

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับ
การออกกำลังกายต่อความรู้สึกลอยากนุหรีและพฤติกรรมการสูบบุหรี
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดนุหรี*

**EFFECTS OF BEHAVIORAL CHANGE COUNSELING INTEGRATED
WITH EXERCISE INTERVENTION ON CIGARETTE CRAVING AND
SMOKING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC WITH NICOTINE
DEPENDENCE PATIENTS**

วีระ เนริกุล, พย.ม. (Weera Nerikool, MNS., RN)**

เพ็ญพักตร์ อุทิส, พย.ด. (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)***

Abstract

Objectives: The objectives were to compare: 1) cigarette craving and smoking behavior of schizophrenic with nicotine dependence patients before and after receiving the intervention program, and 2) cigarette craving and smoking behavior between clients in the experimental group who received the intervention program and those in the control group who received regular nursing care.

Methods: This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The sample consisted of 40 schizophrenic with nicotine dependence patients who met the inclusion criteria and had been treated in the inpatient unit of one tertiary psychiatric hospital. They were divided into 20 matched pairs, each pair having equal scores on nicotine dependence and then randomly

assigned to either the experimental or the control groups, 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: 1) the Behavioral Change Counseling Integrated with Exercise Program, 2) the Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND), 3) the Tobacco Craving Questionnaire-Short Form (TCQ-SF), and 4) the Intention to quit smoking test. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The 2nd, 3rd and 4th instruments had Cronbach's Alpha Coefficient reliability as of .82, .88 and .88, respectively. The t-test, repeated measures analysis of variance (Repeated ANOVA) and Planed comparisons were used for data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1) Cigarette craving and smoking behavior of schizophrenic with nicotine dependence

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** วิทยาลัยวิชาิษาพยาบาล สสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

patients in the experimental group who received the intervention program was significantly lower than those before ($p < .05$).

2) Cigarette craving and smoking behavior of schizophrenic with nicotine dependence patients in the experimental group who received the intervention program was significantly lower than those of the control group who received the regular nursing care ($p < .05$).

Keywords: Behavioral change counseling integrated with exercise, Cigarette craving, Smoking behavior, Schizophrenic with nicotine dependence patients.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความรู้สึกลอยใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย และ 2) ความรู้สึกลอยใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เฉพาะทางด้านจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้รับการจับคู่ให้เท่าเทียมกันด้วยคะแนนพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) โปรแกรมการ

ให้คำปรึกษา 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเสพติดนิโคติน 3) แบบประเมินความรู้สึกลอยใจและ 4) แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2, 3, 4 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82, .88, .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและ planned comparisons กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกลอยใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้สึกลอยใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ความรู้สึกลอยใจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากการทบทวนและศึกษาข้อมูลเชิงระบาดวิทยาทั่วโลก พบอัตราความชุกของโรคจิตเภท เฉลี่ย 15.2 คนต่อประชากรแสนคน (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008) ในบริบทของประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภท 8.8 ต่อประชากรพันคน

(Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) ซึ่งการสูบบุหรี่ร่วมนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงถึง 75-90% (Campbell et al., 2013) ในประเทศไทยได้มีการสำรวจผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่มาใช้บริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยนอกจำนวน 133 ราย มีการสูบบุหรี่จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.38 ส่วนในผู้ป่วยในจำนวน 125 ราย พบว่ามีการสูบบุหรี่ถึง 76 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 60.8 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2557) ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น เพราะต้องได้รับการดูแลทั้งอาการทางจิตและโรคร่วมทางกายรุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นตามมาจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (Brown, Barraclough & Inskip, 2000) ดังที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ร้อยละ 29 มะเร็งปอดร้อยละ 19 และโรคเกี่ยวกับถุงลมโป่งพองร้อยละ 17 (Capasso, Lineberry, Bostwick, Decker, & Sauver, 2008)

สาเหตุหรือปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่ร่วมนั้น เป็นการใช้นิโคตินเพื่อบำบัดปัญหาทางสุขภาพของตนเอง (self-medication) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อสารสื่อประสาทหลายชนิด ได้แก่ Dopamine, Norepinephrine, Glutamate, Beta-endorphin, Serotonin และ Acetylcholine ซึ่งจะออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับ Nicotine acetylcholine receptor ในสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA)

และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens (shell region) และ Prefrontal cortex ส่งผลให้อาการด้านบวก (positive symptom) และอาการด้านลบ (negative symptom) ดีขึ้น (Levin, Talley, & Thayer, 1996) เช่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจ ความสบายใจ ความเพลิดเพลิน เกิดความตื่นตัว ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกดดัน และเกิดแรงจูงใจในการทำงานหรือวางแผนงานมากขึ้น (McChrgue, Gulliver, & Hitsman, 2002) นอกจากนี้สารนิโคตินยังไปกระตุ้นการทำงานของ Dopamine บริเวณ Mesocortical, Mesolimbic และ Nigrostriatal pathway ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (McChrgue et al., 2002) จึงช่วยลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะอาการ Parkinsonian symptoms ได้แก่ อาการสั่น กล้ามเนื้อแข็ง และการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ที่เกิดจากการออกฤทธิ์ของกลุ่มยาต้านโรคจิตที่มีผลยับยั้งโดปามีนในบริเวณดังกล่าว (Veena & Peggy, 2005)

นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว ปัจจัยสำคัญอื่นที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการขาดการออกกำลังกาย (Kilian, Becker, Krüger, Schmid, & Frasch, 2006) การขาดแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้น้อย (Williams & Foulds, 2007) การใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียด ความเคยชิน เพื่อให้มีสมาธิในการทำกิจกรรม และเพื่อความตื่นเต็น (Forchuk, Norman, Malla, Vos, & Martin, 1997) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่บ่อย ๆ อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณในการสูบมากขึ้น จนเกิด

การติดยาและมีความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ (Campbell et al., 2013) นำไปสู่ผลกระทบต่อตัวผู้สูบเองและผู้ใกล้ชิด ต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสูบบุหรี่ส่งผลให้ต้องใช้ยาต้านโรคจิตในปริมาณมากขึ้น เนื่องจาก Hydrocarbon ของทาร์ ที่อยู่ในบุหรี่ยังทำให้เกิดการผลิตเอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาเพิ่มขึ้น จึงต้องให้ขนาดยาที่สูงขึ้นเพื่อให้ถึงระดับของการรักษา อีกทั้งยังทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ กระสับกระส่าย ภาวะกระดูกพรุน ผดผื่น ผื่นคัน นิ่งไม่ติดที่ หรือการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ทำให้เกิดความผิดปกติอย่างถาวรตามมา (McCreadie & Kelly, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่หนัก (≥ 25 มวนต่อวัน) ในอัตราร้อยละ 50-68 (McCreadie & Kelly, 2000; Winterer, 2010) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Strasser, 2002) และเมื่อต้องมารับการรักษาด้วยแบบผู้ป่วยใน ทำให้ต้องมีการหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราว (temporary smoking abstinence) จึงเกิดอาการของการหยุดบุหรี่ตามมา เช่น อยากรสูบบุหรี่มาก วิดกกังวล ภาวะกระดูกพรุน หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย ปวดหัวเพิ่มขึ้น ไม่มีสมาธิ บางรายซึมเศร้า หดหู่ นอนไม่หลับ อยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นและควบคุมตนเองได้น้อย (David, 2012) อาการเหล่านี้เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองตามแนวคิดการปรับตัวทางระบบประสาทเนื่องจากสารเสพติดจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทในสมองบางตัวมากขึ้น เช่น Dopamine, GABA และ

Opioids ทำให้เกิดกลไก Reward pathway คือ ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดรู้สึกพึงพอใจและสุขสบายทั้งกายและใจ ในทางกลับกันเมื่อหยุดใช้สารเสพติด สารสื่อประสาทดังกล่าวจะมีปริมาณลดลงทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ ตามมา (Robinson & Berridge, 2008) โดยเฉพาะระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ต่ำจะทำให้เกิดอาการขาดบุหรี่ซึ่งมักจะเกิดขึ้นใน 2 หรือ 3 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายและมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3-5 วัน (Steptoe & Ussher, 2006)

อาการอยากบุหรี่ (craving) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในบริบทของการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตแบบผู้ป่วยในของประเทศไทยเนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐทุกแห่งจะมีกฏระเบียบงดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาอาการทางจิต นอกจากนี้ยังเป็นอุปสรรคขัดขวางความพยายามในการเลิกบุหรี่สำเร็จ เนื่องจากพบว่าความอยากบุหรี่ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ สูงถึงร้อยละ 60-98 (Shaw & Al'Absi, 2008) และสูบในปริมาณที่มากภายหลังได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จนทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรงและต้องกลับมารักษาซ้ำก่อนระยะเวลา 6-12 เดือน ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 70-83 ของผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ (Jennifer & Eden, 2007) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาความอยากสูบบุหรี่

ในปัจจุบันแม้ว่าการบำบัดด้วยการให้สารทดแทนนิโคตินจะได้ผลดีในการลดอาการอยากบุหรี่ แต่ประเทศไทยสารทดแทนนี้ยังไม่ถูกบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ หากใช้จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

(ฟ่องศรี ศรีมรกต, 2552) และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของวิธีการบำบัดวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาเช่น การออกกำลังกาย พบว่ามีค่าใช้จ่ายที่ประหยัดกว่า แต่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นกลไกการปรับตัวของจิตชีววิทยา (psychobiological mechanisms) ที่ไปกระตุ้นทำให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward pathway เพิ่มขึ้น จึงไปทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงช่วยในการลดความวุ่นใจ ลดความเครียดและลดแรงกระตุ้น และช่วยเพิ่มความสุขความพึงพอใจได้ เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2007) ดังผลการศึกษาที่พบว่าการออกกำลังกายระดับปานกลางที่ทำให้ชีพจรเพิ่มขึ้น 40-60% โดยวิธีการต่างๆ มีประสิทธิภาพในการลดอาการขาดนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราว เช่น การเดินบนสายพาน (Taylor, Katomeri, & Ussher, 2005, Taylor et al., 2007) การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิค การเดินทั่วไป และการปั่นจักรยาน (Daniel, Cropley, & Fife-Schaw, 2006) อีกทั้งพบว่าการออกกำลังกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะยังทำให้การบำบัดอาการอยากบุหรี่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังมีแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย จึงไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Williams & Foulds, 2007)

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่สามารถมีพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ลง และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานของอาการอยากบุหรี่ ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ดูแล

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ด้วยการประยุกต์จากโปรแกรมซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้นด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM ของ Prochaska, Johnson & Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกาย เน้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาทักษะที่มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้ง 5 ระยะ คือ 1) ระยะเพิกเฉยไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) 2) ระยะลังเลใจ (contemplation) 3) ระยะการตัดสินใจ (preparation) 4) ระยะการลงมือกระทำ (action) และ 5) ระยะกระทำต่อเนื่อง (maintenance) โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการกับอาการอยากบุหรี่และวิธีการเลิกบุหรี่ การจัดการกับแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้น รวมถึงการติดตามให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Riggs, Hughes & Pillitteri, 2001) ส่วนการออกกำลังกายนั้นใช้วิธีการออกกำลังกายระดับปานกลางด้วยการวิ่งบนสายพานและการปั่นจักรยานซึ่งได้กำกับให้ผู้ป่วยต้องมีการเดินของชีพจรเพิ่มขึ้น 40-60% โดยคาดว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีความอยากบุหรี่ลดลง และได้รับการเตรียมความพร้อมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จนสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกลึกอยากบุหรี่

และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรือก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกลอยากงหรือและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรือระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ และศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีปัญหาติดยาหรือร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) และมีปัญหาติดยาหรือร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ช่วง 3 วันแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 40 คน โดยคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ มีประวัติการเสพยาติดยาหรือหรือนิโคตินในระดับปานกลางขึ้นไป (4 คะแนนขึ้นไป) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (FTND) และมีอาการทางจิตสงบ (BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน) ฟังอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคหอบหืด และกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (matched-pairs) ด้วยระดับพฤติกรรมการเสพยาติดยาหรือจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อ 1 กันยายน 2558-30 กันยายน 2559 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคน จะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบำบัดรักษาสำหรับ ข้อมูลจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมการให้คำปรึกษา ร่วมกับ

การออกกำลังกายซึ่ง Bernard et al. (2013) พัฒนาขึ้น ด้วยการผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของ Prochaska, Johnson, & Lee (2009) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายที่พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายเป็นการดำเนินกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยกิจกรรมที่ 1, 3, 5, 7 จัดทำเป็นรายกลุ่ม ในช่วงเช้าของวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และอาทิตย์ ส่วนกิจกรรมการออกกำลังกายครั้งที่ 2, 4, 6 จัดทำเป็นรายกลุ่ม ในช่วงบ่ายของวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ซึ่งเป็นวันเดียวกันในการจัดกิจกรรมที่ 1, 3, 5, 7 ระยะเวลาการทำกลุ่มครั้งละ 75 นาที และในกิจกรรมที่ 8 จัดทำเป็นรายบุคคลก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้พิษภัยบุหรี่ การทบทวนประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจ ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (self-reevaluation)

กิจกรรมที่ 2, 4, 6 การออกกำลังกายเพื่อลดความรู้สึกลอยากบุหรี่ ประกอบด้วย การเดินวิ่งบนสายพาน การปั่นเครื่องปั่นจักรยาน ใช้ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (warm down) 10 นาที ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 50 นาที (โดยกำกับจากอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 40-60%) และ cool down อีก 10 นาที (Taylor, Ussher & Faulkner, 2007)

กิจกรรมที่ 3 การชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจและหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียเพื่อตัดสินใจ (decision balance) Self-talk

การค้นหาปัญหาอุปสรรค การกำหนดเป้าหมายแนวทางที่ชัดเจน (social liberation) รวมถึงวิธีการแก้ปัญหาเสนอทางเลือกและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ การค้นหาสิ่งกระตุ้น และการหาแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น ประกอบด้วย การประเมินตนเอง (self-reevaluation) การสนับสนุนให้เกิดการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (helping relation) การค้นหาสิ่งกระตุ้น การให้ความรู้เรื่องสิ่งกระตุ้น และแนวทางในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น รวมถึงการฝึกทักษะการหยุดความคิด (thought stopping)

กิจกรรมที่ 7 ทักษะในการเผชิญปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การทบทวนถึงทางเลือกในการเผชิญปัญหา การระบุถึงวิธีการ (peer education) การฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับความเครียด (stress management)

กิจกรรมที่ 8 การสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การทบทวนการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมามาทั้งหมด รวมถึงการหาแนวทางการจัดการกับสิ่งที่ยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และมีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 5 คน เพื่อศึกษาถึงความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความ

รู้สึกลอยากบุหรี่ (TCQ-SF) ของ Heishman, Singleton, & Moolchan (2003) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerstorm (1993) แปลเป็นภาษาไทยโดยพ่องศรี ศรีมรกต (2550) ซึ่งเครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และเครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .82 ตามลำดับ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยรุ่งทิพา ใจจา (2550) ซึ่งผู้วิจัยปรับให้เหมาะสมในการประเมินถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านองค์ความรู้และทักษะการบำบัด รวมถึงพัฒนาเครื่องมือวิจัย เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แล้วจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม

ตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ให้ทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมการเสพยาโคติน (FTND) และแบบประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ (TCQ-SF) (pre-test) สำหรับในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การประเมินร่างกายจิตใจ การเข้ากลุ่มบำบัดของหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำตามปัญหาอาการ การวางแผนจำหน่าย รวมถึงปฏิบัติตามกฎระเบียบการงดสูบบุหรี่ ส่วนในกลุ่มทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน และดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษา

3. ขั้นประเมินผลวิจัย 1) ประเมินความรู้สึกลอยากบุหรี่ (TCQ-SF) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันใน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนออกกำลังกาย ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 1 ระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และระยะหลังออกกำลังกายครั้งที่ 3 2) ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน คือ ก่อนให้โปรแกรมการให้คำปรึกษา และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (post-test) และกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 8 ในทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย 2) เปรียบเทียบความรู้สึกลอยากบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี planned Comparisons 3) เปรียบเทียบ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test 4) เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม โดยใช้ independent t-test และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกลอยากนุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรื

การทดสอบค่าเฉลี่ย	Contrast	Variance of Contrast	F
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนออกกำลังกาย VS หลังออกกำลังกาย 1	-6.30	10.119	3.922*
หลังออกกำลังกาย 1 VS หลังออกกำลังกาย 2	-14.00		19.369*
หลังออกกำลังกาย 2 VS หลังออกกำลังกาย 3	-18.70		34.557*
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
ก่อนการออกกำลังกาย	-4.00		1.581
หลังออกกำลังกาย 1	-0.20		.003
หลังออกกำลังกาย 2	-5.95		3.498*
หลังออกกำลังกาย 3	-19.45		37.385*

*p < .05

จากตารางที่ 1 สรุปได้ว่าความรู้สึกลอยากนุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรืภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกช่วงของ

การออกกำลังกายทั้ง 3 ครั้ง และเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในช่วงหลังออกกำลังกายครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองระยะก่อนหลังการทดลอง (n = 40)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่	\bar{X}	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง	7.10	1.55	19	15.65	.000
หลังการทดลอง	3.60	1.10			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ในกลุ่ม ทดลอง อดก่อนและหลังการทดลองมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองสูงกว่า หลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ($n = 40$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่	\bar{X}	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.10	1.55	38	.213	.833
กลุ่มควบคุม	7.00	1.41			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.60	1.10	38	-6.639	.000
กลุ่มควบคุม	6.60	1.70			

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนน เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐาน การวิจัยข้อที่ 1 คือ ความรู้สึกลอยากบุหรี่ของผู้ป่วย จิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้ คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับ การออกกำลังกายน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ และพัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ติดบุหรี่ ได้รับการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยได้รู้จักการจัดการกับอาการอยาก บุหรี่และวิธีการเลิกบุหรี่ การจัดการกับแรงกระตุ้น ทั้งภายในและภายนอกที่เกิดขึ้น รวมถึงการติดตาม ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและมีความ ตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Riggs, Hughes, & Pillitteri, 2001) ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Williams & Foulds (2007) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ยังมีแรงจูงใจและความ พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย จึงไม่สามารถหยุด สูบบุหรี่ได้สำเร็จ ส่วนการออกกำลังกายนั้นเป็น เป้าหมายหลักเพื่อช่วยลดความรู้สึกลอยากบุหรี่ จะมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของจิต ชีววิทยา (psychobiological mechanisms) ที่ไป กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward pathway เพิ่มขึ้นทดแทนการกระตุ้นจาก สารนิโคตินในบุหรี่ ช่วยลดความว้าวุ่นใจ ลดความ เครียดและลดแรงกระตุ้น เพิ่มความสุขความ

พึงพอใจได้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2007) ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ว่า การออกกำลังกายในระดับปานกลาง (ชีพจรเพิ่มขึ้น 40 - 60%) (Daniel, Cropley, & Fife-Schaw, 2006) ได้แก่ การเดินบนสายพาน (Taylor, Katomeri, & Ussher, 2005) การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก การเดินแอโรบิก การเดินทั่วไป และการปั่นจักรยาน เป็นต้น สามารถช่วยลดอาการขาดนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวได้เป็นอย่างดี (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2007)

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** คือ ความรู้สึกอยากบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอธิบายได้ว่าการเกิดอาการอยากบุหรือนั้นจะเกิดในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่ปริมาณที่หนัก คือมากกว่าหรือเท่ากับ 21 มวนขึ้นไป แล้วมีการหยุดสูบบุหรี่กะทันหัน เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทำให้ต้องมีการหยุดสูบบุหรี่โดยพบมาก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 50 ที่สูบบุหรี่ 21-30 มวนต่อวัน และส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่ครั้งสุดท้าย 6-10 ชั่วโมง ก่อนมานอนโรงพยาบาล สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-4 ว่าการเกิดความรู้สึกอยากบุหรี่หรือภาวะถอนนิโคตินนั้นสามารถเกิดได้หลังจากหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ช่วง 2 หรือ 3 ชั่วโมง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ครั้งสุดท้าย และมักจะมีอาการรุนแรงคงอยู่ในช่วง 3-5 วัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์

และสุนิดาปริชาวงษ์ (2553) ที่ว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการถอนนิโคตินหรือความรู้สึกอยากบุหรือนั้นจะพบได้ตั้งแต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในช่วงเวลาดังกล่าว นั่นคือ 3 วันแรกของการนอนโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในเพื่อเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้ง ในช่วงที่เกิดความรู้สึกอยากบุหรือนี้ ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายด้วยการวิ่งสายพานและการขี่จักรยาน จนชีพจรเพิ่มขึ้นจากเดิม 40-60% ส่งผลให้ความรู้สึกอยากบุหรี่ยลดลงได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการออกกำลังกายจะมีผลไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลต่อ Reward pathway เพิ่มขึ้น จึงสามารถไปทดแทนการกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขความพึงพอใจได้เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2007) ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกอยากบุหรือน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3** คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาฯ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้จะเป็นแรงที่ช่วยผลักดันและสนับสนุนกลุ่มเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ ดังที่พบว่าเมื่อมีสมาชิกในกลุ่มบางคนที่มีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นต่อต้านหรือขั้นเพิกเฉยไม่สนใจปัญหา ก็จะมีสมาชิกอื่นที่เหลือในกลุ่ม

คอยช่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้เพื่อนเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Santa Ana et al. (2009) ที่พบว่าการใช้การบำบัดแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม มีการสนับสนุนระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม ช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคล และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการที่มีทัศนคติทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้อย่างประสบความสำเร็จ

4. ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ **สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4** คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายนั้น มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาได้ดี ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด อาทิเช่น กลุ่มบำบัดทั่วไป รวมถึงการดูแลรักษาด้วยยาทางจิตเวช ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้เป็นเพียงการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรือยังคงมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภท

ที่ติดยาหรือยังคงมีแรงจูงใจและความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย จึงไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Williams & Foulds, 2007) จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพในการช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และสามารถลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเองได้อย่างจริงจัง ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกไปใช้ชีวิตตามปกติในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากแรงจูงใจในบุคคลสามารถที่จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2. **ด้านการศึกษา** ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาหรือสารเสพติดอื่นๆรวมทั้งการอบรมถึงผลของการออกกำลังกายต่อการลดความอยากบุหรี่

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาวช่วง 1, 3, 6, และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาการสูบบุหรี่เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่นว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่หรือมีข้อจำกัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- พงษ์ศรี ศรีมรกต. (2552). *แนวปฏิบัติการพัฒนางานบริการเลิกบุหรี่สู่งานประจำ*. กรุงเทพฯ: เบญจผล.
- รุ่งทิภา ใจจา. (2550). *ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสมหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิคการเรียนรู้ทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เสพติดสูบบุหรี่*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2557). *การสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่*. กรุงเทพฯ.
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2552). *ผลของการกวดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bernard, P. P. N., et al. (2013). Counseling and exercise intervention for smoking reduction in patients with Schizophrenia: a feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(1), 23-31.
- Brown, S., Barraclough, B., & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 212-217.
- Campbell, E. C., Hurford, I. M., Esposito, A. Z., Lybrand J., Mann, S. C., & Caroff, S. N. (2013). *Comorbid Addictions and Schizophrenia. Interventions for Addiction*, 3, 497-502.
- Capasso, R. M., Lineberry, T.W., Bostwick, J. M., Decker, P. A., & St. Sauver, J. (2008). Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophrenia Research*, 98, 287-294.
- David, C.D. (2012). *Nicotine and Tobacco [online]*. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000953.htm> [2013, September 10].
- Daniel, J. Z., Cropley, M., & Fife-Schaw, C. (2006). The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction*, 101, 1187-1192.
- Fagerstrom, K. O. (1993). Effectiveness of Nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111, 271-277.
- Forchuk, C., Norman, R., Malla, A., Vos, A., & Martin, L. (1997). Smoking and Schizophrenia.

- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 355-359.
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Moolchan, E.T. (2003). Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine and Tobacco Research*, 5(5), 645-654.
- Jennifer, D. G., & Eden, A. E. (2007). How to treat nicotine dependence in smoker with schizophrenia. *Current Psychiatry*, 6(7).
- Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S., & Frasch, K. (2006). Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 242-248.
- Levin, L. A., D. Talley, & G. Thayer. (1996). Succession of macrobenthos in a created salt marsh. *Marine Ecology Progress Series*. 141(1-3), 67-82.
- McChrgue, D. E., Gulliver, S. B., & Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment. *Addiction*, 97, 785-791.
- McCreadie, R. G., & Kelly, C. (2000). Patient with Schizophrenia who smoke private disaster. *British Journal of Psychiatry*, 176, 109.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30, 67-76.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M. & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8-24.
- Prochaska, J., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The transtheoretical model behavior change. *The Handbook of Health Behavior Change*, 3, 85-106.
- Riggs, R. L., Hughes, J. R., & Pillitteri, J. L. (2001). Two behavioral treatments for smoking reduction: A pilot study. *Nicotine and Tobacco Research*, 3, 71-76.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *The Royal Society*, 363, 3137-3146.
- Santa, Ana, E. J., Rounsaville, B. J., Frankforter, T. L., Nich, C., Babuscio, T., Poling, J., et al. (2009). D-Cycloserine attenuates reactivity to smoking cues in nicotine dependent smokers: A pilot investigation. *Drug Alcohol Dependence*, 104, 220-227.
- Shaw, D., & Al'Absi, M. (2008). Attenuated beta endorphin response to acute stress is Associate with smoking relapse. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 90, 357-362.
- Stephoe, A., & Ussher, M. (2006). Smoking, cortisol and nicotine. *International Journal of Psychophysiology*, 59, 228-235.
- Strasser, K. M. (2002). *Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia [online]*. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/publications/>

- smoke/smoke.pdf [2014, January4].
- Taylor, A. H., Katomeri, M., & Ussher, M. (2005). Acute effect of self-paced walking on urges to smoke during temporary abstinence. *Psychopharmacology, 181*, 1-7.
- Taylor, A. H., Ussher, M. H., & Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: A systematic review. *Addiction, 534*–543.
- Veena, K., & Peggy, P. (2005). Review nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*, 1021-1034.
- Williams, J. M., & Foulds, J. (2007). Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 164*, 222–227.
- Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke?. *Current Opinion in Psychiatry, 23*(2), 112–119.