การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

Capacity Development of Non-communicable Chronic Diseases Patients with Smoking Addiction for Smoking Reduction, Dankwian Sub-district, Chokchai District, Nakhon Rachasima Province

ปิยรัฐ เหล่าอุด และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์
Piyarat Lao-ut and Bhuddhipong Satayavongthip
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University
Corresponding author Email: oneself.queen@gmail.com
(Article submitted: September 20, 2021; Final version accepted: November 9, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ และ 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and Mc Taggart[1] และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger[2] ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน จำนวน 32 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม–พฤศจิกายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) หลังการพัฒนาผู้ป่วยทุกคนสามารถลดปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานลดการสูบบุหรี่ควรให้ความสำคัญในการบูรณาการกิจกรรมในระบบบริการและส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การสูบบุหรี่, การพัฒนาศักยภาพ

Abstract

The objectives of this action research were; [1] To study the community context and basic information about smoking behavior of non-communicable chronic diseases patients with tobacco addiction to develop the capacity of non-communicable chronic disease patients with tobacco addiction for smoking reduction, and [2] To study the capacity development outcome of non-communicable disease patients. Kemmis and McTaggart's action research concept (1998) and Roger's protection motivation theory (1983) were used. About 32 participants who have been had a chronic non-communicable disease and receiving services in health promotion hospitals Dankwian sub-district were conducted from August to November 2019. The data were collected by using questionnaires, test forms, recorded forms, interviewed guidelines, and observational forms. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The result of the study showed that after the development process, the participants

had the mean score of knowledge about cigarettes, perceptions of the severity of the disease caused by smoking, awareness of the risks of smoking-related diseases, expectations of their ability to reduce smoking, expectations for the outcome of smoking reduction and smoking behavior higher than before development (p <.01). After development, all participants were able to reduce the number of smoked cigarettes per day that was statistically significantly lower than before development (p <.01) Therefore, responsible persons should be placed on integrating activities in the service system and promoting continuously.

Keywords: chronic non-communicable disease patients, smoking, capacity development

บทนำ

พิษภัยจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูบโดยตรงและบุคคลข้างเคียง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่กว่า 6 ล้านคนต่อปี และกว่า 9 แสนคน ที่เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2575 ผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี[3] ปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 แม้ว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรไทยจะลดลง แต่แนวโน้มนักสูบหน้าใหม่กลับเพิ่มขึ้นและมีอายุน้อยลง ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน 25-50 ปี[4] อีกทั้งยังพบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ของประชากรไทย เฉลี่ย 42,000 คนต่อปี[5] ข้อมูลระดับภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้สูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ 23.5 เป็นอันดับสองของประเทศ รองจากภาคใต้ที่มีอัตราการสูบ ร้อยละ 25.6[6] จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้สูบบุหรี่ลงลดเพียงร้อยละ 0.25 ต่อปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 ต่อปี[4] พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รองจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[7] เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งกระตุ้นการหลั่งสารหลายชนิด ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[8] นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้สมรรถภาพทางกายเสื่อมลงและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย[5] ควันบุหรี่มือสองยังทำให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับถึงสองเท่า เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจสามเท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี[9]

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 10.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะป่วยเป็นโรคแล้วก็ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง[10] โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าปกติ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่[11] ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข[12] โดยมีแนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำหนดกรอบแนวคิด ครอบคลุมประเด็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย[7] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัด โดยการพัฒนาให้มีระบบจัดการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน[13]

ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน จำนวน 1,044 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเดียว 74 ราย โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 618 ราย เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 352 ราย ทั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ 78 รายคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและคิดเป็นร้อยละ 37.0

ของพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเป็นอัตราที่มากกว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่น ๆ[14] ตามระบบปกติในงานประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน มีการให้สุขศึกษาทั่วไปแก่ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีการแยกผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ออกมาจัดกิจกรรมช่วยเลิก เป็นการเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ขาดแรงจูงใจและขาดความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกการ์ด[1] และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory, PMT) ของ Roger[2] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อลดการสูบบุหรี่ ภายใต้ความสอดคล้องกับบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัญหาของตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่ เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเพื่อลดการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ติดบุหรี่และมารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ สภาพสังคม ระบบสุขภาพ สถานการณ์การบริโภคยาสูบของผู้ป่วย และการดำเนินงานควบคุมยาสูบและศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา

ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน เป็นการศึกษาข้อมูลชุมชน ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ สภาพสังคม ระบบสุขภาพ สถานการณ์การบริโภคยาสูบของผู้ป่วย และการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ผู้ให้ข้อมูล คือ นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลด่านเกวียน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน และศึกษาข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่และมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ทั้งหมดจำนวน 78 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพัฒนากระบวนการ จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย ตัวแทนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบโรงพยาบาลโชคชัย 2) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ ติดบุหรี่ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของชุมชน 2) แบบสอบถามประวัติและสาเหตุการสูบบุหรี่ 3) แบบทดสอบการติดบุหรี่ (แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอมเพื่อวัดระดับการติดสารนิโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) จำนวน 6 ข้อ ข้อ1-2 มี 4 ตัวเลือก (คะแนน 0-3 คะแนน) ข้อ 3-6 มี 2 ตัวเลือก (0-1 คะแนน) แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-3 คะแนน ไม่นับว่าติดสารนิโคติน คะแนน 4-5 คะแนน ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง คะแนน 6-7 คะแนน ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากไปในการพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูง คะแนน 8-9 คะแนน แสดงว่าติดสารนิโคตินในระดับสูง คะแนน 10 คะแนน แสดงว่า ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ไม่ได้คะแนน ระดับความรู้ใช้เกณฑ์ประเมินผลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom (1975) คือ คะแนน ≥ ร้อยละ 80 คือ ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 คือ ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละต่ำกว่า 60 คือ ระดับต่ำ แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 5 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ (3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ (4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ และ (5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ระดับสูง และ 5) แบบบันทึกข้อมูล ในการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การวิเคราะห์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ และการสังเกตการปฏิบัติการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธี IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.72 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ด้วย KR-20 (Kuder Richardson formular 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 แบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใช้การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.78, 0.83, 079 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพด้วยสถิติ Paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำเสนอด้วยการพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และได้รับการอนุมัติ เลขที่ใบรับรองจริยธรรม KHE 2018-095

ผลการวิจัย

1. บริบทชุมชน สภาพพื้นที่ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งการปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 9,596 คน เป็นชาย 4,654 คน เป็นหญิง 4,951 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง

อุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผา ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ทำนา ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาและการดูแลแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน การดำเนินการควบคุมยาสูบของพื้นที่เน้นการให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.0 อายุระหว่าง 40–49 ปี ร้อยละ 39.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 89.5 ระดับการศึกษามัธยมตอนต้น ร้อยละ 39.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.6 การติดสารนิโคตินอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ประเมินด้วยแบบทดสอบการติดบุหรี่ (แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอมเพื่อวัดระดับการติดสารนิโคติน) ร้อยละ 32.0 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4

ข้อมูลความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในแต่ละด้านของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.6 (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.3 (3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.6 (4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.2 (5) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.5 (6) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวัน และจำนวนมวนที่สูบอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 100.0

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มพัฒนากระบวนการ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แม้จะป่วยเป็นโรคแล้ว จากการสำรวจข้อมูล พบว่า ระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ยังอยู่ในระดับต่ำ ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยขับเคลื่อนด้วยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย

2.1 การวางแผน (Planning) จัดประชุมทีม โดยกลุ่มจัดกระบวนการได้ร่วมกันคิด และพิจารณาจากการสำรวจบริบทชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ แล้วนำมากำหนดแผนกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ข้อสรุปจากการประชุมทีม ได้แผนปฏิบัติการ จำนวน 3 แผน ได้แก่ 1) แผนการอบรม ใช้เวลา 36 ชั่วโมง และ 2) แผนกำกับติดตามและเสริมพลัง ใช้เวลา 23 ชั่วโมง รวม 8 สัปดาห์ และ 3) แผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.2 จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย (Action) ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจ จัดขึ้นที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ในวันที่ 15, 22, 29 สิงหาคม และ วันที่ 5, 12, 19 กันยายน 2562 หรือทุกวันพฤหัสบดี เนื่องจากตรงกับวันคลินิก NCD เป็นการอบรมเพื่อให้ข้อมูลที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการลดการสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 1 ในแต่ละกิจกรรมมีการจัดอบรมเรียนรู้เป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ และใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการสะท้อนคิดสิ่งที่เคยผ่านประสบการณ์ของตนเองและบุคคลอื่น พร้อมทั้งทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ๆ และคิดวิเคราะห์ได้อย่างเป็นเหตุเป็นผลในการตัดสินใจและการจัดการทางด้านสุขภาพ จากการใช้วิธีการด้วยการบรรยาย สื่อสารด้วยภาพ สื่อ และตัวแบบทั้งด้านบวกและลบในการนำเสนอข้อมูล

ตารางที่ 1 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจ

หัวข้อการอบรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยมีองค์ความรู้ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่	การบรรยาย เรื่อง - ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต - มาตรการควบคุมการสูบบุหรี่	- โปรแกรม Power Point - เอกสารให้ความรู้	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบ 2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่	- ตัวแบบที่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ แล้วป่วยเป็นโรคที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต	- สื่อบุคคล	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบและการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพและผลกระทบที่จะเกิดจากการสูบบุหรี่ได้	- การวัดสมรรถภาพปอด - การประเมินค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการสูบบุหรี่ - การประเมินผลกระทบของควันบุหรี่ต่อคนในครอบครัว ชุมชน	- เครื่องวัดสมรรถภาพปอด - แบบถามตอบ - โปรแกรม Power Point - เอกสารให้ความรู้	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบและการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่
4. ความคาดหวังในความสามารถของตนที่จะลดการสูบบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนสามารถลดการสูบบุหรี่ได้	- ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ - เทคนิคการเสริมพลังใจ	- สื่อบุคคล - โปรแกรม Power Point - เอกสารให้ความรู้	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบ และการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนที่จะลดการสูบบุหรี่
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าหรือ	- กิจกรรมกลุ่ม I can do โดยการให้		

ตารางที่ 1 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจ (ต่อ)

หัวข้อการอบรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
การลดการสูบบุหรี่		ประโยชน์ของการลดการสูบบุหรี่	ผู้ป่วยเข้ากลุ่มแล้วตั้งความคาดหวังว่าตนเองจะลดการสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร ตั้งเป้าหมายในการลดการสูบว่าจะลดลงเท่าไร ใช้ระยะเวลาเท่าไร และจะทำเพื่อใคร		1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบและการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่

2) การกำกับติดตามและเสริมพลัง ใช้ระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย จำนวน 8 สัปดาห์หลังการอบรม ตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน–7 พฤศจิกายน 2562 โดยในการติดตามแต่ละสัปดาห์ เป็นการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลังจากลดการสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ สลับกับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสุขภาพ ให้คำแนะนำและเสริมพลังใจ ร่วมพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนกำกับติดตามและเสริมพลัง

สัปดาห์ที่	ระยะเวลา	ตารางนัดหมาย	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
1	3 ชั่วโมง	ผู้ป่วยทุกราย	- โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทุกรายครั้งที่ 1 สอบถามข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรม รายละ 5 นาที ให้คำแนะนำปรึกษาและนัดหมายเยี่ยมบ้าน	1. โทรศัพท์ 2. แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบ 2. แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วย
2–4	15 ชั่วโมง	ผู้ป่วยรายที่ 1 –15	- เยี่ยมบ้านสอบถามข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำแนะนำปรึกษา - เสริมพลังครอบครัวช่วยลดการสูบบุหรี่ให้ผู้ป่วย	1. แบบบันทึกข้อมูลพฤติกรรมผู้ป่วย 2. แบบสังเกต	1. สำรวจจากพฤติกรรม 2. รวบรวมข้อมูลจากสมุดประจำตัวผู้สูบบุหรี่เพื่อประเมินพฤติกรรม

ตารางที่ 2 แผนกำกับติดตามและเสริมพลัง (ต่อ)

สัปดาห์ที่	ระยะเวลา	ตารางนัดหมาย	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
5	15 ชั่วโมง	- โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทุกราย ครั้งที่ 2 - เยี่ยมบ้านผู้ป่วย รายที่ 16 – 20	- โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทุกราย ครั้งที่ 2 สอบถามข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรม รายละ 5 นาที - ให้คำแนะนำปรึกษา	1. โทรศัพท์ 2. แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบ 2. แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วย

**หมายเหตุ (สัปดาห์ที่ 3–8 ปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 2 ยกเว้นสัปดาห์ที่ 5)

3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยหลังจากลดการสูบบุหรี่ จัดขึ้นที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562 โดยการให้ผู้ป่วยมาร่วมกันบอกเล่าผลของการดำเนินกิจกรรมลดการสูบบุหรี่ ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 3

2.3 การสังเกตการณ์ (Observation) พบว่า การอบรมในช่วงแรกยังขาดความร่วมมือ แต่เมื่อกระตุ้นให้มีส่วนร่วม สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างดี ใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองและบุคคลอื่น ทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างมุมมองใหม่ และคิดวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผลในการตัดสินใจและการจัดการทางด้านสุขภาพในการลดการสูบบุหรี่

ตารางที่ 3 แผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยหลังจากลดการสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกและการดำเนินการลดการสูบบุหรี่ของตนกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการลดการสูบบุหรี่ในรูปแบบที่แตกต่าง	3 ชั่วโมง	- ให้ผู้ป่วยบอกเล่าผลของการดำเนินกิจกรรมลดการสูบบุหรี่ ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่	- สื่อบุคคล - ชุดเครื่องเสียง - กระดาษปากกา	1. แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผู้ป่วยนำมาแลกเปลี่ยนกัน 2. แบบสังเกตการมีส่วนร่วม

2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผู้ป่วยที่สามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ เกิดจากแผนปฏิบัติที่กระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจที่จะจัดการกับพฤติกรรม เกิดการสะท้อนความคิด วิเคราะห์แบบเป็นเหตุเป็นผล ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะลดการสูบบุหรี่ ส่วนผู้ที่ยังไม่ลดพฤติกรรม ผู้วิจัยและทีมได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค

ที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ลดน้อยลงได้ แล้วทำการแนะนำแนวทางที่เหมาะสมในการปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับแนวทางไปแล้วได้นำกลับไปปฏิบัติ ทำให้สามารถลดการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

3. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) หลังการพัฒนาผู้ป่วยทุกคนสามารถลดปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรม (n = 32)

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	7.88	1.36			
			6.59	22.202	< 0.01
หลังการพัฒนา	14.00	0.88			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	13.16	2.51			
			13.84	27.145	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.25	1.60			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	14.91	2.38			
			11.69	27.653	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.50	1.32			
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	16.56	2.89			
			11.34	20.545	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.69	1.30			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	14.88	2.06			
			11.94	32.400	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.66	1.53			

จากตารางที่...พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน 6.81 มวน หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน 2.75 มวน ต่ำกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วย

ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	6.81	2.60			
				4.25	13.412	<0.01
หลังการพัฒนา	32	2.75	1.34			

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หลังการพัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ของปรัชพร กลีบประทุมและคณะ[15] และพบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของธนะวัฒน์ รวมสุกและคณะ[16]

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการลดการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย รวมถึงติดตามผลการบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเองและไม่ลดความพยายามในการตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิยม จันทร์นวล และศิริญญา วิลาศรี[17]

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เนื่องจากมีการดำเนินกิจกรรมอย่างมีขั้นตอนและเป็นระบบ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกการ์ด[13] ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) สัมพันธ์กันจนเกิดแผนการพัฒนาที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนในทุกด้าน ซึ่งจุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ เนื้อหาและกระบวนการอบรมให้ความรู้ การใช้สื่อและตัวแบบทั้งทางบวก (ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่) และทางลบ (ผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่) การประเมินภาวะสุขภาพ และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ การเสริมพลังใจและการตั้งเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวีรศักดิ์ สะอาดเอี่ยม และคณะ[18]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษา พบว่า กระบวนการให้ความรู้ คำปรึกษาและการแนะนำผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการจัดการกับพฤติกรรมทางสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญในการบูรณาการกิจกรรมลงในระบบบริการ และส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของประชาชนที่สูบบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ โดยกระบวนการตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่สูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis S. & McTaggart R. The action research planner, 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press, 1998.
2. Roger R. W.A. Cognitive and physiological processes in attitude change revised theory of Protection motivation. In J.T. Cacioppo, (ed.). Social physiological: A sourcebook. New York: Guilford Press; 1983.
3. World Health Organization: WHO. World No Tobacco Day 2017: Tobacco threatens us all. [Internet]. 2018 [cited 2018 March 25]. Available form: http://www.who.int/en/news- room/fact-sheets/detail/tobacco.
4. กรมควบคุมโรค และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์ควบคุมการบริโภคบุหรี่ของประเทศไทย พ.ศ.2559. [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/2017/ Situation2016final.pdf
5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. ข้อมูลน่ารู้: การบริโภคยาเส้นของประชากรไทย. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบรายจังหวัด พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต, 2560.
8. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: http://www.trc.or.th/th/media/attachments/2018/02/05/world-no-tobacco-day-2018- tobacco-and-health-disease.pdf.
9. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (ศบช.). สูบบุหรี่มือสอง. [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thailandquitline.or.th/site/about/viwe/25.
10. อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ ไหน: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11: 345.
11. กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต, 2560.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: http://ddccenter.ddc.moph.go.th/infoc/download/20170616149760290 4_Info_20_Y_plan _V4&18M_planV5.pdf.

13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รูปแบบการพัฒนางาน NCDs นครราชสีมา. [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: http://www.korathealth.com/korathealth/index.php.

14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน. ระบบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) HosXp ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. 2561.

15. ปรัชพร กลีบประทุม และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2559; 3: 30-43.

16. ธนะวัฒน์ รวมสุก และคณะ. ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาล 2561; 67: 1-10.

17. นิยม จันทร์นวล และศิริญญา วิลาศรี. ผลการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเมืองชัยภูมิ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 23: 44-58.

18. วีรศักดิ์ สะอาดเอี่ยม และคณะ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ชายวัยทำงาน อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย 2559; 7: 85-100.