

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับ  
การนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท\*

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

ทิพย์นา จันทร์สว่าง, พย.บ.(Tipnapa Chansawang, RN.)\*\*

เพ็ญนา แดงด้อมยุทษ์, ปร.ค. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D., RN.)\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** The purposes of this quasi-experimental research were to compare smoking cessation behaviors of schizophrenic patients before and after receiving the self-efficacy promoting combined with reflexology program, and to compare smoking cessation behaviors of schizophrenic patients who receiving regular nursing care.

**Methods:** The samples consisted of 40 male of persons with schizophrenia who received services at the inpatient of Srithanya Psychiatric Hospital and met the inclusion criteria. They were match paired with Nicotine addict scores and then randomly assigned into either experimental and control group, 20 subjects in each group.

The experimental group received the self-efficacy promoting combined with reflexology program and the control groups received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) The self-efficacy promoting combined with reflexology program, and 2) Smoking cessation behaviors Test. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the smoking cessation behaviors test was reported by Cronbach's Alpha as of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks test and Mann-Whitney U test.

**Results:** 1. The smoking cessation behaviors scores of schizophrenic patients after receiving the self-efficacy promoting combined with reflexology program was significantly lower

\*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
(Thesis for the degree of master of nursing science program in psychiatry and mental health nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University)

\*\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
(Student, master of nursing science program in psychiatry and mental health nursing, Faculty of nursing, Chulalongkorn University)

\*\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: dnayus@yahoo.com

วันที่รับ (received) 5 มีนาคม 2561 วันที่แก้ไข (revised) 20 พฤษภาคม 2561 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 มิถุนายน 2561

than those before at  $p = .05$

2. The smoking cessation behaviors scores of schizophrenic patients who received the self-efficacy promoting combined with reflexology program and those who received regular caring were not statistically different ( $p = .08$ ).

**Keywords:** Self-efficacy, Reflexology, Smoking cessation, Schizophrenic

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทเพศชายจำนวน 40 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา และผ่านเกณฑ์คัดเข้า แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติดนิโคติน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการ

นวดกดจุดสะท้อน และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann-Whitney U test

### ผลการศึกษา :

1. คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ( $p = .08$ )

**คำสำคัญ:** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การนวดกดจุดสะท้อน การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจิตเภท

### ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทพบมากถึงร้อยละ 88 เมื่อพิจารณาจากเพศพบว่าเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 35 และเพศหญิงร้อยละ 2 (McCreadie & Kelly, 2000) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ก็พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 70.3 และเพศหญิงร้อยละ 18.2 (ชัยชนก จิงา, 2546) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zhang, และ

คณะ (2012) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 79 ส่วนด้านสาเหตุของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสูบบุหรี่นั้นส่วนหนึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อว่าสารนิโคตินในบุหรี่ช่วยลดผลข้างเคียงจากยา ช่วยให้อาการทางลบของโรคจิตเภทดีขึ้น (Kumari & Postma, 2005) สาเหตุที่สำคัญคือการที่ผู้ป่วยมีการตัดสินใจบกพร่องและพบว่าการสูบบุหรี่มากกว่า 21-30 มวนต่อวัน (ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง, 2560) ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2552; มธุรดา สุวรรณโพธิ์, ม.ป.ป.)

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่แต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น มีผลมาจากปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความอยากใช้สารเสพติด เมื่อสูบบุหรี่สารนิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าสู่สมองส่งผลต่อ Brain reward system สารนี้จะไปกระตุ้นให้สมองหลั่งโดปามีน (dopamine) ในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความสุขที่ได้สูบบุหรี่เกิดความอยากและมีความต้องการที่จะสูบบุหรี่ต่อไป (Hatsukami, Stead, & Gupta, 2008) ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจและความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ มีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ได้น้อย (Williams & Foulds, 2007; Ziedonis & George, 1997) ขาดทักษะในการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยมักใช้นิโคตินเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต แต่ในขณะเดียวกันสารนิโคตินจะเข้าไปลดประสิทธิภาพของยารักษา โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงและความก้าวร้าวของผู้ป่วย เป็นต้น (Ziedonis

& George, 1997) และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การมีคนรอบข้างสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสูบบุหรี่ (Mann-Wrobel, Bennett, Weiner, Buchanan, & Ball, 2011) การต้องการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน (Forchuk, Norman, Malla, Vos, & Martin, 1997) เป็นต้น

สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้น ขาดความตระหนักในการคำนึงถึงอันตรายและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่ต่อเนื่องจะทำให้เกิดการติดยา (สนทรรศ นุชราทิจและอภิญา สิริไพบูลย์กิจ, 2555) และจากปัญหาการสูบบุหรี่ส่งผลโดยตรงกับความรุนแรงและการกำเริบของโรค (Goff, Henderson, & Amico, 1992; Hughes, 1993) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางจิตเวชกำเริบ (Pongsri, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า (ฉันทิยา คารมย์, 2555; เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ, 2556; Jetiyanuwatr, 2001) การมีความพยายามในการเลิกบุหรี่ (ตรีชญา บุญจันทร์, 2550) ความตั้งใจในการลดหรือเลิกบุหรี่และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ศิริณี อิ่มน้ำข้าว, 2555) จากการศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยในพบว่าตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากผู้ป่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจ และความตั้งใจเป็น สิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ประสบความสำเร็จใน การเลิกสูบบุหรี่ (ฉันทิยา คารมย์, 2555; เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, 2556)

ที่ผ่านมามีการนวดกดจุดสะท้อนช่วยให้ ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถทนต่ออาการอยาก สูบบุหรี่และมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ที่ดีขึ้น (นันท์ธิยาภรณ์ มะละสีลป์, 2555) ซึ่งผู้ที่ต้องการ เลิกสูบบุหรี่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เพราะทนต่ออาการอยากสูบบุหรี่ไม่ได้ รวมทั้ง ต้องการที่พึงพิงและกำลังใจ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2552) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนยังช่วยกระตุ้น กระแสประสาทให้ปลดปล่อยเอนโดรฟินออกมา ทำให้รู้สึกมีความสุขเหมือนกับกลไกการทำงานของนิโคติน (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำให้อารมณ์เป็นสุขและ สบายใจขึ้น (Shaw & al'Absi, 2008) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนกับการนวดกดจุดสะท้อนมารวมใน โปรแกรมเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการ หยุดสูบบุหรี่ ลดอาการอยากบุหรี่ซึ่งเป็นอุปสรรค ที่สำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการ รับรู้ความสามารถแห่งตนมากขึ้นก็จะเกิดความ มั่นใจและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การ สูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเลิก สูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนกับกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการเลิกบุหรี่ ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการ นวดกดจุดสะท้อนเป็นส่วนหนึ่งของการ บำบัดแบบผสมผสาน (Complementary medicine) การแพทย์ทางเลือกภายใต้สถาบันสาธารณสุข แห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine [NCCAM], 2007) โดยการจัดกิจกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการส่งเสริมการรับรู้ความ สามารถของตนเองร่วมกับกิจกรรมการนวดกด จุดสะท้อนเข้าทั้ง 5 จุดสะท้อน ในทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทผ่อนคลาย ลดความกังวล ความเครียด และความอยากบุหรี่ ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine : NCCAM, 2007) มีดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 : การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion)** การพูดชักจูงให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจเพิ่มสมรรถนะการฝึกการนวดกดจุดสะท้อนเท่ากับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ลดความรู้สึกลอยๆ

**กิจกรรมที่ 2 : การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience)** การเปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย เพื่อตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อลดความรู้สึกลอยๆ

**กิจกรรมที่ 3 : ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (enactive mastery experience)** การค้นหาสิ่งกระตุ้นและลงมือปฏิบัติในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นและความรู้สึกลอยๆด้วยการนวดกดจุดสะท้อน

**กิจกรรมที่ 4 : การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective status)** การเรียนรู้ที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง พุดระบายความรู้สึกลอยๆเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ การปฏิเสธ ส่งเสริมด้วยการนวดกดจุดสะท้อนในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรม  
การเลิกสูบบุหรี่

### แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pre - post test control group design)

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

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีประวัติสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าคะแนน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fagerstrom, Schneider และ Lunell (1993) การติดนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไป คือ มี 4 คะแนนขึ้นไป และมีอาการทางจิตทุเลา คือ คะแนน BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน (Overall &

Gorham, 1962) "ได้รับการจับคู่ (matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยคะแนนการติดนิโคติน (Piper, McCarthy, & Baker, 2006) จำนวน 40 คน จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

หลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (central limit theorem) เป็นทฤษฎีความน่าจะเป็นของการแจกแจงแบบปกติของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่มีจำนวนมาก ซึ่งนำมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ๆ กันเพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่ดีที่สุด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัยควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป ที่ค่าเฉลี่ยจะมีการแจกแจงโค้งปกติ (Rice, 2006) และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 30

ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลศรีธัญญาและได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงานที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย และสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับการรักษาหรือการบริการต่างๆ รวมถึงข้อมูลจากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นลักษณะภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จาก การศึกษาของ Bandura (1977) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนตามแนวคิดของ National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM (2007) โดยมีปัจจัยที่ช่วยในการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ปัจจัย (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) การใช้คำชักจูง (verbal persuasion) 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) 3) ประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experi-

ence) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotion arousal) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการสูบบุหรี่ตามบริบทของประเทศไทย โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกันแต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 60 นาที และติดตามประเมินซ้ำอีก 2 สัปดาห์ หลังจบกิจกรรม ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านและนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อดูความเหมาะสมชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

### 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในปัจจุบัน และประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation behaviors Test) ตามแนวคิดของ Velicer, DiClemente, Rossi, และ Prochaska (1990) ดัดแปลงจากประเมินของ จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) และแบบประเมินของเอมหทัย ศรีจันทร์ หล้า (2556) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีความ

ตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองได้แก่

**3.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท (smoking cessation self - efficacy test)** ตามแนวคิดของ Velicer และคณะ (1990) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน ๗ ของ จิราภรณ์ เนียมกุญชร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) และแบบประเมิน ๗ ของเอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ (2556) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

**3.2 แบบประเมินความรู้สึกอยากบุหรี่ (Tobacco Craving Questionnaire-Short Form : TCQ-SF)** ของ ฮีทสแมนและคณะ (Heishman, Singleton, & Moolchan, 2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวีระ เจริญกุล (2558) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

**1. ระยะเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาดำรงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ผู้วิจัยนำเสนอ ชี้แจงโครงการวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างหลังยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การวิจัย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และให้ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย

**2. ระยะดำเนินการวิจัย** ดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ คะแนนการเสพติดสารนิโคตินเพื่อควบคุมตัวแปรที่มีผลกระทบบางงานวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กำหนดนัดหมายตาม วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าวผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การวิจัย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และให้ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติและประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประวัตติการสูบบุหรี่ ข้อมูลสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ โทษพิษภัยของบุหรี่ การได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดคอดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนโดยดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 10:30-11:30 น. และช่วงบ่ายเวลา

14:00-15:00 น. ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่และแบบประเมินความรู้สึกลอยากนุหรีทันที

**3. ระยะประเมินผลการวิจัย** หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (post-test) โดยนัดกลุ่มทดลองในช่วงเช้าและกลุ่มควบคุมในช่วงบ่าย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการทดลองโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทนำมาวิเคราะห์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดจุดสะอาดขึ้นด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (pre - test) และหลังการทดลอง (post - test) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 40 คนแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เป็นเพศชายร้อยละ 100 ในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 การศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส คิดเป็น ร้อยละ 35 สถานภาพส่วนใหญ่ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 อาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 40 ความเพียงพอด้านรายได้ คิดเป็นร้อยละ 70 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 50 และประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 สถานภาพส่วนใหญ่ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50 ความเพียงพอด้านรายได้คิดเป็นร้อยละ 60 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 80 และประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ช่วงก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)			Mann-Whitney U test	p-value
	M ± SD	Mean Rank	Sum of Ranks	M ± SD	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนการทดลอง	17.05 (± 4.81)	21.53	430.5	16.15 (± 5.51)	19.48	389.5	179.5	.58
หลังการทดลอง	20.10 (± 5.32)	23.78	475.5	16.65 (± 6.89)	17.23	344.5	134.5	.08

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น พบว่า

ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกัน คือ 17.05 และ 16.15 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้น คือ 20.10 อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง แต่ในกลุ่มควบคุมยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ 16.65 จากการทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 2** แสดงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

	ก่อนทดลอง (n = 20)		หลังทดลอง (n = 20)		p - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่</b>	17.05	4.81	20.10	5.32	.008
1. หลีกเลียงการดื่มหรือเมื่อนึกถึงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	1.30	.66	1.05	.60	.096

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test (ต่อ)

	ก่อนทดลอง (n = 20)		หลังทดลอง (n = 20)		p - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
2. รับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป	1.35	.75	1.05	.69	.058
3. รับประทานผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก	1.45	.69	1.25	.72	.102
4. บ้วนปากหรือแปรงฟัน ทุกครั้งหลังกิน อาหารเสร็จ	1.10	.64	1.05	.60	.763
5. เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ หากิจกรรมอย่างอื่นทำ แทนการหยิบบุหรี่มาสูบ	1.05	.51	1.75	.44	.000
6. สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ เวลาที่อยาก สูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย	1.30	.47	.95	.76	.070
7. ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้นาน ที่สุดจนความอยากบุหรีลดลง	.85	.59	1.65	.59	.002
8. เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทนการ สูบบุหรี่	1.15	.49	1.60	.50	.013
9. เมื่อปากว่างอยากสูบบุหรี่หาผลไม้รสเปรี้ยว หรือขนมแทนการสูบบุหรี่	1.30	.57	1.00	.56	.083
10. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	1.25	.64	.90	.72	.070
11. กล่าวที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและ บอกว่ากำลังเลิกบุหรี่	1.20	.62	1.05	.76	.405
12. ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบ	1.00	.46	1.70	.47	.000
13. หางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่	.80	.62	1.80	.41	.001
14. เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆ ที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่	.90	.55	1.60	.50	.003
15. หาเวลาว่างในการออกกำลังกาย	1.05	.60	1.70	.47	.005

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมอาการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p - value
	(n = 20)		(n = 20)		
	X	SD	X	SD	
พฤติกรรมอาการเลิกสูบบุหรี่	16.15	5.51	16.65	6.89	.657
1. หลีกเลียงการดื่มหรือเมื่อนึกถึงเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	1.0	.65	1.05	.60	.763
2. รับประทานอาหารแต่พอดีไม่อิ่มมากเกินไป	1.0	.79	1.3	.57	.163
3. รับประทานอาหารผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก	1.25	.72	1.3	.80	.755
4. บ้วนปากหรือแปรงฟัน ทุกครั้งหลังกินอาหารเสร็จ	1.3	.73	1.45	.60	.366
5. เมื่อรู้สึกอยากบุหรี่ หากิจกรรมอย่างอื่นทำแทนการหยิบบุหรี่มาสูบ	.90	.64	.85	.75	.782
6. สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ เวลาที่อยากสูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลาย	1.15	.67	1.1	.72	.739
7. ถ่วงเวลาความอยากบุหรี่ออกไปให้นานที่สุดจนความอยากบุหรี่ยลดลง	1.15	.75	1.1	.72	.796
8. เมื่ออยากสูบบุหรี่หาวิธีอื่นแทนการสูบบุหรี่	1.00	.65	.80	.83	.317
9. เมื่อปากว่างอยากสูบบุหรี่หาผลไม้รสเปรี้ยวหรือขนมแทนการสูบบุหรี่	1.00	.79	.80	.77	.377
10. หลีกเลียงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	1.2	.70	1.1	.72	.599
11. กล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและบอกว่ากำลังเลิกบุหรี่	.95	.60	1.20	.77	.166
12. ลดจำนวนมวนบุหรี่หรือสูบลดลง/ไม่สูบ	.90	.72	1.00	.73	.617
13. ทำงานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่	1.05	.76	1.4	.75	.138
14. เมื่อรู้สึกเครียดเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นๆที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่	1.00	.65	1.2	.89	.285
15. หาเวลาว่างในการออกกำลังกาย	1.3	.66	1.0	.92	.109

## การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการบำบัดแบบผสมผสาน (complementary medicine) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเกิดการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ การจัดการกับความอยากบุหรี่ และการฝึกทักษะต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละวัน หลังจากการเรียนรู้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (observation learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (self regulatory) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการโดยบุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่างและการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จโดยบุคคลที่เชื่อในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จและสมรรถนะแห่งตนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล (Bandura, 1997) โดยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนประกอบด้วย องค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (enactive mastery experience) และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective status) ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานที่ได้รับคามนิยามมากขึ้น และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแล ผู้ที่มีปัญหาในการสูบบุหรี่และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่จากอาการไม่สุขสบายหลังจากที่ต้องหยุดสูบบุหรี่เมื่อต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (วีระ เจริญกุล, 2558) อาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางอารมณ์ จิตใจ รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคมซึ่งมีหลายมิติด้านของความ เป็นมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ สังคม ครอบครัว (กัลป์กร ฉัตรแก้ว, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดทางเลือกหรือการพยาบาลแบบผสมผสาน ที่สามารถนำมาเสริมเพิ่มเพื่อความสมบูรณ์ของการรักษาซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลเสริมสร้างสุขภาพ (ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพวงสันนิชโรจน์, 2549) ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ โดยหลักการของการบำบัดคือ การลดความตึงเครียด และอาการอื่น ๆ การสร้างความผ่อนคลาย ตอบโต้ภาวะด้านทานของจิตประสาท ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานจึงสามารถนำมาช่วยบรรเทาอาการอยากบุหรี่เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น (ฉันทิยา คารมย์, 2555) การ

ช่วยเลิกบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยการรักษาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเข้มข้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

2. ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อน ไม่แตกต่างจากพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยที่ก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าใกล้เคียงกัน คือ 17.1 และ 16.2 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ภายในเกณฑ์พฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระดับต่ำ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่สูงขึ้น คือ 20.1 อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง แต่ในกลุ่มควบคุมยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ คือ 16.7 จากการทดสอบทางสถิติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ การคิดและความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลอยู่เดิมแล้ว (สัจชัยกุลชาติ และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) รวมทั้งขาดสมาธิ ความตั้งใจแสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ได้ รวมทั้งไม่กล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นและเมื่อรู้สึกเครียดไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมเป็นเหตุให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งมีการเชื่อมของการคิดที่

เกิดจากการติดบุหรี่ร่วมด้วยส่งผลให้เป็นการยากขึ้นในการจะควบคุมความคิดเชิงเหตุผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ (Tsoi, Porwal, & Webster, 2013)

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนน่าจะเป็นโปรแกรมหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อันจะช่วยในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ เช่น การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ การจัดการกับความอยากบุหรี่ และการฝึกทักษะต่างๆที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละวัน หลังจากการเรียนรู้เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการโดยบุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมบางอย่างและการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ โดยบุคคลที่เชื่อในความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ จะกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจนบรรลุผลสำเร็จ

#### ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย โดยการที่พยาบาลจะนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนไปใช้นั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการนัดกดจุดสะท้อน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และมีทักษะในการทำกลุ่มบำบัด

## เอกสารอ้างอิง

- กัลยกร นัทรแก้ว. (2552). การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายสำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*, (228-260). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิศา ปรีชาวงษ์. (2550). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 1(1), 2-13.
- ฉันทิยา คารมย์. (2555). *ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรียุภา บุญจันทร์. (2550). *ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยชาวไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญชนก จิงา. (2546). *ทัศนคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันท์ธิยาภรณ์ มะละศีลปี. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิก ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศิริ จันทร์มิ่งคล. (2552). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องโรคร่วมในโรคจิตเภทเสพติด วันที่ 25-26 พฤษภาคม 2552*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- มธุรดา สุวรรณโพธิ์. ม.ป.ป. *Dual diagnosis*. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2552, จาก <http://www.thaifamilylink.net/mambo454/index.php>
- ลดาวลัย อุ้นประเสริฐพวงสันนิชโรจน์. (2549). การบำบัดเสริมและการแพทย์ทางเลือกในการบำบัดทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 18(3), 1-7.
- วีระ เจริญกุล. (2558). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกอยากบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริฉณี อิ่มน้ำข้าว. (2555). *รูปแบบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลมหาสารคาม*. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(3), 7-20.
- ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. (2560). *พบผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากขึ้น บางส่วนสูบ 21-30 มวนต่อวัน*. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2552, จาก <https://www.tcijthai.com/news/2017/22/current/7357>

- สนทรรศ บุญราติง และอภิญา สิริไพบูลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ที่สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 305-312.
- สัญญาชัย กุลาดี และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). อาการและอาการแสดงทางจิตเวช. ใน: มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติพิมพ์ครั้งที่4* (หน้า59-67). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหิดล.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2555). *คู่มือการควบคุมยาสูบ ฉบับผู้ปฏิบัติการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- เอมมทัย ศรีจันทร์หล้า. (2556). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Fagerström, K., Schneider, N., & Lunell, E. (1993). Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111(3), 271-277.
- Forchuk, C., Norman, R., Malla, A., Vos, S., & Martin, M. L. (1997). Smoking and schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(5), 355-359.
- Goff, D. C., Henderson, D. C., & Amico, E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1189-1194.
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., & Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *The Lancet*, 371(9629), 2027-2038.
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Moolchan, E. T. (2003). Tobacco Craving Questionnaire: Reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(5), 645-654.
- Hughes, J. R. (1993). Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 54(3), 109-114.
- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province. Master's thesis, Faculty Science, Mahidol University.*
- Kumari, V., & Postma, P. (2005). Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(6), 1021-1034.
- Mann-Wrobel, M. C., Bennett, M. E., Weiner, E. E., Buchanan, R. W., & Ball, M. P. (2011).

- Smoking history and motivation to quit in smokers with schizophrenia in a smoking cessation program. *Schizophrenia research*, 126(1), 277-283.
- McCreadie, R. G., & Kelly, C. (2000). Patients with schizophrenia who smoke: Private disaster, public resource: Private disaster, public resource. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 109-109.
- National Center for Complementary therapy and Alternative Medicine. (2007). *Considerations for NCCAM Clinical Trail Grant Applications*. Retrieved January 17, 2007, from <http://nccam.nih.gov/research/policies/clinical-considerations.htm#skipnav>. Accessed
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Piper, M. E., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(3), 339-351.
- Pongsri, S. (2009). *Guidelines for professional nurses in smoking cessation therapy*. (2<sup>nd</sup> ed.). Bangkok: Manassas Film Partnership.
- Rice, J. A. (2006). *Mathematical statistics and data analysis*. Boston, MA. : Cengage Learning.
- Shaw, D., & Al'Absi, M. (2008). Attenuated beta endorphin response to acute stress is associated with smoking relapse. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 90(3), 357-362.
- Tsoi, D. T., Porwal, M., & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, Cd007253.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive behaviors*, 15(3), 271-283.
- Williams, J. M., & Foulds, J. (2007). Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 222-227.
- Zhang, X. Y., Liang, J., Xiu, M. H., He, J., Cheng, W., Wu, Z., et al. (2012). Cigarette smoking in male patients with chronic schizophrenia in a Chinese population: Prevalence and relationship to clinical phenotypes. *PLoS One*, 7(2), e30937.
- Ziedonis, D. M., & George, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 247.