

# บทที่ 1

## บทนำ



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่สามารถป้องกันได้ถึง 36 โรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย มากกว่าพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ (Kanner, 1999) พบว่า 90% ของโรคมะเร็งปอดในผู้ชายและ 79% ของโรคมะเร็งในผู้หญิงเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543) การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลง ทำลายทั้งสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังพระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัส เนื่องในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา พระราชวังดุสิตฯ เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ทรงห่วงใยต่อปัญหาสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ ดังตอนหนึ่งว่า "คนที่สูบบุหรี่มากๆ หูเสียมาก เพราะว่าบุหรี่ทำให้เส้นเลือดตีบเมื่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหู.....โดนบุหรี่ทำให้เส้นเลือดตีบเลือดไปเลี้ยงไม่ได้ เลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะเหล่านั้นยาก ถ้าไปไม่ได้ก็ทำให้อวัยวะเหล่านั้นด้วยสมรรถภาพยากที่จะแก้ไข" (พระราชดำรัสในหลวงทรงห่วงเด็ก, 2547) รวมถึงการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2547 พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 5 ล้านคนในจำนวน 10 รายที่เสียชีวิตจะมี 1 รายที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ และได้มีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านรายต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าการสูญเสียชีวิตจากทุกสาเหตุรวมกันต่อปี สถิติที่ผ่านมาพบว่ามีคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน โดยที่บุคคลเหล่านี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนหรือมีอายุเพียง 35-69 ปีเท่านั้น (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

Dr. Judith Mackay ที่ปรึกษาการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งเอเชียขององค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าจะมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน 1,100 ล้านคน เป็น 1,640 ล้านคน และจะระบาดมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคอันเกี่ยวข้องกับบุหรี่จะมีมากเป็นสามเท่าของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ ในปัจจุบันโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีสาเหตุใหญ่ ๆ อยู่ 2 สาเหตุ คือ โรคเอดส์และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีจะถึงจุดสูงสุดในปี ค.ศ. 2006 ที่อัตรา 1.7 ล้าน

คนต่อปี แต่จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยบุหรี่จะยังคงสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากปัจจุบัน 3 ล้านคนต่อปี เป็น 10 ล้านคนต่อปีในช่วง ค.ศ. 2025 (ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการไม่สูบบุหรี่, 2548)

นอกจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแล้ว การสูบบุหรี่ยังจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียในด้านคุณภาพชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังการศึกษาของ จารุณี บรรลือ (2542) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จากการสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลรัฐทั้งสิ้น 7 แห่งทั่วประเทศและในกรุงเทพมหานคร จากกลุ่มผู้ป่วย 250 ราย กลุ่มอ้างอิง 250 ราย มีการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงเฉลี่ยร้อยละ 18 ต่อปี มีการสูญเสียจำนวนปีของการมีคุณภาพชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพเนื่องจากการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับ 9.39 ปี ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย

การสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ แล้วยังก่อความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจอย่างมหาศาลอีกด้วย (Fung, 2005) โดยจากการรายงานของธนาคารโลกพบว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจทั่วโลก 200,000 ล้านดอลลาร์หรือ 8 ล้านบาทต่อปี จากการศึกษาของ บุญศรี พรหมมาพันธุ์ และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยสูญเสียเงินในการซื้อบุหรี่มาสูบเดือนละประมาณ 1,500 บาท เมื่อคิดเฉลี่ยต่อคนจะสูบประมาณ 20 ปี คิดเป็นการสูญเสียเงินในการซื้อบุหรี่มาสูบคนละประมาณ 360,000 บาท และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ยังทำให้ความสามารถในการหารายได้ลดลงด้วย สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้น้อยนั้น นอกจากจะต้องใช้จ่ายเงินของครอบครัวในการรักษาพยาบาลตัวเองแล้ว กรณีที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐ ยังต้องใช้จ่ายเงินงบประมาณของรัฐที่ได้มาจากภาษีของประชาชนทั่วทั้งประเทศในการรักษา ซึ่งเท่ากับผลภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งให้กับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย (สถาพร จิรัตนานนท์, 2547) ในขณะที่รัฐบาลต้องเสียเงินไปกับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงเกือบร้อยละ 0.1 ของรายจ่ายทั้งหมดในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน โดยในปี 2542 รัฐมีรายจ่ายเกี่ยวกับโรคปอดประมาณ 240 ล้านบาท (อิสรา ศานติศาสตร์, 2548) และจากการศึกษาของ สติกร พงศ์พานิช ได้เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและในอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายของรัฐในปี 2546 ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการสูบบุหรี่เท่ากับ 10,057 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นทุกปี (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2548)

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรไทย ผลสำรวจล่าสุดในปี 2547 พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศซึ่งมีประมาณ 49.4 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 23.0) ในที่นี้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบทุกวันประมาณ 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 19.5) ผู้ที่สูบนานๆครั้งมีประมาณ 1.7 ล้านคน

(ร้อยละ 3.5) กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุดคืออายุช่วง 25-49 ปี เฉลี่ยวันละประมาณ 9-11 มวนต่อวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

การดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ (ลำลี เปลี่ยนบางช้าง, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพในรัฐบาลปัจจุบัน ที่ได้เน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพหรือที่เรียกว่า “สร้างนำซ่อม” ให้กับประชาชน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมานี้ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศคำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลกว่า “ทีมสุขภาพร่วมใจ ขจัดภัยบุหรี่” โดยมีประเด็นสำคัญที่เน้นบทบาทวิชาชีพสุขภาพกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 40 ประเทศแรกที่ได้ร่วมลงสัตยาบันในอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (The WHO Framework Convention for Tobacco Control: FCTC) ซึ่งถือเป็นกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพฉบับแรกที่ทำให้วิชาชีพสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพิ่มมากขึ้น (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548) พยาบาลนับเป็นวิชาชีพสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นกำลังสำคัญในการที่จะขับเคลื่อนการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสัมฤทธิ์ผลได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2548)

บทบาทวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีทั้งเชิงรับ และเชิงรุก การปฏิบัติครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2548) การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดบุหรี่อีกด้วย เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยไม่ว่าโรคอะไรก็ตาม เมื่อหยุดสูบบุหรี่แล้วจะช่วยให้บรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ดีขึ้นมากกว่าการให้ยารักษาเพียงอย่างเดียวหรือแม้กระทั่งในบุคคลที่ยังไม่เกิดโรคการเลิกบุหรี่ก็จะลดความเสี่ยงในการเกิดโรค มะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจได้ (Edwards, 2004)

จากการที่สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ผู้ป่วยได้เริ่มหยุดบุหรี่มาแล้วตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะกระตุ้น ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Bolman, et al., 2002) เนื่องจากช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ (Henrikus, et al, 2005) ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วๆ ไป (Miller, 1997; US Department for Health and Human Services, 1996) การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลจึงถือเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็น (Cole, 2001)

จากข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบของวิชาชีพสุขภาพในกลุ่มของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักจิตวิทยา ได้มีการรายงานผลเป็นตัวเลขไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินการช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ ในส่วนของพยาบาลเองก็ได้อบรมบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบจนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แต่มักไม่แสดงตัวเลขสัมฤทธิ์ผลจากการรายงานผลของพยาบาล (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยใน ที่ผ่านมามักเป็นการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ให้กับกลุ่มคนที่มีสุขภาพดีส่วนใหญ่และเน้นการป้องกันการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่มากกว่า

ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกทำลายจากสารพิษในบุหรี่แล้ว ยังจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการรุนแรงต่างๆ ของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้จากการที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างสงบ โดยมีการเริ่มต้นกิจกรรมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร (Henrikus, et al, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายแนวคิด พบว่า ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Transtheoretical Model) หรือที่เรียกว่า Stages of Change ซึ่งพัฒนาโดย Prochaska and DiClemente (Prochaska และคณะ, 2002) เป็นทฤษฎีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมากในการนำมาใช้จัดโปรแกรมช่วยเหลือบุคคลให้เลิกสูบบุหรี่ โดยทฤษฎีนี้ได้อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นไปตามขั้นตอน 6 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนตั้งใจ ขั้นตั้งใจ ขั้นพร้อมปฏิบัติ ขั้นปฏิบัติ ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม และขั้นสิ้นสุดพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาในการประเมินขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดของ Prochaska นั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ ที่จะใช้จัดกิจกรรมเพื่อผลักดันให้บุคคลก้าวเข้าสู่ขั้นตอนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น

การศึกษานี้ผู้วิจัย จึงได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาใช้ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม โดยแต่ละกิจกรรมนั้น จะมีความสอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการช่วยเหลือและติดตามประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ในระหว่างที่มีการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่ โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่อย่างถาวร

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้เน้นการช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายที่แตกต่างกันออกไป ตามระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่และสภาพปัญหาอุปสรรคของแต่ละบุคคล โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ สุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจและดำเนินการลงมือปฏิบัติการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Prochaska, 1983) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยก่อนที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

การประเมินความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ร่วมกับการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ถือเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นตอนก่อนชั่งใจ นั้นเป็นกลุ่มที่ไม่เคยคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองเลยไม่ว่าจะมีการให้ข้อมูลเพียงใดก็ตาม มักจะหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมปัญหาของตนเอง ต่อต้านการช่วยเหลือ ไม่ให้ความร่วมมือรวมทั้งไม่สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Prochaska, 1996) อีกทั้งการใช้กระบวนการพื้นฐานทั้ง 10 ประการของกระบวนการเปลี่ยนแปลง (process of change) ในผู้สูบบุหรี่ระยะนี้ยังมีน้อยมาก (Prochaska, 1983) จากการ ศึกษาของ Fava, Vilicer, และ Prochaska (1995) ระบุว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่ตัดสินใจเลิกบุหรี่จะใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 ประการน้อยกว่าผู้ที่พร้อมจะเลิกบุหรี่

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากเหตุผลเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นชั่งใจ ขั้นพร้อมปฏิบัติ และขั้นปฏิบัติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดจะมีอยู่ในขั้นชั่งใจนี้ประมาณร้อยละ 40 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดของในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, 2003; ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสำรวจของ ลลิตา เขตต์กัญญ์ (2546) ที่ได้ศึกษาถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ของทหารกองประจำการกองพลทหารปืนใหญ่ต่อสู้อากาศยานที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 31.21) อยู่ในระยะชั่งใจ ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มนี้เริ่มมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ อาจจะเคยเลิกบุหรี่มาแล้วแต่ไม่สำเร็จ มีความสนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสาร (Prochaska, 1996) ผู้สูบบุหรี่บางคนจะใช้ระยะเวลาในการชั่งใจอยู่นานก่อนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบางคนอาจใช้เวลานานเป็นปีหรือเรียกว่า chronic contemplation (Prochaska & Norcross, 2003) ผู้สูบบุหรี่ในขั้นชั่งใจนี้หากได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ก็จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ในระยะนี้สามารถก้าวเข้าสู่ระยะปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกบุหรี่ได้ง่ายและเร็วยิ่งขึ้นและเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับระดับความพร้อมและความตั้งใจในการที่จะเลิกบุหรี่ ก็จะมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้น

ให้มีการเตรียมความพร้อมในการที่จะเผชิญกับปัญหา ขณะหยุดสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อวิชาชีพพยาบาล และหน่วยงาน ดังนี้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ถ้าผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากบุหรี่
3. เป็นการพัฒนาระบบพยาบาลในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ นำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยนำไปปรับใช้ได้ทั้งกับสถานพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปทั้งในผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4. เป็นแนวทางสำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

### ปัญหาการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่จะทำให้พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันหรือไม่
2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่จะทำให้พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและมีหลายขั้นตอน ดังทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model or Stages of Change) ซึ่ง Prochaska ได้ใช้รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้มาอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความแตกต่างของ ผู้สูบบุหรี่ในแต่ละราย ความเข้าใจดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการให้คำแนะนำหรือให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้เหมาะสม รูปแบบของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีการดำเนินไปตามขั้นตอน 6 ขั้นตอนดังนี้ คือ 1. ขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation) คือ ผู้สูบบุหรี่ไม่มีความคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ไม่เคยที่จะคิดเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า 2. ขั้นตั้งใจ (Contemplation) หรือระยะไตร่ตรอง คือ ผู้สูบบุหรี่มีความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่แต่ยังกังวลถึงอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ด้วย คิดเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังไม่มีการตกลงใจว่าจะทำ ในระยะนี้ผู้สูบบุหรี่จะเริ่มพิจารณาถึงข้อดี (pros) และ ข้อเสีย (cons) ของการเลิกสูบบุหรี่ 3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ (Preparation) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่มีความมุ่งมั่นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในระยะเวลาอันใกล้ คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้ามีการวางแผน และกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ 4. ขั้นปฏิบัติ (Action) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เริ่มหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนแรก 5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้สูบบุหรี่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จนถึง 5 ปี ในบางครั้งขั้นนี้อาจเปลี่ยนกลับไปเป็นพฤติกรรมเดิมก็ได้ และ 6. ขั้นสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination) คือ การที่ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 5 ปี เป็นระยะที่บุคคลมีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่มีวันกลับไปสูบบุหรี่อีก (Prochaska, et al., 2002)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ Prochaska นั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ที่จะเป็นตัวผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, et al., 2002; Prochaska, 2003) โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลง 5 ประการแรกนั้นจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความรู้สึนึกคิด ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงอีก 5 ประการหลังนั้นจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Prochaska & Velicer, 1997) กระบวนการเหล่านี้ ได้แก่ 1. การปลุกจิตสำนึกสร้างความตระหนัก 2. การระบายความรู้สึก 3. การประเมินสิ่งแวดล้อม 4. การประเมินตนเอง 5. การประกาศอิสรภาพต่อสังคม 6. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม 7. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ 8. การเสริมแรง 9. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง 10. การควบคุมสิ่งเร้า และในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อก้าวเข้าสู่ในแต่ละขั้นตอนต่อไปนั้น จำเป็นจะต้องใช้กระบวนการดังกล่าวในแต่ละขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการนำกระบวนการทั้ง 10 ประการมาใช้ในการวางแผนและจัดกิจกรรมสำหรับช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิก

สูบบุหรี่ จะเป็นการกระตุ้นและช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถพัฒนาระดับความพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้ง่ายมากขึ้น กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการพื้นฐานทั้ง 10 ประการ มาประยุกต์จัดกิจกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนตั้งใจ ระยะก่อนคิดหรือระยะยังไม่ตัดสินใจ เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่โดยทั่วไปยังไม่ตระหนัก หรือไม่มีความต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว ผู้สูบบุหรี่นั้นอาจจะอยากเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่มีความตั้งใจหรือสนใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้าไม่ว่าจะมีการให้ข้อมูลเพียงใดก็ตามผู้สูบบุหรี่ในระยะนี้ก็จะหลีกเลี่ยงการการพูดคุยต่อต้านการช่วยเหลือ ไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน (Prochaska, 1996) อีกทั้งการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้ยังใช้น้อยมาก (Prochaska, 1983) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นตอนนี้มาเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะตั้งใจ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการสร้างความตระหนัก และการระบายความรู้สึก มากระตุ้นอารมณ์ให้ผู้สูบบุหรี่ได้เกิดความตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพทั้งของตนเองและบุคคลใกล้ชิดหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป เนื่องจากการกระตุ้นอารมณ์ให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะมีผลให้ผู้สูบบุหรี่เริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนัก และให้ผู้สูบบุหรี่ได้ระบายความรู้สึกของตนเองหลังการชมวิดีโอ หลังจากนั้นใช้กระบวนการประเมินตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ และนำไปสู่การตัดสินใจในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ การใช้กระบวนการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม โดยการร่วมค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในขณะที่เลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมสำหรับผู้สูบบุหรี่ในแต่ละราย เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ให้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังได้ใช้กระบวนการประเมินสิ่งแวดล้อม โดยให้ผู้สูบบุหรี่ได้ประเมินด้วยตนเองว่าการสูบบุหรี่ของตนมีผลกระทบต่อบุคคลใดบ้าง และมีบุคคลใดในครอบครัวที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ เพื่อใช้ในการวางแผนเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการใช้กระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าคุณวิจัยพร้อมที่จะช่วยเหลือ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้อย่าง

ขั้นตอนที่ 3 พร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง กับผู้สูบบุหรี่เป็นการตกลงว่าผู้สูบบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ตามสัญญาที่ได้ให้ไว้ การประกาศอิสรภาพต่อสังคม เพื่อที่จะเป็นแรงสนับสนุนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่อีกทั้งยังใช้ กระบวนการความ



สัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการเสริมแรง ให้กับผู้สูบบุหรี่อีกด้วยเนื่องจากการได้รับกำลังใจจะทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดี มีผลให้อยากที่จะเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กระบวนการเสริมแรง และการควบคุมสิ่งเร้า โดยการร่วมค้นหาสถานการณ์หรือสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่อยากสูบบุหรี่ ร่วมหาแนวทางแก้ไขและให้ผู้สูบบุหรี่ได้เลือกแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด เพื่อลดโอกาสการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก เนื่องจากระยะเวลาในขั้นปฏิบัตินี้จะอยู่ช่วง 6 เดือนแรกของการหยุดสูบบุหรี่ และการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาการเก็บข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยถึงเพียงขั้นตอนการปฏิบัติ

จะเห็นได้ว่าการนำกระบวนการพื้นฐานทั้ง 10 ประการ มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่นั้น ผู้วิจัยได้เน้นการสร้างให้ผู้สูบบุหรี่มีความสมดุลของการตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง พร้อมทั้งมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่ดีขึ้น ก้าวเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้ง่ายยิ่งขึ้นและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรตลอดไป

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษามลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

- |           |     |                              |
|-----------|-----|------------------------------|
| ตัวแปรต้น | คือ | โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ |
| ตัวแปรตาม | คือ | พฤติกรรมการเลิกบุหรี่        |

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **พฤติกรรมการเลิกบุหรี่** หมายถึง การกระทำใดๆของผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงจากเดิมที่เคยสูบเป็นประจำ หรือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆที่จะกระตุ้นให้ตนเองอยากสูบบุหรี่ รวมทั้งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ โดยประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกให้เลือกตอบแบบ Rating scale 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

2. **การเลิกบุหรี่** หมายถึง ผู้ป่วยอายุรกรรมที่หยุดสูบบุหรี่ ติดต่อกันได้นานอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ก่อนที่จะสิ้นสุดการทดลอง

3. **โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแต่ละระยะ การนำกระบวนการพื้นฐานทั้ง 10 ประการ มาจัดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ กิจกรรมการพยาบาลประกอบไปด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย 3. ให้การปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ 4. การติดตามและประเมินผล โดยที่กิจกรรมการพยาบาลจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

4. **การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การซักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยและลงบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วย การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่พร้อมกับแจกแผ่นพับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลตามปกติด้วยตนเอง

5. **ผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด่วนใน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยแพทย์สั่งให้รับไว้เพื่อนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ได้ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งต้องผ่านการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกมาแล้ว