บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศและของโลก เนื่องจากอันตรายจากบุหรี่ขยายวงกว้างถึงคนทุกเพศทุกวัย ตั้งแต่เด็กในครรภ์ จนถึงผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ แมคคาย และอีริคเสน (Mackay and Eriksen, 2002 อ้างอิงในลักขณา เติมศิริกุลชัย และศรัณญา เบญจกุล, 2550, หน้า 63) ได้ศึกษาเปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา พบว่าในปี ค.ศ. 1990 มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ล้านคน โดยอยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว 2 ล้านคน และอีก 1 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020-2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเป็น 10 ล้านคน และส่วนใหญ่ 7 ล้านคนจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และอีก 3 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว และในปี พ.ศ. 2551 มีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคน และภายในปี 2568 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1,600 ล้านคน (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 2)

สำหรับประเทศไทย บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่สาม รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการดื่มสุรา โดยพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 – 52,000 คน และผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยอายุสั้นลง 12 ปี (สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2551) และจากผลการสำรวจของ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ปี พ.ศ. 2550 พบว่าการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.54 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.94 เป็นผู้ชาย 9.02 ล้านคน เป็นผู้หญิง 0.52 ล้านคน ปริมาณการสูบเป็นประจำ เฉลี่ย 10 มวนต่อวัน ร้อยละของการสูบบุหรี่จำแนกตามภาค มีดังนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 25.7 ภาคใต้ร้อยละ 24.4 ภาคเหนือร้อยละ 23.5 ภาคกลางร้อยละ 19.9 (ไม่รวมกรุงเทพฯ) และกรุงเทพฯร้อยละ 15.7 (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 3)

บุหรี่ส่งผลกระทบได้หลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้น ได้แก่ ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรสจะทำหน้าที่ได้น้อยลง แสบตา น้ำตาไหล หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น เกิดกลิ่นที่น่ารังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปาก ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมในหลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงาน

ช้าลง ส่วนผลกระทบในระยะยาวนั้น ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคฟันและเหงือก ผลต่อระบบสืบพันธุ์ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 2-8) ผลต่อการตั้งครรภ์ สตรีที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีอัตราการคลอดและน้ำเดินก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ และทารกตายคลอดยังสูงขึ้นในด้วย ทารกที่เกิดจากสตรีที่สูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักตัวน้อย การที่ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและสารอาหาร ทำให้อัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของทารกแรกคลอดสูงขึ้น (Reeves and Bernstein, 2008, pp. 719-730) นอกจากบุหรี่จะมีพิษต่อผู้สูบแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างซึ่งมีอุบัติการณ์ยืนยันอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศที่พัฒนาแล้วอื่น ๆ ว่าทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550, หน้า 175) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากผู้อื่นมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าในครรภ์เช่นกัน ซึ่งการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งและทารกพิการแต่กำเนิด (Castles, et al., 1999, pp. 208-215) เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหูชั้นกลางอักเสบหูน้ำหนวกเพิ่มขึ้น 3 เท่าในช่วงขวบปีแรก เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 57 และการได้รับควันบุหรี่มือสองยังเป็นปัจจัยเสริมให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจรวมทั้งการเป็นโรคปอดเรื้อรังชนิดต่างๆ เมื่อโตขึ้นอาจมีพฤติกรรมบกพร่องเนื่องจากระบบประสาทผิดปกติ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 18)

นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม จากผลการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2552 โดยศึกษาค่าใช้จ่ายในอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายในโรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคมะเร็งปอด ทั้งหมด/คน/ปี อยู่ที่ 13,640.58 บาท, 32,762.05 บาท และ 100,041 บาท ตามลำดับ (สถิรกร พงษ์พานิช, 2552) ส่วนผลกระทบต่อกับสังคมนั้นพบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชา และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้า จะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อน และบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การปลูกใบยาสูบจะต้องมีการใช้สารเคมีในการฆ่าวัชพืชและแมลง ทำให้เพิ่มสารพิษตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้ที่สูบบุหรี่ อีกทั้งควันจากบุหรี่ยังมีส่วนทำให้เพิ่มก๊าซพิษให้กับสิ่งแวดล้อม (รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยพรหม, 2550, หน้า 169-170)

ประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 แต่การบังคับใช้กฎหมายยังทำได้ไม่มากเท่าที่ควร (สมาน ฟูตระกูล, 2551, หน้า 546) ซึ่งมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไป เช่น การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนให้ทราบถึงพิษภัยบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกสูบ การมีกฎหมายห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรการเหล่านี้จะส่งผลต่อการป้องกันเยาวชนรุ่นใหม่ไม่ให้เสพติดบุหรี่มากกว่าที่จะมีผลให้ผู้สูบบุหรี่อยู่แล้วเลิกสูบ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 2) และได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการ เช่น ปัจจัยเชิงสุขภาพ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากและนานขึ้น และการสูบบุหรี่ทำให้เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เป็นห่วงสุขภาพของคนที่ตนรัก ปัจจัยเชิงจิตวิทยา ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นเหม็นติดตามเสื้อผ้า และปัจจัยทางโปรแกรมการอดบุหรี่ ได้แก่ ได้รู้เรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อตนเองที่ได้รับการเข้าอบรมอดบุหรี่ ได้เห็นภาพหรือชมวิดิทัศน์ผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ การได้รับความปรารถนาดีจากวิทยากรที่อยากให้เลิกสูบบุหรี่ และการได้รับทราบผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่ (นงนุช บุญอยู่, 2541)

ปัจจุบันการเลิกบุหรี่มีหลายวิธีแต่โดยทั่วๆไปแบ่งได้เป็น 4 วิธีใหญ่ๆ คือ 1) การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง 2) การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด 3) การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ4) การใช้วิธีที่ 2 และ3 ร่วมกัน (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2550, หน้า 465) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ เช่น ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 (รัชนีกร เคียนทอง, 2546) ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้มารับบริการ คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะติดตามและระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ธิดา จับจิตต์, 2547) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อการเลิกสูบบุหรี่ในจีน พบว่า หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001 (Zheng, et al., 2007) ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรม

การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม พบว่าหลังเข้าโปรแกรม 8 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จิราภรณ์ เนียมกุญชร และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 52.7 (อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล, 2551) การปรับพฤติกรรมสูบบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชาย อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิเสธการสูบบุหรี่มากขึ้น ($p<0.001$) มีความคาดหวังจากการสูบบุหรี่เชิงบวกลดลง ($p=0.002$) สามารถควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ($p<0.001$) และระดับการติดนิโคตินลดลง ($p<0.001$) กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 56.8 (21 ราย) สามารถลดสูบบุหรี่ได้ทั้งหมด (ไพรัตน์ อ้นอินทร์, วิเชียร มีบุญล้ำ และศักดิ์ชาย วิชสัญกุล, 2551) ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001(เดือนทิพย์ เขษมโอภาส และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์, 2553)

จะเห็นว่ามีการประยุกต์ใช้โปรแกรมต่างๆ รวมทั้งการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้คำปรึกษาซึ่งส่วนมากเป็นการช่วยเลิกสูบบุหรี่ในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการส่งเสริมหรือการช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชนนั้นพบว่ามีน้อยมาก ยกตัวอย่างเช่น มีผู้ศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจและพฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ พบว่าหลังเข้าโปรแกรม 8 สัปดาห์ พระภิกษุสงฆ์ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้อำนาจการควบคุมการสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 และพฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 (สมศักดิ์ โทจำปา, 2552) แม้ว่างานวิจัยดังกล่าวพระสงฆ์จะมีพฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ดีขึ้น แต่ก็พบว่าจะมีพระสงฆ์เพียง 1 รูป เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าหากจะดำเนินช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชนนั้นกระบวนการตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นยังคงจะใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่น่าจะมีวิธีการอื่นมาใช้ร่วมด้วย เนื่องจากกลุ่มประชาชนทั่วไปนั้นไม่ได้อยู่รวมกันเหมือนพระสงฆ์ การสนับสนุนให้มีเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องค่อนข้างยาก

ประกอบกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553, หน้า 71- 75) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคลสองคนมองเห็นหน้ากัน สามารถซักถามข้อมูลได้โดยตรงผู้ให้คำปรึกษาสามารถประเมินความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่ได้ชัดเจน ทั้งทางภาษาพูดและการแสดงออกทางร่างกาย ในทางกลับกัน ผู้สูบบุหรี่ก็สามารถมองเห็นความตั้งใจ จริงใจ และความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อเขา สร้างความรู้สึกไว้วางใจและความเชื่อมั่นซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเทคนิคการให้คำปรึกษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนขั้นสูง ที่ต้องมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

กิบสัน (Gibson, 1995, p.1201) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นวิธีการในการพัฒนาศักยภาพการจัดการกับตนเอง พัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยตนเอง สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551)

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทั้งคุณลักษณะของการเป็นที่ปรึกษาที่ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา มีความรู้เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เรียนรู้เทคนิคและพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา โดยเพื่อนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเลือกใช้ตามความถนัดของตน พิจารณาตามสถานการณ์และลักษณะของปัญหาที่พบแต่ละราย ต้องใช้ทั้งเทคนิค การคิด การฟัง การเงียบและการตอบโต้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จึงนำไปสู่การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553, หน้า 71- 75)

จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีประชากรทั้งหมด 612,636 คน พบว่าการสูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 157,790 คน คิดเป็นร้อยละ 25.78 เป็นชาย ร้อยละ 47.90 ของประชากรชาย และร้อยละ 8.76 ของประชากรหญิง (ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, 2550, หน้า 109) และจากการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ประชากรที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปของประชากรในตำบลอรัญญิก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ปี พ.ศ. 2550 ทั้งหมด 24,940 คน พบว่าการสูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 2,745 คน คิดเป็นร้อยละ 11.01 ถึงแม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในเขตตำบลอรัญญิก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จะไม่สูงเท่ากับระดับประเทศหรือจังหวัด ก็ตาม แต่เมื่อย้อนมาดูอัตราการสูบบุหรี่ เมื่อปี พ.ศ. 2548 เทียบกับปี พ.ศ. 2550 จะพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.6 เป็น 11.10 นอกจากนั้นยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลอรัญญิก เพิ่มสูงขึ้น จาก 20 คน ในปีพ.ศ. 2548 เป็น 28 คน ในปี ปี พ.ศ. 2550 จะเห็นว่าการสูบบุหรี่และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากไม่มีการดำเนินการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ก็จะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้นตามมา

ปัจจุบันจังหวัดพิษณุโลกได้ส่งเสริมให้มีการเลิกบุหรี่ และให้มีการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานบริการแต่ละแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะผู้มารับบริการในโรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งต้องแสดงบทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้คำปรึกษา จึงเห็นว่าควรจะดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยไม่เน้นเฉพาะผู้มารับบริการในคลินิกหรือสถานบริการเท่านั้น แต่เป็นการค้นหาและช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในชุมชนให้เลิกสูบบุหรี่ โดยได้นำกระบวนการตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิคการให้คำปรึกษา ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการสูบบุหรี่ของตนเอง 2) กิจกรรมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3)) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และ 4) กิจกรรมสนับสนุนการให้มีการลดและเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยการให้คำปรึกษา ซึ่งหากได้ผลดีจะนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ของผู้สูบบุหรี่ หรือไม่ อย่างไร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่

1. **เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ** ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา

ขอบเขตของการศึกษา

1. **ขอบเขตด้านเนื้อหา**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) ชนิด Two Group Design โดยศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ของผู้สูบบุหรี่ เป็นเวลา 7 สัปดาห์

2. **ขอบเขตด้านประชากร และ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

2.1 ขอบเขตด้านประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก และมีความประสงค์ที่อยากเลิกสูบบุหรี่ ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการประเมินระดับการติดสารนิโคตินในระดับ 0-6
2. เป็นผู้สูบบุหรี่ต้องการเลิกบุหรี่ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย
3. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. **เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ระหว่างการทดลอง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง**
2. **ย้ายที่อยู่หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 3 ครั้ง**

2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งสุวิมล ว่องวาณิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย (2546, หน้า 120)

กล่าวว่า การวิจัยเชิงทดลอง อย่างน้อยควรมีกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไว้ จำนวนกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างดำเนินการทดลอง

2.2.2 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยวิธีจับคู่ (match paired) ให้แต่ละกลุ่มมี ระยะเวลาการสูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบที่ใกล้เคียงกัน ซึ่ง กรองจิต วาทีสาทกกิจ (2552, หน้า 48) กล่าวว่า จำนวนมวนที่สูบ ระยะเวลาในการสูบ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ยาก หรือง่ายต่างกัน

3. **ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย** ได้แก่

3.1 ตัวแปรต้น โปรแกรมการลดและเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากกระบวนการตามแนวคิดของกิบสันและเทคนิคการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการสูบบุหรี่ของตนเอง 2) กิจกรรมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีลดหรือเลิกสูบบุหรี่ 4) กิจกรรมสนับสนุนการลดหรือเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

บุหรี่ หมายถึง สิ่งที่บุคคลใช้สูบอาจอยู่ในลักษณะ ซิการ์ ไปป์ ชี้โย บุหรี่ซองที่ผลิตจากโรงงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ บุหรี่มวนเองทุกชนิด ซึ่งเมื่อสูบแล้วก่อให้เกิดอาการติดสารที่ประกอบในบุหรี่

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวันในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995, pp. 1203-1205) ร่วมกับเทคนิคการให้คำปรึกษา โดยมีระยะเวลาในการทำโปรแกรมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ

1. กิจกรรมการค้นพบสภาพการสูบบุหรี่ของตนเอง โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูบบุหรี่ด้วยกันเองและผู้สูบบุหรี่กับผู้วิจัย หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับการติดสารนิโคติน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของตนเอง และ

เหตุการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้ตนเองสูบบุหรี่ พยายามค้นหาสิ่งจูงใจที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ทราบสภาพการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลอีกครั้งหนึ่ง

2. กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ กลุ่มทดลอง ค้นหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ ทดลองคำนวณรายจ่ายที่ใช้ในการสูบบุหรี่ และวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3. กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีลดหรือเลิกสูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ เสนอทางเลือกโดยการให้ความรู้ถึงขั้นตอนการเลิกบุหรี่ สร้างทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือก และกำหนดวันเลิกสูบด้วยตนเอง

4. กิจกรรมสนับสนุนการลดหรือเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องโดยการให้คำปรึกษา ในขณะเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 -3

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตามสถานการณ์ ความรู้สึก และสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น สูบบุหรี่เมื่อดื่มสุรา สูบบุหรี่ขณะดูโทรทัศน์ ฯลฯ

ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ หมายถึง ปริมาณก๊าซบอนมอนอกไซด์ในลมหายใจขณะหายใจออก ซึ่งวัดได้จากการใช้เครื่องใช้เครื่องเป่า Micro CO ซึ่งได้รับการสอบเทียบเครื่องมือจากเครื่องที่มีมาตรฐานโดยแผนกซ่อมบำรุงของโรงพยาบาลพุทธชินราชทุกครั้ง ที่จะนำมาใช้ โดยแปลผลตามคู่มือ ของเครื่องเป่า Micro CO meter ดังนี้

1. ระดับก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) 0- 6 ppm หมายถึง ไม่มีก๊าซ CO ในลมหายใจหรือมีเล็กน้อย แสดงถึงการไม่สูบบุหรี่

2. ระดับก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) 7- 10 ppm หมายถึง มีก๊าซ CO ในลมหายใจปานกลาง แสดงถึงมีการสูบบุหรี่ในปริมาณเล็กน้อย

3. ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) 11- 72 ppm หมายถึง มีก๊าซ CO ในลมหายใจในระดับรุนแรง แสดงถึงมีการสูบบุหรี่ในปริมาณมาก

4. ระดับก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) > 72 ppm หมายถึง มีก๊าซ CO ในลมหายใจในระดับอันตราย แสดงถึงมีการสูบบุหรี่ในปริมาณมากที่สุด

การลดสูบบุหรี่ หมายถึง จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ/วัน ลดลงตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงวันที่เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ/วันก่อนการทดลอง

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงวันที่เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการลดและเลิกสูบบุหรี่

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม