ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

ยุพาพรรณ ช้างพลายงาม[1], จินตนา ทองเพชร[2*], นพดล สุขศรี[1], คมศักดิ์ สังขนิมิตร[1], สุภาวดี วาระดี[1]
[1]โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี
[2]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ คลินิกเลิกบุหรี่ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง 34 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง ในระยะ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ แบบบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดสารนิโคติน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจกลุ่มตัวอย่างลดการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 52.94 และเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 32.35 ตามลำดับ ร้อยละ 97.13 สูบลดลงเฉลี่ย 10 มวน ร้อยละ 79.42 มีระดับความรุนแรงการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน พบว่าหลังให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ($t= -8.37, p< .01$) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ($t=3.67, p< .01$) และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินลดลง ($t=2.67, p< .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นควรขยายบริการการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพิ่มขึ้นและพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางสุขภาพ

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ, การสูบบุหรี่, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jintana@pckpb.ac.th)
วันที่รับ 18 ก.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 17 พ.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 21 พ.ย. 2567

The Effects of Motivational Interviewing on Smoking Behavior among Non- Communication Disease Patients of Smoking Cessation Clinic Kangkrachan Hospital, Phetchaburi Province

Yupapun Changplaingam[1], Jintana Tongpeth[2]*, Noppadon Suksie[1],
Komsak Sangkhanimit[1], Supawadee Waradee[1], Supannee Praysee[1]
[1]Kaeng Krachan Hospital Phetchaburi Province
[2]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

A quasi-experimental study with a single group pretest-posttest design was conducted to investigate the effects of motivational interviewing on smoking cessation behavior, number of cigarettes smoked per day, and nicotine dependence severity. The sample consisted of 34 patients with chronic non-communicable diseases who smoked cigarettes at the smoking cessation clinic. The intervention was a motivational interviewing program that was delivered four times over a period of 1 week, 2 weeks, 1 month, and 2 months. The data collection tools were a smoking cessation behavior assessment scale, a daily cigarette smoking record, and a nicotine dependence severity scale. These tools were reviewed for content validity by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results of the study found that after receiving motivational interviewing, the sample group reduced smoking by 52.94% and quit smoking by 32.35%, respectively. 97.1% smoked less, with an average decrease of 10 cigarettes. 79.4% had a low level of nicotine dependence. When comparing smoking cessation behavior, number of cigarettes smoked per day, and severity of nicotine dependence, it was found that after counseling, the sample group had an average increase in smoking cessation behavior scores *(t= -8.37, p< .01)*, number of cigarettes smoked per day (*t=3.67, p< .01*), and severity of nicotine dependence decreased (*t=2.67, p< .05*).

Therefore, it is recommended to expand the service of motivational interviewing for smoking cessation in the health care network, increase follow-up of patients in the long term, and develop the potential for motivational interviewing counseling for health professionals.

Keywords: Motivational Interviewing, Smoking Behavior, Non- Communication Disease

*Corresponding e-mail: jintana@pckpb.ac.th
Received: July 18, 2024; Revised: November 17, 2024; Accepted: November 21, 2024

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ข้อมูลว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2559 มีถึงร้อยละ 71 เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตประชากรไทยทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 (World Health Organization, 2023) และสาเหตุของโรคเกิดจากปัจจัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด เป็นต้น จากรายงานพบว่าร้อยละ 21 ของปัจจัยเสี่ยง เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Vijit-Sunthornkul, 2016; (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยพบแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงแต่ความร่วมมือของผู้สูบบุหรี่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่ายังมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11.1, 13.2, 31.4, 8.8 และ 20.4 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2014) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคำนึงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมด้วย โดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ ประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ โดยเน้นกลยุทธ์ในด้านต่างๆ เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ สายด่วนเลิกบุหรี่ บริการช่วยเลิกบุหรี่ในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำและคลินิกฟ้าใสไร้ควัน ที่พัฒนามาจากคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล (Sumalee, Pitayarangsarit, Lamanan, & Tangcharoensathien, 2015) มีการศึกษาความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่โดยกระบวนการเลิกบุหรี่ที่จัดตั้งขึ้น พบว่าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ (Intarasattakul, 2017)

โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากฐานข้อมูลพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.05 เลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 2.63 (Health Data Center, Phetchaburi Provincial, 2018) จากการทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่พบมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อรังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงสูบบุหรี่ 115 ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงสูบบุหรี่ 244 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงสูบบุหรี่ 81 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงสูบบุหรี่ 1 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงสูบบุหรี่ 25 ราย รวมทั้งหมด 466 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.65 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด (Kaeng Krachan Hospital Database, 2018) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่จะได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่และส่งไปคลินิกเลิกบุหรี่ จากการทบทวนผลการดำเนินงานของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลแก่งกระจาน ที่ให้บริการในประชาชนทั่วไปที่สมัครใจเข้ารับบริการ และผู้ป่วยที่ส่งมาจากคลินิกต่างๆ พบปัญหา ผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อมาจากคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ ไม่อยากเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แต่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยการใช้ยา เมื่อรับรู้ว่าคลินิกเลิกบุหรี่เน้นให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยไม่มีการใช้ยาในการเลิกบุหรี่ ผู้รับบริการจะปฏิเสธการเลิกบุหรี่ทันที และไม่รับฟังคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ใดๆ แต่มีผู้รับบริการ 1 รายที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจโดยชี้ให้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ ให้ความรู้ โทษของพิษภัยบุหรี่ที่ส่งผลต่อโรคประจำตัว เมื่อส่งเข้าคลินิกอดบุหรี่ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูบบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่นั้นจำเป็นต้องมีแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ตัดสินใจ และตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างแน่แน่ โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า

การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีผลทำให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Rose et al., 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมของการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ พบว่าเป็นเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) ใช้ในการบำบัดผู้ดื่มสุราโดยเน้นสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลักการสำคัญดังนี้ การใช้ทักษะกระตุ้นจูงใจ (Evocation/Elicit) ให้ผู้ป่วยพูดและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเน้นการร่วมมือกัน (Collaboration) ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความเชื่อถือ (Autonomy) ให้อิสระให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง (Miller & Rollnick, 2002) มีการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการนำแนวคิดเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ (Xu et al, 2023) และมีการศึกษาการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด (Chen et al, 2020) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและเลิกสูบภายหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่งผลทำให้มีผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Grobe et al., 2020; Caponnetto et al., 2020) ถึงแม้ว่าผลการศึกษานี้ จะช่วยให้ผู้รับบริการที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นแต่บริบทที่แตกต่างกันของสิ่งแวดล้อมแต่ละพื้นที่ อาจมีผลต่อการนำมาปรับใช้ในผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ในพื้นที่อื่น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการของโรงพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

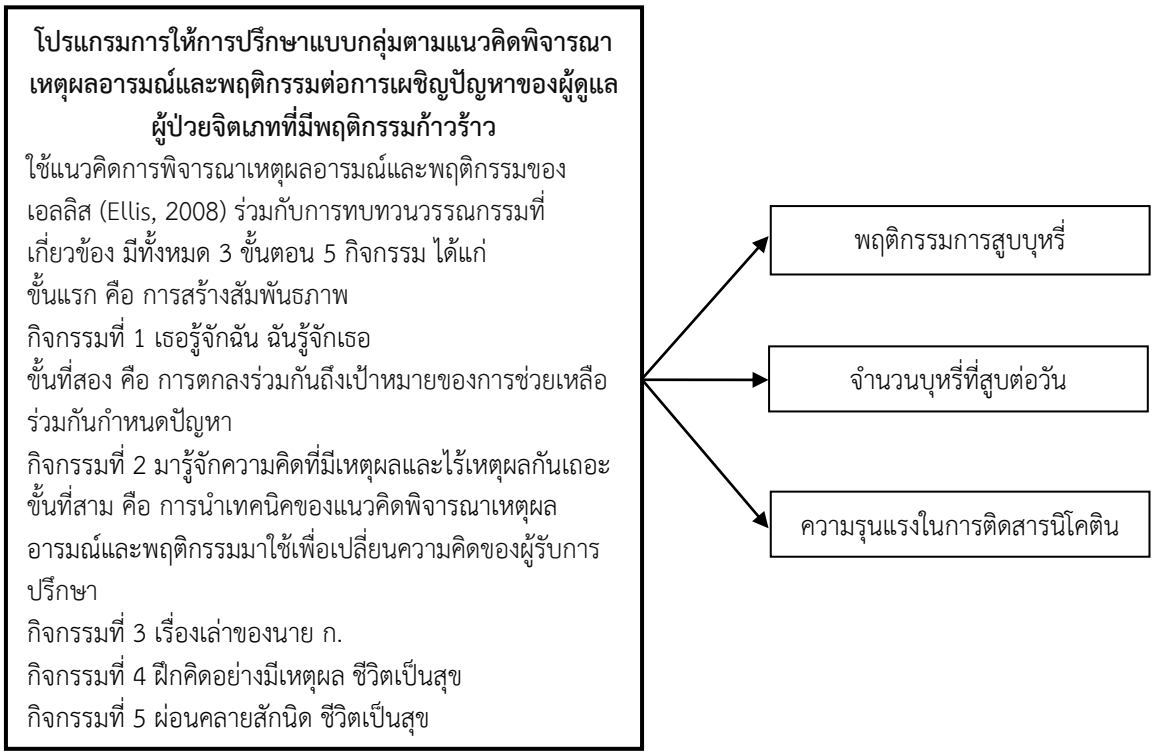
สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI) เป็นรูปแบบการสนทนาโดยการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Miller & Rollnick, 2002) ใช้ทักษะกระตุ้นจูงใจให้ผู้ป่วยพูดและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เน้นการร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความเชื่อถือ ให้อิสระ ให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะได้ผ่านกระบวนการคิด มีความตระหนักในความสำคัญ

ของปัญหาของตนอย่างแท้จริง และเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างน้อย 1 โรค และสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่มารับบริการ ณ คลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 78 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างน้อย 1 โรค และ 2) สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3) มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด เกณฑ์การยกเลิกการศึกษา คือ 1) เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างการวิจัย 2) ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือย้ายออกจากชุมชน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณด้วยโปรแกรม G*power ค่า α เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.8 ค่า Effect Size เท่ากับ 2.49 ค่า σ เท่ากับ 4.82 จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการ

นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ (Pinwihok et al., 2018) ได้กลุ่มตัวอย่าง 31 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop Out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระดับการศึกษา และการดื่มสุรา

1.2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลแบบเติมข้อความ ประกอบด้วย ประเภทของบุหรี่ที่ใช้ จำนวนที่สูบต่อวัน อายุที่เริ่มสูบ ระยะเวลาที่สูบ สาเหตุที่สูบ ประวัติการเลิกสูบ สาเหตุที่เคยเลิกสูบ ระยะเวลาที่เลิกสูบ และสาเหตุที่สูบซ้ำ

1.3 แบบประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน (Fagerstorm Test for Nicotine Dependence) หมายถึงการประเมินระดับความรุนแรงการติดนิโคติน ใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับคะแนน คะแนน 0-2 หมายถึง เป็นผู้ติดนิโคตินเล็กน้อย คะแนน 3-4 หมายถึง เป็นผู้ติดนิโคตินปานกลาง คะแนน 5-10 หมายถึง เป็นผู้ติดนิโคตินรุนแรง (Klinsophon et al., 2017)

1.4 แบบประเมินแรงจูงใจ ประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ เกณฑ์การให้คะแนน มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน ค่าคะแนนที่ต่ำแสดงถึงระดับแรงจูงใจต่ำ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับแรงจูงใจสูง

1.5 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของ (Makmai et al, 2017) มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยทำเลย (1 คะแนน) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ คือ ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน ทำบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้ ไม่เคยทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้ คะแนนสูง (22-42 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เหมาะสมมาก คะแนนต่ำ (0-21 คะแนน) หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เหมาะสมน้อย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัด และประสบการณ์การดูแลผู้ติดสารเสพติด ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพคลินิกเลิกบุหรี่ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มากกว่า .90 ทุกฉบับ และนำไปทดสอบในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรุนแรงการติดนิโคตินได้เท่ากับ .89 แบบประเมินระดับแรงจูงใจเท่ากับ .83 และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจรายบุคคล (Jundai & Puwapanich, 2018) ที่พัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Self-Determination Theory) (Deci & Ryan, 1990) และแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

(Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 2002) เนื้อหาสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้กำหนดการให้คำปรึกษา 4 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่มาวันแรก) ใช้เวลา 10-15 นาที

สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย สอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนาครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ ตั้งเป้าหมายและวางแผนการเลิกบุหรี่ และมอบคู่มือการเลิกบุหรี่ นัดครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนา ครั้งที่ 2 ติดตามผลการบำบัดครั้งที่ 1 ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจตามระดับแรงจูงใจ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา อุปสรรค อาการข้างเคียง นัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนา ครั้งที่ 2 ติดตามผลการบำบัดครั้งที่ 2 ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหา อุปสรรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังคงเป็นปัญหา นัดครั้งต่อไป 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ประเมินแรงจูงใจ ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ตามแบบสนทนา ครั้งที่ 2 ติดตามผลการบำบัดครั้งที่ 3 วางแผนร่วมกันในการป้องกันการเสพซ้ำ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากการบำบัด วางแผนติดตามหลังการบำบัด นัด 1 เดือน ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการนัดติดตามเอง โดยนัดมาพบที่โรงพยาบาลหรือนัดติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 5

ประเมินผลหลังการบำบัด 2 เดือน โดยประเมินความรุนแรงการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ยุติการบำบัด กล่าวขอบคุณผู้ป่วย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ เกี่ยวกับการสนทนาให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ และสื่อ (คู่มือเลิกบุหรี่ แผ่นพับความเข้าใจเลิกบุหรี่ แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นของแสลงคนเป็นโรคถุงลมโป่งพอง แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นของแสลงคนเป็นโรคเบาหวาน แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นของแสลงคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง แผ่นพับการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากผ่านการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 5 คน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งกระจาน ขอดำเนินการเก็บข้อมูล ณ คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลแก่งกระจาน อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นทำการประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงในติดสารนิโคติน ก่อนเริ่มให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ บันทึกการให้คำปรึกษา และดำเนินการ

นัดหมายในครั้งต่อไป จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที และนัดครั้งที่ 5 เพื่อติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนทนาให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสนทนาให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจด้วย Paired t-test ภายหลังทดสอบสมมติฐานพบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) (Pallant, 2016)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รหัสเลขที่ PBEC NO.023/2562 วันที่ 3 มกราคม 2563 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมและการนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.21 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 73.53 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.13 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79.42 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.91 ส่วนใหญ่สูบใบจาก ร้อยละ 67.65 สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 82.35 เป็นผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่มาก่อน ร้อยละ 70.59

2. ผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

เมื่อพิจารณาผลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่ลดการสูบ และเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 52.94 และ 32.35 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จำแนกตามการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกบุหรี่ได้	11	32.35
ลดการสูบ	18	52.94
เลิกไม่ได้	5	14.71
รวม	**34**	**100.00**

เมื่อพิจารณาจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน ร้อยละ 97.06 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน	33	97.06
11-20 มวน	-	-
มากกว่า 30 มวน	1	2.94
รวม	**34**	**100**

M=3.94, SD.=7.071, Min=0, Max=9

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จำแนกตามระดับความรุนแรงการติดนิโคติน (n=34)

ระดับความรุนแรงการติดนิโคติน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-2 คะแนน)	27	79.41
ปานกลาง (3-4 คะแนน)	3	8.82
สูง (5คะแนนขึ้นไป)	4	11.76
รวม	**34**	**100.0**

M=1.79, SD.=2.15, Min=0, Max=9

3. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า หลังให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.64 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง*		หลังการทดลอง**	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-21 คะแนน)	21	61.76	4	11.76
สูง (22-42 คะแนน)	13	38.24	30	88.64
รวม	**34**	**100**	**34**	**100**

** ก่อนการทดลอง M=18.59, SD.=4.97, Min=14, Max=28*

*** หลังการทดลอง M=30.91, SD.=7.06, Min=14, Max=42*

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเท่ากับ 18.59 และหลังการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเท่ากับ 30.91 เมื่อทดสอบความ

แตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หลังการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (n=34)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	Mean	SD.	*t*	*p-value*
ก่อนการทดลอง	18.59	4.97	*-8.37**	*.001*
หลังการทดลอง	30.91	7.06		

**p-valve< .01*

ผลการศึกษาพบว่า หลังให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงในติดสารนิโคติน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความรุนแรงการติดนิโคติน ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (n=34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	*t*	*p-valve*
	Mean SD.	*M*ean SD.		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	9.71 5.97	3.94 7.07	*3.67***	*.001*
ระดับความรุนแรงในติดสารนิโคติน	2.53 2.19	1.79 2.12	*2.67**	*.013*

**p-valve< .05, **p-valve< .01*

อภิปรายผล

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.21 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นพบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 32.78 (Thomson et al., 2022) มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 73.53 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 47.13 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 79.42 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 52.91 ส่วนใหญ่สูบใบจากร้อยละ 67.65 สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ร้อยละ 82.35 เป็นผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่มาก่อนร้อยละ 70.59

2. กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พบว่า ส่วนใหญ่ลดการสูบ และเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 52.94 และ 32.35 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน คิดเป็นร้อยละ 97.06 ระดับความรุนแรงการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.41 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แนวคิดและการประยุกต์ในผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยประยุกต์วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าสามารถช่วยให้กลุ่มผู้เป็นโรคนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความเคร่งครัดในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีทั้งระดับโพแทสเซียม ระดับฟอสเฟต ระดับอัลบูมิน และระดับฮีโมโกลบิน ส่งผลให้สามารถยืดระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต มีอัตราการตายจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง และมีคะแนน

คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Ok & Kutlu, 2021) อีกทั้งเป็นแนวทางให้พยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรังใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง (Mankih et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 30 วัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการสูบบุหรี่แบบปกติ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในขั้นปฏิบัติการลดการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value< .01*) มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value< .01*) ส่วนระยะติดตามผลการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงหลังจากการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Getz et al., 2023)

3. หลังให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง(*p-valve< .01*) และระดับความรุนแรงการติดนิโคตินลดลง (*p-valve< .05*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ มีรายละเอียดดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่ ประเมินความรุนแรงในการติดนิโคติน ประเมินแรงจูงใจ ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดใจ การสนับสนุนแรงจูงใจให้เข้มแข็งโดยใช้คำถามสร้างความตระหนักในการเลิกบุหรี่ตามระดับแรงจูงใจ ผู้วิจัยให้ข้อมูลโทษพิษภัยของบุหรี่ สารพิษในบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงหลังเลิกบุหรี่ แจกคู่มือการเลิกบุหรี่และแผ่นพับ วางแผนและสรุปวิธีการและระยะเวลาที่จะเลิกบุหรี่ นัดหมายการรับบริการครั้งต่อไปจำนวน 4 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที ติดตามผลที่ระยะ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 2 เดือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจคลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเบนฮา (Benha) จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสัมภาษณ์ที่สร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเลิกบุหรี่ผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ (Elrefaey & Ibrahim., 2019) และสอดคล้องกับผลการศึกษาผลการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบผลการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงและเลิกสูบภายหลังได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dobber et al., 2021) และสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ได้รับการบำบัดในรูปแบบให้คำปรึกษา และติดตามหลังจากการทดลองระยะ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงภายหลังได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผล หลังจำหน่าย พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ ลดการสูบบุหรี่ลง ร้อยละ 52.00 และยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิมร้อยละ 8.00 ครั้งที่ 3 เดือนที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 36.00 ลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 48.00 และยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิมร้อยละ 16.00 (Sayed et al., 2023)

และสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษา กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติของสถานบำบัดสารเสพติด ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดตามปกติ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจจากระยะลังเลเป็นระยะมีแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และพฤติกรรมร่วมมือฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) (Dunn et al., 2023)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรขยายบริการการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพ และการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยชี้แนะเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและเกิดประสิทธิผลสูงสุด จึงควรสนับสนุนให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัย และติดตามผู้ป่วยในระยะยาวขึ้นอีก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการศึกษาขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ เพื่อนำมาวิเคราะห์พัฒนางานวิจัยรูปแบบหรือโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

Reference

Aekplakorn, W., (editor). (2014). *Report on survey of Thai people's health by examination Body, 5th time.* Health Systems Research Institute (HSRI), Nonthaburi. (in Thai)

Caponnetto, P., Maglia, M., Floresta, D., Ledda, C., Vitale, E., Polosa, R., & Rapisarda, V. (2020). A randomized controlled trial to compare group motivational interviewing to very brief advice for the effectiveness of a workplace smoking cessation counseling intervention. *Journal of addictive diseases, 38*(4), 465-474.

Chen, H. M., Lee, H. L., Yang, F. C., Chiu, Y. W., & Chao, S. Y. (2020). Effectiveness of motivational interviewing in regard to activities of daily living and motivation for rehabilitation among stroke patients. *International journal of environmental research and public health, 17*(8), 2755.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York.

Dobber, J., Snaterse, M., Latour, C., Peters, R., Ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., ... & van Meijel, B. (2021). Active Ingredients and Mechanisms of Change in Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Patients with Coronary Artery Disease: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology, 12*, 599203.

Dunn, J., Yuan, M., Ramírez, F., Garneau, H. C., Brown-Johnson, C., Breland, H., ... & McGovern, M. (2023). Addressing methamphetamine use in primary care: Provider perspectives. *Journal of Addiction Medicine, 17*(1), 60-66.

Elrefaey, S. R. I. & Ibrahim, F. S. S. (2019). The Effectiveness of a Motivational Interviewing Program on Smoking Cessation among Smoker Patients with Heart Disease. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 8*(1), 61-74.

Getz, V., Munkhaugen, J., Lie, H. C., & Dammen, T. (2023). Barriers and facilitators for smoking cessation in chronic smokers with atherosclerotic cardiovascular disease enrolled in a randomized intervention trial: A qualitative study. *Frontiers in Psychology, 14,* 1060701.

Grobe, J. E., Goggin, K., Harris, K. J., Richter, K. P., Resnicow, K., & Catley, D. (2020). Race moderates the effects of motivational interviewing on smoking cessation induction. *Patient education and counseling, 103*(2), 350-358.

Health Data Center, Ministry of Public Health. (2018). Screening and treatment of tobacco addicts Phetchaburi Province. (in Thai)

Intarasattakul, N. (2017). The Outcomes of Smoking Cessation among Non-communicable disease Patients at Primary Care Unit and Kumpawapi Hospital, *Udonthani Hospital Medical Journal, 25*(3); 211-220.

Jundai, A & Puwapanich, P.(2018). The effects of motivational counseling for attitude change on knowledge and attitude toward smoking among drug addicts at Paktho hospital, Changwat Ratchaburi. *Thai Journal of Nursing, 67*(1), 40-45.

Kaeng Krachan Hospital database. (2018). Cigarette Behavior Screening Report. (in Thai)

Klinsophon, T., Janwantanakul, P., & Thaveeratitham, P. (2017). Reliability of the Thai Version of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Journal of the Medical Association of Thailand, 100*(10), 1130-1134. (in Thai)

Makmai, W., Prechawong, S., & Treenai, S. (2019). Effect of Promoting Smoking Cessation Program for Parents to Reduce Secondhand Smoke Exposure in Pediatric Patients with Asthma. *Nursing Journal, 46*(2), 59-69. (in Thai)

Mankih, R. A., & Hussain, A. H. M. (2022). The Role of Motivational Interviewing in Improving Health State of Patients Undergoing Hemodialysis. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 16*(06), 642-642.

Meijel, B. (2021). Active Ingredients and Mechanisms of Change in Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Patients with Coronary Artery Disease: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 599203.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). The Guilford Press, USA.

Ok, E., & Kutlu, Y. (2021). The effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research, 30*(3), 322-333.

Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS Program (6th ed).* McGraw-Hill Education: London.

Pinwihok, S., Kanogsunthornrat, N., & Orasa, P. (2018). The Effects of Motivational Interviewing Combined with Hand Reflexology on Quit Smoking Behavior and Nicotine Withdrawal Symptoms in Tobacco Addicted Patients. *Kuakarun Nursing Journal, 25*(1), 90-105. (in Thai)

Rose, J., Ahmed, I., Keilty, E., Cooper, C., & Selby, P. (2023). *Generation and Classification of Motivational-Interviewing-Style Reflections for Smoking Behavior Change Using Few-Shot Learning with Transformers*. Authorea Preprints.

Sayed, S. H., El-Sakkar, S. M., Elsaka, S. A., & El-Houfey, A. A. (2023). Effect of cigarette smoking cessation educational intervention based on the trans-theoretical model using motivational interviewing on Egyptian males' smoking knowledge and behavior: A randomized controlled trial. *Nursing Practice Today, 10*(2), 108-123.

Sumalee, H., Pitayarangsarit, S., Lamanan, P., & Tangcharoensathien, V. (2015). Assessment of Smoking Cessation Services in Public Health Ministry-Affiliated Hospitals. *Health Systems Research Journal, 9*(3), 241-252. (in Thai)

Thomson, B., Emberson, J., Lacey, B., Lewington, S., Peto, R., Jemal, A., & Islami, F. (2022). Association between smoking, smoking cessation, and mortality by race, ethnicity, and sex among US adults. *JAMA Network Open, 5*(10), e2231480-e2231480

Vijit-Sunthornkul, G., Kamphan, D., and Charondee, K. (2016). *Trend of Risk Factors and Non-Communicable Disease Behaviors, 2005-2015: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey*. Department of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health, Bangkok. (in Thai)

World Health Organization. (2021). *World Health Organization Global Report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, 4th edition*, Switzerland.

World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved November 3, 2023 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/ /noncommunicable disease.

Xu, M., Guo, K., Shang, X., Zhou, L., Fenfen, E., Yang, C., & Yang, K. (2023). Network Meta-analysis of Behavioral Programs for Smoking Quit in Healthy People. American, *Journal of Preventive Medicine, 65*(2), 327-336.