

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่กับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้ เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. พิษภัยในบุหรี่และผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่
2. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่
 - 2.1 ความหมายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
 - 2.2 เส้นทางการเลิกบุหรี่
 - 2.3 การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยอายุรกรรม
 - 2.4 วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง
 - 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่
3. บทบาทพยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ
4. จรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ
5. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พิษภัยในบุหรี่และผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่

1.1 พิษภัยในบุหรี่

การสูบบุหรี่มีผลร้ายต่อสุขภาพหลายด้าน ทั้งนี้เพราะในบุหรี่มีสารประกอบต่างๆอยู่ ประมาณ 4,000 กว่าชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 60 ชนิด ซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตรายมาก โดยเฉพาะนิโคตินเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง เป็นทั้งตัวกระตุ้นและกด ประสาทส่วนกลาง (Nisell, et al., 1995) โดยนิโคตินจะถูกดูดซึมจากผนังเยื่อปอดลงไปออกฤทธิ์ที่ สมองส่วนเมโซลิมบิก (Mesolimbic Dopamine system) และส่วนโลกัส เซรูเลียส ทำให้มีการหลั่ง สารโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้น ถ้าได้รับนิโคตินขนาดน้อยๆ เช่น สูบบุหรี่เพียง 1-2 มวน อาจกระตุ้น

ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบุหรี่หลายๆ มวนจะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ซ้ำลง ส่วนใหญ่นิโคตินประมาณ 95% จะจับอยู่ในปอด บางส่วนตกค้างอยู่ที่เยื่อบุช่องปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ไปออกฤทธิ์โดยตรงต่อต่อมหมวกไต กระตุ้นให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟริน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแขนขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด ประมาณกันว่าควันบุหรี่ 1 มวนมีสารนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) แม้การสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองก็ไม่ได้ช่วยทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงด้วย (สถาบันการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2544) สารอันตรายตัวที่สองที่พบในบุหรี่คือ ทาร์ หรือ ดินน้ำมัน สารนี้เป็นสารประกอบเกาะกันเป็นสีน้ำตาลและก่อให้เกิดมะเร็งได้ ตั้งแต่ส่วนของปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะอื่นๆ ส่วนใหญ่ของดินน้ำมันจะไปจับที่หลอดลม และปอดได้ถึงร้อยละ 50 ทำให้เกิดอาการระคายเคืองจนไอเรื้อรัง มีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซองจะได้รับดินน้ำมันเข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 มิลลิกรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีดินน้ำมันอยู่ระหว่าง 12-24 มิลลิกรัมต่อมวน สารอันตรายตัวต่อมาคือ คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นตัวนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับกับออกซิเจนได้เท่ากับเวลาปกติ ร่างกายจึงเกิดภาวะขาดออกซิเจน ทำให้รู้สึกมึนงง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ

นอกจากคาร์บอนมอนอกไซด์แล้ว ในบุหรี่ยังมีไฮโดรเจนไซยาไนด์ ซึ่งเป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้นทำให้ไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีอาการมากขึ้น ไนโตรเจนไดออกไซด์เป็นก๊าซพิษอีกชนิดที่เกิดจากการเผายาสูบ ก๊าซนี้มีฤทธิ์ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันเป็นถุงใหญ่ ทำให้พื้นที่ผิวที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการฟอกเลือดทำได้น้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลงในที่สุดเกิดโรคถุงลมโป่งพอง สารแอมโมเนีย เป็นสารอีกชนิดที่พบในควันบุหรี่มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและกระตุ้นให้มีเสมหะมาก ในควันบุหรี่ยังจะประกอบด้วยสารกัมมันตภาพรังสี จำพวกโพโลเนียม 210 ซึ่งมีรังสีแอลฟา ที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอดได้อีกด้วย (สถาบันการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2544)

นอกจากสารพิษและก๊าซพิษที่กล่าวมาแล้วยังพบในควันบุหรี่ยังมีแร่ธาตุบางอย่างอีก เช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะนิกเกิลเมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นๆ จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง และสารพิษที่พบเพิ่มต่อมาในควันบุหรี่ ได้แก่ แคดเมียม (Cadmium) เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรมโพลีเมอริ์กโตนิก และเป็นสารประกอบที่อยู่ในถ่านไฟฉายด้วยมีผลต่อ ตับ ไต และสมอง บุหรี่ 1 มวนมีแคดเมียม 1-2 ไมโครกรัม และ 10% ของ

แคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไปเวลาที่สูบ ตัวที่สอง คือ สารหนู เป็นสารเคมีที่ประกอบอยู่ในจำพวกผลิตภัณฑ์ยาฆ่าหญ้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับเอาสารนี้เข้าไปจะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนและท้องร่วงอย่างรุนแรง สารพิษตัวต่อมาคือฟอร์มาลดีไฮด์ เป็นสารที่ใช้ในการดองศพ คนที่สูบบุหรี่วันละ 20 มวน จะได้รับสารฟอร์มาลีนในปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวันและยังเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย แม้แต่สารตะกั่วที่มักพบอยู่ตามโรงงานอุตสาหกรรมจำพวกแบตเตอรี่ หรือโรงถลุงโลหะ เหล็กต่างๆ ก็ยังพบได้ในควันบุหรี่อีกด้วย เป็นสารก่อมะเร็งมีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ทางระบบประสาท จะทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ ผลต่อระบบเลือด คือ จะทำให้ความดันเลือดสูงมีผลต่อระบบไต และที่สำคัญมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ จะทำให้เป็นหมันในเพศชาย ซึ่งจะทำให้ตัวอสุจิ ผิดปกติ และน้อยลง จึงทำให้เกิดสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้ รวมทั้งอะซิโตน ซึ่งเป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในน้ำยาล้างเล็บ ซึ่งพบว่าอยู่ในบุหรี่ด้วยเช่นกัน (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

จากการที่บุหรี่ยังมีส่วนประกอบของสารพิษและก๊าซพิษมากมายดังกล่าวแล้ว การสูบบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ ทั้งของผู้สูบเอง บุคคลข้างเคียง และยังส่งผลกระทบต่อในด้านอื่นๆ อีกมากมาย ดังนี้

1.2 ผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่

1.2.1 โรคมะเร็ง ที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งปอด และจากสถิติพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมาจากการสูบบุหรี่ (US Department of Health and Human Services, 1985) ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 12 เท่า (Tsao, 2006) แต่หากสูบมานาน 21-40 ปี โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 30 เท่า และจากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีได้สูบบุหรี่เกิดโรคมะเร็งจากควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในชายไทย การสูบบุหรี่ยังนอกจากจะทำให้เกิดมะเร็งปอดแล้ว ยังเป็นสาเหตุของมะเร็งที่คอ กล่องเสียง ช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น อันเป็นผลมาจากควันบุหรี่ที่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็ง ซึ่งมากถึง 60 ชนิด มากกว่าสารก่อมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ร่างกายจะมีโอกาสได้รับทั้งหมดรวมกัน นอกจากนี้สารก่อมะเร็งที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายยังถูกกระแสเลือดพาไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีรายงานพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งของตับอ่อน มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

1.2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้ง

ความดันเลือดและไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถึง 8 เท่า ของคนทั่วไปโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ติดบุหรี่ จะทำให้เส้นเลือดเสื่อม และเกิดความตีบตันเร็วมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 - 15 ปี บุหรี่มีสารที่เป็นผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด คือ สารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และ ทาร์ โดยเฉพาะสารนิโคตินซึ่งจะมีผลให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ซึ่งมีกลไกนี้เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกร่วมกับการขาดออกซิเจนจากสาร คาร์บอนมอนอกไซด์ ยิ่งจะทำลายเซลล์ดังกล่าวมากขึ้น ทำให้ไขมันที่มีอยู่ในเลือดไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ควันบุรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่ายขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่ในของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตทันทีทันใดได้ กรณีที่เกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้วและยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

1.2.3 โรคระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะต้องมีการสูดเอา ควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย โดยผ่านเข้าไปในปอดควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ และหอบ อันตรายจากโรคระบบทางเดินหายใจนี้ พบมากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (US Department of Health and Human Services, 1984) และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมากตอนเช้า ทำลายบุคลิกและสุขภาพ ยิ่งสูบนานมากขึ้นเท่าใดก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมากขึ้นเท่านั้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า ซึ่งโรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็กๆ หลายๆ อันแตกรวมกัน กลายเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีจำนวนน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอหอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมาณไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองนั้นฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเกิดปอดแฟบและทำให้เจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

1.2.4 โรคของระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น เกิดความระคายเคือง การอักเสบของเยื่อกระเพาะและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 2.9 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีอันตรายเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากกว่า รวมทั้งยังทำให้แผลหายช้ากว่าปกติและทำให้แผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้การใช้ยา histamine H2-receptor antagonists เพื่อยับยั้งการหลั่งกรดของกระเพาะอาหาร ในตอนกลางคืนได้ผลไม่ดี (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543) ขณะที่การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้นแต่การหลั่งของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ผลคือผู้สูบบุหรี่มีอาการอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เกิดแผลในกระเพาะอาหารถ้าสูบบุหรี่จะเป็นแผลในกระเพาะ และการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคลำไส้เรื้อรัง เกิดมะเร็งปากและลิ้น ประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อโรคของน้ำลายลดลง ปากมีกลิ่นเหม็น และมีคราบบุหรี่ และมีโอกาสเป็นโรคเหงือกสูง และมีโอกาสเกิดมะเร็งลำคอ ผู้ป่วย 4 ใน 5 คน เป็นมะเร็งหลอดคอ ขณะที่ควันบุหรี่ลงไปใน สารก่อมะเร็งจะไปสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อลำคอ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2547)

1.2.5 ผลต่อเหงือกและฟัน ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดโรคของเหงือกและฟัน มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ฟันมีสีเหลืองและผู้ที่สูบนานๆ ฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุคร่อน ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเหงือกอักเสบมากกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 4 เท่าตัว การสูบบุหรี่จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในช่องปากเสียไป ลดปริมาณออกซิเจนและสารที่มีประโยชน์ ที่จะส่งผ่านเข้าไปในเหงือก (Burns, 1994) จากการสำรวจยังพบอีกว่า ผู้สูบบุหรี่ สูญเสียฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนการรักษาโรคนั้นก็ปรากฏว่า ผู้สูบบุหรี่ หายช้ากว่าผู้ไม่สูบ รวมถึงผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 1 ของครั้งจะมีความเสี่ยงต่อ โรคปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่สูบถึง 6 เท่า ส่วนผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละครั้งของมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบประมาณ 3 เท่า (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

1.2.6 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ในผู้ที่สูบบุหรี่จัดเพศหญิงจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติโอกาสตั้งครรภ์ยาก เพศชายพบว่ามี การตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546) และที่สำคัญมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ จะทำให้เป็นหมันในเพศชาย ซึ่งจะทำได้พอสุจริตปกติและการสร้างน้อยลงจึงทำให้เกิดสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้ เนื่องจากมีสารตะกั่วอยู่ในบุหรี่ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2547)

1.2.7 บุหรี่ทำให้ตาบอด การสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องทำให้ตาบอดอาการตาบอดที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ เข้าได้กับลักษณะของโรคจอประสาทตาเสื่อม มีงานวิจัยหลายชิ้นเกี่ยวกับเรื่องนี้ยืนยันว่า คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนี้นี้สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในเมืองไทยคน

ที่จอประสาทตาเสื่อมจะมีอายุประมาณ 70-80 ปีขึ้นไป แต่มีบางรายที่มีอาการนี้เมื่ออายุประมาณ 50-60 ปี ส่วนใหญ่จะมีประวัติเป็นคนที่สูบบุหรี่จัด นอกจากนี้ยังพบว่า บุหรี่มีผลให้เกิดต่อกระดูก และมีส่วนทำให้อาการต้อหินแย่ลงอีกด้วย (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

1.2.8 ผลต่อผิวหนัง การสูบบุหรี่ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยง ทำให้ผิวหนังแห้งแข็ง และเกิดรอยย่น ทำลายผิวหนัง สารทาร์ในบุหรี่ทำให้นิวโมะเลีย และเล็บเป็นคราบเหลือง เกิดโรคเรื้อนกวาง ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเป็นผื่น แดงปนสีเงิน เกิดขึ้นได้ทั่วตัว

1.2.9 ผลของบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง ควันบุหรี่มี 2 ชนิด คือ ควันสายหลัก (Main stream smoke) หมายถึง ควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปในปาก และควันสายข้างเคียง (Side stream smoke) หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไว้ ส่วนใหญ่แล้วควันที่ลอยอยู่ทั่วไปมาจากควันสายข้างเคียงร้อยละ 85 ของควันบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มือสอง หมายถึงการที่ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงาน ร้านอาหาร หรือที่ใดก็ตาม โดยจะหายใจเอาควันที่ผู้อื่นสูบลอยเข้ามาสูบลอด ควันบุหรี่ที่ล่องลอยอยู่นั้น จะประกอบด้วย ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา และควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ โดยควันบุหรี่ที่พ่นจากปากผู้สูบจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซับสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ขณะที่ควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ขณะที่ไม่ได้สูบ มีความเข้มข้นของสารพิษสูงกว่าและมีขนาดเล็กกว่าควันที่ถูกพ่นออกจากปากผู้สูบ จึงสามารถผ่านลงไปในปอดได้ลึกกว่า ผู้สูบบุหรี่โดยทางอ้อมสามารถเกิดโรคต่างๆ ได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ และการที่อยู่ในห้องที่มีการสูบบุหรี่ทุกๆ 20 มวน จะทำให้ได้รับควันบุหรี่เป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

1.2.10 ผลกระทบของบุหรี่ต่อสังคม การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ พบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น ซึ่งเท่ากับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดต่อไป ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อสังคมอย่างมาก (นิตยา ร่มริน, 2545)

1.2.11 ผลกระทบของบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม นอกจากบุหรี่จะทำให้บ้านเมืองสกปรกแล้ว ควันบุรียังก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย นอกจากนี้บุรียังเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ของตนเองและผู้อื่นอีกด้วย

1.2.12 ผลกระทบของบุหรี่ในด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกนั้นเป็นจำนวนเงินหลายหมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อปี และครึ่งหนึ่งของความสูญเสียนั้นเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ของคนในประเทศสูงขึ้นเรื่อยๆ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2547)

2. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่

2.1 ความหมายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

พฤติกรรม คือ การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

เลิก หมายถึง ยุติงด หรือการไม่ดำเนินการต่อไป (วิทย์ เทียงบูรณธรรม, 2545)

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่ขอบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกบุหรี่ / ไม่ขีดไฟ / ไฟแช็ค การไม่สูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง (ลีนา ลูตีเบญจพล, 2536)

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ หรือไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่พกบุหรี่ ไม่ขีดไฟ ไฟแช็ค การไม่สูบบุหรี่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (ภัทรภร กาญจโนภาส, 2538)

การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอหรือไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่ หรือไม่ขีดไฟ หรือไฟแช็ค และการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง (กุลวรรณ นาครักษ์, 2540)

การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอ หรือไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่หรือไม่ขีดไฟ หรือไฟแช็ค (ประไพจิตร ชุมแสงวาปี, 2542)

การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอ หรือไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ ไม่พกบุหรี่ หรือไม่ขีดไฟ หรือไฟแช็ค (กิตติศักดิ์ เมืองหนู, 2544)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การงดสูบบุหรี่ โดยการ ไม่พกบุหรี่ ไม่ซื้อบุหรี่ การไม่นำบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ และ ไม่พกอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ติดตัว รวมถึงการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงด้วย

2.2 เส้นทางการเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่จะทำให้ความรู้สึกด้านการรับรสและกลิ่นดีขึ้น สุขภาพแข็งแรง ลมหายใจสะอาด สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยประหยัดเงินและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดและ

หัวใจ มะเร็งทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรกระบบทางเดินหายใจ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอายุที่ยืนนานกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ พ่อแม่ที่เลิกบุหรี่จะลดโอกาสที่ทารกและเด็กจะสัมผัสกับควันบุหรี่ มีผลทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด การติดเชื่อระบบทางเดินหายใจ (Wongwiwatthanakit, et al., 1998) ทางเลือกในการอดบุหรี่สำหรับผู้ติดบุหรี่ และมีความต้องการเลิกบุหรือนั้น ปัจจุบันมีวิธีการรักษาอยู่ 2 แนวทาง (สาวิตรี อัคราวงศ์รัชย์, 2546) คือ โดยการไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Treatment) สามารถทำได้ทั้งแบบหักดิบ (cold turkey) หรือใช้พฤติกรรมบำบัด และแนวทางที่สองการรักษาโดยการใช้ยา (Pharmaceutical therapy) โดยการให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) ในผู้สูบบุหรี่บางรายที่มีการติดทางร่างกายมากๆ อาการขาดนิโคตินรุนแรงจะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกล้มความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้

การให้นิโคตินทดแทนมีในรูปแบบต่างๆกัน ซึ่งในประเทศไทยมีใช้กันอยู่ 2 แบบ คือ หมากฝรั่งอดบุหรี่ (Nicotine polacrilex gum) และ แผ่นแปะนิโคติน (Transdermal nicotine patch) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543)

บุหรี่หรือยาสูบชนิดต่างๆจะมีสารนิโคติน ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทสมอง มีฤทธิ์เสพติดสูงมาก การสูบบุหรี่ทำให้สมองและระบบประสาทส่วนกลางได้รับสารนิโคตินรวดเร็วมาก คือ ประมาณ 6 วินาที เร็วกว่าการได้รับยาเสพติดชนิดอื่น ๆ เร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือดเสียอีก สมองและระบบประสาทส่วนกลางได้รับสารนิโคตินอย่างรวดเร็วและง่ายตาย ฤทธิ์เสพติดของบุหรี่ทำให้เกิดความพึงพอใจ มีความอยากบุหรี่เมื่อระดับนิโคตินในเลือดลดต่ำลง การสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเป็นการติดที่พฤติกรรม หรือความเคยชินต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้ยากต่อการเลิก และเมื่อผู้สูบบุหรี่ได้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ จึงจำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ อีกทั้งผู้สูบบุหรี่จะต้องมีจิตใจที่เข้มแข็งพอ เพื่อที่จะสามารถผ่านระยะวิกฤตนี้ไปได้ ซึ่งเส้นทางสู่การเลิกบุหรี่ได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

ระยะแรก (ระยะขาดสารนิโคติน: 1 เดือนแรก) อาการขาดนิโคตินจะมีอาการมากที่สุดในช่วงสัปดาห์แรก มีลักษณะดังนี้ การถอนพิษบุหรี่ การอยากบุหรี่ ซึมเศร้า หมดแรง เหนื่อยล้า หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ความทุกข์จากการขาดสารนิโคตินในบุหรี่ที่รุนแรงเป็นปัญหาทางจิตเวช สมองไม่สามารถทำงานได้ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เนื่องจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ มีความอยากสูบบุหรี่อย่างรุนแรง นอนไม่หลับและอ่อนเพลีย การหยุดบุหรี่ ระยะแรก ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้สูบบุหรี่มักจะมีเชื่อมั่นในตนเองสูงจนชะล่าใจว่าเลิกบุหรี่ได้

ระยะกลาง (ระยะยึดเยื่อ: เดือนที่ 2-4) เป็นช่วงสำคัญของกระบวนการเลิกบุหรี่ สิ่งที่เกิดขึ้น คือ

ก. ช่วงระหว่างระยะยึดเยื่อ จะมีการหวนคืนกลับไปมีอาการเหมือน 2-4 สัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ แม้ไม่มีอาการขาดสารนิโคตินเหมือนในสัปดาห์แรก แต่ก็ยังไม่อยู่ในภาวะปกติ

ข. หลังการหยุดบุหรี่อาจยังเห็นไม่ชัดว่ามีอารมณ์ ที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่เหลืออยู่ ผู้เลิกบุหรี่ควรจำไว้ว่าระยะยึดเยื่อเกิดเพียงชั่วคราว และเป็นสิ่งที่แสดงว่าสมองกำลังฟื้นตัวดีขึ้น

ค. ในระยะนี้จะขาดพลังอารมณ์ มักจะเฉยๆ ถึงซึมเศร้า เหงา เบื่อควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจเกิดความเบื่อหน่ายแล้วกลับไปสูบบุหรี่ หาเหตุผลในการที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ แต่สิ่งเหล่านี้สามารถป้องกันได้

ระยะปรับตัว (ระยะคลี่คลาย: เดือนที่ 5-12) ถึงแม้ว่าจะไม่มีปัญหาทางสรีระวิทยาในระยะนี้แล้ว การเลิกบุหรี่เมื่อผ่านระยะยึดเยื่อมาได้ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจ แต่ยังไม่แน่นอน ผู้เลิกบุหรี่ที่ผ่านระยะนี้ได้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้เริ่มทำมาตั้งแต่ระยะเริ่มให้คำปรึกษา การประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ไม่ใช่เพียงแค่เรียนรู้วิถีชีวิตใหม่เท่านั้น แต่ต้องคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนภัยต่างๆที่จะไปสู่การกลับไปสูบบุหรี่อีก การดำเนินชีวิตที่สมดุลการสนใจสิ่งใหม่ๆจะทำให้เห็นว่า กระบวนการเลิกบุหรี่เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินไปตลอดชีวิต

ก. เนื่องจากมีอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้นหลังผ่านระยะยึดเยื่อ จึงควรเน้นความสำคัญของสิ่งที่ถูกหลีกเลี่ยงก่อนระยะนี้

ข. ระหว่างระยะปรับตัว(ระยะคลี่คลาย) ผู้เลิกบุหรี่เริ่มจะทราบชัดว่าการเลิกบุหรี่เกี่ยวข้องกับหลายสิ่งไม่ใช่เฉพาะการไม่สูบบุหรี่เท่านั้น

ค. การรับรู้่วาวิธีการเลิกบุหรี่อาจทำให้ผู้สูบชะล่าใจ และเป็นต้นเหตุให้กลับไปสูบบุหรี่ได้

2.3 การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยอายุรกรรม

การสูบบุหรี่วันละไม่ต่ำกว่า 20 มวน ผู้สูบจะได้รับสารนิโคตินประมาณวันละ 200 ครั้ง และสารเคมีอื่นๆ อีกหลายพันชนิด แต่ทันทีที่ผู้สูบเริ่มหยุดสูบบุหรี่ 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

ความรู้สึกทุกข์และกลืนจะกลับคืนมาเหมือนเดิม นอกจากนั้นกลืนตัวก็จะปลอดภัยขึ้นด้วย ภายใน 3 สัปดาห์ การทำงานของปอดจะดีขึ้นทำให้สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นกว่าครั้งที่สูบบุหรี่อยู่ ภายใน 2 เดือน เลือดจะไหลเวียนไปสู่แขนขาและจะมีกำลังวังชาเพิ่มมากขึ้น และเมื่อหยุดได้ถึง 3 เดือน ระบบการจัดสิ่งสกปรกในปอดจะทำงานได้เป็นปกติ (Anthonisen, et al, 1994) ขณะเดียวกันสำหรับผู้หยุดสูบบุหรี่ที่เป็นชายนั้นในช่วงนี้เชื้ออสุจิจะกลับเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติ และจำนวนเชื้ออสุจิก็ก็นำขึ้นด้วย ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจขาดเลือดจะลดลงจนเกือบเท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ภายใน 10 -15 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคร้ายต่างๆ ที่เกิดจากบุหรี่รวมทั้งมะเร็งปอดจะมีความใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆกลับเข้าสู่สมดุล อวัยวะต่างๆได้รับเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น ดังนี้

2.3.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อหยุดสูบบุหรี่ก็จะหยุดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ลดการเกิดอาการเจ็บแน่นอก หรืออาการที่จะเกิดจากหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่หยุดสูบบุหรี่ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบทั้งเพศชายและเพศหญิง ในทุกกลุ่มอายุ อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ลดลงครึ่งหนึ่ง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ครบ 1 ปี และจะลดลงอย่างช้าๆต่อไป หลังจากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 15 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโอกาสเสียชีวิตกะทันหันลงอย่างมาก (Chouinard, 2005; Bolman, 2002) รายงานการวิจัยพบว่าโอกาสจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลดลงถึงร้อยละ 50 การหยุดสูบบุหรี่ลดโอกาสการเกิดการตีบตันของเส้นเลือดส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เมื่อเทียบกับคนที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ในผู้ที่เป็นโรคเส้นเลือดตีบตันที่ขา การหยุดสูบบุหรี่ทำให้เดินได้นานขึ้น ลดโอกาสที่จะถูกตัดขาหลังจากการผ่าตัดเส้นเลือด และอัตราการรอดชีวิตจะเพิ่มขึ้น การหยุดสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงของการเกิดเป็นลมปัจจุบันจากโรคเส้นเลือดในสมองตีบและแตก ความเสี่ยงนี้จะลดลง เท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ภายในระยะเวลา 5 ปี แต่บางรายต้องหยุดสูบบุหรี่ในเวลา 15 ปี ความเสี่ยงจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะลดโอกาสการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจขาดเลือดจะลดลงจนเกือบเท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

2.3.2 ระบบทางเดินหายใจ การหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการหยุดสูบบุหรี่จะทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นร้อยละ 5 (Anthonisen, et al, 1994) เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ปอดจะเริ่มขจัดเสมหะและ

สิ่งสกปรกต่างๆ จากการสูบบุหรี่หรือออกจากร่างกาย ภายใน 3 สัปดาห์ การทำงานของปอดจะดีขึ้น ทำให้สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นกว่าครั้งที่สูบบุหรี่อยู่ ภายใน 3 เดือน ระบบการกำจัดสิ่งสกปรกในปอดจะทำงานได้เป็นปกติ การหยุดสูบบุหรี่จะลดอาการไอ ลดจำนวนเสมหะ ลดการหายใจมีเสียงดังวี๊ด และลดการติดเชื้ของทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป (National Heart, Lung and Blood Institute, 1979) ในผู้ที่ยังไม่เกิดอาการของโรคถุงลมโป่งพอง ภายใน 2-3 เดือน หลังจากเลิกบุหรี่ ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่อย่างถาวร อัตราการเสียชีวิตของปอดจะชะลอตัวลง จนเท่ากับความเสี่ยง ที่เกิดในผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร อัตราการเสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพองลดลง เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป (Adab, et al, 2005)

การหยุดสูบบุหรี่จะลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดได้ เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป โดยพบว่า หลังจากหยุดสูบบุหรี่ 10 ปี ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอดจะลดลงร้อยละ 30 ถึง 50 ของผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป อัตราเสี่ยงยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องหลังจากหยุดสูบบุหรี่ 10 ปี การลดอัตราต่อการเกิดมะเร็งปอดในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง ทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดกั้นกรองและชนิดไม่มีกั้นกรอง การหยุดสูบบุหรี่ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำคอและกล่องเสียง เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป การหยุดสูบบุหรี่ลดความผิดปกติที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะแรกของเยื่อบุลำคอ กล่องเสียง และปอด (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2548)

2.3.3 ระบบทางเดินอาหาร เมื่อหยุดสูบบุหรี่ที่ระเพาะอาหารจะมีการหลั่งกรดเป็นปกติ ทำให้ไม่เกิดความระคายเคือง ลดการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะและลดการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร อาการเลือดออกในกระเพาะอาหารจะลดลง ช่วยทำให้การใช้ยา histamine H2-receptor antagonists ที่ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารให้ออกฤทธิ์ตอนกลางคืนได้ผลดี (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543) รวมถึงการหลั่งน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับมาเป็นปกติ ลดอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืด ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคลำไส้เรื้อรัง

2.3.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และอื่นๆ จะเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปสู่อวัยวะต่างๆของร่างกาย ทำให้อวัยวะในแต่ละระบบมีการทำงานที่ดีขึ้น (National Heart, Lung and Blood Institute, 1979)

2.4 วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

การเลิกบุหรี่ด้วยตนเองมีอยู่ด้วยกัน 2 วิธี คือ

2.4.1. วิธีการเลิกบุหรี่แบบค่อยๆ ลดปริมาณ เป็นวิธีที่สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนะไว้ ซึ่งจะต้องมีความตั้งใจจริง มีการตัดสินใจ มีกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความพยายาม ความอดทน และควรที่จะปฏิบัติตามนี้

2.4.1.1. ตัดสินใจว่าจะเริ่มลด โดยมีการกำหนดระยะเวลาด้วยตนเอง เช่น ตัดสินใจว่าจะสูบบุหรี่ชั่วโมงละ 1 ชั่วโมง หรือจะงดสูบบุหรี่ตลอด 1 ชั่วโมง และต่อไปให้พยายามยี่ระยะเวลาการงดสูบบุหรี่ให้ยาวนานขึ้นอีกต่อไปเรื่อยๆ

2.4.1.2. พยายามหาวิธีการหยิบบุหรี่มาสูบให้ลำบาก เช่น ห่อซองบุหรี่ด้วย กระดาษ แล้วใช้เชือกมัดตรงกลางห่อ วางในที่ที่หยิบลำบาก

2.4.1.3. เปลี่ยนมาสูบบุหรี่ชนิดอื่นแทนยี่ห้อที่สูบเป็นประจำ

2.4.1.4. ถ้าดื่มกาแฟแล้วจะต้องสูบบุหรี่ ให้เปลี่ยนมาดื่มน้ำผลไม้แทน

2.4.1.5. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอออกกำลังกาย

2.4.1.6. บอกเพื่อนๆ คนใกล้ชิดว่ากำลังงดสูบบุหรี่

2.4.1.7. ให้คิดว่าถ้าวันหนึ่งได้พรุ่งนี้ก็ต้องทำได้

2.4.1.8. เก็บเงินที่จะใช้ในการซื้อบุหรี่และเอาเงินนั้นไปซื้อของที่อยากได้

2.4.1.9. ถ้ากลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งไม่ต้องกังวล เพราะบางคนต้องใช้ ความพยายามหลายครั้งในการที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.4.2. การเลิกบุหรี่แบบหยุดเด็ดขาดหรือที่เรียกว่า หักดิบ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548) เป็นวิธีการเลิกที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะให้ผู้สูบบุหรี่ทุกรายที่ต้องการเลิกบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะต้องมีการเตรียมตัวที่ดี มีความตั้งใจ และควรมีการปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

2.4.2.1. ขอคำปรึกษา เพื่อให้มีแนวทางในการเลิกบุหรี่อาจโทรศัพท์เพื่อขอคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ได้ตามหน่วยงานที่ให้บริการต่างๆ ที่ได้มีการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ ขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือขอคำปรึกษาจากคนที่คุณรู้จักที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.4.2.2. หากำลังใจ ควรที่จะบอกคนใกล้ชิดให้ทราบถึงความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ เพราะกำลังใจที่ดีจะช่วยให้คุณมีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่ให้ได้เพื่อคนที่คุณรัก

2.4.2.3. การมีเป้าหมายที่ชัดเจนอยู่ข้างหน้า ควรวางแผนในการปฏิบัติตัวในระหว่างการเลิกบุหรี่ โดยกำหนดวันที่จะลงมือเลิกบุหรี่ อาจเลือกเอาวันสำคัญต่างๆ ของครอบครัวที่ใกล้จะมาถึง เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบการแต่งงาน หรือวันเกิดลูก แต่ทั้งนี้ไม่ควรกำหนดวันที่ห่างไกลเกินไป เพราะอาจหมดไฟเสียก่อน

2.4.2.4. ลงมือในทันที ควรเตรียมตัวให้พร้อมด้วยการทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั้งหมด เตรียมผลไม้หรือขนมขบเคี้ยวที่ไม่หวานหรือไม่ให้อ้วน เพื่อช่วยในการลดความอยากบุหรี่ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่มักทำร่วมกับการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือแทนการสูบบุหรี่ระหว่างเข้าห้องน้ำ ดื่มน้ำ กินผลไม้ ลุกไปจากโต๊ะอาหารทันทีที่กินอาหาร

เสร็จ ไม่รับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป หรือแปรงฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่หลังการรับประทานอาหาร

2.4.2.5. ถือก้ามไม้หั่นไหว เมื่อถึงวันลงมือตื่นนอนด้วยความสดชื่น ให้บอกกับตัวเองว่ากำลังทำสิ่งที่ดีที่สุด ให้กับตัวเองและคนใกล้ชิด เมื่ออยากสูบบุหรี่ก็ขอให้ทบทวนถึงเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ ปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ล้างหน้า ดื่มน้ำ อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ หรือเล่นกับลูกให้มากขึ้น ก็จะช่วยให้อ่านผ่านพ้นความอยากสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

2.4.2.6. อยู่ห่างไกลสิ่งกระตุ้น ในระหว่างนี้ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้อยากสูบบุหรี่ เช่น ถ้าเคยดื่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วต้องสูบบุหรี่ด้วย ก็ควรที่จะงดดื่มในช่วงนี้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางผู้ที่สูบบุหรี่ด้วย

2.4.2.7. ไม่หมกมุ่นความเครียด เมื่อรู้สึกเครียดให้หยุดพักสมองสักครู่ คลายเครียดด้วยการพูดคุยกับคนอื่น ๆ หรือหาหนังสือคลายเครียดมาให้อ่านเล่น พึงระลึกเสมอว่ามีคนไม่สูบบุหรี่มากมายที่คลายเครียดได้โดยไม่ต้องสูบบุหรี่

2.4.2.8. หาเวลาออกกำลังกายควรที่จะจัดเวลาออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 15- 20 นาที เพราะนอกจากจะเป็นการควบคุมน้ำหนักที่อาจเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้สมองปลอดโปร่งเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจและปอด ถ้าไม่มีเวลาก็ควรหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องทุ่นแรงต่างๆ เช่น การกดลิฟต์ให้ต่ำกว่าชั้นที่ต้องการ 1 ชั้น เพื่อที่จะได้เดินออกกำลังกายบ้าง หรือควรใช้จักรยานในการเดินทางใกล้ๆ

2.4.2.9. ต้องไม่ทำทนายบุรี อย่าคิดว่าจะลองสูบบุหรี่บ้างเป็นครั้งคราวคงไม่เป็นไรเพราะการทดลองสูบเพียงครั้งเดียวหรือเพียงมวนเดียว อาจหมายถึงการหวนคืนไปสู่ความเคยชินเก่าๆ อีก ให้คิดว่าคุณมาไกลมากแล้ว อย่าปล่อยให้ตัวเองถอยหลังลงคลองอีกเลย

2.4.2.10. ไม่ควรท้อหากต้องเริ่มต้นใหม่ การกลับไปสูบบุหรี่อีกนั้นไม่ได้หมายถึงการล้มเหลวอย่างน้อยก็ได้เรียนรู้ที่จะปรับปรุงตัวในคราวต่อไป ขอให้ถือว่าการพ่ายแพ้ในบางสมรภูมิแต่คุณจะเป็นผู้ชนะในที่สุด ขอเพียงพยายามต่อไป เตรียมตัวให้พร้อม กำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่และหยุดต่อไปตลอดกาล

เมื่อรู้สึกว่ายากสูบบุหรี่ ควรที่จะอย่าสูบบุหรี่ในทันทีที่อยากสูบ ควรที่จะประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ออกมาเรื่อยๆ ดื่มน้ำ หรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ และทำอย่างซ้ำๆ ทำเช่นนี้ 2-3 ครั้ง จะผ่อนคลายขึ้นและหันไปทำกิจกรรมอื่นแทน เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากการอยากสูบบุหรี่ ทั้ง 10 ข้อนี้จะเป็นแนวทางสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ควรที่จะปฏิบัติในช่วงที่พยายามเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการหยุดสูบบุหรี่ร่วมกับการมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกบุหรี่ให้ได้ ก็จะทำให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่

การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่สำเร็จหรือไม่สำเร็จ ศิณีย์ สังข์ศรีศรี (2542) ได้ศึกษาอิทธิพลของสาเหตุส่วนบุคคลและสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้และเลิกไม่ได้ สรุปได้ดังนี้

1. อิทธิพลของสาเหตุส่วนบุคคลและสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนี้

ก. สาเหตุส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่าย และต้องการเป็นตัวของตัวเองของบุคคลอื่น

ข. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีส่วนช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ อิทธิพลของการรณรงค์ในการเลิกสูบบุหรี่ และบุคคลอื่นแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

2. อิทธิพลของสาเหตุส่วนบุคคลและสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ดังนี้

ก. สาเหตุส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้แก่ ตัดใจรสชาติของบุหรี่ จิตใจไม่เข้มแข็ง ความเคยชิน ไม่ตั้งใจจริง ความโก้ และอื่นๆ

ข. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้แก่ ไม่ทราบประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ เห็นคนรอบข้างสูบ เข้าสังคม ไม่มีอาการที่ผิดปกติที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย

ผู้สูบบุหรี่ให้ความคิดเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ ความตั้งใจจริง ครอบครัวและคนใกล้ชิด ความเกรงใจเพื่อนร่วมงาน สังคมต่อต้านสภาพแวดล้อมที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่ การขึ้นราคาบุหรี่ การรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ให้มากขึ้น ออกกฎหมายให้บุหรี่เป็นสิ่งผิดกฎหมาย จิตใจที่ไม่เข้มแข็ง การคำนึงถึงโทษของบุหรี่ การได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง ความอดทน ลดการผลิตบุหรี่ การหากิจกรรมอื่นแทนการสูบบุหรี่

นอกจากนี้ Jetiyanuwatr (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ประกอบไปด้วยปัจจัย 5 ตัว ได้แก่

1. ความตั้งใจในการพยายามเลิกบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด แม้ว่าจะมีวิธีการเลิกสูบบุหรี่หลายวิธี แต่ความตั้งใจของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่

2. จำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ ประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ และสามารถหาทางแก้ไขปัญหาในการเลิกบุหรี่ครั้งต่อไปได้

3. วิธีการเลิกบุหรี่โดยหยุดสูบทันที ซึ่งแสดงถึงความตั้งใจอันแน่วแน่ในการเลิกบุหรี่ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ไม่ต้องกังวลและคิดถึงการสูบบุหรี่ ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

4. ความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญในการเลิกบุหรี่ เนื่องจากบุคคลที่มีความเครียดสูงจะมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้จิตใจสงบสุขและช่วยระบายความเครียดได้ ในความเป็นจริงแล้ว นิโคตินในบุหรี่จะสร้างสารสื่อประสาทที่ช่วยทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกมีความสุขในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น แต่ความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้สูบบุหรี่ก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้สูบบุหรี่จึงมีความต้องการที่จะสูบบุหรี่ต่อไป ดังนั้นการหากิจกรรมคลายเครียดอื่นที่ดีกว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้

5. อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นความตระหนักในการรับผิดชอบต่อครอบครัวจะสูงขึ้น และเมื่ออายุมากขึ้นการตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวจะสูงขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่

นงนุช บุญอยู่ (2541) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ เพื่อลำดับปัจจัยแต่ละตัวที่มีผลต่อการเลิกและการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 97 คน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่

ก. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่

1.1 ปัจจัยทางสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากและนานขึ้น และการสูบบุหรี่ทำให้เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย

1.2 ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ เป็นห่วงสุขภาพของคนในครอบครัว

1.3 ปัจจัยทางจิตวิทยา ที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นเหม็นติดตามเสื้อผ้า

1.4 ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ได้รู้อันตรายจากบุหรี่ และได้ทราบผลดีจากการเลิกบุหรี่

ข. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการอดบุหรี่

1.1 ปัจจัยทางสุขภาพ ที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การเห็นตัวอย่างผู้สูบบุหรี่แต่ไม่เห็นบุคคลเหล่านั้นป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่อยากทนทรมานจากการ อดบุหรี่

1.2 ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางมาก ได้แก่ เพื่อนใกล้ชิดยังสูบบุหรี่อยู่ และการดื่มสุร่าทำให้ขาดสติยับยั้งชั่งใจในการอดบุหรี่

1.3 ปัจจัยทางจิตวิทยา ที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การสูบบุหรี่ช่วยให้คลายเครียดได้

1.4 ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ ที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางมาก ได้แก่ การที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวเอง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมในโปรแกรมอดบุหรี่ที่จัดขึ้น

2. ลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัว ที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่จากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสุขภาพตามลำดับ

3. ลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัว ที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่จากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยทางสุขภาพ ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางจิตวิทยาตามลำดับ

นิตยา เย็นจ๋า (2535) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการมีสมาชิกครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ อายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ อายุและการมีประวัติของสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 14

จากแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่ ของวารสารณ ภูมิศาสตร์ และคณะ (2546) ได้แบ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จสูง ในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับความเปลี่ยนแปลง (พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือน) ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง

ปานกลางถึงสูง (มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่) และมีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ทำการเลิกบุหรี่)

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จต่ำ ในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ป่วยติดนิโคตินสูง โดยการสูบบุหรี่วันแรกภายใน เวลา 30 นาทีหลังจากตื่นนอนตอนเช้า และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบ่อยกว่าวันละ 20 มวน (มีอาการถอนยารุนแรงระหว่างความพยายามเลิกสูบบุหรี่) ผู้ป่วยมีประวัติทางจิตเวชร่วมด้วย (มีประวัติของโรคซึมเศร้า จิตเภท ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น) ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง (กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูง และหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น เช่น การหย่า การเปลี่ยนงาน)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ สรุปได้ว่า การที่ผู้สูบบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายในตัวผู้สูบบุหรี่เอง ปัจจัยภายนอกด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมแล้ว จำนวนครั้งในการเลิกบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่สำเร็จหรือไม่สำเร็จอีกด้วย

3. บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีทั้งเชิงรับโดยการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และยังมีบทบาทในเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆเกิดขึ้นอีกด้วย ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2546) นอกจากการที่จะช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่และการป้องกันการเกิดผู้สูบบุหรี่รายใหม่นั้น พยาบาลยังต้องคำนึงถึงการป้องกันการได้รับควันบุหรี่ของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่อีกด้วย หรือที่เรียกว่า ผู้สูบบุหรี่มือสอง

พยาบาลเป็นวิชาชีพสุขภาพที่สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะได้ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งถือเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะได้แสดงบทบาททั้งในด้านการฟื้นฟู และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลโดยการให้เลิกบุหรี่ นอกเหนือจาก การให้การพยาบาลตามปกติพยาบาลสามารถที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ โดยการจัดพฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความเข้าใจในปัญหาของการเลิกบุหรี่ของตนเอง สามารถค้นหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเองในการแก้ไขปัญหาคาใจที่ไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้น ในระหว่างที่หยุดสูบบุหรี่และขณะเดียวกันต้องเสริมสร้างกำลังใจในการเผชิญความเครียดต่างๆ ในขณะที่หยุดสูบบุหรี่ พัฒนาวิธีแก้ไขความเครียดด้วยตนเองได้อย่างถาวร ช่วยดึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ

ที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ในแต่ละรายมาใช้ การให้คำแนะนำที่ตรงตามความต้องการของผู้สูบบุหรี่แต่ละบุคคลที่ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกรายหรือเป็นสูตรตายตัว

นอกจากบทบาทดังกล่าวแล้ว ในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้เน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพเน้นคุณภาพในการให้บริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการมากที่สุด ประกอบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของสังคมจึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลต้องปฏิบัติภายใต้ค่าใช้จ่ายที่จำกัด และเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความสามารถที่เชี่ยวชาญมากขึ้น มีความเฉพาะเจาะจงในการที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ได้นั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเลิกบุหรือนั้นผู้สูบบุหรี่จะต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจเป็นอย่างมาก พยาบาลจึงจะต้องมีความเชี่ยวชาญทั้งในด้านต่างๆ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ และส่งผลให้การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบสัมฤทธิ์ผล

3.1 บทบาทด้านการให้ความรู้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาวิจัยต่างๆ มาใช้ให้ความรู้อย่างมีระบบเน้นการให้ความรู้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลทั้งกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ โดยผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เช่น จากภาพวีดิทัศน์ มีการอธิบายผ่านสื่อเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้น การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับพิษภัยและโรคที่เกิดจากบุหรี่ กลไกการติดบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักและนำไปสู่การนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3.2 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรพยาบาลด้วยกันเองและระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะที่จำเป็นในการประสานความร่วมมือเช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะในการเจรจา และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การมีความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อใช้ความรู้ความสามารถของแต่ละฝ่ายในการเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การประสานงานกับผู้ผลิตสื่อสำหรับการช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และการเสริมสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมายการส่งต่อผู้สูบบุหรี่ ที่มีระดับการติดยาเสพติดรุนแรงไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการใช้การบำบัดด้วยยาในการเลิกบุหรี่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายที่ชัดเจน เกิดการตื่นตัวและรวมพลังกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และเพื่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการทำงานเป็นเครือข่ายที่กว้างขึ้น

3.3 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา การเป็นที่ปรึกษาเป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ นักศึกษา ทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงประชาชนผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหามาบรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ได้เห็นถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ และร่วมกับผู้สูบบุหรี่ในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการที่จะเลิกบุหรี่ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลประจำการในการที่จะประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ รวมถึงแนวทางการให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในแต่ละระยะ เพื่อที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

3.4 บทบาทผู้ให้การดูแล พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยการให้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ลด ละ หรือเลิกการสูบบุหรี่ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยเสริมสร้างด้านกำลังใจให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการและมีความพร้อมมากขึ้น เช่น การเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดบุหรี่ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือและสามารถอดบุหรี่ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการเตรียม มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังให้ความช่วยเหลือและประเมินผลเป็นระยะ

3.5 บทบาทด้านการวิจัย เป็นแกนนำในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และการนำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ ซึ่งการนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นการนำความรู้ผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการของระเบียบวิธีวิจัยแล้วมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน (Polit & Hungler, 1995) เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปรับปรุงและพัฒนาการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น ทำให้การพยาบาลมีทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานได้อย่างกว้างขวางลึกซึ้งอีกต่อไป ซึ่งจะก่อให้เกิดประสบการณ์และความชำนาญเชิงวิชาชีพต่อไปในอนาคตด้วย (ทัศนยา บุญทอง และ วรณวิไล จันทราภา, 2530)

3.6 บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ ให้การบริการโดยเน้นผู้สูบบุหรี่เป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติพยาบาลอย่างถูกต้องและเท่าเทียมกัน คำนึงถึงสิทธิของผู้สูบบุหรี่ทุกราย ไม่มีการทำผิดมาตรฐาน หรือจรรยาบรรณวิชาชีพ ควรจะยึดถือจรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ

4. จรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขที่จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการช่วยเหลือผู้ที่เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบ ซึ่งเป็นที่มาของประเด็นการรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลกประจำปี 2548 คือ ทีมสุขภาพพร้อมใจ ขจัดภัยบุหรี่ องค์การอนามัยโลกยังได้เชิญผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 29 องค์กรเข้าร่วมประชุมเมื่อเดือน มกราคม ค.ศ. 2004 ที่กรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ เพื่อร่วมกันร่างและเห็นชอบจรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ หรือ Code of practice on tobacco control for health professional organizations จำนวน 14 ข้อ (WHO, 2004) ดังนี้

1. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่บริโภคยาสูบ ส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งการไม่สูบบุหรี่
2. สืบรวจลักษณะการบริโภคยาสูบของบุคลากรในวิชาชีพ และการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม
3. จัดเขตปลอดบุหรี่ในอาคารและสถานที่ที่จัดกิจกรรมต่างๆ ในองค์กรตน
4. ให้มีหัวข้อเรื่องการควบคุมยาสูบ ในการจัดประชุมวิชาการ
5. ชักประวัติการบริโภคยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่ของผู้ป่วย แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่โดยสอดคล้องอยู่ในการปฏิบัติงานประจำ
6. สอดแทรก เนื้อหาการควบคุมยาสูบในการเรียนการสอน
7. เข้าร่วมกิจกรรม "วันงดสูบบุหรี่โลก" ทุกวันที่ 31 พฤษภาคม อย่างแข็งขัน
8. ไม่รับการอุดหนุน จากอุตสาหกรรมยาสูบ
9. ไม่ยุ่งเกี่ยวกับการค้าหรือผลประโยชน์ใดๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ
10. ห้ามการจำหน่าย สินค้ายาสูบ ในอาคาร/ หน่วยงานที่ตนสังกัด
11. สนับสนุนการดำเนินโครงการควบคุมยาสูบของรัฐบาลอย่างแข็งขัน
12. ดำเนินการตามจรรยาปฏิบัตินี้และสนับสนุนทรัพยากรแก่การควบคุมยาสูบ
13. เข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมยาสูบ กับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ
14. สนับสนุนการรณรงค์เขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

จากจรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ จะเห็นได้ว่าบุคลากรวิชาชีพสุขภาพควรจะชักประวัติการสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำผู้รับบริการทุกราย โดยสอดคล้องอยู่ในการปฏิบัติงานประจำ ดังนั้น บทบาทการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่จึงถือเป็นบทบาทที่สำคัญ และในการที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาล

เองจะต้องทำความเข้าใจในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลก่อน เพราะการที่จะให้คนๆ หนึ่งหยุดพฤติกรรมที่เคยกระทำมาเป็นประจำนั้นทันทีไม่ใช่เรื่องง่าย ซึ่งขั้นตอนและกระบวนการดังกล่าวได้มีอยู่ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่มีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์มีอยู่หลากหลายทฤษฎี เช่น

1. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ข้อสรุปของแบบจำลอง คือ การรับรู้ หรือความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ การเปลี่ยน หรือหยุดพฤติกรรมจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนี้ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่สำคัญ 4 อย่าง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ในด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรค ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน เพื่อจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม (Becker, et al., 1974)

2. ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล / ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (The Theory of Reasoned Action/ the Theory of Planned Behavior) โดย Ajzen and Fishbein อธิบายความสำคัญของความเชื่อและทัศนคติของบุคคลในการกำหนดพฤติกรรม สาระสำคัญของทฤษฎีนี้สรุปได้ว่า ความตั้งใจของบุคคลจะเป็นตัวแปรที่ส่งผลให้เกิดการกระทำ ซึ่งความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมจะได้รับอิทธิพลมาจากทัศนคติของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้น อิทธิพลทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม (subjective norms) คำว่าพฤติกรรมสุขภาพในที่นี้ต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถควบคุมได้ นั่นคือจะไม่มีอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจ ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (The Theory of Planned Behavior: TPB) เป็นทฤษฎีที่ถูกพัฒนาต่อเนื่องมาจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล เพราะเชื่อว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นๆ มาเป็นตัวร่วมอธิบายพฤติกรรม ดังนั้น ในทฤษฎี TPB จึงได้มีการเพิ่มมโนทัศน์หลักอีกหนึ่งมโนทัศน์ นั่นคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Perceived control) โดยสรุป ทฤษฎี TPB จึงประกอบด้วยมโนทัศน์หลักที่อธิบายการแสดงพฤติกรรมทั้งหมด 4 ประการ คือ ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Perceived control) และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในปัจจุบัน ทฤษฎีการวางแผน

พฤติกรรมจัดว่าเป็นทฤษฎีที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ในทฤษฎีมากที่สุดทฤษฎีหนึ่ง งานวิจัยที่นำทฤษฎีไปใช้ ส่วนใหญ่จะเป็นการทดสอบทฤษฎี การนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมยังมีน้อยมาก

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งพัฒนาโดย Bandura ในปี 1977 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเน้น การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่าง มนุษย์ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม โดยที่พฤติกรรมสุขภาพจะถูกอธิบายด้วยความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความคิด ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ในทฤษฎีนี้มีมโนทัศน์ที่สำคัญหลายตัว แต่ self-efficacy หรือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นมโนทัศน์ที่ได้รับการพิสูจน์ และการยอมรับจากการวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพจำนวนมากว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทุกกลุ่มอายุ

4. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม The Transtheoretical Model หรือ Stage of Change พัฒนาโดย Prochaska and DiClemente (1983) โครงสร้างหลักๆ ของทฤษฎีนี้ กล่าวถึงขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีทั้งหมด 6 ระยะ คือ ระยะก่อนตั้งใจ ระยะตั้งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม และระยะสิ้นสุดพฤติกรรม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม เนื่องจากมีการแบ่งขั้นตอนพฤติกรรมที่วัดได้ชัดเจน อีกทั้งยังมีการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพื้นฐาน 10 กระบวนการที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและด้านพฤติกรรม (Prochaska & Velicer, 1997) เป็นทฤษฎีที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา รวมทั้งการจัดการกับความเครียดฯ

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1970 ถูกพัฒนาโดย Prochaska และ DiClement มีพื้นฐานมาจากการศึกษาวิจัยการเลิกบุหรี่ในผู้ใหญ่ในปี 1983, 1984 ซึ่ง Prochaska ได้เสนอว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องของการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่คุกคามสุขภาพแล้วยอมรับเอาพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพมาปฏิบัติ นั้น มีประเด็นหลักๆ อยู่ 3 ประเด็น ที่ Prochaska พบ คือ 1. คนจะไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยกเว้นแต่เขาได้แสดงออกว่าเขาต้องเปลี่ยนหรือเขาอยากเปลี่ยน ต้องมีการแสดงออกมาก่อนว่า “ใช่ฉันจะทำ” ถ้าข้อนี้ยังไม่เกิดแม้ว่าจะให้ข้อมูลอย่างไร บุคคลนั้นก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2. ต้องมีการคิดว่าถ้าตนเองเปลี่ยนแล้วจะมีผลต่อคนอื่นอย่างไร สิ่งอื่นๆ รอบข้างจะเปลี่ยนไปอย่างไร และ 3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากใครบ้าง อย่างไร

Prochaska ได้เลือกเอาพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มาเป็นตัวอย่าง โดยการสอบถามจากผู้ที่ยุติสูบบุหรี่ว่าเขาผ่านขั้นตอนอะไรบ้าง ซึ่งคำตอบที่ Prochaska คิดว่าจะได้ คือ ทำอย่างไร

มีอะไรเกิดขึ้นแต่ปรากฏว่า Prochaska กลับได้คำตอบที่ตอ้งรอง คือ ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่จะตอบ Prochaska ว่าขึ้นอยู่กับว่าถามเขาตอนไหน ตอนที่หยุดสูบลแล้วเกิดอะไรขึ้น หรือก่อนที่เขาจะตัดสินใจหยุดสูบล เพราะฉะนั้นการถามจึงต้องมีส่วนประกอบของเวลาในการถามด้วย จากการที่ Prochaska ได้คำตอบดังกล่าว จึงทำให้สรุปได้ว่า คนเรานั้นกว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ มีหลายขั้นตอน และตรงนี้เองที่เรียกว่า Stages of Change ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน โดยได้กำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ ดังนี้ (Prochaska, et al., 2002)

1. **ขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation)** บุคคลไม่มีความตระหนัก และไม่คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมเลยภายใน 6 เดือนข้างหน้า การที่บุคคลอยู่ในขั้นนี้เนื่องจากเขาอาจไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการเปลี่ยนพฤติกรรมของเขา หรืออาจถูกทำลายความเชื่อถือต่อความสามารถของเขาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเขาอาจไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ที่อยู่ในขั้นนี้จะหลีกเลี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและต่อต้านต่อแรงกดดันภายนอกที่จะทำให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรม จึงเป็นการยากที่จะเข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้
2. **ขั้นตั้งใจ (Contemplation)** บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ จะคิดอย่างจริงจังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า และจะเปิดตนเองเพื่อรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาของเขาและวิธีที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ในกลุ่มนี้อาจพบว่าบุคคลเริ่มมองเห็นข้อดีของการเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ยังคงกังวลข้อเสียที่จะตามมาจากการเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย จึงทำให้ผู้สูบบางคนใช้ระยะเวลาในการชั่งใจนานเป็นปี หรือที่เรียกว่า Chronic contemplation or Behavioral procrastination.
3. **ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation or Ready for action)** ในขั้นนี้บุคคลจะเตรียมพร้อมและมีการวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 30 วันข้างหน้า บุคคลเริ่มลดความถี่ของพฤติกรรมปัญหาและพยายามที่จะมีพฤติกรรมใหม่ มีความสนใจหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งพร้อมรับการแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาของตนเอง
4. **ขั้นปฏิบัติ (Action)** บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ หยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก
5. **ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance)** คือ ช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 5 ปี
6. **ขั้นตอนสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination)** บุคคลเลิกพฤติกรรมปัญหาได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่บุคคลมีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่มีวันกลับไปพฤติกรรมเดิมอีก

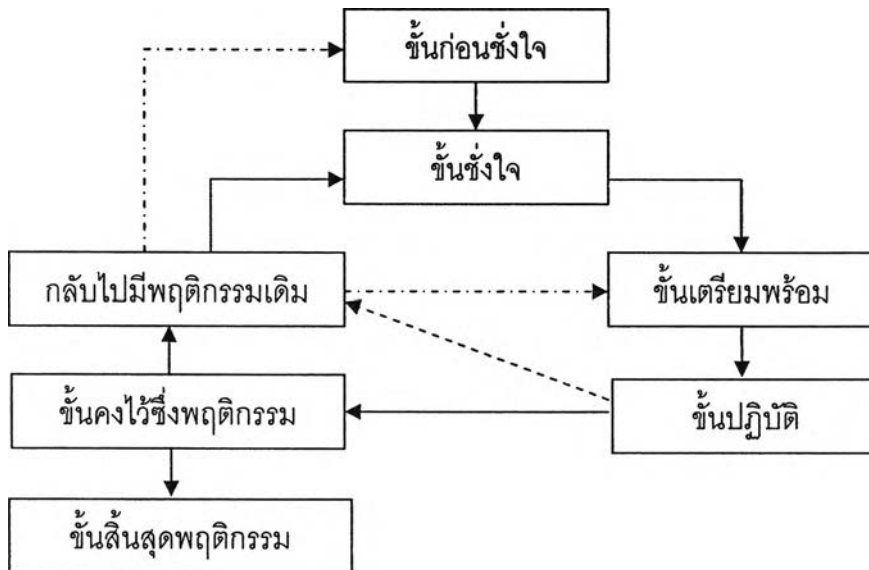
ตารางที่ 1 ระยะเวลาของในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	ระยะเวลาของพฤติกรรม
1. ขั้นก่อนตั้งใจ	1. ไม่เคยคิดเลิกบุหรี่เลยภายใน 6 เดือนข้างหน้า
2. ขั้นตั้งใจ	2. เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า
3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ	3. คิดจะเลิกบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้ามีการวางแผนเลิกบุหรี่
4. ขั้นปฏิบัติ	4. เลิกบุหรี่ อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม	5. เลิกบุหรี่เป็นเวลา 6 เดือน – 5 ปี
6. ขั้นสิ้นสุดพฤติกรรม	6. การเลิกบุหรี่เป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่และความตั้งใจในการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอน	การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่	ความตั้งใจ
1. ขั้นก่อนตั้งใจ	1. ไม่เลิกบุหรี่	1. ไม่ตั้งใจ
2. ขั้นตั้งใจ	2. เริ่มตระหนัก แต่ยังไม่เลิกบุหรี่	2. อาจจะทำ
3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ	3. เลิกสูบในบางครั้ง ลดจำนวนมวนลง	3. จะทำทันที
4. ขั้นปฏิบัติ	4. เลิกบุหรี่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม	5. เลิกบุหรี่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง	
6. ขั้นสิ้นสุดพฤติกรรม	6. เผชิญกับสิ่งกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ	

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ของ Prochaska และ DiClemente (1992)



ต่อมา Prochaska ได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบงานวิจัยทางจิตบำบัดทั้งหมด 29 ชิ้น ซึ่งได้ชี้ให้เห็นว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของ Prochaska นั้นจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ที่จะเป็นตัวผลักดันให้มีการก้าวไปสู่อันตรายในแต่ละขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การควบคุมอาหารและควบคุม น้ำหนัก การเลิกดื่มสุราหรือโคเคน การออกกำลังกายและการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ซึ่ง กระบวนการดังกล่าวได้แก่

1. การปลุกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก (Consciousness Raising) ได้แก่ การที่บุคคล พยายามแสวงหาข้อมูลใหม่และทำความเข้าใจ และนำมาสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาที่มีผลต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด มักนำมาใช้บ่อยในขั้นตั้งใจ
2. การระบายความรู้สึก (Dramatic Relief) ส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของอารมณ์ ความรู้สึกของประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปัญหาของตนเอง
3. การประเมินตนเอง (Self Reevaluation) ได้แก่ การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา ในเรื่องของความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมปัญหาต่อตนเอง
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental Reevaluation) ได้แก่ การที่บุคคลมีการ พิจารณาและประเมินว่าพฤติกรรมปัญหาของตน มีผลทางด้านกายภาพและสังคมแวดล้อมตัวเขา อย่างไร

5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-liberation) การที่บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาได้ และให้สัญญาว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น

6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) ได้แก่ ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความจริงใจ ยอมรับ และเอื้อประโยชน์ ที่บุคคลได้รับระหว่างที่เขาพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7. การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) ได้แก่ การที่บุคคลเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติแทนที่พฤติกรรมที่มีปัญหา

8. การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement Management) ได้แก่ การให้การเสริมแรงทางบวกเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนา และการลงโทษบุคคลที่มีพฤติกรรมทางลบ

9. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) ได้แก่ การปฏิรูประบบการณแวดล้อมและสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมปัญหา

10. การประกาศอิสรภาพของสังคม (Social Liberation) ได้แก่ การที่บุคคลประกาศให้สังคมรู้ถึง ความตระหนัก ประโยชน์ และการยอมรับต่อการเลือกปรับวิถีชีวิต

การนำกระบวนการพื้นฐานทั้ง 10 กระบวนการมาใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลนั้น ถือเป็นเครื่องสนับสนุนที่สำคัญในการจัดกิจกรรมเป้าหมายสำหรับบุคคล เพื่อเพิ่มความตระหนักต่อปัญหา และเพิ่มความเข้าใจการมองภาพตนเองว่าจะได้ผลลัพธ์อย่างไรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกระบวนการพื้นฐาน 5 ประการแรกนั้นจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิด ส่วนกระบวนการพื้นฐานอีก 5 ประการหลังนั้นจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Prochaska & Velicer, 1997) กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคล มักจะถูกใช้มากเมื่อบุคคลอยู่ในขั้นตอนแรกๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ขั้นก่อนตั้งใจ ขั้นตั้งใจ และขั้นพร้อมปฏิบัติ ในขณะที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจะถูกนำมาใช้บ่อยครั้งในขั้นตอนการปฏิบัติและขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (DiClement et al, 1991; Prochaska et al, 1992; Prochaska and, 1997)

ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Prochaska และ Velicer (1997) ยังได้อธิบายถึงมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องอีก 2 มโนทัศน์ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากขั้นตอนหนึ่งยังอีกขั้นตอนหนึ่งนั้น สามารถประเมินได้จาก ความสมดุลของการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง

ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance)

Prochaska ได้อธิบายว่าความสมดุลของการตัดสินใจ เป็นความสมดุลระหว่าง ผลดีหรือประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pros) และผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(Cons) ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pros) อาจหมายถึง ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้วย ในขณะที่ผลเสีย (Cons) คือ ผลด้านลบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจหมายถึงความคิดที่เป็นอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Prochaska และคณะ (1994) ได้ทำการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความสมดุลของการตัดสินใจ สำหรับพฤติกรรมปัญหา 12 ประการ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 3,858 คน แยกกลุ่มตัวอย่างเป็น 12 กลุ่มตามพฤติกรรมปัญหาและทุกกลุ่มได้แยกไว้ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 5 ขั้นตอนตามทฤษฎี วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้น้ำหนักคะแนนต่อผลดี และผลเสียหรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนจากขั้นตั้งใจไปสู่ขั้นปฏิบัติ นั้น ขึ้นอยู่กับการลดลงของน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลเสียหรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลดี ซึ่งนำไปสู่ความสมดุลของการตัดสินใจ ดังนั้น ถ้าบุคคลใดคิดว่าการสูบบุหรี่มีผลดีมากกว่าผลเสีย ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะยังสูบบุหรี่ต่อไป แต่ถ้าบุคคลใดเห็นว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดีและไม่มีอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงมากนัก ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะเลิกบุหรี่ (Prochaska, Redding, & Evers, 2002).

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)

แนวคิดในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นความมั่นใจในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงว่า บุคคลหนึ่งจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ล่อใจที่อาจทำให้กลับไปแสดงพฤติกรรมปัญหาได้ เช่น ผู้สูบบุหรี่ที่มีความมั่นใจในการที่จะตอบปฏิเสธว่า ตนเองจะไม่รับบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่เมื่อมีผู้อื่นยื่นบุหรี่ให้สูบ ในการศึกษาการเลิกบุหรี่ ความมั่นใจที่ถูกแสดงออกมา เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการพัฒนาไปสู่ขั้นปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ในทางกลับกันสถานการณ์ล่อใจก็เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการที่จะกลับไปมีพฤติกรรมเดิม (Prochaska et al, 1994) ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลในแต่ละขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่อยู่ในขั้นตั้งใจ จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกหรือน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในขั้นตอนพร้อมปฏิบัติ หรือขั้นปฏิบัติ (Kim, 2005)

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2544) ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพที่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีความสมดุลของการตัดสินใจและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่ม

ควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการพัฒนาขั้นตอนพฤติกรรมมาสู่ขั้นปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ขั้นปฏิบัติมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกระบวนการเปลี่ยนแปลงในตัวของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละระยะเพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจ และมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้พัฒนาตนเองไปสู่ขั้นปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นตัวทำนายแนวโน้มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

อัจฉา เชาวประยูร (2531) ได้จัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ให้กับกลุ่มตำรวจตระเวนชายแดนที่มีทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจงดสูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 90 คน โดยการนำแผนการงดสูบบุหรี่ภายใน 5 วันของนายแพทย์แมคฟาร์แลนด์ (Mc. Farland) มาใช้ร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 50.6 และได้มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจงดสูบบุหรี่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ตั้งใจงดสูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจงดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงพอสรุปได้ว่า ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

ในปี พ.ศ. 2532 (พนมพร เลขาเจริญ) ได้นำแนวคิดเรื่องการเรียนรู้ทางสังคมมาใช้ในการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ โดยศึกษาในกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 40 คน หลังการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของเรื่องความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ และค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

นอกจากนั้น กัญญา บุญช่วย (2535) ยังได้ศึกษาประสิทธิผลของการควบคุมตนเองที่มีผลต่อการงดสูบบุหรี่ของคนงานชายในวชิรพยาบาล ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 97 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองสามารถงดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนการปฏิบัติตัวในการงดสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ

นิตยา เย็นฉ่ำ (2535) ได้ศึกษาความเชื่อทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล จำนวน 162 คน เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวเพื่อเพื่องดสูบบุหรี่ แต่การที่มีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อการงดสูบบุหรี่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีในการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่

นอกจากนี้ ยังมีการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพพร้อมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ (กิตติศักดิ์ เมืองหนู, 2544) โดยศึกษาในกลุ่มผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มควบคุม 58 คน ใช้ระยะเวลาทดลอง 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้เรื่อง บุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ที่ถูกต้องมากกว่า ก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่และลดจำนวนมวน บุหรี่ที่สูบต่อวันได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2547 จิตติมา พุ่มพรวงษ์ ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน แบบกลุ่มเดียว โดยวัดจากจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันและความถี่ในการสูบบุหรี่ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการทดลองพบว่า ข้าราชการทหารชั้นประทวนสูบบุหรี่ในปริมาณ และ ความถี่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาของ Orleans และคณะ (1991) ได้เปรียบเทียบวิธีการเลิกบุหรี่ 4 วิธี โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง และสูบบุหรี่จัด จำนวน 2,021 คน แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ให้คำแนะนำ ให้มีประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ โดยการปรับพฤติกรรมของตนเอง กลุ่มที่ 2 ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่พร้อมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน กลุ่มที่ 3 ให้คำแนะนำในการ

เลิกบุหรี่พร้อมด้วยการโทรศัพท์ย้ำเตือน 4 ครั้ง กลุ่มที่ 4 ให้คำแนะนำพร้อมการเสริมแรง โดยการให้รางวัลเมื่อเลิกบุหรี่ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ 1 มีอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มที่ 4 และกลุ่มที่ 2 ไม่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ กลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงที่สุด

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยอายุรกรรม

ในประเทศนอร์เวย์ Quist-Paulsen และ Gallefoss (2003) ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับคู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล 2 – 3 ครั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และคู่มือการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้นหากยังคงสูบบุหรี่ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจนกระทั่งครบ 5 เดือน หลัง การประเมินผลเมื่อครบ 6 สัปดาห์พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อครบ 12 เดือน พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจนถึง 5 เดือน ($n = 100$) เท่ากับ 57% ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มควบคุม ($n = 114$) เท่ากับ 34%

Fung และคณะ (2005) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรกระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ (อายุเฉลี่ย 51 ปี) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบไปด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจากที่มีการพบกันครั้งแรก 3 วัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้การนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกและการโทรศัพท์ที่ขึ้นขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย ประเมินการเลิกบุหรี่เมื่อครบ 3 เดือนและ 12 เดือน โดยประเมินจากการรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์ จากลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 3 เดือนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมรายงานว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ และการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อครบ 12 เดือนสามารถเลิกบุหรี่ได้ถึง 68 ราย (ร้อยละ 32)

Henrikus และคณะ (2005) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมช่วยผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการเลิกบุหรี่ การศึกษาดังกล่าวเป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (Randomized Control Trial: RCT) คือมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยแบ่งผู้ป่วยตามการดูแลออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2. กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการเลิกบุหรี่ และ 3. กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ มีการติดตามผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลใน 2-3 วันแรก, 1 สัปดาห์, 2-3 สัปดาห์ และหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลได้มีการโทรศัพท์ติดตาม 3-6 ครั้ง คือ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน ผลการติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนการติดตามเมื่อครบ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการให้คำปรึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงที่สุด แต่ผลการตรวจนิโคตินในน้ำลายไม่มีความสัมพันธ์กับการรายงานของผู้ป่วย กล่าวคือผลการตรวจนิโคตินในน้ำลายกลับพบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียวกลับมีระดับสารนิโคตินในเลือดต่ำที่สุด

ส่วนการศึกษาของ Barta and Stacy (2005) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการอบรมพยาบาลในคลินิกเวชปฏิบัติจำนวน 15 ราย อายุระหว่าง 41-50 ปี ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ โดยใช้ทฤษฎีของ Bandura เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในความสามารถและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาของพยาบาล และใช้แนวปฏิบัติของ AHRQ ที่ใช้หลัก 5As คือ Ask Advice Assess Assist และ Arrange การประเมินพฤติกรรมพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม และมีการติดตามเมื่อครบ 6 สัปดาห์ พบว่า พยาบาลได้สอบถาม (ask) และแนะนำ (advice) ผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่เป็นประจำอยู่แล้ว แต่พยาบาลได้มีการปฏิบัติด้านการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (assess) และ ด้านการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ (assist) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้พอที่จะสรุปได้ว่า พยาบาลได้มีการซักประวัติการสูบบุหรี่ และการแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มีการทำเป็นประจำอยู่แล้ว แต่บทบาทในด้านการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่นั้นยังมีน้อย

6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Prochaska & Diclemente (1983) ได้ศึกษาถึงวิธีการวัดเพื่อแบ่งบุคคลออกเป็นระยะต่างๆ ตามการตัดสินใจ โดยการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Change Assessment Scale เพื่อแบ่งกลุ่มเป้าหมายในการจัดกิจกรรมของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่พบว่า มีความเชื่อมั่นถึง 0.88 และจากการศึกษาครั้งนี้ Prochaska และ Diclemente ยังได้ศึกษาถึงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากการที่มีสุขภาพไม่ดีมาเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีนั้น ได้มีระยะเวลาของการนี้ถึงการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันกับการศึกษาในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ดังต่อไปนี้ คือ ระยะก่อนตั้งใจ คือ บุคคลนั้นไม่เคยคิดถึงการเปลี่ยนแปลงเลย เมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา ระยะตั้งใจ คือ การที่บุคคลนั้น

ไม่เคยคิดถึงการเปลี่ยนแปลงเลยเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา แต่เคยคิดจะเปลี่ยนแปลงภายใน 30 วันที่ผ่านมา ต่อมาในระยะพร้อมปฏิบัติ คือ การที่บุคคลนั้นคิดจะเปลี่ยนภายใน 30 วันข้างหน้า และกำลังวางแผนที่จะเปลี่ยน ระยะที่ 4 ระยะปฏิบัติ การเริ่มทำพฤติกรรมที่ต้องการแล้ว สุดท้ายระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม คือการที่บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้วเป็นเวลา 6 เดือน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้นด้วย

ต่อมา Prochaska และคณะ (1994) ศึกษาภาคตัดขวางเพื่อชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) สำหรับพฤติกรรมปัญหา 12 ประการ ในกลุ่มตัวอย่าง 3,858 คน โดยแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 12 กลุ่มตามแต่ละขั้นตอนพฤติกรรมปัญหา และทุกกลุ่มตัวอย่างจะถูกสำรวจและแยกไว้ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ขั้นตอนตามทฤษฎี พฤติกรรมที่ศึกษาได้แก่ 1. การเลิกบุหรี่ 2. การเลิกเสพยาโคเคน 3. การควบคุมน้ำหนัก 4. การจำกัดอาหารไขมันสูง 5. พฤติกรรมเหลวเหลกของวัยรุ่น 6. การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย 7. การใช้ถุงยางอนามัย 8. การใช้ครีมกันแดด 9. การสัมผัสผ้าแก๊ส 10. การออกกำลังกาย 11. การตรวจมะเร็งเต้านม และ 12. การฝึกปฏิบัติงานด้านการป้องกันของแพทย์กับผู้ป่วยบุหรี่ วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้น้ำหนักคะแนนต่อผลดี และผลเสียหรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้ค่าคะแนนมาตรฐาน T Score ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การก้าวจากขั้นตั้งใจไปสู่ขั้นปฏิบัตินั้นขึ้นอยู่กับ การลดลงของน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลเสียหรืออุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มน้ำหนักคะแนนที่ให้ต่อผลดี ซึ่งนำไปสู่ความสมดุลของการตัดสินใจ และได้แนะนำว่าการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ควรจะทำในทำนองนี้

ในปีเดียวกัน Prochaska และคณะ (1994) ยังได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้ให้เห็นว่าทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังสามารถอธิบายวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ เป็นการสรุปความสัมพันธ์ระหว่างหลักการทางทฤษฎีปฏิบัติอยู่เป็นประจำของเจ้าหน้าที่ในการรณรงค์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV กับหลักการทั่วไปของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตัวแปรอิสระได้แก่ กระบวนการพื้นฐานทั้ง 10 กระบวนการ ที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตัวแปรตามได้แก่ ความสมดุลของการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษา สรุปว่า กระบวนการปลุกจิตสำนึก เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาและกระบวนการระบายความรู้สึก จะถูกใช้มากในขั้นตั้งใจและในขั้นพร้อมปฏิบัติ ส่วนกระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการเสริมแรง จะถูกใช้มากในขั้นปฏิบัติและขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การปรับใช้ร่วมกันของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกระบวนการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นตัวสนับสนุนที่สำคัญในการออกแบบกิจกรรม

สำหรับในประเทศไทยนั้น พิสมัย จารุชวลิต (2538) ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 62 คน จัดกิจกรรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ ทศนคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าทศนคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Steptoe และคณะ (1996) ศึกษาถึงการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โดยดูความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณอาหารที่ได้รับ ความสมดุลของการตัดสินใจ และแรงจูงใจในการเลือกอาหาร เป็นการวิจัยโดยการสำรวจทางไปรษณีย์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 366 คน พบว่า ร้อยละ 25 อยู่ในระยะก่อนซังใจ ร้อยละ 12.7 อยู่ในระยะซังใจ ร้อยละ 4.1 อยู่ในระยะเตรียมพร้อมปฏิบัติ ร้อยละ 5.5 อยู่ในระยะปฏิบัติ ร้อยละ 42.5 อยู่ในระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม และพบว่าขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารประเภทไขมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในการรับประทานอาหารประเภทไฟเบอร์ ความรู้และแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างไรก็ตามมันมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางเท่านั้น ในการอธิบายนิสัยการบริโภคอาหาร ในด้านความสมดุลของการตัดสินใจ พบว่าคะแนนของประโยชน์ที่จะได้จากการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขึ้นไปตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พัฒนาสูงขึ้น ในขณะที่คะแนนของผลเสียหรืออุปสรรคจะลดลง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 กุลวรรณ นาครักษ์ ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดกิจกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม ในกลุ่มนักเรียนชายระดับมัธยมต้น กลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน จัดกิจกรรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยในสัปดาห์ที่ 1 จะเป็นกิจกรรมสำหรับขั้นตอนก่อนซังใจ สัปดาห์ต่อมาจะเป็นกิจกรรมสำหรับซังซังใจ ซังพร้อมปฏิบัติ และซังปฏิบัติตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ และการปฏิบัติตัว ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังได้มีการนำทฤษฎีดังกล่าว มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านทัศนสุขภาพอีก โดย กฤษริยะ จิตวิศรุตกุล (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมเพื่อจัดโปรแกรมทันตกรรมป้องกันต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทัศนสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง เป็นการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดเรื่องการดูแลตนเอง (self care) ให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งออกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงกลุ่มละ 10 คน คือ 1.ขั้นก่อนซั้งใจ 2.ขั้นซั้งใจ 3.ขั้นเตรียมพร้อม กิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เปรียบเทียบก่อนหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ โดยที่สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมสำหรับขั้นก่อนซั้งใจ คือการสร้างความตื่นตัว สัปดาห์ที่ 2 เป็นกิจกรรมในขั้นซั้งใจเป็นการสร้างความตระหนัก สัปดาห์ที่ 3-6 เป็นการดูแลตนเองไม่มีกิจกรรม สัปดาห์ที่ 7 เป็นการติดตามประเมินผลหลังทดลอง โดยที่ทั้ง 3 กลุ่มได้รับกิจกรรมที่เหมือนกัน ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ทั้ง 3 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นพบว่าโดยรวมไม่มีการเปลี่ยนแปลง มีเพียงพฤติกรรมการแปรงฟันเท่านั้นที่มีการเปลี่ยนแปลง และมีเฉพาะในกลุ่มที่ 3 ขั้นเตรียมพร้อม เท่านั้นที่เปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่าทุกกลุ่มมีการก้าวสู่ขั้นตอนที่ดีขึ้น

ในปีถัดมา ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2544) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษาพร้อมกับให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและฝึกทักษะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน โดยมีการจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการพัฒนาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ขั้นปฏิบัติและไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองทุกราย

อุมาภรณ์ สานุสันติ (2544) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยได้ศึกษาถึงโปรแกรมสุขศึกษาในคลินิกเบาหวาน ที่ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ และติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อน

พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การดูแลเท้า ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Feldman และคณะ (2000) ได้ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผลไม้และผักของหญิงรายได้น้อย ในรัฐแมริแลนด์ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การให้โภชนาการที่เน้นความสำคัญของการบริโภคผลไม้และผัก การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอุปสรรคและการเอาชนะอุปสรรค การสาธิตอาหาร การแจกคู่มือ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Reeve, Calabro, และ Adams-McNeill (2000) ได้พัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในคลินิกพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังไม่คิดจะเลิกบุหรี่ กลุ่มที่เริ่มคิดจะเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มที่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ เปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการดูแล ให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอน (stepped care) กับการให้คำแนะนำตามปกติ (usual care) ผลการศึกษาระบุว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ เช่น จากการใช้ที่ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ มาเป็นการเริ่มคิดจะเลิกสูบบุหรี่

Dejong and Veltman (2004) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการที่จะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40- 60 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1. การตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อมูลผลการตรวจสมรรถภาพปอดที่พบ และ 3. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้แนวคิดทฤษฎี Transtheoretical Model หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8-12 สัปดาห์ การติดตามและประเมินผลพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

Jonsdottir และคณะ (2004) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 85 คน โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบโปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วย 1. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจากพยาบาล 2. การใช้นิโคตินทดแทนจากแพทย์และพยาบาล 3. การใช้กลุ่มสนับสนุน 4. การสอนเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด 5. การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ และ 6. การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ก่อนทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่และภาวะการติดยาโคติน ผลการศึกษาพบว่า จากการติดตามเป็นเวลา 1 ปี เหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 69 คน เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้ และมีผู้ป่วยบางส่วนเสียชีวิตระหว่างดำเนินการทดลอง และร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ได้เลิกบุหรี่ตั้งแต่ที่เข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้รายงานสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนการศึกษาของ Chouinard และ Robichaud-Ekstrand (2005) เป็นการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 168 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง และได้รับการเยี่ยมบ้านเมื่อครบ 2 เดือน และ 6 เดือน หลังจำหน่ายจากออกจากโรงพยาบาล กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาขณะที่อยู่โรงพยาบาลเท่านั้น และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ 1 ครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ ในช่วง 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ เท่ากับ 41.5 % ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ได้มีการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาสู่พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งพบว่าได้ประสิทธิผลที่ดี สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มี การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วย อีกทั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่และพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ที่ได้จากการศึกษาเชิงบรรยายและเชิงทำนายมีมากเพียงพอที่จะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ในการประเมินความพร้อม และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย และนำมาประยุกต์จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่อย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานทั้ง 10 ประการ มาจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละรายอีกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคทางด้านอายุรกรรม ให้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและมีการใช้แนวคิดดังกล่าวนี้เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการให้กิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยมีการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปที่บ้าน มีการให้การปรึกษาร่วมกับมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น

และวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการติดตามผู้ป่วยและพบว่ามีประสิทธิผลที่ดี ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้นำการติดตามทางโทรศัพท์มาไว้ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ด้วย ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ในเรื่องของ ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการเสริมแรง และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่ได้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

2. การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

สร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ บอกประโยชน์ที่ได้จากการหยุดสูบบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ผลการสูบบุหรี่ของตนเองต่อคนรอบข้าง

3. การให้การปรึกษา

3.1 ผู้ป่วยระยะซังใจ พยายามค้นหาสิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยแต่ละราย สร้างแรงจูงใจซ้ำๆ

3.2 ผู้ป่วยระยะพร้อมปฏิบัติ ช่วยผู้ป่วยกำหนดวันเลิกบุหรี่ค้นหาเหตุการณ์ ภาวะอารมณ์จิตใจภายใน หรือกิจกรรมใดๆ ที่จะเสี่ยงต่อการนำให้ผู้ป่วยหวนกลับมาสูบบุหรี่อีกและฝึกทักษะในการแก้ไขและจัดการปัญหาให้แก่ผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ โดยการเรียนรู้ที่จะคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า และพยายามหาทางหลีกเลี่ยงเหตุการณ์นั้นๆ ฝึกกระบวนการการนึกคิดเพื่อที่จะลดหรือแก้ไขอารมณ์ไม่ดี ร่วมหาแนวทางจัดการกับความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ แนะนำให้ผู้ป่วยบอกคนใกล้ชิด

3.3 ผู้ป่วยระยะปฏิบัติ ให้แรงสนับสนุน ให้กำลังใจ ร่วมแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างหยุดบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

4. การติดตามและประเมินผล

เยี่ยมผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยในวันที่ 3 และใช้โทรศัพท์ติดตาม เมื่อครบ 1 สัปดาห์

4 สัปดาห์ และเมื่อครบ 8 สัปดาห์

พฤติกรรม
เลิกสูบบุหรี่