ผลของกลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ต่อความรู้และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ธิดารัตน์ คณึงเพียร, ปร.ด.[1]* ธิดา มุลาลินท์, พย.ด.[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของกลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ต่อความรู้และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่า เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) และ มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 40 คน โดยสุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบค่าที

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเลิกบุหรี่และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (ก่อนการทดลอง $M = 5.15$, $SD = 1.93$; หลังการทดลอง $M = 7.33$, $SD = 1.94$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (ก่อนการทดลอง $M = 8.23$, $SD = .95$; หลังการทดลอง $M = 9.45$, $SD = 0.75$) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรมีการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่เพื่อเพิ่มความรู้และความพร้อมในการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

คำสำคัญ: กิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ ความรู้ การเลิกบุหรี่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

---

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th

Received 11/01/2025 Revised 23/06/2025 Accepted 25/06/2025

The Effect of Motivational Enhancement Therapy Group Activities on Knowledge and Readiness to Quit Smoking for Individuals With Schizophrenia

Thidarat Kanungpiarn, Ph.D, Nursing[1]*, Thida Mulalint, D.N.S.[1]

Abstract

The quasi-experimental to study the effect of motivational enhancement therapy groups on knowledge and readiness to quit smoking for individuals with schizophrenia. The research using a one-group pretest-posttest design. A simple random sampling method was used to recruit the sample of 40 people with schizophrenia who met the specified criteria. The research instruments included questionnaires to gather data for 1) Personal information 2) readiness to quit smoking assessment 3) knowledge about smoking 4) motivational enhancement therapy group for quitting smoking. Find the reliability of the tool by calculating Cronbach's alpha coefficient, which yielded reliability values of 0.89 and 0.94. Data analysis using descriptive statistics and pair t-test.

The results revealed that the comparison of the mean scores of readiness to quit smoking and knowledge about smoking between the before and the after experiment that the mean score of readiness to quit smoking (before the experiment M = 5.15, SD = 1.93; after the experiment M = 7.33, SD = 1.94) and the mean score of knowledge about smoking (before the experiment M = 8.23, SD = 0.95; after the experiment M = 9.45, SD = 0.75) were significantly higher than before experiment at the level of $p < .001$.

The findings suggest that psychiatric nurses should conduct group therapy activities to enhance motivation for quitting smoking in order to increase knowledge and readiness to quit smoking for individuals with schizophrenia.

Key words: Motivational enhancement therapy group activities, knowledge, quit smoking, schizophrenia

[1] Lecturer, Boromrajonnani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Boromrajonnani College of Nursing Institute

* Corresponding author e-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภทถูกจัดเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงมากที่สุดโรคหนึ่งในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด ส่งผลกระทบด้านการรับรู้และมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม มีอาการเรื้อรัง จึงมีการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคม (Lotrakul & Sukhanit, 2018) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทโดยมีอายุขัยโดยประมาณน้อยกว่าประชากรปกติถึงร้อยละ 20 โดยอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเกิดจากสาเหตุธรรมชาติ ส่วนใหญ่มาจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อุบัติการณ์ของการสูบบุหรี่ ที่พบมากขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายอัตราการตายของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 50 ผู้ป่วยบางรายติดอย่างหนัก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมสูบเฉลี่ยคนละประมาณ 21-30 มวนต่อวัน ร้อยละ 98 เป็นผู้ชาย เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้มีความสุข เพิ่มสมาธิ ลดหูแว่ว ในทางกลับกันสารนิโคตินลดประสิทธิภาพของยารักษา ทำให้ต้องปรับปริมาณยาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นำไปสู่ผลเสียต่อการควบคุมอาการทำให้อาการกำเริบ ก้าวร้าว หงุดหงิด ต้องมารักษาซ้ำ (Thailand Information Center for Civil Rights And Investigative Journalism [TCIJ], 2023; Anti-Smoking Campaign Foundation, 2017) และจากการศึกษาความชุกของภาวะติดสารนิโคตินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด 350 คน (หญิง 193 คน ชาย 157 คน) พบว่ามีความชุกของภาวะติดสารนิโคติน ร้อยละ 16.9 (Satra, Wannasewok, Atsariyasing, & Luisirirojanakul, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิต โดยผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงและมักสูบในปริมาณมาก มีการเสพติดนิโคตินในระดับสูงมาก และมีผลต่อสุขภาพจิตโดยตรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่มาก ซึ่งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมที่มักพบในผู้ป่วยจิตเวช เพราะว่านิโคตินช่วยคลายอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น (David, 2012) มากกว่านั้นยังพบว่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่า 3 เท่า และ สูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Strasser, 2002) และมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizoaffective disorder) จำนวน 237 ราย พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่มาก (≥ 25 มวนต่อวัน) ในอัตราร้อยละ 50-68 (McCreadie & Kelly, 2000) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีอาการเชิงบวกที่รุนแรงกว่า และมีรายงานว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคจิตเภทค่อนข้างต่ำ ส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่ลดลงเนื่องจากความพยายามที่จะลดหรือเลิกบุหรี่นำไปสู่การกำเริบของอาการทางจิตเวชและหันกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง (Ding & Hu, 2021)

การเลิกบุหรี่ได้นั้น แรงจูงใจมีความสำคัญในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตัวเอง และคงความพยายามในการมีพฤติกรรมใหม่จนสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างถาวร ซึ่งปัจจุบันมีการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่อย่างแพร่หลายและมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่ได้ผล (Chaibubpha, Hengudomsub, & Vatanasin, 2018) การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interview, MI) เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งมีแนวทางการให้บริการตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) สิ่งสำคัญในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ การให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดแสดงความในใจของตัวเองออกมา เรียกว่า ข้อความจูงใจตนเอง (Self-motivational statement [SMS]) ผู้ติดบุหรี่ที่กล่าวข้อความ SMS จะมีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ทักษะที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ (OARS) และกลยุทธ์ในการกระตุ้นด้วยคำพูดสร้างแรงจูงใจ ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่จากภายใน (Watithasakaki, 2016) รวมทั้งการติดอาวุธทางปัญญาให้กับผู้ป่วยจิตเภท นั่นคือ การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ

แนวทางการเลิกบุหรี่ ให้ความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ จะทำให้เกิดความพร้อมในการเลิกบุหรี่และสามารถนำไปสู่การเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

จากที่กล่าวมาข้างต้น กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีการสูบบุหรี่สูงและหากไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้จะนำไปสู่การกำเริบของโรคซ้ำ อย่างไรก็ดี การเลิกบุหรี่เป็นเรื่องสำคัญที่สามารถทำได้ แต่จำเป็นต้องใช้กระบวนการที่เหมาะสม โดยนำการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ Motivational Interviewing (MI) และการบำบัดกลุ่มมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน การใช้แนวทางนี้มีศักยภาพในการช่วยผู้ป่วยจิตเภทเลิกบุหรี่ได้ (Dechkong & Thidarath, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงร่วมกับการบำบัดร่วมกับการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตซึ่งสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีการรับรู้ความรนแรงของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้ (Keawlai, Tewela, & Soodtiphet, 2023) อีกทั้งพบว่าช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา (Bualakorn, 2017) อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏถึงการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นหากมีการนำกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยนำลงสู่การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดกระบวนการกลุ่มบำบัดจะช่วยสนับสนับประคับประคอง ให้กำลังใจกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเลิกบุหรี่มากยิ่งขึ้น (Raya, Benjakul, Panit, Kengkarapanit, & Laththana Nanta, 2015)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่และสามารถลดละเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

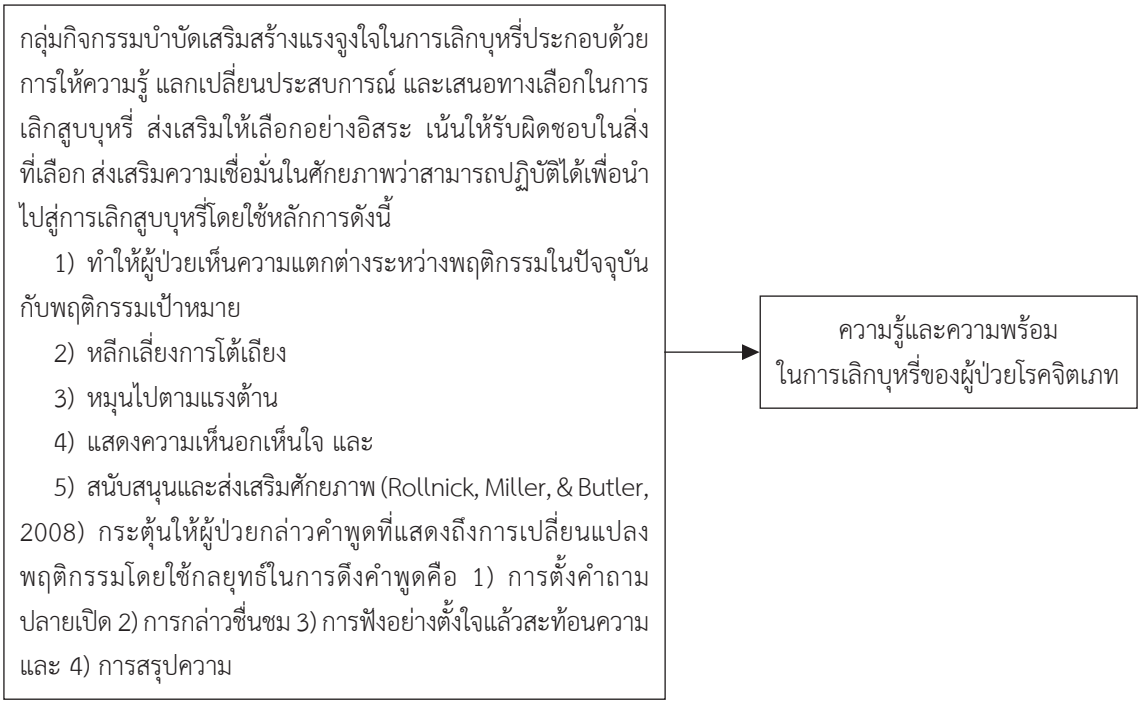
เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมและความรู้ในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอทางเลือกในการเลิกสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้เลือกอย่างอิสระ เน้นให้รับผิดชอบในสิ่งที่เลือก ส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพว่าสามารถปฏิบัติได้เพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และ มีประวัติการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และ มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และมีประวัติการสูบบุหรี่
2. มีอาการทางจิตสงบ โดยมี BPRS น้อยกว่า 36 คะแนน
3. มีระดับการติดนิโคติน FTND ≥ 3 คะแนน
4. มีอายุระหว่าง 18-60 ปี
5. ได้รับยาจิตเวชในระดับที่คงที่ (Stable medication regimen) เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์
6. ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างที่ขอถอนตัวจากการวิจัย หรือขาดการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า 30%
2. มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา โรคหัวใจ หรือโรคหอบหืดรุนแรง
3. มีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง (BPRS มากกว่า 50 คะแนน) หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว

4. ใช้สารเสพติดอื่น เช่น แอลกอฮอล์ กัญชา หรือยาเสพติดผิดกฎหมาย ภายใน 30 วันที่ผ่านมา

5. กำลังอยู่ในช่วงปรับเปลี่ยนยาจิตเวช ซึ่งอาจส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G* Power 3.1 การกำหนดอำนาจทดสอบ (β) = .80 ความเชื่อมั่น (α) = .05 และ ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ซึ่งควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 ราย (Burns & Grove, 2009; Polit & Hungler, 1999) เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคน จะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือ ข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบำบัดรักษา สำหรับข้อมูลจะถือเป็นความลับและนำข้อมูลมานำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว/เดือน ประวัติการเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูบบุหรี่

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 10 ราย เพื่อให้การดำเนินการกลุ่มมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2002) ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอทางเลือกในการเลิกสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้เลือกอย่างอิสระ เน้นให้รับผิดชอบในสิ่งที่เลือก ส่งเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพว่าสามารถปฏิบัติได้ เพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่โดยใช้หลักการ ดังนี้ 1) ทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันกับพฤติกรรมเป้าหมาย 2) หลีกเลี่ยงการโต้เถียง 3) หมุนไปตามแรงต้าน 4) แสดงความเห็นอกเห็นใจ และ 5) สนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพ (Rollnick et al., 2008) กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวคำพูดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้กลยุทธ์ในการดึงคำพูดคือ 1) การตั้งคำถามปลายเปิด 2) การกล่าวชื่นชม 3) การฟังอย่างตั้งใจแล้วสะท้อนความและ 4) การสรุปความ (Sangchancha et al., 2010)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เป็นแบบวัดแบบ visual scale พัฒนาโดย ASH Canada โดยมีระดับตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0-3 หมายถึง ไม่คิดจะเลิก 4-5 ไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ 6-8 พร้อมเลิกมั่นใจว่าเลิกได้ และ 9-10 ลงมือเลิกแน่ ๆ กำลังเลิกอยู่

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากบุหรี่และการเลิกบุหรี่ โดยเป็นแบบทดสอบแบบตัวเลือก ถูก ผิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามและกลุ่มกิจกรรมบำบัดไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านบำบัดผู้ติดบุหรี่ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และนำไปแก้ไขปรับปรุง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาความถูกต้องชัดเจนของข้อความ ความเข้าใจ และภาษา รวมทั้งประมาณระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม และแบบสอบถามมีการกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Burns & Grove, 2009)

+1 หมายถึง เห็นด้วยคำถามนั้นสอดคล้องกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้นหรือไม่

-1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์หรือการวัดตัวแปรนั้น

ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยใช้เกณฑ์ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) ได้ค่าเท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ประกอบด้วย

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 , 0.94

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (รหัส P- EC 10-05-66) ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลโครงการวิจัย สิทธิประโยชน์ และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ร่วมวิจัยทราบ ตลอดจนแจ้งแนวทางในการปกป้องผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผยถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1) ผู้วิจัยขออนุมัติในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2) ทำหนังสือสถาบันการศึกษาเพื่อขอดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการดำเนินการวิจัยและดำเนินการตามโปรแกรมวิจัย

4) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงให้ลงลายมือชื่อใน ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มกิจกรรมบำบัด

3. ขั้นประเมินผลวิจัย ประเมินความรู้และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) เปรียบเทียบความรู้และความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 (11 ราย) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 (9 ราย) และ อายุ 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 (7 ราย) ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 52.2 (21 ราย) รองลงมา แยกทาง คิดเป็นร้อยละ 30 (12 ราย) และ โสด คิดเป็นร้อยละ 17.5 (7 ราย) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 (40 ราย) อาชีพ ส่วนใหญ่ อาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 (16 ราย) รองลงมา ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 37.5 (15 ราย) และ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 22.5 (9 ราย) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ ระหว่าง 1,000 - 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 (16 ราย) รองลงมา ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 37.5 (15 ราย) และรายได้ระหว่าง 2,001 - 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.5 (9 ราย) ตามลำดับ ประวัติการป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ ระหว่าง 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 (17 ราย) รองลงมา 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 (14 ราย) และ 6-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 (9 ราย) ตามลำดับ ประสบการณ์การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ระหว่าง 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 (22 ราย) รองลงมา 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 (11 ราย) และ 6-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 (7 ราย) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	40	100
นับถือศาสนาพุทธ	40	100
อายุ		
ระหว่าง 46 - 50 ปี	11	27.5
ระหว่าง 41 - 45 ปี	9	22.5
ระหว่าง 36 - 40 ปี	6	15
ระหว่าง 31 - 35 ปี	5	12.5
ระหว่าง 26 - 30 ปี	2	5
ระหว่าง 20 - 25 ปี	7	17.5
รวมทั้งสิ้น	**40**	**100**
สถานภาพ		
สมรส	21	52.5
แยกทาง	12	30
โสด	7	17.5
รวมทั้งสิ้น	**40**	**100**
อาชีพ		
รับจ้าง	16	40
เกษตรกร	9	22.5
ไม่มีอาชีพ	15	37.5
รวมทั้งสิ้น	**40**	**100**

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
1,000 - 2,000 บาท/เดือน	16	40
2,001 - 3,000 บาท/เดือน	9	22.5
ไม่มีรายได้	15	37.5
รวมทั้งสิ้น	**40**	**100**
ประวัติการป่วยด้วยโรคจิตเภท		
ระหว่าง 6 - 9 ปี	9	22.5
ระหว่าง 10 - 15 ปี	17	42.5
ระหว่าง 16 - 20 ปี	14	35
รวมทั้งสิ้น	**40**	**100**
ประสบการณ์การสูบบุหรี่		
ระหว่าง 6 - 9 ปี	7	17.5
ระหว่าง 10 - 15 ปี	22	55
ระหว่าง 16 - 20 ปี	11	27.5
รวมทั้งสิ้น	**40**	**100**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพร้อมในการเลิกบุหรี่และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ตัวแปรตาม	*Mean*	*SD*	t	p-value
ความพร้อมในการเลิกบุหรี่				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	5.15	1.93	-6.80	<.001
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	7.33	1.94		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	8.23	.95	-7.56	<.001
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	9.45	.75		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเลิกบุหรี่และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (ก่อนการทดลอง M = 5.15, SD = 1.93; หลังการทดลอง M = 7.33, S.D = 1.94) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (ก่อนการทดลอง M = 8.23 , SD = .95; หลังการทดลอง M = 9.45, S.D= 0.75) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ภายหลังจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับกิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในการเลิกบุหรี่สามารถทำให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เพิ่มมากกว่าก่อนการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดและมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ที่ประกอบด้วย เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่/เลิกสูบบุหรี่ จนเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ จึงเกิดความตระหนักถึงพิษภัยดังกล่าว กิจกรรมบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีเป้าหมายผู้สนทนาจะผลักดันความตั้งใจโดยอาศัย ความจริงใจ เป็นมิตร ใช้แรงจูงใจในบริบทของคู่สนทนา ให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือก จนนำไปสู่การก้าวข้ามความลังเล มีแรงจูงใจ มีความตั้งใจและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง (Dechkong & Thidarath, 2023) ผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Chaibubpha et al., 2018) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ชาย โรงพยาบาลท่าตะเกียบ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ในระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ การศึกษาของ Hongthin (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเพศชายที่สูบบุหรี่ซึ่งรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 60 คน ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกในกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ในระยะสั้นได้ 10 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกสูบได้เพียง 1 คน อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วัน ก่อนประเมินในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการวิจัยของ Pinwihok, Kanogsunthornrat, and Panpakdee (2018) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์และเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังเลิกสูบบุหรี่ลดลงตามลำดับในวันที่ 1, 3 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีผู้ที่มีนิโคตินในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยผู้สูบบุหรี่ในการตัดสินใจเลิก โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และประโยชน์ที่ได้จากการเลิก เสนอทางเลือก สร้างความเชื่อมั่น รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง โดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาสสำเร็จมากขึ้น การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความพยายาม การสร้างการสนับสนุนที่ดีและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องการเลิกบุหรี่ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวชและในชุมชน โดยหน่วยงานด้านสุขภาพจิตสามารถนำกระบวนการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจไปใช้ร่วมกับโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่มีอยู่เดิม เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และการติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท

References

Anti-Smoking Campaign Foundation. (2017). *Essential information: Smoking is harmful to people with high blood pressure* [Brochure, in Thai]. Bangkok: Campaign Foundation for Non-Smoking.

Bualakorn, N. (2017). *The effects of a motivation enhancement therapy program with family involvement on the medication adherence of inpatients with co-occurring schizophrenia and alcohol use disorder* [Master's thesis, Thammasat University]. [In Thai]

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: W.B. Saunders.

Chaibubpha, J., Hengudomsub, P., & Vatanasin, D. (2018). The effects of motivational enhancement program on smoking cessation of perceived self-efficacy and behaviors among male clients. *The Journal of Nursing Burapha University, 26*(4), 10-20. [In Thai]

David, C. D. (2012). *Nicotine and tobacco*. U.S. National Library of Medicine. Retrieved from: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000953.htm

Dechkong, T., & Tipachot, T. (2023). *Motivational interviewing techniques for changing health behaviors*. Retrieved from: https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1529 [In Thai]

Ding, J. B., & Hu, K. (2021). Cigarette smoking and schizophrenia: Etiology, clinical, pharmacological, and treatment implications. *Schizophrenia Research and Treatment, 2021*, Article ID 7698030. https://doi.org/10.1155/2021/7698030

Hongthin, P. (2015). *The effects of an incentive program for smoking cessation in orthopedic surgery patients* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. [In Thai]

Keawlai, K., Tewela, S., & Soodtiphet, S. (2023). Effect of a motivation enhancing program together with therapy on self-management behavior of patients with substance-induced psychosis. *Journal of Nursing and Health Sciences, 8*(3), 187-196. [In Thai]

Lotrakul, M., & Sukhanit, P. (2018). *Psychiatry Ramathibodi* (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. [In Thai]

McCreadie, R. G., & Kelly, C. (2000). Patient with schizophrenia who smoke: Private disaster. *The British Journal of Psychiatry, 176*(2), 109.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York, NY: The Guilford Press.

Pinwihok, S., Kanogsunthornrat, N., & Panpakdee, O. (2018). The effects of motivational interviewing combined with hand reflexology on quit smoking behavior and nicotine withdrawal symptoms in tobacco addicted patients. *Kurkakun Journal of Nursing, 25*(1), 90-105. [In Thai]

Polit, D. F., & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Raya, P., Benjakul, S., Panit, M. K., Kengkarapanit, T., & Laththana Nanta, K. (2015). The outcome of the support program: Quitting smoking according to the stage model to change people's behavior in Wang Won Subdistrict, Kantang District, Trang Province. *Journal of Boromrajonnani College of Nursing Bangkok, 31*(2), 9-25. [In Thai]

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York, NY: Guilford Press.

Sangchancha, P., Phukhao, D., Sombatmai, S., Sarubon, N., Noknoi, S., & Uthis, P. (2010). *Training manual: Counseling and therapy to enhance motivation in patients with alcohol use disorders*. Chiang Mai: Vanida Printing. [In Thai]

Satra, T., Wannasewok, K., Atsariyasing, W., & Luisirirojanakul, J. (2017). Prevalence of nicotine dependence in schizophrenic patients, Siriraj hospital, Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 62*(4), 289-298.

Strasser, K. M. (2002). *Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia*. Retrieved from: http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/publications/

Thailand Information Center for Civil Rights and Investigative Journalism [TCIJ]. (2023). *Make the truth evident*. https://www.tcijthai.com/news/2017/22/current/7357 [In Thai]

Watithasakaki, K. (2016). *Guide to treating tobacco addiction for nurses*. Nonthaburi: Monpriya Graphic. [In Thai]