ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่*

*เดือนทิพย์ เขษมโอภาส, พย.ม.***
*พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ, วท.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนหลังกลุ่มเดียวครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดเลิกบุหรี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวจำนวน 260 คนที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกหลังคลอด คลินิกเด็กดีหรือหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล 9 แห่ง เข้าร่วมในรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย 3 ระยะคือ ก่อนการเลิกบุหรี่ เลิกบุหรี่ และก่อนจำหน่าย แต่ละระยะพยาบาลมีบทบาทเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ครอบครัวและผู้สูบมีบทบาทร่วมวางแผนค้นหาวิธีการและแรงจูงใจตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ร่วมปฏิบัติการเลิกบุหรี่และร่วมประเมินผลสำเร็จ เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว และคู่มือการใช้รูปแบบ แบบสอบถามสำหรับผู้สูบบุหรี่ประกอบด้วยแบบประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบประเมินระดับการติดนิโคติน แบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ สถิติที (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่และมีพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, $<.001$) ผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบใหม่ในการลดเลิกบุหรี่ คือ 1) ควรปรับให้เป็นบทบาทหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับครอบครัว 2) เพิ่มการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายที่ช่วยในการควบคุมยาสูบ 3) การเพิ่มสิ่งจูงใจที่เป็นรูปธรรม 4) การเพิ่มสื่อหรือตัวแบบในการเลิกบุหรี่ที่ผู้สูบและครอบครัวเข้าใจได้ง่ายทั้งทางบวกและทางลบ

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยสร้างเสริมพลังอำนาจของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ ช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในครอบครัว และสามารถนำไปประยุกต์ใช้สร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ในชุมชนอื่น

คำสำคัญ : รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การเลิกบุหรี่

---

* ได้รับทุนสนับสนุนภายใต้แผนงาน 1.3 เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

Effects of family participation model for smoking cessation in Thai family*

Duantip Khasemophas, M.S.N.**

Pilailak Rojanaprasert, M.Sc.****

Abstract

This quasi-experimental of one group pre-posttest research was aimed to investigate the achievement of Family Participation Model (F.P. model) for smoking cessation. 260 smokers and 260 family members receiving services at antenatal unit, postpartum unit, well-baby clinic, or pediatric ward in nine hospitals were selected by purposive sampling to participate in F. P. Model for 3 months. The F.P. Model consisted of three stages: pre-cessation, cessation, and pre-discharge. Nurse's role in each stage should encourage empowerment and participation among smokers and their families. They independently planed their own motivation and smoking cessation method by choosing, employing and evaluating the outcome. Research instruments comprised F. P. Model and its manual, questionnaires for smoker's stage of change and nicotine dependence form including questionnaires for family members' perceived capability of smoking cessation, perceived benefits of smoking cessation, and intention of smoking cessation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and paired t-test.

The findings revealed that family members perceived capabilities to stop smoking and had smoking cessation behaviors significantly higher than before implementing the F. P. model ($p<.05$, $p<.001$). Smokers had nicotine dependence level significantly lower than before implementing the F. P. model ($p<.001$). Suggestion of new model of smoking cessation included: 1) nurses should have major role in directly working with family, 2) more collaboration with networks to support Tobacco control, 3) enhancing motivation with tangible example, and 4) providing more media and role models with positive and negative meaning and easily understanding.

This study indicated that the Family Participation Model could empower family members for smoking cessation. This model supported family members to participate in problem solving of health problem in family. This model should be applied for capacity building family members for smoking cessation in other communities.

Keywords : family participation model, family participation, smoking cessation

---

* This study was supported by Nurses Network on Tobacco Control of Thailand

** Assistant Professor, Department of Fundamentals of Nursing and Nursing Administration, the Thai Red Cross College of Nursing

*** Assistant Professor, Department of Pediatric and Obstetric, the Thai Red Cross College of Nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมการบริโภคยาสูบในรอบ 5 ปี ของประเทศไทยพบว่า ผู้ชายมีแนวโน้มสูบบุหรี่ลดลง ผู้หญิงมีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.94 ในพ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 2.01 ในพ.ศ 2552 และมีคนไทยได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านสูงถึงร้อยละ 39.1[1] ในพ.ศ. 2549 สำรวจพบว่าคนไทยร้อยละ 24.39 สัมผัสควันบุหรี่ในบ้านโดยเป็นเด็กถึง 2.28 ล้านคนหรือร้อยละ 3.49 ของคนไทยทั้งหมด[2] การสูบบุหรี่ของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทย[3] พบว่าสูบบุหรี่ร้อยละ 1.31 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 6.64 หญิงมีครรภ์ได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนในครอบครัวคือ สามีร้อยละ 70.2 บิดาร้อยละ 33.1 พี่ร้อยละ 11.5 และญาติร้อยละ 7.45 แสดงว่าการป้องกันภาวะสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ในครอบครัวยังต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากบุหรี่และควันบุหรี่ที่มีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด[4]

การทบทวนผลดำเนินงานด้านการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยพบว่า พยาบาลและทีมสุขภาพมุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านพิษภัยของบุหรี่ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ การจัดโปรแกรมหรือคลินิกอดบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และประชาชนทั่วไป[5] โดยมีปัญหาอุปสรรคคือ ไม่สามารถติดตามผู้สูบได้อย่างต่อเนื่อง ครอบครัวไม่เห็นความสำคัญของการติดตามผู้สูบ จึงยังมีผู้สูบที่พยาบาลไม่สามารถเข้าถึงได้[6] และมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ให้ความสำคัญแก่ครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่[7] ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากงานวิจัยหลายเรื่องถึงความสำคัญของบทบาทครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการในการวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนที่ได้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว[8] พยาบาลจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนช่วยควบคุมภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวด้วย ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ให้ครอบครัวได้มีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้ก้าวผ่านอาการถอนนิโคตินได้นั้น จะทำให้ผู้สูบสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ รวมทั้งครอบครัวจะมีบทบาทในการดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังการกลับไปสูบใหม่[9,10]

การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยในการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพแนะนำให้ครอบครัวเข้าใจสภาพปัญหา ช่วยเป็นกำลังใจและคอยช่วยเหลือในขณะที่กำลังเลิกบุหรี่[11] การขาดการสนับสนุนในการเลิกบุหรี่ทั้งจากทีมสุขภาพและครอบครัวจะเป็นสาเหตุของการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่[12] ซึ่งผลการวิเคราะห์วรรณกรรมพบว่า รูปแบบหนึ่งของโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ในบทบาทพยาบาลวิชาชีพคือ การสร้างครอบครัวปลอดบุหรี่โดยปรับวิธีคิดและพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในระดับครอบครัวที่เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้คำปรึกษาที่บ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ ด้วยการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวและพยาบาล[5] ซึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบครัวปลอดจากพิษภัยของบุหรี่ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่เป็นแนวทางสำคัญของการพัฒนาให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ[13]

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[14] แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[15] และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของโคเฮนและอัพฮอฟท์[16] เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้สูบให้ลดหรือเลิกบุหรี่ได้ ผลการวิจัยครั้งนี้

จะใช้ประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการบริการของพยาบาล และต่อยอดองค์ความรู้ในการสร้างครอบครัวปลอดบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ ต่อการรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของครอบครัว ระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของครอบครัว ภายหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

2. ระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ลดลงและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ภายหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้สูบให้ลดหรือเลิกบุหรี่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[15] 4 ขั้นคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) และ2) การสะท้อนความคิด (Critical reflection) ในระยะก่อนเลิกบุหรี่ จากข้อมูลระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ในระยะเลิกบุหรี่ด้วยการเลือกแรงจูงใจและวิธีการเลิกบุหรี่ เพื่อลงมือเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบ ตามทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model หรือ Stage of Change Theory)ที่พัฒนาโดยโปรเชสกา (Prochaska) และดิเคิลเมน (Diclement) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาใช้จัดโปรแกรมการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่[17] 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ในระยะก่อนจำหน่าย ด้วยการชื่นชมให้กำลังใจและร่วมค้นหาผลดีที่เกิดขึ้นกับครอบครัว แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของโคเฮนและอัพฮอฟท์[16] 4 ขั้นคือ 1) การมีส่วนร่วมวางแผนตัดสินใจ (Decision making) ในระยะก่อนเลิกและระยะเลิกบุหรี่ 2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติ (Implementation) ในระยะเลิกบุหรี่ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation) ในระยะก่อนจำหน่าย แนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[14] ใช้ประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การรับรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของครอบครัว สำหรับผู้สูบบุหรี่ คือระดับการติดนิโคติน และระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็กที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ หลังคลอด เด็กสุขภาพดีและหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล 9 แห่ง จำนวน 800 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ที่มีอิทธิพลต่อผู้สูบบุหรี่ จำนวน 800 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกนที่ขนาดประชากร 800 คน ระดับความเชื่อมั่น 95% และ

ความคลาดเคลื่อน 5% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 260 คน[18] ดังนี้

1.1 ผู้สูบบุหรี่ อายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับบริการหรืออาศัยอยู่กับครอบครัวของผู้รับบริการ มีประวัติสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 เดือน สื่อสารอ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 260 คน

1.2 สมาชิกในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ อายุระหว่าง 20-60 ปี ผู้สูบบุหรี่ระบุว่ามีอิทธิพลต่อผู้สูบบุหรี่และอยู่ในบ้านเดียวกันอย่างน้อย 1 เดือน สื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 260 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูบบุหรี่หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถควบคุมได้

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือวิจัย

1.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาโดยศึกษาสภาพการณ์สูบบุหรี่และวิธีจัดการเดิมเพื่อเลิกบุหรี่ของครอบครัวและผู้สูบ ความต้องการช่วยเลิกบุหรี่ของครอบครัว ผู้สูบและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกหลังคลอด คลินิกเด็กดีและหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบรูปแบบฯที่ได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 1 ท่าน และปรับปรุงรูปแบบฯ ก่อนการนำไปใช้ รูปแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ มี 3 ระยะคือ

1) ระยะก่อนเลิกบุหรี่ พยาบาลให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้สูบเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ วิธีประเมินระดับการติดนิโคติน การเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนคิดและสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ ครอบครัวและผู้สูบร่วมประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมสะท้อนคิดหลังจากได้ข้อมูล ค้นหาแรงจูงใจและวิธีเลิกบุหรี่

2) ระยะเลิกบุหรี่ พยาบาลส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้สูบตัดสินใจเลือกแรงจูงใจ วิธีการเลิกบุหรี่และกำหนดวันเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับครอบครัว มีการเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจ คำแนะนำช่วยเหลืออย่างน้อย 5 ครั้ง (วันที่ 3, 7, 14, 30 และ 3 เดือน) ครอบครัวเลือกแรงจูงใจ วิธีการช่วยเลิกบุหรี่และกำหนดวันเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้สูบ และลงมือช่วยเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบ ผู้สูบบุหรี่เลือกแรงจูงใจ วิธีการเลิกบุหรี่และกำหนดวันเลิกบุหรี่ร่วมกับครอบครัว และลงมือเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

3) ระยะก่อนจำหน่าย เมื่อครบ 3 เดือน พยาบาลร่วมประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบ ผลดีที่ผู้สูบและครอบครัวได้รับภายหลังใช้รูปแบบ แสดงความชื่นชมยินดีกับการเปลี่ยนแปลงทางบวกของผู้สูบและผลดีที่ครอบครัวได้รับ ครอบครัวและผู้สูบร่วมประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบร่วมค้นหาผลดีที่ผู้สูบและครอบครัวได้รับจากการใช้รูปแบบฯ

1.2 คู่มือการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาด้วยวิธีการเดียวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ ตอนที่ 1 แนวคิดของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตอนที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับระดับการติดนิโคติน ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวันที่ 3, 7, 14, 30 และ 3 เดือนของการเลิกบุหรี่ ซึ่งพยาบาล ครอบครัวและผู้สูบจะได้รับคู่มือนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตามรูปแบบการ

มีส่วนร่วมของครอบครัว

คุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.9-1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูบบุหรี่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมมากที่สุด 1 คำตอบ ได้แก่ ระยะก่อนชั่งใจ (pre contemplation) คือ ไม่มีแผนหรือยังไม่คิดว่าจะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า ระยะชั่งใจ (contemplation) คือ จะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ (preparation) คือ วางแผนจะเลิกบุหรี่ภายใน 30 วัน ระยะปฏิบัติ (action) คือสามารถเลิกบุหรี่ได้แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance) คือ สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือน ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence) ฉบับปรับปรุง[15] จำนวน 6 ข้อ เลือกตอบในข้อที่ตรงกับพฤติกรรมมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนระบุไว้ในแต่ละคำตอบตั้งแต่ 0-3 คะแนน

2.2 แบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 11 ข้อ มาตราส่วน 4 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 5 ข้อและความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ มาตราส่วน 4 ระดับ

2.3 แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ของครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับจากรูปแบบข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบ

คุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรง (validity) เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 1 ท่าน การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช สรุปผลโดยรวมทั้งชุดของแบบสอบถามสำหรับครอบครัวผู้สูบบุหรี่ สรุปผลรวมทั้งชุด =0.88 รายด้านพบว่าพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ =0.87 การรับรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่=0.87 และความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ =0.89 แบบประเมินระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่มีค่าความเชื่อมั่น =0.75

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ตามเอกสารรับรองเลขที่ ECE 003/2554 ผู้วิจัยประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการ เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ หลังคลอด เด็กสุขภาพดีและหอผู้ป่วยเด็กให้เป็นผู้ช่วยนักวิจัย พยาบาลผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลและเอกสารแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนตัดสินใจลงนามเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จะใช้เสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่เปิดเผยตัวตน กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การจัดประชุมพยาบาลผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว คู่มือการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ การประเมินระดับการติดนิโคติน วิธีช่วยเลิกบุหรี่ วิธีเสริมสร้างพลังอำนาจและ

สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. พยาบาลผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลและเอกสารแก่กลุ่มตัวอย่างตามหลักของจริยธรรมการวิจัย ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ให้ทำแบบแสดงความยินยอมและแบบสอบถามก่อนการใช้รูปแบบ

3. ระยะก่อนเลิกบุหรี่

3.1 พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้สูบเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และบุหรี่มือสอง อาการถอนนิโคติน ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการช่วยเลิกหรือเลิกบุหรี่ การสื่อสารทางบวก การสร้างความรักความผูกพัน การรับฟังปัญหา การจัดการอารมณ์และความเครียด

3.2 ครอบครัว ร่วมวางแผน ประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบร่วมกับพยาบาลและผู้สูบ ร่วมสะท้อนคิดหลังจากได้ข้อมูลเพื่อค้นหาแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบ

3.3 ผู้สูบ ประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองร่วมกับพยาบาลและครอบครัว การค้นหาแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

4. ระยะเลิกบุหรี่

4.1 พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ให้ครอบครัวและผู้สูบเลือกแรงจูงใจและวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับครอบครัวเพื่อปฏิบัติ พยาบาลติดตามให้กำลังใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างน้อย 5 ครั้ง (วันที่ 3, 7, 14, 30 และ 3 เดือน) ด้วยวิธีเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์และการมาตรวจตามนัด

4.2 ครอบครัว ร่วมตัดสินใจและลงมือช่วยเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบ เช่น ระยะไม่ตระหนักใช้เทคนิค 5R (Relevance: ความสัมพันธ์ของการเลิกบุหรี่ต่อสุขภาพ Risk: ผลเสียจากบุหรี่ Reward: ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ Roadblocks: อุปสรรคและวิธีแก้ปัญหาเมื่อเลิกบุหรี่ Repetition: เน้นย้ำความสำคัญการเลิกบุหรี่) และสื่อแผ่นพับการเลิกบุหรี่ ระยะตั้งใจเลิกสูบใช้เทคนิคจัดการอาการขาดนิโคติน ค้นหาสิ่งทดแทนบุหรี่ ระยะเลิกสูบใช้เทคนิค 5D (Delay: ยืดเวลาการสูบ Deep breath: หายใจเข้าออกลึกๆ Drink water: ดื่มน้ำมากๆ Do something else: หาสิ่งอื่นทำ Destination/discuss with family/friend: บอกตัวเองว่าไม่สูบ พูดคุยหากำลังใจจากครอบครัว/เพื่อน) สื่อสารทางบวก สร้างความรักความผูกพัน การจัดการความเครียดและช่วยแก้ปัญหา การจัดการตัวกระตุ้น ระยะเลิกบุหรี่ต่อเนื่องใช้เทคนิคสื่อสารทางบวก สร้างความรักความผูกพัน ชื่นชมยินดี บอกผลดีที่เกิดขึ้น บันทึกเป้าหมายและความสำเร็จร่วมกับผู้สูบ

4.3 ผู้สูบ ร่วมตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เช่น กำหนดสัญญาใจ ทำตามหลัก 5D หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ปฏิเสธเมื่อมีคนชวน มีกิจกรรมกับครอบครัว การจัดการอารมณ์ในขณะเลิกสูบ บันทึกเป้าหมายและความสำเร็จร่วมกับครอบครัว

5. ระยะก่อนจำหน่าย

5.1 พยาบาล สื่อสารสิ่งที่เปลี่ยนแปลงทางบวกของครอบครัวและผู้สูบภายหลังใช้รูปแบบชื่นชม ให้กำลังใจในพฤติกรรมการช่วยเลิกและการเลิกบุหรี่

5.2 ครอบครัว สื่อสารกับผู้สูบถึงความสำเร็จ ความรู้สึกของครอบครัวและผลดีที่เกิดขึ้นจากการตั้งใจเลิกบุหรี่ ประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบร่วมกับพยาบาลและผู้สูบ

5.3 ผู้สูบ สื่อสารกับครอบครัวถึงความรู้สึกและผลดีที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ ประเมินพฤติกรรมตนเองที่เปลี่ยนไป ประเมินระดับการติดนิโคตินและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

6. ผู้วิจัยลงพื้นที่ติดตามและสังเกตการดำเนินงานตามรูปแบบฯในเดือนที่ 2-3 ของการ

ดำเนินโครงการในแต่ละโรงพยาบาล

7. เมื่อแต่ละครอบครัวใช้รูปแบบฯ ครบ 3 เดือน พยาบาลให้ครอบครัวทำแบบสอบถามสำหรับครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ หลังการใช้รูปแบบ และผู้สูบทำแบบสอบถามสำหรับผู้สูบบุหรี่ หลังการใช้รูปแบบ และแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ของครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับจากรูปแบบ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูลว่ามีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ครอบครัวผู้สูบบุหรี่และระดับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.7 อายุระหว่าง 20-60 ปีร้อยละ 82.9 มีระดับการศึกษามัธยมร้อยละ 49.4 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 35.8 ศาสนาพุทธร้อยละ 98.4 มีผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว 1 คนร้อยละ 63 เคยช่วยเลิกบุหรี่ในครอบครัวร้อยละ 75.1 วิธีช่วยเลิกบุหรี่คือ ลดจำนวนมวนร้อยละ 43.2 ให้กำลังใจร้อยละ 24.1 เก็บอุปกรณ์สูบบุหรี่ร้อยละ 11.2 มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ. 001 และมีความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n = 257)

ข้อมูล	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่	3.13	0.45	3.22	0.55	-2.36	.019*
ความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่	3.12	0.41	3.15	0.51	-.817	.415
พฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่	2.55	0.63	3.07	0.53	-12.61	.000***

*p<.05, ***p<.001

2. ผู้สูบบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคตินและระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 97.7 มีอายุระหว่าง 20-50 ปี ร้อยละ 91.4 เป็นสามีของหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 40.9 มีระดับการศึกษามัธยมร้อยละ 44.4 อาชีพรับจ้างร้อยละ 56 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.7 ดื่มสุราร้อยละ 67.7 สูบบุหรี่มานาน 5-10 ปีร้อยละ 37.4 เคยเลิกสูบบุหรี่และมาสูบใหม่ร้อยละ 47.5 สาเหตุที่เลิกสูบคือ สุขภาพไม่ดีร้อยละ 28.9 และมีคนขอร้องร้อยละ 26.9 วิธีเลิกบุหรี่คือ ลดจำนวนมวนร้อยละ 43.3 และหักดิบร้อยละ 27.5 สาเหตุที่เลิกไม่ได้คือ เห็นเพื่อนหรือคนอื่นสูบร้อยละ 23.9 และเครียดร้อยละ 20.2 มีระดับการติดนิโคตินลดลงภายหลังการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับการเสพติดนิโคติน และระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n = 257)

ข้อมูล	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระดับการเสพติดนิโคติน	1.81	0.29	1.72	0.36	3.22	.001**
ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	2.26	1.21	2.42	1.20	-1.86	.064

*** p<.001

การติดตามการใช้รูปแบบฯจนถึงเดือนที่ 3 ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเลิกบุหรี่จากระยะที่ 1 ไปสู่ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ไปสู่ระยะที่ 4 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 28 และ 18.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n = 257)

ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเลิกบุหรี่	ก่อนใช้รูปแบบฯ	หลังใช้รูปแบบฯ
	ร้อยละ	ร้อยละ
ระยะที่ 1 : ไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่	36.2	30.0
ระยะที่ 2 : เริ่มคิดถึงการเลิกสูบบุหรี่	24.9	28.0
ระยะที่ 3 : ตั้งใจว่าจะเลิกและพร้อมจะเลิกสูบในอีก 1 เดือนข้างหน้า	22.6	19.1
ระยะที่ 4 : เลิกสูบได้แล้วแต่ไม่เกิน 6 เดือน	8.6	18.3
ระยะที่ 5 : เลิกสูบได้อย่างน้อย 6 เดือน และไม่คิดจะกลับไปสูบอีก	6.2	3.5
ไม่ระบุ	1.5	1.1
รวม	**100**	**100**

3. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ของครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับจากรูปแบบฯ จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีและชื่นชมการดูแลของพยาบาล ร้อยละ 55.6 ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่และการดูแลผู้สูบเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ ร้อยละ 44.4 ส่วนผู้สูบเกิดความรู้สึกดีต่อการเชิญชวนให้เลิกบุหรี่เชิงรุก ร้อยละ 55.6 และรับรู้ว่าทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ร้อยละ 44.4 ผลดีที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบที่ครอบครัวและผู้สูบบุหรี่รับรู้ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ร้อยละ 55.6 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนไปในทางบวก ร้อยละ 44.4 สุขภาพของผู้สูบบุหรี่และเด็กเล็กในครอบครัวดีขึ้น ร้อยละ 33.3 ลดรายจ่ายของครอบครัว ร้อยละ 33.3 รู้สึกเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่สังคม ร้อยละ 22.2 และมีความรู้สึกเป็นอิสระจากบุหรี่ ร้อยละ 11.1 ส่วนปัจจัยที่ทำให้ลดเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ ลูกและครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ร้อยละ 100 ความเชื่อมั่นในพยาบาลและการติดตามเยี่ยมของพยาบาล ร้อยละ 77.8 ความร่วมมือและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.7

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบฯ ได้แก่ พยาบาลในรูปแบบฯควรเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแล

ครอบครัวโดยตรง ร้อยละ 22.2 การเพิ่มบทบาทของเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการควบคุมยาสูบ ร้อยละ 22.2 เช่น จิตเวช แพทย์แผนไทย พยาบาลที่ดูแลโรงเรียน ชุมชน งานยาเสพติด เป็นต้น การมีสื่อหรือตัวแบบที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 22.2 เช่น สารคดีหรือหนังสั้น การจัดทัวร์ไปดูผู้ป่วยบนตึกรักษาพยาบาลที่สูบบุหรี่แล้วเป็นมะเร็งปอด COPD ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น การมีสิ่งจูงใจที่เป็นรูปธรรมเมื่อเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 11.1 เช่น เกียรติบัตร รางวัล เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ครอบครัวผู้สูบบุหรี่มีการรับรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, $<.001$) เนื่องจากระยะก่อนการเลิกบุหรี่ครอบครัวได้รับข้อมูลความรู้ วิธีการในการช่วยเลิกบุหรี่และร่วมวางแผนช่วยเลิกบุหรี่ ระยะเลิกบุหรี่ได้ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อนำไปปฏิบัติ และได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลให้ลงมือปฏิบัติช่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิคต่างๆตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบ ส่วนระยะก่อนจำหน่ายครอบครัวได้ร่วมค้นหาผลดีที่เกิดขึ้น ร่วมประเมินผลและสื่อสารถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกที่เกิดขึ้นกับครอบครัวภายหลังการใช้รูปแบบฯ จึงทำให้ครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการช่วยเลิกบุหรี่และจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาโดยพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวได้[19] ภรรยามีบทบาทมากต่อการเลิกบุหรี่ จึงมีผู้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 29 รวมทั้งมีอัตราการสูบบุหรี่และระดับการติดนิโคตินลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม[20] สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของครอบครัวจากการวิจัยนี้ คือ ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่และการดูแลผู้สูบเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ร้อยละ 44.4 รวมทั้งครอบครัวร้อยละ 55.6 เกิดความรู้สึกที่ดีและชื่นชมการดูแลช่วยเหลือของพยาบาล

ส่วนความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) เนื่องจากครอบครัวที่เข้าร่วม เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (ค่าเฉลี่ย 3.12 และ 3.15) และเคยมีประสบการณ์ช่วยเลิกบุหรี่ร้อยละ 75.1

2. ผู้สูบบุหรี่มีระดับการติดนิโคตินลดลงภายหลังการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เนื่องจากผู้สูบมีบทบาทร่วมตั้งแต่การรับรู้ผลเสียของควันบุหรี่ต่อครอบครัว การร่วมประเมินระดับการติดนิโคตินของตนเอง ค้นหาแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ ร่วมวางแผนหาวิธีเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง ปฏิบัติตามเทคนิคการเลิกบุหรี่ การมีส่วนร่วมของภรรยาและบุตรในการช่วยให้เลิกบุหรี่ รวมทั้งร่วมประเมินการเปลี่ยนแปลงทางบวกที่เกิดกับตนเองและครอบครัวหลังใช้รูปแบบฯ จึงทำให้ผู้สูบสามารถลดหรือเลิกบุหรี่ได้ ระดับการติดนิโคตินจึงลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการเลิกบุหรี่ของผู้สูบมีความสัมพันธ์กับความพร้อมและความเต็มใจในการเลิกบุหรี่[21] แรงจูงใจที่ทำให้เลิกบุหรี่คือ ความห่วงใยสุขภาพของภรรยาและบุตรในครรภ์ รับรู้ผลเสียต่อครอบครัวและต้องการเป็นแบบอย่างแก่บุตร[22] สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของผู้สูบจากการวิจัยนี้ คือ ผู้สูบเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเชิญชวนให้เลิกบุหรี่เชิงรุก ร้อยละ 55.6 โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูบลด เลิกบุหรี่ได้ คือ ลูกและครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ร้อยละ 100 ความเชื่อมั่นในพยาบาลและการติดตามเยี่ยมของพยาบาล ร้อยละ 77.8 ความร่วมมือและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.7 ทั้งนี้การให้ข้อมูลเชิงลบของบุหรี่มือสองต่อสุขภาพของครอบครัว ทำให้ผู้สูบมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่สูงขึ้น[23] ผู้ที่ตั้งใจเลิกบุหรี่เพื่อคนที่ตนรักจะมีแรงผลักดัน

สูงในการเลิกบุหรี่[24] สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเลิกบุหรี่มีการเปลี่ยนไปในทางบวก จากระยะที่หนึ่งไม่คิดจะเลิกไปสู่ระยะที่สองที่เริ่มคิดเลิกบุหรี่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 จากระยะที่สามตั้งใจจะเลิกสูบในหนึ่งเดือนไปสู่ระยะที่สี่ที่เลิกสูบได้แต่ไม่เกินหกเดือน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.3 เช่นเดียวกับรีฟ[25] ศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอดบุหรี่ ผู้สูบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น จากไม่คิดจะเลิกสูบมาเป็นเริ่มคิดจะเลิก เป็นต้น

ส่วนระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่มีระยะเวลาการใช้รูปแบบฯ น้อยกว่าหกเดือน จึงทำให้ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน เพราะนิโคตินจัดเป็นสารเสพติด เมื่อลดเลิกบุหรี่ระดับของนิโคตินจะลดลง เกิดอาการขาดนิโคติน เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ เป็นต้น ทำให้ผู้สูบหันกลับไปสูบเพื่อระงับอาการ[2] ผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามในการเลิกบุหรี่ 4-5 ครั้งจึงจะประสบความสำเร็จ และการกลับมาสูบซ้ำมักเกิดภายในเจ็ดวันแรกของการเริ่มอดบุหรี่[26]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่ ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่โดยปรับให้เป็นบทบาทหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับครอบครัว ร่วมกับเครือข่ายหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมยาสูบ เช่น งานให้คำปรึกษา งานยาเสพติด แพทย์แผนไทย พยาบาลที่ดูแลโรงเรียน ชุมชน เป็นต้น รวมทั้งการเพิ่มสิ่งจูงใจในการช่วยเลิกบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม การเพิ่มสื่อหรือตัวแบบในการเลิกบุหรี่ทั้งทางบวกและทางลบที่เข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประเมินผลลัพธ์อื่นที่สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น อัตราการเลิกบุหรี่ การกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ภาวะสุขภาพของผู้สูบและสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Benjakul S. The situation of the consumption of tobacco in Thailand. In Rungruanghirunya S, editor. Manual of tobacco dependence treatment: basic level. Proceedings of the Congress of tobacco dependence treatment in Thailand; 2010 May 6-8; Bangkok, Thailand: Network of health professional for smoking cessation in Thai society; 2010. (in Thai).
2. Vatesatokit P. The hazard of smoking: warning for public. In Vatesatokit K. The promotion for smoking cessation in the routine working. Bangkok: Action on Smoking and Health Foundation, Thailand; 2007. (in Thai).
3. The College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University. Explore the situation of smoking of pregnant women in Thailand. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation and the project of physician networks to control the consumption of tobacco; 2009. (in Thai).
4. Sittipan C. The hazard of tobacco consumption. In Rungruanghirunya S, editor. Manual of tobacco dependence treatment: basic level. Proceedings of the Congress of tobacco dependence treatment in Thailand; 2010 May 6-8; Bangkok, Thailand: Network of health professional for smoking cessation in Thai

society; 2010. (in Thai).

5. Chewapat P, Jinantuya P, Lerwitworapong W. Smoking cessation in pregnant women: a literature analysis. Journal of Public Health Nursing 2008; 22(2):89-103. (in Thai).
6. Khasemophas D, Chewapat P. The effectiveness of a counseling program for smoke – free families. Kuakarun journal of nursing 2012; 19(1):102–17. (in Thai).
7. Lerwitworapong W, Chewapat P. A literature analysis: program for smoke – free families in pregnant postpartum women and their family. Kuakarun journal of nursing 2012; 19(1):21-35. (in Thai).
8. Rattanasathien R. Family participation in caring for patients in medical intensive care unit. [Master of Nursing Science Thesis] Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007. (in Thai).
9. Srimoragot P. The research report of effects of support smokers in smoking cessation by nurses: from routine to research. Bangkok: Manas-film limited partnership; 2010. (in Thai).
10. Koshy P, Mackenzie M, Tappin D, Bauld L. Smoking cessation during pregnancy: the influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. Health Soc Care Community 2010; 18(15):500-10.
11. Srimoragot P, Wanichakul N, Lonil A. Summary report pilot project for nurses managed tobacco cessation intervention to help surgical smokers stop smoking. Bangkok: Thai Nurse Networks on Tobacco Control, Thai Nurses' Association; 2007. (in Thai).
12. Park E, Chang Y, Quinn V, Ross K, Rogotti N. Perceived support to stay quit: What happens after delivery? Addict Behav 2009; 34 (12):1000-04.
13. Moore K, Coker K, DuBuisson A, Swett B, Edwards W. Implementing potentially better practice for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. Pediatrics [abstract]. 2003 [cited 2005 Oct 12]; 111(4):455. Available from: http://www.pediatrics.org.
14. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2006.
15. Gibson C. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs 1995; 21:1201-10.
16. Cohen J, Uphoff N. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World Dev 1980; 8(3):213-35.
17. Prechawong S, Neamkulchon J. Application of Trans theoretical Model in smoking cessation model. Thai Journal of Nursing 2005; 54 (3):144-53. (in Thai).
18. Akekakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. Thailand, Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat Institution; 2000. (inThai).
19. Nasok N. Smoking prevention through family empowerment. [An independent study report for master of nursing science Khon Kean University]. Khon Kean: Khon Kean University; 2009. (in Thai).
20. Hoondee J, Nimitarnun N, Khomson S, Krinuwat K. The effectiveness of smoking cessation program among non-commissioned

officers in engineer department. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2010; 11(1):17-27. (in Thai).

21. Jitrumphan N, Kochanam M, Inkong Y. Effect of 5D in 5 days with stage of change program on quit smoking. Thai Journal of Nursing 2009; 58 (3-4):58-70. (in Thai).
21. Anansawat S. The effect of smoking cessation program on smoking behavior and self-awareness in spouses of pregnant women. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2012; 13(1):19-30. (in Thai).
23. Moorman M, Putte B. The influences of message framing, intention to quit smoking and nicotine dependence on the persua siveness of smoking cessation messages. Addict Behav 2008; 33(10):1267-78.
24. O'Brien J. Motivation for smoking cessation: differences between attempters and non attempters. ProQuest Dissertations and Theses; 2010.
25. Reeve K, Calabro K, Adams-McNeil J. Tobacco cessation intervention in a nurse practitioner managed clinic. J Am Acad Nurse Pract[abstract] 2000 [cited 2010 Jun 18]; 12(5):163-169. Available from: PubMed Database.
26. Okuyemi K, Nollen N, Ahluwalia J. Interventions to facilitate smoking cessation. Am Fam Physician 2006; 74(2):262-271.