

## รายงานการวิจัย

### การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่

ปาริชาติ ชุนศรี\*

ดร.กฤตยา แสงวงเจริญ\*\*

Khunsi, P., &amp; Sawangcharoen, K.

Cognitive behavioral therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia\*

Thai Journal of Nursing, 62(1), 55-64, 2013.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Schizophrenia, Smoking Cessation.

#### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 10 คน ได้รับบำบัด จำนวน 6 ครั้ง โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Hitsman, Taryn และ Montaya (2009) ติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ แบบประเมินอาการทางจิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิง

คุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการบำบัด กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความคิดเลิกสูบบุหรี่ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงระหว่างการบำบัด และไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังบำบัด ด้านพฤติกรรมการติดบุหรี่พบว่า ผู้ป่วยสามารถลดการสูบบุหรี่ 8 คน หยุดสูบบุหรี่ 1 คน ในระยะติดตามผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ 7 คน และหยุดสูบบุหรี่ได้ 2 คน และไม่มีผู้ใดปรากฏอาการทางจิตหรือมีอาการซึมเศร้า ดังนั้น รูปแบบการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทลดและเลิกบุหรี่ได้

รายงานการศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร

\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine effects of a cognitive behavior therapy for smoking cessation among patients with Schizophrenia. Participants were 10 patients with schizophrenia attending Smoking Cessation Clinic, Outpatient Department, Sakonnakhon Hospital. The six sessions of cognitive behavioral therapy was applied from Brian, Hitsman, Taryn, and Montaya (2009). Two follow-up activities were done at 2 weeks and one month after the therapy. Data collection was performed by using demographic questionnaire, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, Typology for smoker, Brief Psychiatric Rating Scale, and the Thai Depression Inventory scale. Results reveal that, at two weeks follow-up, eight participants decreased smoking and one participant quit. At one month follow-up, seven participants decreased smoking and two participants quit. Therefore, this cognitive behavior therapy for smoking cessation could help patients with schizophrenia decrease tobacco smoking and then, quit.

## ความสำคัญขอปัญหา

องค์การอนามัยโลก (2000) ได้ประกาศให้การติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง โดยจัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ มีรหัสทางการวินิจฉัยโรค (ICD-10) F17 (Cavallo, 2007 อ้างถึงใน รณชัย คงสกนธ์ และเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2552) ในเดือนตุลาคม 2552 ถึงพฤษภาคม 2553 มีผู้มารับบริการเพื่อออกบุหรี่ ที่คลินิกอดบุหรี่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 61 ราย และ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท 40 ราย (ร้อยละ 65.57) รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 8 ราย (ร้อยละ 13.11) ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง 5 ราย (ร้อยละ 8.19) ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบได้มากที่สุดในกลุ่มเจ็บป่วยโรคจิต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ขาดความเข้าใจ สภาพความเป็นจริง จนทำให้มีพฤติกรรมความคิด อารมณ์ผิดปกติ และมักสูบบุหรี่ โดยสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน และมีภาวะติดนิโคตินมาก ซึ่งระดับนิโคตินในเลือดมีผลกระตุ้น low-affinity alpha-7 nicotine receptors และช่วยลดอาการรุนแรงของโรคจิตเภทลงได้

แนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชเลิกบุหรี่ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ในคลินิกอดบุหรี่ทั่วไป หรือในศูนย์บำบัดยาเสพติด ได้แนะนำให้ใช้การบำบัดด้วยยาช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อป้องกันอาการทางจิตเวชกำเริบจากการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชและผู้สูบบุหรี่ที่ติดสารเสพติดอื่นๆ ด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ พร้อมกับช่วยบำบัดภาวะซึมเศร้า และช่วยฟื้นฟูการฟื้นฟูจากการเสพติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วย ดังนั้น การพิจารณาให้ได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่ จึงเป็นการรักษา ร่วมกับการให้การบำบัดวิธีอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษา และพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น การช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเลิกสูบบุหรี่ ต้องทำความเข้าใจและยอมรับธรรมชาติการติดสารเสพติดของผู้ป่วยก่อน (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ด้วยแรงจูงใจภายใน และแสดงถึงความตั้งใจอย่างดี จะช่วยให้หยุดสูบบุหรี่ได้ภายใน 4 สัปดาห์ องค์การ

การกุศลเพื่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (SANE Australia) และ มหาวิทยาลัย Melbourne ประเทศออสเตรเลีย (Strasser, 2001) ได้พัฒนาโปรแกรมลดและเลิกสูบบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญห การฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยติดตามนาน 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจอย่างมากที่จะลดการสูบบุหรี่และมีความก้าวหน้าในการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบอย่างสม่ำเสมอ จนหยุดได้สมบูรณ์ สอดคล้องกับ West, McNeill, และ Raw (2000) ที่ระบุว่าหัวใจสำคัญของการเลิกบุหรี่ คือ การสนับสนุนด้วยพฤติกรรมบำบัดทั้งแบบกลุ่มหรือรายบุคคล เน้นการเสริมกำลังใจ การสอนกลวิธีการเผชิญปัญหาและแนะนำวิธีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ National Advisory Committee on Health and Disability (2002) ให้ข้อแนะนำหลักในการสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ (Promoting Smoking Cessation) โดยใช้หลัก 5 A's และให้การจูงใจในการบำบัดด้วยหลัก 5 R's ส่วนสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, 1996) มีหลักการของบำบัดผู้ป่วยติดยา คือ แนะนำสถานการณืบุหรี่และความชุกในการใช้บุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับนิโคติน ผลกระทบของสุขภาพที่เกิดจากนิโคตินและธรรมชาติของการติดยา นิโคติน การทบทวนสาเหตุว่าทำไมจึงสูบบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การให้ยาและการวางแผนการเลิกบุหรี่ และทักษะการเผชิญความเครียดและวิตกกังวล Morris และ Waxmonsky (2006) ใช้โปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรักษาผู้ติดยาที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยการบำบัดรายบุคคล ประมาณ 8-10 คน สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 7-10 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะเลิกบุหรี่สำเร็จเมื่อให้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการใช้นิโคตินทดแทน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ยากและเป็นปัญหาต่อครอบครัวมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยังไม่มีความต้องการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ จากการประเมินสภาวะการติดยา นิโคตินในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดยาจำนวน 40 ราย พบว่า เป็นผู้ที่ติดยาที่ระดับน้อย 14 ราย ติดยาปานกลาง 18 ราย และติดยาระดับสูง 8 ราย และการประเมินระดับของการติดยา พบว่า มีผู้ที่ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่หรือติดทางร่างกาย 15 ราย สูบบุหรี่เพราะความเคยชิน 15 ราย และมีภาวะจิตใจพึ่งพาการสูบบุหรี่ 10 ราย สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องสูบบุหรี่ คือ มีความวิตกกังวลเรื่องภาวะเศรษฐกิจ จากอาชีพทำงานก่อสร้าง มีรายได้น้อยทำให้เครียด ผู้ป่วยบางรายเคยชินที่จะต้องสูบบุหรี่หลังดื่มกาแฟ หรือผู้ป่วยบางรายเคยเลิกบุหรี่หลายครั้ง แต่มีอาการหงุดหงิดจึงกลับมาสูบต่อ ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิตหวาดระแวงกลัวคนมาฆ่า เครียดมากจึงสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องการเลิกบุหรี่ ต้องอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก การนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ และทักษะในการประสานความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ซึ่งพบว่าหลังจากผู้ป่วยจิตเภทหยุดสูบบุหรี่ จะมีอาการทางจิตเวชกำเริบ เช่น แสดงอาการก้าวร้าว (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงพัฒนากิจกรรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดยาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกอดบุหรี่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร ร่วมกับการเฝ้าระวังการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวชที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ในช่วงของการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบำบัดและเป็นแนวทางในการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์

ศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่แบบผู้ป่วยนอก คลินิกอดบุหรี่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาล สกลนคร

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่แบบผู้ป่วยนอกในคลินิกอดบุหรี่ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร ดำเนินงานระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2553

### คำจำกัดความที่ใช้

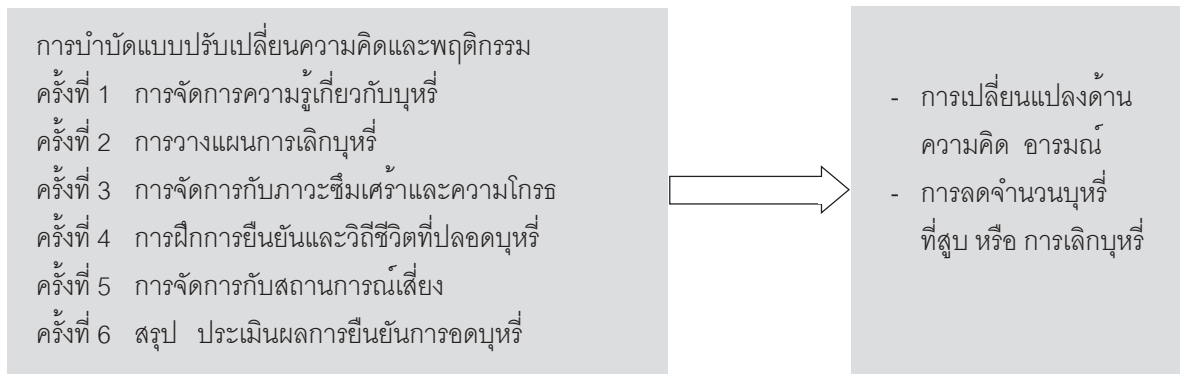
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดนิโคติน ตามรหัส ICD-10 : DSM IV (Tobacco dependence)

ติดบุหรี่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ และแพทย์ได้ให้การรักษาด้วยการใช้ยาที่ไม่ใช่ นิโคตินทดแทน (Non-nicotine medication) ได้แก่ Nortriptyline

การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล แบบผู้ป่วยนอกมีรูปแบบการบำบัดที่ผู้ศึกษาประยุกต์ขึ้น จากกรอบแนวคิดของ Hitsman, Taryn และ Montaya (2009) George และคนอื่นๆ (2000) สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (1996) และ The SANE Australia (Strasser,2001) โดยมีกิจกรรมบำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที

คลินิกอดบุหรี่ หมายถึง คลินิกที่ให้บริการอดบุหรี่ในรูปแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาล สกลนคร เพื่อให้บริการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ติดบุหรี่ทุกกลุ่มโรค

### กรอบแนวคิดของการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทติดยาสูบที่มารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอดบุหรี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแบบเจาะจง จากผู้ป่วย 40 ราย คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ที่แสดงผลว่า มีอาการทางจิตคงที่ ไม่มีความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้ และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่แสดงผลว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดสมัครใจเข้ารับการบำบัด ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม จำนวน 6 ครั้ง

เครื่องมือการบำบัด ได้แก่ โปรแกรมกิจกรรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Hitsman, Taryn และ Montaya (2009) และได้ใช้เนื้อหาตามสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (1996) และ The SANE Australia (Strasser, 2001) โดยผู้วิจัยให้การบำบัดแบบรายบุคคลตามโปรแกรมการบำบัด จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบำบัดซ้ำในผู้ป่วยที่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง โดยมีการตกลงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ได้แก่ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยการแสดงแผ่นภาพรูปสารประกอบในบุหรี่ ภาพโปสเตอร์โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และมอบเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโทษ และพิษภัยบุหรี่ ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียจากการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ครั้งที่ 2 วางแผนเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยแสดงภาพสมองติดยาสูบ ประกอบการอธิบายกระบวนการติดยาสูบให้ผู้ป่วยเข้าใจร่วมกันวางแผนสู่ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ และค้นหา

เทคนิคการหยุดความคิดที่จะสูบบุหรี่ ครั้งที่ 3 การจัดการกับภาวะซึมเศร้าและความโกรธ โดยการฝึกการวาดตนเองเพื่อผ่อนคลาย การจัดการกับความเครียดและความโกรธที่เหมาะสม ครั้งที่ 4 ฝึกการยืนยันการไม่สูบบุหรี่และวิถีชีวิตที่ปลอดบุหรี่ โดยทบทวนความรู้สึกพฤติกรรมที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ฝึกทักษะการปฏิเสธ ครั้งที่ 5 การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงที่จะกลับไปสูบบุหรี่อีกโดย ให้ผู้ป่วยท่องจำสิ่งดี ๆ ที่ได้จากการไม่สูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ และครั้งที่ 6 สรุป ประเมินผลการยืนยันการอดบุหรี่ โดยให้ผู้ป่วยบอกสิ่งยึดเหนี่ยวของตนเองในการเลิกบุหรี่ ให้สมุดประจำตัวผู้เลิกบุหรี่พร้อมทั้งชื่นชมให้กำลังใจ นัดติดตามผลหลังจากจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน เพื่อทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีก พร้อมระบุปัญหาและอุปสรรคระหว่างเลิกบุหรี่

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส การดื่มสุรา/กาแฟ ระยะเวลาที่สูบ อายุในการสูบครั้งแรก สาเหตุ ปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน เหตุจูงใจ ที่ทำให้เลิก กำลังใจในการเลิก ประวัติการเคยเลิก เหตุผล อาการผิดปกติจากอาการทางจิตและอาการขาดนิโคติน ยาหรือนิโคตินทดแทนที่ได้รับ ผู้บำบัดใช้ประเมินเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลย้อนกลับ

แบบประเมินสภาวะการติดยาสูบของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence [FTND]: Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991) เป็นแบบประเมินมาตรฐานและนิยมใช้ในการประเมิน

ระดับการติดนิโคติน มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกในวัน ความยากในการเลิกบุหรี่ โดยคำตอบของแต่ละข้อมีคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และสูงสุดคือ 3 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (2552) โดยผู้วิจัยนำมาใช้คัดกรองระดับการติดบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวางแผนการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลย้อนกลับทั้งก่อนและหลังให้การบำบัด แปลผลคะแนนรวม โดยมากกว่า 6 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ติดบุหรี่มาก (ติดนิโคตินซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย) 5 คะแนนแสดงว่าเป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง และ 0-4 คะแนนแสดงว่าเป็นผู้ติดบุหรี่ย่อย ซึ่งเกณฑ์พิจารณาคัดกรองผู้ป่วยเข้าโปรแกรมบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดบุหรี่ยกระดับปานกลาง ถึงระดับมาก

แบบประเมินลักษณะการติดบุหรี่ (Typology for smoker) เป็นการสอบถามถึงเหตุผลหลักที่ทำให้ยังสูบบุหรี่ ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ การติดนิโคตินหรือติดทางร่างกาย การติดทางความเคยชิน และการติดทางจิตใจ เป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยใช้สัญลักษณ์แทนลักษณะการติดบุหรี่ ได้แก่ □ หมายถึง การติดนิโคตินหรือติดทางร่างกาย ○ หมายถึง การติดทางความเคยชิน Δ หมายถึง การติดทางจิตใจ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากแนวทางการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุข (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2549) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับก่อนและหลังการบำบัดให้แก่ผู้ป่วย แปลผล

คะแนนโดยนับจำนวนสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยเลือก ลักษณะสัญลักษณ์ที่มากที่สุด จะเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ยังสูบบุหรี่อยู่

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติคะแนนเปรียบเทียบปริมาณการสูบบุหรี่ และระดับการติดบุหรี่ปีก่อนและหลังโปรแกรม ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการวิจัย

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมโปรแกรมเป็นชาย 9 ราย และหญิง 1 ราย อายุระหว่าง 27 - 55 ปี อายุเฉลี่ย 38.8 ปี และส่วนใหญ่อายุ 33-36 ปี สถานภาพโสด สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง ไม่ได้มสุรา แต่ดื่มกาแฟ อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 15.9 ปี (อายุน้อยที่สุด 10 ปีและมากที่สุด 20 ปี) เวลาเฉลี่ยที่สูบบุหรี่เท่ากับ 18.4 ปี (สูบน้อยที่สุด 6 ปี และมากที่สุด 33 ปี) จำนวนบุหรี่ที่สูบท่อวันเฉลี่ย 22 มวน (น้อยที่สุด 5 มวน และมากที่สุด 40 มวน) ในการติดตามผลในเวลา 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจบโปรแกรม พบว่า มีผู้ป่วย 1 คนหยุดสูบบุหรี่ได้ในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และเพิ่มเป็น 2 คน ในระยะ 1 เดือน ส่วนผู้ที่ยังสูบบุหรี่ พบว่า จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง โดยมีผู้ป่วย 8 คน ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงในช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์ แต่ลดลงเหลือ 7 คน ในระยะ 1 เดือน และยังคงมีผู้ป่วย 1 คน ที่สูบบุหรี่ในจำนวนที่เพิ่มขึ้นทั้งนี้ในช่วงก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยทั้ง 10 คนสูบบุหรี่เฉลี่ย 22.0 มวนต่อวัน ส่วนในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.7 และ 7.1 มวนต่อวัน ตามลำดับ

ตาราง 1 จำนวนบุหรืที่ผู้ป่วยสูบ ก่อนเข้าร่วมโครงการ และในระยะติดตามผล (n=10)

| ผู้ป่วยรายที่ | จำนวนบุหรืที่สูบโดยเฉลี่ย (มวนต่อวัน ) |                     |              |         |
|---------------|--|---------------------|--------------|---------|
|               | เพศ                                    | ก่อนเข้าร่วมโครงการ | ระยะติดตามผล |         |
|               |  |                     | 2 สัปดาห์    | 1 เดือน |
| 1             | ชาย                                    | 30                  | 10           | 0       |
| 2             | ชาย                                    | 20                  | 5            | 3       |
| 3             | ชาย                                    | 40                  | 20           | 10      |
| 4             | หญิง                                   | 30                  | 4            | 3       |
| 5             | ชาย                                    | 10                  | 3            | 3       |
| 6             | ชาย                                    | 10                  | 5            | 3       |
| 7             | ชาย                                    | 15                  | 15           | 40      |
| 8             | ชาย                                    | 5                   | 0            | 0       |
| 9             | ชาย                                    | 30                  | 5            | 3       |
| 10            | ชาย                                    | 30                  | 10           | 6       |

การเปรียบเทียบคะแนนระดับการติดสารนิโคติน และลักษณะการติดบุหรื ของผู้ป่วยก่อนเข้าโปรแกรม และระยะติดตามผล พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 10 คนระบุเหตุผลหลักก่อนเข้ารับการรักษาว่า เป็นผู้ที่ติดนิโคตินในบุหรื

จำนวน 5 คน ติดความเคยชิน จำนวน 3 คน เป็นทั้งสูบบุหรื เพราะความเคยชินร่วมกับมีภาวะจิตใจฟุ้งผากการสูบบุหรื 1 คน และเป็นแบบทั้งติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรืร่วมกับสูบบุหรืเพราะความเคยชิน 1 คน (ตาราง 2)

ตาราง 2 ระดับการติดสารนิโคตินและเหตุผลหลักของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ก่อนร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล (n=10)

| ผู้ป่วย<br>รายที่ | ระดับการติดสารนิโคติน และ ลักษณะการติดบุหรี่ |          |              |          |                |          | เหตุผลหลักที่สูบบุหรี่                           |
|-------------------|--|----------|--------------|----------|----------------|----------|--|
|                   | □ ติดสารนิโคติน                              |          | ○ ความเคยชิน |          | △ มีภาวะพึ่งพา |          |  |
|                   | ก่อน   | ติดตามผล | ก่อน         | ติดตามผล | ก่อน           | ติดตามผล |  |
| 1                 | 3  | 3        | 5            | 4        | 5              | 1        | ติดความเคยชินและ<br>ภาวะจิตใจพึ่งพาการสูบบุหรี่  |
| 2                 | 2  | 1        | 0            | 0        | 0              | 0        | ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่                     |
| 3                 | 5  | 4        | 5            | 4        | 4              | 2        | ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่<br>และติดความเคยชิน |
| 4                 | 4  | 4        | 2            | 2        | 2              | 2        | ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่                     |
| 5                 | 3  | 1        | 5            | 1        | 2              | 0        | ติดความเคยชิน                                    |
| 6                 | 3  | 2        | 2            | 1        | 1              | 1        | ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่                     |
| 7                 | 5  | 5        | 4            | 4        | 4              | 5        | ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่                     |
| 8                 | 0  | 0        | 1            | 0        | 0              | 0        | ติดความเคยชิน                                    |
| 9                 | 4  | 2        | 5            | 3        | 2              | 1        | ติดความเคยชิน                                    |
| 10                | 4  | 4        | 3            | 2        | 3              | 2        | ติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่                     |

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความคิด โดยมีความคิดในการลด เลิกบุหรี่ เนื่องจากข้อดีของการเลิกบุหรี่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ด้านอารมณ์หลังจากหยุดสูบบุหรี่ ซึ่ง ผู้ป่วยทั้ง 10 คนไม่มีอารมณ์หงุดหงิดและไม่มีอาการซึมเศร้า และด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสามารถลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงระหว่างเข้าโปรแกรม มีทักษะการปฏิเสธเพิ่มขึ้น และหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ได้

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลลัพธ์จากการบำบัดตามโปรแกรมเมื่อครบ 6 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งในช่วงระยะเข้าร่วมโปรแกรม และในช่วงติดตามผล 2 สัปดาห์และ 1 เดือน โดยลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงจากที่เคยสูบลงเป็นประจำในช่วงก่อนเข้ารับการบำบัด มีผู้ป่วยจำนวน 1 คน ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และจำนวนดังกล่าวหยุดต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผล 2 สัปดาห์และ



1 เดือน จากผลการศึกษา พบว่า การใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดยาเสพติดนั้น สอดคล้องกับแนวคิดการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่ติดยาเสพติดอื่น ๆ เลิกบุหรี่ได้ ของ ผอ.ศรี ศรีมรกต (2552) และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางช่วยผู้ป่วยจิตเภทให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดสามารถนำไปใช้ และประยุกต์ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ในผู้ที่สูบบุหรี่ ทั้งที่พบในประชาชนทั่วไป นักเรียน จนถึงผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายร่วมกับคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มหญิงมีครรภ์ที่ติดยาเสพติดร่วมด้วยสามารถนำมาใช้บำบัดร่วมกันได้ขึ้น อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดกระบวนการ

การเรียนรู้ที่จะจัดการกับอาการอยากบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

### ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการบำบัดดังกล่าว มีประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางจิตได้ จึงควรพิจารณานำไปใช้ในการบำบัดช่วยผู้ป่วยจิตเภท อื่น ๆ
2. ควรมีการรวบรวมข้อมูลติดตามผลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเลิกบุหรี่ได้ ต่อในระยะยาว เพื่อประกอบการพิจารณาให้ Booster Intervention ให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมการลด/เลิกบุหรี่
3. อาจศึกษาเปรียบเทียบกับกรบำบัดรูปแบบอื่น ๆ เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับการบำบัดช่วยลด/เลิกบุหรี่ได้ชัดเจนขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์. (2552). กลไกการติดยาเสพติด. ใน สุทัศน์ รุ่งเรือง และ รณชัย คงสกนธ์, *พิษภัยและการรักษาโรคติดยาเสพติด* (หน้า 137-148). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- เกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา. (2549). การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับการเสพยาเสพติด. ใน พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และ นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด* (หน้า 165-190). กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล๊อค.
- ผอ.ศรี ศรีมรกต. (2552). *แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. กรุงเทพมหานคร: มณีสพิลิม.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). *การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: แจนเซน - ซีแลก.
- ยุทธนา อองอาจสกุลมัน. (2548). การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(2), 114-123.
- รณชัย คงสกนธ์ และ ทานตะวัน สุระเดชากุล. (2549). *โครงการศึกษาแนวทางการให้บริการทางจิตเวชในการรักษาการหยุดสูบบุหรี่*. กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.พ.].

- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2552). การดูแลรักษาโรคติดยาหรือในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษต่างๆ. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญาและ  
รณชัย คงสกนธ์. *พิษภัยและการรักษาโรคติดยาหรือ* (หน้า531-556). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- Addington, J., el-Guebaly, N., & Campbell, W. (1998). Smoking cessation treatment for patients with  
schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 974-976.
- American Psychiatric Association. (1996). Practice guidelines for the treatment of patients with nicotine  
dependence. *American Journal of Psychiatry, October Supplement*, 51 (2), 1-31.
- Cavillo, D.A., Cooney, J.L., Duhig, A.M., & Smith, A.E. (2007). Combining cognitive behavioral therapy with  
Contingency management for smoking cessation in adolescent smokers: A preliminary Comparison of  
two different CBT formats. *American Journal on Addictions*, 16 (6), 56-70.
- Fiore, M.C. (2000). Public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence.  
*American Journal of Psychiatry*, 98 (5), 916-924.
- Hitsman, T., Moss, G., Montoya, I.D., & George, T.P. (2009). Treatment of Tobacco Dependence In Mental  
Health and Addictive Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 12 (5), 121-153.
- Hughes, J.R. (1992). Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,  
60 (5), 689-697.
- Waxmonsky, M. (2006). Predictors of Tobacco Use among Persons With Mental Illnesses in a Statewide  
Population. *American Journal of Psychiatry*, 57, 1035-1038.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to  
addictive behaviors. *American Journal of Psychology*, 47, 1102-1114.
- Resnick, M.P., & Bosworth, E.E. (1989). A smoke-free psychiatric unit. *Hospital and Community Psychiatry*,  
40, 525-527.
- SANE Australia. (2001). Smoking reduction and cessation for people with Schizophrenia : Guideline for  
Practitioners. Collaborative enterprise between SANE Australia and The University of Melbourne  
Department of Psychiatry.
- Strasser, K.M. (2001). Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia. Retrieved August 15,  
2006, from <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/publications/smoke/smoke.pdf>
- West, R., McNeill, A., & Raw, M. (2000). National smoking cessation guidelines for health professionals:  
An update. *Thorax*, 55, 987-999.