ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม

นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2552

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF SMOKING CESSATION INTERVENTION COMBINED WITH DEEP BREATHING RELAXATION ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOM, SMOKING URGE, AND SMOKING RELAPSE AMONG SURGICAL PATIENTS

Miss Onanong Songthuan

ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม
โดย	นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรอนงค์ ส่งทวน: ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม (EFFECTS OF SMOKING CESSATION INTERVENTION COMBINED WITH DEEP BREATHING RELAXATION ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOM, SMOKING URGE, AND SMOKING RELAPSE AMONG SURGICAL PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชมพูนุช โสภาจารีย์, 135 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกกับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของระดับการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก แบบประเมินระดับการติดนิโคติน แบบประเมินอาการขาดนิโคติน และแบบประเมินความอยากบุหรี่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหาแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ การทดสอบค่าที และการทดสอบไคสแควร์ ซึ่งมีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. อาการขาดนิโคตินหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. สัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 75)

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา .....2552.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก .....

5077635736 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEY WORD: SMOKING CESSATION/ RELAXATION/DEEP BREATHING/ NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOM/ SMOKING URGE, AND SMOKING RELAPSE

ONANONG SONGTHUAN: EFFECTS OF SMOKING CESSATION INTERVENTION COMBINED WITH DEEP BREATHING RELAXATION ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOM, SMOKING URGE, AND SMOKING RELAPSE AMONG SURGICAL PATIENTS. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST. PROF. CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D., RNC., 135 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effects of smoking cessation intervention combined with deep breathing relaxation versus conventional smoking cessation program on nicotine withdrawal symptom, smoking urge, and smoking relapse among surgical patients. Forty subjects who met the inclusion criteria and were admitted for emergency surgery at Suratthani Hospital, Suratthani Province were included in the study. Twenty subjects each were in an experimental group or a control group. The subjects in each group were matched by nicotine addiction level, number of cigarettes smoked per day, and number of efforts made to stop smoking. The control group received conventional smoking cessation program while the experimental group received smoking cessation intervention combined with deep breathing relaxation for three weeks. Research tools included the smoking cessation intervention combined with a deep breathing relaxation program, nicotine dependence assessment, nicotine withdrawal assessment, and smoking urge assessment. The program and questionnaires were tested for reliability and validity. The data was analyzed using frequency, percentage, t-test and chi- square test. The research results can be summarized as follows:

1. At the end of the smoking cessation intervention combined with a deep breathing relaxation, nicotine withdrawal symptom and smoking urge among surgical patients were statistically significantly lower than those before the intervention.
2. Nicotine withdrawal symptom among surgical patients in the experimental group were significantly higher than in the control group.
3. Smoking urge among surgical patients in the experimental group was significantly lower than in the control group.
4. The proportion of smoking relapse in the experimental group was statistically significantly lower than that of the control group (20% versus 75%).

Field of study: ..... Nursing Science .....Student's signature: .....
Academic Year:.....2009 .....Advisor's signature: .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภาจารีย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ จุดประกายความคิดและปลูกฝังจิตสำนึกการเป็นพยาบาลที่ดี ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่ และเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่คอยให้กำลังใจ มีไมตรีจิตและช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และบุคคลที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยศัลยกรรมทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้ปัจจัยทุกๆ ด้านอันก่อให้เกิดชีวิตที่ใฝ่การเรียนรู้ มุ่งมั่นทำคุณประโยชน์ต่อสังคม ขอบคุณบุคคลที่เป็นที่รักของผู้วิจัยทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการศึกษา คุณประโยชน์อันก่อเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้กับทุกท่านที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

คำถามการวิจัย 6

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 8

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 9

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 13

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่..... 14

การสูบและการติดบุหรี่..... 15

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และการติดบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพ..... 19

ความสำคัญของการเลิกบุหรี่ และภาวะแทรกซ้อนจาก
การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม..... 20

แนวทางการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่..... 22

บทบาทพยาบาลกับการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่..... 24

ปัจจัยขัดขวางการเลิกบุหรี่..... 28

การพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลาย
ด้วยวิธีหายใจแบบลึก..... 38

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 45

กรอบแนวคิดการวิจัย..... 52

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 55
การดำเนินการวิจัย..... 63
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง..... 67
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 69
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 77
สรุปผลการวิจัย..... 80
การอภิปรายผลการวิจัย..... 81
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย..... 87
รายการอ้างอิง..... 89
ภาคผนวก..... 107
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 109
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล..... 111
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม.
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 116
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 122
ภาคผนวก จ การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง..... 132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 135

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม……..	70
2	ข้อมูลการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง……	71
3	อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม……..	73
4	การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ……	74
5	การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ……	75
6	การเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ……..	76
7	การจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของโรค ระดับการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่……	133

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรโลกรวมทั้งยังเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมากกว่า 36 โรค (อมรรัตน์ โพธิพรรค, มณฑา เก่งการพานิชและลักขณา เติมศิริกุลชัย, 2550) ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่มากถึง1,100 ล้านคน และในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากถึง 5.4 ล้านคน หรือนาทีละ 10 คน ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาเลเรียรวมกัน และที่สำคัญพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกปี (World Health Organization [WHO], 2008)

สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 1-2 ซองต่อวัน จะมีอายุสั้นลง 4.4-6.8 ปี (Kennedy, 2002) และหากแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ต่อไป องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ประชากรจำนวนกว่า 500 ล้านคนที่มีชีวิตอยู่ในวันนี้จะเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ และในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และภายในปี ค.ศ. 2100 มีผู้เสียชีวิตด้วยบุหรี่ถึง 1,000 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2008)

สำหรับสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2534–2549 พบว่าประชากรไทยผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันและสูบบุหรี่เป็นประจำ มีปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงจาก 12.39 มวนและ 11.85 มวน ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 8.92 และ 9.66 มวน ในปีพ.ศ.2549 คิดเป็นร้อยละของการเปลี่ยนแปลงลดลงเท่ากับ 28.01 และ 18.48 ตามลำดับ และพบว่าประชากรในภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันและเป็นประจำสูงที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งรอบการสำรวจครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2549 รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่นับจากปี พ.ศ. 2534–2549 ลดลงน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ เกือบ 2 เท่า และอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรชายจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า 5 จังหวัดแรกของประเทศไทยที่มีประชากรชายสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุด ได้แก่ หนองบัวลำภู หนองคาย กาฬสินธุ์ สุราษฎร์ธานี และชัยภูมิ ส่วนช่วงอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดคือ ประชากรอายุ 41-59 ปี (ศรัณญา เบญจกุลและคณะ, 2550)

ในควันบุหรี่มีส่วนผสมของสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ที่สำคัญสารเคมีหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย และมีมากกว่า 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (Doering, 2002;

WHO, 2002; ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548; วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์, 2549) จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งของตัวผู้สูบบุหรี่เองและบุคคลใกล้เคียง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคร้ายแรงและเรื้อรังมากมาย เช่น อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งโพรงจมูกและช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูกและยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นในสตรีอายุน้อยที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองอีกด้วย (ประกิต วาธีสาธกกิจ, 2551) นอกจากนี้สารเคมีเหล่านี้ยังทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดและเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (รัชนา ศานติยานนท์, กาญจนา สุริยะพรหมและบุษบา มาตระกูล, 2550; Sorensen, 2003) แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก รวมทั้งทำให้แผลหายช้าอีกด้วย (Jorgensen et al. , 1998; Moller et al. , 2002; Bartsch et al. , 2007; The Joanna Briggs Institute, 2008) ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้ผู้สูบบุหรี่ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ

ปัจจุบันการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มีกลยุทธ์ต่างๆ มากมาย โดยในบทบาทของพยาบาลนั้นสามารถส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งเชิงรับ ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ส่วนบทบาทเชิงรุก ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและสตรีให้ตระหนักในพิษภัยบุหรี่และร่วมมือกันป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบบุหรี่รายใหม่ การรณรงค์เพื่อสร้างสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่รวมทั้งการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการรณรงค์เนื่องในโอกาสวันงดบุหรี่โลกทุกๆ ปี ซึ่งในปัจจุบันมีการส่งเสริมกิจกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ให้เป็นการดำเนินการในงานประจำของพยาบาล ประกอบด้วย การให้สุขศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้บริการในคลินิคอดบุหรี่ การจัดนิทรรศการให้ความรู้ การแจกเอกสารแผ่นพับและการรณรงค์เลิกบุหรี่ในโอกาสพิเศษต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก บุคลากรในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป สำหรับกิจกรรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในปัจจุบันมีการปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมการเลิกบุหรี่สู่งานประจำมาใช้ ซึ่งอาศัยหลัก 5A's ได้แก่ การซักถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) การให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) การประเมินภาวะการสูบบุหรี่และการเสพติดบุหรี่ (Assess) การสร้างแรงจูงใจและแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ (Assist) และ การติดตามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Arrange follow up) แต่การประยุกต์ใช้หลักการ 5A's ของบุคลากรด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ยังขาดระบบการติดตามประเมินผล (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) และส่วนใหญ่เน้นการบำบัดเพียง 3A เท่านั้น และที่สำคัญยังไม่ได้ประเมินระดับการติดนิโคติน อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ในขณะหยุดสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจึงกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาการบำบัดที่เน้นการบรรเทาอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการเลิกสูบบุหรี่

ในผู้ป่วยศัลยกรรมที่สูบบุหรี่ การงดสูบบุหรี่ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Moller & Villebro, 2005) จะเห็นได้จากการศึกษาของ Moller และคณะ (2002) ซึ่งได้ศึกษาผลของการงดสูบบุหรี่ 6-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ระบบไหลเวียน และแผลผ่าตัดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยในกลุ่มทดลองที่ให้งดสูบบุหรี่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 18 ในขณะที่พบภาวะแทรกซ้อนมากถึงร้อยละ 52 ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้งดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของแผลพบร้อยละ 5 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 31 ในกลุ่มควบคุม ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและระบบไหลเวียนพบร้อยละ 2 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 12 ในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลยังพบว่า ในกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11 วัน ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีจำนวนเฉลี่ยนานถึง 13 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Padubidri และคณะ (2001) และ Sorensen (2003) ซึ่งได้ศึกษาผลของการสูบบุหรี่ต่อการหายและการติดเชื้อของแผลผ่าตัด พบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัดทั้งในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและสูบเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่สูบบุหรี่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล เนื่องจากสถานพยาบาลจัดเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ นับเป็นโอกาสอันดีของผู้ป่วยที่พยาบาลจะได้ให้ความช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งให้ผู้ป่วยคิดเลิกสูบบุหรี่ (Hennirikus et al., 2005; Miller, 2006) แต่ปัญหาสำคัญที่ตามมาเมื่อหยุดบุหรี่คืออาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ที่รุนแรงทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่กำลังพยายามเลิกจำนวนกว่าร้อยละ 50 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในวันที่ 3 ของการเลิกบุหรี่ (Rose, 1996 อ้างถึงใน al' Absi, Carr & Bongard, 2007; Allen et al. , 2008) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยศัลยกรรมที่พบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด โดยการหลบไปสูบบุหรี่ในห้องน้ำหรือนอกโรงพยาบาล ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการแก้ไขผู้ป่วยเหล่านี้จะหวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวดังกล่าวมาแล้ว

อาการขาดนิโคติน (Nicotine withdrawal symptom) เป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการหลั่งของสารสื่อประสาทที่ลดลงเนื่องจากการลดลงของระดับนิโคติน (รนชัย

คงสกลธ์, 2550) โดยพบอาการได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกและรุนแรงขึ้นในระยะ 3 วันแรก จากนั้นจะค่อยๆลดความรุนแรงลงในระยะเวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ (Hughes & Hatsukami, 1992; Gilbert et al. , 2002; Shiffman et al. , 2006; Fiore et al. , 2008) หรืออาจนานเป็นเดือนซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Balfour & Fagerström, 1996) อาการขาดนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) ตามเกณฑ์ของ Wisconsin Smoking Withdrawal Scaleประกอบไปด้วยอาการต่อไปนี้ ได้แก่ 1) หงุดหงิด โกรธง่ายหรืออารมณ์เสียบ่อย 2) ซึมเศร้า 3) อยากอาหารมากขึ้น 4) สมาธิลดลง 5) นอนไม่หลับ 6) วิตกกังวล และ 7) อยากสูบบุหรี่อาการขาดนิโคตินเป็นอาการที่รบกวนทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้อดบุหรี่เป็นอย่างมาก (Shiffman, West & Gilbert, 2004) ดังนั้นหากอาการขาดนิโคตินมีความรุนแรงโดยไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้อดบุหรี่หวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2546; Piasecki et al. , 2000; al'Absi et al., 2004; Piasecki, 2006; Cropley, Ussher, & Charitou, 2007) ทั้งนี้เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับตนเอง

สำหรับความอยากบุหรี่ (Smoking urge) นั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีทั้งจัดให้ความอยากบุหรี่เป็นอาการแสดงของการขาดนิโคติน (American Psychiatric Association, 2000; Hughes, 2007) และความอยากบุหรี่ไม่ใช่อาการแสดงของอาการขาดนิโคติน (Tiffany & Drobes, 1991; Cox, Tiffany & Christen, 2001) ซึ่งจากการศึกษาความอยากในแบบจำลองต่างๆ ของการใช้สารเสพติดพบว่าความอยากบุหรี่เกิดจาก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านความนึกคิดและและการตอบสนองต่อแรงจูงใจทางบวกจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งความต้องการบรรเทาผลที่เกิดขึ้นทางลบจากอาการขาดนิโคติน ความคาดหวังในผลทางบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือเกิดจากผลทั้งทางบวก และทางลบ (Tiffany & Drobes, 1991; Cox, Tiffany & Christen, 2001) และเป็นอาการสำคัญที่เกิดขึ้นหลังการหยุดสูบบุหรี่ที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกทุกข์ทรมาน จากการศึกษาพบว่าความอยากบุหรี่ที่รุนแรงและไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้อดบุหรี่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (al'Absi et al., 2004; Cropley, Ussher & Charitou, 2007)

การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (Smoking relapse) หมายถึง การกลับมาสูบบุหรี่หลังจากหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (Urso, 2003) แม้เป็นการสูบในปริมาณหรือความถี่ที่น้อยกว่าปกติที่เคยสูบก็ตาม การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการบ่งชี้ว่าเกิดความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ (Hughes et al., 2003) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยได้แก่ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา (Rash, 2007) มีการติดนิโคตินอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ (Marlatt & Gordon, 1985 อ้างถึงใน Hoving et al. , 2006) มีอารมณ์ทางบวก (Yuttatri, 2001) การอยู่ในสถานการณ์ที่ล่อแหลม การ

ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Shiffman et al., 2000) และที่สำคัญคือมีความอยากบุหรี่ (Hughes, 2007) และต้องการบรรเทาความทรมานจากอาการขาดนิโคติน (Budney et al., 2008) การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเกิดขึ้นบ่อยที่สุดในผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง (Krall, Garcia & Garvey, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดนั้นทำได้ยาก ผู้ติดบุหรี่ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยอาศัยกำลังใจอย่างเดียวหรือวิธีหักดิบร้อยละ 49-76 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 1 สัปดาห์หลังหยุดสูบและในระยะติดตาม 6-12 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 3-5 เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Hughes, Keeley & Naud, 2004) เพราะฉะนั้นหากสามารถจัดการกับสาเหตุของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ โอกาสในการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำจึงเป็นไปได้น้อยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ตลอดจนการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำมี 2 วิธีหลักๆ คือ วิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา สำหรับวิธีการใช้ยาแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพสูงแต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยบางประเภทและมีราคาสูง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551; พิสนธิ์ จงตระกูล, 2551) และนอกจากยาช่วยเลิกบุหรี่จะให้ผลในการรักษาแล้วยายังมีผลอื่นๆที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์สูงสุด ได้แก่ ผลเชิงลบของยาเนื่องจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ง่วงนอน เป็นต้น และความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้ยาเช่น ผู้ป่วยเกิดความละอายที่จะใช้ยาเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้อื่นในสังคม (ฐิติพร นาคทวน, 2546) ส่วนวิธีการไม่ใช้ยานั้นมีหลายวิธี เช่น การสะกดจิต การฝังเข็ม การกดจุด และการออกกำลังกายแต่วิธีการดังกล่าวบางวิธี เช่น การสะกดจิต และการฝังเข็มต้องอาศัยความเชี่ยวชาญอย่างมากของผู้บำบัด ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั่วไปในโรงพยาบาล ส่วนบางวิธีเช่น การออกกำลังกาย ไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยศัลยกรรมเนื่องจากหลังผ่าตัดจะมีอุปสรรคในการออกกำลังกาย และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ในผู้กำลังงดบุหรี่ ที่ผ่านมามักเป็นการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกโดยใช้แนวคิดการบำบัดแบบกระชับร่วมกับแนวคิดการผ่อนคลาย เพื่อลดอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และลดการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ซึ่งการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทของผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำถามการวิจัย

1. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. สัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษานี้พัฒนากรอบความคิดจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพร่วมกับแนวคิดการบำบัดแบบกระชับ และแนวคิดการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถมาใช้ในการจัดการอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นผู้ที่ขาดการเตรียมพร้อมสำหรับการเลิกบุหรี่ ไม่สามารถจัดการกับอาการขาดนิโคตินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่หยุดบุหรี่จะมีอาการขาดนิโคตินที่ค่อนข้างรุนแรงจึงเกิดอารมณ์ทางลบต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้ารวมทั้งมีสมาธิลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถในการคิดลดลง (เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 2549; Kliegel et al., 2005; Shiffman et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rash (2007) ซึ่งได้ศึกษาผลของการสูบบุหรี่และอาการขาดนิโคตินต่อกระบวนการจำพบว่า ผู้ที่มีอาการขาดนิโคตินมีความจำเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีกดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการบำบัดแบบกระชับมาเป็นแนวทางพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการให้การช่วยเหลือที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผสมผสานทั้งหลักการรับรู้ พฤติกรรม และสังคมเข้าด้วย

ด้วยกัน ซึ่งกลยุทธ์หลักคือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความมุ่งมั่น (Commitment) ที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยสร้างความขัดแย้งขึ้นในความคิดระหว่างการสูบบุหรี่กับผลที่จะตามมาทั้งในปัจจุบันและอนาคต จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองและเน้นการจัดการกับอุปสรรคสำคัญในการเลิกบุหรี่คืออาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ทักษะในการจัดการกับอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและง่ายต่อการจดจำและสามารถปฏิบัติได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เรียกร้องให้ต้องสูบบุหรี่และเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิผล (WHO, 2001; Sitipunt, 2005; Fiore et al., 2008) เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ รู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่เข้ามาได้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่ไม่รุนแรง (Leventhal & Johnson, 1983) ซึ่งก็คือทำให้มีอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ลดลง

นอกจากนี้ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกนั้น เมื่อร่างกายตอบสนองต่อการผ่อนคลายส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลงเนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ ไฮโปทาลามัสและเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชันถูกกระตุ้นลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทลิมบิคซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ยังถูกกระตุ้นน้อยลงด้วย จึงเกิดความรู้สึกสงบและเป็นสุข ไม่เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ความรู้สึก หงุดหงิด ซึมเศร้า โกรธ เครียดและความวิตกกังวลลดลง (Benson, 2001) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดเมื่อหยุดสูบบุหรี่ในช่วงแรก การเกิดความรู้สึกผ่อนคลายยังส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหามากขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่รู้สึกผ่อนคลายจึงไม่เกิดอารมณ์ทางลบดังกล่าวจากอาการขาดนิโคตินและลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้นคือความอยากสูบบุหรี่ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่โดยการสูบบุหรี่เพื่อรักษาระดับของนิโคตินในร่างกายไว้ ผู้ป่วยจึงสามารถเลิกบุหรี่ได้และไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก นอกจากนี้การหายใจแบบลึกทำให้ระบบประสาทส่วนกลางได้รับออกซิเจนในปริมาณที่มากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกันระหว่างโมเลกุลของออกซิเจนกับสารสื่อประสาทอีกทั้งออกซิเจนยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสังเคราะห์สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ที่สำคัญโดยเฉพาะโดปามีน ส่งผลให้ปริมาณของโดปามีนเพิ่มขึ้นและมีการหลั่งของโดปามีนออกมามากขึ้น (Granger, 2005) จึงทำให้เกิดความตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้นและมีความสุขหรือเรียกว่าวงจรการได้รับรางวัล (Reward circuit) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Fowler และคณะ (1996) ซึ่งได้

ศึกษาเปรียบเทียบปริมาณเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดส บี (Monoamine oxidase B [MAO-B]) ในสมองของผู้สูบบุหรี่พบว่าสารดังกล่าวมีปริมาณน้อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 40 เนื่องจากเอนไซม์ดังกล่าวถูกทำลายโดยสารนิโคติน (Fowler et al. , 2003) ซึ่งโมโนเอมีน ออกซิเดส บี เป็นเอนไซม์ที่มีบทบาทสำคัญในการทำลายสารสื่อกลางที่ใช้สังเคราะห์โดปามีน ดังนั้นในสมองของผู้สูบบุหรี่จึงมีปริมาณโดปามีนมากกว่าปกติเนื่องจากเอนไซม์ที่ขัดขวางวงจรการสังเคราะห์โดปามีนมีน้อยลง เมื่อหยุดสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงส่งผลให้เอนไซม์ดังกล่าวมีปริมาณเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณโดปามีนลดลงจึงมีอาการขาดนิโคติน ซึ่งจากการศึกษาของ Goroshinskaia และ Bronovitskaia (1976 อ้างถึงใน Granger, 2005) พบว่า การบำบัดด้วยออกซิเจนสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดส บีในสมองได้ ส่งผลให้ปริมาณโดปามีนเพิ่มขึ้น อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่จึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ McClernon, Westman และ Rose (2004) ซึ่งได้ศึกษาผลของการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ที่มีอาการติดนิโคติน พบว่าการหายใจแบบลึกสามารถลดความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคติน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ขั้นตอนที่ 4 การติดตามช่วยเหลือ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
3. สัดส่วนการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจ

แบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษาวิจัยคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่เข้ารับการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่เข้ารับการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยศัลกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีอายุระหว่าง 20-59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกและการได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

2.2 ตัวแปรตาม คือ อาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ร รวมทั้งลดอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการบำบัดแบบกระชับ และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้อาการจากการพูดคุยและซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของอาการขาดนิโคตินและอยากบุหรี่ ความรุนแรงของอาการ ความบ่อย การจัดการกับอาการดังกล่าวด้วยตนเอง การได้รับการจัดการกับอาการจากบุคลากรทีมสุขภาพและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการบำบัด

2. การให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นการให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วย และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงเหตุผลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์

ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการสะท้อนกลับให้เห็นภาวะเสี่ยงของตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้ปัญหาและตระหนักในผลทางลบที่กำลังตามมา ซึ่งเป็นการเน้นการช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตัวเองว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เป็นความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยรักและสังคม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยคิดให้ได้ว่าเพราะเหตุใดบ้างที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญในการเลิกสูบบุหรี่

2.3 ให้คำแนะนำถึงวิธีเลิกบุหรี่ โดยชี้ให้เห็นความเสี่ยงระยะเฉียบพลัน และความเสี่ยงระยะยาว รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ สาเหตุที่ต้องหยุดสุบบุหรี่ก่อนและหลังผ่าตัด อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ช่วงเวลาที่จะเกิดอาการ การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ รวมทั้งการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำโดยใช้แผนการสอนและคู่มือการจัดการอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

2.4 เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือการเลิกบุหรี่ โดยการสนทนาระหว่างการบำบัด เช่น การทำสัญญากับตัวเองว่าต้องเลิกบุหรี่ให้ได้ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นต้น

2.5 สนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยท่าทีที่อบอุ่นและเป็นมิตร

3. การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

การผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อลดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามโดยผู้ป่วยสามารถนำมาใช้เมื่อมีอาการขาดนิโคตินและอยากบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกทักษะและสาธิตแก่ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติไว้ในคู่มือการจัดการกับอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่

4. การติดตามช่วยเหลือ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการบำบัดที่ได้รับว่าได้ผลอย่างไร โดยการซักถามอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังได้รับการบำบัด วันละ 2 ครั้ง ในวันที่ 2 และวันที่ 3 ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและโทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบ 3 สัปดาห์ โดยการโทรศัพท์ติดตามแต่ละครั้งมีการติดตามกับผู้ป่วยโดยตรง 1 ครั้งและกับญาติผู้ดูแล 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย จากนั้นประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 และขอความร่วมมือในการส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

อาการขาดนิโคติน หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นภายหลังหยุดสูบบุหรี่หรือมีการใช้นิโคตินในปริมาณที่ลดลง ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง อาการที่เกิดขึ้นประกอบด้วยอาการต่อไปนี้ ได้แก่ 1) หงุดหงิด โกรธเคืองหรืออารมณ์เสียบ่อย 2) ซึมเศร้า 3) อยากอาหารมากขึ้น 4) สมาธิลดลง 5) นอนไม่หลับ 6) วิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการขาดนิโคติน (Wisconsin Smoking Withdrawal Scale) ของ Welsch และคณะ (1999) โดยประเมินภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3

ความอยากบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกปรารถนาที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบ 4 ประการคือ 1) ความต้องการสูบบุหรี่ 2) ความคาดหวังในผลด้านบวกจากการสูบบุหรี่ 3) ความคาดหวังที่จะบรรเทาอาการที่เกิดจากการขาดนิโคตินและผลด้านลบจากการเลิกสูบบุหรี่ และ 4) ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความอยากบุหรี่ (Brief Questionnaire of Smoking Urges : QUS- brief) ของ Cox, Tiffany และ Christen (2001) ซึ่งประเมินในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษาและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3

การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ หมายถึง การหวนกลับมาสูบบุหรี่อีกหลังหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่อาจลดลงกว่าเดิมหรือกลับไปเหมือนเดิม ประเมินจากแบบสอบถามการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประเมินหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3

การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยศัลยกรรมที่สูบบุหรี่ประกอบด้วย

1) การสัมภาษณ์ประวัติการสูบบุหรี่ โดยในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะซักถามประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ซึ่งหากคำตอบที่ได้คือ ไม่สูบ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะให้คำชมเชย แต่หากคำตอบที่ได้คือ สูบแต่เลิกแล้ว พยาบาลจะถามระยะเวลาที่เลิกได้ว่าเลิกได้นานเท่าไหร่แล้ว หากคำตอบที่ได้คือเลิกได้เกิน 6 เดือน พยาบาลก็จะให้คำชมเชย และเตือนไม่ให้เผลอไปสูบอีก หากคำตอบที่ได้คือ ยังเลิกได้ไม่เกิน 6 เดือน พยาบาลจะให้คำชมเชย และให้กำลังใจรวมทั้งแนะนำไม่ให้เผลอกลับไปสูบบุหรี่อีก

2) การให้ข้อมูล พยาบาลให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) พิษภัยจากการสูบบุหรี่ 2) การเตรียมพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ 3) การลงมือหยุดสูบบุหรี่ และ 4) การหยุดสูบบุหรี่ต่อไป

3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป และแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในแผ่นพับ

4) การติดตามช่วยเหลือ เป็นการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในแผ่นพับต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยศัลยกรรมที่กำลังเลิกบุหรี่โดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมให้มีการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำและสามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

2. สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิกรวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่และมีอาการขาดนิโคตินและอยากบุหรี่

3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า พัฒนาการวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลอื่น ๆ ในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ และได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่
2. การสูบและการติดบุหรี่
3. ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และการติดบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพ
4. ความสำคัญของการเลิกบุหรี่ และภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม
5. แนวทางการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่
6. บทบาทพยาบาลกับการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่
7. ปัจจัยที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่
    7.1 อาการขาดนิโคติน
    7.2 ความอยากบุหรี่
    7.3 การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
8. การพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่**

สารประกอบในบุหรี่

ระหว่างการสูบบุหรี่จะเกิดควันบุหรี่ 2 แบบคือ ควันที่สูดเข้าปอดและควันที่ออกมาจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ในควันบุหรี่มีส่วนผสมของสารเคมีต่างๆ มากกว่า 4,000 ชนิด และสารเคมีหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีสารเคมีมากกว่า 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (WHO, 2002; ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548; วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์, 2549) ซึ่งสารประกอบที่สำคัญเหล่านี้ ได้แก่

นิโคติน (Nicotine)

เป็นสารที่พบได้ในใบยาสูบ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองภายใน 7-10 วินาทีหลังได้รับเข้าสู่ร่างกาย ออกฤทธิ์นาน 5-120 นาทีและมีครึ่งชีวิต 1-4 ชั่วโมง (Benowitz, 1996) จึงเป็นสาระสำคัญที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่ ร้อยละ 95 ของสารนิโคตินจะไปจับที่ปอด บางส่วนจับที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก บางส่วนจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งของสารอีพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนและขาหดตัวและเพิ่มไขมันในเส้นเลือด นิโคตินช่วยในการลดความเครียด ความวิตกกังวลและอาการเบื่อหน่าย นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่มวนแรกของแต่ละวันจะกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ทำให้ลดความอยากอาหาร และการย่อยอาหารช้าลง อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายมากขึ้นด้วย (Henningfield, Cohen, & Pickworth, 1993 อ้างถึงใน VanderKaay, 2006) ปริมาณของนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายโดยการสูบบุหรี่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดของยาสูบ ชนิดของไส้กรอง ปริมาณของควันบุหรี่ที่สูดเข้าไป ปริมาณของนิโคตินที่สามารถทำให้เสียชีวิตได้อยู่ที่ประมาณ 40-60 มิลลิกรัม ซึ่งในบุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคติน 1-2.8 มิลลิกรัม (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรา นามเดช และนลินี เกิดประสงค์, 2551)

ทาร์ หรือน้ำมันดิน (Tar)

มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวนและส่วนประกอบอื่นๆในบุหรี่ เป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้ละอองของเหลวของทาร์จะเข้าไปจับที่หลอดลม ปอด และถุงลมปอด โดยประมาณร้อยละ 50 จะจับที่ปอด เมื่อทาร์รวมตัวกับฝุ่นต่างๆที่หายใจเข้าไปก็จะขังอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองอันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ จะทำลายถุงลมปอดทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง หอบเหนื่อยง่ายและเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดมะเร็งบริเวณเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับสารนี้ ทาร์จึงเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด

คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide)

เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ประมาณร้อยละ 2 – 6 ก๊าซนี้จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ดังนั้นจึงเป็นก๊าซที่รบกวนการลำเลียงออกซิเจนจากถุงลมไปยังเนื้อเยื่อ ทำลายคุณสมบัติของเม็ดเลือดแดงในการเป็นตัวนำออกซิเจนสู่เซลล์ เซลล์จึงขาดออกซิเจนทำให้รู้สึกมึนงง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย และมีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ (American Heart Association [AHA], 2001)

นอกจากนี้ยังประกอบด้วยสารประกอบอันตรายอื่น ๆ เช่น ไฮโดรเจนไซยาไนด์ สารอนุมูลอิสระ สารกัมมันตภาพรังสีและสารปรุงแต่งต่างๆที่อยู่ในบุหรี่ เช่น โกโก้ น้ำตาล แอมโมเนีย ฯลฯ

2. การสูบบุหรี่และการติดบุหรี่

2.1 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่นั้น เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นภายหลัง ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด Tomkins (1966 อ้างถึงในจิตติมา ทุ่งพรวญ, 2547) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่สรุปได้ 4 ประการคือ

2.1.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual smoking) ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้ จะมีบุหรี่ติดตัวอยู่ตลอดเวลา (ไม่ได้จุดบุหรี่ก็คาบไว้ที่ปากเฉยๆ) การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุขเมื่อสูบบุหรี่ บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้จะเป็นแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะต้องทำ หากต้องการงดสูบบุหรี่จะต้องทำความเข้าใจลักษณะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง แบบฉบับการสูบบุหรี่ เพื่อจะนำไปสู่การงดได้

2.1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ดี (Positive affect smoking) แบบฉบับของผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้น ช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุขความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ กลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสควันบุหรี่ที่พ่นออกจากปาก จมูก ผู้ที่มีพฤติกรรมแบบนี้ ถ้าชักจูงให้เลิกจะใช้ความพยายามอย่างมาก

2.1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ลบ (Negative affect smoking) ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหากับเพื่อน หรือเมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่สภาพการณ์ใด สภาพการณ์หนึ่งที่จะสูบบุหรี่

บุคคลเหล่านี้จะสูบบุหรี่เมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น การงดสูบบุหรี่ทำได้ง่าย เพียงแต่พยายามค้นหาว่าสูบบุหรี่เมื่อใด จะหาอะไรมา ทดแทนการสูบบุหรี่เมื่อรู้ว่าเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น

2.1.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive smoking) ผู้ติดบุหรี่ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น การงดสูบบุหรี่ในบุคคลเหล่านี้อาจทำได้ยากจะต้องใช้กระบวนการความพยายาม ความตั้งใจมากเป็นพิเศษต้องได้รับการส่งเสริมกำลังใจที่เลิกสูบให้ได้ บางคนจะทำได้ยากต้องใช้ความพยายามที่จะไม่สูบอีก

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นภายหลังไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้หากได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

2.2 การติดบุหรี่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546; National Institue for Health and Welfare, 2005) ได้แก่

1.3.1 ภาวะเสพติดทางจิตใจ (Psychological effect) ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ ผู้เสพติดบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความกระวนกระวายใจ ทำให้มีสมาธิ มีชีวิตชีวา ลดอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย

1.3.2 ภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural or habit effect) ผู้เสพติดบุหรี่จะสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยทั้งๆที่ไม่รู้ว่าสูบไปทำไมเช่น สูบบุหรี่ตอนเข้าห้องน้ำ

1.3.3 ภาวะเสพติดทางร่างกายหรือเสพติดสารนิโคติน (Nicotine effect) สารนิโคตินในควันบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งสารเคมีหรือสารสื่อประสาทในสมองหลายตัว ผลโดยรวมทำให้ผู้สูบเกิดความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า เพิ่มความตื่นตัวและมีพลัง ทำให้ความจำและสมาธิดีขึ้น ลดความรู้สึกซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลและความเครียด และทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ แต่เมื่อหยุดสูบจะทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทเหล่านี้ลดลง มีผลทำให้อารมณ์แห่งความสุขสบายใจของผู้สูบหายไปและเกิดอาการขาดนิโคตินขึ้นมา

จากข้อมูลดังกล่าวในข้างต้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาดถ้าบุคคลผู้นั้นไม่มีจิตใจที่เข้มแข็งพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดย ให้เลิกสูบบุหรี่นับว่าเป็นการขัดต่อความชอบ ความพอใจ ความสุข และความเคยชิน ความสามารถของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้น หากมีการค้นหาวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมให้ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่จะต้องพิจารณาจาก 3 ปัจจัยนี้ว่าการติดบุหรี่ของ

ผู้ป่วยมาจากปัจจัยใด ข้อใดน่าจะเป็นสาเหตุของการติดบุหรี่มากที่สุด รวมทั้งต้องเข้าใจถึงกลไกการติดบุหรี่ และการประเมินระดับการติดนิโคตินอย่างถูกต้องเพื่อให้สามารถหาแนวทาง และคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งท้าทายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง

กลไกการติดบุหรี่

การติดบุหรี่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างบุคคล (Host) คือ สูบบุหรี่ ตัวก่อเหตุ (Agent) คือ สารนิโคติน และสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ ปัจจัยเสริมให้ต้องสูบบุหรี่และเมื่อสูบบุหรี่ไประยะหนึ่ง ทำให้เกิดการติด 2 อย่างคือ การติดสารนิโคติน และการติดความเคยชินหรือติดนิสัย โดยการติดนิโคตินนั้นเกิดจากการที่สารนิโคตินผ่านกระแสเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางจะออกฤทธิ์ไปกระตุ้นตัวรับรู้สารนิโคติน (Nicotine receptor) ที่อยู่บนปลายประสาทของเวนทรัล เทกเมนทัล แอเรีย (Ventral tegmental area [VTA]) มีผลทำให้มีการหลั่งโดปามีนในบริเวณนิวเคลียสแอคคิวเบนส์ (Nucleus accumbens) ออกมามากขึ้น นอกจากนี้สารนิโคตินยังส่งผลต่อสารอื่นๆอีก ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทอื่น ๆ จากปลายประสาท เช่น อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งทำให้เกิดการตื่นตัว ส่งผลให้ความจำและสมาธิดีขึ้น ซีโรโตนิน (Serotonin) ทำให้เกิดการรักษาระดับอารมณ์และลดความอยากอาหาร นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้เกิดการตื่นตัว มีแรงจูงใจ (Balfour & Fagerström, 1996; Benowitz, 1996) สดชื่นและลดความอยากอาหาร กลูตาเมต (Glutamate) และวาโสเพรสซิน (Vasopressin) ทำให้เพิ่มความจำ เบต้า–เอนดอร์ฟิน (β-endophine) และแกมมา อะมิโนบิวทีริก แอซิด (Gamma amino butyric acid [GABA]) ทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด (al'Absi, Hutsukami & Davis, 2005) สารสื่อประสาทเหล่านี้ส่งผลทางบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้เสพบุหรี่เกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ลดความวิตกกังวล ความจำและสมาธิดีขึ้นและลดความอยากอาหารจึงทำให้เกิดการเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานจะมีอาการดื้อต่อนิโคติน ทำให้ต้องการนิโคตินในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายนัก จากการศึกษาพบว่าผู้ติดบุหรี่จะสูบบุหรี่ทุก 30-60 นาทีเพื่อรักษาระดับนิโคตินให้คงที่ (VanderKaay, 2006) และต้องสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ ทำให้สมองเกิดอาการชินจากการได้รับสารนิโคติน (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2550) ส่วนการติดบุหรี่ที่เป็นการติดความเคยชินหรือที่เรียกว่าการติดบุหรี่จนเป็นนิสัยนั้นเป็นฤทธิ์ของจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะหมดฤทธิ์เมื่อใด ผู้สูบบุหรี่จะรู้สึกขาดอะไรบางอย่างไปหากเลิกสูบ เป็นความเคยชินที่โยงการสูบบุหรี่เข้ากับชีวิตประจำวันบางอย่างจนเป็นนิสัย เช่น ขณะขับรถ หลังรับประทานอาหาร เป็นต้น การติดลักษณะนี้จะเลิกได้ง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับแรงบันดาลใจของคนที่อยากเลิกบุหรี่

ต้องใช้วิธีสร้างแรงจูงใจ และแนะวิธีปรับพฤติกรรมไปทำอย่างอื่นแทนการสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่จึงจะสำเร็จ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคติน

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association) (2000) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยการติดนิโคตินไว้ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV) ทั้งหมด 7 ข้อ ผู้สูบบุหรี่ต้องมีอาการอย่างน้อย 3 ข้อต่อไปนี้ในช่วงเวลา 12 เดือนจึงสามารถวินิจฉัยว่าติดนิโคติน

1. มีอาการดื้อต่อนิโคติน ต้องการนิโคตินปริมาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ

2. มีอาการขาดนิโคตินอย่างน้อย 4 ข้อ การขาดนิโคตินจะทำให้เกิดอารมณ์หดหู่ ซึมเศร้าหรือมีผลต่อการทำหน้าที่ในสังคมรวมทั้งทำกิจกรรมต่างๆ

3. มีการใช้นิโคตินในปริมาณมากขึ้นหรือใช้ในระยะเวลามากกว่าที่ตั้งใจจะใช้

4. ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้นิโคตินได้ทั้งที่ต้องการ

5. ใช้เวลามากเกินไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งปริมาณนิโคติน เช่น สูบบุหรี่หลายมวนต่อเนื่องกัน

6. ลดหรือเลิกเข้าร่วมกิจกรรมหรืองานต่างๆเนื่องจากต้องการเสพนิโคติน

7. แม้จะมีปัญหาสุขภาพที่มาจากนิโคตินแต่ยังคงใช้สารนิโคตินต่อไป

การประเมินการติดนิโคติน

การประเมินระดับการติดสารนิโคตินทางคลินิคโดยทั่วไปใช้แบบประเมิน Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .68 (Etter, 2005; Etter, 2008) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้คือ 1) เวลาเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร มีตัวเลือกให้ตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละตัวเลือกมีตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน 2) ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่ที่ต้องอยู่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละตัวเลือกมีตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน 3) บุหรี่มวนใดที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละตัวเลือกมีตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน 4) ท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน มีตัวเลือกให้ตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละตัวเลือกมีตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน 5) ท่านสูบบุหรี่มากในช่วง 2-3 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นของวันหรือไม่ มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละตัวเลือกมีตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน และ 6) ท่านยังคงสูบบุหรี่แม้ว่าเจ็บป่วย มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละตัวเลือกมีตั้งแต่

0 ถึง 1 คะแนน แบบวัดนี้มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูง ผู้สูบบุหรี่ที่มีคะแนนการติดสารนิโคตินในระดับสูงเมื่อเลิกสูบบุหรี่จะมีอาการขาดนิโคตินเกิดขึ้นมากกว่าผู้ที่มีคะแนนระดับต่ำ การประเมินการติดสารนิโคตินเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ (Moolchan et al., 2002; Piper et al., 2004)

3. ผลกระทบของการสูบและติดบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพ

บุหรี่ประกอบด้วยสารพิษต่าง ๆ มากมาย เมื่อสูบจนกระทั่งติดบุหรี่ ทำให้ร่างกายได้รับสารพิษต่างๆ ซึ่งสารแต่ละชนิดแต่ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งตัวผู้สูบบุหรี่เองและผู้ได้รับควันบุหรี่ดังต่อไปนี้

โรคหัวใจและหลอดเลือด บุหรี่ก่อให้เกิดการแข็งตัวของเส้นเลือดในหลอดเลือดใหญ่ และหลอดเลือดเล็กๆ (Atherosclerosis) โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบแคบที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพอย่างฉับพลันเกิดการปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือดจนทำให้หลอดเลือดอุดตันอย่างรวดเร็วส่งผลให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอกเป็นอาการสำคัญ (Marcus et al., 1999 อ้างถึงใน รัชนา ศานติยานนท์, กาญจนา สุริยะพรหมและบุษบา มาตระกูล, 2550)

โรคมะเร็ง มีหลายการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะมะเร็งปอดมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ (สมพร สันติประสิทธิ์กุลและคณะ, 2551) นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่ยังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ เช่น มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล่องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ตับ ไต ลำไส้ใหญ่ เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก โดยในภาพรวมพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของโรคมะเร็งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิต, 2549)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมปอดโป่งพอง บุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยทำให้เกิดการอักเสบ ระคายเคืองทางเดินหายใจ ส่งผลให้มีการสร้างเสมหะมากทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง ผนังทางเดินหายใจหนาขึ้นและช่องทางเดินหายใจแคบลง เกิดถุงลมปอดโป่งพองเนื่องจากมีการขยายและทำลายถุงลมเล็กๆ ในปอด ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ซึ่งมักมีประวัติสูบบุหรี่มาไม่น้อยกว่า 1 ซองต่อวันเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ปี (สมพร สันติประสิทธิ์กุล และคณะ, 2551)

นอกจากนี้สารประกอบในบุหรี่ยังส่งผลต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร (Maity et al., 2003) โรคในช่องปาก (Meisel et al., 2003) การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ส่วนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่สัมผัสกับมลพิษจากควันบุหรี่ (Environmental tobacco smoke [ETS]) เช่น ทารกที่สัมผัสมลพิษจากควันบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดบวม และหลอดลมอักเสบในขวบปีแรก เสี่ยงต่อกลุ่มอาการเสียชีวิตเฉียบพลันของทารก (Sudden infant death syndrome [SIDS]) (American Society for Reproductive Medicine, 2007)

4. ความสำคัญของการเลิกบุหรี่และภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม

การเลิกบุหรี่สามารถป้องกันการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่ในระยะ 6-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดมีอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้หยุดสูบบุหรี่ (Moller et al., 2002) ซึ่งในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ไม่ได้หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ดังนี้

ระบบทางเดินหายใจ

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุผิวของหลอดลมและถุงลม อันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากสารในควันบุหรี่รบกวนการทำหน้าที่ของขนพัดโบก(Ciliary function) ที่เยื่อบุด้านในของผนังทางเดินหายใจ (Epithelium) โดยทำให้ขนพัดโบกหยุดการเคลื่อนไหวหรือมีการเคลื่อนไหวช้าลง (Hilding, 1996) รวมทั้งทำให้องค์ประกอบของสารคัดหลั่งที่สร้างจากต่อมสร้างเยื่อเมือก (Goblet cell) เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้การขับสิ่งคัดหลั่งของขนพัดโบกออกจากท่อลมเล็กและท่อลมใหญ่ช้าลง (Konrad, 1993; Barrera et al., 2005) ซึ่งจากการศึกษาของ Koseoglu และคณะ (2006) พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมด้วยกลไกของขนพัดโบกมีความบกพร่อง โดยทำให้ความเร็วในการขับเสมหะของขนพัดโบกลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของทางเดินหายใจจะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและขณะผ่าตัด (Moller & Tonnesen, 2006)

ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด

ผลของการสูบบุหรี่ต่อระบบหัวใจและการไหลเวียนจากนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะไปจับกับฮีโมโกลบินแทนออกซิเจน จึงทำให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง ส่งผลให้การขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลง และนิโคตินทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว (Jensen, Goodson, Hopf & Hunt, 1991) ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังแผลผ่าตัดลดลง (Benowitz, 2003)

ระบบภูมิคุ้มกัน

การสูบบุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องทั้งภูมิคุ้มกันในเซลล์ (Cellular immunity) และภูมิคุ้มกันในเลือด (Humeral immunity) ซึ่งเกิดกับผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ทั้งที่เป็นผู้สูบเองหรือได้รับจากสิ่งแวดล้อม โดยควันบุหรี่มีผลต่อการลดการหลั่งของซัยโตไคเนส (Cytokines) ในกระบวนการอักเสบ (Ioka et al., 2001) ลดการตอบสนองของแอนติบอดี (Antibody) อีกทั้งมีการทำงานที่ผิดปกติของเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (Polymorphonuclear) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัสในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Zeidel et al., 2002; Arcavi & Benowitz, 2004)

การหายของแผล

สารประกอบในบุหรี่มีผลต่อกระบวนการสังเคราะห์คอลลาเจน ส่งผลให้การหายของแผลผ่าตัดช้ากว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ การศึกษาของ Edouard, Cathrine และ Rolf-Ruediger (2003) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่สูบบุหรี่เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัดถึงร้อยละ 47.9 แต่พบเพียงร้อยละ 14.8 ในผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของ Padubidri (2001) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่สูบบุหรี่เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลถึงร้อยละ 39.4 ในขณะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 25.9 ในผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

กระบวนการเผาผลาญของยา

การเผาผลาญของยาในผู้ที่สูบบุหรี่จะเร็วกว่าปกติ ดังนั้นในผู้ป่วยศัลยกรรมจึงพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใช้ยาระงับความปวดในปริมาณมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ (Dawson & Veatal, 1981; Woodside, 2000; Crekmore, Lugo & Weiland, 2004; John et al., 2006; John et al., 2009) เนื่องจากสารประกอบในบุหรี่จะกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ในตับ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาระงับปวด จะทำให้การเผาผลาญของยาเร็วขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องการยาระงับปวดในปริมาณมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (McGuffey, 1993)

โดยสรุป การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อระบบต่างๆ ทั้งระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากการสารในควันบุหรี่ไปรบกวนการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องการขับสิ่งคัดหลั่ง ทำให้การทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป และยังส่งผลต่อระบบหัวใจและการไหลเวียนรวมทั้งทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังบาดแผลลดลงและเป็นเลือดที่มีปริมาณออกซิเจนต่ำ รวมทั้งมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงซึ่งจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและทำให้กระบวนการหายของแผลล่าช้า อีกทั้งสารในควันบุหรี่จะกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ในตับเร็วขึ้น

การเผาผลาญยาโดยเฉพาะยาแก้ปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความเจ็บปวดมากขึ้นและต้องใช้ยาแก้ปวดในปริมาณที่มากขึ้นด้วย

5. แนวทางการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่

เนื่องจากการติดบุหรี่เป็นเรื่องของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม จิตใจหรือความเคยชินทำให้ยากต่อการละ ลด เลิก (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548) และเกี่ยวข้องกับสารชีวเคมีในสมอง โดยสารสื่อประสาทในสมองจะหลั่งเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากนิโคตินในควันบุหรี่ ทำให้เกิดการติดบุหรี่ เพราะฉะนั้นการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ด้วยยาเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงจำเป็นต้องมีการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรม การเพิ่มแรงจูงใจ และการจัดการกับอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ควบคู่กันไปจึงจะประสบความสำเร็จ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วิธีการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่นั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีหลัก ๆ คือ การใช้ยาและไม่ใช้ยา

5.1 วิธีไม่ใช้ยา

วิธีการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาได้แก่วิธีการหักดิบ (Cold turkey) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่เองโดยอาศัยกำลังใจเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่จะเหมาะกับผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ข้อดีของวิธีนี้คือ เสียค่าใช้จ่ายน้อย และอีกวิธีหนึ่งคือวิธีการลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง (Nicotine fading) ซึ่งอัตราการประสบความสำเร็จจากวิธีการลดปริมาณการสูบมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากผู้ป่วยจะปรับตัวโดยการหายใจลึกขึ้น ใช้เวลาการสูบบุหรี่ให้นานขึ้น ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และอัตราการประสบความสำเร็จจากการเลิกบุหรี่ทั้ง 2 วิธีนี้ก็น้อยเช่นกัน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการขาดนิโคตินได้มาก แต่ในปัจจุบันมีการนำรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานมาใช้เพื่อบรรเทาอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ ได้แก่ การกดจุด การฝังเข็ม การออกกำลังกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้เทคนิคการหยุดความคิด การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าวิธีการเหล่านี้สามารถช่วยบรรเทาอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่อย่างได้ผล (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) ซึ่งข้อดีของการบำบัดแบบไม่ใช้ยาส่วนใหญ่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และมีหลายวิธีที่เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการบำบัดแบบไม่ใช้ยามาใช้ วิธีการไม่ใช้ยาพบอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ร้อยละ 5-7 ที่ระยะเวลาติดตาม 1 ปี (Kennedy & Chang, 2000)

การให้คำแนะนำโดยบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์หรือนักจิตวิทยา เป็นวิธีที่สามารถเพิ่มอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ จากแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา แนะนำให้บุคลากรทางการ

แพทย์ทุกคนควรแนะนำให้ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ โดยพบว่าการให้บริการเลิกบุหรี่โดยบุคลากรทางสุขภาพ สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ 1.7 เท่า และพบว่าการมีบุคลากรสุขภาพ 1, 2 หรือมากกว่าและเท่ากับ 3 สาขามาให้บริการเลิกบุหรี่จะทำให้อัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.8, 2.5 และ 2.4 เท่า ของการไม่มีบุคลากรทางสาธารณสุขมาให้บริการเลิกบุหรี่ (Health Education Authority of UK, 2000)

แนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้วิธีการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลาย ๆ วิธีต่อไปนี้ เช่น การให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำแบบกลุ่ม หรือการให้คำแนะนำรายบุคคล สำหรับการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่โดยให้ผู้ติดบุหรี่ศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง (Self-help) นั้นให้ผลเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการไม่ให้ข้อมูลใด ๆ เลย แต่อัตราการเลิกบุหรี่นั้นไม่สูงมากเมื่อเทียบกับวิธีการอื่น ๆ และผลยังไม่แน่นอน (Lancaster & Stead, 2009)

5.2 วิธีการใช้ยา

การใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่นั้น เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญและมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าผู้ป่วยสามารถประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ปัจจุบันการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่สามารถช่วยลดความทรมานจากอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ได้ เนื่องจากทำให้ผู้สูบทุ่มเทกำลังใจเรียนรู้ในการต่อสู้กับภาวะเสพติดทางร่างกาย จิตใจหรือทางสังคมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีข้อดีที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับสารก่อมะเร็งหรือสารพิษอื่น ๆ จากควันบุหรี่ แต่การใช้ยานั้นจะไม่ช่วยลดภาวะเสพติดทางจิตใจ คือผู้อดบุหรี่จะไม่รู้สึกถึงความสุข ความพอใจ หรือใช้แล้วมีชีวิตชีวา คลายเครียด แต่จะช่วยบรรเทาอาการขาดจากนิโคติน และความอยากบุหรี่เท่านั้น การใช้ยาอย่างเดียวโอกาสที่ผู้สูบบุหรี่จะเลิกบุหรี่ มีแค่ร้อยละ 10 - 30 ที่ระยะเวลา 1 ปี ในปัจจุบันมียาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่อยู่หลายชนิดยาที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา และแนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกมี 2 ชนิดด้วยกัน คือ การใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy [NRT]) ซึ่งมีจำหน่ายในประเทศไทย 2 รูปแบบ คือ หมากฝรั่ง และแผ่นแปะผิวหนังนิโคติน และบูโพรพิออน (Bupropion) ส่วนยาที่สามารถ ใช้เป็นทางเลือกอันดับสองได้แก่ โคลนิดีน (Clonidine) และ นอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) ยาชนิดอื่นๆ ได้แก่ วาเรนนิคลีน (Varenicline) ริโมนาแบ้น (Rimonabant) เป็นต้น (Fiore et al., 2008)

5.2.1 การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) การใช้นิโคตินเพื่อรักษาการติดบุหรี่นั้นอาศัยหลักการของการให้นิโคตินเข้าไปทดแทนนิโคตินที่ได้จากบุหรี่ เพื่อหวังผลการรักษาคือ ช่วยลดอาการขาดนิโคติน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และค่อย ๆ คุ้นเคยกับการไม่ได้สูบบุหรี่ หรือเกิดอาการบางอย่างคล้ายกับการสูบบุหรี่ เช่น ลด

ความเครียด ความเบื่อ ความกังวล ข้อดีของการได้นิโคตินจากวิธีนี้แทนการสูบบุหรี่ คือ ผู้ป่วยจะได้รับปริมาณนิโคตินต่อวันน้อยกว่าการสูบบุหรี่และความเข้มข้นในเลือดของนิโคตินจะค่อย ๆ สูงขึ้นอย่างช้า ๆ และมีระดับต่ำ จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจเหมือนกับการสูบบุหรี่ที่ทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินปริมาณมากในครั้ง จึงทำให้สามารถลดอาการขาดนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ซึ่งจะช่วยให้สามารถคงสภาพการเลิกบุหรี่ไว้ได้ (Stead et al., 2008) การใช้ยาบำบัดใช้เพียงชั่วคราว เพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมเท่านั้น ปัจจุบันในประเทศไทยมีในยาชนิดนี้ในรูปของ หมากฝรั่งนิโคติน และแผ่นแปะนิโคติน (สุติรัตน์ ชื่นจิตต์, 2547) แต่มีผลข้างเคียงที่สำคัญคือการระคายคอและกระเพาะอาหารหากเคี้ยวถี่เกินไป ส่วนแผ่นแปะนิโคตินอาจทำให้เกิดผื่นบริเวณที่แปะได้ (สเปญ อุ่นอนงค์, 2544)

5.2.2 ยาที่ไม่ใช่นิโคตินทดแทน (Non nicotine replacement therapy) จากการศึกษาประสิทธิผลของ NRT ในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่พบอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 17.1 (Robles, Singh-Franco & Ghin, 2008) ดังนั้นจึงมีการศึกษาโดยใช้ยาที่ไม่ใช่นิโคตินทดแทนเพื่อเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ให้สูงขึ้น ยาที่มีการศึกษาคือ บูโพรพิออน หรือ แอมฟีบูตาโมน (สุติรัตน์ ชื่นจิตต์, 2547) และจากการศึกษาพบว่า การใช้ยาบูโพรพิออนสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้แต่มีอาการข้างเคียงคือ ทำให้ปากแห้ง (Sittipunt, 2005)

6. บทบาทพยาบาลกับการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

บทบาทวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทยในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่มีทั้งเชิงรับโดยการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และยังมีบทบาทในเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆเกิดขึ้นอีกด้วย ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ นอกจากการที่จะช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่และการป้องกันการเกิดผู้สูบบุหรี่รายใหม่นั้น ซึ่งจากการศึกษาในทางปฏิบัติพบว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพสุขภาพที่สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้ง่ายและมีบทบาทมากที่สุดในการให้บริการเลิกบุหรี่ (ปิยาภรณ์ เยาวเรชและคณะ, 2550) โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ามารับบริการในสถานพยาบาล ทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะได้ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งถือเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะได้แสดงบทบาททั้งในด้านการฟื้นฟู และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลโดยการให้เลิกบุหรี่ นอกเหนือจากการให้การพยาบาลตามปกติ พยาบาลสามารถที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้โดยการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำโดยใช้หลัก 5A's ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีความกระชับในการช่วยให้ผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. Ask (ถาม) เป็นการถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการแต่ละคน หากไม่มีประวัติสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกได้เกิน 6 เดือน พยาบาลจะให้คำชมเชย แต่ถ้ากำลังสูบบุหรี่ แนะนำให้ช่วยเหลือ หรือส่งต่อขั้นถัดไป

2. Advise (แนะนำ) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ และแนะนำให้เลิกสูบ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่อย่างเป็นกันเอง ชัดเจน ใช้คำพูดเชิงบวก

3. Assess (ประเมิน) เป็นการประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อวางแผนช่วยเหลือในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การแบ่งระยะของความตั้งใจเลิกบุหรี่มี 5 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะก่อนชั่งใจ (Precontemplation) เป็นระยะที่ยังไม่ตระหนัก ไม่มีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ และไม่มีแผนการที่จะเลิก ระยะนี้สามารถรวมไปถึงบุคคลที่คิดจะเลิกในระยะที่ไกลออกไปอาจถึง 5 ปี แต่ไม่ใช่ใน 6 เดือนข้างหน้า

3.2 ระยะชั่งใจ (Contemplation) บุคคลจะเริ่มคิด และไตร่ตรอง พิจารณาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอีก 6 เดือนข้างหน้า

3.3 ระยะเตรียมความพร้อม (Preparation) เป็นระยะตั้งใจจะเลิก และพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ เป็นช่วงที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า

3.4 ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) บุคคลจะพยายามเลิกบุหรี่ หรือเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การเลิกสูบบุหรี่ หรือเริ่มลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ

3.5 ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) บุคคลเลิกสูบบุหรี่เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 6 เดือน ทั้งนี้บางรายอาจเลิกได้ถาวรแต่บางรายอาจหวนกลับไปสูบอีก

3.6 ขั้นตอนสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination) เป็นระยะที่บุคคลมีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่สูบบุหรี่อีก

4. Assist (การช่วยเหลือ) เป็นการช่วยบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งควรเหมาะสมกับระยะต้องการเลิกและระดับการติดนิโคติน ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะไม่คิดจะเลิกสูบ หรือเริ่มคิดถึงการเลิกสูบแต่ยังไม่พร้อมที่จะเลิก ต้องสร้างแรงจูงใจ 5 R 's คือ

4.1 Relevance บอกความสัมพันธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

4.2 Risk บอกความเสี่ยงและผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่

4.3 Rewards บอกประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

4.4 Roadblocks บอกอุปสรรคและวิธีแก้ปัญหาการเลิกสูบบุหรี่

4.5 Repetition เน้นย้ำความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่

5. Arrange (วางแผนติดตาม) การวางแผนติดตามควรติดตามครั้งที่ 1 ในระยะสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 2 ภายใน 1 เดือน และติดตามทุกระยะ 3, 6 เดือน และ 1 ปี (เกณฑ์การเลิกบุหรี่คือ 1 ปี) การติดตามอาจใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ ที่สำคัญคือผู้ป่วยสมัครใจในการยินยอมให้ติดตาม

จากสถานการณ์ในปัจจุบันการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากกว่าร้อยละ 20 ยังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่แบบไม่ครบถ้วนจริงจัง และไม่เป็นระบบ ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพจากบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแล การเลิกบุหรี่เป็นภาคบังคับที่ผู้ป่วยถูกกำหนดเพื่อให้โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่วนกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ และเทคนิคการสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ยังพอมีอยู่ แต่ทั้งนี้ยังขาดการทบทวนอย่างเป็นระบบ และติดตามผลที่ดำเนินการไปว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด ครอบคลุมการบริการ เทคนิค รูปแบบ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ซึ่งรูปแบบการให้บริการมีทั้งการให้คำปรึกษาแบบง่าย ๆ สำหรับผู้ที่พร้อมเลิกบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ซับซ้อนเพราะไม่มีความตั้งใจ ไม่มีความเข้มแข็งในการควบคุมตนเองเพียงพอ ทำให้การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำสูงมาก และที่สำคัญระบบการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ยังไม่ครบวงจร ส่วนใหญ่เน้นการบำบัดแค่ 3A ส่วน A4 นั้นพบว่าการช่วยเหลือยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีการประเมินระดับการติดนิโคติน หรือแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ทำให้ไม่ทราบว่าควรให้การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ด้วยวิธีการแบบใดจึงเหมาะสม สำหรับ A5 การติดตามประเมินผลยิ่งมีจุดอ่อนมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการติดตามอาจมีบ้างในกรณีที่เป็นโครงการวิจัย แต่ในงานประจำยังไม่ครอบคลุม ทั้งนี้เพราะระบบการทำงานของพยาบาลไม่เน้นการดูแลแบบเจ้าของไข้ ทำให้โอกาสในการพบผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีอัตราการหวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำค่อนข้างสูง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

นอกจากบทบาทเชิงรับในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่แล้ว บทบาทเชิงรุกในการป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ซึ่งไม่ได้รับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งยังมีค่อนข้างมาก พยาบาลจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างความร่วมมือ และรณรงค์ให้ผู้สูบบุหรี่ในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกบุหรี่ โดยบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมีดังนี้

1) **บทบาทด้านการให้ความรู้** โดยการนำผลการศึกษาวิจัยต่างๆ มาใช้ให้ความรู้อย่างมีระบบเน้นการให้ความรู้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลทั้งกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมเช่น จากภาพวีดีทัศน์ มีการอธิบายผ่านสื่อเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็น

ภาพที่ชัดเจนมากขึ้น การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับพิษภัยและโรคที่เกิดจากบุหรี่ กลไกการติดบุหรี่ เพื่อส่งเสริม ให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักและนำไปสู่การนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2) **บทบาทเป็นผู้ประสานงาน** เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรพยาบาลด้วยกันเองและระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะที่จำเป็นในการประสานความร่วมมือเช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะในการเจรจา การมีความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อใช้ความรู้ความสามารถของแต่ละฝ่ายในการเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน

3) **บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา** การเป็นที่ปรึกษาเป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ นักศึกษา ทั้งในและนอกหน่วยงานรวมถึงประชาชนผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ได้เห็นถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ และร่วมกับผู้สูบบุหรี่ในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการที่จะเลิกบุหรี่ เพื่อที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

4) **บทบาทผู้ให้การดูแล** พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ลด ละ หรือเลิกการสูบบุหรี่ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยเสริมสร้างด้านกำลังใจให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการและมีความพร้อมมากขึ้น เช่น การเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดบุหรี่ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือและสามารถอดบุหรี่ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการเตรียม มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังให้ความช่วยเหลือและประเมินผลเป็นระยะ

5) **บทบาทด้านการวิจัย** เป็นแกนนำในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และการนำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ ซึ่งการนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นการนำความรู้ผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการของระเบียบวิธีวิจัยแล้วมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปรับปรุงและพัฒนาการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. ปัจจัยที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ที่ไม่ได้รับการจัดการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความทุกข์ทรมานจนไม่สามารถทนได้ จึงต้องกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีกเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้การเลิกบุหรี่ล้มเหลว (Hughes, 2007; Budney et al., 2008) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ

7.1 อาการขาดนิโคติน (Nicotine withdrawal symptom)

7.1.1 ความหมายของอาการขาดนิโคติน

อาการขาดนิโคตินหมายถึง อาการที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากหยุดใช้นิโคตินหรือลดการใช้นิโคตินทันที ได้แก่ ซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดโกรธง่ายหรืออารมณ์เสียง่าย วิตกกังวล สมาธิลดลง และอยากอาหารมากขึ้น (Welsch et al.,1999) นอกจากนี้อาจมีอาการอื่น ๆ ไดแก่ กระวนกระวาย หัวใจเต้นช้าลง เป็นต้น อาการที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อชีวิตประจำวัน การเข้าสังคมและการประกอบอาชีพและเป็นอาการที่ไม่ได้เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทางกายและไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (American Psychiatric Association, 2000) อาการเหล่านี้เป็นความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ (Hughes, Higgin & Hatsukami, 1990 อ้างถึงใน Hughes, 2007) ซึ่งเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น (Shiffman, Weat & Gilbert, 2004)

เมื่อร่างกายได้รับนิโคตินจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาหนึ่งจะเกิดการปรับตัวของระบบประสาท คือ ความไวของตัวรับนิโคติน (Nicotinic receptor) ในการจับกับนิโคตินลดลง ทำให้ร่างกายต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถหลั่งสารสื่อประสาทได้ตามปกติ ดังนั้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณสารสื่อประสาทต่าง ๆ จะลดลง ทำให้ความรู้สึกพึงพอใจ หรือความเพลิดเพลินต่างๆ หายไปซึ่งก็คือการเกิดอาการขาดนิโคติน (รนชัย คงสกลธ์, 2550; Watkins, Koob, & Markou, 2000) ได้แก่ 1) หงุดหงิด โกรธเคืองหรืออารมณ์เสียบ่อย 2) ซึมเศร้า 3) อยากอาหารมากขึ้น 4) สมาธิลดลง 5) นอนไม่หลับ 6) วิตกกังวล โดยพบอาการเหล่านี้ได้ภายใน 4- 24 ชั่วโมง (al' Alsi et al. , 2002 อ้างถึงใน al' Alsi, Carr & Bongard, 2007) และรุนแรงขึ้นในระยะ 3 วันแรก (Ward, Swan & Jack, 2001) จากนั้นอาการขาดนิโคตินจะค่อยๆลดความรุนแรงลงในระยะเวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ (Fiore et al. , 2008) หรืออาจนานเป็นเดือนซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Balfour & Fagerström, 1996) อาการเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ ส่งผลให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ใช้กับผู้ป่วยประสบความล้มเหลว (VanderKaay, 2006) เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้

ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้โดยไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้สูบบุหรี่จัดการกับอาการขาดนิโคติน (Piasecki et al. , 2003) หรือความเครียดซึ่งเป็นสิ่งรบกวนชีวิตประจำวัน (Tindle et al. , 2006) ซึ่งจากการศึกษาของ Hughes (2006) พบว่าอาการขาดนิโคตินที่พบในคลินิคอดบุหรี่ประกอบด้วย อาการวิตกกังวลร้อยละ 87 หงุดหงิด โกรธง่ายร้อยละ 80 สมาธิลดลงร้อยละ 73 หิวบ่อยร้อยละ 67 ซึมเศร้าร้อยละ 44 และนอนไม่หลับร้อยละ 24 เมื่ออาการขาดนิโคตินมีความรุนแรงผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จึงต้องการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการโดยการกลับมาสูบบุหรี่อีก (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2546; al'Absi et al., 2004; Cropley, Ussher, & Charitou, 2007)

จากการศึกษาในรายละเอียดของอาการขาดนิโคตินพบว่าอาการซึมเศร้า เป็นอารมณ์ทางลบที่พบบ่อยในผู้สูบบุหรี่ที่กำลังเลิกบุหรี่ (Gilbert et al., 1998; Baker et al., 2004) เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ต้านความซึมเศร้า (Gilbert, 1996) ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่จึงส่งผลให้ความซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น (Gilbert et al., 2002; Lerman et al., 2004) อารมณ์ซึมเศร้าจะสูงขึ้นภายในวันที่ 3 (Allen et al., 2003) จนถึง 1 สัปดาห์แรก (Ward, Swan & Jack, 2001) และยังคงอยู่กระทั่ง 3 สัปดาห์หลังเลิกบุหรี่ (West , Hajek & McNeill, 1991) และในระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่ส่งผลให้นอนหลับได้ไม่ดีและทำให้แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ (Wetter et al. , 1999) เช่น การนอนหลับระยะที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (REM sleep) สั้นลง การตื่นบ่อยครั้งเวลากลางคืน อาการนอนไม่หลับมีระยะเวลานานเป็นเดือน (Hajek & Belcher, 1991) และการหยุดสูบบุหรี่ยังมีผลทำให้เกิดอารมณ์เสียหรือโกรธง่าย ซึ่งเป็นอาการขาดนิโคตินที่พบได้บ่อย (Gilbert, Gilbert & Schultz, 1998) อารมณ์เหล่านี้จะมีความรุนแรงที่สุดในสัปดาห์ที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่ อาการจะคงอยู่ตั้งแต่ 2 – 4 สัปดาห์ (Ward, Swan & Jack, 2001; Gilbert et al. , 2002) สำหรับความวิตกกังวลก็เป็นอาการหนึ่งที่บ่งบอกถึงการขาดนิโคติน (Kalman, 2002; Kassel, Stroud & Paronis, 2003) อาการจะเพิ่มขึ้นภายใน 1-3 วันแรกของการหยุดสูบบุหรี่ และจะคงอยู่อีก 2 สัปดาห์ (Ward, Swan & Jack, 2001) ส่วนสมาธิลดลงก็เป็นอาการขาดนิโคตินที่พบได้บ่อยเช่นกัน อาการจะมีความรุนแรงในวันที่ 1-3 หลังหยุดสูบบุหรี่ และยังคงอยู่จนกระทั่ง 3-4 สัปดาห์ (Ward, Swan & Jack, 2001; Gilbert et al., 2002) ส่งผลให้ความสามารถในการคิดลดลง (Heishman, 2002; Rezvani & Levin, 2001) นอกจากนี้ยังมีอาการอยากอาหารมากขึ้น เนื่องจากขณะสูบบุหรี่ สารนิโคตินจะทำให้การรับรสไม่ดี ดังนั้นหลังหยุดสูบบุหรี่ทำให้การทำงานของต่อมรับรสกลับมาเป็นปกติ เมื่อรับประทานอาหารจึงรู้สึกว่าอาหารอร่อยขึ้น (Tobacco and Health Branch, 2008)

กล่าวโดยสรุปคือ อาการขาดนิโคตินเป็นอาการหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดใช้นิโคตินหรือลดการใช้นิโคตินทันที ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงและอาการจะคงอยู่ประมาณ 3-4

สัปดาห์

7.1.2 การประเมินอาการขาดนิโคติน

อาการขาดนิโคตินเป็นอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ การประเมินอาการขาดนิโคตินจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีระวิทยาและการประเมินด้วยตนเอง (Morrell, Cohen & al' Absi, 2008) ได้แก่

7.1.2.1 การประเมินโดยการรายงานด้วยตนเอง (Self-report) เป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเองหลังหยุดสูบบุหรี่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้

1) เกณฑ์การวินิจฉัยอาการขาดนิโคตินที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกากำหนดไว้ ได้แก่ อารมณ์เศร้า อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสียง่าย โกรธง่าย วิตกกังวล สมาธิลดลง กระวนกระวาย อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง อยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (APA, 2000) มีเครื่องมือประเมินอาการขาดนิโคตินหลายชนิดที่สร้างขึ้นโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ตัวอย่างเครื่องมือที่มีการนำมาใช้ประเมินอาการขาดนิโคติน เช่น แบบประเมินอาการขาดนิโคติน Wisconsin Smoking Withdrawal Scale ของ Welsch และคณะ (1999) แบบประเมินอาการขาดนิโคติน Mood and Physical Symptoms ของ West และ Hajek (2004) แบบประเมิน Minnesota Withdrawal Scale ของ Hughes และ Hutsukami (1992) แบบประเมิน Shiffman Scale ของ Shiffman และคณะ (2000) และแบบประเมิน Cigarette Withdrawal Scale ของ Etter (2005) เป็นต้น

2) เกณฑ์ตามแบบประเมินอาการขาดนิโคติน (Tobacco Withdrawal Symptom Checklist) ของ Hughes และ Hatsukami (1992) ได้แก่ อาการโกรธหรือหงุดหงิดง่าย วิตกกังวล อยากบุหรี่ ซึมเศร้า สมาธิสั้นลง อยากอาหารมากขึ้น ความอดทนลดลงและนอนไม่หลับ

3) อาการขาดนิโคตินที่รวบรวมมาจากการศึกษาหลายๆ เรื่อง เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กระวนกระวาย โกรธง่าย สมาธิสั้นลง เบื่อหน่าย ความอดทนลดลงและสับสน นอกจากนี้ยังประเมินอาการด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ มือสั่น หรือง่วงซึม ข้อคำถามทั้งหมดจะถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความรุนแรงที่มีต่ออาการขาดนิโคติน ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ เช่น แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการขาดนิโคตินที่เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 8 ระดับ ตั้งแต่ 0-7 ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่เคยเกิดอาการเลย ตัวเลข 7 หมายถึง เกิดอาการขาดนิโคตินรุนแรงหรือบ่อยมาก

7.1.2.2 การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measures) การประเมินอาการขาดนิโคตินทางด้านสรีระวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต การตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalography [EEG]) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและสารสื่อประสาท แต่จากการศึกษาพบว่า การตรวจคลื่นสมอง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทยังไม่สามารถนำมาประเมินอาการขาดนิโคตินได้อย่างชัดเจน (Leventhal et al., 2007)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินอาการขาดนิโคตินโดยการรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วย (Self-report) โดยใช้แบบประเมินอาการขาดนิโคติน (Wisconsin Smoking Withdrawal Scale) ของ Welsch และคณะ (1999) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาคเท่ากับสูงเท่ากับ .91 (Etter & Hughes, 2006)

7.2 ความอยากบุหรี่

7.2.1 ความหมายของความอยากบุหรี่

ความหมายของความอยากบุหรี่ได้ประยุกต์มาจากความอยากใช้สารเสพติด เนื่องจากบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะฉะนั้น ความอยากบุหรี่จึงหมายถึง ความรู้สึกต้องการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเกิดในช่วงใดของการหยุดใช้สารนิโคตินก็ได้ โดยทั่วไปมักเกิดในช่วงแรก ๆ ของการหยุดสูบบุหรี่ อาการอยากใช้สารเสพติดสามารถเกิดโดยไม่มีอาการขาดสารเสพติดก็ได้ (กระแส ปัจฉิมศิริ และพรรนอ กลิ่นกุหลาบ, ม.ป.ป. อ้างถึงใน อัจฉราพร นัดสาสาร, 2548) ความอยากเป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับอาการขาดยา (Luwig & Wikler, 1974 อ้างถึงใน Tiffany, 1999) และเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล (Rohsenow & Monti,1999) ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม สรีระวิทยาและสารเคมีในระบบประสาท (Mezinskis et al. , 2001)

7.2.2 กลไกการเกิดความอยากบุหรี่

กลไกการเกิดความอยากบุหรี่ สามารถอธิบายด้วยแนวคิดที่เกี่ยวข้องในแบบจำลองทั้งหมด 3 แบบ ได้แก่ แบบจำลองการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Classical conditioning models) แบบจำลองเกี่ยวกับการปรับตัวของระบบประสาท (Neuroadaptive models) และแบบจำลองเกี่ยวกับการคิดรู้ (Cognitive model) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.2.2.1 แบบจำลองการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Classical conditioning models)

การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขถูกคิดค้นโดย Pavlov (1849-1936) การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งเกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เป็น

ตัวกลาง (ตัวกระตุ้นแบบมีเงื่อนไข) ที่มีการกระตุ้นซ้ำๆ พร้อมกับตัวกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข และในที่สุดตัวกระตุ้นแบบมีเงื่อนไขนี้จะให้ผลลัพธ์ในการตอบสนองเหมือนกับการกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข ตัวกระตุ้นที่เป็นตัวกลาง เช่น ของใช้ส่วนตัว การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เคยใช้สารเสพติด ตัวอย่างเช่น มีอาการขาดสารเสพติด (ตัวกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข) ทำให้ผู้เสพยามีอาการอยากใช้สารเสพติดโดยตรง ในขณะเดียวกันถ้าผู้เสพยาอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสถานที่ที่เคยใช้สารเสพติดมาก่อน (ตัวกระตุ้นแบบมีเงื่อนไข) และมีอาการขาดสารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหลาย ๆ ครั้ง ในที่สุด ตัวกระตุ้นทั้ง 2 ตัวนี้มีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจและส่งผลให้เกิดอาการอยากใช้สารเสพติดเหมือนกัน (Anton, 1999; Tiffany, 1999)

7.2.2.2 แบบจำลองการปรับตัวของระบบประสาท (Neuroadaptive models)

แบบจำลองนี้ถูกเสนอโดย Robinson และ Berridge (2003) ซึ่งกล่าวว่าแนวคิดการปรับตัวของระบบประสาทสามารถอธิบายปรากฏการณ์อยากใช้สารเสพติดได้ โดยเกิดจากพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ติดต่อกัน ส่งผลให้สมองตื่นตัวตลอดเวลาจากการกระตุ้นด้วยฤทธิ์ของสารเสพติด และทำให้สมองมีความไวต่อสารเสพติดที่มากระตุ้นมากขึ้น ดังนั้นร่างกายจึงต้องการสารเสพติดตลอดเวลาเพื่อให้ระบบประสาทหรือสมองสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ผลที่ตามมาคือเกิดความรู้สึกอยากใช้สารเสพติด และนำไปสู่พฤติกรรมใช้สารเสพติดในที่สุด

7.2.2.3 แบบจำลองด้านการคิดรู้ (Cognitive models)

แบบจำลองด้านการคิดรู้ประกอบด้วยแบบจำลองย่อยอีก 3 แบบที่ใช้ในการอธิบายความอยาก ได้แก่ 1) แบบจำลองการคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancy model) ซึ่งอธิบายว่า ความคาดหวังประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการคือ องค์ประกอบด้านข้อมูลและแรงจูงใจ ซึ่งองค์ประกอบด้านข้อมูลประกอบด้วย ความเชื่อเฉพาะเกี่ยวกับผลของสารเสพติด ส่วนองค์ประกอบด้านแรงจูงใจ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความปรารถนาทางบวกเกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติด (Tiffany, 1999) 2) แบบจำลองปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงบวกและอารมณ์เชิงลบ (Dual-affect model) อธิบายว่าอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบสะท้อนให้เกิดความอยาก ซึ่งความอยากที่เกิดจากอารมณ์ทางลบ เช่น ความรู้สึกหดหู่ โกรธ ประสบการณ์การเลิกใช้สารเสพติดในครั้งก่อน เป็นต้น ในทางกลับกันความอยากที่มีผลด้านบวก ได้แก่ ความรู้สึกเพลิดเพลิน การรับรู้ว่าหาสารเสพติดมาได้ เป็นต้น (Backer et al., 1987 อ้างถึงใน Versland, 2006) และ 3) แบบจำลองของกระบวนการคิดรู้ (Cognitive processing model) อธิบายว่าความอยากเป็นกระบวนการแบบที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ (Nonautomatic process) ตัวอย่างเช่น กิจกรรมส่วนใหญ่ที่บุคคลทำนั้นถูกควบคุมโดย

ระบบการคิดรู้ที่ทำงานอย่างรวดเร็ว ไม่ต้องใช้ความพยายามหรือความเข้าใจมากนัก ไม่ได้สนใจว่า มีขั้นตอนการทำอย่างไร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ บุคคลอาจจะลำบากในการจดจำว่ากิจกรรมเหล่านั้นทำอย่างไรในครั้งแรกที่ทำ แต่เมื่อได้ทำบ่อย ๆ มีการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ กิจกรรมเหล่านั้นก็มีประสิทธิภาพและเริ่มทำได้คล่องมากขึ้นจนกลายเป็นเรื่องที่ไม่ยาก กระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการแสดงให้เห็นว่า การกระทำที่ไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติสามารถกลายเป็นอัตโนมัติได้ (Shiffrin & Schneider, 1977 อ้างถึงใน Tiffany, 1999)

จากการศึกษาของ ฐิติรัตน์ ชื่นจิต (2547) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.2 ไม่สามารถตัดใจเลิกบุหรี่ได้เนื่องจากมีความอยากบุหรี่และหากผู้ป่วยมีความอยากบุหรี่รุนแรงโดยไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเช่นกัน (Cropley, Ussher & Charitou, 2007) เนื่องจากความอยากสูบบุหรี่จะเกิดหลังหยุดสูบบุหรี่แม้หยุดสูบเป็นเวลานาน ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่ยังคงมีอยู่ได้เป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิตแม้ว่าผู้สูบบุหรี่จะเลิกบุหรี่ได้แล้วก็ตาม (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546; Kennedy & Chang, 2000; Sims & Fiore, 2002) จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จยังมีความอยากบุหรี่อยู่แม้เลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นระยะเวลา 10-14 ปีแล้วก็ตาม (Fletcher & Doll, 1969 อ้างถึงใน Tiffany, 1990)

7.2.3 สาเหตุของความอยาก

จากแบบจำลองความอยากรูปแบบต่าง ๆ พบว่าความอยากเกิดจาก 3 องค์ประกอบ (Tiffany & Drobes, 1991; Cox,Tiffany & Christen, 2001) คือ 1) ความอยากเกิดจากความรู้สึกทางลบที่รุนแรงจากอาการขาดยา 2) เกิดจากผลลัพธ์ทางบวกจากการใช้สารเสพติด 3) เกิดจากความรู้สึกทางอารมณ์ทั้งด้านลบจากอาการขาดยาและการคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความอยากเกิดจากตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ซึ่งตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ สภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ หงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ เป็นต้น ส่วนตัวกระตุ้นภายนอกได้แก่ สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ สิ่งของ เป็นต้น ตัวกระตุ้นเหล่านี้สามารถกระตุ้นกลไกการได้รับรางวัลของสมอง (Kenny, Koob & Markou, 2003 อ้างถึงใน Weiss, 2005) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมใช้สารเสพติดไปเรื่อย ๆ และมีอาการอยากยาเมื่อหยุดใช้สารเสพติดจึงเป็นสาเหตุให้กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำเร็วขึ้น

7.2.4 การประเมินความอยาก

ความอยากเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อการเพิ่มขึ้นของสิ่งกระตุ้นดังนั้นการประเมินความอยากให้ถูกต้องตรงกับการรับรู้ของผู้อดบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากการประเมิน

ความอยากที่ถูกต้องจะนำไปสู่การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ โดยแนวทางในการประเมินความอยากได้แก่

7.2.4.1 **การประเมินจากการรายงาน (Subjective cue reactivity measures)** เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุดเพราะความอยากเป็นความรู้สึกส่วนตัว ที่ไม่มีใครสามารถบอกหรือบรรยายแทนได้ถูกต้องเท่ากับผู้อดบุหรี่เอง โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความอยากตามเครื่องมือวัดความอยาก เช่น มาตรวัดความอยากเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales: VAS) ของ Tiffany และ Drobes (1990) แบบประเมินความอยากของ Juliano และ Bradon (1998 อ้างถึงใน Sayette et al., 2003) แบบประเมินความอยากของ Cox, Tiffany และ Christen (2001) เป็นต้น

7.2.4.2 **การประเมินโดยการสังเกตอาการหรือพฤติกรรม** แม้ว่าความอยากจะเป็นปรากฏการณ์ที่คลุมเครือ รู้ได้แต่เฉพาะผู้ที่ประสบกับความอยากเท่านั้น แต่ความอยากจะไปกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองที่มีลักษณะเฉพาะตัว พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความอยาก เช่น หงุดหงิด เหงื่อออกชุ่มฝ่ามือ กลืนน้ำลาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถประเมินการตอบสนองด้านอารมณ์ทางสีหน้า การเคลื่อนไหวของใบหน้าโดยใช้แบบประเมิน Facial Acting Coding System (FACS) ของ Ekman & Friesen (1978) (Sayette et al., 2000)

7.2.4.3 **การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measures)** ความอยากส่งผลต่ออารมณ์และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่สามารถวัดได้ในเชิงปริมาณ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจต่อนาที ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean arterial pressure[MAP]) (Mirinda et al., 2008) การวัดอุณหภูมิบริเวณผิวหนัง (Tiffany, Carter & Singleton, 2000) หรืออาจประเมินได้จากสารชีวเคมีในสมองเช่น การวัดอัตราการเผาผลาญกลูโคส หรืออาจศึกษาลักษณะเฉพาะของสมองเมื่อเกิดความอยาก ได้แก่ สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และสมองส่วนที่ทำหน้าที่ด้านการคิดรู้ (Everitt, 1997 อ้างถึงใน Sayette et al., 2000)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความอยากบุหรี่โดยการประเมินจากการรายงานของผู้ป่วยเนื่องจากความอยากเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล การรายงานโดยผู้ป่วยเองจึงน่าเชื่อถือที่สุด โดยประเมินจากแบบประเมินความอยากของ Cox, Tiffany และ Christen (2001) เนื่องจากมีค่าความเที่ยงสูง (Cronbach's alpha = 0.97) (Versland, 2006)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7.3 การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

7.3.1 ความหมายของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ หมายถึง การกลับสู่พฤติกรรมเดิมเหมือนก่อนเข้ารับการรักษา หรือการกลับมาสูบบุหรี่ในปริมาณและระยะเวลาเหมือนเดิมหลังเลิกสูบบุหรี่ แต่การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำนั้นยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างการหยุดสูบบุหรี่กับการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีการกำหนดระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก่ การกลับมาสูบบุหรี่อีกหลังหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (Urso, 2003) อย่างน้อย 48 ชั่วโมง (Garvey et al., 1992 อ้างถึงใน Ockene et al., 2000) อย่างน้อย 3 วัน (Bradon et al., 1990) การสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 มวนขึ้นไปต่อวันติดต่อกัน 3 วันหลังจากมีการหยุดสูบ (Shiffman et al., 1996) ซึ่งการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการบ่งชี้ว่าเกิดความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ (Hughes et al., 2003) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ คือ การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีกหลังจากหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเกิดขึ้นบ่อยที่สุดในผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง (Krall, Garcia & Garvey, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gulliver และคณะ (1995 อ้างถึงใน Ockene, 2000) ที่ศึกษาอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตัวเองจำนวน 309 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.8 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 3-7 วัน ร้อยละ 24.6 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 8-30 วัน ร้อยละ 15.2 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 31-90 วัน ส่วนการศึกษาของ Gravey และคณะ (1992) พบว่าผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองร้อยละ 76 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 1 เดือนและร้อยละ 87.2 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการกลับสูบบุหรี่ซ้ำสามารถเกิดขึ้นภายในระยะเวลาไม่กี่วันหรืออาจเป็น 1 สัปดาห์หรือเป็นปีหลังเลิกสูบบุหรี่ (Garvey & Bliss, 1992 อ้างถึงใน Hoving, Modde & Vries, 2006)

7.3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำมีหลายด้านทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.3.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1) ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด เนื่องจากการไม่ตระหนักถึงผลที่ตามมาหลังจากใช้สารเสพติด เช่น อาจคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้สามารถเข้ากับเพื่อนที่สูบบุหรี่ได้ บุคคลเหล่านี้จะคำนึงแค่ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในทันทีหลังสูบบุหรี่ เช่น ทำให้มีความตื่นตัว ช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งผลที่เกิดขึ้นเหล่านี้เกิดขึ้นเพียงแค่ช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น (Yuttatri, 2001)

2) การขาดทักษะการจัดการกับปัญหา จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดมักขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลเหล่านี้จะใช้สารเสพติดเป็นหนทางหลีกหนีปัญหา ดังนั้นในขณะที่กำลังเลิกใช้สารเสพติด หากมีปัญหาเข้ามาในชีวิตบุคคลเหล่านี้จะหวนกลับมาใช้สารเสพติดอีกครั้งเพราะคิดว่าสามารถสามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Rash, 2007) รวมทั้งการขาดทักษะในการการปฏิเสธหรือปฏิเสธไม่สำเร็จล้วนนำไปสู่การใช้สารเสพติดอีก (เอกอุมา วิเชียรทองและคณะ, 2550)

3) เกิดอาการอยากยา อาการอยากยาเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ หากอาการอยากยามีความรุนแรง จนไม่สามารถต้านทานได้จะส่งผลให้ผู้ที่กำลังเลิกใช้สารเสพติดหวนหลับมาใช้ยาอีกครั้ง (al'Absi et al., 2004) จากการศึกษาของ Hughes (2007) พบว่าความอยากบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

4) ความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ที่กำลังเลิกเสพยาต้องหวนกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำอีกเนื่องจากต้องการบรรเทาความทรมานที่เกิดขึ้น (al'Alsi, Hutsukami & Davis, 2005; Budney et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ al'Alsi, Carr และ Bongard (2007) และ Patterson และคณะ (2008) ที่พบว่า อารมณ์โกรธ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในช่วงแรกที่กำลังเลิกบุหรี่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และการศึกษาของ Shiffman และ Waters
(2004) และ Rukstalis และคณะ (2005) ที่พบว่าการที่สมาธิลดลงจากการหยุดสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยทำนายการกลับมาสูบบุหรี่

5) อารมณ์ทางบวก จากการศึกษาพบว่าผู้ที่กำลังมีความสุข การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ มีแนวโน้มกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำอีกเนื่องจากการใช้สารเสพติดจะช่วยทำให้มีความรู้สึกว่ามีความสุขมากขึ้น จากการศึกษาของ Marlatt (1995) พบว่าร้อยละ10 ของผู้ที่เริ่มกลับมาใช้สารเสพติดอีกมีสาเหตุมาจากอารมณ์ด้านบวก (Yuttatri, 2001)

6) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะป้องกันตนเองไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิเสธการสูบบุหรี่เมื่อถูกชักชวนอยู่ในระดับต่ำ บุคคลจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับสูง (ปรียาพร ชูเอียด, 2550; Marlatt & Gordon, 1985 อ้างถึงใน Hoving et al., 2006)

7.3.2.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1) สถานการณ์ที่ล่อแหลม การอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ (Marlatt & Gordon, 1985 อ้างถึงใน Shiffman, 2005) เช่น มีปัญหากับ

เพื่อนร่วมงาน มีปัญหาด้านการเงินหรือปัญหาจากที่ทำงาน เป็นต้น ทำให้บุคคลกลับมาใช้สารเสพติดอีกเพื่อช่วยบรรเทาความรู้สึกไม่ดีจากปัญหาดังกล่าว (Yuttatri, 2001)

2) การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่กำลังเลิกสารเสพติดในระยะแรกต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้างเนื่องจากกำลังต่อสู้กับอาการขาดยาหรืออยากยาค่อนข้างรุนแรง หากไม่ได้รับกำลังใจหรือคำชมเชยเมื่อสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้ในแต่ละวันหรือแต่ละสัปดาห์ อาจทำให้ผู้ให้บุคคลเหล่านี้หวนกลับมาใช้สารเสพติดอีกได้ (Shiffman et al., 2000)

7.3.3 กลไกของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังเลิกบุหรี่ได้เป็นระยะเวลาหนึ่งนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ง่ายมากจนทำให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่กลับมาสูบบุหรี่อีกหลังจากหยุดสูบได้เพียง 24 ชั่วโมง (Westman et al., 1997 อ้างถึงใน Piasecki, 2006) โดยกระบวนการของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำจะเริ่มจากสถานการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ทางลบจากการขาดนิโคติน อาการเหล่านี้จะส่งผลให้ความอยากบุหรี่ทวีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการสูบบุหรี่ สถานการณ์นี้เรียกว่าภาวะวิกฤตของการกลับเป็นซ้ำ (Relapse crisis) ถึงแม้ว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์นี้ได้โดยการไม่สูบบุหรี่ แต่ก็ยังมีโอกาสเสี่ยงจึงเรียกระยะนี้ว่า ระยะจูงใจ (Temptation) จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังต่อ แต่หากไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้บุคคลก็จะเริ่มกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง ซึ่งเป็นการพลั้งเผลอมาสูบเพียงบางโอกาส เรียกระยะนี้ว่าระยะพลั้งเผลอ (Lapse) (Shiffman et al., 2000) โดยอาจจะสูบในปริมาณและความถี่ที่น้อยกว่าแบบแผนการสูบปกติที่เคยสูบซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้บ่อย และในที่สุดก็จะเข้าสู่ระยะกลับมาสูบบุหรี่แบบเดิม การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำขึ้นอยู่กับระดับของการติดนิโคติน อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ ในขณะเดียวกันหากผู้สูบบุหรี่สามารถควบคุมตนเองได้ มีทักษะในการจัดการกับปัญหารวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นก็สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร หรือไม่ก็อาจหวนกลับมาเริ่มสูบบุหรี่ใหม่อีกเป็นวงจรไปเรื่อย ๆ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เผลอสูบบุหรี่หลังจากหยุดได้มีแนวโน้มที่จะกลับมาสูบบุหรี่เหมือนพฤติกรรมเดิมได้ถึงร้อยละ 79-97 (Juliano et al., 2006) อย่างไรก็ตาม การแบ่งช่วงระยะเวลาระหว่างระยะเริ่มกลับมาสูบบุหรี่ (Lapse) กับระยะเวลาที่กลับมาสูบบุหรี่แบบเดิม (Relapse) นั้นจากการศึกษาพบว่ายังไม่มีการแบ่งระยะเวลาที่ชัดเจน

7.3.4 การประเมินการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

การประเมินพฤติกรรมการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำสามารถประเมินได้จาก 2 วิธี ได้แก่

7.3.4.1 การวัดโดยทางพฤตินัย ได้แก่ การเขียนรายงานการสูบบุหรี่ของตนเอง (Self-report) (จิตติมา ทุ่งพรวญ, 2547)

7.3.4.2 การวัดโดยทางปรนัย มีความพยายามที่จะหาวิธีการวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีความเป็นปรนัยมากขึ้น โดยวิธีการตรวจหาสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับควันบุหรี่ เช่นการตรวจหาสารนิโคติน โคตินิน ไธโอไซยาเนท คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น แต่ก็พบว่าการตรวจดังกล่าวมีอุปสรรคในการเก็บตัวอย่าง ค่าใช้จ่ายในการวิเคราะห์ รวมทั้งมีปัญหาด้านความตรงของผลการตรวจอีกด้วย (Luepker et al., 1981อ้างถึงใน ปรียาพร ชูเอียด, 2550)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำโดยการวัดทางพฤตินัย โดยให้ผู้ป่วยรายงานพฤติกรรมการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำด้วยตัวเอง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยถามถึงพฤติกรรมการกลับมาสูบบุหรี่หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและจำนวนบุหรี่ที่กลับมาสูบต่อวัน และระยะเวลาที่เริ่มกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังจากที่หยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

8. การพัฒนาการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการบำบัดแบบกระชับ (Brief Intervention) ของ Miller และ Rollnick (2002) ร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก (Deep breathing relaxation) ของ Benson (1975) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดในแต่ละแนวคิดและมีการบูรณาการเป็นรูปแบบการบำบัด ดังนี้

8.1 แนวคิดการบำบัดแบบกระชับ

8.1.1 ความหมายของการบำบัดแบบกระชับ

World Health Organization (2005) ให้ความหมายของการบำบัดแบบกระชับว่าหมายถึง การให้การช่วยเหลือผู้ติดสารเสพติดที่มีการติดไม่รุนแรงหรือผู้ที่มีความเสี่ยงในการเสพติดโดยการช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้าใจและรับรู้ถึงความเสี่ยงต่าง ๆที่จะเกิดขึ้นและเกิดพฤติกรรมเลิกใช้สารเสพติดโดยการให้คำแนะนำแบบสั้น ๆ ประมาณ 5 นาทีรวมทั้งให้คำปรึกษาแบบสั้น ๆ ประมาณ 15-30 นาที

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2006) ให้ความหมายของการบำบัดแบบกระชับว่า หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในช่วงเวลาสั้น ๆ โดยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาหรือผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งการช่วยเหลือนี้ใช้เวลาตั้งแต่ 1-4 ครั้งและการบำบัดแต่ละครั้งจะใช้เวลา 5-15 นาที

Humeniuk และคณะ (2008) ให้ความหมายของการบำบัดแบบกระชับว่า หมายถึง การให้การช่วยเหลือผู้ติดสุรา บุหรี่หรือสารเสพติดชนิดอื่น โดยใช้เวลาในการบำบัด 5-10 นาที

สถาบันธัญญารักษ์ (2551) ให้ความหมายของการบำบัดแบบกระชับว่า หมายถึง การให้การช่วยเหลือแบบสั้น เป็นการสื่อสาร 2 ทางด้วยการสร้างความตระหนัก การให้ข้อมูล ตลอดจนการวางแผนปฏิบัติเพื่อเพิ่มลดหรือเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เวลา 20-30 นาที

โดยสรุป การบำบัดแบบกระชับ หมายถึง การให้การช่วยเหลือให้เลิกสุราหรือบุหรี่แบบรวดเร็วโดยใช้เวลา ประมาณ 5-30 นาทีซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินสภาพ การให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ติดสารเสพติดมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด

การบำบัดแบบกระชับเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดสุราหรือติดบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ (McCambridge & Jenkins, 2008) จากการศึกษา พบว่าผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับการช่วยเหลือโดยใช้วิธีการบำบัดแบบกระชับสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 30 การบำบัดแบบกระชับ (Brief Intervention) เป็นการบำบัดในรูปแบบหนึ่งที่มีความยืดหยุ่นสูง ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ประมาณ 5 นาทีจนถึง 30 นาที จำนวน 2 - 3 ครั้ง โดยปกติผู้ให้บริการจะเป็นผู้เริ่มต้นก่อนโดยผู้รับบริการไม่ได้ร้องขอหรือเป็นการบำบัดแบบฉวยโอกาสในสถานที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2548) โดยบ่งชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสูบบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตน ทั้งยังเป็นวิธีการรักษาที่ใช้งบประมาณขั้นต่ำ (Miller & Sanchez, 1994 อ้างถึงใน Foote et al., 1998)

8.1.2 รูปแบบของการบำบัดแบบกระชับ

การบำบัดแบบกระชับเป็นกลยุทธ์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผสมผสานทั้งหลักการรับรู้ พฤติกรรม และสังคมเข้าด้วยด้วยกัน ซึ่งกลยุทธ์หลักคือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความมุ่งมั่น (Commitment) ที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยสร้างความขัดแย้งขึ้นในความคิดระหว่างการสูบบุหรี่กับผลที่จะตามมาทั้งในปัจจุบันและอนาคต จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง แล้วจึงกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการทั่วไปประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย โดยการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ 2) การประเมินด้านต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม 3) การให้คำแนะนำแบบย่อประกอบด้วยการให้ข้อมูลจากการประเมินแก่ผู้ป่วยเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงที่จะเกิดจากการสูบบุหรี่ ทบทวนทั้งผลดีและผลเสียที่ตามมาและแนะนำถึงประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งมีการคาดการณ์ถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและวางแผนจัดการกับปัญหาซึ่งอาจให้สมาชิกครอบครัวร่วมรับฟังและสนทนาด้วย 4) คู่มือการดูแลตนเอง ประกอบด้วยผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ วิธีการต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เช่น การปรับวิถีชีวิต การจัดการหรือควบคุมตนเอง การทำสัญญากับตัวเองและทำ

สมุดบันทึกการสูบบุหรี่ 5) การประเมินผล โดยการนัดพบกันในเวลาที่แน่นอนเพื่อติดตามผล ประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นระยะ ๆ อาจรวมการประเมินเป็นครั้งคราวด้วยก็ได้ โดยรวมแล้วมักจะอยู่ระหว่าง 1-4 ครั้ง

8.1.3 องค์ประกอบของการบำบัดแบบกระชับ

Miller และ Rollnick (2002 อ้างถึงใน WHO, 2005) สรุปองค์ประกอบที่ทำให้การบำบัดแบบกระชับประสบความสำเร็จไว้ 6 ประการ ได้แก่ การสะท้อนกลับหรือเปรียบเทียบภาวะเสี่ยงของบุคคล (Feedback) การรับผิดชอบต่อตัวเอง (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การเสนอทางเลือกเพื่อการปรับเปลี่ยน (Menu of Option) การมีท่าทีใส่ใจในการให้คำปรึกษา (Empathy) และการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยใช้อักษรย่อ “FRAMES” ดังต่อไปนี้

8.1.3.1 การสะท้อนกลับหรือเปรียบเทียบภาวะเสี่ยงของบุคคล (Feed back) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจและเข้าใจสภาพความเป็นจริงได้ดียิ่งขึ้น โดยการให้ข้อมูลจากผลการประเมินด้านต่าง ๆ ทั้งภาวะเสี่ยงในปัจจุบันและในอนาคตให้ผู้ป่วยได้รับทราบ โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นประเด็นหรือเหตุผลที่จะเลิกบุหรี่ที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนให้ชัดเจนเพื่อแสดงความเกี่ยวข้องที่ชัดเจนระหว่างการสูบบุหรี่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งการที่บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นเพราะขาดข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2549) นอกจากนี้การสะท้อนกลับยังประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ระหว่างบุคคลที่มีการใช้สารเสพติดคล้าย ๆ กันได้ (WHO, 2005) เพื่อช่วยให้เพิ่มการรับรู้ปัญหาและเกิดความตระหนักในผลทางลบต่าง ๆที่จะตามมา (Gold, 2008) รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นสถานการณ์ของความเสี่ยงหรือผลเสียที่จะตามมาอันจะนำไปสู่การกระตุ้นแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไป

8.1.3.2 ความรับผิดชอบตัวเอง (Responsibility) เป็นการบำบัดโดยยึดหลักว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่มีใครสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ ผู้ป่วยจึงต้องรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อเป็นแรงจูงใจไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

8.1.3.3 การแนะนำ (Advice) เป็นการให้คำแนะนำอย่างชัดเจนถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ชี้ประเด็นให้เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ได้แก่ การเกิดความเสี่ยงระยะเฉียบพลัน เช่น หายใจไม่เต็มอิ่ม อาการหอบหืดกำเริบ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก่อนวัยอันควร เป็นต้น ความเสี่ยงระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ เป็นต้น ความเสี่ยงต่อสิ่งแวดล้อม เช่น โรคหัวใจในคู่ครองของผู้สูบบุหรี่ โรคหอบ การติดเชื้อทางเดิน

หายใจในเด็กเล็ก เป็นต้น (Fiore et al., 2008) รวมทั้งให้ข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ติดบุหรี่ ทำการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทั้งในเรื่องสาเหตุการติด ธรรมชาติของการติดบุหรี่ อาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และช่วงเวลาที่อาจเกิดอาการได้สูงขึ้น รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และวิธีการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

8.1.3.4 เสนอทางเลือกเพื่อปรับเปลี่ยน (Menu of option) เป็นการเสนอแนวทางต่าง ๆ ในการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์กับตนเองมากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้และมีความรับผิดชอบต่อตนเองเมื่อตัดสินทางเลือกไปแล้ว นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นผู้เลือกวิธีการปรับเปลี่ยนด้วยตนเองยังส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้นด้วย (WHO, 2005) การเสนอทางเลือกนี้อาจแทรกอยู่ในการสนทนาระหว่างการให้คำปรึกษาหรือใส่ไว้ในคู่มือการดูแลตนเอง (จิรวัฒน์ มูลศาสตร์และสาวิตรี อัษณางกรชัย, 2548) ซึ่งวิธีการที่นำเสนอ เช่น 1) การจดบันทึกการใช้สารเสพติด (ที่ไหน เมื่อไหร่ ปริมาณเท่าไหร่ ใช้กับใคร ใช้เพราะอะไร) 2) การบ่งชี้สถานการณ์ที่ล่อแหลมต่อการใช้สารเสพติดและการฝึกพัฒนาทักษะในการรับมือให้กับผู้ติดบุหรี่ ทำการฝึกให้มีทักษะในการแก้ปัญหา 3) การทำกิจกรรมอื่นแทนการใช้สารเสพติด เช่น การหางานอดิเรกทำ การเล่นกีฬา เป็นต้น 4) แนะนำผู้สูบบุหรี่ให้บอกบุคคลที่สามารถให้การสนับสนุนและช่วยเหลือให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปได้ เช่น เพื่อนที่ทำงาน บุคคลในครอบครัว เป็นต้น 5) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองวิธีต่าง ๆ 6) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเงินที่ต้องสูญเสียไปกับการซื้อบุหรี่ ซึ่งสามารถนำไปทำประโยชน์ด้านอื่น ๆได้อีกมาก

8.1.3.5 มีท่าทีใส่ใจในการให้คำปรึกษา (Empathy) เพื่อให้การบำบัดแบบกระชับประสบความสำเร็จ ผู้รักษาควรใช้ท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร พยายามทำความเข้าใจและสะท้อนความคิดความรู้สึกอย่างเหมาะสม

8.1.3.6 สนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผู้ให้การบำบัดต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและคาดหวังในความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากบุคคลที่เชื่อว่าตนเองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จจะสามารถมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

8.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย

8.2.1 ความหมายของการผ่อนคลาย

Benson (1975; 2001) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองภายในร่างกายของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้จะตรงกันข้ามกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด

McCaffery (1980) กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นความรู้สึกอิสระจากความกดดัน หรือความตึงเครียด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Mast และคณะ (1987 อ้างถึงใน จรุณา ประจักษ์แสงศิริ, 2549) กล่าวว่า ร่างกายและจิตใจของคนเราไม่สามารถแยกจากกันได้ และบุคคลสามารถเรียนรู้วิธีการฝึกผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในทางตรงข้ามกับความเครียด เรียกว่าปฏิกิริยาการผ่อนคลาย

สรุปได้ว่า การผ่อนคลายเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายที่ตรงข้ามกับการเกิดความเครียดซึ่งเป็นความรู้สึกอิสระจากความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

8.2.2 องค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นในการผ่อนคลาย

การผ่อนคลายจะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (Benson, 1975)

8.2.2.1 สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ (A quiet environment) โดยการจัดให้ผู้ฝึกการผ่อนคลายอยู่ในบริเวณที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แล้วให้ผู้ฝึกหลับตา เพื่อมิให้ผู้ฝึกเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจไปสู่สิ่งกระตุ้นภายนอกที่อยู่รอบตัว แต่เมื่อผู้ฝึกเรียนรู้เทคนิควิธีการผ่อนคลายดีแล้ว สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบอาจไม่จำเป็น เพราะผู้ฝึกจะสามารถควบคุมตนเองและสามารถแยกจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้

8.2.2.2 การมุ่งความสนใจไปที่คำใดคำหนึ่ง (An object to dwell upon) โดยใช้เครื่องมือหรือสิ่งเร้า เช่น การใช้เสียง ถ้อยคำหรือวลีซ้ำ ๆ นิยมให้ผู้ฝึก ฟังเสียงจากเทปบันทึกเสียง และให้ผู้ฝึกหลับตาเพื่อรวบรวมจุดสนใจได้ดีขึ้น

8.2.2.3 ทัศนคติหรือจิตที่ว่าง (A passive attitude) ผู้ฝึกต้องไม่ต่อต้าน หรือเข้มงวดกับตัวเองมากจนเกินไป ไม่ควรกังวลว่าจะปฏิบัติเทคนิคให้ดีได้หรือไม่ เพราะจะก่อให้เกิดความเครียด และไม่สามารถเกิดการผ่อนคลายได้อย่างแท้จริง

8.2.2.4 การอยู่ในท่าที่สบาย (A comfortable relaxation) การจัดท่าทางที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ฝึกเกิดความสุขสบาย และช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ สามารถใช้ท่านั่งเอนหลัง หรือท่านอนก็ได้ การใช้ท่านอนราบ ควรใช้หมอนรองใต้ศีรษะ และที่ใต้เข่าทั้งสองข้าง

สำหรับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก(Deep breathing relaxation) เป็น เป็นกระบวนการฝึกการหายใจหรือควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้าและออกลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยให้การหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า การหายใจจะหายใจเข้าให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัว เพื่อเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

ออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ จะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จังหวะการหายใจซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างกายและจิต ทำให้ลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทลิมบิค ไฮโปทาลามัส และเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชั่น ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์ และควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การทำงานของระบบซิมพาเธติกลดลง ระบบประสาทพาราซิมพาเธติกทำงานเด่นขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง การใช้ออกซิเจนลดน้อยลง (Benson, 2001) ลดอาการอ่อนเพลีย ลดการใช้พลังงาน ลดอาการขาดนิโคตินได้แก่ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ หงุดหงิดโกรธง่าย รวมทั้งสามารถลดความอยากบุหรี่ได้ (McClernon, Westman & Rose, 2004) การหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ ทำให้ผู้ฝึกรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตกลับเข้าสู่ภาวะที่ดี เทคนิคการผ่อนคลายวิธีนี้สามารถฝึกได้ง่าย สะดวก ประหยัด ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ การฝึกปฏิบัติครั้งละ 15-20 นาที วันละ 1-3 ครั้ง จะมีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน (McCaffery, 1980) สำหรับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก (Deep breathing relaxation) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีความแตกต่างจากการฝึกออกกำลังกายด้วยการหายใจแบบลึก (Deep breathing exercise) ที่ใช้ในการสอนผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัดในด้านของความต้องการผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การฝึกออกกำลังกายด้วยการหายใจแบบลึก (Deep breathing exercise) มีวัตถุประสงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเท่านั้น

8.2.3 การประเมินภาวะผ่อนคลาย

การประเมินภาวะผ่อนคลาย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การประเมินภาวะผ่อนคลายขณะใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการประเมินภาวะผ่อนคลายภายหลังการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งการประเมินภาวะผ่อนคลายภายหลังการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายนั้น การประเมินภาวะผ่อนคลายทำได้โดยการประเมิน 2 ลักษณะ (Alken, 1972 อ้างถึงใน สิรินาฏ มีเจริญ, 2541)

8.2.3.1 การประเมินจากการสังเกต เป็นการประเมินการแสดงออกทางร่างกาย เช่น สีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว การหายใจที่เป็นจังหวะ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ขากรรไกรหย่อน ปลายเท้าแยกชี้ออกจากกัน มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวขณะอยู่ในภาวะผ่อนคลาย เช่น ผู้ฝึกจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีการตอบสนองทางคำพูด ไม่มีการเคลื่อนไหว

8.2.3.2 การประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง เป็นการประเมินภาวะผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกหลังฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้ เพราะความรู้สึกบ่งบอก

ถึงการผ่อนคลายที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ได้แก่ รู้สึกสงบ และความรู้สึกเบาตัว สบายใจ โล่งใจ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินสภาวะการผ่อนคลายของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสอบถามจากการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ก่อนและหลังการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกในแต่ละครั้ง ลงในแบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

8.3 รายละเอียดการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

8.3.1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้อาการจากการพูดคุยและซักถามผู้ป่วย ได้แก่ สาเหตุของอาการขาดนิโคตินและอยากบุหรี่ ความรุนแรงของอาการ ความบ่อย การจัดการกับอาการดังกล่าวด้วยตนเอง การได้รับการจัดการกับอาการจากบุคลากรทีมสุขภาพและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการบำบัด

8.3.2 การให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นการให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย

8.3.2.1 การให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วยและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงเหตุผลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการสะท้อนกลับให้เห็นภาวะเสี่ยงของตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้ปัญหาและตระหนักในผลทางลบที่กำลังตามมา

8.3.2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตัวเองว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เป็นความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยรักและสังคม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยคิดให้ได้ว่าเพราะเหตุใดบ้างที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญในการเลิกสูบบุหรี่

8.3.2.3 ให้คำแนะนำถึงวิธีเลิกบุหรี่ โดยชี้ให้เห็นความเสี่ยงระยะเฉียบพลันและความเสี่ยงระยะยาว รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ สาเหตุที่ต้องหยุดสูบบุหรี่ก่อนและหลังผ่าตัด อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ช่วงเวลาที่จะเกิดอาการ การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ รวมทั้งการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำโดยใช้แผนการสอนและคู่มือ

8.3.2.4 เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือการเลิกบุหรี่ โดยการสนทนาระหว่างการบำบัด ได้แก่ การแนะนำให้ปรับวิถีชีวิต และการทำสัญญากับตัวเองว่าจะต้องเลิกบุหรี่ให้ได้

8.3.2.5 สนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยท่าทีที่อบอุ่นและเป็นมิตร

8.3.3 การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้เมื่อมีอาการขาดนิโคตินและอยากบุหรี่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกทักษะและสาธิตแก่ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติไว้ในคู่มือการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

8.3.4 การติดตามช่วยเหลือ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการบำบัดที่ได้รับว่าได้ผลอย่างไรในวันที่ 2 และวันที่ 3 ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และขอความร่วมมือในการส่งแบบประเมินกลับคืนทางไปรษณีย์

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

Bock และคณะ (1999) ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่ออาการขาดนิโคตินในผู้หญิงที่กำลังเลิกบุหรี่จำนวน 62 คน ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 60-85 ของอัตราการเต้นปกติ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 40-50 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การจัดการกับน้ำหนัก การจัดการกับความเครียด จัดให้ได้รับโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีสุขภาพดีเพื่อเป็นการช่วยในการเลิกบุหรี่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโดยการบรรยาย ดูวีดีโอ และมีการสนทนาเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้ชีวิตของผู้หญิง เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ผล

การศึกษาพบว่า การออกกำลังกายสามารถลดอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกกรมและโปรแกรมการส่งเสริมการมีสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ussher, Nunziata และ Cropley (2001) ศึกษาผลของการออกกำลังกายระยะสั้นต่ออาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่จำนวน 71 คนที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปีหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ช่วงบ่ายจนถึงช่วงเย็น แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม โดยจัดกลุ่มทดลองให้ได้รับการออกกำลังกายในระดับกลาง (อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นจากปกติ 40-60%) โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย 1- 2 นาที จากนั้นเริ่มปั่นจักรยานความเร็ว 50-60 รอบต่อนาที ปั่นจักรยานจนมีอัตราการเต้นของหัวใจตามที่กำหนดไว้เมื่อครบ 10 นาที ค่อย ๆ ลดความเร็วลง ซึ่งใช้เวลา 3 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 14-15 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ 1 จัดให้นั่งนิ่งๆ โดยไม่ได้รับการบำบัด กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 จัดให้ดูวีโอเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จากนั้นวัดอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และระดับความรุนแรงของความอยากบุหรี่ในนาทีที่ 5 และ 10 หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่มีการออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยานมีความอยากบุหรี่ ระดับความรุนแรงของความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่มมีความอยากบุหรี่ ระดับความรุนแรงของความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Daniel, Cropley และ Fife-Schaw (2006) ศึกษาผลของการออกกำลังกายระดับปานกลางโดยการปั่นจักรยานต่อความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ที่มีนิสัยชอบอยู่นิ่ง ๆ มีการทำกิจกรรมทางกายน้อยจำนวน 40 คน ที่หยุดสูบบุหรี่ 11-15 ชั่วโมงก่อนเข้าโปรแกรม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ในนาทีที่ 10, 5 และ 0 ก่อนเข้าการทดลองและนาทีที่ 5 และ 10 ขณะออกกำลังกาย และนาทีที่ 5 และ 10 หลังออกกำลังกาย ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจโดยการฟังวีดีโอเทปเป็นเวลา 1 นาที ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายระดับปานกลางสามารถลดความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถลดได้อย่างรวดเร็วหลังออกกำลังกาย

Taylor, Katomeri และ Ussher (2005) ศึกษาผลของการเดินบนสายพานต่ออาการอยากบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่ชั่วคราวจำนวน 15 คนที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวัน หยุดสูบบุหรี่มา 15 ชั่วโมงก่อนเข้าโปรแกรม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจัดให้กลุ่มควบคุมเดินบนสายพานเป็นเวลา 15-20 นาทีเป็นระยะทาง 1 ไมล์ กลุ่มควบคุมจัดให้

นั่งนิ่ง ๆ เป็นเวลา 40 นาที วัดความอยากบุหรี่และระดับความรุนแรงของความอยากบุหรี่ในนาทีที่ 10, 20, 30 และ 40 หลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเดินบนสายพานมีระดับความรุนแรงของอาการอยากนิโคตินและความอยากบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hyun และคณะ (2007) ศึกษาผลของการฝังเข็มต่ออาการขาดนิโคติน ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มจริงและกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มแบบหลอก ประเมินผลการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าอาการขาดนิโคตินทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

Wynd (1992) ศึกษาผลของการผ่อนคลายด้วยวิธีสร้างจินตภาพเพื่อลดความเครียดในผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำและร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลิกบุหรี่กันในกลุ่มซึ่งแบ่งเป็น 3 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที แต่ในกลุ่มทดลองได้เพิ่มการฝึกสร้างจินตภาพ สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ฝึกการสร้างจินตภาพมีอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยกลุ่มควบคุมยังคงหยุดสูบบุหรี่ต่อไปถึง ร้อยละ 72 และร้อยละ 51 ในกลุ่มทดลอง

Schroter และ คณะ (2006) ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่จำนวน 79 คนที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 มวนต่อวันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งแต่ละกลุ่มได้รับการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และในการบำบัดแต่ละครั้งให้การบำบัดแบบกลุ่มโดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 8-12 คน การบำบัดในครั้งที่ 1 แต่ละกลุ่มจะมุ่งเน้นการกำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (Self monitoring) ครั้งที่ 2 ได้รับการบำบัดที่คล้ายกัน เช่น การกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ และการได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ด้วยวิธีการใช้ยา ครั้งที่ 3, 4, 5 และ 6 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมจะมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะจิตใจของผู้สูบบุหรี่ (Psychoeducation) การเตือนตนเอง (Self-monitoring) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment cue control) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) กลวิธีการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral control strategies) การจัดการกับสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ (Operant conditioning) และการได้รับแรงสนับสนุนทาง

สังคม (Social support) ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำจะมุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำที่กลุ่มตัวอย่างมองว่ามีความสำคัญ จากนั้นจึงค้นหาวิธีการจัดการโดยการแสดงบทบาทสมมุติและมีการเพิ่มความตระหนักในการกลับไปสูบบุหรี่โดยการกำกับตนเอง การสังเกตสิ่งกระตุ้น (Noting trigger) ฝึกเทคนิคการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลและวางแผนจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง ประเมินผลการทดลองโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมและส่งอีเมลไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใน 1 และ 12 เดือนหลังได้รับโปรแกรม หากไม่ได้รับอีเมลตอบกลับจะโทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Hoving, Mudde และ Vries (2006) ศึกษาการทำนายพฤติกรรมการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่จำนวน 223 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างเพศและวิธีการวางแผนเพื่อเลิกบุหรี่ ได้แก่ 1) การหยุดสูบบุหรี่ทันที 2) การนำอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกไปไว้นอกบ้าน 3) บอกให้บุคคลใกล้ชิดทราบเพื่อช่วยเป็นกำลังใจ 4) การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำเกี่ยวกับบุหรี่และการเลิกบุหรี่โดยใช้คอมพิวเตอร์ และกลุ่มควบคุมได้รับจดหมายแสดงความขอบคุณที่เข้าร่วมโปรแกรม ประเมินผลการทดลองหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน โดยการโทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่าอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำระหว่างเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกันส่วนวิธีการวางแผนเพื่อการเลิกบุหรี่พบว่าการนำอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกไปไว้นอกบ้านช่วยลดการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้

Lancaster และคณะ (2006) ศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเลือกเฉพาะงานวิจัยที่ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีงานวิจัยทั้งหมด 42 เรื่อง พบว่าวิธีการบำบัดที่ใช้มากที่สุดและมีประสทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ให้หยุดสูบคือ 1) การฝึกทักษะและการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2) ใช้วิธีการบำบัดโดยการใช้ยา และพบว่ายังไม่พบวิธีการบำบัดที่สามารถป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำที่มีประสิทธิผลที่สุดสำหรับผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Patterson และคณะ (2008) ศึกษาอารมณ์โกรธที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้สูบบุหรี่จำนวน 381 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดหยุดสูบบุหรี่ และได้รับนิโคตินแบบแผ่นแปะ 21 มิลลิกรัมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ร่วมกับได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior) จำนวน 5 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มย่อย

ก่อนเลิกบุหรี่ จำนวน 1 ครั้งเป็นเวลา 60 นาทีเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเลิกบุหรี่และได้รับคำปรึกษาแบบกระชับเป็นรายบุคคลอีก 4 ครั้งเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษาในวันที่หยุดสูบบุหรี่ (หลังครั้งแรก 2 สัปดาห์) ครั้งที่ 3, 4 และ 5 ให้คำปรึกษาหลังหยุดสูบบุหรี่สัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีความรู้สึกโกรธอยู่ในระดับสูงหลังหยุดสูบบุหรี่จะกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 8 วัน

9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดแบบกระชับ

Hajek, Taylor และ Mills (2002) ศึกษาผลของการบำบัดแบบกระชับต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัดจำนวน 540 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบกระชับเป็นเวลา 20-30 นาที จำนวน 1ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยการตรวจระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และแปลผลการตรวจและสร้างแรงจูงใจโดยการบอกถึงประโยชน์ต่อสุขภาพหากสามารถเลิกบุหรี่ได้การให้อ่านหนังสือเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่สามารเลิกบุหรี่ได้แล้ว ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำและการให้ผู้ป่วยยืนยันว่าจะเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับหนังสือคำแนะนำให้อ่านหนังสือเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบกระชับ 6 เดือนและ 12 เดือนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Colby และคณะ (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินจำนวน 85 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการสร้างสร้างแรงจูงใจแบบสั้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ร่วมกันพูดคุยถึงประเด็นหรือเหตุผลที่สูบบุหรี่และเหตุผลที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ 3) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจที่บ่งบอกถึงภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการสูบบุหรี่ 4) การกำหนดในการเลิกบุหรี่และร่วมกันคาดการณ์ถึงอุปสรรคและปัญหาที่ต้องเผชิญเมื่อเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 5) ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อยังคงสูบบุหรี่ต่อไปและเมื่อหยุดสูบบุหรี่ 6) ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำแบบสั้นโดยการให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่โดยให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคตและได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์มีการโทรศัพท์ติดตามโดยในกลุ่มที่ 1 ได้รับการชมเชยที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้รวมทั้งร่วมกันพูดคุยถึงปัญหาและการ

จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำสั้น ๆ ให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป ประเมินผลการทดลองในเดือนที่ 1, 3 และ 6 หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจ
แบบสั้นมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Juliano และคณะ (2006) ศึกษาอัตราการพลั้งเผลอมาสูบบุหรี่ (Lapse) และการกลับสูบบุหรี่ซ้ำ (Relapse) หลังหยุดสูบบุหรี่ 4 วันในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยให้กลุ่มตัวทั้งหมดหยุดสูบบุหรี่ภายใน 1 สัปดาห์หลังจากได้รับคำเชิญให้เข้าร่วมโปรแกรม โดยในวันที่ 1 ที่หยุดสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดแบบกระชับใช้เวลา 45 นาที ประกอบด้วยการเตรียมตัวพบกับสถานกาณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับมาสูบบุหรี่และการจัดการกับอาการขาดนิโคตินเป็นรายบุคคลและได้รับคู่มือการเลิกบุหรี่ที่ประกอบด้วยเทคนิคขั้นพื้นฐานในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ วันที่ 2, 3 และ 4 จะได้รับแบบฟอร์มการกำกับตนเองไม่ให้สูบบุหรี่และลงชื่อปฏิญาณตนว่าจะไม่สูบบุหรี่และตรวจวัดระดับนิโคตินในลมหายใจหรือในน้ำลาย และในวันที่ 4 กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) สามารถสูบบุหรี่สูบบุหรี่ได้ 5 ครั้ง 2) สามารถสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 ครั้งและ 3) ยังคงหยุดสูบบุหรี่ต่อไป จากนั้นแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดหยุดสูบบุหรี่ต่อไปและวัดผลการทดลองในวันที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มที่ยังคงหยุดสูบบุหรี่ยังไม่มีการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และกลุ่มที่สูบบุหรี่โดยจำกัดปริมาณนิโคตินในวันที่ 4 ในกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 ยังคงหยุดสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sitthipant (2005) ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการใช้ยานอร์ทริปทัยลีนร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับและโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับเพียงอย่างเดียวต่อการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่มารับการรักษาที่คลินิคอดบุหรี่จำนวน 137 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยานอร์ทริปทัยลีนร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับและกลุ่มที่ 2 ได้รับยาหลอกร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับเพียงอย่างเดียวและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการหยุดสูบบุหรี่เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ติดต่อกันหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มที่ได้รับยานอร์ทริปทัยลีน มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 43.5 และร้อยละ 26.5 ในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างเดียว

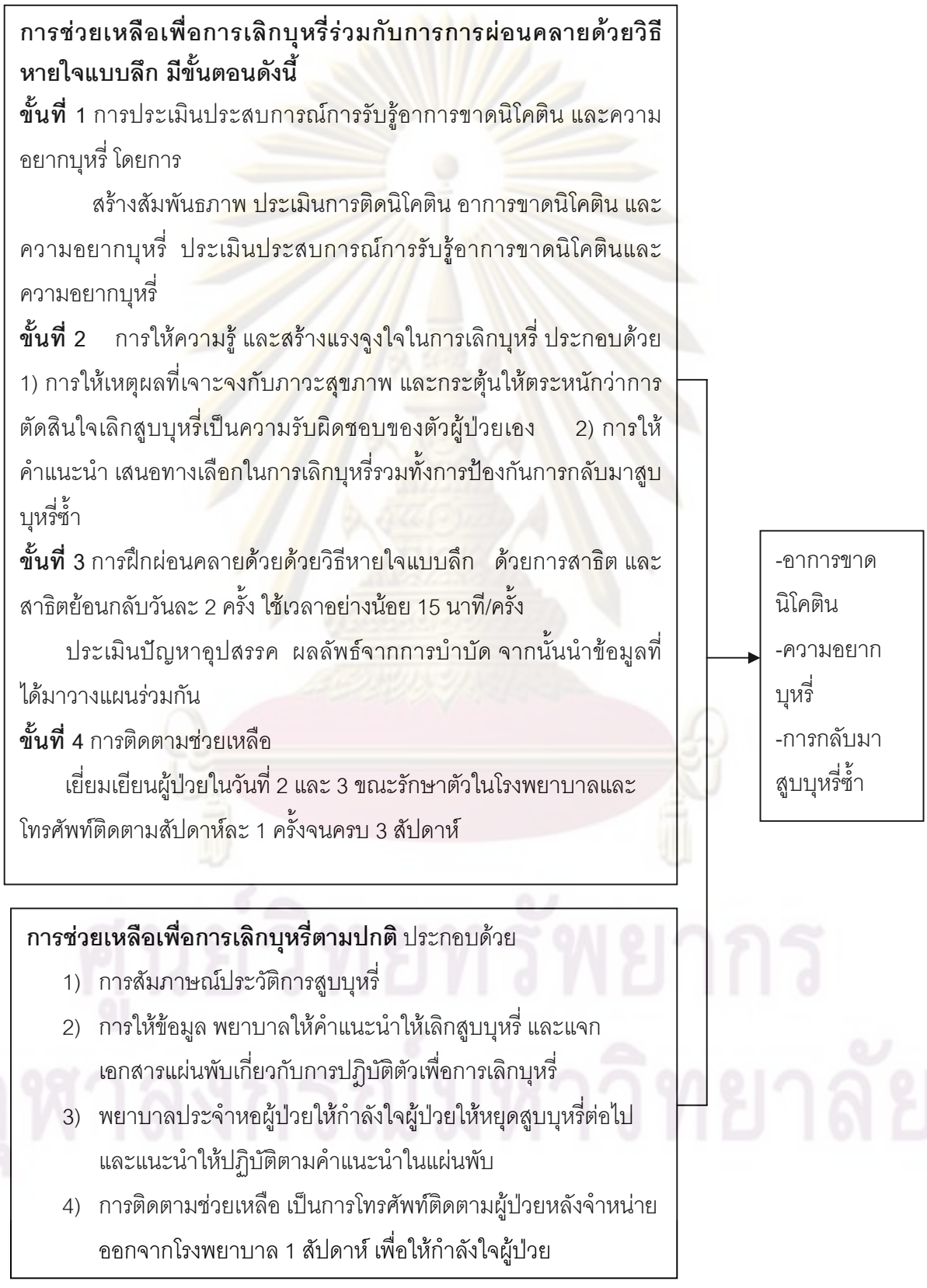
9.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

Hernandez-Reif, Field และ Hart (1999) ศึกษาผลของการนวดด้วยตัวเองต่อความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เฉลี่ย 14.5 มวนต่อวันเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปและร้อยละ 70 ที่พยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จัดให้กลุ่มควบคุมฝึกการนวดโดยการนวดมือหรือนวดหูครั้งละ 5 นาทีวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 1 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการขาดนิโคติน เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่ง วัดผลก่อนและหลังการนวด 10 นาทีในวันแรกและวันสิ้นสุดโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการนวดตัวเองมีอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

McClernon, Westmanและ Rose (2004) ศึกษาผลของการควบคุมการหายใจโดยการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะติดนิโคติน โดยศึกษาในผู้สูบบุหรี่ที่มียังมีสุขภาพดีจำนวน 21 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่ก่อนเที่ยงคืนจนถึงเช้าวันที่ทำการทดลอง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึก โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหายใจเข้าลึกๆ ช้า ๆ ภายใน 5 วินาที จากนั้นให้กลั้นหายใจไว้ 2 วินาที แล้วค่อย ๆ หายใจออกช้า ๆ ภายใน 5 วินาที ทำทั้งหมด 5 ครั้ง โดยทำทุก ๆ 30 นาที ภายในเวลา 4 ชั่วโมง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึกสามารถลดความอยากบุหรี่และอาการทางลบของอาการขาดนิโคตินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cropley, Ussher และ Charitou (2007) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการกำหนดจุดสนใจไปที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทีละส่วน (Body scan) ต่ออาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายจากวีดีเทป โดยการกำหนดจุดสนใจไปที่อวัยวะของร่างกายทีละส่วนพร้อม ๆ กับการกำหนดลมหายใจ ขั้นแรกให้กำหนดจุดสนใจไว้ที่ท้อง จากนั้นค่อย ๆ ย้ายไปที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ซึ่งใช้เวลา 10 นาที กลุ่มควบคุมได้ฟังวีดีโอเทปที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับธรรมชาติแต่ให้ความรู้สึกผ่อนคลายเป็นเวลา 10 นาที จากนั้นวัดอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ในนาทีที่ 5, 10 และ 15 หลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของความอยากบุหรี่และอาการขาดนิโคตินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O_1 O_2

O_3 X O_4

X หมายถึง การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

O_1 หมายถึง อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติในวันที่ 1 หลังผ่าตัด

O_2 หมายถึง อาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติในสัปดาห์ที่ 3

O_3 หมายถึง อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกในวันที่ 1 หลังผ่าตัด

O_4 หมายถึง อาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในกลุ่มทดลองที่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกในสัปดาห์ที่ 3

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2552 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเฉพาะ

การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ จำนวน 20 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย ผู้วิจัยคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คนเพื่อป้องกันการเกิดอคติ (Bias) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง ระดับการติดนิโคตินก่อนเข้าโครงการ (Damaj, Kao & Martin, 2003) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (Rios-Bedoya, 2008) โดยกำหนดให้ห่างกันไม่เกิน 5 มวน และจำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ (Jetiyanuwatr, 2001) แบ่งช่วงเป็น ไม่เคยเลย เคย 1-3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้ง โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางศัลยกรรมทั่วไปและจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่เร่งด่วน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน กระเพาะอาหาร/ลำไส้ทะลุจากแผลเปิค บาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ ถูกยิง ถูกแทง เป็นต้น
2. เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเลิกบุหรี่
3. มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวันติดต่อกันมาอย่างน้อย 1 ปี
4. มีระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง
5. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
6. ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ
7. มีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกตลอดการเข้าร่วมการวิจัย
8. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
9. มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ตั้งแต่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ

1. มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการเข้ากลุ่ม เช่น ภาวะช็อค
2. มีการใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อการเลิกบุหรี่
3. ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายในแต่ละครั้งไม่ครบ 15 นาที และ/หรือใช้เทคนิคการผ่อนคลาย น้อยกว่า 2 ครั้ง/วันและ/หรือใช้เทคนิคการผ่อนคลายตลอดการวิจัยต่ำกว่าร้อยละ 80

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ และ ระยะเวลาที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้

1.2 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน ผู้วิจัยใช้ Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) ของ Fargerstrom (1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันธัญญารักษ์ (2551) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้คือ 1) เวลาเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร มี 4 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน 2) ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่ที่ต้องอยู่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ มี 2 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน 3) บุหรี่มวนใดที่ไม่อยากเลิกมากที่สุด มี 2 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน 4) ท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน มี 4 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน 5) ท่านสูบบุหรี่มากในช่วง 2-3 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นของวันหรือไม่ มี 2 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน และ 6) ท่านยังคงสูบบุหรี่แม้ว่าเจ็บป่วย มี 2 ตัวเลือก มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 1 คะแนน แบบวัดนี้มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยคะแนนรวมมากแสดงว่าระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่าระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ และมีเกณฑ์การแปลผลเป็นระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
0 - 2	ระดับต่ำมาก
3 - 4	ระดับต่ำ
5 - 6	ระดับปานกลาง
7	ระดับสูง
8 -10	ระดับสูงมาก

1.3 แบบประเมินอาการขาดนิโคติน ใช้แบบประเมินอาการขาดนิโคตินที่แปลมาจากแบบประเมินอาการขาดนิโคติน (Wisconsin Smoking Withdrawal Scale) ของ Welsch และคณะ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(1999) โดยผู้วิจัยได้แปลความแบบประเมินอาการขาดนิโคตินจากฉบับภาษาอังกฤษร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาและทำการทำการแปลเครื่องมือโดยใช้วิธีการแปลกลับ (Back translation) โดยศูนย์การแปล คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของภาษาภายหลังการแปลกลับกับต้นฉบับภาษาอังกฤษอีกครั้ง เมื่อพบว่าภาษามีความเท่าเทียมกันจึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการขาดนิโคติน 7 อาการ ได้แก่ 1) ซึมเศร้า 2) นอนไม่หลับ 3) หงุดหงิด โกรธเคืองหรืออารมณ์เสียบ่อย 4) วิตกกังวล 5) สมาธิลดลง 6) อยากอาหารมากขึ้น และ 7) อยากสูบบุหรี่ ผู้วิจัยเลือกใช้เพียง 24 ข้อที่เกี่ยวกับอาการขาดนิโคติน โดยตัดข้อคำถามจำนวน 4 ซึ่งเกี่ยวกับความอยากบุหรี่ออก ข้อคำถามทั้งหมดประกอบด้วยข้อคำถามในแต่ละอาการของอาการขาดนิโคติน ได้แก่

อาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ คือ ข้อ 16, 17, 18, 19

อาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 คือ ข้อ 20, 21, 22, 23, 24

อาการหงุดหงิด โกรธง่ายหรืออารมณ์เสียบ่อย ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3

อาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 6, 7

อาการสมาธิลดลง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ ข้อ 8, 9, 10

อาการอยากอาหารมากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ ข้อ 11, 12, 13, 14, 15

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8,11, 16, 19, 20, 22, 23 ข้อคำถามที่ความหมายทางลบมีจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17,18, 21, 24 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Reliability) เท่ากับ .82 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	0	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4	คะแนน

แบบประเมินนี้คิดค่าคะแนนรวมในแต่ละอาการของอาการขาดนิโคติน แปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom (1971) และแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
4-10	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
>10 -13	มากกว่าร้อยละ 60-80	ปานกลาง
>13 -16	มากกว่าร้อยละ 80	สูง

อาการนอนไม่หลับ และอยากอาหารมากขึ้น (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
5-12	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
>12 -16	มากกว่าร้อยละ 60-80	ปานกลาง
>16 -20	มากกว่าร้อยละ 80	สูง

อาการหงุดหงิด โกรธเคืองหรืออารมณ์เสียบ่อย และสมาธิลดลง (คะแนนเต็ม 12 คะแนน)

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
3-7	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
>7 -10	มากกว่าร้อยละ 60-80	ปานกลาง
>10 -12	มากกว่าร้อยละ 80	สูง

1.4 แบบประเมินความอยากบุหรี่ Brief questionnaire of smoking urge (QUS-brief) ของ Cox, Stephen และTiffany (2001) โดยผู้วิจัยได้แปลแบบประเมินความอยากบุหรี่จากฉบับภาษาอังกฤษร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาและทำการทำการแปลเครื่องมือโดยใช้วิธีการแปลกลับ (Back translation) โดยศูนย์การแปล คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย และมีการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของภาษาภายหลังการแปลกลับกับต้นฉบับภาษาอังกฤษอีกครั้ง เมื่อพบว่าภาษามีความเท่าเทียมกันจึงนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 7 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .95 แบบประเมินนี้มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 70 คะแนน แปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom (1971) และแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
10 - 42	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
43 - 56	มากกว่าร้อยละ 60-80	ปานกลาง
57- 70	มากกว่าร้อยละ 80	สูง

1.5 แบบสัมภาษณ์การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และการเติมข้อความ (Open ended) และคิดสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ระดับการติดนิโคติน แบบประเมินอาการขาดนิโคติน แบบประเมินความอยากบุหรี่ แบบสัมภาษณ์การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และแบบบันทึกการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของข้อคำถาม แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี คำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ (Polit & Hungler, 1995)

1 หมายถึง ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลของการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1.1 แบบประเมินอาการขาดนิโคติน CVI = 1.0

1.2 แบบประเมินความอยากบุหรี่ CVI = 1.0

1.3 แบบสัมภาษณ์การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ CVI = 1.0

จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินอาการขาดนิโคติน แบบประเมินความอยากบุหรี่ และแบบสัมภาษณ์การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการขาดนิโคติน และแบบประเมินความอยากบุหรี่ ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษานำร่อง คือ 1) ความเข้าใจในข้อคำถาม เพราะเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยแปลมาจากภาษาต่างประเทศ และยังไม่เคยนำมาใช้ 2) เวลาที่ใช้ในการตอบแบบประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่บางรายจะมีปัญหาด้านสมาธิและความจำลดลง และการใช้เวลานานในการตอบแบบประเมินอาจรบกวนเวลาของผู้ป่วย 3) วิธีการที่จะใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามแบบสอบถาม 4) ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆเพื่อจะได้วางแผนแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งจากการทดลองใช้เครื่องมือพบว่า มีข้อ 2 คำถามในแบบประเมินอาการขาดนิโคตินที่ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจยาก ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9 “ท่านรู้สึกยากที่จะมีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ” และข้อ 10 “ท่านรู้สึกยากที่จะใช้ความคิดได้อย่างชัดเจน” จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับการใช้ภาษาในแบบประเมินอีกเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้ ข้อ 9 ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านรู้สึกว่าการที่จะมีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องยาก” และข้อ 10 ปรับเปลี่ยนเป็น “ท่านรู้สึกว่าการใช้ความคิดได้อย่างชัดเจนเป็นเรื่องยาก” สำหรับระยะเวลาในการตอบแบบประเมินอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่พบว่าใช้เวลาโดยประมาณ 20 นาที และ 9 นาทีตามลำลับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า

ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

2.1 แบบประเมินอาการขาดนิโคตินได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

2.2 แบบประเมินความอยากบุหรี่ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

3. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** ได้แก่ การช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับอาการขาดนิโคตินด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกและขั้นตอนที่ 4 การติดตามช่วยเหลือ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดการบำบัดแบบกระชับของ Miller และ Rollnick (2002) และแนวคิดการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกของ Benson (1975) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา และประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งศึกษาแนวคิดการบำบัดแบบกระชับ และการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

2. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก และขั้นตอนการติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดจำนวนครั้งที่จะพบกลุ่มตัวอย่าง ความถี่ และ ระยะเวลาในการติดตาม

3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ ภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ต่อการผ่าตัด อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ การบรรเทาอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ และการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

4. จัดทำแผนการสอน และคู่มือ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ ภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ต่อการผ่าตัด อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ การบรรเทาอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ และประโยชน์ที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่

5. สร้างโปรแกรมกำหนดการกระทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้

5.1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้อาการจากการพูดคุยและซักถามผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการบำบัด

5.2 การให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นการให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย

5.2.1 ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วยและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงเหตุผลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการสะท้อนกลับให้เห็นภาวะเสี่ยงของตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้ปัญหาและตระหนักในผลทางลบที่กำลังตามมา

5.2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตัวเองว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เป็นความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยรักและสังคม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยคิดให้ได้ว่าเพราะเหตุใดบ้างที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญในการเลิกสูบบุหรี่

5.2.3 ให้คำแนะนำถึงวิธีเลิกบุหรี่ โดยชี้ให้เห็นความเสี่ยงระยะเฉียบพลัน และความเสี่ยงระยะยาว รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ สาเหตุที่ต้องหยุดสุบบุหรี่ก่อนและหลังผ่าตัด อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ช่วงเวลาที่จะเกิดอาการ การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ รวมทั้งการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำโดยใช้แผนการสอนและคู่มือการจัดการอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

5.2.4 เสนอทางเลือกที่เหมาะสมในการควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือการเลิกบุหรี่ โดยการสนทนาระหว่างการบำบัด

5.2.5 สนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยท่าทีที่อบอุ่นและเป็นมิตร

5.3 การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก การผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อลดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามโดยผู้ป่วยสามารถนำมาใช้เมื่อมีอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกทักษะและสาธิตแก่ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติไว้ในคู่มือ

5.4 การติดตามช่วยเหลือโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการบำบัดที่ได้รับว่าได้ผลอย่างไร โดยการซักถามอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังได้รับการบำบัด วันละ 2 ครั้ง ในวันที่ 2 และวันที่ 3 ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้กำลังใจและความเชื่อมั่นในการเอาชนะอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่แก่ผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำญาติผู้ดูแลให้คอยให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้ป่วย และโทรศัพท์ติดตามหลังผู้ป่วยได้รับจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบ 3 สัปดาห์ โดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโดยตรง 1 ครั้งและจากญาติผู้ดูแล 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย เมื่อครบ 3 สัปดาห์ผู้วิจัยประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และขอความร่วมมือในการส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่ประกอบไปด้วย แผนการสอน และคู่มือการสอนเรื่อง การจัดการกับอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาจะพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษารูปแบบและความเหมาะสมของระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้องความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ในแผนการสอนและในคู่มือให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อนออก ในการสอนไม่จำเป็นที่จะต้องสอนเนื้อหาทั้งหมดกับผู้ป่วย และให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย คู่มือให้เปลี่ยนรูปแบบอักษรให้ง่ายต่อการอ่าน ลดเนื้อหาบางส่วนออกและจัดเรียงหัวข้อตามลำดับความสำคัญ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อประเมินแผนการสอน และสื่อการสอน และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อดูความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้จริง

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบบันทึกการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ประกอบด้วย วันที่ฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก เวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังฝึกปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยผู้ป่วยต้องฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ๆ ละอย่างน้อย 15 นาที และ/หรือฝึกเทคนิคการผ่อนคลายคิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อสิ้นสุด

การเข้าร่วมการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 คน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้ง ผลของการตรวจสอบพบว่า แบบบันทึกมีความเหมาะสมแล้ว

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. **ขั้นเตรียมผู้วิจัย**

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ การประเมินอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ การบำบัดแบบกระชับ และการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก โดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. **ขั้นเตรียมการทดลอง**

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยได้ศึกษาเครื่องมือรูปแบบต่าง ๆที่ใช้ประเมินอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ เมื่อได้เครื่องมือที่ตรงตามแนวคิดที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้พัฒนาเครื่องมือในการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย และนำเครื่องมือมาใช้ และสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 ภายหลังเครื่องมือเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพิจารณา

2.3 เมื่อได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั้ง 3 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.4 ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลาในการวิจัย เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยในความดูแลรับทราบเกี่ยวกับการวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยสนใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยเมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. **ขั้นดำเนินการทดลอง**

3.1 **กลุ่มควบคุม** มีการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 **(วันที่** 1 **หลังผ่าตัดใช้เวลา** 30 **นาที**)

ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการบำบัดให้ผู้ป่วยฟังและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับการติดนิโคติน อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ จากนั้นผู้วิจัยแจกแผ่นพับเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำในแผ่นพับ และคำแนะนำของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ ในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลจะซักถามประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ซึ่งหากคำตอบที่ได้คือ ไม่สูบ พยาบาลจะให้คำชมเชย แต่หากคำตอบที่ได้คือ สูบแต่เลิกแล้ว พยาบาลจะถามระยะเวลาที่เลิกได้ว่าเลิกได้นานเท่าไหร่แล้ว หากคำตอบที่ได้คือเลิกได้เกิน 6 เดือน ก็จะให้คำชมเชย และเตือนไม่ให้เผลอไปสูบอีก หากคำตอบที่ได้คือ ยังเลิกได้ไม่เกิน 6 เดือน พยาบาลจะให้คำชมเชย และให้กำลังใจรวมทั้งแนะนำไม่ให้เผลอกลับไปสูบบุหรี่อีก แต่หากคำตอบที่ได้คือ สูบ พยาบาลจะให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) พิษภัยจากการสูบบุหรี่ 2) การเตรียมพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ 3) การลงมือหยุดสูบบุหรี่ และ 4) การหยุดสูบบุหรี่ต่อไป

ครั้งที่ 2 **และ** 3 **(หลังผ่าตัดวันที่** 2 **และ** 3**)**

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพบผู้ป่วยวันละ 1 ครั้ง เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป และตอบข้อซักถามของผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในแผ่นพับเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ และจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และโทรศัพท์ติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ 1 ครั้งหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และแนะนำญาติผู้ดูแลคอยให้กำลังและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยต่อไป

ครั้งที่ 4 **(หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่** 3**)**

ประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

3.2 **กลุ่มทดลอง**

กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ 2) การให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 3) การจัดการกับอาการขาดนิโคติน

และความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกและ 4) การติดตามช่วยเหลือ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 ครั้ง คือ วันที่ 1 1 ครั้ง วันที่ 2 และ วันที่ 3 วันละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเช้าและเย็น โดยกำหนดเวลาประมาณ 7.30 น และ 18.30 น และประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่1 ใช้เวลา 40 นาที)

ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการบำบัด ให้ผู้ป่วยฟังและขอความร่วมมือในการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการติดนิโคติน อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ จากนั้นการประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ โดยประเมินการรับรู้อาการจากการพูดคุยและซักถามผู้ป่วย ได้แก่ สาเหตุของอาการขาดนิโคตินและอยากบุหรี่ ความรุนแรงของอาการ ความบ่อยของอาการ และให้วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองว่ามีสิ่งเร้าสิ่งจูงใจ หรือสิ่งชักนำใดที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แล้วบันทึกลงในคู่มือรวมทั้งการจัดการกับอาการดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการบำบัด

1. ผู้วิจัยเริ่มให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลา 15 นาที โดย

1.1 ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจเหตุผลที่ต้องเลิกสูบบุหรี่เพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วยและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงเหตุผลที่เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองซึ่งเป็นผลจากการสูบบุหรี่ เป็นการสะท้อนกลับให้เห็นภาวะเสี่ยงของตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้ปัญหาและตระหนักในผลทางลบที่กำลังตามมาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อตัวเองว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เป็นความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วยเอง

1.2 ให้คำแนะนำและเสนอทางเลือกในการเลิกบุหรี่ และชี้ให้เห็นความเสี่ยงระยะเฉียบพลัน และความเสี่ยงระยะยาว รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องหยุดสุบบุหรี่ก่อนและหลังผ่าตัด อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ระยะเวลาในการเกิดอาการ การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ รวมทั้งการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และแจกคู่มือการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

2. ผู้วิจัยสาธิตการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกแก่ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถ

ฝึกได้ จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลาอย่างน้อย 15 นาทีต่อครั้ง

ครั้งที่ 2, 3, 4, 5 **(วันที่** 2 **และวันที่** 3**) ใช้เวลาครั้งละ** 15 **นาที**

ผู้วิจัยซักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์จากการบำบัดรวมทั้งทบทวนสถานการณ์เย้ายวนในผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับมือกับการกระตุ้นเหล่านี้ได้ ซึ่งอุปสรรคที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ มีความอยากสูบบุหรี่ที่ค่อนข้างรุนแรงโดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า และหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ นอกจากนี้ยังมีอาการหงุดหงิดบ่อย ๆ รู้สึกกระวนกระวายใจ และไม่ค่อยสบายตัว ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำ และตอบข้อซักถามต่างๆ และเน้นย้ำให้ฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีอาการดังกล่าว พร้อมทั้งให้กำลังใจกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้มีกำลังใจและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตั้งแต่วันที่ 2 ของการฝึกผ่อนคลายผู้ป่วยเกือบทั้งหมดบอกว่าการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกช่วยให้รู้สึกว่าสมองปลอดโปร่ง สงบ ไม่หงุดหงิดง่าย และนอนหลับสบายมากขึ้น แต่อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ยังคงมีอยู่เป็นช่วง ๆ

ครั้งที่ 6, 7, 8 **(หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสัปดาห์ที่** 1,2 **และ**3**)**

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบ 3 สัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งที่ประเมินผู้วิจัยได้ประเมินกับผู้ป่วยโดยตรง 1 ครั้งและประเมินจากญาติผู้ดูแล 1 ครั้งเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการเลิกบุหรี่ ตลอดจนความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม รวมทั้งให้กำลังใจและชื่นชมกับความสำเร็จขั้นแรกที่ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ และให้กำลังใจและเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่อีกครั้งในกรณีที่มีผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่อีกรวมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลให้เข้าใจสภาพผู้ป่วยขณะเลิกบุหรี่ สำหรับอุปสรรคในการโทรศัพท์ติดตามคือ โทรแล้วไม่มีคนรับสายต้องโทรวันละหลายครั้ง บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่สะดวกที่จะคุยในตอนนั้นถึงแม้จะเป็นวัน และเวลาที่ได้มีการนัดหมายระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยแล้วก็ตาม แต่ก็มีผู้ป่วยรับสายโทรศัพท์ผู้วิจัยจนครบทุกคน และผู้ป่วยทั้งหมดฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกที่บ้านมากกว่าร้อยละ 80 และมักจะปฏิบัติในช่วงตอนเช้าหลังตื่นนอน และหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ และเมื่อครบสัปดาห์ที่3 ประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยได้รับทราบ

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 20 คน จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมิน อาการขาดนิโคติน ความอยากสูบบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และขอความร่วมมือในการส่งแบบประเมินคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ซึ่งภายหลังสิ้นสุดการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยคิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนแบบประเมินอีกร้อยละ 10 ที่ผู้วิจัยไม่ได้รับคืนนั้น ผู้วิจัยได้ประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำทางโทรศัพท์จนได้ข้อมูลครบถ้วน และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยทุกคน

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการได้เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ภาคผนวก ค) ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) (ภาคผนวก ค) ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วยศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย หลังจากนั้น

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) (ภาคผนวก ค)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิงเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ทดสอบโดยใช้สถิติ Dependent t-test

สมมติฐานข้อที่ 2 อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test

สมมติฐานข้อที่ 3 สัดส่วนการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square test

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
25-29	3	15	4	20
30-34	5	25	4	20
35-39	4	20	3	15
40-44	2	10	4	20
45-50	6	30	5	25
สถานภาพสมรส				
โสด	8	40	4	20
คู่	10	50	15	75
หม้าย	2	10	1	5
ระดับการศึกษา				
ประถม	2	10	4	20
มัธยม	2	10	15	75
อนุปริญญา	5	25	1	5
ป.ตรี/สูงกว่า	11	55	0	0

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงอายุและมีสถานภาพสมรสใกล้เคียงกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 35 ปี (ร้อยละ60 และร้อยละ60)และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50 และร้อยละ 75) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้พบว่าแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า (ร้อยละ 55) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 75)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน				
11-15	17	85	18	90
16-20	2	10	2	10
21-25	1	5	0	0
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา				
11-15	20	100	20	100
จำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่				
0	3	15	3	15
1-3	12	60	12	60
> 3	5	25	5	25
วิธีที่ใช้เลิกบุหรี่				
หักดิบ	9	53	15	88
เคี้ยวหมากฝรั่ง/อมทอฟฟี	7	41	2	12
ออกกำลังกาย	1	6	0	0
ระยะเวลาที่เคยหยุดสูบบุหรี่ได้				
1 วัน – 1 สัปดาห์	9	45	9	45
มากกว่า 1 สัปดาห์ – 2 สัปดาห์	8	40	10	50
มากกว่า 2 สัปดาห์ – 1 เดือน	3	15	1	5
ระดับการติดนิโคติน				
ต่ำ	3	15	3	15
ปานกลาง	17	85	17	85

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน และวิธีที่ใช้เลิกบุหรี่ใกล้เคียงกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน 11-15 ปี (ร้อยละ 85 และร้อยละ 90) ซึ่งวิธีการที่นิยมใช้เลิกบุหรี่คือการหักดิบ (ร้อยละ53 และ ร้อยละ88) รองลงมา คือ การเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมทอฟฟี (ร้อยละ41 และร้อยละ 12) สำหรับระยะเวลาที่เคยเลิกบุหรี่ได้พบว่าแตกต่างกัน โดยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สามารถหยุดบุหรี่ได้เพียงประมาณ 1 สัปดาห์เท่านั้น (ร้อยละ 45) ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ประมาณ 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 50) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา รวมถึงจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่ และระดับการติดนิโคตินพบว่าไม่แตกต่างกัน โดยมีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา 11-15 มวน (ร้อยละ 100) เคยเลิกบุหรี่ มากกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 60) และระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก และในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ตารางที่ 3 อาการขาดนิโคตินจำแนกตามอาการ และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มควบคุม (n = 20)			กลุ่มทดลอง (n = 20)		
	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ	$\bar{X}$	(SD)	ระดับ
อาการขาดนิโคติน						
ก่อนทดลอง						
- หงุดหงิด อารมณ์เสีย	7.5	(1.35)	ปานกลาง	8.55	(1.95)	ปานกลาง
- วิตกกังวล	10.15	(1.04)	ปานกลาง	11.70	(1.22)	ปานกลาง
- สมาธิลดลง	7.65	1.26)	ปานกลาง	9.30	(1.75)	ปานกลาง
- อยากอาหารมากขึ้น	13.55	(1.60	ปานกลาง	9.85	(1.53)	ต่ำ
- ซึมเศร้า	9.50	(1.23)	ปานกลาง	13.40	(1.23)	สูง
- นอนไม่หลับ	11.70	(1.89)	ต่ำ	11.10	(2.63)	ต่ำ
หลังการทดลอง						
- หงุดหงิด อารมณ์เสีย	3.35	(.81)	ต่ำ	4.55	(1.32)	ต่ำ
- วิตกกังวล	3.85	(1.69)	ต่ำ	5.25	(1.64)	ต่ำ
- สมาธิลดลง	3.40	(.75)	ต่ำ	4.75	(.96)	ต่ำ
- อยากอาหารมากขึ้น	4.05	(1.63)	ต่ำ	5.95	(1.50)	ต่ำ
- ซึมเศร้า	4.10	(.31)	ต่ำ	4.80	(.77)	ต่ำ
- นอนไม่หลับ	5.20	(.62)	ต่ำ	6.20	(1.54)	ต่ำ
ความอยากบุหรี่						
- ก่อนการทดลอง	51.05	(5.64)	ปานกลาง	52.40	(6.91)	ปานกลาง
- หลังการทดลอง	52.80	(3.80)	ปานกลาง	46.95	(6.00)	ต่ำ

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีอาการขาดนิโคตินซึ่งประกอบด้วย อาการหงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย วิตกกังวล สมาธิลดลง อยากอาหารมากขึ้น และซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับต่ำ และอาการขาดนิโคตินก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า อาการหงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย วิตกกังวล และสมาธิลดลงอยู่ในระดับปานกลาง อาการอยากอาหารมากขึ้น และนอนไม่หลับอยู่ในระดับต่ำ ส่วนอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอาการขาดนิโคตินหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มพบว่าอาการขาดนิโคตินทุกอาการลดลงอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน สำหรับความอยากบุหรี่พบว่า ความอยากบุหรี่ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมยังคงพบในระดับปานกลาง แต่ความอยากบุหรี่ของกลุ่มทดลองพบเพียงระดับต่ำเท่านั้น

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมระหว่าง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

	ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)		
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	*t*
อาการขาดนิโคติน					
-หงุดหงิด อารมณ์เสีย	8.55	(1.95)	4.55	(1.32)	7.03***
-วิตกกังวล	11.70	(1.22)	5.25	(1.64)	17.61**
-สมาธิลดลง	9.30	(1.75)	4.75	(.96)	9.00***
-อยากอาหารมากขึ้น	9.85	(1.53)	5.95	(1.50)	11.23***
-ซึมเศร้า	13.40	(1.23)	4.80	(.77)	23.07**
-นอนไม่หลับ	11.10	(2.63)	6.20	(1.54)	8.26*
ความอยากบุหรี่	52.40	(6.91)	46.95	(6.00)	11.14***

***p<.000, **p< .01, *p< .05

จากตารางที่ 4 พบว่าอาการขาดนิโคตินทุกอาการ และความอยากบุหรี่หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		*t*
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)	
อาการขาดนิโคติน					
-หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย	3.35	(.81)	4.55	(1.32)	-3.47**
-วิตกกังวล	3.85	(1.69)	5.25	(1.64)	-3.05**
-สมาธิลดลง	3.40	(.75)	4.75	(.96)	-4.93***
-อยากอาหารมากขึ้น	4.05	(1.63)	5.95	(1.50)	-3.82***
-ซึมเศร้า	4.10	(.31)	4.80	(.77)	-3.79**
-นอนไม่หลับ	5.20	(.62)	6.20	(1.54)	-2.69**
ความอยากบุหรี่	52.80	(3.80)	46.95	(6.00)	3.68**

***p<.000, **p< .01

จากตารางที่ 5 พบว่าอาการขาดนิโคตินทุกอาการหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนความอยากบุหรี่หลังการทดลองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2**ส่วนที่** 5

การเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	X^2
สูบบุหรี่ซ้ำ	15	75	4	20	12.13***
ไม่สูบบุหรี่ซ้ำ	5	25	16	80	

***p< .000

จากตารางที่ 6 พบว่า การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังการทดลองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าสัดส่วนการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
3. สัดส่วนการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ป่วยที่รับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมชาย 1, 2 และ 4 จำนวน

40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คนเพื่อป้องกันการเกิดอคติ (Bias) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง ระดับการติดนิโคตินก่อนเข้าโครงการ (Damaj, Kao & Martin, 2003) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (Rios-Bedoya, 2008) โดยกำหนดให้ห่างกันไม่เกิน 5 มวน และจำนวนครั้งในการพยายามเลิกบุหรี่ (Jetiyanuwatr, 2001) แบ่งช่วงเป็น ไม่เคยเลย เคย 1-3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้ง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางศัลยกรรมและจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่เร่งด่วน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน กระเพาะอาหาร/ลำไส้ทะลุจากแผลเปปติค บาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ ถูกยิง ถูกแทง เป็นต้น
2. เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเลิกบุหรี่
3. มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันติดต่อกันมาอย่างน้อย 1 ปี
4. มีระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง
5. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
6. ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ
7. มีที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกตลอดการเข้าร่วมการวิจัย
8. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
9. มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ตั้งแต่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
   - 1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
   - 1.2 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน
   - 1.3 แบบประเมินอาการขาดนิโคติน
   - 1.4 แบบประเมินความอยากบุหรี่
   - 1.5 แบบสอบถามการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก สื่อที่ใช้ในโปรแกรมได้แก่ แผนการสอน และคู่มือการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำแบบประเมินอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน เท่ากับ .82 และ .95 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่กลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับการติดนิโคตินด้วยแบบประเมินระดับการติดนิโคติน ข้อมูลอาการขาดนิโคตินด้วยแบบประเมินอาการขาดนิโคติน ข้อมูลความอยากบุหรี่ด้วยแบบประเมินความอยากบุหรี่ การดำเนินการทดลอง โดยคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ด้วยการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกและขั้นตอนที่ 4 การติดตามช่วยเหลือ โปรแกรมที่จัดขึ้นผู้วิจัยพบผู้ป่วย 5 ครั้งในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 ครั้ง คือ วันที่ 1 1 ครั้ง วันที่ 2 และวันที่ 3 วันละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเช้าและเย็น โดยกำหนดเวลาประมาณ 7.30 น และ 18.30 น จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการเลิกบุหรี่ ตลอดจนความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติมสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบ 3 สัปดาห์ โดยที่การติดตามแต่ละครั้งมีการติดตามโดยตรงกับผู้ป่วย 1 ครั้งและญาติผู้ดูแล 1 ครั้ง และประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในสัปดาห์ที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุม ในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยซักถามประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะให้คำชมเชย หรือแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ตามประวัติการสูบบุหรี่ และแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกบุหรี่

ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) พิษภัยจากการสูบบุหรี่ 2) การเตรียมพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ 3) การลงมือหยุดสูบบุหรี่ และ 4) การหยุดสูบบุหรี่ต่อไป จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการติดนิโคติน อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ และในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วยให้หยุดสูบบุหรี่ต่อไป และแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในแผ่นพับ และโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยติดตามจากผู้ป่วยโดยตรงและญาติผู้ดูแล 1 ครั้งหลังเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในแผ่นพับต่อไป เมื่อครบ 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t – test เปรียบเทียบอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test

สรุปผลการวิจัย

1. อาการขาดนิโคตินหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. ความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. อาการขาดนิโคตินหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. สัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกกับผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ตามปกติต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษา พบว่าอาการขาดนิโคตินหลังการทดลอง และความอยากบุหรี่ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนทั้งแนวคิดการบำบัดแบบกระชับ และการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก เนื่องจากแนวคิดการบำบัดแบบกระชับเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ (McCambridge & Jenkins, 2008) โดยการบำบัดแบบกระชับเป็นกลยุทธ์เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผสมผสานทั้งกระบวนการคิด พฤติกรรม และสังคมเข้าด้วยด้วยกัน ซึ่งกลยุทธ์หลักคือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและคำมั่นสัญญาที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยสร้างความขัดแย้งขึ้นในความคิดระหว่างการสูบบุหรี่กับผลที่จะตามมาทั้งในปัจจุบันและอนาคต จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง สำหรับแนวคิดการผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก (Deep breathing relaxation) เป็นกระบวนการฝึกการหายใจหรือควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้าและออกลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ การหายใจจะหายใจเข้าให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัว เพื่อเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ จะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่มุ่งความสนใจไปที่จังหวะการหายใจซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างกายและจิต ทำให้ลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทลิมบิค ไฮโปทาลามัส และ เรติคิวลาร์ ฟอร์เมชั่น ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์ และควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การทำงานของระบบซิมพาเธติกลดลง ระบบประสาทพาราซิมพาเธติกทำงานเด่นขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง การใช้ออกซิเจนลดน้อยลง (Benson, 2001) ลดอาการอ่อนเพลีย ลดการใช้พลังงาน ลดอาการขาดนิโคตินได้แก่ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ หงุดหงิดโกรธง่ายซึ่งเป็นอาการแสดงของการขาดนิโคติน (Nicotine withdrawals) รวมทั้งสามารถลดความอยากบุหรี่ (Smoking urge) ได้ (McClernon, Westman & Rose, 2004)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hajek, Taylor และ Mills (2002) ที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบกระชับต่อการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัดพบว่าการบำบัดแบบกระชับเป็นเวลา 20-30 นาที จำนวน 1ครั้ง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าเลิกสูบบุหรี่ได้ และการศึกษาของ Colby และคณะ (2005) ที่ศึกษาผลของการแบบกระชับโดยการสร้างแรงจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ร่วมกันพูดคุยถึงประเด็นหรือเหตุผลที่สูบบุหรี่และเหตุผลที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ 3) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจที่บ่งบอกถึงภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการสูบบุหรี่ 4) การกำหนดในการเลิกบุหรี่และร่วมกันคาดการณ์ถึงอุปสรรคและปัญหาที่ต้องเผชิญเมื่อเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 5) ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อยังคงสูบบุหรี่ต่อไปและเมื่อหยุดสูบบุหรี่ 6) ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์มีการโทรศัพท์ติดตามโดยในกลุ่มที่ 1 ได้รับการชมเชยที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้รวมทั้งร่วมกันพูดคุยถึงปัญหาและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการแบบกระชับโดยการสร้างแรงจูงใจมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งเดือนที่ 1, 3 และ 6 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของGoroshinskaia และ Bronovitskaia (1976 อ้างถึงใน Granger, 2005) ที่พบว่าการบำบัดด้วยออกซิเจนสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส บีในสมองได้ ส่งผลให้ปริมาณโดปามีนเพิ่มขึ้น อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่จึงลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ McClernon, Westman และ Rose (2004) ที่ศึกษาผลของการควบคุมการหายใจโดยการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะติดนิโคติน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึกมีความอยากบุหรี่และอาการทางลบของอาการขาดนิโคตินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ด้วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ที่พัฒนาแนวทางมาจากแนวคิดการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ช่วยให้ผู้ป่วยศัลยกรรมเกิดความมุ่งมั่นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตกลับเข้าสู่ภาวะที่ดี จึงทำให้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่หลังการทดลองของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่าอาการขาดนิโคตินหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานข้อ 2 ในขณะที่ความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ในกลุ่มควบคุมนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่และความเสี่ยงต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญซึ่งส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงในระยะยาว เช่น การสูบบุหรี่ทำให้มีความสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็งต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีการเน้นย้ำถึงผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละคนโดยเฉพาะ เช่น เน้นย้ำถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่สอดคล้องกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย และไม่ได้เน้นเกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเลิกบุหรี่ (Cropley, Ussher, & Charitou, 2007) รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวหลังการทดลองทำให้กลุ่มควบคุมไม่เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อปัญหาสุขภาพในปัจจุบันของตนเองโดยเฉพาะผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ดังนั้นหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงมีอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ที่รุนแรงเนื่องจากยังเป็นระยะแรกของการหยุดสูบบุหรี่ (Fiore et al. , 2008) เมื่อผู้ป่วยสูบบุหรี่สารนิโคตินที่ผ่านกระแสเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางจะออกฤทธิ์ไปกระตุ้นตัวรับรู้สารนิโคติน (Nicotine receptor) มีผลทำให้มีการหลั่งสื่อประสาทต่าง ๆ ส่งผลทางบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ทำให้อาการขาดนิโคตินลดลงอย่างมาก แต่สำหรับความอยากบุหรี่นั้นไม่ได้ลดงถึงแม้ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ เนื่องจากความอยากบุหรี่ไม่ได้เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่หรือการลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงเหมือนอาการขาดนิโคตินเพียงอย่างเดียวแต่ความอยากบุหรี่ยังมีสาเหตุมาจากตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ซึ่งตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ สภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ดีใจ เสียใจ หงุดหงิด วิตกกังวล โกรธ เป็นต้น ส่วนตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เป็นต้น ตัวกระตุ้นเหล่านี้สามารถกระตุ้นกลไกการได้รับรางวัลของสมอง (Kenny, Koob & Markou, 2003 อ้างถึงใน Weiss, 2005) ส่งผลให้เกิดความอยากบุหรี่ขึ้น เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลทำให้กลับไปอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่อีก ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิด

ความอยากบุหรี่

การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการอธิบายตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ซึ่งมาจากงานวิจัยของ Pavlov (1849-1936) ที่อธิบายถึงความสามารถของตัวกระตุ้นแบบมีเงื่อนไข (Condition stimuli) เมื่อถูกวางเงื่อนไขโดยจับคู่เข้ากับตัวกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข (Uncondition stimuli) ผลคือทำให้เกิดการตอบสนองแบบมีเงื่อนไข (Condition response) เช่นเดียวกับการตอบสนองแบบไม่มีเงื่อนไข (Uncondition response) ที่เกิดจาก ตัวกระตุ้นแบบไม่มีเงื่อนไข (Uncondition stimuli) นั่นคือ อุปกรณ์การเสพยา บุคคล สถานที่ หรือแม้กระทั่งช่วงเวลาและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสพยา (Condition stimuli) สามารถกระตุ้นให้ผู้ที่ติดสารเสพติดเกิดอาการอยากยาได้ (Condition response) เช่นเดียวกับตัวสารเสพติดนั้น (Uncondition stimuli) ดังนั้นความอยากสูบบุหรี่จึงเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่ยังคงมีอยู่ได้เป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิตแม้ว่าผู้สูบบุหรี่จะเลิกบุหรี่ได้แล้วก็ตามหากมีตัวกระตุ้นดังกล่าวเกิดขึ้น (Sims & Fiore, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fletcher & Doll (1969 อ้างถึงใน Tiffany, 1990) ที่พบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จยังมีความอยากบุหรี่อยู่แม้สามารถเลิกสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลา 10-14 ปีแล้วก็ตาม ในขณะที่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกนั้น ในการพบผู้ป่วยในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยทุกครั้งและจะมีการพูดคุยให้คำปรึกษา เพื่อให้การช่วยเหลือเลิกบุหรี่ที่ตรงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของตนเอง สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายทุกครั้งที่พบกัน และโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อให้กำลังใจและร่วมกันวางแผนเพื่อจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการเลิกบุหรี่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นวิธีที่สะดวกและมีประสิทธิผลที่ดี (Hennrikus, 2005) นอกจากนี้กิจกรรมต่างๆเหล่านี้สะท้อนให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว ส่วนการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกนั้นทำให้ผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จังหวะการหายใจซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่างกายและจิต ทำให้ลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทลิมบิค ไฮโปทาลามัส และเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชั่น ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์และความทรงจำเกี่ยวกับอารมณ์ถูกกระตุ้นลดลง ความอยากบุหรี่ในกลุ่มทดลองจึงลดลง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองมีอาการขาดนิโคตินหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีการกลับมาสูบ

บุหรี่ซ้ำอีกทำให้มีระดับนิโคตินที่คงที่ในกระแสเลือดทำให้อาการขาดนิโคตินลดลงอย่างรวดเร็ว สำหรับความอยากบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากในกลุ่มทดลองนั้นผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังที่กล่าวมาในข้างต้น ทำให้อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ค่อยๆลดลง

สมมติฐานข้อที่ 3 สัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองกลับมาสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในกลุ่มทดลองกลับมาสูบบุหรี่ในวันที่ 8- 14 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และจำนวนบุหรี่ที่เริ่มสูบอยู่ในช่วง 2- 5 มวนต่อวัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้งหมดที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำพบว่า อาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่หลังการทดลองลดลงน้อยกว่าก่อนทดลอง และยังพบว่าร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในกลุ่มทดลองมีอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวให้เหตุผลของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำว่าเกิดจากความเคยชินในการสูบบุหรี่เมื่อพบปะกับเพื่อนฝูง ทำให้เกิดการพลั้งเผลอไปสูบบุหรี่ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ทุข์ทรมานจากอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ และพบว่าครั้งแรกที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในกลุ่มทดลองที่กลับมาสูบบุหรี่อีกมีสาเหตุมาจากการดื่มสุราในงานเลี้ยงสังสรรค์ และขณะพบปะเพื่อนฝูง เนื่องจากในช่วงนี้กลุ่มตัวอย่างบอกว่ารู้สึกหงุดหงิด และอารมณ์เสียบ่อย ๆ เมื่อพบปะเพื่อนฝูงที่เคยสูบบุหรี่จึงอดไม่ได้ที่จะสูบบุหรี่อีก รวมทั้งต้องการคลายความรู้สึกหงุดหงิด แต่ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยโดยการแนะนำญาติผู้ดูแลให้มีการให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ชั่วคราวรวมทั้งหลีกเลี่ยงสถานการณ์กระตุ้นต่าง ๆที่เย้ายวนให้สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในกลุ่มทดลองจึงหยุดสูบบุหรี่อีกครั้งจนกระทั่งครบ 3 สัปดาห์

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในกลุ่มควบคุมกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในวันที่ 1-7 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนจำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ในช่วง 3-7 มวนต่อวัน โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่หลังจากตื่นนอนประมาณ 30 นาที และหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยกลุ่มตัวอย่าง ให้เหตุผลว่าเป็นช่วงที่มีความอยากบุหรี่ค่อนข้างรุนแรง เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกเป็นวิธีการบำบัดโดยการให้เน้นการช่วยเหลือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาศัยกลยุทธ์หลักคือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความมุ่งมั่นที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยสร้างความขัดแย้งขึ้นใน

ความคิดระหว่างการสูบบุหรี่กับผลที่จะตามมาทั้งในปัจจุบันและอนาคต จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่นที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองและเน้นการจัดการกับอุปสรรคสำคัญในการเลิกบุหรี่คืออาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ ทักษะในการจัดการกับอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและง่ายต่อการจดจำและสามารถปฏิบัติได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เรียกร้องให้ต้องสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าสามารถควบคุมความรุนแรงของอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ (Ajzen, 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว ส่วนการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกนั้น เมื่อร่างกายตอบสนองต่อการผ่อนคลายส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลงเนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ ไฮโปทาลามัสและเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชันถูกกระตุ้นลดลงลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทลิมบิคซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ยังถูกกระตุ้นน้อยลงด้วย จึงเกิดความรู้สึกสงบและเป็นสุข ไม่เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ความรู้สึกกระวนกระวาย หงุดหงิด ซึมเศร้า โกรธ เครียดและความวิตกกังวลลดลง การเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ดังนั้นเมื่อผู้ที่กำลังหยุดสูบบุหรี่รู้สึกผ่อนคลายจึงไม่เกิดอารมณ์ทางลบดังกล่าวจากอาการขาดนิโคตินและลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้นคือความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่โดยการสูบบุหรี่เพื่อรักษาระดับของนิโคตินในร่างกายไว้ ผู้ป่วยจึงสามารถเลิกบุหรี่ได้และไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมนั้นต้องการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่โดยการกลับมาสูบบุหรี่อีกเพื่อรักษาระดับนิโคตินในกระแสเลือดให้คงที่ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่หวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำกลับมาสูบบุหรี่ตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากยังอยู่ในช่วงที่มีอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่ที่รุนแรง (Ward, Swan & Jack, 2001)

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Juliano และคณะ (2006) ที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบกระชับต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบกระชับโดยให้หยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 70 ไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sitthipant (2005) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการใช้ยานอร์ทริปทัยลีนร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับและโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการจูงใจแบบกระชับเพียงอย่างเดียวต่อการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่มารับการรักษาที่คลินิคอดบุหรี่ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพียงอย่างเดียวสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 26.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lancaster และคณะ (2006) ที่ศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

ซ้ำโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการฝึกทักษะและการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ในโปรแกรมการบำบัดแบบกระชับเป็นวิธีการบำบัดที่ใช้มากที่สุด และมีประสทธิภาพสามารถช่วยให้หยุดสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยนำผลการวิจัยไปสอดแทรกลงไปในการปฏิบัติงานประจำของบุคคลากรเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ และส่งเสริมการฝึกทักษะบุคคลากรผู้ปฏิบัติงาน จัดให้มีคลินิกอดบุหรี่ในแต่ละหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการพยาบาล สามารถนำรูปแบบการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งญาติผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ส่งเสริมระบบบริการพยาบาลด้วยการใช้วิธีดูแลแบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วย และการนัดพบผู้ป่วยควรนัดพบเป็นกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

3. ด้านการศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับนักศึกษาพยาบาล และจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการการเลิกบุหรี่ตลอด จนมีทักษะในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการศึกษาวิจัยเพียง 3 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความคงทนของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่ชัดเจนนัก จึงควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองออกไปอีกอย่างน้อย 3 เดือนหรือ 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ชัดเจนขึ้น และสามารถวางแผนในการกระตุ้น ติดตามเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้

2. การโทรศัพท์ติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล มีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรพัฒนางานวิจัยโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยบางครั้งไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด จึง

ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่อนามัย หรือเจ้าหน้าที่ อสม. หรือติดต่อประสานงานกับฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและประเมินความต่อเนื่องของกิจกรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรองจิต วาทีสาธกกิต. 2549. **พยาบาลกับบุหรี่**. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.

จรุณา ประจักษ์แสงศิริ. 2549. **ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตติมา ทุ่งพรวญ. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการหารชั้นประทวน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรวัฒน์ มูลศาสตร์และสาวิตรี อัษณางกรชัย. 2548. การบำบัดแบบย่นย่อสำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 14(3): 413-422.

ฐิติพร นาคทวน. 2546. **การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกสูบบุหรี่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์. 2547. **ประสิทธิผลของบูโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาเภสัชกรรมคลินิค ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. 2549. การสูบบุหรี่ สาเหตุการเสพติดและการรักษา. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร** 50(1): 29–41.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2548. **50 คำถามสำหรับผู้สูบและไม่สูบบุหรี่**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2551. การควบคุมยาสูบ: ระบาดวิทยากลยุทธ์การดำเนินงานของไทยและสากล. ใน **การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบในงานประจำในโรงพยาบาล**, หน้า 71– 100. กรุงเทพมหานคร: มณัสฟิล์ม.

ปรียาพร ชูเอียด. 2550. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาในภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิยาภรณ์ เยาวเรช, ลักขณา เติมศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ภรดี วัฒนสมบูรณ์ และดุสิต จุจิรารัตน์. 2550. กระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล. **วารสารควบคุมยาสูบ** 1(2): 29-42.

ผ่องศรี ศรีมรกต. 2551. บทบาทพยาบาลในการปฏิบัติตามจรรยาปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบ. ใน **การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบในงานประจำในโรงพยาบาล**, หน้า 1– 2. กรุงเทพมหานคร: มณัสฟิล์ม.

ผ่องศรี ศรีมรกต. 2552. **แนวปฏิบัติการพัฒนางานบริการเลิกบุหรี่สู่งานประจำ**. กรุงเทพฯ: เบญจผล.

พิสนธิ์ จงตระกูล. 2551. **การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.tspd. org/docs /medication.pdf [10 สิงหาคม 2551]

รณชัย คงสกลธ์. 2550. แนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่ทางจิตวิทยา. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), **ตำราวิชาการสุขภาพสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ**, หน้า 229- 250. (ม.ป.ท.)

รัชนา ศานติยานนท์, กาญจนา สุริยะพรหมและบุษบา มาตระกูล. 2550. กลไกการเสพติดและพิษภัยของบุหรี่. ใน รุ่งทิวา วัจฉละฐิติ และ ประวัตร เจนวรรธนะกุล (บรรณาธิการ), **กายภาพบำบัดกับพิษภัยของบุหรี่**, หน้า 1 – 27. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ. 2546. **แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่**. (ม.ป.ท.)

วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์. 2549. ความรู้เรื่องบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิต (บรรณาธิการ), **พยาบาลกับบุหรี่**, หน้า 1–21. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.

ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เติมศิริกุลชัยและณัฐพล เทศขยัน. 2550. **สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534 – พ.ศ. 2549**. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. 2546. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์และคณะ (บรรณาธิการ), **ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก**, หน้า 153-174. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล.

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. 2550. เภสัชบำบัดในการเลิกบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ), **ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมปริมาณการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ**, หน้า 465-492. กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.)

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. 2549. **คู่มือการให้การปรึกษาผู้ติดยาเสพติดโดยการสร้างแรงจูงใจ**. เชียงใหม่: ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สเปญ อุ่นอนงค์. 2544. การช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่. ใน: มาโนช หล่อตระกูล (บรรณาธิการ), **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์**, หน้า 169-176. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.

สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรา นามเดช และนลินี เกิดประสงค์. 2551. พิษภัยของยาสูบต่อสุขภาพ. ใน ทัศนา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกตและสุรินธร กลัมพากร (บรรณาธิการ), **บุหรี่กับสุขภาพ: บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่**, หน้า 43-89. เชียงราย: เชียงรายรุ่งโรจน์.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2548. **คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. สถาบันธัญญารักษ์. 2551. **คู่มือมาตรฐานคลินิกเลิกบุหรี่**. กรุงเทพมหานคร: เจริญมั่นคงการพิมพ์.

สิทธิ์ ธีรสรณ์. 2550. **เทคนิคการเขียนรายงานวิจัย.** กรุงเทพฯ: วี พริ้นท์.

สิรินาฏ มีเจริญ. 2541. **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสุขสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุร ศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อมรรัตน์ โพธิพรรค, มณฑา เก่งการพานิชและลักขณา เติมศิริกุลชัย. 2550. **แนวทางควบคุมและกำกับการระบาดของยาสูบ**. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

อัจฉราพร นัดสาสาร. 2548. **สาเหตุของการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ที่ผ่าน การบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกอุมา วิเชียรทอง, นุชนาถ บรรทุมพร, พรรนอ กลิ่นกุหลาบ, นิภาวัล บุญทับถมและวัชรี มีศิลป์. 2550. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เลิกพึ่งพาสารเสพติดของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันธัญญารักษ์ โดยวิธีการวิเคราะห์แบบสวอท. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 52(1): 46-59.

ภาษาอังกฤษ

Ajzen, I. 2001. Nature and operation of attitudes. **Annual Review Psychology** 52: 27–58.

al' Absi, M. , Carr, S. B. , & Bongard, S. 2007. Anger and psychobiological changes during smoking abstinence and in response to acute stress: Prediction of smoking relapse. **International Journal of Psychophysiology** 66:109-115.

al'Absi, M. , Hutsukami, D. , & Davis, G. L. 2005. Attenuated adrenocorticotropic response to phychological stress are associatated with early smoking relapse. **Psychopharmacology** 181(1): 101-117.

al'Absi, M. , Hatsukami, D. , Davis, G. L. , & Wittmers, L. E. 2004. Prospective examination of effects of smoking abstinence on cortisol and withdrawal symptoms as predictors of early smoking relapse. **Drug and Alcohol Dependence** 73: 267-278.

Allen, S. S. , Bade, T. , Hatsukami, D. , & Center, B. 2008. Craving, Withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. **Nicotine & Tobacco Research** 10(1): 35-45.

Allen, S. S. , Hatsukami, D. K. , & Christianson, D. 2003. **Nicotine withdrawal and depressive symptomatology during short-term smoking abstinence: A comparison of postmenopausal women using and not using hormone replacement therapy** [online]. Available from: http://www.nicotine_ withdraeal/ab002294.html[2008, September 12]

American Psychiatric Association. 2000. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition**. Arlington: American Psychiatric publishing.

American Society for Reproductive Medicine. 2007. **Patient's Fact Smoking and Infertility** [online]. Available from: http://www.asrm.org [2008, May 17]

American Heart Association. 2001. **Nicotine addiction** [online]. Available from: http://www.mindsite.com/dsm_iv/nicotine withdrawal [2008, August 4]

Anton, R. F. 1999. What is craving? Models and implications for treatment. **Alcohol Research and Health** 23(3): 165-173.

Arcavi, L. & Benowitz, N. L. 2004. Cigarette smoking and infection. **Archives of Internal Medicine** 164(20): 2206–2216.

Baker, T. B. , Piper, M. E. , Fiore, M. C. , McCarthy, D. E. , & Majeskie, M. R. 2004. Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. **Psychological Review** 111: 33–51.

Balfour, D. K. & Fagerström, K. O. 1996. Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. **Pharmacology and Therapeutics** 72: 51-81.

Barrera, R., et al. 2005. Smoking and timing of cessation: impact on pulmonary complications after thoracotomy. **Chest** 127(6): 1977–1983.

Bartsch, R. H. , et al. 2007. Crucial aspects of smoking in wound healing after breast reduction surgery. **Journal of Plastic, Recontructive & AestheticSurgery** 60 : 1045 – 1049.

Benowitz, N. L. 1996. Pharmacology of nicotine: Addiction and therapeutics. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology** 36: 597-613.

Benowitz, N. L. 2003. Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. **Progress in Cardiovascular Diseases** 46(1): 91–111.

Benson, H. 1975. **The Relaxation Response**. New York: William Morrow.

Benson, H. 2001. “Mind-Body Pioneer”. **Psychology Today** 34(3): 56-59.

Bloom, B. S. (1971). **Handbook on Formative and Sumative Evauation Learning**. New York: McGraw – Hall.

Bock, B. C., Marcus, B. H. , King, T. K. , Borrelli, B. , & Roberts, M. R. 1999. Exercise effects on withdrawal and mood among woman attempting smoking cessation. **Addictive Behaviors** 24(3): 399-410.

Bradon, T. H., Tiffany, S. , Obremski, K., & Baker, Z. L. 1990. Postcessation cigarette use: The process of relapse. **Addictive Behaviors** 15: 105-114.

Budney, A. J. , Vandrey, R. G. , Hughes, J. R. , Thostenson, J. D. , & Bursac, Z. 2008. **Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: Severity and contribution of relapse** [online]. Available from: http://linkinghub.elsevier.com [2008, August 12]

Colby, S. M. 2005. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. **Addictive Behaviors** 30: 865–874.

Cole, K. T. 2001. Smoking cessation in the Hospitallized patient using the Transtheoretical Model of Behavior Change. **Heart & Lung** 30(2):148 – 158.

Cox, L. S., Tiffany, S.T., and Christen, A. G. 2001. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. **Nicotine & Tobacco Research 3:** 7-16.

Creekmore, F. M., Lugo, R. A., and Weiland, K.J. 2004. Postoperative Opiate Analgesia Requirements of Smokers and Nonsmokers. **Pain Management** 38: 949 – 953.

Cropley, M. , Ussher, M., & Charitou, E. 2007. Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and craving in abstinent smokers. **Addciction** 102: 989-993.

Damaj, M.I.,Kao, I., & Martin, B.R. 2003. Characterization of Spontaneous and Precipitated Nicotine Withdrawal in the Mouse. **The Journal o f Pharmacology and Experimental Therapeutics** 307(2): 526-534.

Daniel, J. Z. , Cropley, M. , & Fife-Schaw, C. 2006. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. **Addiction** 101: 1187-1192.

Dawson, G. W. & Vestal, R. E. 1981. Smoking and drug metabolism. **Pharmacology and Therapeutics** 15(2): 207–221.

Dipiro et al. (eds.), **Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach**, pp. 1203-1217. New York: (n.p.)

Edouard, M. , Cathrine, H. , & Rolf-Ruediger, O. 2003. Wound Healing Problems in Smokers and Nonsmokers after 132 Abdominoplasties. **Plastic and Reconstructive Surgery** 111(6): 2082-2087.

Etter, J. F. 2008. Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. **Drug and Alcohol Dependence** 95: 152–159.

Etter, J. H. 2005. A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerstrom test for nicotine dependence. **Drug and Alcohol Dependence** 77: 259–268.

Etter, J.F. & Hughes, J.R. 2006. A comparison of the psychometric properties of three cigarette withdrawal scale. **Addiction** 101: 362-372.

Fagerstrom, K. O. 1993. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. **Psychopharmacology** 111: 217-7.

Fiore, M. C., et al. 2008. **Treating Tobacco Use and Dependence : Clinical Practice Guideline**. Rockville : U.S. Department of Health and Human Service.

Foote, J., et al. 1998. A Group Motivational Treatment for Chemical Dependency. **Journal of Substance Abuse Treatment** 17(3): 181-192.

Fowler, J. , Logan, J., Wang, G.J., Volkow, N. D. 2003. Monoamine oxidase and cigarette smoking. **Neurotoxicology** 24: 75–82.

Fowler, J., Volkow, N. D., Wang, G. J. , et al. 1996. Inhibition of monoamine oxidase B in the brains of smokers. **Nature** 379:733–6.

Gilbert et al. 1998. Effects of smoking abstinence on mood and craving in men: Influences of negative affect- related personality traits, habitual nicotine intake and repeated measurements. **Personality and Individual Differences** 25: 399–423.

Gilbert et al. 2002. Mood disturbance fails to resolve across 31 days of cigarette abstinence in women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 70: 142–52.

Gilbert, D. G. 1996. Depression, smoking, and nicotine: Toward a bioinformational situation by trait model. **Drug Development Research** 38: 267–277.

Gilbert, D. G. , Gilbert, B. O. , & Schultz, V. L. 1998. Withdrawal symptoms: Individual differences and similarities across addictive behaviors. **Personality and Individual Differences** 24: 351–356.

Gilbert, D. G. , McClernon, F. J. , Rabinovich, N. E. , Plath, L. C. , & Masson, C. L. 2002. Mood disturbance fails to resolve across 31 days of cigarette abstinence in women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 70: 142–152.

Gold, M. 2008. F.R.A.M.E.S.: **Elements of Effective Brief Intervention** [online]. Available from: http://www.hcet.org/resource/postconf/08/MI4FPpros/GOLD/Gold_FRAMES [2008, August 14]

Granger, R. H. 2005. Oxygen as a therapy for reducing nicotine withdrawal symptoms. **Medical Hypotheses** 65: 1161–1164.

Gravey, A. , Bliss, R. , Hitchcock, J. , Heinold, J. , & Rosner, B. 1992. Predictors of smoking relapse among self-quitters: A report from the normative aging study. **Addictive Behaviors** 17: 367-377.

Hajek, P. & Belcher, M. 1991. Dream of absent-minded transgression: An empirical study of a cognitive withdrawal symptom. **Journal of Abnormal Psychology** 100: 487–491.

Hajek, P. , Taylor, T.Z., & Mills, P. 2002. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: andomised controlled trial. **British Medical Journal** 324: 87–89.

Health Education Authority of UK. 2000. Smoking cessation guideline for health professional: An update. **Thorax** 55: 987-99.

Heishman, S. J. 2002. What aspects of human performance are truly enhanced by nicotine?. **Addiction** 93: 317–320.

Hennirikus , D. J.,F et al. 2005. The TEAM project : the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. **Preventive Medicine** 40: 249 – 258.

Hernandez-Reif, M. , Field, T. , & Hart, S. 1999. Smoking Craving Are Reduced by Self-Massage. **Preventive Medicine** 28: 28-32.

Hoving, E. F. , Modde, A. N. , de Vries, H. 2006. Predictors of smoking relapse in a sample of Dutch adult smokers; the roles of gender and action plans. **Addictive Behaviors** 31: 1177-1189.

Hughes, J. R. , et al. 2003. Measure of abstinence in clinical trails: issues and recommendations. **Nicotine & Tobacco Research** 5:13-25.

Hughes, J. R. 2006. **Nicotine withdrawal** [online]. Available from: http://www.uknscc. org/ 2006_UKNSCC/presentations/john_hughes_2.swf [2008, August 12]

Hughes, J. R. 2007. Effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. **Nicotine & Tobacco Research** 9(3): 315-327.

Hughes, J. R. & Hatsukami, D. 1992. The nicotine withdrawal syndrome: a brief review and update. **International Journal of Smoking Cessation** 1: 21–6.

Hughes, J. R. , Keely, J. & Naud, S. 2004. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. **Addiction** 99(1): 29-38.

Humeniuk, R. , Ali, R., Newcombe, D. , Dennington, V. , & Vial, R. 2008. **Finding of the WHO ASSIST Phase III study in an Australian primary health care setting: A 5 minute brief intervention for illicit drugs reduces substance use** [online]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/ activities/assist/en/ index.html [2008, September 27]

Hyun, M.K., Lee,M.S., Kang,K. & Choi, S. 2007. **Body Acupuncture for Nicotine Withdrawal Symptoms: A Randomized Placebo-controlled Trial** [online]. Available from: http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/nem179v1 [2009, January 2]

Ioka, A. , et al. 2001. Natural killer activity and its changes among participants in a smoking cessation intervention program a prospective pilot study of 6 months' duration. **Journal of Epidemiology** 11(5): 238–242.

Jensen, J. A. , Goodson, W. H. , Hopf, H. W., & Hunt, T. K. 1991. Cigarette smoking decreases tissue oxygen. **Archives of Surgery** 126(9): 1131–1134.

Jetiyanuwatr, C. 2001. **Factors Associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi Province**. Master 's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

John, U., et al. 2006. Tobacco smoking in relation to analgesic drug use in a national adult population sample. **Drug and Alcohol Dependence** 85: 49–55.

John, U., Meyer, C., a, Rumpf, H. J., & Hapke, U. 2009. Nicotine dependence criteria and nicotine withdrawal symptoms in relation to pain among an adult general population sample. **European Journal of Pain** 13: 82–88.

Jorenby D. E., et al. 1996. Characterization of tobacco withdrawal symptoms: Transdermal nicotine reduces hunger and weight gain. **Psychopharmacology** 128: 130–138.

Jorgensen, L.N. , Kallehave, F. , Christensen, E. , Siana, J. E. , & Gottrup, F. 1998. Less collagen production in smokers. **Surgery** 123(4): 450-455.

Juliano, L. M. , Donny, E. C., Houtsmuller, E. J. , & Stitzer, M. L. 2006. Experimental Evidence for a Causal Relationship Between Smoking Lapse and Relapse. **Journal of Abnormal** 115(1): 166-173.

Kalman, D. 2002. The subjective effects of nicotine: Methodological issues, a review of experimental studies, and recommendations for future research. **Nicotine & Tobacco Research** 4: 25–70.

Kassel, J. D. , Stroud, L. R. , & Paronis, C. A. 2003. Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. **Psychological Bulletin** 129: 270–304.

Kennedy, D. T. & Chang, Z. G. 2000. Smoking cessation. In Herfindal, E. T. & Gourley, D. R. (eds.), **Textbook of therapeutics drug and disease management**, pp. 1343 -56. Lippincott: Williams & wilkins.

Kennedy, D. T. & Small, R. E. 2002. Development and implementation of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. **Journal of the American Pharmacists Association** 42: 83-92.

Kliegel, K., et al. 2005. Effects of sad mood on time-based prospective memory. **Cognition and Emotion** 19: 1199-1213.

Konrad, F. X. , Schreiber, T. , Brecht-Kraus, D. & Georgieff, M. 1993. Bronchial mucus transport in chronic smokers and nonsmokers during general anesthesia. **Journal of Clinical Anesthesia** 5(5): 375–380.

Koob, G.F., Nestler, E.J. 1997. The neurobiology of drug addiction. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences** 9: 482–97.

Koseoglu, H., et al. 2006. The effect of water-pipe, cigarette and passive smoking on mucociliary clearance. **Tuberculosis and Thorax** 54(3): 222-228.

Krall, E.A., Garvey, A.J, & Garcia, R.I 2002. Predictors of delayed smoking relapse in men: findings from the Normative Aging Study. **Nicotine &Tobacco Research** 4: 95-100.

Lancaster, T. & Stead, L. F. 2009. **Self-help interventions for smoking cessation**. Cochrane Database of Systematic Reviews (3): CD001118

Lancaster, T. , Hajek, P., Stead, L. F. , West, R. , & Jarvis, M. J. 2006. Prevention of Relapse After Quitting Smoking. **Archives of Internal Medicine** 166: 828-835.

Lerman, C., et al. 2004. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. **Psychology of Addictive Behaviors** 18: 362–366.

Leventhal et al. 2007. Gender differences in acute tobacco withdrawal: Effects on subjective, cognitive, and physiological measures. **Experimental and Clinical Psychopharmacology** 15: 21-26.

Leventhal, H., & Johnson, J. E. 1983 . In Wooldridge et al. (eds.), Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation, **Behavioral Science and Nursing Theory**, pp.189-262. St. Louis: The C.V. Mosby.

Maity, P., et al. 2003. Smoking and pathogenesis of gastroduodenal ulceration mechanism update. **Molecular and Cellular Biochemistry** 253: 329-338.

McCaffery, M. 1980. Understand Your Patient' s Pain. **Nursing** 80: 58.

McCambridge, J. & Jenkins, R.J. 2008. Do brief interventions which target alcohol consumption also reduce cigarette smoking? Systematic review and meta-analysis. **Drug and Alcohol Dependence** 96: 263-270.

McClernon, F. G. , Westman, E. C. , & Rose, J. E. 2004. The effects of controlled deep breathing on smoking withdrawal symptoms in dependent smokers. **Addictive Behaviors** 29: 765-772.

McGuffey, E. 1993. Smoking and drug metabolism. **American Pharmacists** 9: 20.

Meisel, P. , et al. 2003. Impact of genetic polymorphisms on the smoking-related risk of periodontal disease: the population-base study SHIP. **Tobacco Induced Disease** 1: 197-206.

Mezinskis, J. P. , Honos-Webb, L. , Kropp, F. , & Somoza, E. 2001. The measurement of craving. **Journal of Addictive Diseases** 20(3): 67-85.

Mirinda, R. , Rohsenow, D. J. , Monti, P. M. , Tidey, J. , & ray, L. 2008. Effects of repeated days of smoking cue exposure on urge to smoke and physiological reactivity. **Addictive Behaviors** 33: 347-353.

Møller, .A. M. & Tønnesen, H. 2006. Risk Reduction: Perioperative smoking intervention. **Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology** 20(2): 237-48.

Møller, .A. M. , Villebro, N. , Pedersen, T. , & Tonnensen, T. 2002. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications : randomized clinical trail. **The Lancet** 359 : 114 – 117.

Møller, A. and Villebro, N. 2005. **Interventions for preoperative smoking cessation** [online]. Available from: http://mrw.interscience clsysrev/articles/ [2008, August 13]

Møller, A.M. & Villebro, N. 2005. **Smokers are at increased risk of complications after surgery but there is limited direct evidence that stopping smoking before surgery reduces complications** [online]. Available from: http://www.cochrane. org/reviews [2008, August 12]

Møller, A., Villebro, N. , Pedersen, T., Tønnesen, H. 2002. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. **The Lancet** 359(9301): 114-117.

Moolchan, E. T., et al. 2002. The Fagerström test for nicotine dependence and the diagnostic interview schedule: do they diagnose the same smokers?. **Addictive Behaviors** 27: 101–113.

Morrell, H. E., Cohen, L. M., al'Absi, M. 2008. Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior** 89(3): 272-8.

Morrell, H. R. 2007. **Cigarette Smoking: Attentional Mediation of Anxiety as a Predictor of Nicotine Withdrawal Severity**. Doctoral dissertation. Department of Clinical Psychology, Texas Tech University.

National Institue for Health and Welfare. 2005. **Maintaining an addict? - Relationship between socio-cultural context and tobacco addiction** [online]. Available from: http://www.ktl./postal/ [2009, December 30]

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2006. **Current Research on Screening and Brief Intervention and Implications for State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems** [online]. Available from: www.niaaa.nih.gov. [2008, June 13]

Ockene, J. K., et al. 2000. Relapse and Maintenance Issues for Smoking Cessation. **Health Psychology** 19(1): 17-31.

Padubidri, A. N., et al. 2001. Complications of Postmastectomy Breast Reconstructions in Smokers, Ex-smokers, and Nonsmokers. **Plastic & Reconstructive Surgery** 107(2): 342-349.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patterson, F., Kerrin, K. , Wileyto, E. P. , & Lerman, C. 2008. Increase in anger symptoms after smoking cessation predicts relapse. **Drug and Alcohol Dependence** 95: 173- 176.

Piasecki, T. M., et al. 2000. Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. **Journal of Abnormal Psychology 109**: 74–86.

Piasecki, T. M. 2006. Relapse to smoking. **Clinical Psychology Review** 26: 196-215.

Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Smith, S.S., Fiore, M.C., & Baker, T .B. 2003. Smoking withdrawal dynamics: I. Abstinence distress in lapsers and abstainers. **Journal of Abnormal Psychology** 112(1): 3-13.

Piper, M. E., et al. 2004. A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin inventory of smoking dependence motives (WISDM-68). **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 72: 139–154.

Polit, D. F. & Hunger, B. P. (1995). **Nursing reseach: Principles and methods**. 5thed. Philadelphia: Lippincott.

Rash, C. 2007. **Effects of smoking and nicotine withdrawal on prospective memory**. Doctoral dissertation. The Department of Psychology, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.

Rezvani, A. H. & Levin, E. D. 2001. Cognitive effects of nicotine. **Biological Psychiatry** 49: 258–267.

Ríos-Bedoya, C.F., Snedecor, S.M., Pomerleau, C. F. , & Pomerleau, O.F. 2008. Association of withdrawal features with nicotine dependence as measured by the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). **Addictive Behaviors** 33: 1086–1089.

Robinson, T. E. , & Berridge, K. C. 2003. Addiction. **Annual Review of Psychology** 54: 25-53.

Robles, G. I., Singh-Franco, D., & Ghin, H. L. 2008. A review of the efficacy of smoking- cessation pharmacotherapies in nonwhite populations. **Clinical Therapeutics** 30(5): 800-812.

Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. 1999. Does urge to drink predict relapse after treatment. **Alcohol Research and Health** 23(3): 225-232.

Rukstalis, M. , Jepson, C. , Patterson, F. , & Lerman, C. 2005. Increase in hyperactive-impulsive symptoms predict relapse among smokers in nicotine replacement therary. **Journal of Substance Abuse Treatment** 28: 297-304.

Sayette, M. A. , et al. 2000. The measurement of drug craving. **Addiction** 95 (2): s189-s210.

Sayette, M. A. , Martin, C. S. , Hull, J. G. ,Wertz, J. M. , & Perrott, M. A. 2003. Effects of Nicotine Deprivation on Craving ResponseCovariation in Smokers. **Journal of Abnomal Psychology** 112(1): 110-118.

Schaoter, M. S. , Collins, S. E. , Frittrang, T. , buchkremer, G., & Batra, A. 2006. Randomized controlled trail of relapse prevention and a standart behavioral intervention with adult smokers. **Addictive Behaviors** 31: 1259-1264.

Shiffman, S., et al. 2000. Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. **Health Psychology** 19(4): 315-323.

Shiffman, S. , et al. 2006. Natural history of nicotine withdrawal. **Addiction** 101:1822-1832.

Shiffman, S. 2005. Dynamic Influences on Smoking Relapse Process. **Journal of Personality** 73(6): 1715-1746.

Shiffman, S. & Waters, A. J. 2004. Negative Affect and Smoking Lapses: A Propective Analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 72(2): 192-201.

Shiffman, S. , Hickcox, M. , Paty, J. , Gnys, M. , Kassel, J. , & Richards, T. 1996. Progession from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 64: 993-1002.

Shiffman, S., West, R.J, & Gilbert, D. G. 2004. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in. **Nicotine & Tobacco Research** 6: 599-614.

Sims, T. H. , & Fiore, M. C. 2002. Pharmacotherapy for treating tobacco dependence “what is the ideal duration of therapy?”. **CNS drugs** 16: 653-62.

Sittipunt, C. 2005. **A randomized, controlled trial to compare the effectiveness of nortriptyline plus brief motivation counseling and motivation counseling alone for smoking cessation in Thai active smokers.** Master's Thesis. Department of Science Program in Health Development, Graduate School, Chulalongkorn University.

Sorensen, L. T. , Horby, J. ,Pilsgaard, B. , & Jorgensen, T. 2003. Smoking as a risk factor wound healing and infection in breast canner surgery. **European Journal of Surgical Oncology** 28(8) : 815 -820.

Sorensen, L. T. , Jorgensen, T. , Pilsgaard, B. , and Horby, J. 2003. Smoking as a risk factor wound healing and infection in breast canner surgery. **European Journal of Surgery** 28(8) : 815 -820.

Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T. 2008. **Nicotine replacement therapy for smoking cessation** [online]. Available from: http://www.cochrane.0063org/reviews/en/ab000146.html [2009, January 1]

Taylor, A. H. , Katomeri, M. , & Ussher, M. 2005. Acute effects of self-paced walking on urges to smoke during temporary smoking abstinence. **Psychopharmacology** 181:1-7.

The Joanna Briggs Institute. 2008. Smoking cessation interventions and strategies. **Best Practice** 12(8): 1- 4.

Tiffany, S. 1990. A Cognitive Model of Drug Urges and Drug-Use Behavior Role of Automatic and Nonautomatic Process. **Psychological Review** 97(2): 147-168.

Tiffany, S. 1999. Cognitive Concepts of Craving. **Alcohol Research & Health** 23(3): 215-224.

Tiffany, S. T. , Carter, B. L. , & Singleton. 2000. Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. **Addiction** 95(2): s177-s187.

Tiffany, S.T. & Drobes, D. J. 1990. Imagery and smoking urges: The manipulation of affective content. **Addictive Behaviors** 15: 531-539.

Tiffany, S.T. & Drobes, D. J. 1991. The development and initial validation of a questionnaire of smoking urges. **British Journal of Addiction** 86: 1467-1476.

Tindle, H. A., et al. 2006. Guided Imagery for Smoking Cessation in Adults: A Randomized Pilot Trial. **Complementary Health Practice Review** 11: 166-175.

Tobacco and Health Branch. 2008. **Nicotine dependence and withdrawal** [online]. Avialable from: http://www.health.nsw.gov.au [2008, September 12]

Urso, P. P. 2003. **Augmenting tobacco cessation treatment outcomes with telephone-delivered intervention**. Docterol Dissertation. Department of Philosophy, University of Hawai.

Ussher, M. , Nunziata, P. , & Cropley, M. 2001. Effect of a short bout exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. **Psychopharmacology** 158: 66-72.

VanderKaay, P. 2006. **The effects of nicotine and nicotine withdrawal on Cardiovascular reactivity and affective responses in a sample of habitual and occasional cigarette smokers**. Doctoral dissertation. Department of the College of Arts and Sciences, Ohio University.

Versland, A.S. 2006. **Efficacy of imagery and cognitive tasks used to reduce craving andimplications for the elaborated intrusion theory of craving**. Doctoral dissertation. Department of Philosophy, Bowling Green State University.

Ward, M. M. , Swan, G. E. , & Jack, L. M. 2001. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. **Addictive Behaviors** 26: 311–327.

Watkins, S. S., Koob, G. F. , & Markou, A. 2000. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: Acute positive reinforcement and withdrawal. **Nicotine & Tobacco Research** 2: 19-37.

Weiss, F. 2005. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. **Current Opinion in Pharmacology** 5: 9–19.

Welsch, S., et al. 1999. Development and Validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. **Experimental and Clinical Psychopharmacology** 7(4): 354-361.

West, R. & Hajek, P. 2004. Evaluation of the Mood and Physical Symptoms Scales (MPSS) to assess cigarette withdrawal. **Psychopharmacology** 177: 195-199.

West, R. , Hajek, P. , & McNeill, A. 1991. Effect of buspirone on cigarette withdrawal symptoms and short-term abstinence rates in a smokers clinic. **Psychopharmacology** 104: 91–96.

West, R. , Ussher, M. , & Evan, M. 2006. Assessing DSM-IV nicotine withdrawal symptoms: a comparison and evaluation of five different scales. **Psychopharmacology** 184:619-627.

Wetter, D. W., et al. 1999. Gender differences in response to nicotine replacement therapy: Objective and subjective indexes of tobacco withdrawal. **Experimental and Clinical Psychopharmacology** 7: 135–144.

Woodside, J. R. 2000. Female Smokers Have Increased Postoperative Narcotic Requirements. **Journal of Addictive Diseases** 19 (4): 1-10.

World Health Organization. 2002. **Tobacco: The World Health Organization 's response** [0nline]. Avialeble from: http:// www.who.int/whr/media_ centre/ factsheet2/en/ [2008,April 16]

World Health Organization. 2004. **World No Tobacco Day 2004** [online]. Avialable from: http://www.who.int/tobacco/communications/ events/wntd/2004/en/ [2008, April 17]

World Health Organization. 2008. **The global tobacco crisis**[online]. Avialable from: http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/mpower report tobacco_crisis 2008.pdf [2008, April 17]

World Health Organization. 2001. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking** [online]. Available from: http://www.whqlibdoc.who.int/HQ/2001/ WHO_MSD_ MSB_01.6b.pdf [2008, June 2]

World Health Organization. 2005. **Brief Intervention For Substance Use: A Manual For Use In Primary Care**. Geneva: World Health Organization.

Wynd, C. A. 1992. Relaxation imagery used for stress reduction in the prevention of smoking relapse. **Journal of Advanced Nursing** 17: 294-302.

Yuttatri. 2001. **The effects of the application of a relapse prevention program on self-control and remission from methamphetamine dependence among teenagers.** Doctoral dissertation. Department of Nursing, Mahidol University.

Zeidel, A., et al. 2002. Immune response in asymptomatic smokers. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica** 46: 959–964.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลโปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก คู่มือการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ แบบสอบถามอาการขาดนิโคติน แบบสอบถามความอยากบุหรี่ และแบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก มีดังนี้

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด
1. รศ.ดร. อรสา พันธ์ภักดี	อาจารย์พยาบาลระดับ 9 ด้านการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. รศ.ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร. นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ. สมทรง จุไรทัศนีย์	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธ์ภักดี อาจารย์พยาบาลระดับ 9 ด้านการพยาบาล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธ์ภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมทรง จุไรทัศนีย์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ โทร. 0-2218-9818
ชื่อนิสิต นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน โทร. 08-4056-4147

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ โทร. 0-2218-9818
ชื่อนิสิต นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน โทร. 08-4056-4147

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผาณิตรัตน์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ โทร. 0-2218-9818
ชื่อนิสิต นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน โทร. 08-4056-4147

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม 1, 2 และ 4 โดยใช้แบบประเมินระดับการติดนิโคติน แบบประเมินอาการขาดนิโคติน แบบประเมินความอยากบุหรี่ แบบประเมินการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

<u>สำเนาเรียน</u> หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
<u>งานบริการการศึกษา</u> โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์ โทร. 0-2218-9818
<u>ชื่อนิสิต</u> นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน โทร. 08-4056-4147

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค
เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม

ผู้วิจัย คือ นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 17 **เดือน** เมษายน **พ.ศ.** 2552

ลงชื่อ

(นายทรงศักดิ์ เสรีโรดม)

นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายประวิง เอื้อนนทัช)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 12/2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ2464, 2079 โทรสาร (077) 283257

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่องานวิจัย ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจาก**ผู้วิจัย ชื่อนางสาวที่อยู่ 217/6 หมู่ 6 ต. มะขามเตี้ย อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย**สมัครใจ** และข้าพเจ้า**มีสิทธิ**ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากงานวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....	.....
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
สถานที่ / วันที่	(นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน)
	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ลงนามพยาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information)

ชื่องานวิจัย ผลของการบำบัดแบบกระชับร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) ที่อยู่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ต. มะขามเตี้ย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 21/12 ซ. ชวกุล ถ. รางน้ำ เขต ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02 3541836

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0820764991, 0840564147 E-mail: bifern_so@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยผลของการช่วยเกลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม

2.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2.3 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปเป็นผลการวิจัยจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับการติดนิโคติน แบบประเมินอาการขาดนิโคตินแบบประเมินความอยากบุหรี่และแบบประเมินการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

4.รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่เข้ารับการตรวจรักษาที่หอผู้ป่วยศัลกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 40 คน

4.2 การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.2.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางศัลยกรรมและจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่เร่งด่วน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน กระเพาะอาหาร/ลำไส้ทะลุจากแผล เปปติค บาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ ถูกยิง ถูกแทง เป็นต้น

4.2.2 เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเลิกบุหรี่

4.2.3 มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันติดต่อกันมาอย่างน้อย 1 ปี

4.2.4 มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี

4.2.5 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ

4.2.6 มีที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกตลอดการเข้าร่วมการวิจัย

4.2.7 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4.2.8 มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ตั้งแต่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4.3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1, 2 และ 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คน เท่ากัน

4.3.2 ผู้วิจัยจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันในเรื่อง ระดับการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและจำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่

5. ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัยประมาณ 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยเองทั้งหมด โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยศัลยกรรม ความหมายของอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ และการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ สาเหตุของอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่โดยใช้

เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบ
ผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้งขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล สัปดาห์ 1 ครั้งจนครบ 3 สัปดาห์ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบประเมินอาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 และส่งแบบประเมินกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

5. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 0820764991 หรือ 0840564147 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ

8. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 40 คน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ. ศรีวิชัย อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000 โทร. (077) 272231 ต่อ 2464, 2079 โทรสาร (077) 283527

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการจัดการอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่

โดย นางสาว อรอนงค์ ส่งทวน

นิสิตปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. ชมพูนุช โสภาจารีย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลิกบุหรี่....ได้ผลดีทันตาเห็น

ภายใน 20 นาที: ความดันเลือดและชีพจรจะเต้นในระดับปกติ

ภายใน 8 ชั่วโมง: ระดับออกซิเจนในเลือดจะคืนสู่ระดับปกติ

ภายใน 24 ชั่วโมง: คาร์บอนมอนอกไซด์ที่จับแน่นกับเม็ดเลือดแดงจะถูกขจัดออกปอดเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่าง ๆ ออก

ภายใน 48 ชั่วโมง: นิโคตินไม่เหลือในร่างกาย ความรู้สึกรู้รสและกลิ่นจะกลับคืนมา

ภายใน 72 ชั่วโมง: คุณจะหายใจคล่องขึ้น

ภายใน 2 วัน ถึง 1 สัปดาห์: เลือดไหลเวียนไปสู่แขนขาได้ดีขึ้น

ภายใน 3-9 เดือน: ปัญหาจากการไอ การหายใจจะดีขึ้น

ภายใน 5 ปี: อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลง

ภายใน 10 ปี: อัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดลดลงเหลือครึ่งหนึ่งของผู้ไม่สูบบุหรี

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

บุหรี่ มีสารประกอบต่างๆ อยู่ ประมาณ 4,000 ชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิดซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตรายที่สำคัญคือ

นิโคติน

เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก

.....

.....

.....

.....

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแผนการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการขาดนิโคติน และความอยากบุหรี่

ผู้สอน นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน

ผู้เรียน ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดฉุกเฉินในแผนกผู้ป่วยในศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระยะเวลา 30 นาที

สถานที่ ห้องประชุมประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการการเรียนการสอน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการขาดนิโคติน การจัดการอาการขาดนิโคตินและสามารถนำวิธีการจัดการกับอาการขาดนิโคตินไปใช้ได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความอยากบุหรี่และวิธีจัดการกับความอยากบุหรี่
4. ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจแบบลึกเพื่อบรรเทาอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ได้อย่างถูกต้อง
5. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	แผนการให้ความรู้และเนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1.เพื่อนำเข้าสู่บทเรียน …… …… …… …… …… …… …… …… …… 6. เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ	หลังจากที่คุณ ....ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องงดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล ต่อไปดิฉันจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องงดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ต่อการผ่าตัด สาเหตุของอาการขาดนิโคตินและความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ และวิธีบรรเทาอาการขาดนิโคตินและความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ถ้ามีข้อสงสัยที่ต้องการข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมก็สามารถถามเพิ่มเติมได้เลยค่ะ ดิฉันยินดีจะให้คำตอบ นอกจากในส่วนของข้อมูลที่ดิฉันจะให้วันนี้แล้ว ดิฉันมีคู่มือ “การจัดการกับอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่” ให้คุณ 1 ฉบับ ซึ่งระหว่างการให้ข้อมูล คุณ .....สามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ถ้าพร้อมที่จะรับฟังข้อมูลแล้ว ดิฉันเริ่มสอนนะคะ……	พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วย พร้อมทั้งประ เมินความพร้อมและความสนใจของผู้ ป่วยในการรับฟังข้อมูล	คู่มือการจัดการอาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่	ผู้ป่วยแสดงความสนใจและตั้งใจฟังการบรรยายและร่วมสนทนากับผู้วิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. สถานภาพการสมรส
   ( ) โสด
   ( ) คู่
   ( ) หม้าย
   ( ) อื่นๆ .....
3. ระดับการศึกษา
   ( ) ระดับประถมศึกษา
   ( ) ระดับมัธยมศึกษา
   ( ) อนุปริญญา
   ( ) ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
4. อาชีพ
   ( ) นักเรียน/นักศึกษา
   ( ) ทำสวน
   ( ) รับจ้างทั่วไป
   ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
   ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
5. คามเพียงพอของรายได้ต่อเดือน
   ( ) เพียงพอ
   ( ) ไม่เพียงพอ
   ( ) เหลือเก็บ
   ( ) มีหนี้สิน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

1. ระยะเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่ …….ปี
2. จำนวนบุหรี่ที่สูบ…….มวน/วัน
3. จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่.....ครั้ง
4. วิธีการเลิกบุหรี่ (ระบุ) วิธีที่ 1.....ระยะเวลาที่เลิกได้.....
   วิธีที่ 2.....ระยะเวลาที่เลิกได้.....
   วิธีที่ 3.....ระยะเวลาที่เลิกได้.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมายในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังจากตื่นนานเท่าใด
   ( ) < 5 นาที
   ( ) 6-30 นาที
   ( ) 31-60 นาที
   ( ) > 60 นาที
2. คุณพบว่าเป็นการยากที่จะไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ
   ( ) ใช่
   ( ) ไม่ใช่

.

.

.

.

.

6. คุณก็ยังสูบบุหรี่แม้ว่าคุณจะป่วยอยู่บนเตียงเกือบทั้งวัน
   ( ) ใช่
   ( ) ไม่ใช่

คะแนนรวม .....คะแนน

ระดับการติดนิโคติน.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการขาดนิโคติน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✔ ลงใน [ ] เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ว่าในขณะที่ท่านหยุดสูบบุหรี่ท่านมีความรู้สึกดังข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมายลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ ตัวอย่างการตอบคำถาม เช่น

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ภายหลังจากที่ท่านหยุดสูบบุหรี่					
1. ท่านรู้สึกสบายใจ		✓			

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ภายหลังจากที่ท่านหยุดสูบบุหรี่					
1. ท่านรู้สึกขุ่นเคืองใจ โกรธง่าย					
2. ท่านมีอารมณ์ที่ไม่ดี					
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิดที่ไม่ได้ดั่งใจ					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
22. ท่านพอใจกับการพักผ่อนของท่าน					
23. ท่านรู้สึกว่าพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
24. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความอยากบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตำแหน่งระหว่าง **ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง** กับ **เห็นด้วยอย่างยิ่ง**เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถามว่า **หลังจากที่ท่านหยุดสูบบุหรี่** ท่านมีความรู้สึกดังข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด คำตอบของท่านหากอยู่ใกล้ด้านใดด้านหนึ่งมากเท่าใดจะแสดงถึงระดับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยมากขึ้นเท่านั้น กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ ตัวอย่างการตอบคำถาม เช่น

ท่านต้องการสูบบุหรี่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง _____:_____:✔:_____:_____:_____:_____ **เห็นด้วยอย่างยิ่ง**

1. ท่านอยากสูบบุหรี่ในตอนนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____ **เห็นด้วยอย่างยิ่ง**

2. ไม่มีสิ่งใดดีไปกว่าการที่ได้สูบบุหรี่ในตอนนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____ **เห็นด้วยอย่างยิ่ง**

.

.

.

.

.

.

.

.

10. หากมีโอกาสเมื่อใดท่านจะสูบบุหรี่ทันที

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____ **เห็นด้วยอย่างยิ่ง**

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามด้านล่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลท่านกลับมาสูบบุหรี่อีกหรือไม่

   ( ) ไม่สูบ (ไม่ต้องทำข้อ 2-3)

   ( ) สูบ
2. ท่านเริ่มกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในวันที่.....
3. ท่านกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ วันละ.....มวน

ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบบันทึกการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2552

คำชี้แจง ให้ท่านกรอกข้อความ และทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างที่จัดไว้ให้

เวลาฝึกการผ่อนคลาย	รวมเวลา (นาที)	การผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก	ผลที่เกิดหลังการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก
ครั้งที่ 1 เริ่มต้นเวลา.....น. สิ้นสุดเวลา.....น. **ครั้งที่** 2 เริ่มต้นเวลา.....น. สิ้นสุดเวลา.....น. . . . **ครั้งที่**.... เริ่มต้นเวลา.....น. สิ้นสุดเวลา.....น.	....	☐ ปฏิบัติได้ ≥ 2 ครั้ง/วัน ☐ปฏิบัติได้ < 2 ครั้ง/วัน ☐ ปฏิบัติไม่ได้ ☐ อื่นๆ คือ	☐ สบายตัว โปร่งโล่งมากขึ้น ☐ นอนหลับได้ดีขึ้น ☐ ความซึมเศร้า หดหู่ ลดลง ☐ ความเครียดลดลง ☐ ความวิตกกังวลลดลง ☐ อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายลดลง ☐ สงบ มีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น ☐ อาการอยากสูบบุหรี่ลดลง ☐ ความกระวนกระวายลดลง ☐ ความอยากอาหารลดลง ☐ อื่นๆ ระบุ ....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ
การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 การจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของโรค ระดับการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่

กลุ่มควบคุม				
คนที่	ชนิดของโรค	คะแนนการติดนิโคติน	จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	จำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่
1	Appendicitis	6	10	2
2	Peptic perforation	3	11	3
3	Stap wound $\bar{C}$ Rupture spleen	5	11	4
4	MCA $\bar{C}$ Tear liver	3	12	2
5	Acute cholecystitis	6	13	1
6	Appendicitis	4	13	0
7	Bowel obstruction	5	10	2
8	Appendicitis	5	12	0
9	Incarcerated hernia	5	13	2
10	Acute cholecystitis	5	10	5
11	Stap wound $\bar{C}$ Evisceration of bowel	5	10	4
12	Appendicitis	6	10	2
13	Appendicitis	5	11	0
14	Appendicitis	6	11	3
15	Incarcerated hernia	6	12	4
16	Peptic perforation	6	12	3
17	Appendicitis	5	12	2
18	Appendicitis	6	14	1
19	Appendicitis	6	15	3
20	Incarcerated hernia	6	15	4

ตารางที่ 7 (ต่อ) การจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของโรค ระดับการติดนิโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลอง				
คนที่	ชนิดของโรค	คะแนนการติดนิโคติน	จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	จำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่
1	Appendicitis	5	13	3
2	Bowel obstruction	3	12	2
3	Peptic perforation	6	14	4
4	Stap wound $\bar{C}$ Evisceration of bowel	3	10	3
5	Appendicitis	5	13	2
6	Appendicitis	3	12	0
7	Peptic perforation	6	14	1
8	Appendicitis	6	10	0
9	Appendicitis	5	13	3
10	Appendicitis	6	12	4
11	Stap wound $\bar{C}$ tear liver	6	13	5
12	Appendicitis	5	12	3
13	Incarcerated hernia	6	11	0
14	Appendicitis	5	12	3
15	Incarcerated hernia	5	13	5
16	Gut obstruction	6	10	2
17	Acute cholecystitis	5	13	2
18	Appendicitis	5	12	2
19	Appendicitis	6	12	2
20	Appendicitis	5	10	4

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรอนงค์ ส่งทวน เกิดเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลาเมื่อ ปีการศึกษา 2545 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2545- 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปีพ.ศ. 2550

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย