให้หลั่งสาร dopamine ออกมาส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากบุหรี่ และเสพติด ผู้ที่ใช้นี้จะรู้สึกสุขสบายคล้ายได้สูบบุหรี่จริง และจะมีอาการอยากบุหรี่น้อยลง ใน

ขณะเดียวกันการที่ยานี้จับตัวอยู่กับ receptors ก็เป็นการแย่งที่และป้องกันไม่ให้นิโคติน มาจับกับ receptors เหล่านี้ได้อีก

2.3) Nortriptyline เป็นยาต้านภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม tricyclic antidepressants มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine และ 5-hydroxytryptamine ที่ปลายประสาท จึงใช้ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ ควรหลีกเลี่ยงยาชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.4) Clonidine เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้ถูกนำมาใช้รักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิดทั้งแอลกอฮอล์และสารอนุปันธุ์ฝิ่นอย่างได้ผล จึงได้มีผู้ทดลองใช้ยานี้ในการช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าได้ผลดี ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ง่วงซึม เวียนศีรษะท้องผูก และ rebound hypertension หากหยุดยาในทันที

ในการเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ยังนั้น ควรพิจารณาปัจจัยหลายๆอย่างร่วมกัน เช่น ข้อห้ามในการใช้ยาของผู้สูบแต่ละราย โรคประจำตัวที่มีในขณะนั้น จำนวนของบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ทศนคติของผู้สูบบุหรี่แต่ละชนิด เศรษฐฐานะ และประสบการณ์ในอดีตของผู้สูบต่อการใช้ยา ในกรณีที่ผู้สูบบุหรี่มีภาวะติดบุหรี่ อย่างรุนแรง หรือเคยล้มเหลวจากการใช้ยาเพียงชนิดเดียว อาจพิจารณาใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิด โดยให้ สารนิโคตินทดแทนหรือยาแบบออกฤทธิ์ช้า (แบบแผ่นแปะ) ร่วมกับแบบออกฤทธิ์เร็ว (เช่น หมากฝรั่ง) นิโคตินที่ได้จากแผ่นแปะจะทำให้ระดับนิโคตินในกระแสเลือดของผู้สูบคงที่ และ มีอาการถอน นิโคตินน้อยลง เมื่อผู้สูบบุหรี่มีอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันเกิดขึ้นยาแบบออกฤทธิ์เร็วก็จะช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้อย่างสมบูรณ์ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และ สุรจิต สุนทรธรรม, 2555) นอกจากนี้ยังได้มีผู้ที่ใช้ยาเลิกบุหรี่ยาร่วมกันสองชนิดข้ามกลุ่ม เช่น ใช้แผ่นแปะนิโคตินร่วมกับ bupropion หรือ nortriptyline ก็พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจเช่นกัน แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายและผลข้างเคียงที่ต้องเพิ่มสูงขึ้นจึงยังคงแนะนำให้เริ่มต้นด้วยยารุ่นเดียวไปก่อน หากไม่ประสบความสำเร็จจากการรักษาจึงจะพิจารณาใช้ยาร่วมสองชนิดต่อไป

3.1.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Treatment)

การรักษาผู้ติดนิโคตินโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี แต่วิธีที่บุคลากรในวิชาชีพสุขภาพนิยมใช้ คือ การให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาจให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม หรือรายบุคคล หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งมีประสิทธิภาพ (กรองจิตร วาทีสาธกกิจ, 2551)

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดนิโคตินที่ได้ผลดีที่สุด คือ การจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี คือ บุคคลจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองจากเจตคติ ความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551)

1) การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (Intensive Counseling) หลักการบำบัดโดยให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นที่ดี ควรเน้น 2 ประเด็น ได้แก่

1.1) การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical/problem solving skill counseling) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) ประกอบด้วย การค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสพยา เน้นย้ำการเลิกเสพยาอย่างแท้จริงเด็ดขาดและรวดเร็วที่สุด ทบทวนประสบการณ์การเลิกเสพยาในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตประจำวัน (เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ฯ) วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น และวางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เสพยาสูบต่อไปอีก หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เลิกเสพยาสูบด้วย แนะนำให้ชวนคนที่เสพยาในบ้านให้เลิกเสพยาด้วยพร้อมกัน หรืออย่างน้อยขอรับรองให้ยาเสพติดต่อหน้า จัดให้มีบุคลากรที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้สูบ และเสริมสร้างแรงจูงใจ(Intra-treatment support) ส่งเสริมให้ผู้สูบได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาลด้วย (Extra-treatment support) เช่น จากกลุ่มจิตอาสาพาลูกเลิกยาสูบที่จัดตั้งขึ้นในสถานพยาบาลหรือในชุมชนซึ่งมักประกอบด้วย แกนนำ ในชุมชน และกลุ่มคนที่เลิกเสพยาได้แล้ว ร่วมกับญาติพี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว

1.2.) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจสุ่มเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก สอนให้ผู้สูบหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (trigger) และรู้จักเบี่ยงเบนความคิด เมื่อเกิดอาการหรือคิดอยากเสพยาอีก อาจแนะนำ เทคนิคที่เรียกว่า 5D เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด

เป็นการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการติดยาหรือทางใจ ทางสังคม และความเครียด เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุ ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การเสริมสร้างกำลังใจ การใช้วิธีนี้เพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพโดยมี รูปแบบหลักที่สำคัญ 4 รูปแบบ คือ

1) การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยใช้หลักการที่ว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิด ในการบำบัดผู้ติดยาหรือเริ่มจากให้ ผู้สูบทบทวนสถานการณ์หรือความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความอยากบุหรี่ การตรวจสอบความคิด ที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่การสูบบุหรี่ การฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ยุติ ตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่กระตุ้นหรือมีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

2) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มีองค์ประกอบของหลักการบำบัด ดังนี้ 1.การให้คำปรึกษาเพื่อนำไปปฏิบัติ เช่น การแก้ปัญหาและฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในการวางแผนและเตรียมการกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ 2.การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายใน มีการส่งเสริมความพยายามเพื่อช่วยให้หยุดสูบบุหรี่ได้ การเสริมแรงเพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการหยุดสูบบุหรี่ และ 3. การค้นหาแหล่งสนับสนุน ทางสังคมภายนอก โดยการรับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ภายนอก หรือการใช้บริการสายด่วนในการปรึกษาปัญหาการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำนี้เน้นการให้คำแนะนำโดยใช้ข้อมูลของผู้สูบเป็นพื้นฐานและให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ต่อตัวเอง (feedback) ทั้งนี้ พฤติกรรมบำบัดมีข้อจำกัด คือ มักทำเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิดแหล่งสนับสนุนช่วยให้เลิกสูบบุหรี่จากบุคคลในกลุ่ม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรอเพื่อเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งจึงทำให้แรงจูงใจเพื่อที่จะหยุดสูบบุหรี่ลดน้อยลง และเมื่อทำเป็นรายบุคคลทำให้ภาระค่าใช้จ่าย สูงขึ้น (Hughes, Keely, & Naud, 2004)

3) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) เป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทางโดยเน้นผู้สูบบุหรี่เป็นศูนย์กลาง (Client-center-counseling) มุ่งหวังให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ สามารถค้นหา ลดและขจัดความลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ (วริศรา แยมศรี, 2555) หลักการสำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (DARES) คือ

D = Develop discrepancy การทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างสภาพปัญหาปัจจุบัน และพฤติกรรมเป้าหมาย

A = Avoid argumentation การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง หรือทะเลาะ

R = Roll with resistance การตะล่อมหมุนไปกับแรงต้าน

E = Express empathy การแสดงความเห็นอกเห็นใจ

S = Support self-efficacy การส่งเสริมประสิทธิภาพในการหยุดสูบบุหรี่

4) การบำบัดแบบกระชับ (Brief intervention) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด ของ Transtheoretical model ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานและสมมุติฐานว่า การบำบัดแบบกระชับสามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้เป็นจำนวนมากในช่วงเวลาที่จำกัด ใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาที่ไม่นาน (1-3 นาที) (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) ทั้งนี้คำพูดของการนิเทศชนิดนี้ต้องกระชับ ได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจน หนักแน่น และเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย (สุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญา, 2553) เนื้อหาที่ใช้พูดอาจประกอบด้วย 4 ประการหลักๆตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR หรือ “4ล” ประกอบด้วย

เลือกวัน (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกเสพ ผู้สูบอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก ซึ่งวิธีการหลังนี้ บุคลากรจะต้องเป็นผู้กำหนดวันเลิกเสพที่เป็นไปได้จริงสำหรับผู้สูบนั้น (แต่ไม่ควรเกิน 2-4 สัปดาห์นับจากครั้งแรก) จากนั้นกำหนดปริมาณการเสพที่ต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละเวลาและแต่ละวัน โดยอธิบายหรือเขียนเป็นแผนให้ผู้สูบนำ ไปปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

ลั่นวาจา (Tell family and others): บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน

พร้อมรับมือ (Anticipate challenges): วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน นำ เทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

ละอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products): กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ

การเลิกบุหรี่เป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ที่มีอุปนิสัยในการเคยชินกับการสูบบุหรี่เป็นประจำ ความปรารถนาที่จะเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดี แต่ยังคงมีความสับสนในระหว่างความต้องการสูบอย่างธรรมดา กับความตั้งใจอย่างแรงกล้าที่จะเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นสิ่งที่จะเสริมสร้างความตั้งใจที่จะเลิกให้เกิดพลังและกำลังใจอย่างแน่นแฟ้นที่จะเลิก คือการหาความรู้ โทษพิษภัยของบุหรี่ กฎหมายในเรื่องสิทธิของผู้คนที่อยู่รอบตัว และอุทาหรณ์ที่กระตุ้นเตือนให้เลิกสูบบุหรี่

3.2 การประเมินผลลัพธ์การให้บริการเลิกบุหรี่

ความหมายการเลิกบุหรี่

นักวิชาการและนักวิจัยด้านการควบคุมยาสูบให้ความหมายของคำว่า การเลิกบุหรี่ ตามระยะเวลาการประเมินการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน ดังนี้

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่ไม่สูบแต่เคยสูบเป็นประจำและนานๆ ครั้ง ซึ่งมีความพยายามในการเลิกสูบอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีระยะเวลาในการเลิกสูบครั้งสุดท้ายไม่น้อยกว่า 12 เดือน (สรพงษ์ เจริญฤทธยาวุฒิ, 2550)

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด (Nagrebetsky, Brettell, Roberts, & Farmer, 2014)

การเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้น หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ไม่ได้สูบบุหรี่ ติดต่อกัน 7 วัน จากการประเมินหลังจากหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 2 เดือน (ฉันทิยา คารมย์, 2558)

การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2556) ได้จำแนกการประเมินผลลัพธ์การเลิกสูบบุหรี่ เป็น 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. การเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (Point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านไป 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมิน
2. การหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องโดยทั่วไปสามารถได้ทั้งในระยะ 24 ชั่วโมง 7 วัน หรือ 30 วัน
3. การเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน (prolonged abstinence) หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

การประเมินผลลัพธ์การให้บริการเลิกบุหรี่

ในการจัดบริการเลิกบุหรี่ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์เป็นดัชนีที่พยาบาลควรให้ความสนใจเนื่องจากสามารถจะประเมินได้จาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ เช่น ประเมินจากจำนวนบุหรี่ที่สูบว่าลดลงเท่าใด หรือประเมินจากที่เคยสูบบุหรี่เป็นการเลิกสูบ (smoking abstinence) ตัวชี้วัดดังกล่าวสามารถประเมินได้โดยการใช้แบบสอบถามและการประเมินทางชีวภาพ เช่น ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก(สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

- 1) การประเมินผลลัพธ์การเลิกสูบโดยใช้แบบสอบถาม (self-report)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่นั้นมักนิยมใช้แบบสอบถามเป็นหลัก ซึ่งอาจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามเป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่มาก เสียค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถใช้ได้ในหลายสถานการณ์ไม่ว่าจะเป็นในชุมชนหรือในโรงพยาบาล (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) งานวิจัยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ประเมินผลสำเร็จจากอัตราการเลิกบุหรี่ (quit rate) โดยประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

- 2) การประเมินผลลัพธ์การเลิกสูบโดยใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในการสูบบุหรี่ (Biomarkers of Tobacco Use)

biological markers หรือที่เรียกกันว่า biomarkers เป็นการวัดที่สะท้อนถึงปฏิกิริยาระหว่างระบบชีวภาพ (biological systems) กับสิ่งคุกคามต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งคุกคามทางกายภาพ สารเคมี หรือสารชีวภาพตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่สำคัญ และเป็นที่ยอมรับใช้ในการวัดการสูบบุหรี่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)และการได้รับควันบุหรี่มือสอง ได้แก่ ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled Carbon monoxide) และสารโคตินิน (cotinine)

คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) การวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์สามารถทำได้โดยวัดในลมหายใจออกและในเลือด แต่การวัดจากลมหายใจออกเป็นวิธีการที่สะดวกกว่า ไม่ต้องใช้สารคัดหลั่งทราบผลรวดเร็วและราคาไม่แพง เครื่องมือที่นิยมใช้เป็นอุปกรณ์วัดค่าแบบ

มือถือ (handheld breath analyzer) ซึ่งจะบอกว่ามีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในส่วนในล้านส่วน (parts per million: ppm) ในประเทศไทย Chatrchaiwivatana & Ratanasiri (2008) ซึ่งศึกษา ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในประชากรวัยผู้ใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ได้แนะนำว่าจุดตัดแบ่ง ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกที่เหมาะสมในการบอกสภาวะการสูบบุหรี่สำหรับ กลุ่มที่อายุน้อย (15 - 40 ปี) คือ 8 ส่วนในล้านส่วน และในกลุ่มอายุมาก (40 - 70 ปี) คือ 10 ส่วนใน ล้านส่วน อย่างไรก็ตาม ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ค่อนข้างสั้นคือ 4 - 5 ชั่วโมง ผู้ที่ยังเลิกสูบไม่ได้แต่หยุดสูบบุหรี่มาหลายชั่วโมงก่อนการวัดระดับ CO อาจทำให้ผลการตรวจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Babaoglu et al., 2016) เนื่องจากปอดขับเอาคาร์บอนมอนอกไซด์ออกหมดแล้ว

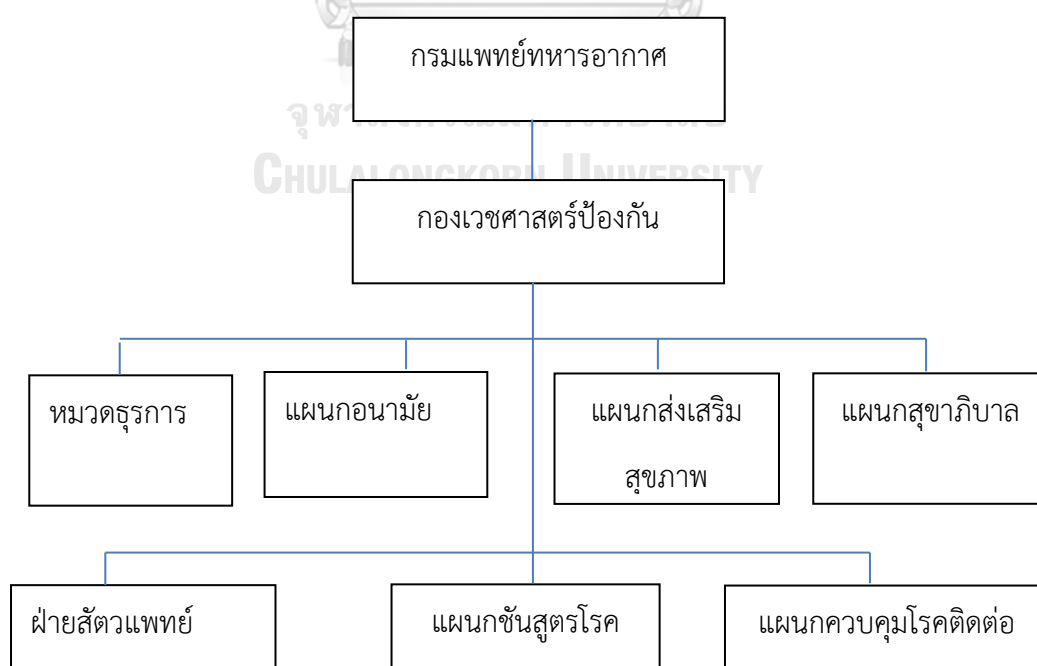
โคตินิน (Cotinine) โคตินินเป็นอนุพันธ์ของสารนิโคติน โคตินินมีค่าครึ่งชีวิตยาวกว่านิโคติน คือประมาณ 15 - 19 ชั่วโมง โคตินินจึงอยู่ในร่างกายนานกว่า และจะมีระดับความเข้มข้นในกระแส เลือดสูงมากกว่านิโคติน 10 - 15 เท่า (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) ในการวิจัยเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่นิยม ใช้ระดับโคตินินเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลสูบบุหรี่หรือไม่ได้สูบ โคตินินสามารถตรวจได้จากสารคัดหลั่งต่าง เช่น น้ำลาย ปัสสาวะ เลือดและเส้นผม การตรวจระดับโคตินินจากน้ำลายเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เพราะวิธีการเก็บส่งตรวจไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ ปัจจุบันมีการพัฒนาชุดตรวจโคตินิน ในปัสสาวะสำเร็จรูปที่มีลักษณะเป็นแถบกระดาษ (dipstick testing) สะดวกในการใช้ สามารถทราบ ผลได้ภายในประมาณ 15 - 20 นาที แต่ค่าใช้จ่ายสูงจึงยังไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ทางคลินิก ส่วน การตรวจวัดระดับโคตินินใน blood serum เป็นวิธีการที่ค่อนข้างยุ่งยากและราคาแพง (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) เมื่อเปรียบเทียบกับ การวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์แล้ว โคตินินเป็นตัวบ่งชี้การ สัมผัสควันบุหรี่ที่แม่นยำมากกว่า นักวิชาการจากกลุ่มสังคมการวิจัยเกี่ยวกับนิโคตินและยาสูบ (SRNT) ได้แนะนำจุดตัดแบ่งของระดับโคตินินที่บอกสภาวะการสูบบุหรี่ ดังนี้ ระดับโคตินินในเลือด หรือน้ำ ลาย เท่ากับ 15 นาโนกรัมต่อมิลลิเมตร (ng/ml) ส่วนระดับโคตินินในปัสสาวะ เท่ากับ 50 นาโนกรัม ต่อมิลลิเมตร (ng/ml)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการสูบบุหรี่จากการตอบแบบสอบถาม และสอบถามว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดสูบบุหรี่ได้ ติดต่อกัน 7 วันต่อเนื่องกันประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 2 เดือน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ (Point prevalence abstinence) (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) และการวิจัยครั้งนี้ใช้ ตัวชี้วัดทางชีวภาพ ได้แก่ ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled carbon monoxide) เป็นตัวชี้วัดยืนยันการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประเมินโดยใช้เครื่อง Smokerlyzer หากระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกน้อยกว่า 8 ส่วนในล้านส่วน (< 8 ppm) นับเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ (Chatrchaiwivatana & Ratanasiri ,2008)

3.3 การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ

กองทัพอากาศมีหน้าที่เตรียมกำลังกองทัพอากาศ และป้องกันราชอาณาจักร พร้อมการพัฒนาประเทศและแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้งในระดับต่าง ๆ โดยดำรงระดับความพร้อมของขีดความสามารถอยู่ตลอดเวลา ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพกำลังทางอากาศให้มีคุณภาพ และครอบครองเทคโนโลยีที่ทันสมัยรวมถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับมิตรประเทศและดำรงความเข้มข้นในความรับผิดชอบต่อการกิจตามกฎหมายโดยเฉพาะในการรักษาสถาปัตยกรรมแห่งชาติ และการพัฒนาประเทศตามแนวคิดทางยุทธศาสตร์นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ปฏิบัติการกิจตามที่ได้รับมอบหมาย มีความพร้อมปฏิบัติการทั้งในส่วนของยุทธโศปกรณ์ที่ทันสมัย สามารถไปปฏิบัติงานร่วมกับต่างประเทศได้ พร้อมกำลังพลในรูปของหน่วยบิน/หน่วย-ชุดปฏิบัติการ/เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญประเภทต่าง ๆ เพื่อปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมายร่วมกับกำลังของต่างประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นลำดับ ได้แก่ การรักษาสันติภาพ การช่วยเหลือมนุษยธรรม และการบรรเทาภัยพิบัติ(แผนยุทธศาสตร์กองทัพอากาศ, 2557)

กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ ทำหน้าที่ดำเนินงานเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค งานด้านอนามัยบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม ให้แก่กำลังพลกองทัพอากาศ ที่ปฏิบัติงานภาคพื้นและครอบครัวของกำลังพล และการปฏิบัติการสงครามนิวเคลียร์ ชีวะเคมี สายการแพทย์ โดยมีผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ป้องกัน เป็นผู้บัญชาการรับผิดชอบ แบ่งส่วนราชการออกเป็น 5 แผนก ดังนี้



ภาพที่ 2 การจัดส่วนราชการของกองเวชศาสตร์ป้องกัน (กรุณา วิชาพล, 2554)

หน้าที่รับผิดชอบของแผนกที่พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องมีดังนี้

หมวดธุรการ ดำเนินการเกี่ยวกับการธุรการ การสารบรรณ การกำลังพล การเงิน การพัสดุ และประสานการทำงานของแต่ละแผนกต่าง ๆ มีหัวหน้าหมวดธุรการเป็นผู้บังคับบัญชา รับผิดชอบ

แผนกอนามัย มีหน้าที่ ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพร่างกายกำลังพลกองทัพอากาศที่ปฏิบัติงานภาคพื้นให้เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด ประกอบด้วย งานตรวจสุขภาพกำลังพลตามวาระ ตรวจร่างกายผู้สมัครเข้ารับราชการ ผู้สมัครเข้าเป็นนักเรียนทหาร ผู้สมัครเป็นสมาชิกกองทัพอากาศ กองทัพอากาศ ผู้ไปราชการต่างประเทศ ผู้เข้ารับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ผู้ไปปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม นักกีฬากองทัพอากาศ ผู้ประกอบอาหาร ผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน นอกจากนี้ยัง รับผิดชอบงานตรวจสุขภาพเด็ก งานทันตกรรม การตรวจรักษาการโรคแก่นักเรียนทหาร และทหาร กองประจำการ การตรวจทางรังสีวิทยา งานเวชระเบียนและสถิติ รวมทั้งการเตรียมชุดป้องกันภัย สงครามจากนิวเคลียร์ ชีวะ และเคมี มีหัวหน้าแผนกอนามัย เป็นผู้บังคับบัญชา รับผิดชอบ

แผนกสุขาภิบาล มีหน้าที่ดำเนินการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่กองทัพอากาศ โดยการตรวจสอบและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยเกี่ยวข้องในเรื่อง น้ำดื่ม น้ำใช้ การกำจัดน้ำเสียและขยะมูลฝอย การควบคุมป้องกันการเกิดภาวะแวดล้อมเป็นพิษ ตรวจแนะนำ ควบคุมสุขาภิบาลบ้านพักอาศัยโรงเรียนทหาร สถานที่แต่งผม สระว่ายน้ำ ตรวจแนะนำ ควบคุมสุขาภิบาลอาหารโรงเลี้ยงและที่ประกอบเลี้ยงทหาร ให้คำแนะนำการป้องกันและควบคุม พานะนำโรค ให้คำแนะนำประเมินผลการใช้สารเคมีฆ่าแมลง ตรวจแนะนำ เพื่อควบคุมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมในโรงงาน ตลอดจนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมี หัวหน้าแผนกสุขาภิบาล เป็นผู้บังคับบัญชา รับผิดชอบ

แผนกควบคุมโรคติดต่อ มีหน้าที่ ดำเนินการระบาดวิทยาและเฝ้าระวังโรคติดต่อ รวมทั้ง รายงานโรคติดต่อจากหน่วยงานต่างๆ ในกองทัพอากาศ ค้นหาสาเหตุและแนวโน้มเพื่อหาวิธีป้องกัน ควบคุม จัดชุดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคระบาดนอกสถานที่ ให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และวิธีป้องกันโรคระบาดที่เกิดนอกกองทัพอากาศทั้งในและนอกประเทศ รณรงค์และควบคุมโรค เอดส์ รวบรวมความต้องการจัดหา เก็บรักษา และแจกจ่ายถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์จัดหา เก็บรักษา ควบคุมคุณภาพ และแจกจ่ายวัคซีนแก่หน่วยเกี่ยวข้อง ฉีดวัคซีนแก่กำลังพลกองทัพอากาศ และครอบครัว รวมทั้งรับผิดชอบฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี มีหัวหน้าแผนกควบคุมโรคติดต่อเป็นผู้บังคับบัญชา รับผิดชอบ

แผนกชันสูตรโรค มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทั้งทางด้านโลหิตวิทยา แบคทีเรีย อิมมูโนวิทยา ชีวะเคมีสารพิษและสารเสพติด เพื่อสนับสนุนงานอนามัย งานสุขาภิบาล และงานป้องกันควบคุมโรค มีหัวหน้าแผนกชันสูตรโรค เป็นผู้บังคับบัญชา รับผิดชอบ

ฝ่ายสัตวแพทย์ มีหน้าที่ดำเนินการตรวจรักษาควบคุม ป้องกันโรคระบาดในสัตว์ และโรคสัตว์ติดต่อกับคน การป้องกันโรคด้านอนามัยส่วนบุคคล ส่งเสริมงานอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการเลี้ยงสัตว์ จัดหาเก็บรักษา ควบคุมแจกจ่ายวัคซีน และเวชภัณฑ์เกี่ยวกับสัตว์สนับสนุนงานด้านวิทยาการการตรวจสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคในสุนัขทหาร มีหัวหน้าฝ่ายสัตวแพทย์เป็นผู้บังคับบัญชารับผิดชอบ

แผนกส่งเสริมสุขภาพ มีหน้าที่ดำเนินการด้านสุขศึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากความเครียด โรคไม่ติดต่อและสารเสพติด ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กในงานคลินิกสุขภาพเด็กดี วางแผนและควบคุมการใช้ไอศกรีมที่ศูนย์ปศุสัตว์ จัดหา ผลิตเผยแพร่และสนับสนุนสื่อสุขศึกษาแก่หน่วยงานในกองทัพอากาศ จัดบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพอนามัย ปัญหาสุขภาพจิต และการวางแผนครอบครัว รวมทั้งดำเนินการทดสอบสมรรถภาพร่างกายแก่กำลังพลกองทัพอากาศ มีหัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ เป็นผู้บังคับบัญชารับผิดชอบ

นอกจากนี้แผนกส่งเสริมสุขภาพยังรับผิดชอบในการจัดกิจกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในกองทัพอากาศ เมื่อพบข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุหรี่เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี จะเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ รูปแบบกิจกรรมเป็นการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และทำกลุ่มเพื่อหาแนวทางเลิกบุหรี่ โดยการจัดตั้งทีมพยาบาลเข้าไปยังกรม กอง ต่างๆ ปีละ 1 ครั้ง ใช้เวลาจัดกิจกรรม 5 วัน มีการติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะเวลา 1 ปี ในปีงบประมาณ 2558 พบว่ากิจกรรมเหล่านี้สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่จากการจัดกิจกรรมเลิกบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 7.6 จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อช่วยให้ข้าราชการทหารอากาศสามารถเลิกบุหรี่ และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4. ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค

จากการศึกษาข้อมูลในข้าราชการทหารอากาศจากผลการตรวจสุขภาพประจำปี ที่พบว่าข้าราชการทหารอากาศมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อถึงร้อยละ 32.91(แผนกประเมินผล กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ, 2559) การทบทวนวรรณกรรมต่างๆ รวมถึงสถานการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่เพิ่มขึ้นทุกปี และการศึกษาเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศของ อุดมพร ไวยเนตร. (2550) พบว่าข้าราชการทหารอากาศมีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูงแต่ยังคงสูบบุหรี่อยู่เนื่องจากทำงานภายใต้แรงกดดัน มีความเครียด และขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (Klesges et al., 2006) จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจนำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้เพื่อสร้าง

การรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ นำเสนอข้อมูลที่เชื่อมโยงกับ ภาวะสุขภาพของข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุหรี่ เพื่อให้ข้าราชการเกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (Maddux & Rogers, 1983) อธิบายภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า ประกอบไปด้วย กระบวนการรับรู้ 2 อย่างคือ การประเมินอันตราย (Threat appraisal) และ การประเมินการเผชิญปัญหา(Coping Appraisal) เมื่อบุคคลรู้สึกถึงภาวะคุกคามทางสุขภาพ บุคคลจะพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการ จัดการกับภาวะคุกคามดังกล่าว ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมก็คือ รางวัลหรือความพึงพอใจในตนเอง (intrinsic rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้จำเป็นต้องอาศัย ปัจจัยพื้นฐาน 3 อย่างคือ สิ่งแวดล้อม ตัวบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ในทฤษฎีนี้เน้นการให้ ข้อมูลข่าวสารเป็นหลักสำคัญเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เกิดกระบวนการคิด ปรับทัศนคติ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด

เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงหรือภัยคุกคามของเหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ จะมีการ ตอบสนองต่อภัยคุกคามนั้นๆ แต่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อตอบสนองภัยคุกคาม เหล่านั้น บุคคลนั้นจะต้องเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง(Response Efficacy) เช่น การเลิก บุหรี่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอด รวมทั้งบุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะ แห่งตน(Self-Efficacy) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นด้วย จึงจะทำให้สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ.

ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคถูกนำมาใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่เพราะ เชื่อว่าการ จูงใจให้บุคคลเลิกบุหรี่จะเกิดขึ้นได้หากผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ มีความรู้สึก ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เชื่อมั่นว่าผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถ ป้องกันโรคจากบุหรี่ เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Floyd , Prentice-Dunn & Rogers 2000) จากการศึกษาของ Muhammad et al.(2015) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Protection Motivation โดยให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่การวัดประสิทธิภาพการทำงานของปอด และให้ความรู้เพื่อกระตุ้น ให้เกิดความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ พบว่าช่วยกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการเลิกบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเห็นภาพได้ชัดเจน เข้าใจ เกิดความตระหนักรู้ รับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนใน การเลิกบุหรี่

การประเมินการรับรู้ตามแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (Norman et al., 2005) ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การทำให้บุคคลได้รับรู้ผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการ เผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเกิดอันตรายหรือภาวะคุกคาม และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและ พฤติกรรมได้

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability) จะสื่อสารโดยนำเสนอข้อมูลที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมักจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า จะเลือกปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นหรือไม่

3. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว และตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาของ Maddux and Rogers (1983) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ คือ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่สูง และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเกี่ยวกับความมั่นใจในการปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถไม่เกี่ยวกับทักษะว่าจะมีมากมีน้อย แต่เป็นการที่บุคคลตัดสินใจตนเองว่าทักษะที่ตนเองมีอยู่นี้สามารถกระทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง ดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากจะพิจารณาในด้านทักษะแล้ว ยังต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลด้วยว่าตนเองสามารถใช้ทักษะนั้นได้ดี และมีประสิทธิภาพ บุคคลเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตน กระทำได้หลายวิธี เช่น การ เลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอน ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน ระดับสูงสุด และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเลือกที่จะปฏิบัติ (Bandura, 1977)

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้อย่างสูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ยังพบว่า ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วยก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย (รชานนท์ ง่วนใจรัก, 2551)

วิวัฒนาการของทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองมาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบคือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข่าวสารคือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกตและลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ(Threat Appraisal)ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะคือการรับรู้ในความรุนแรงของโรค(percieved severity)และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค(perceived vulnerability) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมมีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอ และการแก้ไขอย่างมีเหตุผลหรือการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อทางศาสนา (Maddux & Rogers, 1983) อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมก็คือ รางวัลหรือความพึงพอใจในตนเอง (intrinsic rewards) และความพึงพอใจจาก ภายนอก (extrinsic rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะคือ การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self efficacy)และการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) ในการที่หลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ และเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์แต่สิ่งที่ส่งผลต่อความคาดหวังในผลของการตอบสนองคือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง(response efficacy)กับการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง(self efficacy)เป็นสิ่งสำคัญมากต่อการสร้าง

ความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะพยายามสร้างให้เกิดขึ้นและรักษาความตั้งใจนั้นไว้มั่นคง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค(perceived vulnerability) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง(response efficacy) ก็มีความสัมพันธ์เช่นกันกล่าวคือ ถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงและการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงด้วย ก็จะมีผลเพิ่มความตั้งใจ (รชานนท์ ง่วนใจรัก, 2551) ในทางกลับกันถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำความตั้งใจก็จะลดลง

บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณีคือ ถ้าผลของการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพและถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำจำเป็นต้องเพิ่มการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนให้สูงจึงจะเพิ่มความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ตามความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้โอกาสต่อการเกิดโรคสูง (รชานนท์ ง่วนใจรัก, 2551) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนสูงและการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมุ่งมั่นเชื่อว่าความเชื่อว่าการจูงใจจะทำให้ได้ดีเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคง หรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะการจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. การตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมมีน้อย
6. อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

สรุปแล้วทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้เน้นในเรื่องการสื่อสาร การนำเสนอเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้เกิดกระบวนการของการรับรู้และเรียนรู้โดยทำให้ผู้รับสารเกิดความกลัว ความตระหนักรู้ต่อพิษภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าหากมีการจูงใจด้วยกระบวนการและวิธีการที่กล่าวมาจะทำให้ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติรวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้กับข้าราชการทหารอากาศ โดยใช้วิธีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ นำการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออกมาใช้เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้นอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่

นันทริยาภรณ์ มะละศิลป์ (2557) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ที่ยังสูบบุหรี่และนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่เป็นรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง แต่กลุ่มทดลองจะได้รับการกดจุดสะท้อนจำนวน 3 ครั้ง ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองพบว่าสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ช่วยให้พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้นกว่าการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว

พิรุณพร ประเสริฐ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ แต่กลุ่มทดลองจะได้ฝึกการเดินออกกำลังกายเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 8 ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการเดินออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบกระซิบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทย กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที (คือหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2) ร่วมกับการได้รับคำแนะนำรายบุคคลในการเลิกบุหรี่รวมถึงการจัดการอาการถอนนิโคตินจำนวน 3 ครั้ง (คือระยะก่อนการทดลอง หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2) และติดตามให้คำแนะนำและกำลังใจทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง (หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 14)

บุหรีครบ 2 สัปดาห์) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงคำแนะนำในการเลิกบุหรี ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี หลังหยุดสูบบุหรีวันที่ 1 หลังสูบบุหรีวันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรีวันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรีวันที่ 7 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วีรศักดิ์ สอาดเอี่ยม, อารี พุ่มประไพไทย์ และ ดารารวรรณ ร่องเมือง (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี ในผู้ชายวัยทำงาน อำเภอ ไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ชายวัยทำงานจำนวน 52 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มทดลองได้ รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี โดยการประยุกต์แนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้แสดงออก รับรู้ซึ่งกันและกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเอกสารแผ่นพับคู่มือการเลิกสูบบุหรี ด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรีสมุดบันทึกการเลิกสูบบุหรีและแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี4) การรับรู้ประโยชน์ ของการไม่สูบบุหรี5) การรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรีและ 6) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independence t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fu et al. (2016) ศึกษาเรื่องให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลร่วมกับการส่งอีเมลมาใช้ในการช่วยผู้สูบบุหรีในการเลิกสูบบุหรีเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรีทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูบบุหรีที่ต้องการเลิกบุหรีจำนวน 2,406 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1,206 คน กลุ่มทดลอง 1,200 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์และอีเมล โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี ติดตามผลการสูบบุหรีใน 6 เดือนและ 1 ปีตามลำดับ ผลการทดลองพบว่าการใช้โทรศัพท์และอีเมลในการติดตามผู้สูบบุหรีทำให้ประสบผลสำเร็จในการตามผู้สูบบุหรีถึง 70 % ผู้สูบบุหรีเกิดความต้องการในการเลิกบุหรีมากขึ้น เปรียบเทียบผู้ที่เลิกสูบบุหรีในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Jardin & Carpenter. (2012) ศึกษาการทำนายความตั้งใจและการเลิกบุหรีในผู้สูบที่ไม่เคยสนใจเลิกสูบบุหรีมาก่อน โดยทำการศึกษาในผู้สูบจำนวน 849 คน โดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ RCT คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สูบบุหรีอย่างน้อย 10 มวนต่อวัน 3) สนใจเลิกบุหรีเป็นบางครั้ง 4)ไม่ได้ใช้ยาในการเลิกบุหรี 5)สามารถใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร

ได้ในช่วง 6 เดือนที่ทำการศึกษา 6)ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน จากนั้นแบบผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่สนใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และกลุ่มที่ไม่สนใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน ทำการสุ่มผู้ที่สนใจเลิกบุหรี่แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติเพื่อเลิกบุหรี่ได้แก่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับข้อดีของการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการปฏิบัติเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการได้รับนิโคตินทดแทน โดยมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 4,12 และ 26 เพื่อติดตามผล เครื่องมือในการวัดผลคือ แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกบุหรี่และ แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้จาก อายุ การศึกษา ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะพึ่งพานิโคติน

Fung et al. (2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลอง จำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบไปด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังจากที่มีการพบกันครั้งแรก 3 วันและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้การนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกและการโทรศัพท์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย ประเมินการเลิก สูบบุหรี่เมื่อครบ 3 เดือนและ 12 เดือน โดยประเมินจากรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 3 เดือนพบว่ามีผู้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การตรวจสารคาร์บอนมอนอกไซด์ อยู่ในระดับต่ำ เมื่อ ครบ 12 เดือนมีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ถึง 68ราย (ร้อยละ 32)

สรุป งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่มีการศึกษาการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับวิธีช่วยเลิกบุหรี่ในหลายงานไม่ว่าจะเป็น การนัดจุดจุดสะท้อน การออกกำลังกาย เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ ช่วยให้ผู้เลิกบุหรี่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ในงานวิจัยยังมีการทำกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยกันแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำให้เกิดการรับรู้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่

งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในทหาร

จุฑานันท์ หุ่นดี (2553) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในกลุ่มข้าราชการทหารชั้นประทวน เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มในทหาร 35 นาย เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 จัดนิทรรศการพิษภัยบุหรี่ มีการบรรยาย ฉายวิดีโอทัศน์ จัดบอร์ดความรู้ และมอบสมุดบันทึกการสูบบุหรี่ สัปดาห์ที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคล โดยนัดพบที่คลินิก ใช้เวลารายละ 30 นาที สัปดาห์ที่ 4 การให้คำปรึกษารายครอบครัว ทำการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยและบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อตั้งเป้าหมายร่วมกันในการช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ ผ่านการบรรยายให้ความรู้ รวมทั้งถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับผลร้ายของการสูบบุหรี่ โดยผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ให้กำลังใจและเสริมแรงผู้เข้าร่วมวิจัยในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่โดยการสังเกต และแบบบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1-12 จากนั้นประเมินในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล รวมถึงการให้คำปรึกษารายครอบครัว ทำให้ทหารกลุ่มนี้มีปริมาณการสูบบุหรี่ลดลง และมีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 10 นาย

นวพรรษ เปรมปราศรัย (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองในการลด/เลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ ค่ายภานุรังษี ส่วนที่ 2 จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็น ทหารกองประจำการที่สูบบุหรี่เป็นประจำคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 66 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 55 คน รวมทั้งสิ้น 121 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 24 สัปดาห์ โดยการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 100 นาที จัดกิจกรรมห่างกัน 1 สัปดาห์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 24 จากแบบสอบถาม โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย กิจกรรมถามตอบ บรรยาย อภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ มีการกระตุ้นวิเคราะห์ตนเองและวางแผนควบคุมและทำสัญญาต่อตนเองในการเลิกบุหรี่ วิธีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ กำหนดการเสริมแรงและลงโทษตนเอง โดยการบันทึกลงในคู่มือการเลิกบุหรี่ของแต่ละคน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและอันตรายของการสูบบุหรี่ และวิธีเลิกสูบบุหรี่ มีทัศนคติเกี่ยวกับการลด/เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการควบคุมตนเองในการลด/เลิกสูบบุหรี่ มากกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลด/เลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นจากระดับไม่ดีก่อนการทดลอง เป็นระดับปานกลาง เมื่อหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($p > .05$) ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลด/เลิกสูบบุหรี่คงเดิมในระดับปานกลางแต่ถดถอยเป็นระดับไม่ดีในระยะติดตามผล

ปิยมาศ สวนกุล และคณะ (2553) ศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่าย วิกาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการ เลิกสูบบุหรี่ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 78 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมส่งเสริม การเลิกบุหรี่ประกอบไปด้วย การเรียนรู้สู่กระบวนการกลุ่ม การใช้ตัวแบบ การระดมความคิด การ อภิปรายปัญหา การกำหนดวิธีการปฏิบัติตัว การกระตุ้นติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่และการการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ระยะทดลอง 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ ทหารเกณฑ์กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายของการสูบบุหรี่ การรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและมีการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนที่สูบต่อวันน้อยลงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิไลพร สว่าง และ วราภรณ์ ทรัพย์วิระปรกรณ์ (2554) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบ บุหรี่ของนักเรียนจำทหารเรือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นักเรียนจำทหารเรือที่ สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำมีระดับการติดยาโคตินเล็กน้อยนำมาสูมอย่างง่ายโดยการจับสลากจำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ใช้แนวความคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะคือ ระยะ ก่อนทดลอง (4 สัปดาห์) ระยะการทดลอง (5 สัปดาห์) และระยะหลังทดลอง (4 สัปดาห์) ผล การศึกษาพบว่านักเรียนจำทหารเรือกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ใน ระยะการทดลองและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

นที หลีกชั่ว และ ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ (2561) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ ในด้านอัตราการเลิกบุหรี่, จำนวนบุหรี่ที่สูบ ลดลง รวมถึงสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ โดยคัดเลือกทหารกองประจำการที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยที่กลุ่มทดลองจำนวน 85 คนได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของการ สูบบุหรี่และประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ ตลอดจนวางแผนการเลิกบุหรี่ ติดตามให้คำปรึกษา แนะนำ จำนวน 3 ครั้ง กลุ่มควบคุม จำนวน 88 คนได้รับความรู้เฉพาะครั้งแรก ประเมินผลจาก รายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและยืนยันด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ที่ระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีอัตรา เลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวนบุหรี่ที่สูบ

ต่อวันลดลง ปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่มากที่สุด คือสูบบุหรี่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด และปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือ การเห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่

ปรีดี บัญญัติรัชต, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, ดุสิต จันทยานนท์ และ พิชัย แสงชาญชัย (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์โปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ใช้ในคลินิกเลิกบุหรี่ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการบำบัดทหารกองประจำการให้เลิกบุหรี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการ ใช้วิธีสุ่มแบบกลุ่ม ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 51 คนจะได้รับโปรแกรมประยุกต์ ใช้แนวความคิดการบำบัดอย่างย่อ แนวทาง การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม และกลุ่มควบคุม จำนวน 53 คนได้รับคำแนะนำเลิกบุหรี่แบบปกติ ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์เก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองและติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 โดยวัดคะแนนการติดยาโคติน และคะแนนบันไดของความพร้อมในการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independence t-test ผลการศึกษา พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 25.6 (10 จาก 39 คน) และ ร้อยละ 7.5 (3 จาก 40 คน) ตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนการติดยาโคตินลดลง และมีคะแนนบันไดความพร้อมในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Ergul และ Temel (2009) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการของ Transtheoretical Model of change ในนักเรียนทหารประเทศตุรกี จำนวน 36 คน โดยออกแบบงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลประเมินผล 6 เดือน โปรแกรมที่จัดขึ้นประกอบไปด้วย การสัมภาษณ์ การสอน การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างกำลังใจ โดยจะมีกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที การพบกันแต่ละครั้งใช้สื่อในการสอนได้แก่ โปสเตอร์ โบรชัวร์ รูปภาพต่างๆ ในแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ เรื่องของบุหรี่ อาการที่จะเกิดขึ้นเมื่อเลิกบุหรี่และการจัดการกับอาการดังกล่าว การสร้างกำลังใจในการเลิกบุหรี่ ประโยชน์ที่จะได้เมื่อเลิกบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมดังกล่าวที่จัดขึ้นทำให้ปริมาณการสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีปริมาณลดลง และมีผู้ที่ตั้งใจที่เลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Green et al. (2008) ศึกษาอิทธิพลของการสูบบุหรี่ในทหารที่อายุน้อย โดยศึกษาในทหารที่มีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 25 ปีใน U.S. Air Force จำนวน 2,962 คน เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง เพื่ออธิบายอิทธิพลของการสูบบุหรี่จากบุคคลใกล้ตัว สภาพสังคม เพื่อนร่วมห้อง ครุฝึก การศึกษาพบว่า สิ่งเหล่านี้มีผลในการทำนายการสูบบุหรี่ของทหารที่ไม่เคยสูบบุหรี่ได้ ในขณะที่เดียวกันการช่วยให้เลิกบุหรี่จะเพิ่มขึ้นหากมีทหารที่เป็นตัวอย่างที่ดี พฤติกรรมของบุคคลใกล้ตัว เพื่อนร่วมห้อง และการรับรู้เกี่ยวกับพิษภัย และบริบทของสังคม ดังนั้นหากจะป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มทหารที่อายุน้อยควรมีการให้ความรู้รวมทั้งมีมาตรการการสูบบุหรี่ของทหารที่เข้มงวดมากขึ้น

Little et al. (2016) เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในทหารเพื่อการลดการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินในกลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินและกลุ่มที่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Theory of Planned Behaviors กลุ่มตัวอย่าง US Air Force 1055 คนทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มคือเป็นกลุ่มที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินและกลุ่มที่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ โดยจะได้รับความรู้เป็นกลุ่ม และได้รับคำปรึกษาแบบกระชับเป็นเวลา 40 นาที วัดผลหลังจาก 11 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้โทษของบุหรี่และผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินมากขึ้น ความตั้งใจในการใช้ผลิตภัณฑ์จากนิโคตินของทั้ง 2 กลุ่มลดลง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในทหาร พบว่าเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ การวิจัยในทหารส่วนใหญ่จัดกระทำในกลุ่มทหารเกณฑ์และนักเรียนจำทหารเรือซึ่งเป็นลักษณะของการจัดโปรแกรมเป็นการให้ข้อมูล การทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เลิกบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจ การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการประเมินติดตามผลการเลิกบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกบุหรี่ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ

รชานนท์ งามใจรัก (2553) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียนชั้น ม.2 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้มาจากการสุ่ม จำนวนทั้งหมด 94 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 47 คนกลุ่มควบคุม 47 คน ดำเนินการ 10 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย การบรรยาย นำเสนอตัวแบบ ชักชวน บทความ ประมวลคำขวัญ อภิปรายกลุ่ม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ การกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่สูงกว่าการทดลอง ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันตนเองจากบุหรี่ และการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง ครูและเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรรณนิภา หงษ์อินทร์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ใน ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยใช้สื่อ แผ่นพับ ในการนำเสนอผลเสียจากการสูบบุหรี่ วัดการเลิกสูบบุหรี่หลังจากเข้าร่วมงานวิจัย 8 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในกลุ่มทดลองเลิก บุหรี่ในระยะสั้นได้ 10 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้เพียง 1 คน อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อน ประเมินในผู้ป่วยกลุ่ม

ตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ คำแนะนำแบบกระชับ เพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วาริศา แยมศรี (2556) ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ วัดผลหลังจากเข้าร่วมวิจัยในวันที่ 60 ผลการศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้และตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงพบว่าการสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ช่วยจัดความลังเลใจในผู้รับบริการ ช่วยให้เห็นข้อดีข้อเสีย และตัดสินใจในการเลิกบุหรี่ได้

จำไพ นอกตาจัน (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้วจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบไปด้วย การส่งเสริมความรู้เรื่องและส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของความดันโลหิตสูง กิจกรรมส่งเสริมความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองและความสามารถในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$

Marshall et al. (2016) ศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปอด โดยวิธีให้คำปรึกษาแบบกระชับ กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูบบุหรี่จำนวน 55 คน คัดเลือกจากความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 27 คนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกระชับ แผ่นพับให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลอง 28 คน ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเข้มงวดมีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลผลการตรวจ แนะนำการเลิกสูบบุหรี่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แจก MP3 และแผ่นพับเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ จากนั้นวัดผลการเลิกบุหรี่ที่ 1 ปี ผลการศึกษา พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 คนในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ และ 5 คนในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

Muhammad et al. (2015) ศึกษาประสิทธิภาพของการวัดอายุของปอดโดยใช้ spirometry มาใช้ร่วมกับการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Protection Motivation เป็นการทดลองสองกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 54 คน การทดลองเป็นแบบ

pilot RCT กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มควบคุมได้รับเพียงคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่อย่างเดียว กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการทดสอบอายุของปอดโดยใช้ spirometry และให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับปอดเพื่อกระตุ้นให้เกิดความความรู้สึกลบเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่และความสัมพันธ์ระหว่างบุหรืกับภาวะสุขภาพซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความแรงจูงใจในการเลิกบุหรื ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินปริมาณการเลิกบุหรื, การหยุดสูบบุหรื, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ภาวะพึงพานิโคติน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรประเทศสิงคโปร์ โดยวัดผลภายหลังการได้รับโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับอายุของปอดสร้างกำลังใจในการเลิกบุหรื

Wakefield et al., (2004) ศึกษาการนำ Motivational Interviewing มาใช้เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเลิกสูบบุหรื เป็นการศึกษาแบบ experimental design กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้ระบุตำแหน่งที่เป็น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 63 คน กลุ่มทดลอง 74 คน ผลการทดลองพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่าง ในเรื่องของผลลัพธ์ของอัตราการเลิกสูบบุหรื แต่พบว่าในกลุ่มทดลองมีรายงานของการพยายามเลิกสูบบุหรื แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความพยายามในการเลิกบุหรืสัมพันธ์กับบริเวณที่เป็นมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถช่วยให้กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาเกิดการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรค ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย หรือกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาใช้ในการช่วยเลิกบุหรืในข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืและเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้เห็นถึงอันตรายของการสูบบุหรื สร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติและสร้างความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรืโดยการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรื ร่วมกับการนำตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่ประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบบุหรืมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการรับรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนเลิกสูบบุหรืได้ในที่สุด

6. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อช่วยเลิกบุหรืในข้าราชการทหารอากาศ

การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้กับข้าราชการทหารอากาศที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรื โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค นำเสนอพิษภัยจากการสูบบุหรื แสดงภาพตัวอย่างความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรืและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรื และปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก เป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้

ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ โดยชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่ การให้ความรู้วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษาให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวกในการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมแก้ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สามารถสร้างความ ตระหนักในการรับรู้ความสามารถของตน ในการป้องกันโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ซึ่งจะนำไปสู่ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และตัดสินใจเลิกบุหรี่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง หากยังคงสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่จะส่งผลสุขภาพ ว่าหากมีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ที่มากแลแดงให้เห็นว่าร่างกายได้รับสารพิษที่เป็นชนิดเดียวกับสารพิษที่เกิดจากท่อไอเสียรถยนต์ ซึ่งส่งผลต่อการลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เชื่อมโยงอันตรายจากการสูบบุหรี่กับผลการตรวจสุขภาพประจำปี พุดคุยรวมทั้งประเมินประสบการณ์ การเลิกบุหรี่ สิ่งที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่และวางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกัน แจกปฏิทินช่วยเลิกสูบบุหรี่แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ และสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ โดยการวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกเปรียบเทียบกับครั้งแรก ผู้วิจัยอธิบายการเปลี่ยนแปลงค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้เห็นว่าค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกหากลดลงจะส่งผลดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์สร้างความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ พบกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มโดยใช้ตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และเป็นที่รู้จัก มาพุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ วางแผนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ และจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดในช่วงเลิกสูบบุหรี่ ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล วัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก สอบถามอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยร่วมวางแผนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังเลิกไม่ได้และให้กำลังใจเพื่อเลิกบุหรี่ และในผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ต่อไป

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Maddux & Rogers, 1983)

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived vulnerability)

- สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของการสูบบุหรี่สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

- วัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ให้ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ เชื่อมโยงเพื่อเพิ่มการรับรู้ต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพ ชี้ให้เห็นภาวะเสี่ยง และภาวะคุกคามทางสุขภาพ

2. ประเมินการเผชิญปัญหา การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (response efficacy) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)

- กระตุ้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้ตัวแบบ ให้กำลังใจและชักชวนให้เลิกบุหรี่อย่างจริงจัง

- กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการรับรู้และเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ และติดตามทางโทรศัพท์

การเลิกบุหรี่

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มข้าราชการทหารอากาศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม O1

กลุ่มทดลอง X1 O2

โดย X1 หมายถึง โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่

O1 หมายถึง จำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O2 หมายถึง จำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ข้าราชการทหารอากาศชายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อมีประวัติสูบบุหรี่ สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารอากาศชายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรี่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ณ กองทัพอากาศ ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ตรวจสอบจากเวชระเบียน และมีคุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศชาย อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. เป็นผู้สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
3. มีผลการตรวจสุขภาพของปี พ.ศ. 2560 ที่แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≥ 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และ ค่าความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท
4. ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารนิโคตินทดแทนเพื่อเลิกบุหรี่
5. ไม่เข้าร่วมหรืออยู่ในโครงการวิจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ขณะเข้าร่วมโปรแกรมกับ

ผู้วิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเวลาที่กำหนดหรือไม่สามารถติดต่อได้ ในงานวิจัยนี้มีการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง 2 คนในกลุ่มทดลองเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด จึงหาผู้เข้าร่วมวิจัยใหม่จนครบ 30 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of analysis) = .80 ค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง = .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ (α) = .05 เปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน (Burn & Grove, 2009) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% (subject dropout 10%)(รัตนศิริ ทาโต, 2552) จะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีในเดือนเกิดของตนเอง ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้เข้าร่วมและพูดคุยกับผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดให้ 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง เริ่มโปรแกรมในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 คนแล้วจึงเริ่มโปรแกรมในกลุ่มทดลอง จับคู่กลุ่มตัวอย่าง ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน(รัตนศิริ ทาโต, 2552) คือ มีอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และ จับคู่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันไม่เกิน 10 มวน (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2554)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Fagerstrom (1993) แบบทดสอบประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม มีคะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือ ต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินน้อย 4-6 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินมาก.

แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการสอบถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ เป็นมาตรวัดแบบ ประเมินค่า Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	=	4 คะแนน
เห็นด้วยมาก	=	3 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	=	2 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	=	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	0 คะแนน

2.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ใช้เพื่อประเมินความมั่นใจของตนเองในการเลิกบุหรี่เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆที่อาจทำให้อยากสูบบุหรี่ เป็นมาตรวัดแบบ ประเมินค่า Rating scale 5 ระดับ มีทั้งหมด 16 ข้อ รวมคะแนนทั้งสิ้น 24 คะแนน (วิษุตา มากมาย, 2560) หากมีคะแนนสูง หมายถึงมีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่สูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึงมีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ต่ำ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ

มั่นใจมากที่สุด	=	4 คะแนน
มั่นใจมาก	=	3 คะแนน
มั่นใจปานกลาง	=	2 คะแนน
มั่นใจเล็กน้อย	=	1 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	=	0 คะแนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Maddux & Rogers (1983) และคู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 (อารยา ทองผิว และคณะ, 2559) รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม ตำรา วารสารเกี่ยวกับ การเลิกบุหรี่ทั้ง ในและต่างประเทศ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีการจูงใจป้องกันโรคของ Rogers & Maddux (1983) แนวปฏิบัติเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ฉบับปรับปรุง ปีค.ศ. 2008 (Clinical Practice Guideline Treating Tobacco, Dependence Update Panel, & Staff, 2008) และตามคู่มือเวชปฏิบัติ

สำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 (อารยา ทองผิว และคณะ 2559)

2. สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดสาระที่สำคัญ และ โครงสร้างของโปรแกรม โดยวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับ กลุ่มเป้าหมาย

3. กำหนดขั้นตอนแผนการดำเนินโปรแกรมทฤษฎีการจูงใจป้องกันโรค ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ การนำเสนอผลของการตรวจสุขภาพเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ วัตถุประสงค์นอกไซต์ในลมหายใจออก สร้างแรงจูงใจ จัดกลุ่มให้พบกับตัวแบบที่เป็นข้าราชการทหารอากาศที่สามารถเลิกบุหรี่ได้กลุ่มละ 10 คนเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น มั่นใจและสามารถที่จะเลิกบุหรี่ได้

4. จัดทำปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำกลับไปศึกษาใช้ประโยชน์ ไม่ว่าจะไปที่ทำงาน หรือที่บ้าน และฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยข้อมูลพิษภัยของบุหรี่ โรคไม่ติดต่อ ผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ การจัดการกับตนเองเมื่ออยากสูบบุหรี่ การให้เขียนแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของตนเอง รวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

5. จัดทำ power point นำเสนอ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ กลไกการติดบุหรี่ อาการอยากบุหรี่ การจัดการอาการถอนนิโคติน วิธีการเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่เน้นเป็นรูปภาพ คลิปวิดีโอสั้นๆ ที่จะช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

6. จัดทำแผนกิจกรรมการสอน เพื่อให้คำปรึกษาแบบเข้มในการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำราและ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผลกระทบของบุหรี่ต่อร่างกาย กลไกการติดบุหรี่ อาการอยากบุหรี่ แนวทางการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่

ในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ 3 ครั้ง ครั้ง 20-30 นาที รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงหากยังคงสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย พูดคุยประเมินประสบการณ์การเลิกบุหรี่สิ่งที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกที่วัดได้ซึ่งเป็นก๊าซที่พบในท่อไอเสียจากรถยนต์และขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้อวัยวะต่างๆขาดออกซิเจนไปเลี้ยงส่งผลให้เกิดอาการเวียนศีรษะ เชื่อมโยงเข้ากับผลการตรวจสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้ให้เห็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ผ่านสื่อ power point ที่เตรียมมา ได้แก่ คลิปวิดีโอ รูปภาพ เป็นต้น ผู้วิจัย

แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่และ วางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกัน แจกปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถอ่านและนำไปปฏิบัติได้ ทำการนัดหมายเพื่อพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ และสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์สร้างความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และเป็นที่รู้จัก มาพูดคุยเพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นลักษณะของการพบเป็นกลุ่ม โดยนัดกลุ่มตัวอย่างมาวันละ 10 คน เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ใช้เวลา 15-20 นาที จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยประเมินปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกเปรียบเทียบกับครั้งแรก ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างวางแผนการเลิกบุหรี่ การจัดการอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจผู้ที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ และกล่าวชื่นชมผู้ที่เลิกบุหรี่ได้

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล วัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก รวมถึงให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ สอบถามถึงอุปสรรคและการรับมือกับอาการถอนนิโคติน ผู้วิจัยชื่นชมผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ และให้กำลังใจในผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ถัดไปเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่

ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยจะแจกบัตรประจำตัวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งแจ้งหมายเลขประจำตัวของแต่ละคน แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าจะมีการโทรติดตามทางโทรศัพท์และขอให้เก็บบัตรประจำตัวและจดจำหมายเลขประจำตัวของตนไว้เพื่อเป็นการตรวจสอบกับปลายสายว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ แบบประเมินการเผชิญปัญหาเมื่อเลิกบุหรี่ และแบบประเมินการเลิกบุหรี่ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้แก่

1.1 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 3 คน

1.2 พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ 3 คน

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2008) ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปได้ดังนี้

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกบุหรี CVI = .833

แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน CVI = .85

แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี CVI = .85

แบบวัดความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี CVI = .94

ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ มีการปรับเปลี่ยนข้อความที่ใช้ในข้อคำถามให้เข้าใจง่าย และในปฏิทินช่วยเลิกบุหรีขอให้ดูเรื่องรูปการ์ตูนหรือรูปถ่ายที่อาจมีลิขสิทธิ์ ผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง

แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรีที่ใช้พัฒนาจาก แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรีของพรณิภา หงษ์อินทร์(2560) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรีจำนวน 8 ข้อได้นำข้อคำถามไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตัดข้อคำถามที่ไม่จำเป็นออก เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินการเลิกบุหรีในระยะเวลา 4 เดือนและ 6 เดือน และเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนมวนบุหรีที่สูบบกับการใช้บุหรีอิเล็กทรอนิกส์ รวมเป็น 7 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ความความรุนแรงในการสูบบุหรีและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี และโปรแกรมการเลิกบุหรี ไปทดลองใช้กับข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุหรีซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่า ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี = .829

แบบวัดความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี =.951

แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน =.81

การดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

- เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการเสริมวิทย์ฐานะวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร หลักสูตรการให้คำปรึกษาโรคเสพยาสูบ (Tobacco Cessation Provider) จาก เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่จัดขึ้นในวันที่ 25-27 มกราคม 2560 เพื่อผู้วิจัยให้มีความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี

- ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 174.1/60 วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2560 และ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่โครงการวิจัย 21/61 ลงวันที่ 12 มกราคม 2561

-ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อที่กรมแพทยทหารอากาศ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ป้องกัน และหัวหน้าแผนกอนามัย ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ อธิบายขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัย และขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ อธิบายขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ขณะดำเนินการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เกิดการผิดปกติใดๆ

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2561 ถึง เดือนสิงหาคม 2561 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน ผู้วิจัยแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เริ่มดำเนินการทดลอง โดยนัดพบที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ เมื่อครบ 2 เดือนผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ถัดไปเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งวัดค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจเพื่อเป็นการยืนยันการเลิกบุหรี่ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนทั้งหมด 30 คน โดยให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยแนะนำการเลิกบุหรี่แบบกระชับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่แนะนำให้ลงมือเลิกสูบบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 แล้วจึงนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (ครบ 8 สัปดาห์) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สอบถามการเลิกสูบบุหรี่ อุปสรรคระหว่าง การเลิกบุหรี่ และตอบข้อซักถาม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลอง

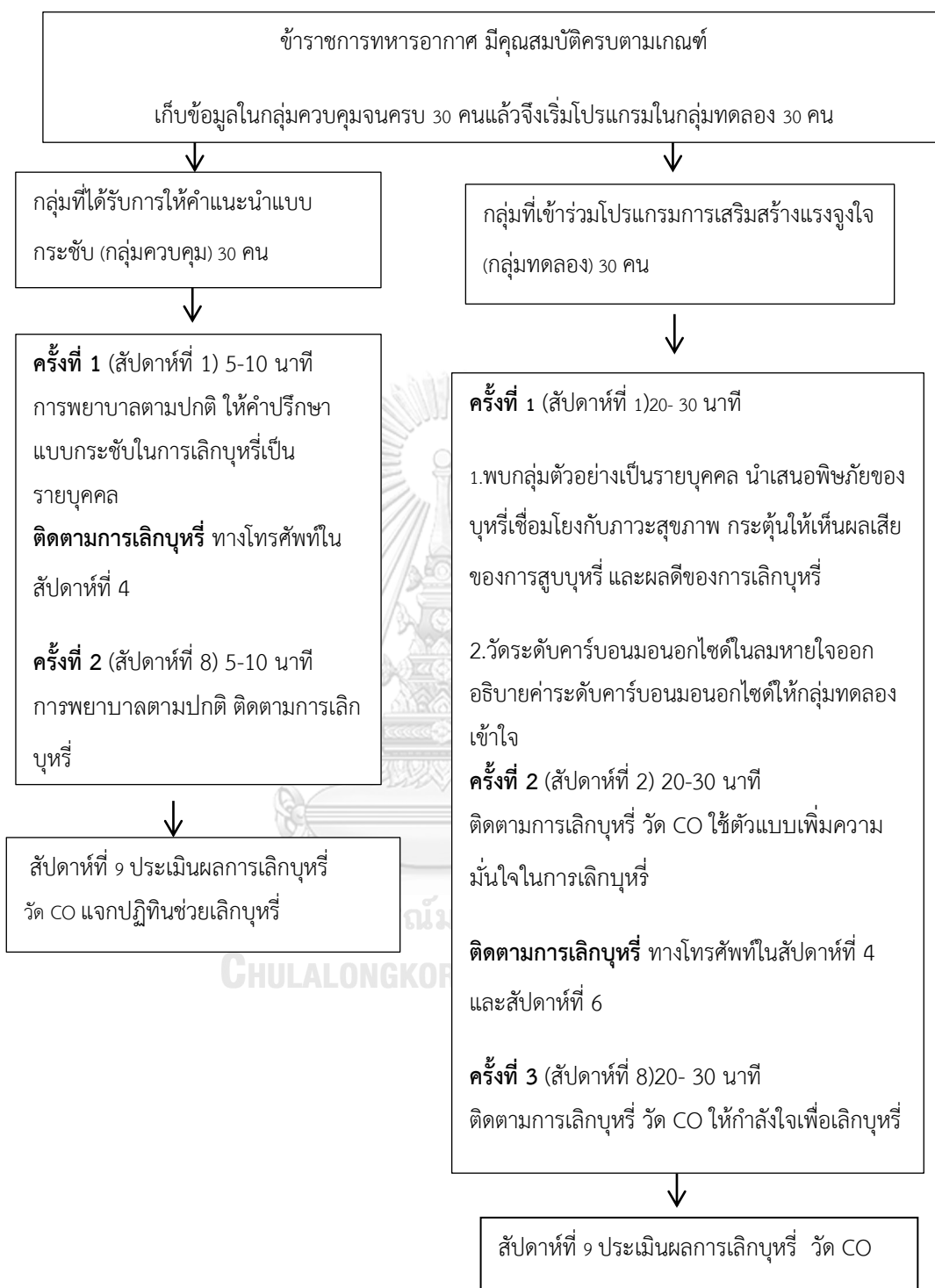
ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพหากยังคงสูบบุหรี่ โดยนำผลการตรวจสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่างมาอธิบาย และเสนอให้เห็นภาพอย่างชัดเจนผ่าน power point หลังจากนั้นผู้วิจัย วัด ปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer อธิบายและให้ความรู้ เกี่ยวกับระดับของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ ติดต่อ รวมถึงประเมินประสบการณ์การเลิกบุหรี่ ประเมินกลไก สิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ผู้วิจัยช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างในวางแผนเลิกบุหรี่ พูดคุยวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจก ปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งนัดหมายการพบกันกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) สร้างความคาดหวังจากผลที่ได้รับเมื่อเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และสร้างความมั่นใจที่จะเลิกบุหรี่ โดยการวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกเปรียบเทียบกับครั้งแรก ผู้วิจัยอธิบายการเปลี่ยนแปลงค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก เน้นย้ำให้เห็นว่าหากค่า คาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกลดลงจะส่งผลดีต่อสุขภาพ ผู้วิจัยกระตุ้นสร้างความเชื่อมั่นใน การเลิกบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อเพิ่ม ระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นใน ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ วางแผนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่าง การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดในช่วงเลิกสูบบุหรี่ ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล วัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ ในลมหายใจออก ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ สอบถามถึงอุปสรรคและการรับมือกับอาการถอน นิโคติน ให้กำลังใจในผู้ที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ และกล่าวชื่นชมผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ นัดพบกลุ่มตัวอย่าง อีกครั้งในสัปดาห์ถัดไปเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติใช้การทดสอบ Z - test ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบสัดส่วนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ กับกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Z- test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

การกำกับการทดลอง

การสร้างแรงจูงใจในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ที่กำกับการทดลอง และได้เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง

	การรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค						
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนทดลอง	40.00	5.80	38.36	7.66	58	.930	.356
หลังทดลอง	41.53	7.75	42.08	6.77	58	-.266	.791

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 38.36 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 40.00 แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 42.08 ในขณะที่กลุ่มควบคุมหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 41.53 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม มาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่							
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
ก่อนทดลอง	34.36	11.61	26.90	17.00	58	1.98	.052	
หลังทดลอง	31.93	10.24	33.33	19.31	58	-.35	.727	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 34.36 ในขณะที่กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 26.90 แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างจิตใจในการป้องกันโรค ทำให้ค่าเฉลี่ยของ คะแนนความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 33.33 ในขณะที่ กลุ่มควบคุมหลังจากได้รับคำแนะนำแบบกระชับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เท่ากับ 31.93

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มข้าราชการทหารอากาศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ข้าราชการทหารอากาศจำนวน 60 คน ที่สูบบุหรี่ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ในเดือนเกิดของตน ที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ ผลการวิเคราะห์นำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นยศ สังกัด โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ ผลการตรวจสุขภาพ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนวันที่สูบบุหรี่ต่อวัน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นยศ และเงินเดือน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
21-30	12	40.00	5	6.67
31-40	10	33.33	10	33.33
41-50	3	10.00	10	33.33
51-59	5	16.67	5	16.67
	$\bar{X} = 38.27$	$SD = 10.59$		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ชั้นยศ และเงินเดือน (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	13	43.30	8	26.70
คู่	16	53.30	19	63.30
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	1	3.33	3	10.00
ระดับการศึกษา				
มัธยม	9	30.00	13	43.30
ปวช/ปวส	8	26.70	9	30.00
ปริญญาตรี	12	40.00	5	16.70
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	3	10.00
ชั้นยศ				
ประทวน	24	80.00	24	80.00
สัญญาบัตร	6	20.00	6	20.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
10,000 -14,999	11	36.70	11	36.70
15,000 – 19,999	8	26.60	5	16.60
20,000 ขึ้นไป	11	36.70	14	46.70

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นลักษณะทางประชากร จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นยศ และเงินเดือน ของ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า ในกลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40) อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ในขณะที่กลุ่มทดลองมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 31-40 (ร้อยละ 33.33) และ ช่วงอายุ 41-50 (ร้อยละ 33.33) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย 38.27 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.3) มีสถานภาพคู่ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา กลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ในขณะที่กลุ่มทดลองจำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) มีการศึกษาระดับมัธยม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของชั้นยศระดับประทวน และชั้นสัญญาบัตร เท่ากัน (ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 20) กลุ่มควบคุมที่มีรายได้ 10,000-14,999 บาท มีจำนวนเท่ากับกลุ่มควบคุมที่มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 36.7) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.7) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000 บาท ขึ้นไป

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว ผลการตรวจสุขภาพ ประจำปี ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มี	26	86.70	20	66.70
มี	4	13.30	10	33.30
ความดันโลหิต				
ปกติ	15	50.00	9	30.00
สูงกว่าระดับปกติ	5	16.70	3	10.00
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	10	33.30	12	40.00
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	0	0.00	4	13.30
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	0	0.00	2	6.70

จากตารางแสดงให้เห็นถึงโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.70) ผู้ที่มีโรคประจำตัวของกลุ่มควบคุมประกอบไปด้วย โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 10.00) และโรคเก๊าท์ (ร้อยละ 3.30) ขณะที่กลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 16.70) ไชมันในเลือดสูง (ร้อยละ 10.00) โลหิตจาง (ร้อยละ 3.30) และ หอบหืด (ร้อยละ 3.30) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวนี้มีมารับประทานเพื่อควบคุมอาการของโรค การแบ่งระดับของความดันโลหิต ใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 มีรายละเอียดดังนี้

ความดันโลหิตปกติ	= 120-129/80-84	mmHg
สูงกว่าระดับปกติ	=130-139/85-89	mmHg
ความดันโลหิตสูงระดับ 1	=140-159/90-99	mmHg
ความดันโลหิตสูงระดับ 2	=160-17 9/100-109	mmHg
ความดันโลหิตสูงระดับ 3	=≥180/≥110	mmHg

ผลการตรวจวัดระดับความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 40) พบระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) คือมีความดันโลหิตสูงกว่าระดับปกติ (SBP = 130-139 mmHg , DBP = 85-89) ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 33.30 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว ผลการตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด				
ไม่ได้ตรวจ	19	63.30	5	16.70
ปกติ (70-99mg%)	7	23.30	20	66.70
มีความเสี่ยง(>100mg%)	4	13.30	5	16.70
ดัชนีมวลกาย				
ผอม	2	6.70	0	0.00
ปกติ	5	16.70	8	26.70
น้ำหนักเกิน	1	3.33	7	23.33
อ้วนระดับ1	4	13.33	4	13.33
อ้วนระดับ 2	18	60.00	11	36.67

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองประมาณสองในสาม มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คืออยู่ในช่วง 70-99 mg% (สำนักโภชนาการ, 2556) มากที่สุด (ร้อยละ 66.70) ทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดที่มีความเสี่ยงร้อยละ 15.00 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งค่าดัชนีมวลกายของ สำนักโภชนาการ (สำนักโภชนาการ, 2561) ดังนี้คือ

ดัชนีมวลกาย	ผอม	= < 18.5
	ปกติ	= 18.5-22.9
	น้ำหนักเกิน	= 23-24.9
	อ้วนระดับ1	= 25-29.9
	อ้วนระดับ 2	= ≥30

ผลการประเมินดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 มีน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23) และดัชนีมวลกายในระดับผอม ร้อยละ 3.30

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ประวัติการเลิกบุหรี่ และ ระดับการเสพติดนิโคติน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่				
1-10 ปี	19	63.30	8	26.70
11-20 ปี	7	23.30	12	40.00
21 ปีขึ้นไป	4	13.30	10	33.30
จำนวนมวนที่สูบต่อวัน				
1-10 มวน	22	73.30	17	56.70
11-20 มวน	7	23.30	12	40.00
21 มวนขึ้นไป	1	3.33	1	3.33
	$\bar{X} = 11.70$		SD 6.88	
ประวัติการเลิกสูบบุหรี่				
ไม่เคยเลิก	5	16.70	9	30.00
เลิก 1 ครั้ง	7	23.30	6	20.00
เลิก ≥ 2 ครั้ง	18	60.00	15	50.00
จำนวนวันที่เคยเลิกได้				
1-10	8	32.00	6	28.60
21-30	3	12.00	2	9.50
50 วันขึ้นไป	14	56.00	13	61.90
ระดับการเสพติดนิโคติน				
เล็กน้อย	18	60.00	14	46.70
ปานกลาง	11	36.70	9	30.00
มาก	1	3.30	7	23.30
	$\bar{X} = 3.62$		SD = 2.46	

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ข้อมูลการเลิกบุหรี่ และ ระดับการเสพติดนิโคติน (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (25)		กลุ่มทดลอง (21)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่กลับมาสูบ (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)				
เครียด	7	28.00	12	57.14
หงุดหงิด	5	20.00	5	23.81
ดื่มสุรา	6	24.00	8	38.10
เห็นคนอื่นสูบ	12	48.00	5	25.00
คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร	3	12.00	4	19.04
เข้าสังคม	3	12.00	4	19.04
ความเคยชิน	12	48.00	1	4.76

ตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.0) สูบบุหรี่มา เป็นเวลา 1-10 ปี กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.0) สูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน ทั้งสอง กลุ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 11.70 มวน ทั้งสองกลุ่มเคยเลิกบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.00) กลุ่มตัวอย่างที่ เคยเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 50 วันขึ้นไปเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.70) สาเหตุที่ทำให้ทั้งสองกลุ่มกลับมา สูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.00 และ ร้อยละ 57.14) คือความเครียด

ระดับการเสพติดนิโคตินทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับเล็กน้อย คือเกินครึ่งหนึ่งในกลุ่มควบคุม(ร้อยละ 60.00) และเกือบครึ่งในกลุ่มทดลอง(ร้อยละ 46.70) คะแนนเฉลี่ยการเสพติดนิโคตินทั้งสองกลุ่ม เท่ากับ 3.62

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (30)		กลุ่มทดลอง (30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
บุคคลในครอบครัว	21	70.00	14	46.70
เพื่อน	2	6.70	3	10.00
ตนเอง	18	60.00	16	53.30
บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ	2	6.70	2	6.70
แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ปัญหาสุขภาพ	11	36.70	14	46.70
ครอบครัว	20	66.60	13	43.30
สังคมไม่ยอมรับ	4	13.30	4	13.30
ราคาแพง	8	26.70	7	23.30
รุนแรงถึงชีวิต	3	10.00	2	6.70
รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี	15	50.00	8	26.70

จากตารางที่ 8 พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม เกินครึ่งหนึ่ง มีบุคคลในครอบครัวเป็นแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 58.30) รองลงมาคือ ตนเอง (ร้อยละ 56.70) สอดคล้องกับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มที่พบว่าเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.00) คือครอบครัว รองลงมาคือปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 41.70)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ของข้าราชการทหารอากาศระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	เลิกได้		เลิกไม่ได้		Z-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มควบคุม	1	3.33	29	96.67	4.043	.044
กลุ่มทดลอง	6	20.00	24	80.00		

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าจำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกสูบบุหรี่ จากการสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ในเวลาที่กำหนดคือ การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (7-point prevalence abstinence) หลังจากได้รับโปรแกรม 2 เดือน และตรวจสอบการเลิกบุหรี่โดยวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง smokerlyzer หากมีค่าน้อยกว่า 8 ส่วนในล้านส่วน แสดงว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้เลิกบุหรี่ได้ 6 คน มากกว่ากลุ่มควบคุมที่สามารถเลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ z-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .044

อนึ่งในการประเมินระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ตอบว่าเลิกบุหรี่ได้ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่ามีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกน้อยกว่า 8 ส่วนในล้านส่วนทุกคน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบ จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้ และเลิก บุหรี่ไม่ได้ จำแนกตามอายุ

อายุ	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เลิกได้		เลิกไม่ได้		เลิกได้		เลิกไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
21-40 ปี	0	0.00	24	80.00	4	13.33	8	26.67
41-59 ปี	1	3.33	5	16.67	2	6.67	16	53.33

ตารางที่ 8 พบว่า ในกลุ่มอายุ 21-40 ปี กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) และในกลุ่มอายุ 41-59 ปี มีผู้เลิกบุหรี่ได้จำนวน 3 คน อยู่ในกลุ่มควบคุม 1 คน (ร้อยละ 3.33) และกลุ่มทดลอง 2 คน (ร้อยละ 6.67)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้ และเลิก บุหรี่ไม่ได้ จำแนกตามจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จำนวนมวน บุหรี่ที่สูบต่อวัน	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เลิกได้		เลิกไม่ได้		เลิกได้		เลิกไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1-10	0	0.00	22	73.34	4	13.33	13	43.33
11-20	1	3.33	6	20.00	2	6.67	10	33.33
21 มวนขึ้นไป	0	0.00	1	3.33	0	0.00	1	3.33

ตารางที่ 9 พบว่า เมื่อจำแนกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสอง กลุ่มพบว่า ในกลุ่มทดลองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ต่อวันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1-10 มวน และผู้ที่สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวันของทั้งสองกลุ่มสามารถ เลิกบุหรี่ได้จำนวน 3 คนจำแนกเป็น กลุ่มควบคุม 1 คน (ร้อยละ 3.33) และกลุ่มทดลอง 2 คน (ร้อยละ 6.67)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ก่อนทดลอง	10.53	7.46	12.87	6.16
หลังทดลอง	8.83	6.13	7.23	5.90
ผลต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)	1.70	4.40	5.64	6.33

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเท่ากับ 10.53 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.87 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลงทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มควบคุมลดเหลือ 8.83 กลุ่มทดลองลดเหลือ 7.23 ผลต่างจำนวนมวนที่สูบต่อวันในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.70 และในกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.64

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ผลต่างจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบ	Mean Rank	Sum of Rank	Mann- whitney U	z	p- value
กลุ่มควบคุม	1.70	23.98	719.50	254.50	-2.961	.003
กลุ่มทดลอง	5.64	37.02	1110.50			

จากตารางที่ 11 แสดงผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ค่าผลต่างเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.70 มวน ค่าผลต่างเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.64 มวน และเมื่อทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของทั้งสองกลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้สถิติ Mann-whitney U test ค่าเฉลี่ยอันดับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 23.98 และในกลุ่มทดลองเท่ากับ 37.02

สรุปได้ว่าผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมากกว่าควบคุมและผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .003

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ในข้าราชการทหารอากาศ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มควบคุม ได้แก่ ข้าราชการทหารอากาศที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ข้าราชการทหารอากาศที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุหรี่และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรการวิจัย คือ ข้าราชการทหารอากาศเพศชาย อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มีประวัติสูบบุหรี่ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารอากาศชายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรี่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ณ กองทัพอากาศ ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ตรวจสอบจากเวชระเบียน และมีคุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศชาย อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
3. มีผลการตรวจสุขภาพของปีที่ผ่านมาที่แสดงถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ≥ 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และ ค่าความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท
4. ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารนิโคตินทดแทนเพื่อเลิกบุหรี่
5. ไม่เข้าร่วมหรืออยู่ในโครงการวิจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ขณะเข้าร่วมโปรแกรมกับผู้วิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่ม ตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเวลาที่กำหนดหรือไม่สามารถติดต่อได้ ในงานวิจัยนี้มีการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง 2 คนในกลุ่ม

ทดลองเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด จึงหาผู้เข้าร่วมวิจัยใหม่จนครบ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นยศ สังกัด จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ แบบวัดระดับการติดยาโคติน แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี่

2.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อบรมหลักสูตรผู้ให้การรักษาโรคเสพยาสูบ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม สหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบข้าราชการทหารอากาศที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ ตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตาม แนวทางที่วางแผน โดยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบกระซิบเพื่อเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมให้ครบทั้ง 30 คนก่อน จึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกบุหรี่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติ Z- test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ดังนี้

1. สัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศกลุ่มที่ได้รับโดยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Z- test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้สถิติ Z- test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยมีดังนี้

ผลการวิจัยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นการให้คำแนะนำเพื่อการเลิกบุหรี่แบบกระชับ พบว่าจำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อการเลิกบุหรี่ มีมากกว่ากลุ่มที่การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .044 โดยข้าราชการทหารอากาศที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อการเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 คน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเลิกบุหรี่ได้ 1 คน การได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อการเลิกบุหรี่ทำให้กลุ่มทดลองมีจำนวนข้าราชการทหารอากาศที่เลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่รายบุคคลกับกลุ่มทดลอง มีการนัดพบ 3 ครั้ง มีการพูดคุย วางแผน

กระตุ้นให้ข้าราชการทหารอากาศเห็นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ ใช้สื่อต่างๆ เพื่อให้ข้าราชการทหารอากาศเห็นภาพได้ชัดเจน ได้แก่ ปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ สื่อการสอน คลิปวิดีโอสั้นๆ นำเสนอเกี่ยวกับพิษภัยและผลที่ตามมาหากยังสูบบุหรี่ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงอันตรายและพิษภัยบุหรี่ รวมถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งที่ติดต่อ รวมทั้งมีตัวแบบคือ ข้าราชการทหารอากาศที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจ มีการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การส่งเสริมความรู้และการสร้างแรงจูงใจจะช่วยขจัดความลังเลใจ มีเป้าหมายที่ชัดเจน และเลิกบุหรี่ได้ (Talcott et al., 2013) นอกจากนี้การใช้ smokerlyzer ในการวัดคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ทำให้กลุ่มทดลองเห็นความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ได้ชัดเจนขึ้น เป็นการกระตุ้นความรู้สึกด้านลบของการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นที หลีกขั่ว และชวนชม ธนาภิธศักดิ์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการกองบิน 5 ประเมินการเลิกสูบบุหรี่เมื่อครบ 1 เดือนและ 3 เดือน ประเมินจากการรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น และมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง

ภายหลังการทดลองพบว่าข้าราชการทหารอากาศในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับความรุนแรงและพิษภัยของบุหรี่ มีการพบตัวแบบที่เป็นข้าราชการทหารที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะมาศ สนวนกุล และคณะ (2553) ที่ทำการศึกษากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของทหาร พบว่าการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ผ่านกระบวนการกลุ่ม การใช้ตัวแบบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง ซึ่งทำให้กลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มทดลองสอดคล้องกับการศึกษาการเลิกบุหรี่ของทหารเกณฑ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของ จีรพรรณ พรหมโอบ (2546) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกบุหรี่

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ค่าเพิ่มขึ้น เกิดจากการได้รับโปรแกรมที่มีการได้รับข้อมูลพิษภัยบุหรี่ การได้รับคำแนะนำและสร้างแรงจูงใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ คือ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งหัวใจและหลอดเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอด และโรคมะเร็งต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง ข้าราชการทหารอากาศที่มีการรับรู้ความสามารถใน

ตนเองสูงจะมี ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่สูง สามารถลดและเลิกบุหรี่ได้มากกว่าข้าราชการทหารอากาศที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ (พรรณี ปานเทวัญ, 2557) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการให้คำแนะนำสั้นๆ เพื่อเลิกบุหรี่ไม่ได้มีการรับรู้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุหรี่ และไม่มีการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ทำให้คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ยาหลังการทดลองไม่เพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างบางคนมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ยาลดลง

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และสามารถเลิกบุหรี่ยาได้สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑานันท์ หุ่นดีและคณะ (2553) ศึกษาโปรแกรมเลิกบุหรี่ยาในทหารชั้นประทวนสังกัดกรมทหารช่าง พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล ที่ให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตนเอง วิเคราะห์สิ่งเร้าแรงจูงใจ และการตั้งเป้าหมาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่สุดของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (พรรณี ปานเทวัญ, 2560)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การที่จำนวนข้าราชการทหารอากาศเลิกสูบบุหรี่ได้ในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมเป็นมาจากการสร้างแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณีภา หงษ์อินทร์ (2558) ที่ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ยาในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสามารถเลิกบุหรี่ยาได้มากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษา ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่สูงกว่าการทดลอง ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันตนเองจากบุหรี่ยา และการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง ครูและเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รชานนท์ ง่วนใจรัก, 2553) นอกจากนี้การให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ยาในข้าราชการทหารอากาศที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เป็นการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ รำไพ นอกตาจัน (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอรัฐประเทษจังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลการ

ตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ในงานวิจัยนี้มีข้าราชการทหารอากาศในกลุ่มควบคุมเพียง 1 คนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และในกลุ่มทดลอง 6 คนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จากการสอบถามพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สามารถเลิกได้เนื่องจากความเครียดจากงาน (นที หลีกชัวร์ และ ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, 2561) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุณนที นवलสุวรรณ (2552) ที่พบว่าการเลิกบุหรี่ในทหารไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีเพื่อนร่วมงานที่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในเขตทหารถือว่าเป็นเรื่องปกติอย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้เกิดจากมีแรงบันดาลใจในการเลิกบุหรี่ คือคนในครอบครัว และตนเอง ดังนั้นหากจะช่วยให้ข้าราชการทหารอากาศสามารถเลิกบุหรี่ได้ อาจจำเป็นต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมาช่วยเหลือให้สามารถประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เสนอแนวทางการพัฒนาการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพ เป็นผู้ที่สามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีโอกาสพูดคุยแนะนำให้เลิกบุหรี่ โดยสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ใช้เครื่องมือวัดที่เป็นรูปธรรมเช่นการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก รวมทั้งใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรรศึกษาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่ โดยติดตามผลการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องในระยะยาว 6 เดือนถึง 1 ปี

2. หากการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ครั้งต่อไปควรใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมาช่วยในการเลิกบุหรี่

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2551). การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์
เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
ธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กรรณา วิชาพล. (2555). ความพึงพอใจของข้าราชการทหารอากาศชั้นสัญญาบัตรและประทวน ต่อการ
ให้บริการทางการแพทย์ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- กุนนที นवलสุวรรณ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกบุหรี่ ได้สำเร็จของทหารราบ,วารสาร
พยาบาลทหารบก. 10(1): 81-90
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 4. นนทบุรี: โครงการ
สถาบันสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- จุฑานันท์ หุ่นดี, นงพิมล นิมิตรานันท์, สุพัฒนา คำสอน และกิริดา ไกรนุวัฒน์ . (2553). ประสิทธิผล
โปรแกรมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารประทวน สังกัดกรมการ
ทหารช่าง. วารสารพยาบาลทหารบก. 11(1): 58-66
- ฉันทชาย สิทธิพันธุ์. (2553). กลไกการเสพติดบุหรี่และโรคติดบุหรี่. ใน สุทัศน์. รุ่งเรืองหิรัญญา
(บรรณาธิการ.), คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่เบื้องต้น (pp. 25-31). กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพ
สุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ฉันทชาย สิทธิพันธุ์. (2553). พิชัยของการบริโภคยาสูบ. In ส. รุ่งเรืองหิรัญญา (Ed.), คู่มือการรักษาโรค
ติดบุหรี่เบื้องต้น (pp. 11-31). กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ซันนัย ดิยะไธธาดา และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทาง
เพศและป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่5. . ศรีนครินทร์
วารสาร, 28(2), 146-154.
- ชายชาญ โปธิรัตน์.(2550).ตำราโรคระบบการหายใจ. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย: ห้างหุ้นส่วน
จำกัดการพิมพ์
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ.(2552). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. พิมพ์ครั้งที่ 2. :หน้า 81-2.

- ณัฏฐิยา คารมย์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายนการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 42(1), 1-11.
- ทัศนวรรณ พลอุทัย, & พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : กรณีศึกษาในตำบลห้วยเกิ้ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. ศรีนครินทร์วารสาร, 28(4), 421-430.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2552). กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่. In ก. วาทีสาธกกิจ (Ed.), การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- นที หลีกชั่ว และ ชวนชม ธนานิธิศักดิ์. (2561) ประสิทธิภาพของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5. ว. เกษศาสตร์อีสาน, 14(1), 21-34
- นวพรรษ เปรมปราศรัย. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองในการลด/ เลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการค่ายภานุรังษี ส่วนที่ 2 จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันท์ธิยาภรณ์ มะละศิลป์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2555). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการนัดตรวจสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสาร พยาบาลตำรวจ. 6(1)30-43.
- ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ และนพวรรณ เปียชื่อ.(2560) บทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายพัฒนายั่งยืน. Rama Nurs J. 23(1) : 27-43.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และ ยุวดี ฤาชา.(2556) สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปิยมาศ สวนกุล, นิรัตน์ อิมามิ, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และ ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื่อ.(2552). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารสุขศึกษา. 32(112): 33-47
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2552). สถานการณ์บุหรี่และพิษภัยบุหรี่. ใน กรองจิตร วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ.), ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2550). Pitfalls การให้บริการ ลด ละ เลิก ยาสูบ. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

(บรรณาธิการ) ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก.(2560).บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.37(2): 154-159.

ปรีดี บัญญัติรัชต, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, ดุสิต จันทยานนท์ และ พิชัย แสงชาญชัย (2560) ประสิทธิภาพของการประยุกต์โปรแกรมเลิกบุหรี่ ในทหารกองประจำการผลัดที่ 1/2559 กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก 2560;70:31-9.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเล่ม 2. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพลส. แผนกประเมินผล กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2559). สถิติการสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่มาตรวจร่างกายประจำปีงบประมาณ 2554-2558.

แผนกส่งเสริมสุขภาพ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ. (2559). สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2558.

แผนยุทธศาสตร์และป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).(2560).กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด

พรรณนิภา สืบสุข.(2554).บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. J Nurs Sci 2011;29(2): 18-26

พรรณนิภา หงส์อินทร์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2560). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วารสารสภาการพยาบาล. 66(2): 11-7.

พรรณณี ปานเทวัญ และ อายุพร ประสิทธิเวชชากร. (2567). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่.วารสารพยาบาลทหารบก.15(1): 36-44

พรรณณี ปานเทวัญ. (2560). ทฤษฎีความสามารถของตนเองกับการเลิกสูบบุหรี่.วารสารพยาบาลทหารบก.18(3): 35-43

พิรุณพร ประเสริฐ. (2559). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งเสริมการออกกำลังการต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกเลิกบุหรี่. วารสารสภาการพยาบาล. 65(1): 39-47

แผนยุทธศาสตร์กองทัพอากาศ พ.ศ. 2551-2562 (ฉบับปรับปรุง 2557).กองทัพอากาศ.

รชานนท์ ง่วนใจรัก. (2552). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2 (1): 45-57

ธมชัย คงสกลธ์. (2550). แนวทางการรักษาผู้ติดยาเสพติดทางจิตเวช. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

- (บรรณาธิการ) ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกุล, & กาญจนา สุริยะพรหม. (2550). ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาล : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา สังข์แก้ว.(2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชาย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา
- รุจิรา หวังมัน, นิรันดร์ สร้อยระย้า, ลือ มีแก้ว และ จันทร์เพ็ง ทิงขุนทด. (2557). การศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด
- รำไพ นอกตาจัน. (2559). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(2), 16-28.
- วาริตา แยมศรี. (2556). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจ. *Journal of Public Health Nursing*, 27(3), 41-56.
- วิชชุดา มากมาย.(2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยังตามรูปแบบของเพนเดอร์ในบิดา-มารดาเด็กป่วยโรคหืด.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- วิไลพร สว่าง, & วราภรณ์ ทรัพย์วิระภรณ์. (2554). การศึกษากลุ่มแบบจัดการตนเองเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายเรื่อ. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, 7(2), 85-99.
- วิรัชศักดิ์ สอาดเอี่ยม, อารี พุ่มประวาทย์ และ ดาราวรรณ ร่องเมือง (2559) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ชายวัยทำงาน อำเภอยายใจ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารบัณฑิตวิจัย. 7(1): 85-100
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2559). รายงานสถานการณ์โรค NCDs "kick off the goals" ฉบับที่ 2. สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นนทบุรี: แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจ. (2550). เกสซ์บำบัดในการเลิกบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมปริมาณการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากร และนักศึกษา

- วิชาชีพด้านสุขภาพ. หน้า 465-492. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ. (2559). สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล. วชิรเวชสาร.54(2): 181-191
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง 2558. (ออนไลน์) แหล่งที่มา <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550).ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมและบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ.กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานา นามเดช, & และ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). พิษภัยยาสูบต่อสุขภาพ. ใน สุปราณี. เสนาดีศัย (บรรณาธิการ.), บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (pp. 109-117). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท เบญจผล จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). รู้หรือเปล่าอะไรอยู่ในบุหรี่. from <http://resource.thaihealth.or.th/>
- สำนักโภชนาการ. (2556). เกณฑ์มาตรฐานอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด
- สำนักโภชนาการ. (2561). หุ่นดี สุขภาพดีง่ายๆ แค่ใช้ 4 พฤติกรรม. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2558. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, & สุรจิต สุนทรธรรม. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทยฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2554). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัยผู้ใหญ่: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). การประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่: ตัวชี้วัดผลลัพธ์. วารสารพยาบาลและสุขภาพ.36(2), 132-139.

- สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชสงสิน และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 45(3): 324-333
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2551). หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. In ก. วาทีสาธกกิจ (Ed.), การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ (pp. 66-78). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- อารยา ทองผิว, สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, & สุรจิต สุนทรธรรม. (2559). คู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2559 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ.
- อุดมพร ไวยเนตร. (2550). องค์ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของข้าราชการกองทัพอากาศ: กองบัญชาการกองทัพอากาศ. (ปริญญามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Babaoglu, E., Karalezli, A., ER, M., Hasanoglu, C. H., & Oztuna, D. (2016). Exhaled carbon monoxide is a marker of heavy nicotine dependence. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46, 1677-1681.
- Bandura, A. (1977). *social learning theory*. New Jersey: Printice-Hall.
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. *The American Journal of Medicine* (2008): 121 (4A), S3-S10
- Burns N., & Grove K S. (2009). *The practice of nursing research appraisal, synthesis, and general of evidence*. USA: Elsevier' right.
- Butler, K. M., Rayens, M. K., Zhang, M., & Hahn, E. J. (2011). Motivation to quit smoking among relatives of lung cancer patients. *Public Health Nurs*, 28(1), 43-50. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00916.x
- Chatchaiwatana S, Ratanasiri A. Exhaled Carbon Monoxide level and smoking status in urban Khon Kaen adult. *J Med Assoc Thai*. 2008; 91: 1669-76. available from <http://www.medassocthai.org/journal>
- Clinical Practice Guideline Treating Tobacco, U., Dependence Update Panel, L., & Staff. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*, 35(2), 158-176.

doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009

- Ergul.S and A.B. Temel. (2009). The effects of a nursing cessation intervention on military students in Turkey. *International Council of Nursing*, 56, 102-108.
- Fagerstrom, K.O. (1993). Effectiveness of Nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111: 271-277, Cited in Srimorakot, P. Intervention to help smokers stop smoking^{1st} ed. Bangkok : The Nurses Association of Thailand; 2007
- Floyd L, D., Prentice-Dunn , R., & Rogers W, R. (2000). A Meta-analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied social Psychology*, 30(2), 407-429.
- Fu, S. S., van Ryn, M., Nelson, D., Burgess, D. J., Thomas, J. L., Saul, J., . . . Joseph, A. M. (2016). Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. *Thorax*, 71(5), 446-453. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207904
- Fung, P. R., Snape-Jenkinson, S. L., Godfrey, M. T., Love, K. W. Zimmerman, P. V., Yang, I. A. and Fong, K. M. (2005). Effectiveness of hospital-Base Smoking Cessation. *Chest*, 128(1): 216-223
- Green, K. J., Hunter, C. M., Bray, R. M., Pemberton, M., Williams, J.(2008). Peer and role model influences for cigarette smoking in a young adult military population. *Nicotine Tob Res*, 10(10): 1533-1541
- Houston, T. K., Person, S. D., Pletcher, M. J., Liu, K., Iribarren, C., Kiefe, C. (2006) . Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adult in prospective cohort: CARDIA study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38779.584028.55
- Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99(1), 29-38.
- Jardin, B. F., & Carpenter, M. J. (2012). Predictors of quit attempts and abstinence among smokers not currently interested in quitting. *Nicotine Tob Res*, 14(10),

1197-1204. doi: 10.1093/ntr/nts015

- Klesges, R. C., DeBon, M., Vander Weg, M. W., Haddock, C. K., Lando, H. A., Relyea, G. E., Talcott, G. W. (2006). Efficacy of a tailored tobacco control program on long-term use in a population of U.S. military troops. *J Consult Clin Psychol*, 74(2), 295-306. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.295
- Little, M. A., Talcott, G. W., Bursac, Z., Linde, B. D., Pagano, L. A., Messler, E. C., . . . Klesges, R. C. (2016). Efficacy of a Brief Tobacco Intervention for Tobacco and Nicotine Containing Product Use in the US Air Force. *Nicotine Tob Res*, 18(5), 1142-1149. doi: 10.1093/ntr/ntv242
- MacDonell, K., Chen, X., Yan, Y., Li, F., Gong, J., Sun, H., Li, X., Stanton, B. (2014). A Protection Motivation Theory-Based Scale for Tobacco Research among Chinese Youth. *J Addict Res Ther* ; 4:154
- Maddux E, J. a., & Rogers W, R. (1983). Protection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Marshall, H. M., Courtney, D. A., Passmore, L. H., McCaul, E. M., Yang, I. A., Bowman, R. V., & Fong, K. M. (2016). Brief Tailored Smoking Cessation Counseling in a Lung Cancer Screening Population is Feasible: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Nicotine Tob Res*, 18(7), 1665-1669. doi: 10.1093/ntr/ntw010
- Meeussen, L., Put, C., Meganck, J., & Peuter, S. D. (2012). The gap between attitude and use prediction of effect of an online smoking cessation program. *Journal of Health Community*, 17(8), 946-959.
- Muhammad, I., Mok, W., Toh, H. M., Sii, D., & Wang, W. (2015). A pilot randomized controlled trial on the effectiveness of a 'lung age' intervention on smoking cessation: study protocol. *J Adv Nurs*, 71(10), 2426-2434. doi: 10.1111/jan.12689
- Nagrebetsky, A., Brettell, R., Roberts, N., & Farmer, A. (2014). Smoking cessation in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis of data from randomised controlled trials. *BMJ Open*, 4(3), e004107. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004107
- National Cancer Institute, US National Institutes of Health. Harm of Smoking and Health Benefits of Quitting [Online]. NCI [cited December 2014] retrieve from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes->

prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet

- National Institute on Drug Abuse. Cigarettes and Other Tobacco Products [Online] NIDA [cite March 2017] retrieve from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cigarettes-other-tobacco-products>
- Nelson P. J., & Pederson L. L. (2008). Military tobacco use: A synthesis of literature on prevalence, factor related to use, and cessation intervention. *Nicotine Tob Res*, 10(5), 775-790.
- Norman, P., Boer, H., & Seydel, E. R. (2005). Protection Motivation Theory. In M. Coner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behavior* (pp. 81-126). Buckingham.
- Peer, W. V., Hakemulder, J., & Zyngier, S. (2012). Scientific method for the humanities. Amsterdam, Netherland/Philadelphia, PA: John Benjamin Pub.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research principle and method*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and prevention health: beyond the health Belief Model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161
- Rabe Klaus F., Hurd Suzanne, Anzueto Antonio, Barnes Peter J., Buist Sonia A., Calverley Peter, et al. (2007). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Gold executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 176(6): 532-55.
- Schuck, K., Otten, R., Kleinjan, M., Bricker, J. B., Engel, R. C.M.E. (2014). Self-efficacy and acceptance of cravings to smoke underlie the effectiveness of quitline counseling for smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence* 142 (2014), 269-276
- Smith, C. M., Maurer, F. A., (1995). *Community Health Nursing: Theory and Practice*. W.B. Saunders Co.
- Spek, V., Lemmens, F., Chatrou, M., Kempen, S. V., Pouwer, F., & Pop, V. (2012). Development of a Smoking Abstinence Self-efficacy Questionnaire. *Int.J. Behav. Med.* (2013) 20:444-449

- Talcott, G. W., Cigrang, J. A., Sherrill-Mittleman, D., Synder, D. K., Baker, M. M., Tatum, J., . . . Heyman, R. E. (2013). Tobacco use during military deployment. *Nicotine Tob Res*, 15(August 2013), 1348-1354.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bull*, 111(1), 23-41.
- Wakefield M, Olver I, Whitford H, & Rosenfeld E. (2004). Motivational Interviewing as a smoking cessation intervention for patient with cancer. *Nursing Research*, 53(6), 396-405.
- WHO. (2015). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. available on [the WHO website](http://www.who.int)(www.who.int)





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
พันเอกนายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย	รองผู้อำนวยการ กองจิตเวชและประสาท
พันโทหญิง นัยนา วงศ์สายตา	วิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นาวาอากาศโทหญิง ดลใจ สันทรกรณ์	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี	กองทัพบก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.วีรพล แสงปัญญา	พยาบาลวิชาชีพ กองเวชศาสตร์ป้องกัน
นางวรรณ อัมระนันท์	กรมแพทย์ทหารอากาศ
	อาจารย์พยาบาล คณะแพทยศาสตร์
	โรงพยาบาลรามาริบัติ
	อาจารย์ คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์
	มหาวิทยาลัย
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาล
	อุทัยธานี



ที่ ศร 0512.11/1066



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่อการเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันโทหญิง นัยนา วงศ์สายตา อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

พันโทหญิง นัยนา วงศ์สายตา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1150

ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง โทร. 087-682-4586

ที่ ศธ 0512.11/1066



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่ออาการเล็บบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันเอก นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย รองผู้อำนวยการ กองจิตเวชและประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

พันเอก นายแพทย์ พิชัย แสงชาญชัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1150

ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง โทร. 087-682-4586

ที่ ศธ 0512.11/1066



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่ออาการเจ็บป่วยในข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาอากาศโทหญิง ดลใจ สันทรกรณ์ ประจำ กรมแพทยทหารอากาศ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาอากาศโทหญิง ดลใจ สันทรกรณ์

โทร. 0-2218-1131* โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1150

ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง โทร. 087-682-4586



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 1066

วันที่ 21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่ออาการเจ็บหูในข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรพล แสงปัญญา อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรพล แสงปัญญา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1150

ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง โทร. 087-682-4586



ที่ ศธ 0512.11/ 1066

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่ออาการเล็บบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางวรรณิ อัมระนันท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

นางวรรณิ อัมระนันท์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-1150

ร.ท.หญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง โทร. 087-682-4586



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 226/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 174.1/60 : ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่ออาการเลิภูหรีใน
 ข้าราชการทหารอากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

ผู้วิจัยหลัก : เรืออากาศโทหญิงจตุพร เถลิ้มเรืองรอง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ)
 ประธาน

ลงนาม.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
 กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 พฤศจิกายน 2560

วันหมดอายุ : 27 พฤศจิกายน 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย
- แบบสอบถาม



เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

IRB :21/61

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยทหารอากาศ
ขอรับรองว่า

โครงการ ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

โดย เรืออากาศโทหญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทยทหารอากาศ

เอกสารที่พิจารณา ๑. โครงร่างงานวิจัย

๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับภาษาไทย
คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียด
โครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่า
ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑

นาวาอากาศเอก 

(ทวีพงษ์ ปาจริย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

พลอากาศตรี 

(อภิชาติ พลอยสังวาลย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการเลิกบุหรี่ข้าราชการทหาร
อากาศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศโทหญิง จตุพร เณิมเรืองรอง

ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ถ.พหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กทม.
10220

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-534-2652 โทรศัพท์มือถือ 08-7682-4586

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับ**
คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 9
สัปดาห์ ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ และยินยอมตอบแบบสอบถามในการวิจัย
ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้ แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามการตัดสินใจตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ
แบบสอบถามก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความรุนแรงในการเกิดโรคการรับรู้
ความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่
จำนวน 16 ข้อ และแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมวิจัยคือแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่จำนวน 7 ข้อ
ในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

การเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยแนะนำการเลิกบุหรี่แบบกระชับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แนะนำให้ลงมือเลิกบุหรี่ กำหนดวันเลิกสูบ ให้คำแนะนำ วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่

ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ สอบถามการเลิกสูบบุหรี่ อุปสรรคระหว่างการเลิกบุหรี่ ให้กำลังใจผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป และตอบข้อซักถามของผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่

และในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถาม แจกปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ และประเมินผลการเลิกบุหรี่หลังจากร่วมโครงการวิจัยอีก 1 ครั้ง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 10 นาที

โดยในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการรักษาและการรับบริการที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว



ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่

14. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่เคย

เคย จำนวนครั้งที่เคยเลิก ครั้ง

เลิกได้นานที่สุดปี.....เดือน.....วัน

- หากเคยเลิก เพราะเหตุใดจึงกลับไปสูบบุหรี่อีก

เครียด หงุดหงิด ต้มสุรา เห็นคนอื่นสูบ

คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร เข้าสังคม ความเคยชิน

อื่นระบุ.....

15. การตัดสินใจเลิกบุหรี่ครั้งนี้ บุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลิกสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) คือ

บุคคลในครอบครัว ระบุ.....

บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

เพื่อน

ผู้บังคับบัญชา

ตนเอง เนื่องจาก.....

อื่นๆ.....

16. แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ

ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ ราคาแพง ส่งผลกระทบต่อชีวิต

รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี อื่นๆ ระบุ.....

1.2 แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom T est for Nicotine Dependence) ของ Fagerstrom.(1993)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับการเสพติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ ข้อคำถามมีทั้งหมด 6 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นของท่าน

1.โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน

- () 10 มวน หรือน้อยกว่า () 11-20 มวน () 21-30 มวน () มากกว่า31 มวน

2.หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่

- () ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน () 6-30 นาที หลังตื่นนอน
() 31-60 นาที หลังตื่นนอน () มากกว่า 60 นาทีหลังตื่น

3.คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)

- () ใช่ () ไม่ใช่

4.บุหรีมวนไหนที่คุณไม่ยอมเลิกมากที่สุด

- () มวนแรกตอนเช้า () มวนอื่นๆ

5.คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ใน“เขตปลอดบุหรี” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร
ร้านอาหาร

- () รู้สึกลำบาก () ไม่รู้สึกลำบาก

6.คุณยังต้องสูบบุหรี แม้จะเจ็บป่วยหรือนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

- () ใช่ () ไม่ใช่

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

การรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของข้าราชการทหารอากาศถึงความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ เช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเกิดโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งหากผู้สูบมีปัจจัยเสี่ยงในด้านสุขภาพจะทำให้เกิดโรคเหล่านี้ได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของข้าราชการทหารอากาศถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อขั้นได้หากยังสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของและความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถามทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับมาตรวัด				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดโรคมะเร็งต่างๆ ทั่วร่างกาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งไต เป็นต้น					
2. ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอายุสั้นกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่					
3. สารพิษในบุหรี่ส่งผลต่อไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดอาการมีนงง ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ					
4.					
5.....					

ข้อความ	ระดับมาตรวัด				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12.....					
13.....					

ชุดที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ของ วิชชุตา มากมายและ สุนิดา
ปรีชาวงษ์ (2560)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการ
รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อความในแบบสอบถาม
ทีละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับมาตรวัด				
	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ เล็กน้อย	ไม่มั่นใจ เลย
1. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะดื่ม เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์					
2. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ แม้จะรู้สึก ผิดหวัง หรือ ไม่ได้สิ่งที่ต้องการ หรือทำบางสิ่ง บางอย่างไม่สำเร็จ					
3. ท่านเชื่อมั่นว่าจะไม่สูบบุหรี่ เมื่อท่านอยู่กับ บุตร บุคคลในครอบครัวหรืออยู่กับกลุ่มเพื่อนที่ สูบบุหรี่					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					

ข้อความ	ระดับมาตรวัด				
	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจเล็กน้อย	ไม่มั่นใจเลย
10.....					
11.....					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
16.....					

4. แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นการถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของคุณในปัจจุบัน กรุณาตอบคำถามตามที่
คุณปฏิบัติกิจกรรมต่างๆต่อไปนี้ ด้วยความเป็นจริง

1. ปัจจุบันนี้ คุณสูบบุหรี่หรือไม่ (หากตอบว่า “สูบ” ข้ามไปข้อ 3)

() สูบ () ไม่สูบ

2. ใน 7 วันที่ผ่านมา คุณหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่

() ใช่ () ไม่ใช่

3. หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ คุณหยุดสูบบุหรี่ได้นานที่สุดวัน.....เดือน
(ในกรณีที่ไม่ได้หยุดสูบบุหรี่หลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ ให้ถามว่า เคยเลิกได้นานที่สุด.....วัน)

4.....

5.....

6.....

7.

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ตามทฤษฎีของ Rogers (1983)

ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983) ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรม ที่อธิบายตามองค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประเมินกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ หมายถึง การช่วยเลิกบุหรี่ในข้าราชการทหารอากาศ โดยการนำเสนอพิษภัยจากการสูบบุหรี่ แสดงภาพตัวอย่างความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Maddux & Rogers, 1983) ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การประเมินอันตราย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงหากยังคงสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer เปรียบเทียบในแต่ละครั้งที่พบกัน เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่จะส่งผลสุขภาพ วางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกัน แจกปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยใช้ตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาพูดคุยเพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจ ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6

ในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้ง 20-30 นาที รายละเอียดมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงหากยังคงสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย พูดคุยประเมินประสบการณ์การเลิกบุหรี่สิ่งที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกที่วัดได้ซึ่งเป็นก๊าซที่พบในท่อไอเสียจากรถยนต์และขีดขวางการลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆตามมา รวมทั้ง เชื่อมโยงเข้ากับผลการตรวจสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้ให้เห็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิดีทัศน์ แผ่นภาพ เป็นต้น แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่และ วางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกัน แจกปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถอ่านและนำไปปฏิบัติได้ ทำการนัดหมายเพื่อพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) สร้างความคาดหวังของประสิทธิผลจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ และสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์สร้างความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ตัวแบบข้าราชการทหารอากาศที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และเป็นที่รู้จัก มาพูดคุยเพื่อเพิ่มระดับความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นลักษณะของการพบเป็นกลุ่ม เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกเปรียบเทียบกับครั้งแรก วางแผนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจผู้ที่ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ และกล่าวชื่นชมผู้ที่เลิกบุหรี่ได้

ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล วัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก รวมถึงให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ สอบถามถึงอุปสรรคและการรับมือกับอาการถอนนิโคติน ผู้วิจัยชื่นชมผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ และให้กำลังใจในผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ถัดไปเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง	ความรู้เกี่ยวกับบุพรี และการเลิกบุพรี
สำหรับ	ข้าราชการทหารอากาศที่สูบบุพรี
สถานที่สอน	ห้องให้คำปรึกษา แผนกส่งเสริมสุขภาพ กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศ
ผู้สอน	เรืออากาศโทหญิง จตุพร เถลิ้มเรืองรอง นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์
ระยะเวลาที่ใช้สอน	20-30 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไป	
	1. เพื่อให้ผู้ฟังมีความรู้พิชภัยที่เกิดจากบุพรี เกิดความตระหนักถึงพิชภัยที่เกิดจากการสูบบุพรีทั้งต่อ ตนเองและคนรอบข้าง
	2. เพื่อให้ผู้ฟังทราบถึงวิธีการเลิกสูบบุพรีด้วยตนเอง
	3. เพื่อให้ผู้ฟังตัดสินใจเลิกบุพรี
	4. เพื่อให้ผู้ฟังเกิดความเชื่อมั่นในการลงมือเลิกบุพรี

แผนการสอน

เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับบุพหุและการเลิกบุพหุ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธ์กับระหว่างผู้สอนกับผู้ฟัง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ฟังสนใจและให้ความสำคัญกับหัวข้อการสอน</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ฟังมีความรู้พิชภัยที่เกิดจากบุพหุที่ เกิดความตระหนักถึงพิชภัยที่จากการสูบบุหรี่ทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ฟังมีความรู้พิชภัยที่เกิดจากบุพหุที่ เกิดความตระหนักถึงพิชภัยที่จากการสูบบุหรี่ทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง</p>	<p>ขั้นนำ (5 นาที)</p> <p>ผู้สอนเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์กับผู้สอน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และความไว้วางใจ ภายหลังจากสร้างสัมพันธ์กับผู้ฟัง เชื่อมโยงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกับการสูบบุหรี่โดยดูจากผล การตรวจสุขภาพประจำปี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ฟังมีความรู้พิชภัยที่เกิดจากบุพหุที่ เกิดความตระหนักถึงพิชภัยที่จากการสูบบุหรี่ทั้งต่อ ตนเองและคนรอบข้าง 2. เพื่อให้ผู้ฟัง ทราบถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง 3. เพื่อให้ผู้ฟังตัดสินใจเลิกบุพหุ 4. เพื่อให้ผู้ฟังเกิดความเชื่อมั่นในการลงมือเลิกบุพหุ 	<p>การสนทนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนแนะนำตัว ทักทายผู้ฟัง สร้างสัมพันธ์กับผู้ฟัง และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง - ผู้สอนชี้แจงหัวข้อและวัตถุประสงค์ของการสนทนา - กระตุ้นความพร้อม ความสนใจของผู้ฟัง 	<p>- ปฏิทินช่วยเลิกบุพหุ</p>	<p>- ประเมินสีหน้า ท่าทาง ที่แสดงออกถึงความสนใจ เช่น การพยักหน้า สบตา กระตือรือร้น ซักถามข้อสงสัย ต่างๆ</p> <p>- ผู้ฟังสามารถบอกวัตถุประสงค์ของการสอนได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>บางโป่งพองส่วนที่พองออกมากคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อเยื่อของส่วนที่ตีทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย</p> <p>6. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา แสบจมูก หากได้รับบ่อยจะทำให้หลอดลมอักเสบ มีอาการไอและเสมหะมาก</p> <p>7. สารกัมมันตภาพรังสีในควันบุหรี่ ร้อยละ 50 ของการเกิดโรคมะเร็งปอดในผู้สูบบุหรี่ มีสาเหตุมาจากสารกัมมันตภาพรังสีนี้ ควันบุหรี่เป็นพาหะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสีที่ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับสารพิษนี้ด้วย</p> <p>ภาคใต้อาการติดบุหรี่ เกิดจาก 3 ปัจจัยคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเสพติดสารนิโคติน เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์กระตุ้นหลังสารเคมีและสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดการตื่นตัว รู้สึกมีพลัง เมื่อหยุดสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทลดลง เกิดอาการถอนนิโคติน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จึงต้องสูบบุหรี่เรื่อยๆเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน สมองจึงเกิดการเคยชิน และเสพติดในที่สุด 2. การเสพติดทางอารมณ์ และจิตใจ เช่นความเชื่อว่าการสูบบุหรี่จะลดความเครียด ลดความกังวลจนกว่าจะไปได้ 	<p>การสอน</p>		<p>- สังเกตความสนใจฟัง การสันทนาการของผู้ฟัง ประเมินสีหน้า การซักถามขณะผู้สอนทำการสอน</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>4. เพื่อให้ผู้ฟัง ตัดสินใจเลือกบุหรี่ยี่ห้อ</p> <p>5. เพื่อให้ผู้ฟัง เกิดความเชื่อมั่นในการลงมือเลือกบุหรี่ยี่ห้อ</p>	<p>3. การเสด็จทางพฤติกรรมและสังคม ผู้สื่อบจะสื่อบจนคิดเป็นนิสัยทั้งที่ไม่รู้ว่าสื่อบไปทำไม เช่นการสื่อบบุหรี่ยี่ห้อจากดีนนอน สื่อบบุหรี่ยี่ห้อประจำงานอาหาร ดีมกาแฟ หรือดีมเทห์ล่า</p> <p>กรณีโรคไม่ติดต่อ</p> <p>ประกอบไปด้วยโรคที่สำคัญ 4 โรคได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ซึ่งบุหรี่ยี่ห้อเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะก่อให้เกิดโรครังนี้กล่าว</p> <p>โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นโรครังที่คนสื่อบบุหรี่ยี่ห้อเป็นมากที่สุด เนื่องจากรังปอดเป็นอวัยวะที่ได้รับรังมากที่สุด ทำให้เกิดการอักเสบและเมื่อรังปอดถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดโรครังลมบั้งพองปอดอุดกัันเรื้อรัง</p> <p>โรครังหัวใจและหลอดเลือด สารพิษในบุหรี่ยี่ห้อทำให้เกิดความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ไขมันชนิดดีลดลง ไขมันชนิดเลวเพิ่มขึ้น เลือดหนืดเพิ่มมากขึ้น สารพิษในควันบุหรี่ยี่ห้อทำให้เกิดอนุมูลอิสระจำนวนมากทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด</p>	<p>- เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัย</p> <p>- พู ดุ ย ส อ บ ธิ าม เกี่ยวกัับประสบบการณั้ในการเลือกรังของบุหรี่ยี่ห้อ</p>		<p>- สังเกตความสนใจฟัง การสื่อบตาของผู้ฟัง ประเมินสีหน้า การซักถามขณะผู้สื่อบทำการสอน</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>แนวทางการเลิกบุหรี่</p> <p>ผู้ต้องการเลิกบุหรี่มากกว่าร้อยละ 80 ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองจะใช้วิธีการหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองนั้นสามารถทำได้วิธีต่างๆดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง เหตุผลสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ 2. ขอคำปรึกษา จากคนใกล้ชิดที่มีประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ หรือจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง 3. ตั้งเป้าหมายให้ตนเอง วางแผนการเลิกบุหรี่ โดยกำหนดวันที่จะลงมือเลิกบุหรี่ 4. ลงมือทันที เมื่อตัดสินใจที่จะเลิกควรลงมือทันที เริ่มจากการทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด 5. อยู่ให้ห่างสิ่งกระตุ้น เช่นหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือการเข้าไปในสภาพแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ เพราะอาจทำให้อยากสูบบุหรี่ขึ้นอีก 6. ไม่ทำตัวเองให้เครียด เพราะความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่เนื่องจากความเชื่อว่าการช่วยคลายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ด้วยวิธีอื่นเช่น พักสมอง พูดคุยกับคนอื่นฯ อ่านหนังสือ 	<p>กิจกรรมการเรียนรู้</p> <p>การสอน</p>		<p>การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตความสนใจฟัง การสังเกตของผู้ฟัง ประเมินสีหน้า การซักถามขณะผู้สอนทำการสอน

ปฏิทินช่วยเลิกบุหรี่

โดย

ร.ท.หญิง จตุพร เดลิมเรืองรอง

ในสถานพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์



ทำไมจึงควรเลิกบุหรี่...??

→ ประหยัดเงิน

→ ร่างกายแข็งแรงลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

→ ครอบครัวและคนรอบข้างไม่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่

→ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากบุหรี่

มกราคม 2561

จ	อ	พ	พว	ศ	ส	อา
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

พิษภัย ของบุหรี่...!!

เมษายน 2561

สารพิษในควันบุหรี่ทำ
ให้เกิด โรคมะเร็งและ
หลอดลมอักเสบ

บุหรี่ยาสูบมีสารเคมี
ก่ออันตรายแก่สุขภาพ
ถึงขั้นทำให้เสียชีวิต
โรคถุงลม

โรคถุงลมโป่งพอง มี
อาการ หอบเหนื่อย
หายใจลำบาก ไอ
ปนเสมหะ

โรคหัวใจและหลอดเลือด
โรคถุงลมโป่งพอง
โรคถุงลมอักเสบ
โรคถุงลมโป่งพอง

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						



สูบบุหรี่ดีไหม...??

พฤษภาคม 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

วิธีการเลิกบุหรี่ที่ได้ผลดี
ที่สุดคือ

"การหักดิบ"

คนไทยเลิกสูบบุหรี่แล้วกว่า 4.6 ล้านคน โดย 9 ใน 10 ของคนที่เลิกสูบบุหรี่นั้นเลิกได้ด้วยตัวเอง

ปัจจัยในการเลิกบุหรี่สำเร็จ

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เกิดจาก

- ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 50 %
- การมีตัวช่วย เช่น ได้รับคำปรึกษา หรือได้รับยา

แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้แก่

- สิ่งคงไม่จบรอบ
- ครอบครัวและคนที่รัก
- ค่าใช้จ่ายสูง
- กลัวสาย
- ปัญหาสุขภาพ
- ตระหนักได้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี

มีธุนายน 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	



?? ? **แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของคุณคืออะไร...??** ?? ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10 วิธีง่ายๆในการเลิกบุหรี่

กรกฎาคม 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

- 1 **สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง** แรงจูงใจที่ทำได้คือ **เลิกสูบบุหรี่**
- 2 **ตั้งเป้าหมายว่าจะเลิกบุหรี่ได้ภายในระยะเวลาเท่าใด** หรือ **วางแผนการเลิกบุหรี่**
- 3 **ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรทางการแพทย์**
- 4 **ทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมที่ลดความเครียด** เพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่
- 5 **ห่างไกลสิ่งกระตุ้น** หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การแพ้หรือออกห่างสิ่งกระตุ้น

10 วิธีง่ายๆในการเลิกบุหรี่(ต่อ)

- 6 **อย่าท้อแท้** หาคิดว่า **ส่วนความเครียด** ไม่เป็นไร
- 7 **เมื่อมีความตั้งใจให้ลองเลิกทันที** ไม่รีรอ
- 8 **ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา** ที่โปรดช่วยให้อาสาารถเลิกบุหรี่ได้
- 9 **ไม่ท้อแท้** มีจิตใจที่เข้มแข็ง
- 10 **ไม่ให้อาสาต่อการเริ่มต้นใหม่** เพราะการเลิกบุหรี่ **ไม่สำเร็จ** คือแค่ครั้งเดียวที่เลิก

สิงหาคม 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

เลิกบุหรี่ดีต่อร่างกายตั้งแต่ชั่วโมงแรก

กันยายน 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- 8 วัน ○ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง
- 8-9 เดือน ○ อาการไอและหลอดลมอักเสบลดลง
- 5 ปี ○ ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆที่เกิดจากบุหรี่
- 20 นาที ○ พึงระวังผลความดันโลหิตสูง การขาดสติ
- 12 ชั่วโมง ○ ระดับ CO และนิโคติน ในร่างกายลดลง
- 48 ชั่วโมง ○ เปลี่ยนการรบกวนการหายใจ
- 14 วัน ○ อาการอยากสูบบุหรี่ลดลง

"หยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่วันนี้ สุขภาพดีอย่างแน่นอน"



ถ้าเลิกบุหรี่ จะมีอาการอย่างไร..??

ตุลาคม 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

- วิตกกังวล**
- หงุดหงิด**
- โกรธง่าย**
- กระสับกระส่าย**
- อาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์**

พฤษภาคม 2561

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

ความเชื่อผิดๆ
เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

- ✗ สูบบุหรี่ที่ปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่
- ✓ ซิการ์มีนิโคตินมากกว่าบุหรี่ 4 เท่า
- ✗ กับการสูบบุหรี่ช่วยอดสูบบุหรี่ได้
- ✓ กับการสูบบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้
- ✗ สูบบุหรี่ที่ใส่ยาฆ่าเชื้อ
- ✓ สูบบุหรี่นิโคตินกระตุ้นให้สมองทำงานได้ดี
- ✗ ยาสูบอันตรายน้อยกว่าบุหรี่
- ✓ การหยุดสูบบุหรี่ทำให้ปอดดีขึ้น
- ✓ ยาสูบนิโคตินช่วยให้อาการดีขึ้น
- ✗ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจแข็งแรง

? ทำอย่างไร เมื่ออยากสูบบุหรี่

หากิจกรรมอื่นทำ
เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

อย่าสูบบุหรี่ทันที

ดื่มน้ำเปล่าหรือ
ล้างหน้าให้สดชื่น

สูดหายใจเข้า
ออกให้หลายๆ

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

สิ้นวาคม 2561

กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี

มกราคม 2562

จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

พระราชบัญญัติ
ควบคุมพิธีการเกี่ยวกับปี พ.ศ. 2560

ห้ามราชการใดทำพิธีเกี่ยวกับบุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ทำบุญไม่เกิน ๑ เดือน
ปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท

ห้ามรับศพบุหรี

ห้ามโฆษณาหรืออวดอ้าง

ขายสินค้าโดยฉ้อโกง

ขายบุหรีที่ไม่สุบบุหรี

ผู้ใดฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 4๐,๐๐๐ บาท



ขอขอบคุณที่ไม่สุบบุหรี





ตารางแสดงลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุหรีที่สูบต่อวัน และอายุ ระหว่าง
กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง

คู่ที่	อายุ		จำนวนบุหรีที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	22	21	8	4
2	25	23	10	7
3	26	26	10	12
4	26	27	8	15
5	26	30	5	10
6	29	31	15	20
7	28	31	7	15
8	28	32	7	15
9	29	32	6	10
10	29	34	4	10
11	30	34	4	10
12	30	35	10	20
13	31	35	6	10
14	32	37	15	8
15	34	39	5	7
16	35	40	8	16
17	36	41	40	30
18	37	42	18	8
19	37	42	10	15
20	38	42	20	20
21	38	43	5	4
22	39	44	5	10
23	40	45	3	10
24	44	47	15	10
25	47	49	10	8
26	51	50	8	10

คู่มือ	อายุ		จำนวนบุหรืที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
28	53	51	10	8
29	55	54	20	15
30	59	55	15	10

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค 2 กลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่ และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค		X	SD	Df	t	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง		40.00	5.80	29	-1.173	.250
หลังทดลอง		41.53	7.75			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง		38.36	7.66	29	-3.44	.002
หลังทดลอง		42.08	6.77			

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างจิตใจในการป้องกันโรคติดต่อ มีค่าเท่ากับ 38.36 และหลังได้รับ โปรแกรมการจูงใจให้เลิกบุหรืมีค่าเท่ากับ 42.08 ซึ่งแสดงว่าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างจิตใจในการป้องกันโรคติดต่อมีการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค จากการสูบบุหรืดีขึ้น และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ก่อนหลังมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับ คำแนะนำแบบกระซิบ มีค่าเท่ากับ 40.00 และหลังได้รับคำแนะนำแบบกระซิบ มีค่าเท่ากับ 41.53 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคก่อนหลังมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ย

ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการสูบบุหรี่และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคก่อนและหลัง ให้คำแนะนำแบบกระชับของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อเลิกบุหรี่

ความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	34.36	11.61	29	.909	.371
หลังทดลอง	31.93	10.24			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	26.90	17.00	29	-1.94	.062
หลังทดลอง	33.33	19.31			

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่มีค่าเท่ากับ 26.90 และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่มีค่าเท่ากับ 33.33 ซึ่งแสดงว่าหลังได้รับ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดต่อ ทำให้ความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้น และ เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนหลังมาเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองแต่ไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเท่ากับ 34.36และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเท่ากับ 31.93และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนหลังมา เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired simple t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ	\bar{X}	SD	Df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	10.53	7.46	29	7.891	.043
หลังทดลอง	8.83	6.13			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	12.87	6.16	29	6.776*	.000
หลังทดลอง	7.23	5.9			

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ				Df	t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง				
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนทดลอง	10.53	7.46	12.87	6.16	58	-1.32	.192
หลังทดลอง	8.83	6.13	7.23	5.9	58	-1.03	.305

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเท่ากับ 10.53 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.87 ซึ่งไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมีการจับคู่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบของทั้งสองกลุ่ม ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลงทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มควบคุมลดเหลือ 8.83 กลุ่มทดลองลดเหลือ 7.23 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มเดียวกันพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มในตารางที่ 15 พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

ตารางแสดงข้อมูล แบบสัมภาษณ์เลิกบุหรี่ จำแนกรายข้อ

ข้อคำถาม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1.ปัจจุบันนี้ คุณสูบบุหรี่หรือไม่ - สูบ -ไม่สูบ	29 1	24 6
2.ใน 7 วันที่ผ่านมา คุณหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่ - ใช่ -ไม่ใช่	1 29	6 24
3.หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ คุณหยุดสูบบุหรี่ได้นานที่สุดกี่วัน(ในกรณีที่ไม่ได้หยุดสูบบุหรี่หลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ ให้ถามว่า เคยเลิกได้นานที่สุด.....วัน) หยุดไม่ได้เลย หยุด 1 วัน หยุด 2 วัน หยุด 3 วัน หยุด 4 วัน หยุด 5 วัน หยุด 7 วัน หยุด 10 วัน หยุด 30 วัน หยุด 40 วัน หยุด 60 วัน	23 2 2 1 0 1 0 1 0 0 0 0	12 2 3 2 1 3 2 0 1 1 3
4.หลังจากได้รับคำปรึกษาเลิกบุหรี่ คุณเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่ (ตอบเฉพาะคนที่เลิกได้ไม่เกิน 7 วัน) -ไม่เคย -เคย	24 6	17 13

ตารางแสดงข้อมูล แบบสัมภาษณ์เลิกบุหรี่ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
5. นอกจากได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ คุณใช้วิธีการเลิกบุหรี่อื่นๆ หรือไม่ -ไม่ใช้ - ใช้ *ชาหญ้าดอกขาว	30 0	29 1*
6. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา คุณใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หรือไม่ - ใช้ -ไม่ใช้ -ไม่รู้จัก	1 28 1	0 26 4
7. ปัจจุบันนี้คุณสูบบุหรี่กี่มวน ไม่สูบ 1-10 มวน 11-20 มวน 30 มวนขึ้นไป	1 21 7 1	6 20 4 0







ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ร.อ.หญิงจตุพร เฉลิมเรืองรอง
วัน เดือน ปี เกิด	19 พฤษภาคม 2530
สถานที่เกิด	จ.สุรินทร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	27 ซอยวัดปิ่น แยก 52 ถนนลาดพร้าว 101 แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กทม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY