

ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The effect of smoking cessation program by applying the Protection Motivation Theory in patients with hypertension

ธนะวัฒน์ รวมสุข* สุรินทร์ กลัมพากร** และทัศนีย์ รวิวรกุล**

Tanawat Ruamsook, Surintorn Kalampakorn and Tassanee Rawiworrakul

*วิทยาลัยพยาบาล และสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University

**Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน เป็นกลุ่มทดลอง 27 คน ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวังในผลที่จะได้รับและความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ จำนวน 2 ครั้ง และติดตามผลทางโทรศัพท์ภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ในวันที่ 3 วันที่ 7 และวันที่ 14 กลุ่มเปรียบเทียบ 26 คน ได้รับเอกสารและคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน ($p > .05$)

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study aimed to examine the effect of smoking cessation program in patients with hypertension by applying Protection Motivation Theory. The samples were male smokers with hypertension receiving service at Bangnampriao hospital, Chachoengsao province. The experimental group (n = 27) received 2 monthly sessions of a smoking cessation program with the focus on enhancing perceived severity of disease, perceived vulnerability of complications, response efficacy and self-efficacy in smoking cessation and telephone followed-up on the 3rd, 7th and 14th days after setting quit date. Comparison group (n = 26) was provided with self-help material about smoking cessation. Data were collected using questionnaire and piCO smokerlyzer at pre-test, post-test and follow-up.

The research findings showed that after the intervention, the experimental group had mean score of perceived severity, perceived vulnerability of complications, response efficacy and self-efficacy significantly higher than that of the pre-test and comparison group ($p < .05$). In addition, the number of cigarettes smoked by the experimental group was significantly lower than the pre-test and that by the comparison group ($p < .05$). However, the mean score of nicotine dependence level and exhaled carbon monoxide level were not significantly different from that of the comparison group ($p > .05$).

Keywords: Smoking Cessation, Protection Motivation Theory, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ได้มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเกือบถึงพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 ประชากรวัยผู้ใหญ่จะมีภาวะความดันโลหิตสูง มากถึง 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2016) ในประเทศไทย ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 เพศชาย และเพศหญิงมีความชุกในการเกิดโรคใกล้เคียงกัน (วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรระเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า และ กนิษฐา ไทยกล้า, 2553)

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ส่งเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Campbell et al., 2016) โดยสารพิษ

ในควันบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) นิโคติน จะกระตุ้นการทำงานของหัวใจโดยอัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้น 30 ครั้ง/นาที 2) ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานามเดช และปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555) ในประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 16.6 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท เสี่ยงมีความชื้นและหนืดขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้(มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยง

ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายทั้งต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองที่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ถึง 4 เท่า (Haustein & Groneberg, 2010) โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ. 2556-2558 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 0.8, 12.5 และ 15 ตามลำดับ ตามระบบบริการของโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความพร้อมเลิกบุหรี่จะถูกส่งตัวจากคลินิกโรคเรื้อรังไปยังคลินิกเลิกบุหรี่เพื่อเข้าระบบการช่วยเลิกบุหรี่ โดยการให้สูทศึกษา พร้อมทั้งการกำหนดวันเลิกบุหรี่เมื่อผู้ป่วยสามารถกำหนดวันเลิกบุหรี่ได้ จะมีการติดตามผลทางโทรศัพท์ในช่วง 7 วัน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังเลิกบุหรี่ ซึ่งผลการดำเนินการที่ผ่านมา มีผู้ป่วยที่พร้อมเลิกบุหรี่เพียงร้อยละ 2.7 เท่านั้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการคำนึงถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ (Jianvitayakij, Panpakdee, Malathum, Duffy & Viwatwongkasem, 2014) สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่เชื่อว่าการสื่อสารเพื่อให้เกิดความกลัวโดยส่งเสริมให้รับรู้ความรุนแรงของโรคโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

การสร้างเชื่อมั่นในผลของการตอบสนองและความสามารถตนเอง มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ การกระทำและพฤติกรรมสุขภาพ (Rogers, 1983) ผู้วิจัยในบทบาทหนึ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงมีความสนใจศึกษาเรื่องนี้

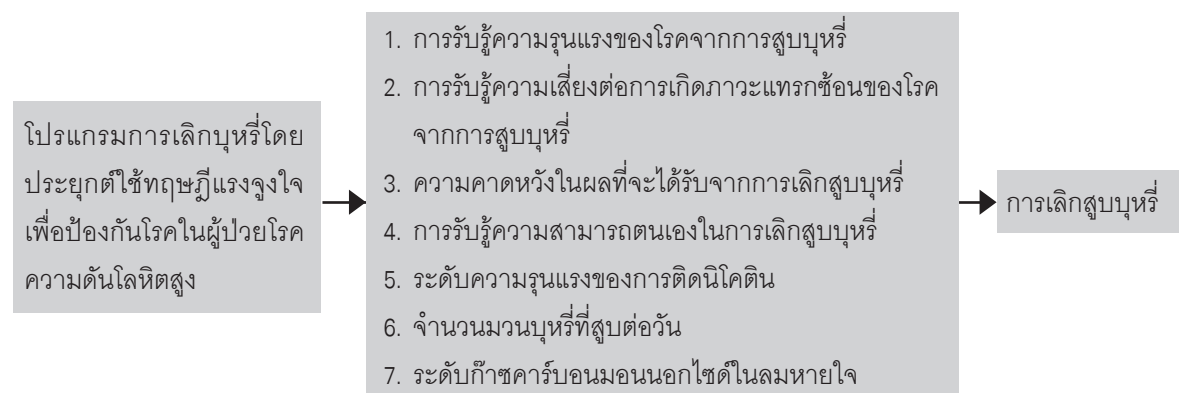
วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ และ มีการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยชายที่แพทยวินิจัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติการสูบบุหรี่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วย อายุ 30-60 ปี มีการสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และแพทย์นัดพบทุก 1 เดือน

ขนาดตัวอย่างได้จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (พรพนนิภา หงษ์อินทร์, 2558) ซึ่งใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับใหญ่ จึงกำหนดขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน (บุญใจ ศรีสถิตยีนวากร, 2553) และเพิ่มจำนวนร้อยละ 20 เพื่อการสูญเสียของตัวอย่าง ได้จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน มีผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม จึงคงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 26 คน

เครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ตามกำหนดนัดของคลินิกโรคเรื้อรัง

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ มีจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการติดนิโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence [FTND] (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991)

มีจำนวน 6 ข้อ กำหนด 10 คะแนน จำแนกระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน ดังนี้ 8-10 คะแนน คือ สูงมาก, 6-7 คะแนน คือ สูง, 5 คะแนน คือ ปานกลาง, 3-4 คะแนน คือ ต่ำ และ 0-2 คะแนน คือ ต่ำมาก

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ มีจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย กำหนดคะแนน 3 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผล คือ คะแนนสูง หมายถึง รับรู้ความรุนแรงสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง รับรู้ความรุนแรงต่ำ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ มีจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย กำหนดคะแนน 3 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผล คือ คะแนนสูง หมายถึง รับรู้ความเสี่ยงสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง รับรู้ความเสี่ยงต่ำ

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ มีจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดคะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลผลคือ คะแนนสูง หมายถึง คาดหวังสูง และคะแนนต่ำ หมายถึง คาดหวังต่ำ

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถตนเอง มีจำนวน 1 ข้อ กำหนดคะแนน 0-10

ส่วนที่ 7 การเลิกสูบบุหรี่มีจำนวน 4 ข้อ ให้เติมคำ และเลือกตอบ ประเมินพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา การลดจำนวนมวนบุหรี่ และการใช้วิธีอื่นๆ เพื่อการหยุดสูบบุหรี่

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1.0, 1.0, 0.9, 0.8, 0.9, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Cronbach ของแบบสอบถามส่วนที่ 3, 4 และ 5 ได้เท่ากับ 0.77, 0.72 และ 0.84 ตามลำดับ

3. เครื่องมือวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ (piCo + Smokerlyzer) ซึ่งได้รับการรับรองจากบริษัท Bedfont Scientific

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2560

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 2 ครั้ง และดำเนินการของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่และการรับรู้ความสามารถตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงก่อนพบแพทย์ ดังนี้

- 1) ประเมินการเสพติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคความดันโลหิตสูง การเสพติดนิโคติน อาการถอนนิโคติน และการดูแลตนเองพร้อมทั้งฝึกทักษะการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน
- 3) กำหนดวันในการเลิกบุหรี่และวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 2 สัปดาห์ บันทึกการสูบบุหรี่รายวันในแบบบันทึกการสูบบุหรี่รายวันด้วยตนเอง ประเมินอาการถอนนิโคติน โดยติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 3, 7 และ 14 หลังจากที่มีการเลิกสูบบุหรี่ และให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงก่อนพบแพทย์ ดังนี้

- 1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่แต่ละบุคคลสามารถเลิกได้สำเร็จและไม่สำเร็จ ปัญหา อุปสรรคร่วมกับตัวแบบ
- 2) มอบรางวัลแก่ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่หรือ

ลดจำนวนการสูบบุหรี่ได้

ติดตามผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในช่วงเดือนที่ 2 และ 3

ผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน และวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ พร้อมทั้งมอบเอกสารเกี่ยวกับบุหรี่และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ให้ ประเมินผลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารเลขที่ MUPH 2017-134 ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2560) ผู้วิจัยเริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ Fisher's Exact test, t-test และ Repeated-measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 85.2 ในกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.8 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี อายุเฉลี่ย 51.4 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 48.1 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 38.5 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป กลุ่มทดลอง ร้อยละ 77.8 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 88.5 ไม่มีโรคร่วมอื่น กลุ่มทดลองร้อยละ 48.1 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 53.8 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกดื่มแล้ว กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63 เป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 10 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 53.8 เป็นโรคความดันโลหิตสูงนานกว่า 10 ปี

2. ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนฯ ความคาดหวังในผลที่จะได้รับฯ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการติดยาโคติน และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < .05$) (ตาราง 1)

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนฯ ความคาดหวังในผลที่จะได้รับฯ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และระดับความรุนแรงของการติดยาโคตินในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันใน 3 ระยะไม่แตกต่างกัน (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Repeated Measures ANOVA ($n = 53$)

ตัวแปร / ระยะ	กลุ่มทดลอง ($n = 27$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 26$)	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่				
ระยะก่อนการทดลอง	25.5	2.1	26.5	2.8
ระยะหลังการทดลอง	28.2	1.4	27.7	1.9
ระยะติดตามผล	29.2	0.8	28.7	1.5
	$F = 57.9, p < .001$		$F = 27.4, p < .001$	
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่				
ระยะก่อนการทดลอง	25.3	2.2	25.8	2.4
ระยะหลังการทดลอง	28.4	1.0	27.9	1.4
ระยะติดตามผล	29.1	0.6	28.9	0.9
	$F = 69.5, p < .001$		$F = 48.2, p < .001$	
3. ความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่				
ระยะก่อนการทดลอง	39.0	4.1	39.1	2.5
ระยะหลังการทดลอง	43.3	2.9	40.0	1.8
ระยะติดตามผล	46.7	3.2	41.9	2.9
	$F = 79.3, p < .001$		$F = 26.9, p < .001$	
4. การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่				
ระยะก่อนการทดลอง	4.9	1.8	4.4	1.4
ระยะหลังการทดลอง	6.2	1.5	4.8	1.2
ระยะติดตามผล	6.4	1.4	5.2	1.3
	$F = 55.3, p < .001$		$F = 3.8, p < .001$	

ตัวแปร / ระยะ	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 26)	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
5. ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน				
ระยะก่อนการทดลอง	4.1	1.8	4.3	1.4
ระยะหลังการทดลอง	2.9	1.4	3.8	1.2
ระยะติดตามผล	2.3	1.5	3.1	1.2
	F = 20.7, p<.001		F = 28.7, p<.001	
6. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน				
ระยะก่อนการทดลอง	8.9	4.9	8.4	3.8
ระยะหลังการทดลอง	6.6	3.1	8.0	3.8
ระยะติดตามผล	6.1	2.8	7.5	4.2
	F = 16.4, p<.001		F = 7.4 , p = .274	

2.3 ผลการทดสอบด้วย paired t-test พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ ในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.4 ในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การ

รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน น้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล โดยใช้ t-test (n= 53)

ตัวแปร/ระยะ	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=26)		t	p -value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ						
ระยะก่อนการทดลอง	25.5	2.1	26.5	2.8	-1.5	.137
ระยะหลังการทดลอง	28.2	1.4	27.7	1.9	3.3	.002
ระยะติดตามผล	29.2	0.8	28.7	1.5	2.8	.007
การรับรู้ความเสี่ยงฯ						
ระยะก่อนการทดลอง	25.3	2.2	25.8	2.4	-0.9	.391
ระยะหลังการทดลอง	28.4	1.0	27.9	1.4	2.0	.049
ระยะติดตามผล	29.1	0.6	28.9	0.9	1.2	.230

ตัวแปร/ระยะ	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=26)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความคาดหวังในผลที่จะได้รับฯ						
ระยะก่อนการทดลอง	39.0	4.1	39.1	2.5	-0.2	.871
ระยะหลังการทดลอง	43.3	2.9	40.0	1.8	4.8	<.001
ระยะติดตามผล	46.7	3.2	41.9	2.9	5.6	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเองฯ						
ระยะก่อนการทดลอง	4.9	1.8	4.4	1.4	1.1	.295
ระยะหลังการทดลอง	6.2	1.5	4.8	1.2	4.4	<.001
ระยะติดตามผล	6.4	1.4	5.2	1.3	3.0	.004
ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อ						
ระยะก่อนการทดลอง	4.1	1.8	4.3	1.4	-0.5	.596
ระยะหลังการทดลอง	2.9	1.4	3.8	1.2	-1.8	.081
ระยะติดตามผล	2.3	1.5	3.2	1.2	-1.4	.168
จำนวนผื่นขึ้นที่สุบต่อวัน						
ระยะก่อนการทดลอง	8.9	4.9	8.4	3.8	0.4	.648
ระยะหลังการทดลอง	6.6	3.1	8.0	3.8	-2.4	.020
ระยะติดตามผล	6.1	2.8	7.5	4.2	-2.4	.033

2.5 ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทั้งในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล

2.6 หลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 1 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีผู้เลิกบุหรี่ได้ แต่เมื่อทดสอบโดยใช้ Fisher Exact Test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่จะได้รับการเลิกสูบบุหรี่ และความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับพรพนนิภา หงษ์อินทร์ (2558) ที่จัดโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับจิราพร สุวะมาตย์ (2558) ในเรื่องผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นชายตอนต้นในสถานสงเคราะห์เด็กชาย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับศรีณยพิชญ์ ปาประลิต (2559) ในเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามผลการเลิกบุหรี่ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์หลังคา จังหวัดสระบุรีพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความรุนแรง คือ การได้รับการบอกกล่าวถ้ากระทำหรือไม่กระทำบางอย่างจะทำให้ได้รับผลร้ายและเกิดการคุกคามต่อชีวิตได้ ความเชื่อมั่นในผลของการตอบสนองเป็นการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคจากการเกิดความกลัวจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำ และความสามารถตนเอง เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมหนึ่งได้หรือไม่ (Rogers, 1983)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับสุนารี ทะนะเป็ก (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงของโรคจากบุหรี่มวนเองของผู้หญิงอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ทฤษฎีแรงจูงใจได้กล่าวไว้ว่า การสื่อสารที่เป็นการคุกคามต่อสุขภาพจะทำให้บุคคลที่ตกอยู่ในความเสี่ยงนั้นมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายนั้นๆ (Rogers, 1983) แต่จากผลการศึกษาในระยะ

ติดตามผลที่พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่เพียงหนึ่งครั้งและในระยะติดตามผลจะได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่เท่านั้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับเอกสารเกี่ยวกับบุหรี่จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผลของทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน

แม้ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอาจเนื่องมาจากทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจอยู่ในระดับต่ำ ถึง ต่ำมาก จึงทำให้ไม่เห็นถึงความแตกต่างในการลดลงระหว่างกลุ่มได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

คลินิกโรคเรื้อรังควรจัดระบบช่วยเหลือเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมความสามารถตนเอง และความมั่นใจของผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ รวมถึงการส่งต่อเพื่อติดตามหลังเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร สุระมาตย์. (2558). ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นชายตอนต้นในสถานสงเคราะห์เด็กชาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดียร์.

- พรรณนิภา หงษ์อินทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยคัดยกรมกระดูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2560). ข้อมูลต้องรู้ การสูบบุหรี่เป็นของแสดงคนเป็นความดันโลหิตสูง. (แผ่นพับ). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปราบัษขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรระคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรพนเพ้า และ กนิษฐา ไทยกล้า. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.
- ศรัณยพิชญ์ ปาประลิต. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตาม ผลการเลิกบุหรี่ ของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์หลังคา จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาล, 65(1), 28-38.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรา นามเดช และปริญศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). พิชัยยาสูบต่อสุขภาพ. ใน สุปาณี เสนาดีสัย และ สุรินทร์ กลัมพากร (บรรณาธิการ). บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 79-87). กรุงเทพมหานคร: เบญจผล.
- สุนารี ทะนะเป็ก. (2555). โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่มีนเองของผู้หญิงอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Campbell, N. R., Khalsa, T., Lackland, D. T., Niebylski, M. L., Nilsson, P. M., Redburn, K. A., et al. (2016). High blood pressure 2016: Why prevention and control are urgent and important. *The Journal of Clinical Hypertension*, 18(8), 714-717.
- Haustein, K-O., & Groneberg, D. (2010). *Tobacco or health* (2nd ed.). New York: Springer.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 119-1127.
- Jianvitayakij, S., Panpakdee, O., Malathum, P., Duffy, A.S., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with Hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(2), 100-110.
- piCO: Breath CO monitor to help stop smoking. Retrieved March 5, 2018, from <https://www.bedfont.com/shop/smokerlyzer/pico>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.). *Social psychophysiology* (pp. 153-174). New York: Guilford Press.
- World Health Organization. (2016). *Tobacco*. Retrieved December 15, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>