



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

วรัญญา ไชยสาส์* ศรัณญา เบญจกุล** ธราดล เก่งการพานิช** มณฑา เก่งการพานิช**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ ในชั้นเตรียมพร้อมปฏิบัติ จำนวน 23 คน มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมนาน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ แสดงปฏิกริยาต่อตนเอง การกระตุ้นเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการจัดสภาพแวดล้อม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired Sample T-test, Cochran's Q Test, และ

Friedman Test ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ดีขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมทั้งเลิกสูบบุหรี่ได้ 5 คน (ร้อยละ 21.7) และในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ 9 คน (ร้อยละ 39.1) ดังนั้น โปรแกรมนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดนี้ เลิกสูบบุหรี่ได้ จึงสามารถนำไปใช้กับสถานบริการสาธารณสุขที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่, การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่, ความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่, ผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

ในวงการแพทยนานาชาติยอมรับว่า สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเสพติดและมีอำนาจเสพติดสูงกว่าเฮโรอีน กัญชา ยาบ้า¹ โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะออกฤทธิ์และทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นไปสู่การใช้ยาเสพติดอื่น²ที่รุนแรงขึ้น เช่น เฮโรอีน กัญชา ฟีน หรือโคเคน รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นต้น³ อย่างไรก็ตาม แม้บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดแต่ยังเป็นสินค้าถูกกฎหมายที่ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงได้ง่าย² เห็นได้จากการจำหน่ายบุหรี่ในร้านค้าทั่วไป⁴ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากและหนักกว่าประชาชนทั่วไป^{5, 2} โดยพบอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 71.0-100.0² หรือประมาณ 3-5 เท่าของประชาชนทั่วไป

ผลการสำรวจสถานการณ์สูบบุหรี่ในประเทศไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 54.8 ล้านคน ในปี พ.ศ.2557 พบว่า ร้อยละ 20.7 เป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 18.2 เป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ และร้อยละ 2.5 เป็นผู้สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง โดยประชากรชายสูบบุหรี่มากกว่าประชากรหญิงกว่า 20 เท่า ประชากรวัยทำงานที่มีอายุอยู่ระหว่าง 25-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 23.5 เมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ⁶

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา มีหน้าที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดใน 11 จังหวัดภาคใต้ จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ.2555-2557 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.3 เป็นร้อยละ 55.1 และ 57.6 ตามลำดับ⁷ และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ป่วยชายจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยชายกลุ่มนี้

ยังคงสูบบุหรี่ในขณะที่เข้ารับการบำบัดรักษา เพราะรู้สึกว่าการสูบบุหรี่แล้วมีความสุข คลายเครียด รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไม่เป็นปัญหา ไม่อันตราย มีโทษต่อร่างกายในระดับต่ำ และคิดว่า การเลิกบุหรี่ไม่ใช่เป้าหมายการบำบัดรักษาในครั้งนี้ อีกทั้งยังเชื่อว่า หากเลิกสูบบุหรี่พร้อมกับการเลิกยาเสพติดจะทำให้ประสิทธิผลของการรักษาลดลง พร้อมกันนี้ ยังพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจว่า ตนเองจะเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 43.3 จากข้อมูลดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องในการเลิกสูบบุหรี่ ไม่สนใจที่จะเลิกสูบบุหรี่และไม่มั่นใจว่า ตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์สามารถเลิกบุหรี่ระหว่างการรักษาได้จะช่วยลดโอกาสการกลับมาใช้ยาเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำในระยะยาวถึงร้อยละ 25.0⁸ และการช่วยเลิกบุหรี่ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ยังทำให้การเลิกบุหรี่สำเร็จได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือเพราะรับรู้ถึงว่า ตนเองกำลังอ่อนแอ⁹ ประกอบกับโรงพยาบาลมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด อีกทั้งการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างการบำบัดรักษายาเสพติด จะไม่ส่งผลด้านลบต่อกระบวนการบำบัดรักษา¹⁰ อย่างไรก็ตาม การจัดโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ควรมีการชี้แจงให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสนใจเลิกบุหรี่และพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ตามศักยภาพของตนเอง² ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ และการเสนอตัวแบบเชิงบวก⁵ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง¹¹ การให้คำปรึกษาที่เพียงพอ¹² การสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยง



การกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ⁹ มีการสนับสนุนการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการควบคุมตัวกระตุ้นการสูบบุหรี่¹³

ด้วยเหตุนี้ ทฤษฎีปัญญาสังคม¹⁴ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงนั้นถูกกำหนดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายในตัวคนในลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกัน¹⁵ จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์สู่พฤติกรรมเป้าหมายที่มีความยั่งยืนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ จนนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ในที่สุด ตลอดจนการลดโอกาสของการใช้ยาเสพติดซ้ำภายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา

166 ยาเสพติด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One Groups Pretest - Posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน และกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลาที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน และอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือผู้ป่วยชายอายุระหว่าง 18-50 ปี ได้รับการคัดกรองความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่อยู่ในขั้นเตรียมพร้อมปฏิบัติ

(Preparation) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ไม่มีโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย มีความสามารถในการอ่าน เขียน และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือขณะเข้าร่วมโปรแกรมได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการจัดโปรแกรม

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน¹⁶ กำหนดค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 11.34 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวออกระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงคำนวณเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 1 เท่า เป็น 22.68 คน ดังนั้น จึงวางแผนเก็บข้อมูลทั้งหมด 23 คน

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข MUPH 2016-033 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2559 และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัยที่ 59019 เอกสารใบรับรองที่ 030/2559 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ 2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ 3) แบบประเมินระดับการติดยาโคติน (Fagerstorm Test for



Nicotine Dependence: FTND) จำนวน 6 ข้อ
4) การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับคือ มั่นใจมากที่สุด - ไม่มั่นใจเลย
5) ความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับคือ มั่นใจมากที่สุด - ไม่มั่นใจเลย และ
6) พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การสูบบุหรี่ปัจจุบัน (สูบหรือไม่สูบ) กรณีที่ยังคงสูบบุหรี่ สอบถามเกี่ยวกับปริมาณการสูบบุหรี่ (มวนต่อวัน) และสาเหตุที่ยังคงสูบบุหรี่ ส่วนกรณีที่ไม่สูบบุหรี่ได้ สอบถามเกี่ยวกับวันที่เลิกสูบ เหตุผลสำคัญของการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

แบบสอบถามชุดนี้ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้สัมภาษณ์ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าความคงที่ภายในด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 4 และ 5 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ และความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.80 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ดำเนินกิจกรรมนาน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมกลุ่มนาน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรม การสังเกตตนเอง การตัดสินใจแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง และการกระตุ้นเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจ ร่วมกับการจัดกิจกรรมรายบุคคลโดยการให้

คำปรึกษารายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที และกิจกรรมการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-4 โดยกลวิธีที่นำมาใช้ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อการชมวีดิทัศน์ การสาธิต การเสนอตัวแบบ การอภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำปรึกษา และการเรียนรู้โดยใช้เกม และ 2) สื่อประกอบการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย สื่อประกอบการสอน ได้แก่ แผนการให้สุขศึกษา ตัวแบบที่มีชีวิต วิดีทัศน์ คู่มือช่วยเหลือตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ แผ่นพับ ภาพพลิก โปสเตอร์ และสติ๊กเกอร์เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โทรศัพท์ กล้องถ่ายภาพ และ Model จำลองปอดของผู้สูบบุหรี่

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสังเกตตนเองในสัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้สำรวจพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของตนเอง กำหนดเป้าหมายระยะสั้นภายใน 1 สัปดาห์เพื่อควบคุมพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ และ เกณฑ์การสังเกตพฤติกรรมควบคุมการสูบบุหรี่ รวมถึงการบันทึกพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ กลวิธีที่ใช้สำหรับกิจกรรมนี้ ประกอบด้วยบรรยายให้ความรู้ ชมวีดิทัศน์ เสนอตัวแบบที่มีชีวิตจริง ฝึกทักษะจัดการตัวกระตุ้นภายใน แนะนำการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ 2) กิจกรรมการตัดสินใจในสัปดาห์ที่ 2 เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกในสัปดาห์ที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การตัดสินใจคุณค่า และทราบว่าสาเหตุของความล้มเหลวมาจากตนเอง กลวิธีที่ใช้ในกิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การเสนอตัวแบบจากบุคคล



ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยและตัวแบบจากสมาชิกที่ประสบความสำเร็จ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะการจัดการตัวกระตุ้นภายนอก และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยคำพูด และบรรยากาศที่เป็นมิตร 3) กิจกรรมการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในสัปดาห์ที่ 3 เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมตนเองและแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองอย่างจริงจังและเสริมแรงให้เกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมควบคุมการสูบบุหรี่ตามเป้าหมาย กลวิธีที่ใช้ในกิจกรรมนี้ ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การเสนอตัวแบบจากผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การอภิปรายกลุ่ม การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อตนเอง 4) กิจกรรมกระตุ้นและส่งเสริมแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพยายามกระทำพฤติกรรมควบคุมการสูบบุหรี่ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง กลวิธีที่ใช้ในกิจกรรมนี้ ประกอบด้วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบภายในกลุ่ม และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง 5) การให้คำปรึกษารายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 1-3 ภายหลังการทำกิจกรรมครั้งที่ 1, 2, และ 3 ไปแล้ว 2-3 วัน ใช้เวลา 15 นาทีต่อ 1 คน เป็นการพูดคุยเพื่อเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายให้สำเร็จ เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค หรือปัจจัยความสำเร็จ ตรวจสอบสมุดบันทึก กระตุ้นจูงใจ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ และ 6) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การจัดสถานที่ให้ปลอดบุหรี่ การจัดบอร์ดนิทรรศการณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ และการคุยหวัข้อข้องเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาการจัดโปรแกรมในช่วงประชุมกลุ่มตอนเช้า เพื่อสร้างความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมนาน 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ต่อไปอีก 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่เป็น 8 สัปดาห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ มีการรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง โดยการเก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และการติดตามผลเฉพาะพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 18 for Window ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired Sample T-Test, Cochran's Q Test, และ Friedman Test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 23 คน เป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 26.5 ± 6.1 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 65.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้างทั่วไปในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 21.7 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.6 โดยมีรายได้เฉลี่ย 9,000.0 บาท/เดือน เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยระบบสมัครใจ ร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่เคยใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า และกระต้อมในสัดส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 95.7 ประเภทยาเสพติดที่เข้ารับ



การบำบัดครั้งนี้คือ ยาบ้า ร้อยละ 60.9 และก่อนเข้ารับการบำบัด กลุ่มตัวอย่างจะอาศัยกับพ่อ/แม่ ร้อยละ 56.5 หากมีปัญหาให้คำปรึกษา ร้อยละ 82.6 โดยผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่คือ พ่อ/แม่ ร้อยละ 39.1 สำหรับเป้าหมายของการบำบัดครั้งนี้คือ ต้องการเลิกใช้ยาเสพติด และเพื่อความสบายใจของครอบครัว ในสัดส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 34.8

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา นาน 120 วัน โดยทุกคนยังคงสูบบุหรี่ทุกวัน ส่วนใหญ่มีปริมาณสูบบุหรี่จำนวน 5 มวน ร้อยละ 60.9 โดยมีปริมาณการสูบเฉลี่ย 4.0 ± 1.4 มวนต่อวัน และทั้งหมดสูบบุหรี่ของโรงงาน เริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 86.8 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ 14.3 ± 1.9 ปี มีสาเหตุสำคัญของการสูบบุหรี่ครั้งแรก

คือ อยากลอง ร้อยละ 60.9 มีระยะเวลาการสูบบุหรี่ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 56.6 โดยมีระยะเวลาการสูบเฉลี่ย 12.5 ± 5.8 ปี

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ($\bar{X} \pm SD = 80.3 \pm 11.0$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} \pm SD = 60.6 \pm 14.2$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

4. ความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ($\bar{X} \pm SD = 61.5 \pm 5.4$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} \pm SD = 57.0 \pm 7.2$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$) (ตารางที่ 1)

Table 1 Comparison the Score of Self-Efficacy and Outcome Expectation of Quit Smoking at the Pre and Post Intervention Program on the 4th Week. (n = 23)

Variable	n	$\bar{X}$	SD	df	t	p
Self-efficacy of quit smoking						
Pre intervention	23	64.6	14.2	22	-6.9	<0.001
Post intervention (the 4 th week)	23	80.3	11.0			
Mean difference		15.7				
Outcome expectation of quit smoking						
Pre intervention	23	57.0	7.2	22	-3.4	0.003
Post intervention (the 4 th week)	23	61.5	5.4			
Mean difference		4.5				

5. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (23 คน) สูบบุหรี่ทุกวัน และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรี่

ได้ 5 คน (ร้อยละ 21.7) และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 9 คน (ร้อยละ 39.1) โดย 5 ใน 9 คน คือผู้ที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง



ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4-8 อีกทั้งเมื่อทดสอบความแตกต่าง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มีความ
ของสัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ด้วยสถิติ Cochran's Q แตกต่างกันอย่างชัดเจน ($p = 0.002$) (ตารางที่ 2)
Test พบว่า สัดส่วนการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง

Table 2 Number and Percentage of Sample Who Can Quit Smoking at the Pre and Post Intervention Program on the 4th and 8th Week. (n = 23)

Quit smoking behavior*	Pre intervention	Post intervention		Cochran's Q Test
		the 4 th wk	the 8 th wk	
Yes	0 (0.0)	5 (21.7)	9 (39.1)	12.20 ($p = 0.002$)
No	23 (100.0)	18 (78.3)	14 (60.9)	
Total	23 (100.0)	23 (100.0)	23 (100.0)	

Remark: * Yes = Quit smoking and No = Smoking.

170

เมื่อพิจารณาปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ยังคงสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง พบว่า หลังการ
ทดลองในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่
สูบลดลง ร้อยละ 61.1 สูบเท่าเดิม ร้อยละ 22.2
และสูบเพิ่มขึ้น 16.7 และหลังการทดลองในสัปดาห์
ที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สูบลดลง ร้อยละ
50.0 สูบเท่าเดิม ร้อยละ 35.7 และสูบเพิ่มขึ้น ร้อยละ
14.3

อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ย
(มวน/วัน) ของกลุ่มตัวอย่างที่เลิกไม่สำเร็จ จำนวน
14 คน ในช่วงก่อนและหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 4
และ 8 ด้วยสถิติ Friedman Test พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ที่ไม่เลิกบุหรี่มีปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลงอย่าง
ชัดเจนจาก 4.71 ± 0.82 มวนต่อวันในช่วงก่อนการ
ทดลอง เป็น 4.14 ± 0.67 มวนต่อวันในสัปดาห์ที่ 4
และ 4.14 ± 0.86 มวนต่อวันในสัปดาห์ที่ 8 ($p = 0.044$)
(ตารางที่ 3)

Table 3 Comparison Mean and Standard Deviation of the Number of Cigarettes Smoked (sticks/day) of Sample at the Pre and Post Intervention Program on the 4th and 8th.

Mean smoking (n = 14)	Pre intervention	Post intervention		Friedman Test
		the 4 th wk	the 8 th wk	
$\bar{X}$, SD	4.71 ± 0.82	4.14 ± 0.67	4.14 ± 0.86	6.229 ($p = 0.044$)
Minimum – Maximum	2-5	3-5	3-5	



อภิปรายผล

เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเล็ก บุหรี่ได้ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในต่อการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น ภายหลังการทดลอง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ และความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ ดังนี้

ผลการศึกษาที่เป็นไปตามสมมติฐานนั้นคือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่สูงขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง (ตารางที่ 1) เนื่องมาจากโปรแกรมนี้ มุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ ตามทฤษฎีปัญญาลังคมของแบนดูรา¹⁴ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมเกิดขึ้นในลักษณะแบบการกำหนดซึ่งกัน และกัน¹⁵ โดยถูกกำหนดจาก 1) ปัจจัยภายในตัวคน (Personal Factors) ได้แก่ การจัดประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ในการ กำกับตนเองเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ และฝึกทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะจัดการตัวกระตุ้นภายใน (อารมณ์อันตราย) ทักษะจัดการตัวกระตุ้นภายนอก ทักษะการจัดการกับ อาการขาดนิโคติน ทักษะการหยุดความคิด และทักษะ การปฏิเสธ 2) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment Factors) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 2.1) สิ่งแวดล้อม ทางสังคม ได้แก่ การใช้ตัวแบบ (Modeling) ซึ่งเป็น ตัวแบบด้านบวกที่มีชีวิตและมีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง โดยเล่าประสบการณ์การกำกับตนเอง เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ และบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับ จากการเลิกบุหรี่ การใช้คำพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) ทั้งจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ เจ้าหน้าที่ผู้บำบัด และผู้วิจัยและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ได้แก่ การเปิดโอกาสให้กลุ่ม ตัวอย่างได้ร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น และ กำหนดเป้าหมายด้วยตัวเอง และรับคำปรึกษาเมื่อมี

อุปสรรคและ 2.2) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลาย โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม ในห้องที่มีบรรยากาศโล่ง โปร่ง มีแสงสว่างที่เหมาะสม กับการเรียนรู้ และจัดกิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคล ที่ห้องให้คำปรึกษา ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการ ศึกษาของพิทยา สังข์แก้ว และคณะ¹⁷ ซึ่งประยุกต์ใช้ ทฤษฎีปัญญาลังคมเช่นกัน

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงของ ความคาดหวังในการเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐาน อันเนื่องมาจากโปรแกรมนี้ ได้จัดกิจกรรม ส่งเสริมความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ หลากหลายกิจกรรมได้แก่ 1) คู่มือช่วยเหลือตนเอง ในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการ เลิกบุหรี่ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม และเศรษฐกิจ 2) แบบบันทึกพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกประโยชน์ที่ตนเอง ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ เพื่อจูงใจให้ตนเองปฏิบัติการเลิกบุหรี่ได้ตามเป้าหมาย ที่กำหนด 3) การเสนอตัวแบบด้านบวก ซึ่งมีการเล่า ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ 4) การวิเคราะห์ผลดี และผลเสียของการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการเปรียบเทียบ ระหว่างผลดีและผลเสียของการเลิกบุหรี่ ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างรับรู้ว่าการเลิกบุหรี่ได้รับผลดีมากกว่าผลเสีย จึงเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่และ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยการร่วม อภิปราย การทำกิจกรรมกลุ่มตามใบงาน และการเสนอ ตัวแบบภายในกลุ่ม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ เมืองหนู¹⁸ และนิรันดา ไชยพาน¹⁹ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่สอดแทรกประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อมุ่งหวังให้เพิ่มความคาดหวังผลดีในการเลิก



บุหรี เช่นเดียวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีนี้ เช่น การให้ความรู้เรื่องบุหรีผ่านวีดิทัศน์ การบรรยาย และคู่มือ การเสนอตัวแบบที่มีชีวิต การอภิปราย การแลกเปลี่ยนความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการเลิกบุหรีดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ทั้งใน ประเด็นการเลิกบุหรี (เลิกและไม่เลิก) (ตารางที่ 2) และกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี พบปริมาณบุหรี ที่สูบลดลง (ตารางที่ 3) อาจเนื่องมาจากโปรแกรมนี้ กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรีอยู่ในขั้นเตรียมพร้อมปฏิบัติ (Preparation) ประกอบกับ ระดับการเสพติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำและระดับต่ำมาก ซึ่งถือเป็นการเสพติดทางจิตใจ จึงมีโอกาสเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จสูง²⁰ และรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมนี้ ออกแบบภายใต้ ทฤษฎีปัญญาสังคมที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลดี จึงทำให้ ประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมเป้าหมายได้²¹ แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเลิก บุหรีได้ แม้มีความพร้อมในการเลิกบุหรีอยู่ในขั้น เตรียมพร้อมปฏิบัติ (Preparation) และอยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมี อาการอยากยาเสพติด จึงต้องการพึ่งพิงบุหรีแทน ยาเสพติดที่เลิกไป อีกทั้งยังมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่ต้องการเลิกบุหรีและ ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรีให้กลุ่มตัวอย่างเห็นอยู่เสมอๆ จึงอาจเป็นตัวกระตุ้นให้การเลิกสูบบุหรีไม่สำเร็จ เช่น กลิ่นบุหรีที่ติดตามตัว คำพูดที่เชิญชวนให้กลับไปสูบบุหรี อุปกรณ์สูบบุหรี เป็นต้น

ข้อค้นพบข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีที่ประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคมนี้

ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรีได้ โดยสัดส่วน การเลิกสูบบุหรีสำเร็จเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ ที่ 8 ร้อยละ 39.1 มีค่าใกล้เคียงกับโปรแกรมส่งเสริม การเลิกสูบบุหรีของการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งแม้ประยุกต์ ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ต่างกัน เช่น ปรัชพร กลีบประทุม และคณะ²² ใช้แนวคิดการรับรู้ความ สามารถตนเอง พบว่าหลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง เลิกสูบบุหรีได้ร้อยละ 38.5 และภานิสา ระยา และคณะ²³ ใช้แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม พบว่าหลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง เลิกสูบบุหรีได้ ร้อยละ 37.5

อย่างไรก็ดี การวิจัยครั้งนี้พบการเลิกสูบบุหรี สำเร็จสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของพิทยา สังข์แก้ว และคณะ¹⁷ ที่ประยุกต์ทฤษฎีเดียวกันคือ ทฤษฎี ปัญญาสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมกว่า 2 เท่า ซึ่งหลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรีได้ ร้อยละ 18.2 ทั้งนี้อาจเป็นผลจากระดับการเสพติด นิโคตินและความพร้อมในการเลิกบุหรีก่อนการทดลอง ของ 2 การศึกษานี้มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การวิจัย ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอยู่โรงพยาบาลนาน 120 วัน มีการ เสพติดนิโคตินระดับต่ำและระดับต่ำมาก ร้อยละ 100 ซึ่งสามารถใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี ช่วยเลิกบุหรีได้ง่าย²⁴ และเมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ เข้าร่วมโปรแกรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าอยู่ในขั้นเตรียมพร้อมปฏิบัติ ร้อยละ 100 ขณะที่ การศึกษาของพิทยา สังข์แก้ว และคณะ¹⁷ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเสพติดนิโคตินระดับต่ำ-ต่ำมาก ร้อยละ 69.6 อยู่ในขั้นเตรียมพร้อมปฏิบัติและมีความ พร้อมในการเลิกบุหรี ร้อยละ 15.2

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าในขณะที่ติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 8 ของการวิจัยครั้งนี้ พบการเลิกสูบบุหรี เพิ่มขึ้น โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรีในสัปดาห์



ที่ 4 กลับไปสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมสร้างพันธะสัญญาในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ให้พันธะสัญญาว่าจะเลิกสูบบุหรี่ แต่หากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ กลุ่มตัวอย่างสัญญาว่า จะสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 มวนต่อวัน ประกอบกับหลังการเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างยังคงอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องอีก 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องถึง 6 สัปดาห์ และออกสู่มัสมิเพียง 2 สัปดาห์ก่อนเก็บรวบรวมผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 จึงอาจเป็นเหตุผลให้ไม่พบการกลับมาสูบบุหรี่ และมีปริมาณบุหรี่สูบไม่เกิน 5 มวนต่อวัน และอาจเป็นข้อจำกัดของการติดตามผลการวิจัยหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ที่มีอาจวางแผนสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้เพราะผู้ป่วยต้องกลับไปรายงานตัวคุมประพฤติ ณ สำนักงานคุมประพฤติแต่ละจังหวัดที่ถูกส่งตัวมา จึงได้ใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์ที่อาจทำให้ข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่มีความคลาดเคลื่อน เพราะกลุ่มตัวอย่างอาจตอบเพื่อเอาใจผู้วิจัย

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่นาน 8 สัปดาห์ มีผู้ป่วยชายที่สูบบุหรี่ปัจจุบันร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 23 คน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 21.7) และ 9 คน (ร้อยละ 39.1) ตามลำดับ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

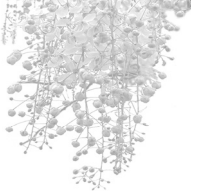
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ แผนงานพัฒนางานวิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ศูนย์วิจัย

และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ทดลอง ตลอดจนอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา ที่ได้สนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

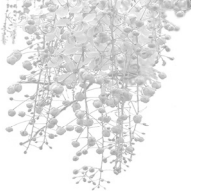
1. Saengcharnchai P. General principles of care treatment of tobacco addiction. In: Rungruanghiranya S, Kongsakon R, editors. Tobacco: toxicity, therapy, and prevention. Bangkok: Sintaveekit printing; 2013. 299-314.
2. Malcolm S, Rotrosen J. Smoking cessation treatment at substance abuse rehabilitation programs. 2006. Available at <http://www.ctndisseminationlibrary.org/pdf/156.pdf>, accessed October 27, 2015.
3. Vathesatogkit P. 108 Questions about smoking and health. 1995. Available at: <http://www.thailabonline.com/tobacco1.htm>, accessed October 29, 2015.
4. Pankrajang P, Laojira-aungkoon R, Puongsup S, Duangpanow T, Rujirutchakul J, Sirisaewakul A, Pitayarangsarit S. Compliance with the Tobacco Product Control Act by Cigarette Shops in Five Central Provinces of Thailand. Journal of Public Health 2016; 46(3): 271-83.



5. Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive. *APA* 2002; 53(9): 166-70.
6. National statistical office ministry of information and communication technology. The survey of behavior smoking and alcohol, population, 2014. Available at <http://www.service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57>, accessed October 27, 2015.
7. Medical statistics. Statistics received drug treatment year 2012-2014, Report annual Thanyarak Songkhla hospital. 2014. Available at <http://www.sdtc.go.th>, accessed, October 27, 2015.
8. Prochaska J, Delucchi K, Hall S. A meta-analysis of smoking cessation intervention with individuals substance abuse treatment or recovery. *CCP* 2004; 72(6): 1144-56.
9. Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Review). New York: John Willey & Son; 2008.
10. Lemon SC1, Friedmann PD, Stein MD. The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addict Behav* 2003; 28(7): 1323-31.
11. Elshatarat RA, Yacoub MI, Khraim FM, Saleh ZT, Afaneh TR. Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2016; 25(4): 243-8.
12. Ho KS, Choi BW, Chan HC, Ching KW. Evaluation of biological psychosocial and interventional predictors for success of a smoking cessation programme in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2016; 22(2): 158-64.
13. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *The CJP* 2009; 54(6): 368-78.
14. Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
15. Tansakoon S. Behavioral science theory: approaches of health education and health promotion. *Journal of health education* 2007; 30(105): 1-15.
16. Vorapongsatorn T. Experimental research design: Applied for research health science. Bangkok: Funny Publishing; 1987.
17. Sangkeaw P, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Nillapaichit N. The effects of smoking cessation program for a public hospital personnel in Bangkok metropolitan. *ODPCNT* 2015; 21(3): 53-64.



18. Mungnu K. The effectiveness of health education programs on smoking cessation among community leaders in Muang district, Patthalung province. [M.Sc. Thesis in Health Education and Health Promotion]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2011.
19. Chaipan N. An application of stage of change and self-efficacy on smoking cessation program among male high school students. [M.Sc. Thesis in Health Education and Health Promotion]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2009.
20. Pumsawat W. Clinical Practice Guideline in Smoking Cessation. Bangkok: Department of Medical Services: Ministry of Public Health; 2003.
21. Aemsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
22. Kleebratoom P. Effects of the smoking cessation program for quit smoking behavior among smokers at Bangkaew subdistrict, Muang anghong district, Angthong province. VESTSU 2016; 4: 30-43.
23. Raya P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Lattanand K. Effects of the smoking cessation program applying transtheoretical model among smokers at Wongwon sub-district, Kuntung district, Trang province. BCN Bangkok 2015; 31(2): 9-25.
24. Srimoragot P. Intervention to help smokers stop smoking. Bangkok: N P press limited partnership; 2007.



Effects of Promoting Smoking Cessation Program in Drug Dependence Disorder Patients at a Hospital in Songkhla Province

Waranya Chaisalee^{*} Sarunya Benjakul^{**} Tharadol Kengganpanich^{***} Mondha Kengganpanich^{***}

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of promoting a smoking cessation program in drug dependence disorder patients at a Hospital in Songkhla Province applying the Social Cognitive Theory. The subjects comprised 23 current smokers with drug dependence who were admitted at the rehabilitation unit, at a hospital in Songkhla Province. This program was conducted over a period of 8 weeks and comprised 6 activities including self-observation, judgment process, self-reaction, motivation, individual counseling and smoke-free environments. Data were collected by interviews at pre- and postintervention on the 4th and 8th weeks. Statistical analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, i.e., Paired Sample T-test, Cochran's Q Test

and Friedman Test. The results showed that the samples had significantly higher mean scores of perceived self-efficacy to quit smoking and outcome expectation of smoking cessation at post intervention in the 4th week ($p < 0.05$). In addition, 5 current smokers (21.7%) and 9 current smokers (39.1%) were able to quit smoking, at postintervention on the 4th and 8th weeks, respectively. In conclusion, the smoking cessation program could help smokers to stop smoking so it should be applied to any similar health service facilities

Keywords: promoting smoking cessation program, self-efficacy to quit smoking, outcome expectation of smoking cessation, drug dependence disorder male patients

J Public Health 2017; 47(2): 164-176

Correspondence: Sarunya Benjakul. Department of Health Education and Behavior Sciences. Faculty of Public Health. Mahidol University. Bangkok 10400, Thailand. E-mail: dr.benjakul@gmail.com

^{*} Graduate Student in Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion. Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

^{**} Department of Health Education and Behavior Sciences. Faculty of Public Health, Mahidol University