

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี



นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรง

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON SMOKING
CESSATION BEHAVIORS IN PATIENTS AFTER UNDERGONE
PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Miss Patcharin Inproong



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2008
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกา
รเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยาย
หลอดเลือดโคโรนารี

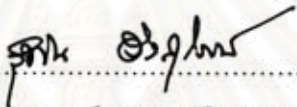
โดย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต



..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลชิต)

พัชรินทร์ อินทร์ปรุง : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.
 (THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIOR IN PATIENTS AFTER UNDERGONE PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ดร. นรลักษณ์ เชื้อกิจ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 147 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษานิคิติน ความพยายามในการเลิกบุหรี่และจำนวนครั้งในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของแบนดูรา(Bandura,1997) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบบันทึกการการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ .89 และ .87 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่..... ลายมือชื่อนิสิต..... จักรินใจ! อธิภา ฟูย
 ปีการศึกษา.....2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... น.นภิกขณ์ รัตนกุล
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม..... อ.ดร. 9

4977588436 : MAJOR ADULT NURSING

KEY WORD: SELF-EFFICACY / SMOKING CESSATION BEHAVIOR / CORONARY ARTERY DISEASE / PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

PATCHARIN INPROONG: THE EFFECT OF SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON SMOKING CESSATION BEHAVIOR IN PATIENTS AFTER UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: NORALUK UA-KIT, Ph.D, THESIS COADVISOR: ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D, 147 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of self-efficacy promoting program on smoking cessation behavior in patients after undergoing percutaneous coronary intervention. Samples were 40 adults patients with coronary artery disease who received percutaneous coronary intervention at heart clinic, out patient department, Phramongkutkloao Hospital. The samples were assigned in to the experimental and the control group, matched in terms of gender, age, nicotine level, attempt to try of quit smoke and the methods of quit smoke. The experimental group received the perceived self-efficacy promoting program smoking cessation, and the control group received a conventional nursing care. Self-efficacy Theory (Bandura, 1997) were used as a conceptual framework. The instruments were Perceived Self-efficacy Questionnaires and Smoking Behaviors Questionnaires and tested for the content validity by 5 experts. The reliabilities of were .89 and .87, respectively. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Major findings were as following:

1. The mean score of smoking cessation behavior after participating in the changing behavior program was significantly higher than before participating in the program at the level of .05
2. The mean score of smoking cessation behavior after participating in the program of the experimental group was significantly higher than that of the control group at the level of .05

Field of study.....Adult NursingStudent's signature.....Patcharin Inproong
 Academic year.....2008.....Principal Advisor's signature..Noralk Ua-kit
 Coadvisor's signature.....Ch. J

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำปรึกษา ช่วยเหลือตรวจสอบ ชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความเมตตาอย่างยิ่ง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้สถิติที่มีคุณค่า รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยและกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือและประสานงานต่างๆของโรงพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญ คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกคนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความยินดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่สนับสนุนด้านเวลาและทุนส่วนหนึ่ง ขอขอบคุณหัวหน้าและพี่ๆน้องๆหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจทุกคน สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีต่อผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้ความห่วงใย เป็นแรงผลักดันและสนับสนุนในทุกด้านด้วยดีเสมอมา ตลอดจนทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ความรู้เรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	12
ความรู้เรื่องบุหรี่.....	22
พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่.....	32
แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	38
โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน.....	44
บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	72

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	89
การอภิปรายผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	94
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	109
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม.....	115
ภาคผนวก ง ตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	147

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
1. ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	56
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้	77
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่.....	79
4. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	81
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	83
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	84
7. แบบสัมภาษณ์การติดตามนิโคติน.....	139
8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง.....	141
9. แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One Sample Kolmogorov-Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	142
10. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	144
11. คะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	145

สารบัญญภาพ

ภาพ		หน้า
1	แสดงกลไกความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	24
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังใน ผลลัพธ์ของการกระทำ (Bandura, 1997).....	38
3	แสดงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการทำนายพฤติกรรม.....	42
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52
5	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	74
6	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการ ทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	146

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเร็วขึ้น โดยสารพิษในบุหรี่จะไปขัดขวางกระบวนการนำพาออกซิเจน หัวใจต้องทำงานหนัก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว เกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดการตกตะกอนของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงของไขมันต่างๆ ส่งผลให้ไขมันโคเลสเตอรอลชนิดที่มีประโยชน์ HDL (High Density Lipoprotein) ลดลง และทำให้เม็ดเลือดแดงกระด้างไม่มีการหมุนตัว เกิดการครูดกับผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเป็นแผล ร่างกายจะมีกระบวนการซ่อมแซม เพื่อให้ผนังของหลอดเลือดคืนโดยการสร้างเยื่อมาเคลือบ ทำให้อันนั้นแคบลง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบตัน (Cote, 2000; Pregowski et al., 2006; Rampher, 2006)

องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยคำนวณว่าในอีกประมาณ 25 ปีข้างหน้า ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือวันละ 27,000 คน หรือนาทีละ 20 คน (World Health Organization, [WHO], 2006) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยปี พ.ศ. 2549 พบว่า ประชากรในช่วงอายุ 25-40 ปี มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ถึง 3,732,242 คน และช่วงอายุ 41-59 ปี มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 3,500,002 คน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย], 2550) ซึ่งประชากรในกลุ่มอายุดังกล่าวจัดเป็นวัยผู้ใหญ่และ ส่งผลกระทบในระยะยาวทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและโรคอื่น ๆ จากการสูบบุหรี่ตามมา จากข้อมูลของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พบว่า ประชากรไทยมีผู้เสียชีวิต ปีละ 52,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือนาทีละ 6 คน นั้นหมายถึงบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกมากกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัณโรค อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิตระหว่างคลอดรวมกันทั้งหมด และจากการวิจัยทางการแพทย์พบว่า อัตราเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่นั้น สูงกว่าที่เคยคาดไว้ โดยพบว่า 1 ใน 2 หรือครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่นและสูบต่อไปเป็นประจำจะเสียชีวิตในวัยกลางคน หรือหมายถึงคนเหล่านี้จะมีอายุสั้นกว่าคนทั่วไปถึง 22 ปี (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่ามีหลายวิธี เช่น การรักษาโดยการใส่ยาที่มีจุดประสงค์เพื่อลดความต้องการออกซิเจนที่มากขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารี การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ดีที่สุดและพบว่ามี การตีบตันซ้ำซ้ำกว่าวิธีอื่นๆ และการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จสูง ร้อยละ 95 โอกาสเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 0.2 มีข้อดี คือ ทำง่าย ราคาไม่แพง ไม่ต้องดมยาสลบ ไม่เจ็บตัว เพราะไม่มีการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ดีกว่าจึงเป็นที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน (จรรยา ตันติธรรม, 2547) แต่ปัญหาและอุปสรรคที่พบภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ในระยะที่ผ่านมาก็คือการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำประมาณร้อยละ 30-50 ระยะที่พบว่าเกิดการตีบซ้ำ (Restenosis) มากที่สุดอยู่ในช่วง 3-9 เดือน ผู้ป่วยที่เคยทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, [PCI]) มาแล้วต้องกลับมาทำซ้ำ (Sundquist and Li, 2006) ภายหลังการขยายหลอดเลือด พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ถ่างขยายแล้วจะกลับมาตีบแคบอีกภายใน 6 เดือน (กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2549) จากการศึกษาของ Hass (1996) พบว่าหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วมีอัตราการการตีบตันซ้ำสูงถึงร้อยละ 20-40 ในระยะ 6 เดือนแรก เมื่อศึกษาถึงสาเหตุพบว่า การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จะเร่งให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำภายหลังการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน (McKenna, Mass, and McGneiry, 1995) และตำแหน่งที่เกิดตีบซ้ำก็คือตำแหน่งที่เคยทำการรักษาด้วย PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Bowers et al., 1996; Kotamaki, Laustiola, Syvanne, and Heikkila, 1996; Hasdia et al., 1999) การสูบบุหรี่ภายหลังการรักษายังมีผลทำให้เกิดการเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden death) หรือเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้เร็วขึ้น (Tonstad and Johnston, 2006)

จากการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำถึงร้อยละ 40 หลังจากติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี (Twardella et al., 2004) ลดความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (David et al., 2004) ลดอัตราการกลับเข้ามาอนรักษาทันทีในโรงพยาบาลร้อยละ 39 และลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 17-36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Vlietstra et al., 1986; Ornish et al., 1998; Berkel et al., 1999; Dornelas et al., 2000)

จากการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 28 พบว่าเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเพราะอ้างว่าเป็นเพราะความเครียด หรือสูบกี้ดคุมร้อยละ 87 รองลงมาคือเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จร้อยละ 73.7 เพราะขาดความมั่นใจในการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น ร้อยละ 70.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมี

ประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว แต่ได้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 80.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการหักดิบเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมทอปปี้ร้อยละ 33.33 มีเพียงร้อยละ 6.67 เท่านั้นที่ใช้ยาช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ สำหรับเหตุการณ์ที่จูงใจให้ผู้ป่วยหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำมากที่สุดคือการเที่ยวบาร์/เลานท์กระตุ้นให้สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 62.2 รองลงมาคือเมื่อเกิดการโต้เถียงในครอบครัวร้อยละ 59.5 หรือเมื่อเกิดเหตุที่ทำให้เสียใจรุนแรงร้อยละ 56.8 ส่วนความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ ต้องการให้พยาบาลเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจร้อยละ 50 แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ผลร้อยละ 47.1 แนะนำวิธีการเสริมสร้างความเข้มแข็งในจิตใจด้วยตนเองร้อยละ 38.8 (ผ่องศรี ศรีมรกต, นภาพร วาณิชยกุล และ อรุณี หล่อนิล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tero และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเข้าร่วมการปรับพฤติกรรม หลังจากออกจากโรงพยาบาลของสมาคมโรคหัวใจแห่งชาติ ติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 58.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการเลิกทันทีหรือวิธีหักดิบร้อยละ 63.2 และเหตุการณ์ที่จูงใจให้ผู้ป่วยหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำมากที่สุดคือการไปงานเลี้ยงร้อยละ 54.8 รองลงมาคือความเครียดร้อยละ 49.6

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยไม่ใช้ยานับเป็นวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และมีผลสัมฤทธิ์สูงที่สุดในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน (ผ่องศรี ศรีมรกต, นภาพร วาณิชยกุล และ อรุณี หล่อนิล, 2550) และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในงานประจำ พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยการจัดพฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการเลิกสูบบุหรี่ เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ หาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่ผู้สูบบุหรี่มั่นใจอยู่แล้ว ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า หากผู้สูบบุหรี่ได้รับการช่วยเหลืออย่างจริงจังโดยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 38-52 (Gould, Pearce and James, 2000; Bolman, Vries and Breukelen, 2002)

จากการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต, นภาพร วาณิชยกุล, และอรุณี หล่อนิล (2550) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี และสถาบันโรคทรวงอก

กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยต้องการให้พยาบาลคอยติดตามให้กำลังใจและเป็นທີ່ปรึกษา ต้องการให้แนะนำวิธีการเสริมสร้างความเข้มแข็งในจิตใจด้วยตนเอง ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งหรือความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองต่อสถานการณ์ต่างๆในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยตนเอง

ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนนั้น อธิบายว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการรับรู้ที่เกิดจากบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ Bandura (1997) เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ดังนั้นถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Miura et al., 2004) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลคล้อยตาม พิจารณาความสามารถของตนเอง และทำให้เชื่อมั่นว่าสามารถจะทำได้สำเร็จ 2) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากบุคคลอื่น (Vicarious experience) คือ การที่บุคคลสังเกตการกระทำของบุคคลอื่นที่ลักษณะคล้ายคลึงกับตน แล้วสามารถกระทำพฤติกรรมตามนั้นได้สำเร็จ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้เกิดการรับรู้ว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงกับตนเองว่าตนกระทำได้สำเร็จ ซึ่งความสำเร็จจะชักนำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และ 4) สภาวะร่างกายและจิตใจที่พร้อมต่อการรับรู้จะทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง โดยมีการติดตามและเสริมสร้างกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

การติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สำคัญ เพราะการติดตามทางโทรศัพท์เป็นอีกวิธีในการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ให้ผู้ป่วยเกิดการคล้อยตาม และเป็นการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ในการช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจ และสามารถให้คำแนะนำได้ทันต่อสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รู้สึกมั่นใจ และมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลและเป็นที่ยอมรับในการนำมาใช้ติดตามเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย (Quist-Paulsen & Henrikus, 2005; Barth, Crichley, Bengel, 2006; Reid et al., 2007) จากการศึกษาของ Elliott & Reimer

(1998) และ Hunter (2000) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน ชี้แนะ และเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ย้ำเตือนให้คงไว้ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นการช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหาเร่งด่วน สอดคล้องกับ Lanigan (2000) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนสิ่งสำคัญในแผนการรักษาซึ่งผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ทั้งหมด การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่าย นอกจากนี้ Rivard และคณะ (1998) อธิบายว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยระดับประคองด้านจิตใจ และสามารถให้คำแนะนำได้ทันต่อสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยการติดตามอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเผชิญปัญหาเมื่ออยากสูบบุหรี่ ชี้แนะ ให้กำลังใจ เป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและต่อเนื่อง

ดังนั้นการแก้ไขหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงมีความสำคัญยิ่งในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าจากหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ส่วนใหญ่ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม ความเครียด ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งในรูปแบบของความสัมพันธ์และการวิจัยกึ่งทดลอง แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงในพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541; สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, 2541; น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543; ยุวเรศ ใจสีสุบ, 2543; จิตาพร เขียนวงษ์, 2547)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งจะเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกทำลายจากสารพิษในบุหรี่ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการกำเริบของโรคที่เกิดขึ้นถ้ายังคงสูบบุหรี่ต่อไป และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ลดลงหรือไม่
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุและสมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเป็นความเชื่อ การพิจารณาตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ที่เป็นตัวกำหนดการแสดงออกในเชิงพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง จะมีความอุตสาหะพยายามแสดงความสามารถออกมาจนประสบความสำเร็จ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ จากแนวคิดของ Bandura (1997) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอแนะวิธีการ และฝึกทักษะต่างๆ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความรุนแรงของโรคหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เชื่อว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การพูดชักจูงจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ คล้อยตาม และทำ

ให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น คำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ ตลอดจนมีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อเป็นที่ปรึกษา ซึ่งแนะนำให้คำแนะนำได้ทันต่อสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สังเกตตัวแบบผ่านสื่อ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ภาพสไลด์ วีซีดีสารคดีเรื่องบุหรี่... ความลับ-ความรู้ ที่ใช้ประกอบแผนการสอน ตลอดจนตัวแบบจริงที่มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้โดยผู้สังเกตจะต้องการเห็นการกระทำตัวแบบแสดง ซึ่งจะสามารถประยุกต์เป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติของตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยเป็นผู้ที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามตัวแบบ ซึ่งผู้วิจัยจะมอบเอกสารและคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับที่ จะต้องปฏิบัติ

3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มให้ผู้ป่วยเขียนความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่และลงมือปฏิบัติเลย และให้ผู้ป่วยถือคำมั่นว่าเมื่อกลับไปบ้านจะทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกลับไปบันทึกทุกครั้งที่ยากสูบบุหรี่ตลอดจนเหตุผลที่ยากสูบบุหรี่และเหตุผลที่ไม่สูบบุหรี่หรือการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและลดความอยากบุหรี่ลง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้สำเร็จครั้งหนึ่งแล้วจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติครั้งต่อไป ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้วเกิดผลสำเร็จซ้ำกัน หลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่จะต้องทำให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วยตัวเองทั้งในเรื่องการทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่มวนแรกและมวนต่อไป ตลอดจนหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีการสูบบุหรี่หรือสถานการณ์ที่จะทำให้สูบบุหรี่ และในผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่มาแล้วจะทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน แม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าการที่ตนเองประสบกับความล้มเหลวนั้นอาจจะมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่พอ หรือใช้วิธีการไม่เหมาะสม มากกว่าที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ

และบุคคลสามารถที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ของความล้มเหลวให้ประสบความสำเร็จได้โดยใช้ความพยายาม และฝึกทักษะ เพื่อที่จะควบคุมเหนือสถานการณ์นั้นๆ โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีไว้ได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective states) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งความรู้สึกที่ตื่นเต้น วิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียด เป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น (Bandura, 1997) ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจตลอดจนเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยบอลูนหรือขดลวดโคโรนารี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่องโดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1997) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยบอลลูนหรือขดลวดโคโรนารี เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วย 1) การพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 40-60 นาที และติดตามทางโทรศัพท์ทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที โดยให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่นทำให้มีแรงผลักดันภายในกลุ่มช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหา ตลอดจนการมีกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาและประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ของแต่ละคนเพื่อที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับรู้ถึงความรู้สึก ทักษะคติของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งวิธีแก้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีผู้วิจัยให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วยภายใต้บรรยากาศแห่งการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความอบอุ่นไว้วางใจกัน สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการกลุ่มไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การได้รับคำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง โดยการให้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำ และการกระตุ้นชักชวนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยบอลลูนหรือขดลวดโคโรนารี คล้อยตามและเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ผลของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบคือ การทำให้หยุดหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1977) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สามารถเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ชุดความรู้เรื่องบุหรี่ตลอดจนผลกระทบและพิษภัยของบุหรี่ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ และคู่มือการสอน

3. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือการกำหนดเป้าหมายประสบการณ์สำหรับผู้ป่วย และให้กระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงไปที่ละขั้นตอน ควรมีผู้แนะนำและชักจูงเพื่อให้กำลังใจในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, 2541) โดยจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนช่วยให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา ประเมินและตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด กำหนดวันที่จะเลิกบุหรี่ เช่น วันเกิดตนเอง วันเกิดลูก วันครบรอบแต่งงาน หรือวันที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นและให้มีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งบุหรี่และอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ทั้งหมด การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมข้างต้นเป็นการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และนำมาสู่ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดและต่อเนื่อง

4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้กำลังใจและให้คำปรึกษาในขณะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่หยิบบุหรี่ผู้อื่นมาสูบ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง ตลอดจนการปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่ ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของ จิราภรณ์ เนียมมฤตยธร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จากประวัติ อาการ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ที่แสดงว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโครงตาข่าย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และต้องมีประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเกิดโรคอย่างน้อย 5 ปี (Kelly et al., 1984; Negri et al., 1994) หรือมีประวัติการเลิกสูบบุหรี่ไม่เกิน 15 ปี (Robinson, Conroy and Mulcaly, 1994)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับจากพยาบาลประจำการคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ การได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันซ้ำ และลดความรุนแรงของโรค
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัย เพื่อค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และสามารถนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยทำการศึกษาสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ใช้ระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. ความรู้เรื่องบุหรี่
3. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
6. บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

โรคหลอดเลือดหัวใจ มีชื่อที่นิยมเรียกกันหลายชื่อ เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Heart Disease, CHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease, ASHD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease, IHD) หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง หรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ (พรพนี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536 อ้างถึงใน วิไลพร หอมทอง, 2547)

โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) คือการกระทบกระเทือนหรือเกิดการบาดเจ็บต่อ Endothelium สามารถเกิดได้ทุกตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดสำคัญ

บางครั้งจะมีการตีบแคบหลายจุดในหลอดเลือดเส้นเดียวกัน และมีตัวแปรสำคัญต่อไปนี้อยู่ร่วมด้วย คือ การสูบบุหรี่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงที่ผิดปกติ เป็นต้น (กำพล เลาหเพ็ญแสง, 2549)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) เป็นกลุ่มของโรคหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจมีการตีบและแข็ง เนื่องจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดแดง (Gordon & Libby, 2003)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease, CHD) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Supply) กับความต้องการเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (Demand) โดยที่ Demand จะมากกว่า Supply เสมอ ทำให้หัวใจขาดออกซิเจนจึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น (Matinez, 2004)

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease, CHD) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease, CAD) หมายถึง ภาวะที่เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ กับความต้องการเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเอง โดยเลือดที่ไปเลี้ยงจะน้อยกว่าความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจขณะนั้น ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้

1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

พยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่ามีร้อยละ 90 เกิดจากภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดโคโรนารี (วิลโลพร หอมทอง, 2547) โดยพยาธิสภาพเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อผนังหลอดเลือดแดงชั้นใน (Intima layer) มีไขมันมาเกาะเกิดเป็นคราบไขมัน (Fatty streak) จากนั้นจะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดชั้นกลาง (Medial layer) และกล้ามเนื้อเรียบเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดสร้างไฟบรัสและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบมาห่อหุ้มรอยไขมันกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (Fibrous plaque) ทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระ เมื่อมีหินปูนมาเกาะ (Complicated lesion หรือ Advanced lesion) ผนังหลอดเลือดแดงเกิดการหนาตัวมีความแข็งและเปราะทำให้ประสิทธิภาพการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง เนื้อเยื่อพังผืดมีขนาดใหญ่ขึ้นและเมื่อได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2547) หรือการหดเกร็งของหลอดเลือดจะส่งเสริมให้เกิดรอยแตกของผนังหลอดเลือดที่หนาตัวขึ้น และเมื่อมีการฉีกขาดของผิวของก้อนไขมัน ร่างกายจะมีปฏิกิริยาการแข็งตัวของเลือด โดยเกร็ดเลือดและสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวจะมาพอกและซ่อมแซมบริเวณที่แตก ทำให้เกิดการรวมตัวเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) ขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันภายใน

หลอดเลือด (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542) เมื่อมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดทำให้เลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุดถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงอย่างต่อเนื่องประมาณ 4-6 ชั่วโมง (นพรัตน์ ธนชัยพันธ์, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Martinez, 2004) จากการศึกษาพบว่า ส่วนประกอบที่สำคัญของคราบไขมันคือเซลล์ที่ขยายตัวของกล้ามเนื้อเรียบ การรวมตัวกันของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และเซลล์ไขมันทั้งภายในและภายนอกเซลล์ การเกิดคราบไขมันมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง รูของหลอดเลือดตีบแคบลง ในระยะแรกจะไม่ปรากฏอาการเพราะเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจยังเพียงพอกับความต้องการ แต่เมื่อมีการสะสมเป็นเวลานาน ประกอบกับมีหินปูนมาเกาะจะทำให้คราบไขมันมีขนาดใหญ่ขึ้นจนทำให้เกิดการตีบแคบของรูหลอดเลือดเกินร้อยละ 70 ของรูหลอดเลือดเดิม มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ จากภาวะที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ (Selyn & Braunwald, 2001) โดยสิ่งกระตุ้นทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง อากาศเย็นจัด มาจากภาวะต่างที่มีอาการหายใจหอบลึก ผนังหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ (Gupta, Sabatine & Lilly, 2003)

1.3 อาการทางคลินิก

ผู้ป่วย CAD จะแสดงอาการทางคลินิกที่พบบ่อย คือ (อัจฉรา เตชอุทธิพิทักษ์, 2540; รุ่งลัดดา ศรีบุญ, จูติมา ชนะวิเศษ, 2548; ระพีพล กฤษกร ณ อยุธยา, 2549)

1.3.1 Angina pectoris (อาการเจ็บบริเวณหัวใจ) เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของออกซิเจนที่ได้รับและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจาก Atherosclerotic coronary arteries อาการเจ็บหน้าอกแองจินาแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) Stable angina pectoris เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่ค่อนข้างจะเรื้อรัง เป็นในลักษณะเดียวกัน บริเวณที่เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บ และมีตัวกระตุ้นคล้ายๆกัน โดยเฉพาะเป็นมาแล้ว นานกว่า 2 เดือนขึ้นไป

2) Unstable angina pectoris

มักพบว่าเพิ่งมีอาการภายใน 1-2 เดือน มีประวัติเจ็บหน้าอกเพิ่มมากขึ้นภายใน 1-2 เดือน การเจ็บหน้าอกอาจมีลักษณะรุนแรง ระยะเวลาสั้นกว่า 10 นาที การเจ็บจะถี่และบ่อยขึ้น หรือมีอาการเจ็บมากกว่าครึ่งชั่วโมง มีเหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม หรือมีเจ็บหน้าอกขณะที่พักผ่อนหรือเกิดขึ้นขณะหลับ

3) Prinzmetal's angina (Variant angina pectoris) เป็นการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่พักผ่อนอยู่ โดยไม่มีการออกกำลังกาย หรือมีอาการเข้ามาเกี่ยวข้อง ตรวจร่างกายและตรวจหัวใจจะพบว่าปกติ

1.3.2 **กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)** หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

1.3.3 **ตายโดยปัจจุบันทันด่วน (Sudden death)** หมายถึง การตายที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และโดยมิได้คาดหมายล่วงหน้ามาก่อน อาจเกิดทันทีทันใด หรือจากระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งถึง 24 ชั่วโมง

1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดแต่จากหลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.4.1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Unmodifiable Risk factor)

1.1 อายุ (Age) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมักพบได้ในบุคคลที่อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) จากการศึกษาพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดโดยมีความเสื่อมสภาพตามวัยผนังหลอดเลือดเปาะและแข็ง (Thom et al, 2006) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ และมีความชุกของโรคสูงขึ้นเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2547)

1.2 เพศ (Sex) พบในเพศชายอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน ความแตกต่างในอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542; จริยา ตันติธรรม, 2547)

1.3 ประวัติครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ (Family history) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา และพี่น้องที่มีประวัติเป็นภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้นี้ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.4.2. **ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable Risk factor)** (อุทัย เจริญจิตต์, 2542; นพรัตน์ ธนชัยพันธ์, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.4.2.1 **การสูบบุหรี่** การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรค Artherosclerosis โดยเฉพาะการสูบบุหรี่จัด การสูบบุหรี่จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจดังนี้ คือ

- **นิโคติน** ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ในบุหรี่ จะออกฤทธิ์กระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมน Catecholamine เพิ่มขึ้น มีผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น

- **คาร์บอนมอนอกไซด์** ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ยิ่งจะแย่งที่ออกซิเจนในการจับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ทำให้การขนถ่ายออกซิเจนสู่อวัยวะต่างๆ รวมทั้งหัวใจลดลง ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

- **การสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้มีระดับ LDL (Low Density Lipoprotien) ในเลือดสูงขึ้น** ระดับ HDL (High Density Lipoprotien) ในเลือดจะต่ำลงได้มากถึง 15% ทำให้ไขมันมาพอกได้สะดวก การเปลี่ยนแปลงนี้จึงมีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็งขึ้น เพิ่มกรดไขมันอิสระ การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ระดับ HDL กลับสู่สภาพปกติ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อระดับไขมันในเลือดสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ยืนยันได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด อีกทั้งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มเป็น 3 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่เพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; กำพล เลหาเพ็ญแสง, 2549) เนื่องจากเพศชายมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำกว่าเพศหญิง (Lundborg and Anderson, 2008)

1.4.2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่าภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) โคเลสเตอรอลจะจับกับโปรตีนได้เป็นสารในรูปที่เรียกว่า Lipoprotien เพื่อให้ละลายตัวอยู่ในน้ำเลือดได้ ที่สำคัญคือ HDL (High Density Lipoprotien) และ (Low Density Lipoprotien) LDL จะทำหน้าที่ขนถ่ายโคเลสเตอรอลไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆที่ไม่ใช่ตับ เมื่อมีจำนวนมากจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบตัน ส่วน HDL ทำหน้าที่ขนถ่ายโคเลสเตอรอลจากเนื้อเยื่อส่วนปลายนำกลับมาเผาผลาญที่ตับเป็น Bile acid ต่อไป HDL จึงเป็นตัวที่ป้องกันไม่ให้เส้นเลือดแข็งตัว (ซุมศักดิ์ พกฤษาพงษ์, 2548) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับต่ำกว่า 200 mg /dl ถ้าสูงถึง 240-250 mg/dl ควรให้ควบคุมอาหาร หรือถ้าสูงกว่า 250 mg/dl และควบคุมอาหารแล้วไม่ลดลง ควรใช้ยาช่วย และควรลดระดับ LDL Cholesterol ให้ต่ำกว่า 130 mg/dl, HDL Cholesterol ควรสูงกว่า 35 mg/dl (จริยา ตันติธรรม, 2547; Thom et al, 2006)

1.4.2.3 ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ มีผู้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรค CAD พบว่า คนที่มีความดันซิสโตลิกที่สูงกว่า 160 mmHg และคนที่มีความดันไดแอสโตลิกที่สูงกว่า 90 mmHg จะมีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคเป็น 20.2 และ 10.8 ตามลำดับ (อัฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2540)

1.4.2.4 โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จะพบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2547; ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์, 2548)

1.4.2.5 บุคลิกภาพ (Personality type)

ผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิด A คือ ผู้ที่มักจะทำอะไรด้วยความรีบร้อน ใจร้อน มีความก้าวร้าว ความคิดแข่งขัน ความใฝ่ฝันสูง ความอดกลั้นน้อย หรือผู้ที่มีความเครียดอยู่เสมอ มักพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 2.17 เท่า (อุทัย เจริญจิตต์, 2542)

จากรายงานการศึกษาต่างๆดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ให้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่จัด ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า โรคหัวใจโคโรนารีเป็น Multifactorial disease ดังนั้นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงมักประกอบไปด้วยปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ประการควบคู่กันไป

1.5 แนวทางการรักษาโรคหัวใจโคโรนารี

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ซึ่งหลักการรักษาส่วนใหญ่คือ การทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมีดังนี้

1.5.1 การรักษาโดยการให้ยา (Drug therapy)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีดังนี้ (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2541; จริยา ตันติธรรม, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; กำพล เลหาพิชญ์แสง, 2549)

1) ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilator) ได้แก่ Short acting nitrates เช่น ยาอมไนโตรกลีเซอรินที่ซอมได้ลิ้นหรือฉีดทางหลอดเลือดดำ และ Long acting nitrates เช่น Isosorbide dinitrate, Nitroglycerine ointment เป็นยาอันดับแรกในการรักษาอาการเจ็บหน้าอก ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยตรง มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เส้นเลือดทุกส่วนทั้งเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำขยายตัว สามารถให้ได้โดยการอมใต้ลิ้น การรับประทาน และการหยดเข้าหลอดเลือดดำ อาการข้างเคียง ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขยายหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย เป็นลม

2) **ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocking agents)** ได้แก่ Propranolol, Atenolol, Prenolol เป็นต้น ออกฤทธิ์บรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยยาออกฤทธิ์ปิดกั้น เบต้ารีเซปเตอร์ (Beta-receptor) ที่ระบบหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจแรง และความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียง อาจทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตต่ำ หลอดลมหดเกร็งในรายที่มีหอบหืด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

3) **ยาด้านแคลเซียม (Calcium chanel blockers)** ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Verapamil or Isoptin, Nifedipine or Adalat, Diltiazem or Herbessor มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ยานี้ออกฤทธิ์ขัดขวางแคลเซียมผ่านผนังเซลล์ทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัว การไหลเวียนของเลือดไปสู่โคโรนารี และไตเพิ่มขึ้น แต่ความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ วิงเวียน ปวดศีรษะ

4) **ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anti-coagulant agents)** ได้แก่ Heparin, Fraxiparin เป็นต้น ออกฤทธิ์ป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยจับกับตัวยับยั้งตัวหนึ่งในพลาสมาคือ แอนตีทรอมบิน สาม (Anti thrombin III (AT III)) ยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด และช่วยละลายลิ่มเลือด การใช้ร่วมกับแอสไพรินพบว่าได้ประโยชน์มาก

5) **ยาด้านเกร็ดเลือด (Anti-platelets)** ได้แก่ Aspirin, Ticlopidine ใช้เพื่อลดการจับกันของเกร็ดเลือด ลดการอุดตันของลิ่มเลือด เป็นยาที่มีประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ประมาณร้อยละ 50 และเป็นยาที่นิยมให้ร่วมกันหลังการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งใช้ได้ผลดีในการป้องกันการอุดตันเฉียบพลันในโครงตาข่าย และป้องกันการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้ (Gershlick, 1997:24-46 อ้างถึงใน เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร, 2541) อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารของแอสไพริน ส่วนทีโคลพิดีนมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิด ท้องอืด ท้องเสีย อาการผื่นคันทางผิวหนัง และมีความผิดปกติของระบบเลือด เช่น เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ และมีเลือดออกง่ายผิดปกติ การใช้ยาแอสไพรินและทีโคลพิดีนร่วมกันทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leucopenia) มากถึงร้อยละ 2.5 (Perrin, 1997 อ้างถึงใน เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร, 2541)

6) **ยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจวาย** ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ยาที่ช่วยในการบีบตัวของหัวใจ (Inotropic agents) (จริยา ตันติธรรม, 2547)

7) **ยากลุ่มยับยั้งการเปลี่ยนแปลงเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ACEI, ACEI inhibitors)** ได้แก่ Captopril, Enalapil เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีผลต่อการสร้าง Angiotensin II ในระดับเซลล์ของเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือด กล้ามเนื้อเรียบและสมองด้วย การออกฤทธิ์ของยาจะช่วยทั้ง Preload และ Afterload จึงใช้มากในผู้ป่วยที่หัวใจวาย ช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะหัวใจโตได้ ประโยชน์คือ รักษาโรคความดันโลหิตสูง รักษาโรคหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว ช่วยลด

อาการแทรกซ้อนและอัตราการตายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชะลอการเกิดพยาธิสภาพที่ไต เช่น Diabetic nephropathy และเมื่อใช้ติดต่อกันนานๆ จะช่วยลดการสูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะได้ (Proteinuria) อาการข้างเคียงที่พบได้ คือ สูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะ ความดันโลหิตต่ำ ไต มักจะโอแอ่งๆ และผื่นทางผิวหนัง (ก่าพล เลาหเพ็ญแสง, 2549)

8) **ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agents)** เช่น Streptase, Urokinase ใช้ในการละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ออกฤทธิ์ขัดขวางการจับกันของไฟบริน ขนาดที่ใช้ขึ้นอยู่กับชนิดของยา อาการข้างเคียงอาจทำให้มีเลือดออกในอวัยวะอื่นๆ ได้ เช่น ในระบบทางเดินอาหาร บริเวณใต้ผิวหนัง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

1.5.2 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

เป็นวิธีที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม การรักษาโดยการผ่าตัดได้ผลดีกว่าการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบอัตราการป่วยและอัตราการตาย การผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย (Left main artery) มากกว่าร้อยละ 50 หรือในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 3 เส้น มีการศึกษาพบว่า การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ดีกว่าการใช้ยา (จรัสญา จิตประไพ, ภาริส วงศ์แพทย์, 2542; จิราพร ศรีทนต์, 2546; Sabik et al, 2005)

1.5.3 การขยายหลอดเลือดโดยการตัดเอาคราบไขมันออก (Coronary Atherectomy)

เป็นวิธีการขยายหลอดเลือดโดยการใส่สายเข้าไปตัดเอาก้อนไขมันออก โดยใช้หัวกรอหรือสว่าน ในการกรอก้อนไขมันด้วยความเร็วสูง ทำให้ก้อนไขมันถูกย่อยเป็นอนุภาคเล็กๆ ซึ่งไม่มีอันตรายสามารถผ่านเข้าไปในระบบไหลเวียนได้อย่างปลอดภัย เรียกว่า Rotational Atherectomy มีการศึกษารายงานพบว่า วิธีนี้อาจทำให้เกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 30 และเกิด Intimal hyperplasia หลังเอาก้อนไขมันออกได้เหมือนการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Vitello-Cicciu & Morrissey, 1993 อ้างถึงใน เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร, 2541; นิธิวดี เมธอาจารย์, 2545)

1.5.4 การขยายหลอดเลือดโดยการยิงแสงเลเซอร์ (Coronary Laser Angioplasty)

ชนิดของแสงเลเซอร์ที่นิยมใช้คือ อาร์กอน คาร์บอนไดออกไซด์และ Nd:YAG (neodymium-yttrium gamet) ในปัจจุบันได้มีการนำเอา eximer laser มาใช้เพราะมีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ส่วนอัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดภายใน 6 เดือนแรกพบร้อยละ 25-50 (Lincoff & Topol, 1997; สมร จงสมจิตต์, 2542)

1.5.5 การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA or Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีวิธีหนึ่ง โดยอาศัยหลักของการสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization) แล้วใช้ความดันในลูกโป่งเปียดกระแทกให้คราบไขมันแตกออกและดันให้ผนังหลอดเลือดขยายออก มีผลให้เลือดแดงเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (Sundquist and Li, 2006) กลไกที่เกิดขึ้นอาจเป็นการบดขยี้ให้ก้อนเลือดเป็นชิ้นเล็กๆ ง่ายต่อการสลายของลิ่มเลือดหรือการเปลี่ยนโครงสร้างของคราบไขมัน (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี และคณะ, 2537; นิธิวิดี เมธาจารย์, 2545)

แนวคิดการรักษาด้วยวิธีนี้เริ่มในปี ค.ศ.1964 โดย Dotter and Judkim ประสบความสำเร็จในการใช้สาย Coaxial polyethylene double lumen ขยายหลอดเลือดแดงที่มีการอุดตันอย่างรุนแรงบริเวณขาหนีบ หลังจากนั้นก็ได้มีการคิดค้นพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1997 Grunentzig ได้ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยลูกโป่งผ่านทางหลอดเลือดแดงส่วนปลายของมนุษย์ประสบความสำเร็จเป็นครั้งแรก และถือว่าเป็นการเปิดศักราชใหม่ของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแนวใหม่ที่นอกเหนือไปจากการรักษาด้วยยาหรือการทำผ่าตัด (Bauter and Isner, 1997) ซึ่งในระยะแรกจะทำในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบเพียงเส้นเดียว ตำแหน่งเดียว และไม่มีหินปูนเกาะ ต่อมาในระยะหลังมีการพัฒนาทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีการ และแพทย์ผู้ทำจนมีความชำนาญมากยิ่งขึ้น ทำให้ผลของการรักษาและอัตราการประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง และสามารถนำไปใช้อย่างแพร่หลายอีกวิธีหนึ่ง (Bowers et al, 1996; Selyn & Braunwald, 1998) ในประเทศไทยมีรายงานพบว่า ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยวิธีนี้อยู่ระหว่างร้อยละ 86-93 แต่การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนยังมีข้อจำกัดคือ อาจทำให้เกิดการอุดตันเฉียบพลัน หรือเกิดการปิดของหลอดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 24 ชั่วโมงถึงร้อยละ 3-5 และมีอัตราการตีบตันซ้ำสูงถึงร้อยละ 20-40 ในระยะ 6 เดือนแรก (Tominaga et al cited in Hass, 1996)

1.5.6 การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการใส่ขดลวดโครงตาข่าย (Coronary Stent)

เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งที่กำลังเป็นที่นิยมในประเทศแถบตะวันตกและประเทศไทยในปัจจุบัน และมีการศึกษาที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจทั้งในระยะสั้นระยะยาว การใช้โครงตาข่ายใส่ในหลอดเลือดโคโรนารี เริ่มครั้งแรกในปี 1969 โดย Dotter (Dotter, 1969 cited in Willerson and Cohn, 1995; Dotter, 1969 cited in Gardner, et al., 1996) ได้เริ่มพัฒนาโครงตาข่ายสปริงวงกลมนำมาใช้ใส่ในหลอดเลือดของสุนัขเพื่อขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบ แต่ในระยะแรกยังมีปัญหาเรื่องรูปแบบและการยึดขยายโครงตาข่าย มีลิ่ม

เลือดอุดตันเกิดขึ้นทันที และมีการอุดตันซ้ำเกิดขึ้นในอัตราสูง จึงยังไม่มีผู้ใดสนใจ จนกระทั่งปี 1980 นักวิจัยได้คิดและพัฒนาสร้างรูปแบบของโครงร่างตาข่ายใหม่ แต่ยังคงใช้ในสัตว์ทดลอง และในปี 1987 Zigwort และคณะ ได้เริ่มฝังโครงตาข่ายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีในมนุษย์เป็นครั้งแรกโดยใช้ Wall stent และต่อมามีการใส่ Wall stent กันอย่างแพร่หลายในแถบยุโรป สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา Plamaz และ Schatz ได้เริ่มใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดโคโรนารีของมนุษย์ ในปี 1986 ซึ่งประสบความสำเร็จสูงถึงร้อยละ 87 (Bowers, 1996)

โครงตาข่ายที่ใส่ในหลอดเลือดหัวใจมีหลายชนิด และที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน มีทั้งชนิดที่มีบอลลูนช่วยขยายโครงตาข่าย (Balloon Expanding) ได้แก่ Plamaz-Schatz, Giantturbo-Roubin, Wiktor, Cordis, Strecker และชนิดที่ขยายที่โครงตาข่ายด้วยตนเอง (self expanding) ได้แก่ Wall stent (Bailer & Kiesz, 1995; Hass, 1996) ปัจจุบันโครงตาข่ายที่นิยมใช้ในประเทศไทย เป็นชนิดที่ใช้บอลลูนช่วยขยายโครงตาข่ายคือ Plamaz schatz stent (สุพจน์ ศรีมหาโชติ, 2540) ซึ่งทำมาจากขดลวดสแตนเลสขนาดเล็ก เรียงตัวเป็นแถวยาวติดกันหลายแถว เมื่อถูกขยายออกแล้ว ขดลวดจะยืดขยายออกเป็นสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูนเรียงติดต่อกันเป็นทอกลมยาว มีความหนาของขดลวดเท่ากับ 0.063 มิลลิเมตร ความยาวของโครงตาข่ายขณะยังไม่ยืดออก มีความยาว 15 มิลลิเมตร ตัวโครงตาข่ายมีทั้งโครงตาข่ายที่สามารถนำไปครอบบนบอลลูนที่ใช้ขยายหลอดเลือดหัวใจทั่วๆไป และโครงตาข่ายที่สามารถครอบบนบอลลูนเป็นชุด เรียกว่า ชุดส่งโครงตาข่าย (Stent delivery system) ซึ่งประกอบด้วยสายของบอลลูนมีความยาว 127 เซนติเมตร รัศมีภายในมีขนาดเท่ากับขนาดของโครงร่างตาข่ายซึ่งทอเป็นทอกลมวงตลอด สามารถสอดลวดนำทาง (Guide wire) ผ่านได้ และขณะใส่จะต้องใช้ความดันขนาดสูงในการอัดบอลลูนให้ยืดขยายออก เพื่อให้ตัวโครงตาข่ายยืดขยายตาม ซึ่งทั้งบอลลูนและโครงตาข่ายนี้สามารถมองเห็นได้จากภาพถ่ายรังสีในห้องสวนหัวใจ (Shaknovice & Schatz, 1993)

การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการใส่ขดลวดโครงตาข่ายนี้ จะช่วยให้เลือดแดงจากหลอดเลือดโคโรนารีมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น หลังทำผู้ป่วยต้องนอนอยู่โรงพยาบาลประมาณ 1-2 วัน โดยจะได้รับยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและยาต้านเกร็ดเลือด และเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะต้องรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดตลอดไป (จรรยา ตันติธรรม, 2547; กำพล เลหาพิญแสง, 2549)

โดยสรุปจากรายงานการศึกษาที่กล่าวมาจะพบว่า วัตถุประสงค์ของการบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือ การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่ายแล้วก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของโรค เช่นการเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมเบาหวานและ ระดับโคเลสเตอรอล ก็สามารถทำให้เกิดหลอดเลือดตีบซ้ำได้เร็วขึ้น

2. ความรู้เรื่องบุหรี่

2.1 ผลกระทบของบุหรี่

2.1.1 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่

บุหรี่ยี่มีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,700 ชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด ซึ่งมีสารบางชนิดเป็นอันตรายที่สำคัญอยู่ 2 ชนิดที่ผลต่อหัวใจ คือ สารนิโคติน (Nicotine) และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

สารนิโคติน (สารประกอบในบุหรี่ยี่, 2550)

ส่วนใหญ่จะจับอยู่ที่ริมฝีปากและปอด มีบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดอันตรายต่อเอนโดทีเลียม (Endothelium) ภายในหลอดเลือดและมีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายคือ

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผ่านระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต และเส้นเลือดชั้นผิวหนังหดตัวมีผลให้ลดอุณหภูมิของผิวหนัง รวมทั้งมีการหลั่งสารแคลทีโคลามีน (Catecholamine release)
2. ระบบเผาผลาญของร่างกาย (Metabolism) มีผลต่อการเพิ่มกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) เพิ่มกลีเซอรอล และเพิ่มแลคเตท
3. ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง
4. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) มีผลต่อการเพิ่ม Growth hormone เพิ่ม ACTH หรือ Cortisol เพิ่มสาร Vasopressin เพิ่ม B-endorphins และยับยั้งการสังเคราะห์ Prostacyclin

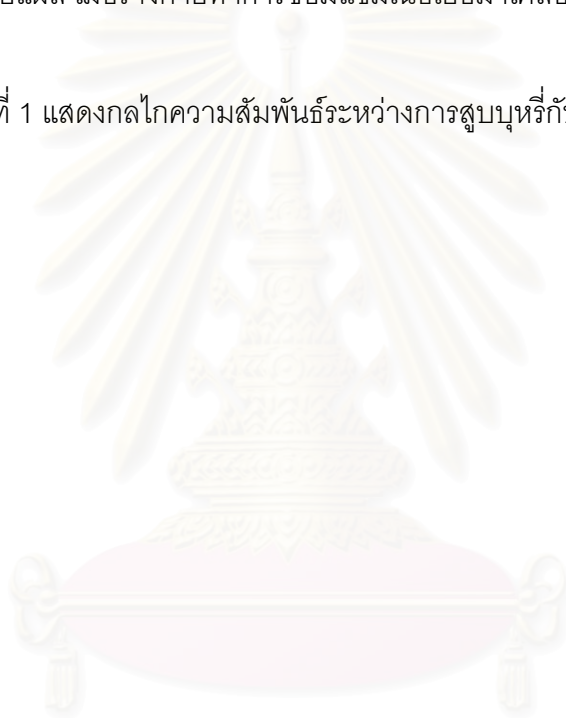
นอกจากนี้การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานนั้นจะส่งผลให้เกิดเส้นเลือดแดงแข็งตัวในหลอดเลือดโคโรนารี เนื่องจากไขมันในเลือดและการแข็งตัวของเลือด และการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มระดับ LDL (Low Density Lipoprotein) และ VLDL (Very Low Density Lipoprotein) และลด HDL (High Density Lipoprotein) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสียหายของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว เพิ่ม Free fatty acids และเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ และ VLDL โดยตีบ ในทางกลับกันลดการสร้าง HDL มีผลต่อการเพิ่มการสะสมโคเลสเตอรอลที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบขึ้น นอกจากนี้เกร็ดเลือดจะหลั่ง Growth hormone ทำให้มีการเติบโตของเอนโดทีเลียม (Endothelium) เซลล์ในเส้นเลือดส่งผลกับการเกิด Atherosclerosis Plaque ทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตันได้ รวมทั้งเลือดคนที่สูบบุหรี่แข็งตัวง่าย เนื่องจากการสูบบุหรี่กระตุ้นการรวมตัวของเกล็ดเลือดทันทีหลังจากการสูบบุหรี่ (Henery et al., 1988 ;วารสารณ์ ภูมิศาสตร์, 2539;มนสิน แย้มสกุล, 2542) และสารนิโคตินยัง

กระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคลสึโคลาซีนมากขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวตีบเล็กลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นจากปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบมากขึ้น

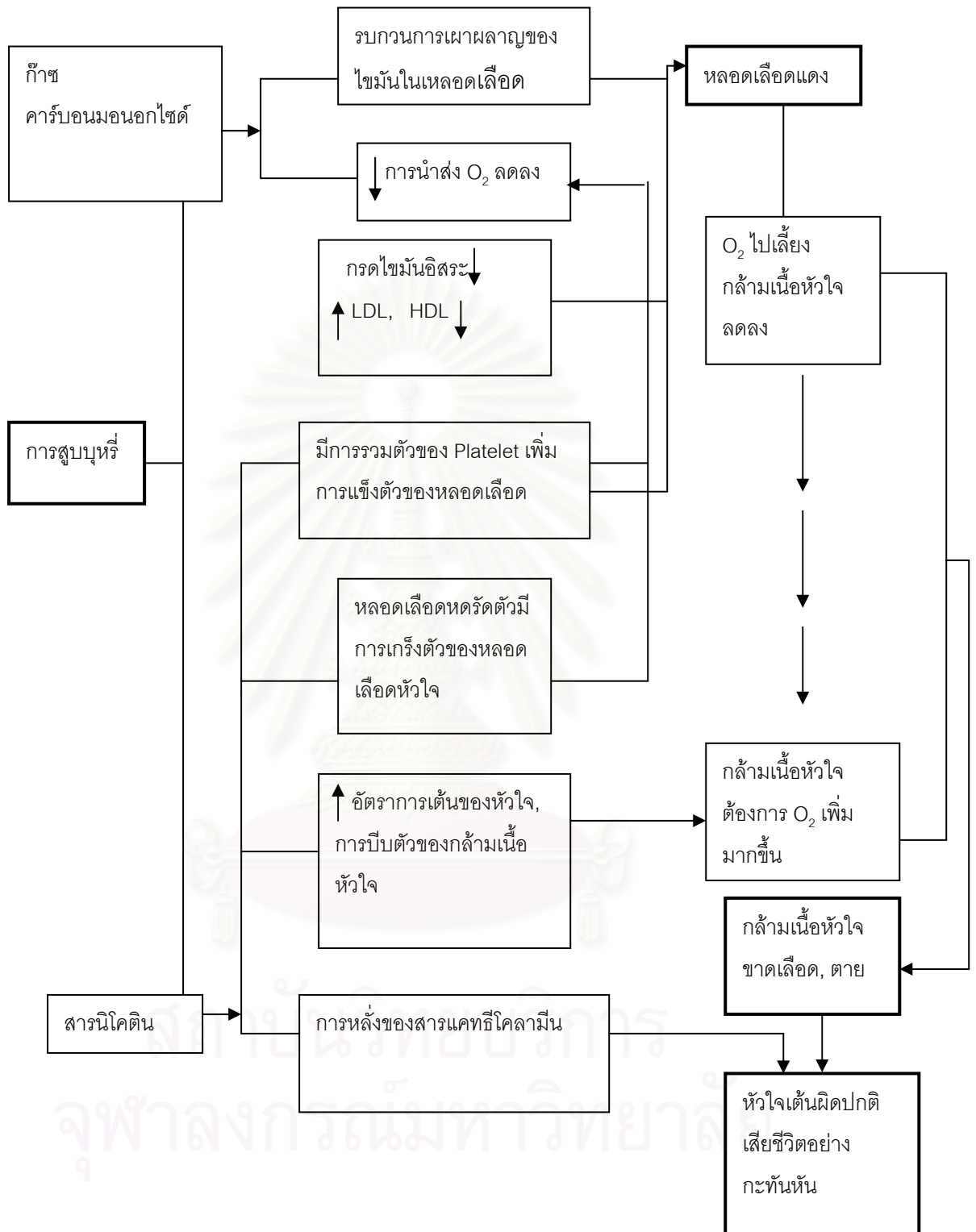
ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์เป็นสารพิษที่เข้าไปแทนที่ออกซิเจน โดยจะรวมตัวกับสารฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถดูดซึ่มก๊าซออกซิเจนที่ร่างกายต้องการ ปริมาณออกซิเจนจะลดลงในกระแสเลือด มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน (ศุภชัย ไชยธีรพันธ์, 2530; จิราภรณ์ เนียมกฤษกร, 2548) และเมื่อจับกับเม็ดเลือดแดงจะทำให้เม็ดเลือดแดงแข็ง กระด้าง การยืดหยุ่นตัวเสียไป ไม่สามารถซอกแทรกไปตามหลอดเลือดเล็กๆ ได้จึงครูดกับผนังหลอดเลือดเกิดรอยแผล เมื่อร่างกายทำการซ่อมแซมเนื้อเยื่อมาเคลือบก็มีผลทำให้หลอดเลือดตีบตัน

ดังภาพที่ 1 แสดงกลไกความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 กลไกความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Levy et al., 1989)

จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไปโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ติดบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อม และเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี บุหรี่มีสารที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด คือ สารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และทาร์ โดยเฉพาะสารนิโคตินซึ่งจะมีผลให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ซึ่งมีกลไกนี้เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกร่วมกับการขาดออกซิเจนจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ยิ่งจะทำลายเซลล์ดังกล่าวมากขึ้น ทำให้ไขมันที่มีอยู่ในเลือดไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแดงแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่ายขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงมีไขมันเกาะอยู่ในหลอดเลือด หรือหลอดเลือดที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตทันทีทันใดได้ กรณีที่เกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้วจะยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

หลักฐานยืนยันความเกี่ยวข้องระหว่างสุขภาพ โรคหัวใจ และการสูบบุหรี่ มีมากกว่า 40 ปี โดยการสูบบุหรี่รวมทั้งยาสูบชนิดอื่นๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันสมควร และปัจจุบันวัยผู้ใหญ่สูบบุหรี่ลดลง แต่พบว่าเด็กและวัยรุ่นมีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคต่างๆ มากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ซุมคักดี พฤกษาพงษ์, 2548)

2.1.2 ผลกระทบอื่นๆ จากบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

ผลของบุหรี่ต่อคนข้างเคียง ควันบุหรี่ยังมี 2 ชนิด คือ ควันสายหลัก (Main stream smoke) หมายถึง ควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปในปาก และควันสายข้างเคียง (Side stream smoke) หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไว้ ส่วนใหญ่แล้วควันที่ลอยอยู่ทั่วไปมักมาจาก ควันสายข้างเคียงร้อยละ 85 ของควันบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มือสอง หมายถึง การที่ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงาน ร้านอาหาร หรือที่ใดก็ตาม โดยจะหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่เข้าไปสูด ควันบุหรี่ยังลอยอยู่รอบๆ จะประกอบด้วย ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ออกมา และควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ โดยควันบุหรี่ที่พุ่งจากปากผู้สูบบุหรี่จะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซับสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ขณะที่ควันลอยจากปลายมวนบุหรี่ขณะที่ไม่ได้สูบ มีความเข้มข้นของสารพิษสูงกว่าและมีขนาดเล็กกว่าควันที่ถูกพ่น

ออกจากปากผู้สูบบุหรี่ จึงสามารถผ่านลงไปในปอดได้ลึกกว่า ผู้สูบบุหรี่โดยทางอ้อมสามารถเกิดโรคต่างๆได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ และการที่อยู่ในห้องที่มีการสูบบุหรี่ทุกๆ 20 มวน จะทำให้ได้รับควันบุหรี่เป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน

ผลกระทบของบุหรี่ต่อสังคม การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ พบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น ซึ่งเท่ากับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดต่อไป ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีผลต่อสังคมอย่างมาก

ผลกระทบของบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม นอกจากบุหรี่จะทำให้บ้านเมืองสกปรกแล้ว ควันบุหรี่ยังก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย นอกจากนี้บุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นอีกด้วย

ผลกระทบของบุหรี่ในด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกนั้นเป็นจำนวนเงินหลายหมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อปี และครึ่งหนึ่งของความสูญเสียนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในประเทศสูงขึ้นเรื่อยๆ

2.2 กลไกการติดบุหรี่ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2550)

การสูบบุหรี่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสมอง ในสมองมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุข ซึ่งเรียกว่า Brain reward pathway/behavior โดยเมื่อมีการสูดดมควันบุหรี่เข้าไปนิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือด และจะเข้าสู่ร่างกายภายใน 10 วินาที นิโคตินไปออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับตัวรับคือ Nicotinic acetylcholine receptor ในสมองส่วนที่เรียกว่า Ventral tegmental area (VTA) ซึ่งจะส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วน Nucleus accumbens (Shell region) และ Prefrontal cortex ในรูปของสารสื่อประสาท Dopamine สาร Dopamine ที่สมองส่วน Nucleus accumbens นี้ ทำหน้าที่สำคัญในการทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกมีความสุข สุขใจ สบายใจขึ้น อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจในการทำงานหรือวางแผนงานต่างๆ มากขึ้น รู้สึกว่าความเครียดความกดดันต่างๆ ลดลง ตื่นตัวมากขึ้นและยังลดความอยากอาหารได้ ในปัจจุบันหันมาใช้คำว่า Tobacco Dependence แทน Nicotine Addiction/Dependence เนื่องจากมีส่นประกอบอื่นๆ ในยาสูบที่ทำให้เกิดการเสพติดนอกเหนือจากนิโคติน เช่น 1,2,3,4-tetrahydroisoquinoline (THIQ); 1,2,3,4-tetrahydro-βcarboline (THBC) สารประกอบเหล่านี้จะไปยับยั้งเอนไซม์ MAO-A, MAO-B ซึ่งโดยปกติมีหน้าที่เผาผลาญสารสื่อประสาท dopamine, Norepinephrine, Serotonin ส่งผลให้สารเหล่านี้มีมากขึ้นในสมอง

นอกจากนิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งของ Dopamine ที่ Brain reward pathway แล้ว นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทอื่นๆ ออกจากปลายประสาทของตัวมันเองอีกด้วย ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ เช่น Norepinephrine ทำให้เกิดการตื่นตัว มีพลัง ลดความรู้สึกหิวและลดความอยากอาหาร Acetylcholine ทำให้เกิดการตื่นตัว ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิขึ้น Serotonin ทำให้รักษาระดับอารมณ์ต่างๆ ได้ดี ลดความอยากอาหาร Glutamate และ Beta-endorphin ทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้จะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไปและเกิดอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) ได้แก่ กระวนกระวาย อุนเฉียว หงุดหงิดง่าย นอนหลับยาก ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหนื่อยง่าย มีอาการไอ เหงื่อออก หัวบวมหรือปวดศีรษะ หัวบวม น้ำหนักขึ้น ท้องผูก เป็นต้น ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จึงต้องการสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคตินนี้ ทำให้สมองเกิดการเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินและเกิดการเสพติดนิโคตินในที่สุด อาการถอนนิโคตินมักเกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากอดบุหรี่ โดยอาการจะเกิดมากในช่วง 4 วันแรกแล้วค่อยๆ ลดลงภายใน 3-4 สัปดาห์

การติดบุหรี่นั้นในทางพฤติกรรมศาสตร์จัดเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยอีก 2 ปัจจัย นอกจากนิโคตินในควันบุหรี่ (ภาพที่ 1) ที่ทำให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่เป็นไปได้อย่าง คือ

1. ภาวะเสพติดทางจิตใจ (Psychological effects) ได้แก่ ทศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่คิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ผ่อนคลายความเครียด ลดความกระวนกระวายใจ ทำให้มีสมาธิ มีชีวิตชีวา สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ ได้ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย
2. ภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural or habit effects) เกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่ได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น สูบบุหรี่หลังจากรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ในวงเหล้า วงกาแป

2.3 หลักและวิธีการเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่าวันละ 20 มวน ผู้สูบจะได้รับสารนิโคตินประมาณวันละ 200 ครั้ง และสารเคมีอื่นๆ อีกหลายพันชนิด แต่ทันทีที่ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากต่อร่างกายและจิตใจ โดยภายใน 20 นาทีแรก ความดันเลือดและชีพจรจะเต้นในระดับปกติ (Bolman, et al., 2002) ภายใน 8 ชั่วโมงระดับออกซิเจนในเลือดจะคืนสู่ระดับปกติ เมื่อครบ 24 ชั่วโมง คาร์บอนมอนอกไซด์ที่จับแน่นอยู่กับเม็ดเลือดแดงจะถูกขจัดออกไป ปอดจะเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่างๆ จากการสูบบุหรี่ออกจากร่างกาย ภายใน 48 ชั่วโมง นิโคตินจะไม่หลงเหลืออยู่ในร่างกาย ความรู้สึกหิวและกลิ่นจะกลับมา ภายใน 3-4 วัน จะรู้สึกสดชื่นขึ้น นอกจากนี้กลิ่นตัวก็จะปลอดภัยขึ้นด้วย ภายใน 3 สัปดาห์ การทำงานของปอดจะดีขึ้นทำให้

สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นกว่าครั้งที่สูบบุหรี่อยู่ ภายใน 2 เดือน เลือดจะไหลเวียนไปสู่แขนขาและจะมีกำลังวังชาเพิ่มมากขึ้น และเมื่อหยุดได้ถึง 3 เดือน ระบบการขจัดสิ่งสกปรกในปอดจะทำงานได้เป็นปกติ

2.3.1 วิธีเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (เลิกได้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี) เลิกได้ด้วยตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือสารนิโคตินแทนบุหรี่ การใช้สารนิโคตินทดแทนมิได้หมายความว่า จะสามารถเลิกบุหรี่ได้ทุกคน ความตั้งใจจริง กำลังใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การเบี่ยงเบนความสนใจขณะมีอาการอยากบุหรี่ จะสามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

การเลิกสูบบุหรี่มี 2 วิธี คือ

1. **วิธีการเลิกสูบบุหรี่แบบค่อยๆลดปริมาณ** เป็นวิธีที่สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาเสนอแนะไว้ ซึ่งจะต้องมีความตั้งใจจริง มีการตัดสินใจ มีกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความพยายาม ความอดทน และควรที่จะปฏิบัติตาม ดังนี้ (Weinberger, 1998 อ้างถึงใน กาญจนศรีสิงห์ภู, 2541)

1.1 ตัดสินใจว่าจะเริ่มลด โดยมีการกำหนดระยะเวลาด้วยตนเอง เช่น ตัดสินใจว่าจะสูบบุหรี่ชั่วโมงละ 1 มวน หรือจะงดสูบบุหรี่ตลอด 1 ชั่วโมง และต่อไปให้พยายามยืดระยะเวลาการงดสูบบุหรี่ให้ยาวนานขึ้นอีกต่อไปเรื่อยๆ

1.2 พยายามหาวิธีการหยิบบุหรี่มาสูบให้ลำบาก เช่น ห่อซองบุหรี่ด้วย กระดาษ แล้วใช้เชือกมัดตรงกลางห่อ วางในที่ที่หยิบลำบาก

1.3 เปลี่ยนมาสูบบุหรี่ชนิดอื่นแทนยี่ห้อที่สูบเป็นประจำ

1.4 ถ้าดื่มกาแฟแล้วจะต้องสูบบุหรี่ ให้เปลี่ยนมาดื่มน้ำผลไม้แทน

1.5 รักษาสุขภาพให้แข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย

1.6 บอกเพื่อนๆ คนใกล้ชิดว่ากำลังงดสูบบุหรี่

1.7 ให้คิดว่าถ้าวันหนึ่งได้พุงนี้ก็ได้

1.8 เก็บเงินที่จะใช้ในการซื้อบุหรี่และเอาเงินนั้นไปซื้อของที่อยากได้

1.9 ถ้ากลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งไม่ต้องกังวล เพราะบางคนต้องใช้ความพยายามหลายครั้งที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. **การเลิกสูบบุหรี่แบบหยุดเด็ดขาดหรือที่เรียกว่า หักดิบ** (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) เป็นวิธีการเลิกที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้แนะนำผู้สูบบุหรี่ทุกรายที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะต้องมีการเตรียมตัวที่ดี มีความตั้งใจ และควรจะมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

2.1 ขอคำปรึกษา เพื่อให้มีแนวทางในการเลิกสูบบุหรี่อาจโทรศัพท์เพื่อขอคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ได้ตามหน่วยงานที่ให้บริการต่างๆ ที่ได้มีการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ ขอ

คำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือขอคำปรึกษาจากคนที่คุณรู้จักที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2.2 หากำลังใจ ควรที่จะบอกคนใกล้ชิดให้ทราบถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะกำลังใจที่ดีจะช่วยให้มีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้เพื่อคนที่คุณรัก

2.3 การมีเป้าหมายที่ชัดเจนอยู่ข้างหน้า ควรวางแผนในการปฏิบัติตัวในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ โดยกำหนดวันที่จะเลิกบุหรี่ อาจเลือกเอาวันสำคัญต่างๆของครอบครัวที่ใกล้จะมาถึง เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบการแต่งงาน หรือวันเกิดลูก แต่ทั้งนี้ไม่ควรกำหนดวันที่ห่างไกลเกินไป เพราะอาจหมดไฟเสียก่อน

2.4 ลงมือในทันที ควรเตรียมตัวให้พร้อมด้วยการทิ้งอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั้งหมด เตรียมผลไม้หรือขนมขบเคี้ยวที่ไม่หวานหรือไม่ทำให้อ้วน เพื่อช่วยในการลดความอยากบุหรี่ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่มักทำร่วมกับการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือแทนการสูบบุหรี่ระหว่างเข้าห้องน้ำ ดื่มน้ำ กินผลไม้ ลุกไปจากโต๊ะอาหารทันทีที่กินอาหารเสร็จ ไม่รับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป หรือแปรงฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่หลังการรับประทานอาหาร

2.5 ถือก้ำมันไม้ไผ่ เมื่อถึงวันลงมือตื่นนอนด้วยความสดชื่น ให้บอกกับตัวเองว่า กำลังทำสิ่งที่ดีที่สุด ให้กับตัวเองและคนใกล้ชิด เมื่ออยากสูบบุหรี่ก็ขอให้ทบทวนถึงเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ ปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ล้างหน้า ดื่มน้ำ อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ หรือเล่นกับลูกให้มากขึ้น ก็จะช่วยให้อ่านผ่านพ้นความอยากสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

2.6 อยู่ห่างไกลสิ่งกระตุ้น ในระหว่างนี้ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้อยากสูบบุหรี่ เช่น ถ้าเคยดื่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วต้องสูบบุหรี่ด้วย ก็ควรที่จะงดดื่มในช่วงนี้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางผู้ที่สูบบุหรี่ด้วย

2.7 ไม่หมกมุ่นความเครียด เมื่อรู้สึกเครียดให้หยุดพักสมองชั่วคราว คลายเครียดด้วยการพูดคุยกับคนอื่น ๆ หรือหาหนังสือคลายเครียดมาอ่านเล่น ฟังระลึกเสมอว่ามีคนที่สูบบุหรี่มากมายที่คลายเครียดด้วยการไม่ต้องสูบบุหรี่

2.8 หาเวลาออกกำลังกายที่จะจัดเวลาออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 15-20 นาที เพราะนอกจากจะเป็นการควบคุมน้ำหนักที่อาจเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้สมองปลอดโปร่ง เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจและปอด ถ้าไม่มีเวลาก็ควรหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องทุ่นแรงต่างๆ เช่น การกดลิฟต์ให้ต่ำกว่าชั้นที่ต้องการ 1 ชั้น เพื่อที่จะได้เดินออกกำลังกายบ้าง หรือใช้จักรยานในการเดินทางใกล้ๆ

2.9 ต้องไม่ทำทนายบุนหรี อย่าคิดว่าจะลองสูบบุหรี่บ้างเป็นครั้งคราว คงไม่เป็นไรเพราะ การทดลองสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียวหรือเพียงมวนเดียว อาจหมายถึงการหวนคืนไปสู่ความเคยชินเก่าๆ อีก ให้คิดว่าคุณมาไกลมากแล้ว อย่าปล่อยให้ตัวเองถอยหลังลงคลองอีกเลย

2.10 ไม่ควรท้อหากต้องเริ่มต้นใหม่ การกลับไปสูบบุหรี่อีกนั้นไม่ได้หมายถึงการล้มเหลว อย่างน้อยได้เรียนรู้ที่จะปรับปรุงตัวในคราวต่อไป ขอให้ถือว่าการฟ่ายแพ้ในบางสมรภูมิแต่คุณจะเป็นผู้ชนะในที่สุด ขอเพียงพยายามต่อไป เตรียมตัวให้พร้อม กำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่และหยุดต่อไปตลอดกาล

เมื่อรู้สึกว่ายากสูบบุหรี่ ควรที่จะอย่าสูบบุหรี่ในทันทีที่ที่อยากสูบบุหรี่ ควรที่จะประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ออกมาเรื่อยๆ ดื่มน้ำ หรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ และทำอย่างซ้ำๆ ทำเช่นนี้ 2-3 ครั้ง จะผ่อนคลายขึ้นและหันไปทำกิจกรรมอื่นแทนเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากการสูบบุหรี่ ทั้ง 10 ข้อ นี้จะเป็นแนวทางสำหรับผู้สูบบุหรี่ควรที่จะปฏิบัติในช่วงที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการหยุดสูบบุหรี่ร่วมกับการมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกให้ได้ ก็ทำให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2.3.2 อาการที่เกิดขึ้นจากการอดบุหรี่ และวิธีแก้ไข

1. หงุดหงิด งุ่นง่าน อยากสูบบุหรี่อีก จนแทบไม่อาจควบคุมได้ เพราะร่างกายคุณติดนิโคติน และนี่เองที่เป็นสาเหตุให้คุณอยากสูบบุหรี่

การแก้ไข: ดื่มน้ำให้มากที่สุด ดื่มน้อย ๆ เพื่อชำระนิโคตินออกจากร่างกายให้หมดไปเร็วที่สุด ออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เพื่อช่วยผ่อนคลาย เหนือจะช่วยขับถ่ายนิโคตินออกไป อาบน้ำอุ่น และถูตัวด้วยผ้าขนหนูให้ทั่วตัวจะทำให้ผ่อนคลายได้ดี พูดคุยกับคนข้างเคียงที่คุ้นเคย เพื่อระบายความหงุดหงิดออกไปบ้าง งดเว้นอาหารจากเนื้อสัตว์ อาหารติดมัน และอาหารรสจัดต่าง ๆ ผีกหายใจเข้า - ออกลึก ๆ คล้ายกับถอนหายใจบ่อย ๆ

2. ง่วง กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิในการใช้ความคิด

การแก้ไข: นอนหลับ หรือ นิ่ง เพื่อผ่อนคลายในห้องที่เงียบ ๆ ฟังเพลงเบา ๆ ผ่อนคลายความรู้สึกสับสนออกไป งดเว้นงานที่ต้องใช้ความคิดมาก ๆ พักผ่อน หรือลางานครึ่งวันเพื่อพักผ่อน ดื่มนมอุ่น ๆ

3. โกรธ ขุ่นเคืองง่าย

การแก้ไข: อดทนกับอารมณ์ของตัวเอง บอกคนข้างเคียงให้ทราบ และขอรับรองให้อดทนเข้าใจคุณ แสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่น เดินรำ เล่นกีฬา ออกกำลังกาย ถ้าทนไม่ไหวให้ทุบ หรือชกหมอนเข้าห้องน้ำแล้วตะโกนก็ช่วยได้ เขียนระบายความรู้สึกในสมุดบันทึก คุยปัญหา กับเพื่อนสนิท

4. หמדแรง ปวดศีรษะ ใจมีเสมหะ เจ็บคอ หายใจผิดปกติ บุหรี่เป็นตัวกระตุ้น เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่จะทำให้หמדแรงเป็นธรรมดา

การแก้ไข: หากิจกรรมที่กระตุ้นความรู้สึกมีชีวิตชีวาขึ้น เช่น ออกกำลังกาย เดินรำ พักผ่อน ด้วย

วิธีการนอน หรือออกไปสูดอากาศในธรรมชาติ ดื่มน้ำอุ่น หรือน้ำผลไม้จะช่วยให้ชุ่มคอ รับประทาน ยาแก้ปวด

อาการทางกายเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงทางเคมี เพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ อย่าตกใจ อาการจะเป็นเพียงชั่วคราวประมาณ 72 ชั่วโมงเท่านั้น

2.4 ประโยชน์และผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

1. การหยุดสูบบุหรี่เป็นผลดีต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก และเป็นผลดีที่เกิดขึ้นทันทีที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง ในทุกกลุ่มอายุ ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่แล้วหรือไม่ก็ตาม

2. ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปี จะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งเดียวของผู้ที่ยังคงสูบต่อไป เมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี

3. การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งระบบอื่น ๆ หัวใจขาดเลือดกะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ

4. ผู้หญิงที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนตั้งครรภ์หรือระหว่าง 3 – 4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะลดความเสี่ยงที่บุตรจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ

5. ผลที่ดีจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการหยุดสูบบุหรี่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโดยเฉลี่ย 2.3 กิโลกรัม

6. การหยุดสูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ความเสี่ยงของการเสียชีวิตจะลดลง

ภายใน 20 นาที ความดันเลือดและชีพจรจะคืนในระดับปกติ ภายใน 8 ชั่วโมง ระดับออกซิเจนในเลือดจะคืนสู่ระดับปกติ ภายใน 24 ชั่วโมง คาร์บอนมอนอกไซด์ที่จับแน่นอยู่กับเม็ดเลือดแดงจะถูกขจัดออกไป ปอดจะเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่างๆ อันเกิดจากการสูบบุหรี่หรือจากร่างกาย ภายใน 48 ชั่วโมง นิโคตินจะไม่หลงเหลืออยู่ในร่างกาย ความรู้สึก รุ้รส และกลิ่นจะกลับคือมา ภายใน 72 ชั่วโมง จะหายใจคล่องขึ้น และหลอดลมได้มีโอกาสหยุดพัก หลังจากต้องทำงานหนักมานาน ภายใน 2 วัน – 1 สัปดาห์ เลือดไหลเวียนไปสู่แขนขาได้ดีขึ้น ทำให้สามารถออกกำลังกายได้เต็มที่ ภายใน 3-9 เดือน ปัญหาจากการไอ การหายใจจะดีขึ้น เพราะปอดเริ่มทำงานได้ตามปกติ ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จะลดลง เหลือครึ่งหนึ่งของคนที่ไม่สูบบุหรี่ ภายใน 10 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดหลอดลมลดลงเหลือครึ่งหนึ่งของผู้ไม่สูบบุหรี่ และอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลงเท่ากับผู้ไม่เคยสูบบุหรี่

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษานี้ของ (Bolman, 2002; Chouinard, 2005) พบว่า เมื่อหยุดสูบบุหรี่ก็จะหยุดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ลดการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรืออาการที่เกิดจากหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่หยุดสูบบุหรี่ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบทั้งเพศชายและหญิง ในทุกกลุ่มอายุ อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ลดลงครึ่งหนึ่ง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ครบ 1 ปี และจะลดลงอย่างช้าๆต่อไป หลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโอกาสเสียชีวิตกะทันหันลงมาก

3. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

3.1 ความหมายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต และสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม (อ้างถึงใน จิตติมา พงษ์พรวงษ์, 2547)

การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่ หรือไม่ขีดไฟ หรือไฟแช็ค และการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง (กุลวรรณ นาครัตน์, 2540)

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง คະแนนที่ได้จากการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกบุหรี่ ไม่ขีดไฟและไฟแช็ค ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ตลอดจนมีการลดและเลิกสูบบุหรี่ที่สูบต่อวัน (กาญจนศรี สิงห์ภู, 2541)

การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอ หรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่หรือไม่ขีดไฟ หรือไฟแช็ค (ประไพจิตร ชุมแวงวาปี, 2542)

การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ คือ การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น การไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ การไม่พกบุหรี่ หรือไม่ขีดไฟ หรือไฟแช็ค การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่ (สุพรรณี ปานดี, 2542)

พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การงดสูบบุหรี่ โดยการไม่พกบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ และไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงด้วย (จิราภรณ์ เนียมภุญชร, 2548)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่หยิบบุหรี่ผู้อื่นมาสูบ การไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัวบุหรี่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง ตลอดจนการปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถาวร

3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัยดังนี้

1.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า ในเพศชายมีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่จัดกว่าเพศหญิง เพศชาย มีการรับรู้อันตราย และปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ต่ำกว่าเพศหญิง ตลอดจนการศึกษาในระยะยาวพบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง (Antonanzas et al., 2000. Lundborg and Andersson, 2008)

1.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นความตระหนักในการรับผิดชอบต่อครอบครัวจะสูงขึ้น และเมื่ออายุมากขึ้นการตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวจะสูงขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่สูง (Jetiyanuwatr, 2001)

1.3 ผู้ป่วยมีระดับการติดยาโคตินสูง (ผู้ป่วยมีอาการถอนยารุนแรงระหว่างความพยายามในการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน และ/หรือ ผู้ป่วยที่เริ่มสูบบุหรี่ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ตื่นนอนตอนเช้า) มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จต่ำในการเลิกสูบบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546)

1.4 ประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถหาทางแก้ไขปัญหาในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งต่อไปได้แตกต่างกัน (Jetiyanuwatr, 2001)

1.5 วิธีการเลิกสูบบุหรี่โดยหยุดสูบบุหรี่ทันทีหรือหักดิบ ซึ่งแสดงถึงความตั้งใจอันแน่วแน่ในการเลิกบุหรี่ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไม่ต้องกังวลและคิดถึงการสูบบุหรี่ ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าวิธีอื่นๆ (Jetiyanuwatr, 2001)

1.6 ความตั้งใจในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด แม้ว่าจะมีวิธีการเลิกสูบบุหรี่หลายวิธี แต่ความตั้งใจของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (ปริดา เบญจนาภาศกุล และ วนิตา แพงเทียน, 2000; ศรัณย์ กอสนาม, 2550)

วารภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ (2546) ได้แบ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จสูงในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับรับความเปลี่ยนแปลง (พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน) ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองปานกลางถึงสูง (มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่) และมีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ทำการเลิกบุหรี่)

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จต่ำ ในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ป่วยติดนิโคตินสูง โดยการสูบบุหรี่มวนแรกภายในเวลา 30 นาทีหลังจากตื่นนอนตอนเช้า และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบมากกว่าวันละ 20 มวน (มีอาการถอนยารุนแรงระหว่างความพยายามเลิกสูบบุหรี่) ผู้ป่วยมีประวัติทางจิตเวชร่วมด้วย (มีประวัติของโรคซึมเศร้า จิตเภท ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น) ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง (กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูง และหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ซึ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น เช่น การหย่า การเปลี่ยนงาน)

Smith และ Wertheimer (1996) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยอาศัยแบบจำลองความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แบบจำลองนี้อธิบายถึงปัจจัยทางด้านความรู้ รวมถึงความเชื่อที่มีผลกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหรือบุคคล โดยปัจจัยดังกล่าวได้แก่

1. การรับรู้ถึงความอ่อนแอหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึก รับรู้ วิตกกังวลว่าตัวเองมีโอกาสเป็นโรคได้ง่ายกว่าคนอื่น เช่น การที่ผู้สูบบุหรี่รู้สึกรับรู้ว่าตนเองมักจะมีอาการคอแห้ง ปวดศีรษะบ่อยๆ ร่างกายอ่อนแอลง เจ็บป่วยง่าย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) คือการที่ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีอาการผิดปกติบางอย่างที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น อาการดังกล่าวเกิดบ่อยขึ้น หรือคงอยู่

เป็นเวลานาน เช่น รู้สึกว่าเหนื่อยง่าย ออกกำลังกายไม่ได้ แน่นหน้าอก หายใจไม่ออกบ่อยๆ มักมีอาการไอเรื้อรัง

3. การรับรู้ถึงผลดีในการเลิกพฤติกรรมเสี่ยงเทียบกับการรับรู้ถึงอุปสรรคที่ไม่สามารถเลิกพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefits and barriers) คือการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีจากการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง (พฤติกรรมสูบบุหรี่) และอุปสรรคที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ เช่น ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงผลดีในการเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ลดลง

4. สิ่งกระตุ้น (Cues) คือสิ่งที่จะช่วยกระตุ้น ผลักดันหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยใส่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัว คนใกล้ชิดหรือคนรู้จักป่วยเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่ หรือได้จากการแนะนำของบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสนิทสนมหรือนับถือ เช่น แพทย์ พยาบาล คนในครอบครัว เพื่อนสนิท แนะนำให้เลิกบุหรี่ รวมถึงการรับทราบข้อมูลจากสื่อต่างๆ ถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่และผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่

ปรีดา เบญจนากาศกุล และ วนิตา แพงเทียน (2000) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรกระบบหลอดเลือดหัวใจและโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ปัจจัยได้แก่

1. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเอง เป็นปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยต้องการเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด
2. การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากบุหรี่
3. การรับรู้ความรุนแรงของอาการต่างๆเมื่อสูบบุหรี่ ซึ่งในกรณีนี้การรับรู้ถึงอาการหอบเหนื่อยง่าย ออกกำลังกายไม่ได้ จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่
4. การรับรู้ถึงภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น ค่าบุหรี่และอุปกรณ์การสูบ
5. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่จากคนใกล้ชิดและสื่อต่างๆ

ศรัณย์ กอสนาม (2550) กล่าวว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกสูบบุหรี่
2. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง (ผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน)

3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองปานกลางจนถึงสูง (ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะเลิกสูบบุหรี่)

4. การสนับสนุนทางสังคม (ทางบ้านของผู้ป่วยไม่มีคนสูบบุหรี่ การไม่มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ในช่วงที่ทำการเลิกสูบบุหรี่)

ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จต่ำในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีการติดยาโคตินสูง (ผู้ป่วยมีอาการถอนยารุนแรงระหว่างความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน และ/หรือ ผู้ป่วยที่เริ่มสูบบุหรี่ภายใน 30 นาทีหลังจากที่ตื่นนอนตอนเช้า)

2. ผู้ป่วยมีประวัติทางจิตร่วมด้วย (ผู้ป่วยมีประวัติของโรคซึมเศร้า จิตเภท ติดแอลกอฮอล์ หรือติดยาเสพติดชนิดอื่น)

3. ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง (ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูง และ/หรือ มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น เช่น การหย่า เปลี่ยนงาน หรือ การแต่งงาน)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ สรุปได้ว่า ความเครียด ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ถึงผลดีในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความเสี่ยงและรุนแรงของโรค ความตั้งใจในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ ระดับการติดยาโคติน วิธีการเลิกสูบบุหรี่ อายุ ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่

3.3 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ผ่องศรี ศรีมรกต, นภาพร วาณิชกุล และอรุณี หล่อนิล (2550) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในผู้ป่วยโรงพยาบาลอุทัยธานีและสถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคทางเดินอาหาร และโรคมะเร็ง พบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 28 เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเพราะอ้างว่าเป็นเพราะความเครียดหรือสูบบุหรี่แก้กลุ่มร้อยละ 87 รองลงมาคือเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จร้อยละ 73.7 และขาดความมั่นใจในการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นร้อยละ 70.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว แต่ได้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 80.6 โดยเคยเลิกสูบบุหรี่มาแล้วตั้งแต่ 1 ครั้งจนถึงมากกว่า 14 ครั้ง และเลิกได้ตั้งแต่ 1 วันไปจนถึงมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 20.83 เลิกได้เพียง 1

สัปดาห์ ร้อยละ 25 เคยเลิกได้ระหว่าง 1-6 เดือน ไปจนถึง 1 ปี ร้อยละ 20.83 และเลิกได้มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 16.67 ส่วนสถานการณ์ที่กระตุ้นให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่มีมากมาย ได้แก่ การเที่ยวบาร์หรือสถานบันเทิงกระตุ้นให้สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 62.2 รองลงมาคือเมื่อเกิดการโต้เถียงในครอบครัวร้อยละ 59.5 หรือเมื่อเกิดเหตุที่ทำให้เสียใจรุนแรง ร้อยละ 56.8 ส่วนวิธีที่นิยมใช้เลิกสูบบุหรี่คือการหักดิบคิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือการใช้ยาหรืออมทอพอที่ร้อยละ 33.33 มีเพียงร้อยละ 6.67 เท่านั้น ที่เลิกบุหรี่ด้วยการใช้ยา ส่วนวิธีที่แพทย์และพยาบาลแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่แนะนำให้เลิกทันทีด้วยการหักดิบร้อยละ 28.9 รองลงมาคือเคี้ยวหมากฝรั่งร้อยละ 13.2 และอมลูกอมร้อยละ 10.2 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพว่าเป็นวิธีการหักดิบ เช่นเดียวกัน และการบำบัดด้วยยายังไม่เป็นที่นิยมทั้งโดยบุคลากรสุขภาพและโดยความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ ส่วนความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือให้แนะนำญาติพี่น้องและครอบครัวให้เข้าใจสภาพขณะเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 69 ต้องการให้พยาบาลคอยติดตามให้กำลังใจและเป็นที่ยอมรับร้อยละ 50 และต้องการให้พยาบาลแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ผลร้อยละ 47.1 ต้องการให้พยาบาลเป็นกำลังใจให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 45.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tero และคณะ (2006) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อายุ 22 ปี ขึ้นไป โดยเข้าร่วมการปรับพฤติกรรมหลังจากออกจากโรงพยาบาลของสมาคมโรคหัวใจแห่งชาติ ติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 58.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการเลิกทันที และเหตุการณ์ที่จูงใจให้ผู้ป่วยหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกมากที่สุดคือการไปงานเลี้ยงและรองลงมา คือความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเมื่อทราบพฤติกรรมต่างๆเหล่านี้แล้วทำให้พยาบาลสามารถนำมาเป็นแนวทางให้การบำบัดเสริมช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

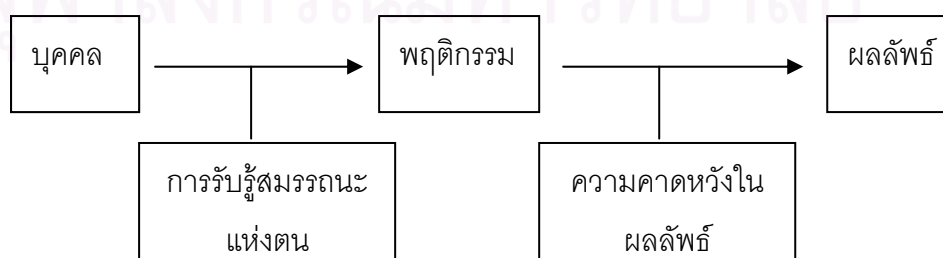
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นให้สำเร็จ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งได้กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึนึกคิด (Self-Referent Thought) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ และการกระทำ (สุหรี หนองอาหลี, 2547)

Bandura (1997) สรุปว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคลคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ Bandura (1997) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Bandura, 1997)

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม ในบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวพบว่าไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ถ้าหากบุคคลไม่รับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะทำให้บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่ใช่ไปตามที่ต้องการ บุคคลนั้นยังมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่อไป แต่หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ไม่ว่าจะการคาดหวังผลลัพธ์นั้นจะสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมอย่างแน่วแน่และไม่สนใจที่กระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมของบุคคล

วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิดของ (Bandura, 1997) ซึ่งสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการพูดโน้มน้าวให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีที่ง่ายที่จะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น คำพูดที่ใช้จะเป็นลักษณะที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้นๆ ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นเกิดการประสบความสำเร็จมาแล้ว

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน กระทำพฤติกรรมใดๆ

แล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่นโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านตัวแบบ ซึ่งลักษณะของตัวแบบมี 2 ประเภท (Bandura, 1997) ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Self - modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ควรจะมีทัศนคติและความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนเองสามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิดีทัศน์และการ์ตูน เป็นต้น การเสนอตัวแบบด้วยวิธีนี้จะสามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมาก และในสถานที่ต่างๆได้ ปัจจุบันสื่อมีความสำคัญและมีอิทธิพลมากเนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้สิ่งต่างๆผ่านสื่อง่ายขึ้น

Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบนั้นประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่

- กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ และจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือตัวแบบต้องมีความเหมาะสม มีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต้องไม่ซับซ้อนและมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต รวมทั้งควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของผู้สังเกตด้วย ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ เช่น ความสามารถในการเห็น และการได้ยิน ประสบการณ์เดิม ความสามารถทางปัญญาที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลสนใจพฤติกรรมของตัวแบบและตีความสิ่งที่ได้รับรู้มาแตกต่างกัน

- กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วแปลงเป็นข้อมูลไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้จดจำได้ง่ายขึ้น

- กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ออกมาเป็นการกระทำ การกระทำพฤติกรรมนั้นจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง

และการได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกต จะต้องมีส่วนรวมทางกายและทักษะที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

- กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะมีการกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับจูงใจให้กระทำ ได้แก่ สิ่งจูงใจภายนอก เช่น สิ่งของรางวัล ความรู้สึกพอใจ การยกย่อง ชมเชย การเป็นที่ยอมรับของสังคม สิ่งจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมนั้น เพราะบุคคลอาจจะเกิดความคาดหวังว่าจะได้ผลเหมือนดังเช่นตัวแบบได้รับ สิ่งจูงใจของตนเองอาจเป็นสิ่งของหรือการประเมินตนเอง บุคคลจะมีมาตรฐานของตนเอง ที่เป็นแรงจูงใจให้กระทำตามตัวแบบ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ ถ้าการกระทำนั้นเกิดผลดีต่อตนเอง

3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences)

เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองกระทำสำเร็จ การที่บุคคลกระทำและประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลายๆครั้ง จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นและหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น จากการกระทำที่ได้ใช้ความพยายามจนประสบผลสำเร็จ จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ แม้จะต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้ง แต่ก็จะมีผลมากนักเพราะบุคคลจะไม่ได้มองความล้มเหลวนั้นมาจากการที่ตนเองไม่มีความสามารถแต่มาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความไม่พยายามและสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย แต่ในบุคคลที่ประสบกับความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงหรืออยู่ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiology and affect states) สภาวะด้าน

ร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่หากบุคคลมีสภาวะร่างกายอ่อนแอ หรือมีการเจ็บป่วย เช่น อากาศเจ็บปวด เหนื่อยล้า ไม่สบาย เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่วนสภาวะด้านอารมณ์ อารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะมีผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ พร้อมต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

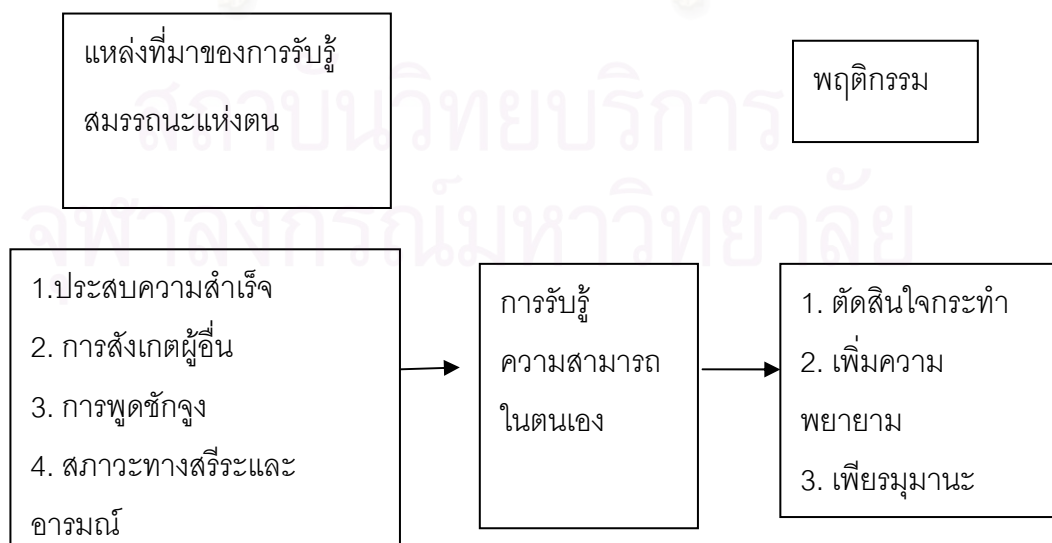
การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตีความของบุคคลที่เจาะจงต่อพฤติกรรมที่เฉพาะอย่าง ภายใต้อาณัติของสถานการณ์หนึ่ง ในการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997) กล่าวว่า ควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคต่อการกระทำเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มี 2 อย่าง คือ

1. การวัดโดยประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างสำเร็จหรือไม่

2. การวัดโดยการประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ แต่การศึกษาส่วนมากอาศัยการวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมิติเดียว ที่ส่วนใหญ่จะตรงกับมิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ เช่น ความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมภายใต้เงื่อนไขที่แน่นอน ในมาตรฐานของวิธีการวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคล จะปรากฏออกมาในลักษณะเห็นด้วยกับข้อความต่างๆ ที่บรรยายถึงระดับที่แตกต่างกันของงานที่ต้องการทำ และให้ประเมินความเข้มแข็งของความเชื่อในความสามารถของตนเอง ที่จะประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ต้องการกระทำ

ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจ เกิดความพยายามและเพียรพยายามในการกระทำพฤติกรรมในที่สุด ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3. แสดงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการทำนายพฤติกรรม

(ดัดแปลงจาก Fitzgerald, 1991 อ้างถึงใน ทศนีย์ ประสงค์กิตติคุณ, 2544)

ในการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะต้องประเมินรายละเอียดของทั้ง 3 มิติ คือ การรับรู้ในความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude) ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ (Strength) และความสามารถในการนำประสบการณ์ที่เคยได้รับไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ (Generality) ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีลักษณะการประเมินที่วัดพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง และวัดระดับความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมนั้น ได้มีผู้สร้างเครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มบุคคลต่างๆ เช่น

ยูเวส ใจสีสูบ (2543) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังภายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่อันดับ 1 ไม่เห็นด้วย จนถึงอันดับ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบ ตั้งแต่อันดับ 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงอันดับ 4 ไม่เห็นด้วย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .80

จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ มีข้อคำถามเป็นสถานการณ์ด้านบวกในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น การมีความสุขหรือการสังสรรค์ จำนวน 6 ข้อ สถานการณ์ด้านลบในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และสถานการณ์ที่เกิดจากความเคยชินของแต่ละบุคคล อีกจำนวน 7 ข้อ ความมั่นใจของบุคคลที่จะสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆที่บ่งชี้ในการแสดงพฤติกรรม เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่แรงจูงใจให้อยากสูบบุหรี่มาก (0 คะแนน) ถึง ไม่จูงใจเลย (3 คะแนน) เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .87

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของ จิราภรณ์ เนียมกฤษกร (2548) ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม

5. โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กระบวนการจัดกิจกรรมได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แหล่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากข้อมูล 4 แหล่ง ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ในการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. การพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องการเลิกบุหรี่ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที โดยชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความรุนแรงของโรคหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีผลเสียของการเลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เชื่อว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การพูดชักจูงจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นคำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สังเกตตัวแบบผ่านสื่อ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ภาพสไลด์ วีซีดีสารคดีเรื่องบุหรี่... ความลับ-ความรู้ ที่ใช้ประกอบแผนการสอน ตลอดจนตัวแบบจริงที่มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้ โดยผู้สังเกตจะต้องเห็นการกระทำตัวแบบแสดง ซึ่งจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติของตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยเป็นผู้ที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามตัวแบบ ซึ่งผู้วิจัยจะมอบเอกสารและคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้เกิดความเชื่อมั่นและเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับที่จะต้องปฏิบัติ

3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้ผู้ป่วยเขียนถึงความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยถือค้ำมั่นว่าเมื่อ

กลับไปบ้านจะทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้วเกิดผลสำเร็จซ้ำกัน หลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่จะต้องทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วยเองทั้งในเรื่องการทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่มวนแรกและมวนต่อไป ตลอดจนหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีการสูบบุหรี่หรือสถานการณ์ที่จะทำให้สูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและเป็นพี่ปรึกษาตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเล่าถึงประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล ซึ่งความรู้สึกตื่นเต้น วิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียด เป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น (Bandura, 1997) และผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจตลอดจนเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางโทรศัพท์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการใช้คำพูดชักจูง ให้ความรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ สื่อ ภาพสไลด์ คู่มือ และการอภิปรายกลุ่มร่วมกับจัดประสบการณ์ของการประสบความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเองและการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและถาวร

6. บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่

บทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator) โดยมีการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการเรียนรู้ผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม เน้นการเรียนรู้หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้อย่างเป็นระบบโดยจัดให้ความรู้เป็นรายกลุ่มและรายบุคคลทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ทำเอกสารเผยแพร่ จัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องบุหรี่ ตลอดจนจัดนิทรรศการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ความรุนแรงของโรคเมื่อยังคงสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีความตระหนักเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) เป็นที่ปรึกษาและเป็นแหล่งประโยชน์ในการเลิกสูบบุหรี่เชิงลึกแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในเรื่องประวัติการสูบบุหรี่ ภาวะการณืเสพติดบุหรี่ ตลอดจนสร้างแรงจูงใจและแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่ โดยร่วมกับผู้ป่วยในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยแต่ละราย มีการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลเกี่ยวข้องกับทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในขณะที่เลิกสูบบุหรี่ ถ้าผู้ป่วยมีจิตใจไม่เข้มแข็ง มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะเลิกสูบบุหรี่ อาจทำให้การเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลวได้ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านนี้โดยตรง ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลประจำการในการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแต่ละราย

บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practitioners) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเพื่อลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของหลอดเลือดหัวใจตีบ สร้างความตระหนักในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาล เพื่อการสร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่

บทบาทด้านการวิจัย (Researcher) เป็นผู้นำในการการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนเป็นแกนนำในการเสริมสร้างสมรรถนะและศักยภาพในการปฏิบัติงานในทีมพยาบาลโดยร่วมศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัย และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้เลิกสูบบุหรี่

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นการรวบรวมงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ มีดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่

จิราภรณ์ เนียมกฤษ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ได้ทำการศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมที่สูบบุหรี่จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน โปรแกรมในการจัดกิจกรรมประกอบไปด้วยคู่มือการเลิกบุหรี่ พิษภัยจากบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้และเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยติดตามประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Orleans และคณะ (1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการเลิกสูบบุหรี่ 4 วิธี โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งสูบบุหรี่ระดับปานกลางและจัด จำนวน 2,021 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ให้คำแนะนำให้มีประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการปรับพฤติกรรมของตนเอง กลุ่มที่ 2 ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน กลุ่มที่ 3 ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมด้วยโทรศัพท์ย้ำเตือน 4 ครั้ง กลุ่มที่ 4 ให้คำแนะนำพร้อมการเสริมแรงโดยการให้รางวัลเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มที่ 1 มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มที่ 4 กลุ่มที่ 2 ไม่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด

Suskin และคณะ (2001) นักวิจัยแคนาดาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์เสียชีวิต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากโรคหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดขึ้นในคนสูบบุหรี่และคนที่เลิกสูบบุหรี่มาแล้วไม่เกินสองปี และเปรียบเทียบคนที่เลิกสูบบุหรี่มานานกว่าสองปีขึ้นไปกับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในกลุ่มคนที่หัวใจห้องล่างซ้ายเสียหายหน้าที่ ผลการวิจัย พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยบ่งชี้สำคัญในการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหัวใจล้มเหลว และหัวใจขาดเลือด และ

อัตราการตายจากหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ทำงาน การหยุดสูบบุหรี่ภายในสองปี จะลดอัตราการเกิดซ้ำ และอัตราการตายของผู้ป่วยหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ทำงานลงได้

Moller และคณะ (2002) ได้ศึกษาการสูบบุหรี่กับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า คนที่สูบบุหรี่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ปอด และบาดแผล ภายหลังจากผ่าตัด มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 18 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 52 อาการแทรกซ้อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะแทรกซ้อนของแผลร้อยละ 5 ในคนที่เลิกสูบบุหรี่ และคนที่สูบบุหรี่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจไม่มีเลยในคนที่เลิกสูบบุหรี่ ขณะที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 10

Prommobol (2003) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ และการพัฒนาทักษะชีวิตในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายอดิศร จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษา เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้น ความคาดหวังของประสิทธิผลการตอบสนองในการเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนของจำนวนนักเรียนที่เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Quist-Paulsen และ Gallefoss (2003) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำจากพยาบาล 2-3 ครั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้นหากยังคงสูบบุหรี่ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจนกระทั่งครบ 5 เดือน หลังการประเมินผลเมื่อครบ 6 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อครบ 12 เดือน พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจนถึง 5 เดือน (n=100) เท่ากับร้อยละ 57 ส่วนอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุม (n=114) เท่ากับร้อยละ 34

Chouinard and Robichaud-Ekstrand (2005) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นการศึกษาทดลอง 3 กลุ่มตัวอย่าง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจะได้รับกรให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ครั้ง กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ร่วมกับ การติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 6 ครั้ง และได้รับการเยี่ยมบ้าน เมื่อออกจากโรงพยาบาลครบ 2 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 41.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Fung และคณะ (2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรกระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ (อายุเฉลี่ย 51 ปี) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบไปด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจากที่มีการพบกันครั้งแรก 3 วัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้การนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกและการโทรศัพท์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย ประเมินการเลิกสูบบุหรี่เมื่อครบ 3 เดือนและ 12 เดือน โดยประเมินจากการรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 3 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมรายงานว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์ พบว่า อยู่ในระดับต่ำ เมื่อครบ 12 เดือน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึง 68 ราย (ร้อยละ 32)

Henrikus และคณะ (2005) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการศึกษาแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) โดยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นการศึกษา 3 กลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นการศึกษาตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการเลิกสูบบุหรี่ในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มที่ 3 ได้รับคำแนะนำร่วมกับการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล และมีการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาล และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 3-6 ครั้งคือ เมื่อครบเดือนที่ 1,3,6 และ 12 ผลการติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมี

อัตราการเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ส่วนเมื่อติดตามครบ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงที่สุด

Wynd (2005) ได้ประยุกต์โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้จินตภาพ (Guided Health Imagery) ในผู้ป่วยนอก การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 มวนต่อวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 33 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 38 ราย โดยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการอยากบุหรี่ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ส่วนในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับการสอนจินตภาพการสร้างจินตภาพ โดยได้รับคำแนะนำ ดังนี้ คือ ให้สร้างจินตภาพด้วยการคิดถึงความทรงจำในวัยเด็ก การฝึกการหายใจโดยใช้กระบังลมและท้อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องจากศีรษะลงเท้า การรวมกายและใจ ขณะสร้างจินตภาพได้มีการเปิดเพลงที่บรรยายเกี่ยวกับสิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีความยาวของเนื้อหาประมาณ 20 นาที เช่น สุขภาพที่ดีขึ้น ความสุข พลังงานที่มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้ฝึกปฏิบัติเองอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อติดตามครบ 24 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 26 มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเลิกได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

Johnson และคณะ (1999) ได้พัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิประเทศแคนาดา จำนวน 102 คน อายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ พบกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ในโรงพยาบาลพยาบาล 2 ครั้ง ติดตามด้วยโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 1 เดือนหลังจากนั้นติดตามเดือนละ 2 ครั้ง จนครบ 6 เดือน โดยใช้เวลา 5-60 นาทีขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และในระหว่างติดตามมีการให้แรงเสริมอย่างต่อเนื่อง ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Dornelas และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีอาการรุนแรง และเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 100 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเป็นรายกลุ่มตั้งแต่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่โดยดูจากวิดีโอ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงร่วมกับทฤษฎีปัญญาสังคมโดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยมีการให้โปรแกรมทั้งหมด 7 ครั้ง และมีการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อติดตามครบ 6 เดือน และเมื่อครบ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 34 และในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมมีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Crawford, Woodby, Roberts, Windsor, และ Horn (2002) ได้ทำการศึกษาในเรื่อง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกับการให้โปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า ถึงแม้หญิงตั้งครรภ์จะทราบถึงอันตรายของบุหรี่ต่อบุตรในครรภ์และพยายามที่จะลดการสูบบุหรี่ให้น้อยลงก็ตาม ก็ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ได้ ถ้าเขาเหล่านี้มีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นสิ่งที่จะช่วยให้อาสาสมัครลดพฤติกรรมนี้ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนี้ได้ พร้อมกับที่ต้องพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เข้าไปเป็นตัวเสริม ซึ่งน่าจะส่งผลดีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าที่จะดำเนินไปในรูปแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

Zheng และคณะ (2007) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมผลของการใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ในประเทศจีน การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่สูบบุหรี่ จำนวน 225 ราย มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (n=118) และกลุ่มควบคุม (n=107) กลุ่มทดลองได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและทักษะต่างๆในการเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการอบรมตามปกติ ติดตามผลที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี หลังทดลอง ผลการทดลอง การติดตามประเมินผลเมื่อครบ 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 40.5 สามารถเลิกบุหรี่ได้ส่วนในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 5 เมื่อติดตามครบ 1ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ประกอบด้วย

1. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) การได้รับคำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง โดยการใช้คำพูดที่แจ่ม อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำ และการกระตุ้นชักชวนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ด้วยบอลลูนหรือขดลวดโครงตาข่าย คล้อยตามและเชื่อว่าตนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตลอดจนการใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ
2. การดูตัวแบบสัญลักษณ์ (Vicarious experience) โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ชุดความรู้เรื่องบุหรี่ตลอดจนผลกระทบ พิษภัยของบุหรี่คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่
3. การมีประสบการณ์หรือความสำเร็จจากการปฏิบัติ (Enactive mastery experience) โดยจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนช่วยให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา ประเมินและตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด กำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ เช่น วันเกิดตนเอง วันเกิดลูก วันครบรอบแต่งงาน หรือวันที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นและให้มีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งบุหรี่และอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ทั้งหมด การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมข้างต้นเป็นการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และนำมาสู่ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดและต่อเนื่อง
4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective states) โดยการใช้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมด้านการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาในขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรม
การเลิก
สูบบุหรี่

การพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ
ได้แก่ การได้รับคำแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยศึกษาสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O1-----O2

กลุ่มทดลอง O3-----X-----O4

O 1	หมายถึง	พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
O 2	หมายถึง	พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
O 3	หมายถึง	พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
O 4	หมายถึง	พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
X	หมายถึง	โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโคโรนารี แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโคโรนารี และมารับการตรวจตามนัดที่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่

31 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน (Polit and Beck, 2004) มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แรกเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโครงตาข่าย
- 1.2 อายุระหว่าง 20-59 ปี
- 1.3 ผู้ป่วยมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 1.4 ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสามารถโต้ตอบได้ดีกับผู้วิจัยขณะซักถาม
- 1.5 สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

2. เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

- 2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ยาที่ให้สารนิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapies, [NRTs]) ได้แก่ Clonidine, Nortriptyline, Bupropion หรือพฤติกรรมบำบัด
- 2.2 ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลียมาก
- 2.3 ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลขณะเก็บข้อมูล
- 2.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผิดปกติทางจิต
- 2.5 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยได้กลุ่มตัวอย่างมาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วย คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการตอบแบบประเมินซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ ผลการวิจัยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้จนได้ผู้ป่วยในกลุ่ม ควบคุมใช้เวลา 2 สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คนที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คู่ โดยคำนึงถึง ความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุโดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน และมีระดับการติดยาเสพติดตามคะแนนการแบ่งเกณฑ์ Fagerstrom Test for nicotine Dependence จำนวนครั้งในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่

2. จากการคำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ดังที่กล่าวมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ และมีกลุ่ม ตัวอย่างเพศชายทั้ง 20 คู่ และมีระดับการติดยาเสพติดตามคะแนนการแบ่งเกณฑ์ของ Fagerstrom Test for nicotine Dependence โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างไม่ติดยาเสพติด จำนวน 8 คู่ ติดยาเสพติดระดับปานกลาง จำนวน 11 คู่ ติดยาเสพติดระดับสูง จำนวน 1 คู่ จำนวนครั้งใน การพยายามเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยายามเลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้ง จำนวน 5 คู่ พยายาม เลิกสูบบุหรี่ 2 ครั้ง จำนวน 8 คู่ พยายามเลิกสูบบุหรี่ 3 ครั้ง จำนวน 6 คู่ พยายามเลิกสูบบุหรี่ มากกว่า 5 ครั้ง จำนวน 1 คู่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ด้วยวิธีหักดิบ จำนวน 9 คู่ เลี้ยงสถานการณ์ที่ ทำให้อายากสูบบุหรี่ จำนวน 3 คู่ อดลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง จำนวน 3 คู่ ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา จำนวน 2 คู่ นึกถึงโทษของบุหรี่ จำนวน 2 คู่ และลดจำนวนมวนลง จำนวน 1 คู่ รายละเอียดดัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระดับการติดสารนิโคติน ความจำวนครั้งในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม(n =20)					กลุ่มทดลอง(n =20)				
	เพศ	อายุ	1*	2*	3*	เพศ	อายุ	1*	2*	3*
1	ชาย	44	ปานกลาง	2	หักดิบ	ชาย	45	ปานกลาง	2	หักดิบ
2	ชาย	43	ปานกลาง	2	หักดิบ	ชาย	42	ปานกลาง	2	หักดิบ
3	ชาย	40	ปานกลาง	2	หักดิบ	ชาย	41	ปานกลาง	2	หักดิบ
4	ชาย	49	ไม่ติด	1	เลี้ยงสถานการณ์	ชาย	49	ไม่ติด	1	เลี้ยงสถานการณ์
5	ชาย	48	ไม่ติด	3	หักดิบ	ชาย	50	ไม่ติด	3	หักดิบ
6	ชาย	51	ปานกลาง	2	เคี้ยวหมากฝรั่ง	ชาย	52	ปานกลาง	2	เคี้ยวหมากฝรั่ง
7	ชาย	50	ปานกลาง	2	เลี้ยงสถานการณ์	ชาย	50	ปานกลาง	2	เลี้ยงสถานการณ์
8	ชาย	50	ไม่ติด	1	หักดิบ	ชาย	52	ไม่ติด	1	หักดิบ
9	ชาย	53	ปานกลาง	3	หักดิบ	ชาย	54	ปานกลาง	3	หักดิบ
10	ชาย	54	ปานกลาง	3	เล่นกีฬา	ชาย	54	ปานกลาง	3	เล่นกีฬา
11	ชาย	51	ปานกลาง	1	เลี้ยงสถานการณ์	ชาย	53	ปานกลาง	1	เลี้ยงสถานการณ์
12	ชาย	52	สูง	6	หักดิบ	ชาย	52	สูง	5	หักดิบ
13	ชาย	51	ไม่ติด	2	หักดิบ	ชาย	51	ไม่ติด	2	หักดิบ
14	ชาย	54	ไม่ติด	2	เล่นกีฬา	ชาย	54	ไม่ติด	2	เล่นกีฬา
15	ชาย	52	ไม่ติด	2	เคี้ยวหมากฝรั่ง	ชาย	54	ไม่ติด	3	เคี้ยวหมากฝรั่ง
16	ชาย	50	ปานกลาง	3	หักดิบ	ชาย	54	ปานกลาง	3	หักดิบ
17	ชาย	54	ไม่ติด	1	นึกถึงโทษ	ชาย	57	ไม่ติด	1	นึกถึงโทษ
18	ชาย	55	ปานกลาง	3	นึกถึงโทษ	ชาย	58	ปานกลาง	3	นึกถึงโทษ
19	ชาย	55	ไม่ติด	1	เคี้ยวหมากฝรั่ง	ชาย	56	ไม่ติด	1	เคี้ยวหมากฝรั่ง
20	ชาย	58	ปานกลาง	3	ลดจำนวนมวน	ชาย	56	ปานกลาง	3	ลดจำนวนมวน

1* ระดับการติดสารนิโคติน 2* จำนวนครั้งในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ 3* วิธีการเลิกสูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน ระยะเวลาในการสูบบุหรี่หรือมวนสุดท้าย ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกได้นานที่สุด สาเหตุที่กลับมาสูบ ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ผลของการตรวจสวนหัวใจ วิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test for nicotine Dependence มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยบริษัท Glaxo Smith Kline ใช้เป็นแบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

การแปลผลคะแนน (สุระรอง ชินวงศ์ และ สุชาดา สุรพันธ์, 2550)

ระดับคะแนน	0-3:	ไม่นับว่าติดสารนิโคติน
ระดับคะแนน	4-5:	ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง
ระดับคะแนน	6-7:	ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง
ระดับคะแนน	8-9:	ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก
ระดับคะแนน	10:	ติดสารนิโคตินในระดับสูงสุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยใช้ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ จิราภรณ์ เนียมกัญชร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบประเมินการ

ปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของ กุลวรรณ นาครักษ์ (2544) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ มีข้อคำถามหลักเพียงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่จำนวน 10 ข้อ หลักเรื่องการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ การลดปริมาณการสูบลงจากเดิม จำนวน 1 ข้อ และการหยุดสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .86 มีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำทุกครั้งที่หรือทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตนเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติตนเมื่อนึกขึ้นได้
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย
คะแนนสูง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มาก
คะแนนต่ำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 3) แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ที่ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ หรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมี

ความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2000)

1.2 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สรุปดังนี้

แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ CVI= .9

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ นำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2. กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการพูดชักจูง ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ ขั้นตอนการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และขั้นตอนการกระตุ้นทางร่างกายอารมณ์ ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)

3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ และผลกระทบ พิษภัยจากบุหรี่ ประโยชน์และผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ด้วยตนเอง อาการที่เกิดขึ้นจากการอดบุหรี่และวิธีการแก้ไข

4. กำหนดโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นด้วยการใช้ คำพูดชักจูง ให้ความรู้ผ่านตัวแบบสื่อสัญลักษณ์ วีซีดี ภาพสไลด์ คู่มือ และการอภิปรายกลุ่ม ร่วมกับการจัดการประสบการณ์ของการประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำด้วยตนเอง และ พุดกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์โดยการสอนการผ่อนคลายความเครียด การฝึกสมาธิ เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพูดชักจูง

โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยชักจูงให้กลุ่มตัวอย่าง เห็นถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความรุนแรงของโรคหากยังคงสูบบุหรี่ ต่อไป ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีผลเสียของการเลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ เชื่อว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์

โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สังเกตตัวแบบผ่านสื่อ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วย ตนเอง ภาพสไลด์ วีซีดีสารคดีเรื่องบุหรี่...ความลับ-ความรู้ ที่ใช้ประกอบแผนการสอน ตลอดจนตัว แบบจริงที่มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจตีบจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 3 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

โดยผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เขียน ความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งร่วมกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยถือค้ำมั่นว่า เมื่อกลับไปบ้านจะทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด ในการเลิกสูบบุหรี่จะต้องทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วยเองทั้งใน เรื่องการทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่มวนแรกและมวนต่อไป ตลอดจนหลีกเลี่ยง บริเวณที่มีการสูบบุหรี่หรือสถานการณ์ที่จะทำให้สูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถ คงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งความรู้สึกที่ตื่นเต้น วิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียด เป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง สามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เพื่อสนับสนุนเมื่อมีปัญหาและให้กำลังใจ

5. จัดทำแผนการสอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์และผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง อาการที่เกิดขึ้นจากการอดสูบบุหรี่และวิธีการแก้ไข วิธีการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น

6. จัดทำคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์และผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง อาการที่เกิดขึ้นจากการอดสูบบุหรี่และวิธีการแก้ไข

7. จัดทำแบบบันทึกการการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เป็นแบบบันทึกการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่ตามความเป็นจริง ได้แก่ บันทึกวัน เดือน ปี และเวลาที่อยากสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ เหตุผลที่อยากสูบบุหรี่ และวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเมื่ออยากสูบบุหรี่

8. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ขอความอนุเคราะห์วีซีดีสารคดีเรื่อง บุหรี่...ความลับ-ความรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย วีซีดี สารคดีเรื่องบุหรี่...ความลับ-ความรู้ (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) ความยาว 15 นาที และ Power point มีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุการเกิด พิษภัยของบุหรี่ วิธีการเลิก

บุหรี แผนการสอน คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง แบบบันทึกการการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้อง 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในส่วนแผนการสอน และคู่มือ เช่น ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา การลำดับของเนื้อหา การสื่อความหมายด้วยรูปภาพ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ดังนี้

แผนการสอนแผนการสอนเรื่องความลับของบุหรีและวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับแก้ไขในความถูกต้องของภาษา เช่น ตรวจสอบคำผิด เครื่องหมายวรรคตอนต่างๆ ควรมีการจัดลำดับของเนื้อหาใหม่และตัดเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนออก ใช้คำที่กระชับและชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ในเรื่องของรูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ให้เพิ่มการอภิปรายกลุ่มเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในขณะที่ให้ข้อมูล และปรับลำดับของเนื้อหาและเพิ่มบทสรุป

คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองให้ปรับด้านความเหมาะสมของภาษา คือให้ปรับภาษาให้ง่ายต่อความเข้าใจมากขึ้น สรุปประเด็นที่สำคัญให้ง่ายต่อการที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ ให้ปรับเป็นขนาดที่สามารถมองได้ชัดเจน และให้ตัดภาพการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ที่ดูน่ากลัวออกบ้าง และใช้ภาพประกอบเท่าที่จำเป็น

นำไปทดลองใช้จริง กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 5 ราย ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย (Objective) และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงไข่อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ผลของการนำไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูลเรื่องวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง มีความพึงพอใจและมีความเห็นว่าคุณมุลนั้นมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้เมื่อผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน ผู้ป่วยบางรายกล่าวถึงความรู้สึกว่าการให้ข้อมูลของผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมุลมีความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และบอกว่าคู่มือนั้นช่วยให้สามารถทบทวนความรู้และทำให้ทราบวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ได้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของจิราภรณ์ เนียมบุญชู และสุนิศา ปรีชาวงษ์ (2550) โดยเป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของ ลลิตา เขตต์กวี (2546) ที่ได้แปลมาจาก Velicer และคณะ (1990) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีข้อคำถามเป็นสถานการณ์ด้านบวกในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น การมีความสุขหรือการสังสรรค์ จำนวน 6 ข้อ สถานการณ์ด้านลบในการจูงใจให้สูบบุหรี่ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และสถานการณ์ที่เกิดจากความเคยชินของแต่ละบุคคล อีกจำนวน 7 ข้อ ความมั่นใจของบุคคลที่จะสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นกับสถานการณ์ต่างๆที่บ่งชี้ในการแสดงพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .87 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองคือ

มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มาก	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ให้ 3 คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง ให้ 2 คะแนน
มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย ให้ 1 คะแนน
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความประโยคนั้นทำให้ท่านรู้สึกอยากสูบบุหรี่มาก ให้ 0 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกสูบบุหรี่มาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีจำนวน 16 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน แปลผลให้คะแนนแบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษา ของ Bloom 1971อ้างถึงใน จิราภรณ์ เนียมมฤณชกร (2548) แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
0-28	ต่ำกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป	ต่ำ
29-38	ร้อยละ 60-80	ปานกลาง
39-48	มากกว่าร้อยละ 80	สูง

เกณฑ์การประเมินผล มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลองที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 39 คะแนน จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน คิดเกณฑ์ คือ มากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)(Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ หรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุง

เล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2000)

1.2 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ได้ค่า CVI = .9

2. **การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)** แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ นำไปทดลองใช้จริง กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง ขั้นประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมโปรแกรมฯและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการทดลอง
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ วีซีดีสารคดีเรื่อง บุหรี่...ความลับ-ความรู้ ความยาว 15 นาที (ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ความลับในมวนบุหรี่ เตรียมตัวแบบที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง จัดทำ power point ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุการเกิดโรค พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง แผนการสอนความลับของบุหรี่ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และทดลองฝึก

ตามโปรแกรมฯ เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และทดลองใช้โปรแกรมฯ จำนวน 5 ราย

3. ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าเพื่อขออนุญาต ชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติและอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกคลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจ แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย แผนการดำเนินงานวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ทำการพิทักษ์สิทธิโดยให้มีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและลงนามเข้าร่วมการวิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่าง 4 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1, สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 เพื่อดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้

ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ในกลุ่มทดลอง จะมีการติดตามผู้ป่วยโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวและให้คำปรึกษาทั้งหมด 3 ครั้ง โดยในสัปดาห์แรกเมื่อครบ 3 วัน, สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 โดยพูดคุยครั้งละ 10-15 นาที ให้กำลังใจชื่นชม ตลอดจนช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในการเลิกสูบบุหรี่เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตัว ทำการสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม ประกอบการตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจแบบกึ่งโครงสร้างแบบกึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) ขณะเดียวกันผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนตามแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรค จากนั้นผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่แผนกพบข้อมูลเกี่ยวกับโรค พิษภัยของบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 40 นาที) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภายหลังจากทักทายและสอบถามอาการต่างๆไป ให้กลุ่มควบคุมตอบแบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ชมวีซีดี เรื่อง บุหรี่...ความลับ-ความรู้ มีความยาว 15 นาที (ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุการเกิดโรค พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้ power point ชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมอบคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 50-60 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตัว ทำการสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม ประกอบการตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจแบบกึ่งโครงสร้างแบบกึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) ขณะเดียวกันผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนตามแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ โดยเริ่มจากพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และความเชื่อมั่นว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งประเมินความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุการเกิดโรค พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการ

จากนั้นให้ชมวีซีดีเรื่อง บุหรี่...ความลับ-ความรู้ มีความยาว 15 นาที (ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) พร้อมทั้งประเมินผลโดยการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยร่วมกันกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ให้เขียนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ผู้ป่วยทำสัญญากับตัวเองและผู้วิจัย โดยบันทึกวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ลงในแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองที่ผู้วิจัยมอบให้เพื่อเอาไว้บันทึกการสูบบุหรี่ตามความเป็นจริง พร้อมทั้งเมื่อกลับบ้านให้ผู้ป่วยทิ้งอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ทั้งหมด ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อผู้ป่วยต้องการคำปรึกษา หรือมีปัญหาในการเลิกสูบบุหรี่ขณะกลับไปอยู่บ้านโดยมีการติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3 (ใช้เวลา 10-15 นาที) ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยสอบถามปัญหา อุปสรรคและอาการที่พบในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ได้ครบ 3 วัน ตลอดจนให้คำปรึกษา และเสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มในรายที่อยากสูบบุหรี่ ส่วนในรายที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ให้คำชมเชยและให้กำลังใจซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไป

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามเกี่ยวกับอาการ การดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้านรับฟังปัญหา อุปสรรคต่างๆจากกลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจและแสดงความยินดีที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ ได้ครบ 1 สัปดาห์ ตลอดจนเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ให้เมื่อผู้ป่วยท้อแท้ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่างให้รู้จักกับตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเป็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยมาบรรยายเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจจากการสูบบุหรี่ ประสบการณ์และวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หลังจากฟังบรรยายเสร็จผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ตลอดจนร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพตลอดจนการเสริมสร้างกำลังใจที่เข้มแข็งให้ตัวเอง

(ใช้เวลา 10 นาที) หลังจากผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการ หลังจากนั้นร่วมกันอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่พบในขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ย้ำเตือนให้ตระหนักถึงผลกระทบที่สำคัญจากการกำเริบของโรคเมื่อกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งซึ่งจะรุนแรงกว่าครั้งแรก ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันบันทึกคำว่า “เลิกสูบบุหรี่ ไม่ใช่เรื่องยาก ถ้าเราตั้งใจจริง” ในแบบบันทึกการ

เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 (ใช้เวลา 10-15 นาที) ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน ตลอดจนให้คำปรึกษา สอบถามปัญหาและอุปสรรคและอาการที่พบในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 3 พร้อมทั้งให้กำลังใจ และให้ทำเพื่อคนที่คุณรัก จะทำให้มีกำลังใจและมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัยทักทาย สอบถามเกี่ยวกับอาการ การดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้านรับฟังปัญหาอุปสรรค ให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ แสดงความยินดีที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 1 เดือน และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยท้อแท้ สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจนำผลเสียมาสู่ตัวผู้ป่วยในขณะกำลังเลิกสูบบุหรี่ การปฏิเสธที่เหมาะสมจะช่วยรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน และกลุ่มเพื่อน มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการปฏิเสธ(ประเทือง ภูมิภักตราคม, 2535)

ขั้นที่ 1 การแสดงความรู้สึกประกอบเหตุผล ซึ่งการแสดงความรู้สึก ทำให้ได้แย้งได้ยากกว่าการใช้เหตุผล เช่น บอกผู้ที่ชักชวน หรือให้บุหรี่ว่า “วันนี้รู้สึกไม่สบาย เพิ่งกลับมาจากโรงพยาบาล”

ขั้นที่ 2 การขอปฏิเสธ เป็นการแสดงความตั้งใจปฏิเสธอย่างชัดเจนทั้งท่าทาง คำพูดและน้ำเสียง จะทำให้ผู้ชวนลดความตั้งใจลง เพราะรู้ว่าผู้ถูกชวนไม่คล้อยตาม เช่น “ตอนนี้กำลังเลิกบุหรี่อยู่”

ขั้นที่ 3 การขอความเห็นชอบ เป็นการแสดงออกโดยการถนอมน้ำใจของอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น “ไม่สูบบุหรี่จริงๆหวังว่าคุณคงเข้าใจ (ฉัน, ผม) นะ (ครับ, ค่ะ)”

การผัดผ่อน: เป็นทักษะการหาทางออก เมื่อไม่เห็นด้วยกับความต้องการของผู้อื่น โดยการประวิงเวลาออกไป เพื่อให้คู่สนทนาเปลี่ยนแปลงความตั้งใจ

การต่อรอง: เป็นการสื่อความต้องการของตนซึ่งต่างจากคู่สนทนาให้เขาได้ทราบ เพื่อให้เขาเปลี่ยนแปลงความตั้งใจเดิมมากล้อยตามตนเอง

รูปแบบการปฏิเสธ กรณีถูกเข้าชี้/ถูกสบประมาท ควรหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ด้วยทางเลือก ต่อไปนี้

แบบที่ 1 การปฏิเสธซ้ำ แล้วบอกลา เป็นการแสดงออกถึงการยืนยันความตั้งใจครั้งแรกและการพูดซ้ำเพื่อย้ำให้ผู้ชนล้มเลิกความตั้งใจ

แบบที่ 2 การต่อรองหรือชวนทำกิจกรรมอื่นทดแทน เป็นการโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ชนหยุดหรือเลิกพฤติกรรมในสิ่งที่เราไม่เห็นด้วย

แบบที่ 3 การผัดผ่อน/ เลี่ยงออกจากเหตุการณ์ เป็นการยืดเวลาออกไป เพื่อให้ผู้ชนได้ทบทวนการปฏิเสธของเรา ทำให้เปลี่ยนความตั้งใจ

จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยร่วมกันอภิปรายกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างจำลองสถานการณ์จริงในการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา หลังจากนั้นสรุปเนื้อหาประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนประเมินความก้าวหน้าของการปรับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 5 (ใช้เวลา 10 นาที) ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ช่วยเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว ให้คำปรึกษา สอบถามปัญหาและอุปสรรคและอาการที่พบในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ในสัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคของตนและสอบถามถึงเพื่อนกลุ่มตัวอย่างคนอื่น ๆ เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีแนวทางในการจัดการกับอาการของตนเองเมื่ออยากสูบบุหรี่แตกต่างกันไปและบางคนเล่าให้ผู้วิจัยฟังเกี่ยวกับสถานการณ์การดำรงชีวิตประจำวัน การงดไปงานเลี้ยงต่าง ๆ ตลอดจนการใช้ทักษะการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น ผู้วิจัยให้กำลังใจและ สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องเพื่อให้คงพฤติกรรมที่ดีต่อไปในระหว่างที่ผู้ช่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านก่อนวันนัด

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 30 นาที) เมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยทักทาย สอบถามเกี่ยวกับอาการ การดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้านรับฟังปัญหาอุปสรรค ให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ แสดงความยินดีที่ผู้ช่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 5 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของการปรับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดข้อมูลจาก แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบวัด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้ผู้ช่วยทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผล

จากการดำเนินการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยมีการสอบถามเป็นระยะเกี่ยวกับประเด็นที่ไม่เข้าใจ และทุกคนให้คำมั่นสัญญากับผู้วิจัยว่าจะพยายามเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ตลอดการทดลองและตลอดไปเพื่อสุขภาพที่ดีเพราะอายุเริ่มมากขึ้นทุกที

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ที่อยากสูบบุหรี่ โดยโทรศัพท์มาหาผู้วิจัยเอง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองว่าจะต้องทำได้ โดยการเบี่ยงเบนความสนใจจากบุหรี่ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนการสูบบุหรี่ เช่น การพูดคุยกับคนรอบข้าง การดื่มน้ำให้มากที่สุด ดื่มน้อยๆ เพื่อชำระนิโคตินออกจากร่างกายให้หมดไปเร็วที่สุดและให้นึกถึงความตั้งใจที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้

ในการพบกับกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ผู้วิจัยขอแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยสามารถจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ได้ต่างกันไปแต่ยังไม่มีใครกลับมาสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่าการบันทึกแบบบันทึกทำให้ตัวเองมีระเบียบวินัยมากขึ้นและทำให้มีกำลังใจว่าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้หลายวันแล้ว

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มปรับตัวได้และมีวิธีการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ที่หลากหลายมากขึ้น

ในการพบกับกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 พบว่า ในการจำลองสถานการณ์การปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและมีวิธีการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นแตกต่างกันไป สังเกตจากพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมืออย่างดี และสื่อน้ำท่าทางมีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายคนมีการติดต่อทางโทรศัพท์ด้วยตนเองโดยมีการแนะนำและแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนและการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วย

ในการพบกับกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 4 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินผลโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยากให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องไปอีกโดยให้เหตุผลว่าการทำกิจกรรมร่วมกันหลายคนทำให้รู้สึกมีเพื่อน ไม่ได้เลิกสูบบุหรี่อยู่คนเดียว เพราะประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่าถ้าอยากสูบบุหรี่ไม่รู้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจทำให้หันกลับมาสูบบุหรี่อีกได้ง่าย และจะเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงระยะสั้นๆเท่านั้น ผู้วิจัยแสดงชื่นชมในความสามรถของกลุ่มตัวอย่างและให้กำลังใจซึ่ง

พฤติกรรมที่ดีต่อไปเพื่อสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง หลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยทำการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) ทั้งสองกลุ่ม และในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดให้กลุ่มตัวอย่างมาประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย กิจกรรมที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลที่จะได้รับแต่อย่างใด ตลอดจนข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับและกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารและคำแนะนำเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Dependent t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ในผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ระยะเวลา	การพยาบาล ตามปกติ	โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่	
		ดำเนินการทดลอง ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่างให้รู้จักกับตัวแบบ ซึ่งประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง บรรยายเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ประสบการณ์และวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง 2. ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพตลอดจนการเสริมสร้างกำลังใจที่เข้มแข็งให้ตัวเอง 3. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการ 4. ร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของการปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันบันทึกคำว่า “เลิกสูบบุหรี่ ไม่ใช่เรื่องยาก ถ้าเราตั้งใจจริง” ในแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง
		ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดต่อสอบถามผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษา 2. สอบถามปัญหาและอุปสรรคและอาการที่พบในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 3
		ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น 2. จำลองสถานการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง
		ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นเตือน 2. ให้ข้อเสนอแนะตามสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ
ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 6	1.ตอบแบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test)	ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตอบแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) 2. อภิปรายปัญหา ชักถามความรู้สึก ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆในรูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2 ประวัติการสูบบุหรี่ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8 (ในภาคผนวก)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และแบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	100	20	100
อายุ (ปี)				
40-44	1	5	2	10
45-49	8	40	7	35
50-54	8	40	7	35
55-59	3	15	4	20
	$\bar{x} = 43.90$	SD = 10.30	$\bar{x} = 42.75$	SD = 9.52
สถานภาพสมรส				
โสด	2	10	2	10
คู่	15	75	16	80
หม้าย	2	10	1	5
หย่า	1	5	1	5
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา1-3	1	5	0	0
มัธยมศึกษา4-6	1	5	3	15
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	6	30	5	25
ปริญญาตรี	12	60	12	60

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ข้าราชการ	15	75	13	65
รัฐวิสาหกิจ	1	5	1	5
ค้าขาย/ธุรกิจ	4	20	6	30
รายได้				
มากกว่า 10,000-15,000 บาท	2	10	1	5
มากกว่า 15,000-20,000 บาท	3	15	2	10
มากกว่า 20,000-25,000 บาท	7	35	10	50
มากกว่า 25,000 บาท	8	40	7	35

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี โดยกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.90 ปี (SD = 10.30) และกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 42.75 (SD = 9.52) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 12 เท่ากัน อาชีพของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คือรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 65 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีรายได้มากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนในกลุ่มทดลองมีรายได้มากกว่า 20,000-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่

ประวัติการสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่ท่านเริ่มสูบบุหรี่				
10-14 ปี	1	5	1	5
15-19 ปี	18	90	18	90
20-24 ปี	1	5	1	5
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน				
1-5 มวน	3	15	3	15
6-10 มวน	13	65	14	70
11-15 มวน	4	20	3	15
ท่านสูบบุหรี่มวนสุดท้ายเมื่อไร				
เมื่อเช้า	0	0	0	0
เมื่อคืน	11	55	12	60
เมื่อวาน	5	25	4	20
2 วันที่แล้ว	2	10	3	15
3 วันที่แล้ว	2	10	1	5
ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่				
ไม่เคยพยายามเลิกเลย	0	0	0	0
1 ครั้ง	6	30	6	30
2 ครั้ง	7	35	8	40
3 ครั้ง	6	30	5	25
5 ครั้ง	0	0	1	5
มากกว่า 5 ครั้ง	1	5	0	0
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด				
1 สัปดาห์	6	30	5	25
2 สัปดาห์	1	5	1	5
3 สัปดาห์	2	10	3	15
4 สัปดาห์	8	40	9	45

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประวัติการสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (ต่อ)				
5 สัปดาห์	1	5	0	0
6 สัปดาห์	0	0	0	0
7 สัปดาห์	0	0	1	5
8 สัปดาห์	2	10	1	5
สาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่อีก				
เครียด	7	35	7	35
อยากสูบบุหรี่	2	10	5	25
ดื่มแอลกอฮอล์	9	45	4	20
ทะเลาะกับคนรอบข้าง	1	10	2	10
หงุดหงิด	1	5	2	10
ท่านมีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่โดยเข้าร่วมโครงการนี้น้อยเพียงใด				
มาก	4	20	5	10
มากที่สุด	16	80	15	90
ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใด*				
หักดิบหรือเลิกทันที	18	90	16	80
ค่อยๆลดจำนวนมวนลง	1	5	1	5
นึกถึงโทษของบุหรี่	3	15	3	15
หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่	12	60	10	50
ออกกำลังกายแทน	5	25	7	35
อมลูกอม/เคี้ยวหมากฝรั่ง	4	20	6	30
ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่	0	0	0	0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 เท่ากัน เมื่อพิจารณาจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 6-10 มวน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่ว่าท่านสูบบุหรี่มวนสุดท้ายเมื่อไร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มตอบว่า เมื่อคืน คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ ส่วนความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35 และ 80 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด คือ 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ และสาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่พบว่า ในกลุ่มควบคุมเมื่อมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 45 และในกลุ่มทดลองเกิดจากความเครียด คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม ตอบว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 และ 90 ตามลำดับ และวิธีที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม ตอบว่า เลิกด้วยวิธีหักดิบหรือเลิกทันที คิดเป็นร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค				
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน	13	65	12	60
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังขยายหลอดเลือดด้วยขดลวดตาข่าย	7	35	8	40
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
1-5 ปี	16	80	15	75
6-10 ปี	4	20	4	20
11-15 ปี	0	0	1	5
ผลการตรวจสวนหัวใจ				
Stenosis at LAD	7	35	7	35

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n = 20)		(n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Stenosis at Lcx	2	10	3	15
Double vessel stenosis	1	5	1	5
Triple vessel stenosis	1	5	1	5
จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยาย				
หลอดเลือดหัวใจ				
จำนวน 1 เส้น	14	60	15	75
จำนวน 2 เส้น	6	30	5	25
วิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ				
Balloon	13	65	12	60
Stent	1	5	2	10
Stent drug eluting	1	5	2	10
Balloon with stent	2	10	1	5
Balloon with stent drug eluting	3	15	3	15

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรค กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นโรคไม่เกิน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ ส่วนผลการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม มี stenosis at RCA คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ ส่วนจำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายพบว่า ทั้งสองกลุ่มได้รับการขยายหลอดเลือดจำนวน 1 เส้น คิดเป็นร้อยละ 60 และ 75 ตามลำดับ และวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยวิธี Balloon คิดเป็นร้อยละ 65 และ 60 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n= 20)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม					
การเลิกสูบบุหรี่ของ	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	13.10	1.20	19	-1.00	.330
หลังการทดลอง	13.35	1.08			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	13.70	1.17	19	-9.41	.000
หลังการทดลอง	20.30	3.26			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n= 20)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม					
การเลิกสูบบุหรี่	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม	13.10	1.20			
			37.96	1.59	.120
กลุ่มทดลอง	13.70	1.17			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	13.35	1.08			
			23.18	9.03	.000
กลุ่มทดลอง	20.30	3.26			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า

ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโครงตาข่าย แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโครงตาข่าย และมารับการตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง เดือน

กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน (Polit and Beck, 2004) มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แรกเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1.1 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโคโรนารี
- 1.2 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
- 1.3 มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 1.4 ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสามารถโต้ตอบได้ดีกับผู้วิจัยขณะซักถาม
- 1.5 สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

2. เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

- 2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ยาที่ให้สารนิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapies, [NRTs]) ได้แก่ Clonidine, Nortriptyline, Bupropion หรือพฤติกรรมบำบัด
- 2.2 ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลียมาก
- 2.3 ต้องกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลขณะเก็บข้อมูล
- 2.4 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าผิดปกติทางจิต

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นพิจารณาจับคู่ (Matched pairs) โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในเรื่อง อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) เพศ ระดับการติดยาโคโคติน จำนวนครั้งของการพยายามเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่
- 1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.3 แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน
- 1.4 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่
- 2.2 วีซีดีสารคดีเรื่องบุหรี่...ความลับ-ความรู้
- 2.3 ภาพสไลด์เรื่องบุหรี่กับโรคหัวใจ
- 2.4 แผนการสอนเรื่องความลับของบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
- 2.5 คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
- 2.6 แบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้ **ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมดังนี้**

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) โดยใช้เวลาในการตอบแบบวัดประมาณ 30 นาที ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และขอนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัย

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุการเกิด พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบจากบุหรี่ ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับหลังเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ Power point ชัดเกี่ยวกับกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมอบคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการข้างต้นเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ โดยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ห่างกัน 1 สัปดาห์ และมีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุการเกิดโรค พิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการ ให้ชมวีซีดีเรื่อง บุหรี่...ความลับ-ความรู้ (ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) ฟังประสบการณ์การเจ็บป่วยจากโรคและวิธีการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยตนเอง มีการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่นซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจนำผลเสียมาสู่ตัวผู้ป่วยในขณะกำลังเลิกสูบบุหรี่ มีการจำลองสถานการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมร่วมกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา ตลอดจนตอบข้อซักถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย สรุปการอภิปรายกลุ่มและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 6 ที่ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) หลังจากนั้นร่วมกันประเมินผลโครงการวิจัยและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical package for the social science for Windows กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนที่สูบบุหรี่ มวนหรือมวนสุดท้ายที่สูบบุหรี่ ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เคยเลิกได้ สาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ผลของการตรวจสวนหัวใจ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยาย วิธีการขยายหลอดเลือด โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนกับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองจึงส่งผลให้พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura (1997) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ (ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2544) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. การพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ตามแผนการสอนและคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ผู้วิจัยชักจูงอธิบายและเน้นให้เห็นโทษของการสูบบุหรี่และประโยชน์ที่ได้รับหลังจากเลิกสูบบุหรี่ตลอดจนผลกระทบรุนแรงจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหากยังสูบบุหรี่ต่อไป

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี สังเกตตัวแบบผ่านสื่อ คู่มือ ภาพสไลด์ วีซีดีสารคดี เรื่องบุหรี่...ความลับ-ความรู้ และตัวแบบจริงเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยาย

หลอดเลือดโคโรนารีมาถ่ายทอดประสบการณ์และความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ตลอดจนวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจริงจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้โดยผู้สังเกตจะต้องเห็นการกระทำที่ตัวแบบแสดง ซึ่งจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติของตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามตัวแบบเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยเขียนความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยถือค้ำยันและทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้วเกิดผลสำเร็จซ้ำกัน หลายๆ ครั้งจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่จะต้องทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วยเองทั้งในเรื่องการทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่มวนแรกและมวนต่อไป ตลอดจนหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีการสูบบุหรี่หรือสถานการณ์ที่จะทำให้สูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเล่าถึงประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งความรู้สึกที่ตื่นเต้น วิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียด เป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น (Bandura, 1997) และผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจตลอดจนเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาโดยใช้โทรศัพท์

จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Johnson และคณะ (1999) ได้พัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิประเทศแคนาดา กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และในระหว่างติดตามมีการให้แรงเสริมอย่างต่อเนื่อง ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dornelas และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาเรื่องการทำคำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมโดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนโดยมีการให้โปรแกรมทั้งหมด 7 ครั้ง และมีการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 34 และในกลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมมีสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ Carolyn และคณะ (2006) ศึกษาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ชาวจีนและชาวเกาหลี หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละสูงถึงร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zheng และคณะ (2007) ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมผลของการใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมโดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ในประเทศจีน ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 40.5 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จส่วนในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 5 เมื่อติดตามครบ 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ผลการศึกษาคั้งในนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ในการมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ จากการดำเนินกิจกรรมตาม 4 แนวทางของ Bandura (1997) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังเหตุผลที่ได้อธิบายในการอภิปรายผลสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ดังนั้นกลุ่มควบคุมจึงไม่มีการพัฒนาการรับรู้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง นอกจากนี้กลุ่มควบคุมยังขาดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากโปรแกรม ทำให้กลุ่มควบคุมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ส่งผลให้พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่เปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์ ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์เป็นกลวิธีหนึ่งซึ่งช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สำคัญและนิยมนำมาใช้ติดตามเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (Quist-Paulsen & Hennrikus, 2005; Barth, Crichley, Bengel, 2006; Reid et al., 2007) จากการศึกษาของ Elliott & Reimer (1998) และ Hunter (2000) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน ชี้แนะ และเสริมแรงให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ย้ำเตือนให้คงไว้ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นการช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีปัญหาเร่งด่วน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fung และคณะ (2005) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ (อายุเฉลี่ย 51 ปี) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบไปด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และการตรวจสอบสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ พบว่า อยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิราภรณ์ เนียมกฤษร และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลอุดรดิศต์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมที่สูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hennrikus และคณะ (2005) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการเลิกสูบบุหรี่ในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล และมีการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาล ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Crawford, Woodby, Roberts, Windsor and Horn (2002) ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกับการให้โปรแกรมการดูแลสุขภาพหฐรฐ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐ ผลการวิจัยพบว่า ถึงแม้หญิงตั้งครรภ์จะทราบถึงอันตรายของสุขภาพหฐรฐที่บุตรในครรภ์และพยายามที่จะลดการสุขภาพหฐรฐให้น้อยลงก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถเลิกสุขภาพหฐรฐขณะตั้งครรภ์ได้ เพราะมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นสิ่งที่จะช่วยให้เขาสามารถลดพฤติกรรมนี้ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนี้ได้ พร้อมกับที่จะต้องพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เข้าไปเป็นตัวเสริม ซึ่งน่าจะส่งผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าที่จะดำเนินไปในรูปแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารฐในการเลิกสุขภาพหฐรฐและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐหรืออย่างถูกต้องเหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ยั่งยืน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7) แสดงว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนที่จัดกระทำขึ้นมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารฐได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสุขภาพหฐรฐ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐได้สำเร็จมากขึ้น ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันเกี่ยวกับระยะเวลาในการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตันซ้ำ
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพหฐรฐในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบกุล บุญปราศรัย. 2546. พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- กรองจิต วาทีสาทกกิจ. 2549. พยาบาลกับบุหรี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- กาญจนศรี สิงห์ภู. 2541. ประสิทธิผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กุลวรรณ นาครัตน์. 2540. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรีของผู้นำชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กำพล เลานเพ็ญแสง. 2549. ตำราศัลยศาสตร์หลอดเลือด. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร ศรีทน. 2546. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉัฐยา จิตประไพ ภาวิศ วงศ์แพทย์. 2542. การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในโรคหลอดเลือดโคโรนารี. ใน เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์: 98-114.
- ชุมศักดิ์ พุกชานนท์. 2548. คู่มือโรคหัวใจ: The Ultimate Guide Book for Heart Disease. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ก.พล (1996).
- จรรยา ตันติธรรม. 2547. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. 2550. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรีของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม. วารสารควบคุมยาสูบ 1(1): 2-13.
- จิตาพร เขียนวงษ์. 2547. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. 2544. การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสภาการพยาบาล 16(3): 1-12.

- นิทรา วรณรัตน์. 2539. ผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ในนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคกาญจนาบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญไชยพุกกะ. 2543. การรักษาโดยการใส่ยา. ใน สุณีรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต 2000. กรุงเทพฯ: อีวีน่า พรินติ้ง.
- นิริวดี เมธอาจารย์. 2545. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- นิพนธ์ กุลนิตย์. 2538. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- นพรัตน์ ธนชัยพันธ์. 2543. ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ธีระ ศิริสันธนะมวรวิทย์ เลหาเรณู และ อรรถวุฒอ ดีสมโภชน์ (บรรณาธิการ), ฟื้นฟูวิชาการอายุรศาสตร์ เชียงใหม่. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- นพรัตน์ ธนชัยพันธ์. 2547. โรคแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน อภิชาติ สุคนธธรรมและศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), New guidelines in coronary artery disease. เชียงใหม่: ไอแอมออกเคโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. 2543. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ปณิธาน สันติวงค์,ปรารธนา สติตยวิภาวี, สุภคชราวรรณ สุโกษา, ณัฐสนันท์ ผายะวัฒน์, และ เจริญจันทร์ เดชปั้น. 2545. รายงานผลการวิจัยเรื่อง ความชุกของปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือด จังหวัดนครสวรรค์ 2545 โครงการวิจัยส่วนพฤติกรรมและสังคม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีดา เบญจนากาศกุล และ วนิดา แพงเทียน. 2000. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต เกษัตริศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกายรัตน์ สุวรรณ. 2548. คู่มือการใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 12 สำหรับ Windows. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ซีเอ็ดยูเคชั่น.

- ประเทือง ภูมิภัทราคม. 2535. การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 1
ปทุมธานี. ฝ่ายเอกสารตำรา วิทยาลัยครูเพชรบุรีวิทยาลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. 2542. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของ
นักศึกษาชายสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต, นภาพร วาณิชกุล และอรุณี หล่ออนิล. 2550. การพัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่
ในผู้ป่วยคัดยกรวมโรงพยาบาลอุทัยธานี และสถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข.
เครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.
- ผ่องศรี ศรีมรกต, สมหมาย หิรัญนุช และนวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา. 2548. การศึกษาบทบาทวิชาชีพ
พยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ 2(1-2): 3-23.
- พนมพร เลชะเจริญ. 2532. ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนา. 2541. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่
โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2548. การสูบบุหรี่กับสุขภาพ. การประชุมวิชาการบุหรี่กับ
สุขภาพ ครั้งที่ 4 วันที่ 12-2 กุมภาพันธ์ 2548 โรงแรมมิลาเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 254). คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (คุณทำได้). กรุงเทพฯ.
- ยุวเรศ ใจสีสูบ. 2543. การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์
ต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลอุดรดี.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์.
- ระพีพล ฤกษ์ธร ณ อยุธยา. 2549. ตอบคำถามโรคหัวใจ. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
[online]. Available from: <http://www.thaiheart.org> [2549, มิถุนายน16]

- รุ่งลัดดา ศรีบุญ และ ลูติมา ชนะวิเศษ. 2548. การแนะนำผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนกลับบ้าน. ใน
 วรมุต บำรุงสุข บรรณาธิการ, การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี.
 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: L. T. Press.
- ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ประพาเพ็ญ สุวรรณ และสาโรจน์ นาคจู. 2550.
ลงหลักปักฐานสกัดกั้นยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มณฑานกุล, พนมทวน
 ชูแสงทอง, ศรันย์ กอสนาน, และคณะ. 2546. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาสูบ.
 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. มปท.
- วินิตย์ หลงละเลิง. 2546. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติ ความวิตก
 กังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลพร หอมทอง. 2547. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ามารักษาซ้ำใน
 โรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
 ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาพรรณ คู่ธนพันธ์. 2539. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมสูบบุหรี่
 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
 ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีณา ศิริสุข. 2541. ยาสูบกับคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่าน
 ศึก.
- สุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. 255). (ร่าง) คู่มือการสอนเภสัชกร: เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่. ใน กรแก้ว
 จันทภาษา (บรรณาธิการ), กลไกการติดยาสูบและอาการถอนนิโคติน, หน้า 9. แผนงานการ
 ควบคุมการบริโภคยาสูบ สภาเภสัชกรรม.
- สุภชัย ถนอมทรัพย์. 2542. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและกล้ามเนื้อหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อ
 หัวใจตายเฉียบพลัน. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ และดำรงส ตริสุโกศล (บรรณาธิการ), ตำราการ
 ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. หน้า 73-87. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- ศรัญ กอสนาม. 2550. การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ มุมมองทางจิตวิทยา. ใน กรแก้ว จันทภาษา
 (บรรณาธิการ), (ร่าง)คู่มือการสอนเภสัชกร: เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่. หน้า 19-37.
 กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- ศรัณย์ กอสนาม. 2550. (ร่าง) คู่มือการสอนเภสัชกร: เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่. ใน กรแก้ว
 จันทภาษา (บรรณาธิการ), การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ มุมมองทางจิตวิทยาและสังคม.
 หน้า33. แผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ สภาเภสัชกรรม.
- ศรัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, และณัฐพล เทศขยัน. 2550.
สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2564-2549. พิมพ์ครั้งที่1.
 กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
 หจก. วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2546. แนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2546. บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์ 1 (มกราคม-เมษายน): 45-52.
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. 2541. ยาในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Drug Therapy in Coronary
 Atherosclerosis). ใน ถาวร สุทธิไชยากุล. Cardiology 1998. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- สุพรรณิ ปานดี. 2542. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม
เพื่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุระรอง ชินวงศ์ และ สุชาดา สุรพันธ์. 2550. (ร่าง) คู่มือการสอนเภสัชกร: เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่.
 ใน กรแก้ว จันทภาษา (บรรณาธิการ), การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ มุมมองทางจิตวิทยา
และสังคม, หน้า33. แผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ สภาเภสัชกรรม.
- สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. 2541. ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุหรี หนองอาหรี. 2547. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม
การเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สารประกอบในบุหรี่. จาก[http:// www.tobaccofacts.org](http://www.tobaccofacts.org) [เมื่อ สิงหาคม 2550].

- โสภิตา รัตนพุกษ์. 2545. ประสิทธิผลของโครงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตต่อสมรรถภาพในการทำงานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคงที่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2543. Unstable angina. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ (บรรณาธิการ), โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. หน้า 359-414. เชียงใหม่: ไอดีเอ็นทีกรุ๊ป.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2547. การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์และศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), New guidelines in coronary artery disease. หน้า 3-33. เชียงใหม่: ไอดีเอ็นทีกรุ๊ป.
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด: Cardiovascular Critical Care Nursing. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ลีฟวิง ทรานส์ มีเดีย.
- อัจฉรา เชาวประยูร. 2531. ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตำรวจตระเวนชายแดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทัย เจริญจิตต์. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด: กรณีศึกษา กลุ่มข้าราชการในเขตอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไร ศรีแก้ว. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- อรนุช เขียวสะอาด. 2544. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Antonanzas, F., Viscusi, W.K., Joan, J., Brana, F.J., Portillo, F., Carvalho, I. 2000. Smoking risks in Spain. Part I. Perceptions of risks to the smoker. Journal of Risk and Uncertainty 21 (2-3): 161-186.
- Bandura, A. 1977. Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84: 191-215.

- Bandura, A. 1986. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. 1997. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Barta, S. K., and Stacy, R. D. 2005. The Effect of a Theory-Based Training program on Nurses' Self-Efficacy and Behavior for Smoking Cessation Counseling. The Journal of Continuing Education in Nursing May/Jun 36(3): 117-123.
- Barth, J., Crithley, J., and Bengel, J. 2006. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systemic review and meta-analysis. Annals Behavioral Medicine 32(1): 10-20.
- Bauter, C. & Isner, J. M. 1997. The biology of restenosis. Progress in Cardiovascular Disease 40(2): 107-115.
- Berkel, T. F., Boersma, H., Hesselink, J. W., Erdmant, R. A., Simoons, M. L. 1999. Impact of smoking cessation and smoking Interventions in patients with coronary heart disease. Europien Heart journal 20(24): 1773-1782.
- Bolman, C., Vries, H. D., and Breukelen, G. V. 2002. Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. Health Education Research 17(1): 99-116.
- Bowers, T. R., Terrien , E. F., O'neill, W. W., Sach, D., and Grines, C. L. 1996. Effect of reperfusion modality on outcome in nonsmokers and smokers with acute myocardial infarction (A Primary Angioplasty in Myocardial Infarction [PAMI] substudy). Am J Cardiol 78: 511-515.
- Burns, M. and Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Carolyn, F. et al. 2006. A brief smoking cessation intervention for Chinese and Korean American smoker. Preventive Medicine 42 (2006): 321-324.
- Chouinard, M., and Robichaud-Ekstrand, S. 2005. The Effectiveness of Nursing Inpatient Smoking Cessation Program in Individuals with Cardiovascular Disease. Nursing Reseach 54(4): 243-254.
- Cote, M. C. 2000. Vascular nurse as a smoking cessation specialist. Journal of vascular nursing 18(2): 47-53.

- David, W., et al. 2004. Inpatient Smoking-Cessation Counseling and All-causes Mortality Among the Elderly. American Journal of Preventive Medicine 26 (2): 112-118.
- Davis, L. L. 1992. Instrument review: Getting the most from a panel of expert. Applied Nursing Research 5: 194-197.
- DeVellis, R. F. 2003. Scale Development: Theory and application. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage.
- Dornelas, A. et al. 2000. A Randomized Controlled Trial of Smoking Cessation Counseling after Myocardial Infarction. Preventive Medicine 30(4): 261-268.
- Elliot, S. and Reimer, C. 1998. Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharged from a special care nursery. Neonatal Network 17(6): 41-45.
- Fung, P. R., Snape-Jenkinson, S. L., Godfrey, M. T., Love, K. W. Zimmerman, P. V., Yang, I. A. and Fong, K. M. 2005. Effectiveness of hospital-Base Smoking Cessation. Chest 128(1): 216-223.
- Gordon, M. B. and Libby, P. 2003. Atherosclerosis. In L.S. Lilly (Ed.), Pathophysiology of heart disease. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 111-130.
- Gould, D. J., Pearce, C. and James, T. 2000. The role of the practice nurse in smoking cessation. Clinical Effectiveness in Nursing 4: 152-162.
- Gupta, A., Sabatine, M. S. and Lilly, L. S. 2003. Atherosclerosis. In L.S. Lilly (Ed.), Pathophysiology of hearth disease. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 111-130.
- Hasdia, D. and others. 1999. Smoking status and outcome after primary coronary angioplasty for acute myocardial infarction. American Heart Journal 137: 612-620.
- Hass, R. 1996. Implantation and imaging of coronary stents. Radiologic Technology 67(3): 233-248.
- Henrikus, D. J., Lando, H. A., McCarty, M. C., Klevan, D., Holtan, N. and Huebsch, J. A. 2005. The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. Preventive Medicine 40(3): 249-258.

- Hunter, E. F. 2000. Telephone support for persons with chronic mental illness. Home healthcare Nurse 18(3): 172-179.
- Jetiyanuwatr, C. 2001. Factor associated with smoking cessation of public health officials in Kanjanaburi province. Master's Thesis, Department of Biostatistics, Graduate Studies, Mahidol University.
- Johnson, J. L. and others. 1999. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. Heart and Lung 28(1): 55-64.
- Joseph, S., Manafi, E., Iakovaki, A. M., Cooper, R. 2003. Personality, smoking motivation, and self-efficacy to quit. Personality and Individual Differences 34: 749-758
- Kelly, A. et al. 1984. Probability of middle-age men developing coronary heart disease in five years. Circulation 45: 815-828.
- Kotamaki, M., Laustiola, K., Syvanne, M., and Heikkila, J. 1996. Influence of continued smoking and some biological risk factor on restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Journal of Internal Medicine 240: 293-301.
- Lanigan, T. L. 2000. The patient-family learning centre. The Canadian Nurse 96(3): 18-21.
- Lundborg, P. and Andersson, H. 2008. Gender, risk perceptions, and smoking behavior. Journal of Health Economics 27(1): 1299-1311.
- McKenna, K. T., Mass, F. and McGniery, P.T. 1995. Coronary Risk Factor Status After Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. Heart and Lung 24: 207-211.
- Martinez, L. G. 2004. Nursing management of coronary artery disease and acute coronary syndrome. In S.M.Lewis, M.Mc.Heitkemper, & S.R. Dirksen (Eds.). Medical-surgical nursing. (pp.799-837). St Louis: Mosby.
- Moller A. et al. 2002. Effect of preoperative smoking intervention on post operative complications: a randomized clinicaltrial. Lancet 359: 114-17.
- Negri, E., Vecchai, C. L., Avanzo, B. and nobili A. 1994. Acute myocardial infarction. Health 48: 129-133.
- Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Gould, K. L., Merritt, T. A., Sparler, S. 1998. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA. 23: 2001-2007.

- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. Nursing research principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1995. Nursing research principle and methods. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Pregowski, J. et al. 2006. Comparison of Ruptured plaques in Native Coronary Arteries and in Saphenous Vein Graft: An Intravascular Ultrasound Study. The American Journal of Cardiology 97:593-597.
- Quist-Paulsen, P. and Gallefoss, F. 2003. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. BMJ 327(7426): 1254-1256.
- Rampher, K. J. 2006. Cardiovascular Sequelae of Tobacco Smoking. Critical care nursing clinics of north america 18: 13--20.
- Reid, R. D., Pioe, A. L., Quinlan, B., and Oda, J. 2007. Interactive voice response telephony to promote smoking cessation in patients with heart disease: A pilot study. Patient Education and Counseling 66(3): 319-326.
- Rice, R. 2000. Telecaring in home care: Making a telephone visit. Geriatric Nursing 21(1): 56-57.
- Rivard, C. I., Krieger, M., Petitclerc, M. and Baumgarten, M. 1988. A Telephone support service to reduce medical care use among the elderly. American Geriatrics Society 36(4): 306-311.
- Robinson, K., Conroy, R. M., Mulcaly R. 1994. Smoking and acute coronary heart disease: a comparative study. British Heart Journal. 60: 456-68
- Sabik ,J. F., Blackstone, E. H., Houghtaling, P. L., Walts, P. A., and Lytle, B. W. 2005. Is Reoperation Still a Risk Factor in Coronary Artery Bypass Surgery?. Ann Thorac Surg 80: 1719-1727.
- Selyn, A. P., and Braunwald, E. 2001. Ischemic heart disease. In E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo & J. L. Jameson. (Eds.) Harrison's principles of internal medicine. (15 th ed.). Philadelphia: McGraw-Hill. pp.1399-1409.
- Smith, M. C. and Wertheimer A. L. 199). Social and behavioral aspects of pharmaceutical care. New York: The Haworth Press.

- Sundquist, K. and Li, K. 200). Coronary heart disease risks in first- and second-generation immigrants in Sweden: a follow-up study. Journal of Internal Medicine 259: 418–427.
- Suskin N. et al. 2001. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. Journal of American College Cardiology 37(6): 1677-1682.
- Tero, K. et al. 2006. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in INTERHEART study: a case- control study. Lancet 368: 647-58.
- Thom, T. et al. 2006. Heart Disease and Stroke Statistics - 2006 Update: A report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 113: e85-e151
- Tonstad, S. and Johnston, J. A. 2006. Cardiovascular risks associated with smoking: a review for clinicians. The European Society of Cardiology 13: 507-514.
- Twardella, D. et al. 2004. Short-term benefit of smoking cessation in patients with coronary heart disease: estimates base on self-reported smoking data and serum cotinine measurements. European Heart Journal 25: 2101-2108.
- Vlietstra, R. E., Kronmal, R. A., Oberman, A., Frye, R. L., Killip, T. 1986. Effect of cigarette smoking on survival of patients with angiographically documented coronary artery disease. JAMA 255: 1023-1027.
- World Health Organization. 2004. Code of practice on tobacco control for health professional organization [online]. Adopted and signed by the participants of the WHO informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control: 28-30 Jan 2004 Geneva, Swizerland. [www.radiologymalaysia.org/ontent/ Downloads/ WHO codetob.pdf](http://www.radiologymalaysia.org/ontent/Downloads/WHOcodetob.pdf) [10 may 2006]
- Zheng, p., Guo, F., Chen, Y., Fu, Y., Ye, T. and Fu, H. 2007. A Randomized controlled trial of group Intervention Based on Social Cognitive Theory for Smoking Cessation China. Journal of Epidemiology: Japan Epidemiological Association 17(5): 147-155.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด
1. ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ.ดร. อรสา พันธุ์ภักดี	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. อาจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุร ศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อ การุณย์
5. ร.ท. นพ. นาวัน สุรภักดี	หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11 / 0175

วันที่ 25 มกราคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฐนิตา ปรีชาวงษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9823

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

นิสิต

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง โทร. 08-4698-5383

ที่ ศบ 0512.11/0175



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี อาจารย์พยาบาลภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรณ ถีอนุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9823
<u>อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง โทร. 08-4698-5383

ที่ ศบ 0512.11/ 0129



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแก่คนต่อพฤติกรรมรวมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี อาจารย์ ดร. นรลัทฉณ์ เล็กกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลิขิตวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>ท่านาเรียน</u>	อาจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. นรลัทฉณ์ เล็กกิจ โทร. 0-2218-9823
<u>อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
<u>ผู้นิสิต</u>	นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง โทร. 08-4698-5383

ที่ ศท 0512.11/ 01957



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารวิทยถิตี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์ 2 ระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรพรณ เอื้อบุญรักษาชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9823
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ชื่อนิสิต	นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง โทร. 08-4698-5383

ที่ ศบ 0512.11/ ๕1๖5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยภคคี ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๕๖๓ มกราคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี" โดยมี อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ เวือโท นายแพทย์ นาวัน สุรภักดิ์ นายแพทย์ 6 หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุพรรณ ศรีพานุชวิชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

เวือโท นายแพทย์ นาวัน สุรภักดิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

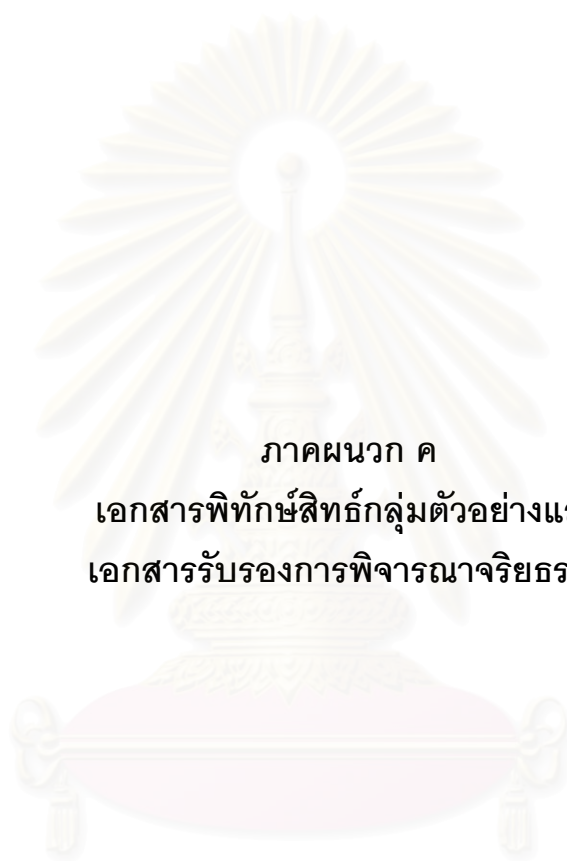
อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9823

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ผู้นิสิต

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง โทร. 08-4698-5383



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง ที่อยู่ 681อาคารเพชร
รัตน์ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 ซึ่งได้ลงนามข้างท้ายของ
หนังสือถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการ
เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี”

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม
วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัย
รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง)

.....
ลงนามผู้วิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
()

.....
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปูลง

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย เลขที่ 681 อาคารเพชรรัตน์ ชั้น 4 MCCU ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-2443513-4

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 084-6985389 E-mail: noknoi_06@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. โครงการนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวดโครงตาข่าย มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็นสองกลุ่มๆละ 20 คน มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์ โดยเริ่มดำเนินการกลุ่มที่ 1 ก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มที่ 2
 - 3.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการคลินิกโรคหัวใจ ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ และวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบวัด

ระดับการติดตามนิโคติน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) และเมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยพบกันในสัปดาห์ที่ 6 อีกครั้ง เพื่อตอบแบบวัดความรู้ผลของการสูบบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) พร้อมทั้งมอบคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

3.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบสัมภาษณ์การติดตามนิโคติน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Pre-test) และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 ดู VCD เรื่อง บุหรี่... ความลับ-ความรู้ ความยาว 15 นาที (ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) หลังจากนั้นอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ โดยใช้ Power Point มอบคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและแบบบันทึกการไม่สูบบุหรี่ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะให้โปรแกรมเป็นจำนวน 3 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1, สัปดาห์ที่ 2, สัปดาห์ที่ 4 และมีการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง คือในวันที่ 3, ครบ 1 สัปดาห์, 3 สัปดาห์ และ 5 สัปดาห์ เพื่อให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาและกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ผู้วิจัยขอนัดหมายในสัปดาห์ที่ 6 ให้มาประเมินผลโครงการวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ แบบวัดความรู้ผลของการสูบบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Post-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนปิดโครงการ

3.3 ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัย การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลาประมาณ 6 สัปดาห์

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อบริการหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด

5. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

6. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถือเป็นความลับ ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากทะเบียนประวัติของผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัส รายงานการวิจัยและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา คือ นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง ที่โทรศัพท์มือถือหมายเลข 084-6985389 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

8. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน

ที่ ศธ 0512.11/ 0๙๒๙



สำนักงานพัฒนางานวิจัย วทม./รพ.ร.บ
รับที่ 260
วันที่ 121 ส.ค. 2551
เวลา 1680

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

199

๑๑/๐๒/๕๑

1A 20

เนื่องด้วย นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นักศึกษาระดับปริญญาโท ภาควิชาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี” โดยมี อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จำนวน 30 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบสัมภาษณ์การคิดสารนิโคติน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ยินดีจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่ง

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ข้อติดต่อ

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง โทร. 08-4698-5389



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สทพ.วทพ./รพ.รพ.๖

โทร.๙๑๖๘๑

ที่ กท ๐๕๔๖.๑๖/๐๔๔

วันที่ ๒๕ มี.ค.๕๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผอ.รพ.รพ.๖(ผ่าน รอง ผอ.รพ.รพ.๖(๑))

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๔๒๕ ลง ๒๖ ก.พ.๕๑

๑. ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย ได้ขอความร่วมมือมายัง รพ.รพ.๖ ให้ นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี" เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบสัมภาษณ์การติดตามนิโคติน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ. แล้ว เมื่อวันที่ ๑๗ มี.ค.๕๑ นั้น

๒. สทพ.วทพ./รพ.รพ.๖ พิจารณาแล้วเห็นสมควรดำเนินการดังนี้-

๒.๑ เห็นควรส่ง กงอายุรกรรม รพ.รพ.๖ และกองการพยาบาล รพ.รพ.๖ ทราบ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ แจ้ง นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง ทราบ

๒.๓ นำเรียน ผอ.รพ.รพ.๖ และ รอง ผอ.รพ.รพ.๖(๒) เพื่อกฎหมายทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นสมควรกรุณาอนุมัติในชื่อ ๒.

พ.อ.ศ. 

(สุธี พานิชกุล)

ทราบ

ท.สทพ.วทพ./รพ.รพ.๖

-อนุมัติตามเลขอยู่ในชื่อ ๒

รับคำสั่ง ผอ.รพ.รพ.๖

พ.อ.

(สถิตย์ ธีรดิษฐ์รัตน์)

รอง ผอ.รพ.รพ.๖(๑)

๒๕ มี.ค.๕๑

ส่วนออกค้ำ

แทน 

พ.อ.หญิง พ.อ.

(เป็ญฉัตร หักท้อไชย)

เลขาฯ รพ. สทพ.วทพ. ๒๕ ๒๕ ๕

๒๕/๐๓/๕๑

Q015q/51_Exp



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

317 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ 358 /2551

วันที่ 17 มีนาคม 2551

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี" [The Effect of Self - Efficacy Promoting Program on Smoking Cessation behavior in Patient after undergone Percutaneous coronary intervention.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณา สนับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2551 เมื่อท่านได้ทำสารนิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งสารนิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

D:\Consider(RLC)appQ015q/51_Exp.doc

รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยโครงการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF14, รายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยใช้แบบฟอร์ม RF06, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้แบบฟอร์ม RF19, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงใช้แบบฟอร์ม RF20, รายงานสรุปผลการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF16



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่
- 1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.3 แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test

for nicotine Dependense

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้าง โดยใช้แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

- 2.2 คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
- 2.3 แผนการสอนเรื่องความลับของบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
- 2.4 วีซีดีสารคดีเรื่อง บุหรี่...ความลับ-ความรู้
- 2.5 แบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความหรือตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณลงในช่องว่าง

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่า/ แยกกันอยู่

4. การศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา 1-3 มัธยมศึกษา 4-6 อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

 ทำนา/ ทำไร่/ ทำสวน ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ค้าขายธุรกิจ กำลังศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

 น้อยกว่า 5,000 มากกว่า 5,000- 10,000 มากกว่า 10,000- 15,000 มากกว่า 15,000- 20,000 มากกว่า 20,000- 25,000 มากกว่า 25,000

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการสูบบุหรี่

7. อายุที่ท่านเริ่มสูบบุหรี่..... ปี
8. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน..... มวน/วัน
9. ท่านสูบบุหรี่มวนสุดท้ายเมื่อไหร่โปรดระบุ.....
10. ความพยายามในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวน..... ครั้ง
11. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> หักดิบหรือเลิกสูบทันที	<input type="checkbox"/> ค่อยๆลดจำนวนมวนลง
<input type="checkbox"/> นึกถึงโทษของบุหรี่	<input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรี่
<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายแทน	<input type="checkbox"/> อมลูกอม/ เคี้ยวหมากฝรั่ง
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
12. ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด.....
13. สาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่อีก.....
14. ท่านมีความตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่โดยเข้าร่วมโครงการนี้แค่ไหน

<input type="checkbox"/> มากที่สุด	<input type="checkbox"/> มาก
<input type="checkbox"/> ปานกลาง	<input type="checkbox"/> น้อย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล)

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....
3. ผลของการตรวจสวนหัวใจ.....
4. จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....
5. วิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อ ที่เป็นคำตอบที่ต้องการ

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
 - 10 มวนหรือน้อยกว่า (0)
 - 11-20 มวน (1)
 - 21-30 มวน (2)
 - 31 มวนขึ้นไป (3)
2. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่
 - ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3)
 - 6-30 นาทีหลังตื่นนอน (2)
 - 31-60 นาทีหลังตื่นนอน (1)
 - นานกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน (0)
3. ท่านสูบบุหรี่จัดใน 1 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงอื่นของวัน)
 - ใช่ (1)
 - ไม่ใช่ (0)
4. บุหรี่มวนไหนที่ท่านไม่อยากเลิกมากที่สุด
 - มวนแรกในตอนเช้า (1)
 - มวนอื่นๆ ระหว่างวัน (0)
5. ท่านรู้สึกอย่างไร หากต้องอยู่ในสถานที่ซึ่งห้ามสูบบุหรี่เป็นเวลานาน
 - รู้สึกอึดอัด (1)
 - ไม่รู้สึกอึดอัด (0)
6. ท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้ว่าจะนอนป่วยในโรงพยาบาล
 - ใช่ (1)
 - ไม่ใช่ (0)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง: เมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่แล้วท่านมีความมั่นใจเพียงใดที่จะไม่สูบบุหรี่ในสถานการณ์ต่อไปนี้

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

สถานการณ์	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มากที่สุด	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	ไม่มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่เลย
1. เมื่อท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
2. เมื่อท่านรู้สึกผิดหวังหรือไม่ได้สิ่งที่ปรารถนาหรือทำบางสิ่งบางอย่างไม่สำเร็จ				
3. เมื่อท่านอยู่กับคู่สมรส				
4. เมื่อท่านอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่				
5. เมื่อท่านมีเรื่องทะเลาะ หรือ ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว				
6. เมื่อท่านมีความสุข หรือ รู้สึกสบายใจ				
7. เมื่อท่านรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจในบางสิ่งบางอย่าง				
8. เมื่อท่านรู้สึกเศร้า เสียใจ เช่น การสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว				
9. เมื่อท่านเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่				
10. ระหว่างหรือหลังการดื่มกาแฟ				
11. เมื่อท่านอยู่ว่างๆ สบายๆ				

สถานการณ์	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่มากที่สุด	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่ปานกลาง	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่น้อย	มั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่เลย
12. เมื่อท่านรู้สึกว่าการก้าลังใจ				
13. เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า หรือ เมื่อรู้สึกว่าร่างกายไม่ตื่นตัว				
14. เมื่อท่านตื่นมาในตอนเช้าและต้องเผชิญกับวันที่ยุ่งยาก				
15. เมื่อท่านรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดอย่างมาก				
16. เมื่อท่านหยุดสูบบุหรี่ไปได้ระยะเวลาหนึ่ง				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1. ท่านได้หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่จะกระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่ เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
2. ท่านรับประทานอาหารแต่พอดี ไม่ให้อิ่มมากเกินไป			
3. ท่านรับประทาน ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมากขึ้น			
4. ท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเสร็จ			
5. เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ท่านหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ แทนการหยิบบุหรี่มาสูบ			
6. ท่านสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างน้อย 2-3 ครั้ง เมื่อเวลาที่อยากสูบบุหรี่จนกระทั่งรู้สึกผ่อนคลายขึ้น			
7. ท่านถ่วงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปให้นานที่สุด จนกระทั่งความอยากลดลง			
8. ท่านหาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือในห้องน้ำ			
9. เมื่อรู้สึกปากกว้างท่านหาผลไม้รสเปรี้ยว หรือของขบเคี้ยวที่ไม่หวานรับประทานแทนการสูบบุหรี่			
10. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่			

การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่	ทำเป็นประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
11. ท่านกล้าที่จะปฏิเสธการรับบุหรี่จากผู้อื่น และบอกผู้อื่นได้ว่ากำลังเลิกบุหรี่			
12. ท่านลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง/ ไม่สูบบุหรี่			
13. ท่านหางานอดิเรกทำเพื่อไม่ให้คิดถึงบุหรี่ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี หรือทำงานบ้าน			
14. เมื่อรู้สึกเครียด ท่านเลือกใช้วิธีคลายเครียดอื่นที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่ เช่น พูดคุยกับคนอื่น			
15. ท่านหาเวลาว่างในการออกกำลังกาย			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ กระบวนการจัดกิจกรรมได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แหล่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากข้อมูล 4 แหล่ง ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ในการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. การพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องการเลิกบุหรี่ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที โดยชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและความรุนแรงของโรคหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ตลอดจนสร้างความตระหนักให้เห็นผลดีผลเสียของการเลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เชื่อว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การพูดชักจูงจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นคำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ

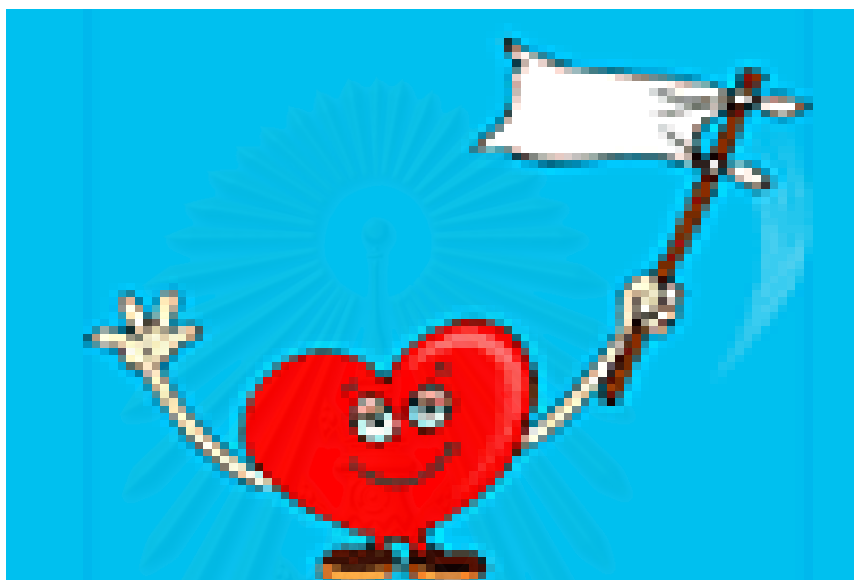
2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สังเกตตัวแบบผ่านสื่อ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ภาพสไลด์ วีซีดีสารคดีเรื่องบุหรี่... ความลับ-ความรู้ ที่ใช้ประกอบแผนการสอน ตลอดจนตัวแบบจริงที่มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในการเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้ โดยผู้สังเกตจะต้องเห็นการกระทำตัวแบบแสดง ซึ่งจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติของตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยเป็นผู้ที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามตัวแบบ ซึ่งผู้วิจัยจะมอบเอกสารและคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้เกิดความเชื่อมั่นและเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับที่จะต้องปฏิบัติ

3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยแจกแบบบันทึกการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้ผู้ป่วยเขียนถึงความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยถือค้ำมั่นว่าเมื่อ

กลับไปบ้านจะทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้วเกิดผลสำเร็จซ้ำกัน หลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่จะต้องทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วยเองทั้งในเรื่องการทิ้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่มวนแรกและมวนต่อไป ตลอดจนหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีการสูบบุหรี่หรือสถานการณ์ที่จะทำให้สูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและสามารถคงพฤติกรรมที่ดีได้ตลอดไป

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกันแสดงความคิดเห็นและเล่าถึงประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล ซึ่งความรู้สึกตื่นเต้น วิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียด เป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น (Bandura, 1997) และผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจตลอดจนเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางโทรศัพท์

คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง



จัดทำโดย

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง

นิสิตมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์. ชนกพร จิตปัญญา

คำนำ

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้มากที่สุด สารพิษในบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจตีบที่สำคัญ ได้แก่ นิโคติน ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ และสารก่ออนุมูลอิสระ โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด และเกิดก้อนเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ไขมันในหลอดเลือดหัวใจจึงตีบลง ทำให้เลือดผ่านได้น้อย ทำให้เกิดอาการจุกเสียด เจ็บแน่นหน้าอก จนถึงขั้นทำให้หัวใจวาย หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน

การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้สูบลงได้
ทุกท่านสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยตนเอง หากท่านมีความตั้งใจจริง

ทำวันนี้ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีตลอดไป

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่องความลับของบุหรื และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยจะให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองพิษภัยของบุหรื และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องเกี่ยวกับกำเนิดและวิวัฒนาการของบุหรื สารพิษในบุหรื โรคภัยจากการสูบบุหรี่ และภาพผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการป่วยและความทรมานจากโรคเรื้อรังนี้ ตลอดจนกลยุทธ์เกี่ยวกับการตลาดของบริษัทบุหรืในการขายบุหรื มีการสอนพร้อมกับการฝึกทักษะการปฏิเสธการรับบุหรืจากผู้อื่นโดยจำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจะทำการประเมินประสพการณ์การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และระยะเวลาที่เคยเลิกได้ รวมทั้งความต้องการในการเรียนรู้ก่อน จากนั้นจึงให้ความรู้เพิ่มเติมและให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสพการณ์การเจ็บป่วยและประสพการณ์การเลิกสูบบุหรี่ โดยมีสื่อการสอนคือ วีซีดีสารคดีเรื่องบุหรื...ความลับ-ความรู้ Power point มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะเลิกสูบบุหรี่ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื เข้าใจสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิเสธการรับบุหรืจากผู้อื่น
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง

ผู้สอน

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรง

ผู้เรียน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

สถานที่

ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ระยะเวลา

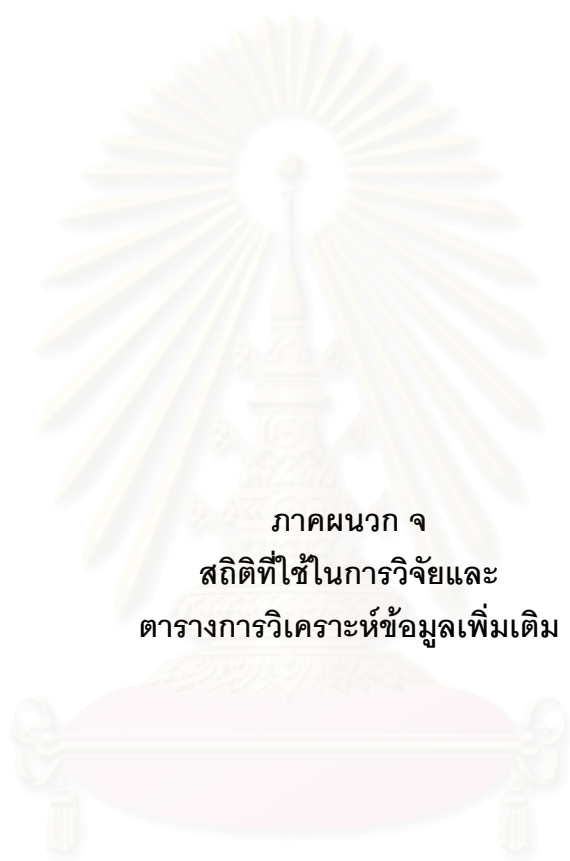
แบ่งการสอนออกเป็น 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที

ครั้งที่1 ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื สาเหตุและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ผลที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

ครั้งที่2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นได้หลังจากหยุดสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยฟังวิทยากรซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มาเล่าประสพการณ์ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและประสพการณ์การเลิกบุหรื

ครั้งที่3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิเสธการรับบุหรืจากผู้อื่น และจำลองสถานการณ์ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทบทวนทักษะปฏิเสธการรับบุหรืจากผู้อื่น

วัตถุประสงค์ เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	ประเมินผล
1. เพื่อ สร้างสัมพันธ ภาพระหว่าง ผู้ปวยและ ผู้วิจัย	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวพัชรี นทร์ อินทร์ปรง เป็นนิสิตปริญญา โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยิน ต่อนรับทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ สาเหตุการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจาก การสูบบุหรี่ ทักษะในการปฏิเสธ การรับบุหรี่จากผู้อื่น ตลอดจน วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อ นำไปปฏิบัติเมื่อท่านกลับบ้าน ซึ่ง จะเป็นประโยชน์ต่อท่านที่จะนำ ความรู้ต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติได้ ด้วยตนเองที่บ้าน และขณะที่ดิฉัน ให้ข้อมูล ทุกท่านสามารถซักถาม ข้อสงสัยได้ตลอดเวลาและเปิด โอกาสให้ท่านสามารถระบาย ความรู้สึกหรือซักถามข้อสงสัย และ ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบ คำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำ แก่ทุกท่านคะโดยเราจะใช้เวลาใน การพูดคุยกันประมาณ 45 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ ■ ■ 	<p>กล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ และขอความ ร่วมมือในการ สนทนาเพื่อเข้า ร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจง เนื้อหาความรู้ และระยะเวลา ที่จะสอน</p>		<p>สังเกตจาก การให้ความ สนใจ และให้ ความร่วมมือ ในการ สนทนาเพื่อ เข้าร่วมการ วิจัย</p>



ภาคผนวก จ
สถิติที่ใช้ในการวิจัยและ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 7 แบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคติน

การติดสารนิโคติน	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยปกติท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน				
10 มวนหรือน้อยกว่า	17	85	16	80
11-20 มวน	3	15	4	20
หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร				
ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน	0	0	0	0
6-30 นาที หลังตื่นนอน	3	15	5	25
31-60 นาที หลังตื่นนอน	8	40	7	35
นานกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน	9	45	8	40
ท่านสูบบุหรี่จัดใน 1 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน				
ใช่	5	25	5	25
ไม่ใช่	15	75	15	75
บุหรี่ยมไหนที่ท่านไม่อยากเลิกมากที่สุด				
มวนแรกในตอนเช้า	8	40	12	60
มวนอื่นๆระหว่างวัน	12	60	8	40
ท่านรู้สึกอึดอัดในการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่หรือไม่				
รู้สึกอึดอัด	0	0	0	0
ไม่รู้สึกอึดอัด	20	100	20	100
ท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้ว่าจะนอนป่วยในโรงพยาบาล				
ใช่	0	0	0	0
ไม่ใช่	20	100	20	100

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์การติดสารนิโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 10 มวนหรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่ว่าหลังตื่นนอนตอนเช้าทำนสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวนแรกนานกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่ว่าทำนสูบบุหรี่จัดใน 1 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่ใช่ คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน ส่วนบุหรี่ปริมาณที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ตอบว่า มวนอื่นๆระหว่างวัน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตอบว่า มวนแรกในตอนเช้า คิดเป็นร้อยละ 60 ความรู้สึกอึดอัดในการห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบว่า ไม่รู้สึกอึดอัดเท่ากัน ส่วนความต้องการสูบบุหรี่แม้ว่านอนป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบว่า ไม่ใช่เท่ากันทั้งหมด

สรุปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มติดสารนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง (n = 20)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	20.45	2.11	19	-30.96	.000
หลังการทดลอง	38.55	2.21			

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันที่ระดับ .05

แสดงค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

N of Cases = 30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	49.9000	107.0586	10.3469	16

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
I1	46.0000	105.1034	.2976	.8133	.8987
I2	47.0000	90.4828	.6365	.8973	.8879
I3	46.3667	98.3092	.4043	.8520	.8961
I4	46.9000	97.1966	.3924	.8373	.8973
I5	46.4667	94.8092	.5514	.9497	.8911
I6	46.8333	95.5920	.6000	.9196	.8897
I7	46.9000	95.5414	.6011	.8581	.8896
I8	46.1333	100.3954	.4999	.8782	.8938
I9	46.5000	94.7414	.5364	.8852	.8917
I10	46.7000	92.2172	.6273	.8741	.8882
I11	47.5000	92.1897	.6925	.8987	.8859
I12	47.2667	92.9609	.6304	.8500	.8882
I13	46.9000	91.8862	.6317	.8246	.8880
I14	47.1333	93.0851	.6195	.8872	.8886
I15	46.7000	92.0103	.5995	.8704	.8894
I16	47.2000	89.3379	.6751	.8690	.8862

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = .8969 Standardized item alpha = .8964

ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกลูกบุญหรือก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One Sample Kolmogorov-Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One Sample Kolmogorov-Smirnov test

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N	20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	18.6000
	Std. Deviation	2.01050
Most Extreme Differences	Absolute	.133
	Positive	.121
	Negative	-.133
Kolmogorov-Smirnov Z	.593	.083
Asymp. Sig. (2-tailed)	.873	.191

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกลูกบุญหรือก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

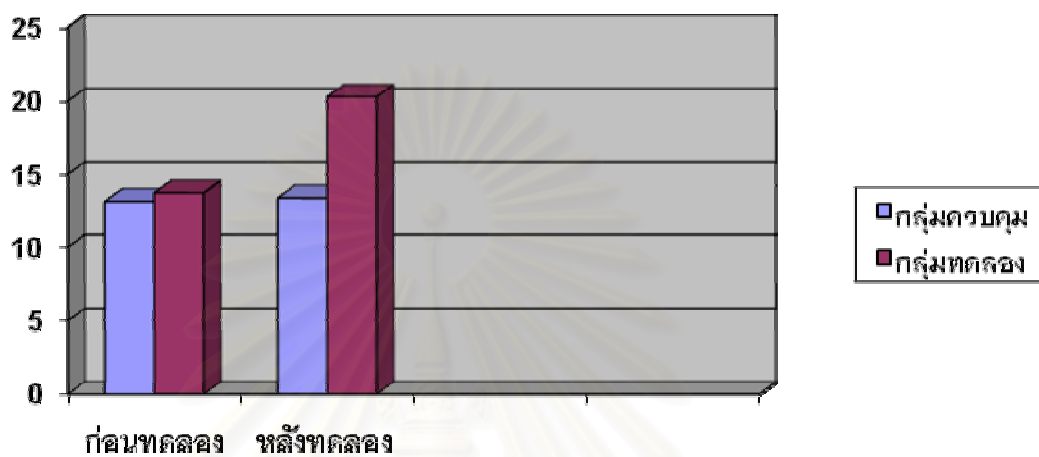
คู่ที่	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ผล แตกต่าง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ผล แตกต่าง
1	19	20	1	18	38	20
2	20	22	2	20	39	19
3	19	23	4	20	37	17
4	20	22	2	20	39	19
5	25	25	0	24	38	14
6	23	24	1	24	40	16
7	25	25	0	23	41	18
8	23	20	-3	23	42	19
9	20	20	0	24	39	15
10	19	19	0	18	43	25
11	17	21	4	17	39	22
12	16	18	2	18	38	20
13	24	20	-4	22	40	18
14	17	17	0	21	41	20
15	18	18	0	20	38	18
16	19	19	0	20	37	17
17	20	17	3	22	36	14
18	22	22	0	21	35	14
19	18	23	5	18	35	17
20	19	21	2	19	36	17

ตารางที่ 11 คะแนนพฤติกรรมกรเล็กสูบบุหรีในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมกรเล็กสูบบุหรี					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลแตกต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลแตกต่าง
1	14	14	0	13	19	6
2	13	15	2	12	19	7
3	13	13	0	13	20	7
4	12	11	-1	15	22	7
5	14	13	-1	16	24	8
6	12	12	0	13	25	12
7	13	13	0	14	23	9
8	14	14	0	15	20	5
9	12	12	0	13	20	7
10	13	13	0	14	18	4
11	14	14	0	13	18	5
12	12	12	0	12	19	7
13	12	12	0	13	25	12
14	14	16	2	14	18	4
15	15	14	1	15	19	4
16	10	14	4	13	16	3
17	13	14	1	14	15	1
18	13	14	1	15	26	11
19	14	14	0	15	16	1
20	15	15	0	15	24	9

ภาพที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่(\bar{x})



ภาพที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัชรินทร์ อินทร์ปรุง เกิดวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จ การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปีการศึกษา 2545 เข้า ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2549 ก่อนเข้ารับการศึกษได้ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ วิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย