

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ใน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เทคนิค และรูปแบบการให้คำปรึกษา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่

1. ความหมายของบุหรี่

ได้มีนักวิชาการกำหนดความหมาย ของ บุหรี่ ดังนี้

บุหรี่ หมายถึง บุหรี่หรือซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่นๆ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงเมษายน ตามกฎหมายว่าด้วยบุหรี่ (พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535, 2535, หน้า 2)

บุหรี่ หมายถึง มีลักษณะเป็นทรงกระบอกม้วนห่อด้วยกระดาษ (ปกติจะมีความยาว 70-100 มิลลิเมตร และ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 5-8 มิลลิเมตร) มีใบยาสูบบดหรือขอยบรรจุภายในห่อกระดาษ ปลายด้านหนึ่งเป็นปลายเปิดสำหรับจุดไฟ และอีกด้านหนึ่งจะมีตัวกรองไว้สำหรับใช้ปากสูดควัน (Wigand, 2006, p. 7)

บุหรี่ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตเองทั้งหมดหรือ มีบางส่วนของใบยาสูบเป็นวัตถุดิบ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสูดดมควัน เคี้ยว หรือสูดดมทางจมูก โดยบุหรี่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบซึ่งออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดการเสพติดสูง (The World health Organization, 2011)

สรุปได้ว่า บุหรี่ หมายถึง สิ่งที่บุคคลใช้สูบอาจอยู่ในลักษณะ ซิการ์ ไปป์ ซิโย บุหรี่ของที่ผลิตจากโรงงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ บุหรี่มีวนเองทุกชนิด ซึ่งมีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบเมื่อสูบแล้วก่อให้เกิดอาการติดสารที่ประกอบในบุหรี่

2. สารประกอบในควันบุหรี่

การเผาไหม้บุหรี่เป็นก่อให้เกิดละออง หมอกควันและก๊าซ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคมามากมาย ควันบุหรี่มีสารประกอบทางเคมีประมาณ 4,000 ชนิด อยู่ในรูปของละออง และก๊าซ ในระหว่างการสูบบุหรี่จะเกิดควันบุหรี่ 2 แบบคือ ควันบุหรี่ที่สูบเข้าปอดหรือที่พ่นออกมา และควันบุหรี่ที่ออกมาจากการเผาไหม้บุหรี่ ควันบุหรือนอกจากจะมีนิโคตินแล้ว ยังมีสารน้ำมันดิน (tar) ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งมากกว่า 40 ชนิด สารพวกอนุมูลอิสระ คาร์บอนมอนนอกไซด์ สารกัมมันตรังสี และสารอื่น ๆ อีกมากมาย ดังต่อไปนี้ (รัชนี ศานติยานนท์, บุชบา มาตระกูล และ กาญจนา สุริยพรหม, 2550, หน้า 146)

1. นิโคติน เป็นสารที่พบได้ในใบยาสูบ มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี นิโคติน สามารถออกฤทธิ์โดยตรงที่สมอง ทำให้ผู้สูบมีความรู้สึกที่เป็นสุข สบายใจ ติดบุหรี่และเลิกได้ยาก นิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่อะไปจับที่ปอด และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด โดยจะไปมีผลต่อการหลั่งสารอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรงเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะและเส้นเลือดแดงหดตัว เป็นต้น เมตาบอลิซึมของนิโคตินส่วนใหญ่จะเกิดที่ตับ และประมาณร้อยละ 70 ของนิโคตินในกระแสโลหิตจะถูกเมตาบอลิซึม เปลี่ยนเป็นโคตินิน (cotinine) โดย cytochrome P450 และ aldehyde oxidase

ปัจจุบัน สถาบันรณรงค์ (2551, หน้า 10-12) ได้วางแผนการบำบัดผู้สูบบุหรี่ จากระดับการติดสารนิโคตินซึ่งได้มาจากการประเมินตามแบบทดสอบการวัดระดับนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotin Dependence) ดังนี้

ระดับ 0 - 2 และ 3 - 4 คะแนน เป็นการติดบุหรี่ในระดับน้อยมากและน้อยตามลำดับ

ในการบำบัดจึงไม่ต้องใช้ยานิโคตินทดแทน แต่สามารถให้การรักษาตามอาการทางเลือกอื่นๆ เช่น การให้น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ เป็นต้น

ระดับ 5 - 6 คะแนน เป็นการติดบุหรี่ในระดับปานกลาง นอกจากจะให้การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาแล้ว อาจจะใช้ หรือไม่ใช้ยานิโคตินทดแทนก็ได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการที่ไม่ใช้นิโคตินทดแทนเนื่องจากการใช้ยาดังกล่าวต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์

ระดับ 7 คะแนนเป็นการติดบุหรี่ในระดับสูงมาก ต้องใช้การบำบัดทั้งวิธีที่ใช้อย่า และไม่ใช้อย่างร่วมกัน

ระดับ 8 - 10 คะแนนเป็นการติดบุหรี่ในระดับสูงมาก ต้องใช้การบำบัดทั้งวิธีที่ใช้อย่า และไม่ใช้อย่างร่วมกัน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ดังกล่าว เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง ต้องมีระดับการติดสารนิโคติน ไม่เกิน 6 เพื่อที่จะไม่ต้องใช้ยาในการบำบัดรักษาเหมือนกัน

2. ทาร์ มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวน และส่วนประกอบอื่น ๆ ในบุหรี่ ทาร์มีสีน้ำตาลประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิดผสมรวมกัน เช่น เบนโซพิธรีน (benzo(a)pyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้ละอองของเหลวของทาร์จะเข้าไปติดอยู่ตามทางเดินหลอดลม และถุงลมปอด โดยประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด และเมื่อทาร์รวมตัวกับฝุ่นต่าง ๆ ที่หายใจเข้าไปก็จะคงอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็งปอดและมะเร็งที่อวัยวะอื่น ๆ เป็นต้น

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 ก๊าซนี้จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ดังนั้นร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่จึงได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปให้อวัยวะต่าง ๆ ลดลง มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ และถ้าได้รับก๊าซนี้จำนวนมาก จะทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ พบว่าทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนน้อย และเด็กที่เกิดมาจะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรม

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้อวัยวะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรังและผู้ป่วยจะทรมาณมาก

5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนต้น ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งผลของการได้รับก๊าซชนิดนี้ จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอ มีเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

6. สารกลุ่ม polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH) ตัวอย่างของสารในกลุ่ม เช่น เบนโซพิธรีน เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะหลายแห่ง เช่น ปอด กล้องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน กระเพาะอาหาร และช่องปาก เป็นต้น โดยกระบวนการเมตาบอลิซึมของสาร

ในกลุ่ม PAH จะทำให้ดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ และส่งเสริมการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่าง ๆ

7. สารอนุมูลอิสระ กระบวนการเผาไหม้ของไบโอสบทำให้เกิดสารพวกอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น peroxy radical, hydroxyl radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระชนิดต่าง ๆ สามารถเหนี่ยวนำทำให้เกิดกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear cells การสร้างสารกระตุ้น (chemotactic peptide) การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิดไปเป็นไขมันชนิดที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) นอกจากนี้สารพวกอนุมูลอิสระยังทำให้เกิดของระบบทางเดินหายใจโดยการก่อให้เกิด oxidative stress ในปอด ผลที่เกิดขึ้นคือ มีการรวมกันของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบมีการทำลายเซลล์และเซลล์ตาย

8. สารกัมมันตรังสี ในควันบุหรี่มีสารกัมมันตรังสีต่าง ๆ เช่น Polonium 210 ที่มีรังสีแอลฟาและยังเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น ทำให้เกิดมะเร็งปอด

9. สารปรุงแต่งต่าง ๆ ที่อยู่ในบุหรี่ ในกระบวนการผลิตบุหรี่จะมีการใช้สารต่าง ๆ กว่าร้อยชนิดเพื่อให้บุหรี่ยึดตัวดีขึ้น หรือเพื่อให้มีนิโคตินน้อยลง แต่สารเหล่านี้หลายชนิดทำให้พิษภัยของบุหรี่เพิ่มมากขึ้น เช่น

9.1 โกลไก เป็นสารที่เพิ่มความหวาน เพื่อใช้กลบรสชาติกระด้างของบุหรี่ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้ขึ้นโกลไกก็จะกลายเป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่งได้ นอกจากนี้ในโกลไกยังมี theobromine ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดลม (bronchodilator) ทำให้ทางเดินอากาศ (airway) ขยายตัว ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสได้รับควันบุหรี่และสารนิโคตินเพิ่มขึ้น

9.2 Glycyrrhizin เป็นสารปรุงแต่งรสชาติและให้รสหวานในบุหรี่ โดยสารชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์ขยายหลอดลม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่หายใจรับเอาควันบุหรี่เข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น รวมถึงช่วยบรรเทาอาการระคายเคืองของปากและลำคอจากควันบุหรี่ แต่เมื่อ glycyrrhizin ถูกเผาไหม้ก็มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง

9.3 น้ำตาล เป็นสารปรุงแต่งในบุหรี่ มีประมาณ 3% ของน้ำหนักบุหรี่แต่ละมวน เมื่อน้ำตาลในบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้สาร acetaldehyde เกิดขึ้น โดยสารชนิดนี้จะช่วยในการเพิ่ม ฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

9.4 แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสปตา หลอดลมอักเสบ และไอ นอกจากนี้แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างของควันบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น และเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

9.5 เมณฑอล นำมาผสมในบุหรี่เพื่อให้สูบหรือแล้วรู้สึกเย็นคอ โดยรสของเมณฑอลจะทำให้ผู้สูบบุหรี่อดควันอยู่ในปอดนานขึ้นจึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ จากบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็ง

3. กลไกการเสพติดนิโคติน (รักษา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยพรหม, 2550, หน้า 149)

นิโคตินเป็นสารอัลคาลอยด์ที่พบในใบยาสูบและเป็นสาเหตุให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการเสพติด การเสพติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากเทียบเท่ากับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น เฮโรอีน และโคเคน บุหรี่หนึ่งมวนมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 มิลลิกรัม บุหรี่ก้นกรองไม่ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 10 วินาที แพร่ไปทั่วร่างกายรวมทั้งสมอง ไปกระตุ้นตัวรับชนิดพิเศษที่เรียกว่า cholinergic receptors ซึ่งพบได้ในสมองหลายส่วนรวมทั้งกล้ามเนื้อ ต่อมอะดรีนัล หัวใจ และอวัยวะอื่น ๆ โดยปกติตัวรับนี้จะถูกกระตุ้นโดยสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งคือ อะซิติลโคลีน แล้วมีบทบาทเกี่ยวกับการหายใจ รักษาอัตราการเต้นของหัวใจ ความจำความกระปรี้กระเปร่า และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แต่เนื่องจากโครงสร้างทางเคมีของนิโคตินคล้ายกับอะซิติลโคลีน นิโคตินจึงกระตุ้น cholinergic receptors และทำลายการทำงานที่ตามปกติของสมองการเสพติดนิโคตินเป็นประจำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนของ cholinergic receptors และความไวของตัวรับนี้ต่อนิโคตินและอะซิติลโคลีนทำให้เกิดการติดนิโคติน ดังนั้นผู้เสพติดนิโคตินจึงต้องการนิโคตินไปให้สมอง เพื่อให้สมองทำหน้าที่ได้ตามปกติ หากระดับนิโคตินลดลง ผู้เสพติดจะรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน

กลไกอีกอย่างหนึ่งของการเสพติดนิโคตินคือ ไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดพามีนในวงจรแห่งความสุขของสมอง โดยมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการเสพติด ผ่านกระบวนการ brain rewarding pathway ซึ่งเป็นกลไกที่คล้ายกับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีนและโคเคน

ระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกเป็นสุขใจ โดยประกอบด้วยสมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ซึ่งจะส่งสารสื่อประสาทคือ สารเคมี ชื่อโดพามีน (Dopamine) ไปยังสมองส่วน nucleus accumbens สารโดพามีนที่สมองมีคุณสมบัติ ทำให้ง่ายกว่ารู้สึกสบาย มีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจ นิโคตินจากควันบุหรี่ที่ผ่านจากกระแสเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางจะออกฤทธิ์ไปกระตุ้น brain rewarding pathway โดยจับกับตัวรับของมันคือ nicotine receptor ที่อยู่บนปลายประสาทของ VTA มีผลทำ

ให้มีการหลั่งโดพามีนออกมามากขึ้น ดังนั้น จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีความรู้สึกสบายใจ มีแรงจูงใจอยากทำงานมากขึ้น และลดความอยากอาหาร

นอกจากโดพามีนแล้ว นิโคตินยังเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทอื่น เช่น อะซิติลโคลีน กลูตาเมต ซีโรโตนิน เบต้า-เอนโดรฟิน วาโสเพรสซิน นอร์อีพิเนพรีน และแกมมา อะมิโนบิวทิริก แอซิด (GABA) จากปลายประสาทอีกด้วย สารสื่อประสาทเหล่านี้ส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ลดความวิตกกังวล มีสมองแจ่มใส ความจำและสมาธิดีขึ้นและลดความอยากอาหารจึงทำให้เกิดการเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน จะมีอาการดื้อต่อนิโคติน ทำให้ต้องการนิโคตินในปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และหากเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะมีอารมณ์ความรู้สึกในเชิงลบ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า กระสับกระส่าย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ อ่อนแรง หิวบ่อย เป็นต้น เนื่องจากสารสื่อประสาทต่าง ๆ ที่เคยถูกกระตุ้นให้มีจำนวนมากโดยนิโคตินได้ลดจำนวนลง

4. ผลกระทบของบุหรี่

4.1 ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 2-8)

สารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในบุหรี่และในควันบุหรี่ที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งในระยะสั้น ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรสจะทำหน้าที่ได้น้อยลง แสบตา น้ำตาไหล ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมในหลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงานช้าลง ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น เกิดกลิ่นที่นำรังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า และลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปาก และผลกระทบระยะยาว ได้แก่ โรคมะเร็ง ซึ่งนอกจากโรคมะเร็งปอดแล้ว ยังพบว่ามียั่วยุต่อการเกิดโรคมะเร็งของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อีกหลายส่วน ได้แก่ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งริมฝีปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม มะเร็งไต มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรคหัวใจ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษที่ทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เลือดจึงข้นและมีการแข็งตัว จับกันเป็นก้อน และเมื่อก่อนนี้ไปเกาะอยู่ที่เม็ดเลือดแดงบริเวณหัวใจ ทำให้เป็นอันตรายต่อหัวใจ คือ เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือด เนื่องจากสารพิษในบุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น และเมื่อไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด จะทำให้หลอดเลือดตีบซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายคือ สมองขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าตายจนอาจต้องตัดทิ้ง โรคระบบทางเดินหายใจ สารประกอบในควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อบุอวัยวะระบบทางเดินหายใจ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีการติดเชื้อของ

อวัยวะระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคการอุดกั้นทางเดินหายใจเรื้อรัง และมีอาการกำเริบของโรคหอบหืด และวัณโรค โรคระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคแผลในลำไส้เล็ก และมีอาการกำเริบของโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลลึกขึ้นและตกเลือดในกระเพาะอาหาร โรคฟันและเหงือก สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือกและเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันต่างๆ จนอาจต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคมะเร็งเหงือก และโรคเยื่อในช่องปากอักเสบ ผลต่อการตั้งครรภ์ อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะที่ตั้งครรภ์นั้น มีอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์คืออาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกตายในขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ ผลต่อระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่มีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

โดยสรุปแล้ว การสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้น ซึ่งได้แก่ ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรสจะทำหน้าที่ได้น้อยลง แสบตา น้ำตาไหล และความดันโลหิตสูงขึ้น มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น เกิดกลิ่นที่นำรังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปากระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น หนองที่ทำหน้าที่ปิดปากเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมในหลอดลมทำงานช้าลง ส่วนผลกระทบในระยะยาวนั้น ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคฟันและเหงือก ผลต่อการตั้งครรภ์ ผลต่อระบบสืบพันธุ์

4.2 ผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง

นอกจากบุหรี่จะมีพิษต่อผู้สูบแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างหรือที่เรียกกันว่าควันบุหรี่มือสอง มีส่วนผสมของก๊าซที่อยู่ในรูปของควัน และฝอยละอองเล็กๆ ที่ซับซ้อนมีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด เหมือนกับผู้สูบบุหรี่ที่สูดเข้าไป และมีความเข้มข้นมากกว่า เนื่องจากควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการสูดมีอุณหภูมิเผาไหม้ที่ต่ำกว่าและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับออกซิเจนและสารเคมีอื่นๆ ในอากาศมากกว่า ต่างจากควันบุหรี่ที่สูดเข้าไปสารพิษหลายชนิดมีความเข้มข้นมากกว่า ดังนี้ คาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มขึ้น 8 เท่า คาร์บอนมอนอกไซด์ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ทาร์หรือน้ำมันดิน เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า นิโคตินเพิ่มขึ้น 2.7 เท่า และไดเมทิลไนโตรซามีนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งเพิ่มขึ้น 52 เท่า การได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ซึ่งได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับ ไต มดลูก ปากมดลูก โพรงจมูก ท่อปัสสาวะนอก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลอยด์ที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายมากขึ้นถึงร้อยละ 20 (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 16-17) เป็นมะเร็งที่ปอด

เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 และผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน เช่น ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก และหายใจหอบ ในคนที่เป็โรคหอบหืดหรือโรคทางระบบทางเดินหายใจอยู่แล้ว

นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อหญิงมีครรภ์และทารก สตรีที่ได้รับควันบุหรี่ผ่านทางผู้สูบบุหรี่คนอื่น ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือในที่ทำงานก็ได้รับผลกระทบไม่ต่างจากการเป็นผู้สูบเอง สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่จากผู้อื่นมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าเช่นกัน ซึ่งการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งและทารกพิการแต่กำเนิด (Castles, et al., 1999, pp. 208-215) และยังพบว่าอัตราการคลอดและน้ำเดินก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ และทารกตายคลอดยังสูงขึ้นในสตรีที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ด้วย ทารกที่เกิดจากสตรีที่สูบบุหรี่ตลอดการตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักตัวน้อย การที่ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและสารอาหาร ทำให้อัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของทารกแรกคลอดสูงขึ้น (Reeves and Bernstein, 2008, pp. 719-730) ซึ่งหากมารดาตระหนักถึงภัยอันตรายดังกล่าว และหยุดสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ ทารกอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้เล็กน้อย โดยที่ถ้าหากหยุดสูบบุหรี่เร็ว ก็จะช่วยส่งผลดีต่อทารกในครรภ์มากขึ้นเท่านั้น (Schneider, et al., 2010, pp. 81-90)

เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหุ้ชั้นกลาง อักเสบ หูน้ำหนวกเพิ่มขึ้น 3 เท่าในช่วงขวบปีแรก เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 57 และการได้รับควันบุหรี่มือสองยังเป็นปัจจัยเสริมให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจรวมทั้งการเป็นโรคปอดเรื้อรังชนิดต่างๆ เมื่อโตขึ้นอาจมีพฤติกรรมบกพร่อง เนื่องจากระบบประสาทผิดปกติ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 18)

4.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ

4.3.1 ความสูญเสียที่สามารถคำนวณได้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือประมาณ 11.0 บาท และผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันจะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. 2547 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 9.6 ล้านคน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันถึงห้าหมื่นกว่าล้านบาทต่อปี (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 4) นอกจากนั้น จากผลการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขฯ ฟ้าลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2552 โดยศึกษาค่าใช้จ่ายในขนาดตทาง ด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายในโรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคมะเร็งปอด ทั้งหมด/คน/ปี อยู่ที่ 13,640.58 บาท, 32,762.05 บาท และ 100,041 บาท ตามลำดับ (สถิกร พงษ์พานิช, 2552)

4.3.2 ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้ ได้แก่ เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ, 2547)

4.3.3 ความสูญเสียที่ไม่สามารถจะคำนวณได้ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ที่ป่วยและ/หรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ความรำคาญและความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551, หน้า 10)

4.4 ผลกระทบของบุหรี่กับสังคม

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย มีราคาถูกกว่าสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ เมื่อมีการติดบุหรี่แล้วมักเป็นหนทางที่นำสู่การทดลองใช้สารเสพติดชนิดอื่นตามมา โดยร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชา และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้า จะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อน ดังนั้นจะเห็นว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะสามารถนำสู่ปัญหาเรื่องยาเสพติดชนิดต่างๆ ซึ่งจะสร้างปัญหาต่อสังคมตามมาเป็นอันมาก (รัชนา ศานติยานนท์, บุชบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยพรหม, 2550, หน้า 169)

4.5 ผลกระทบของบุหรี่กับสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากการปลูกใบยาสูบจะต้องมีการใช้สารเคมีในการฆ่าวัชพืชและแมลง ทำให้เพิ่มสารพิษตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้สูบบุหรี่ อีกทั้งควันจากบุหรี่ยังมีส่วนทำให้เพิ่มก๊าซพิษให้กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณสถานที่แออัดและในห้องที่มีการใช้เครื่องปรับอากาศ การสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรกเนื่องมาจากการทิ้งก้นบุหรี่ไม่เป็นที่ ถ้าผู้สูบบุหรี่ขาดความระมัดระวังในการทิ้งบุหรี่ ก็จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดไฟไหม้ในอาคารบ้านเรือน และการเกิดไฟฟ้า (รัชนา ศานติยานนท์, บุชบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยพรหม, 2550, หน้า 170) ซึ่งจะสร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ

โดยสรุปแล้ว การสูบบุหรี่มิได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้นยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลรอบข้าง และ ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งประเทศชาติดังนั้นการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการแก้ไขปัญหามานานหลายๆ ด้าน เช่น การลดปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ การลดอัตราการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่

หรือการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่มือสอง การลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งในระดับบุคคลครอบครัว และ ประเทศชาติ ลดปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อมที่จะเกิดตามมา

5. ปัจจัยและพฤติกรรมของการสูบบุหรี่

กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2551, หน้า3-4) กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรี่ จะคล้ายกันทั่วโลก ตั้งแต่วัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่มีปัจจัยหลัก คือ 1) มีคนในบ้านสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดา มารดาสูบ เพราะเห็นการสูบบุหรี่ในบ้านมาแต่เด็กจึงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือวัยรุ่นหลายคนจะตามอย่างญาติพี่น้องคิดว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ ความเป็นชาย มีงานวิจัยพบว่า ถ้าบิดา/มารดาสูบบุหรี่ จะทำให้ลูกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่สูงขึ้น ถึง 3 เท่า 2) อิทธิพลของสื่อโฆษณาโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสูบบุหรี่ของดาราดังในภาพยนตร์หรือโทรทัศน์ 3) ความอยากรลอง เยาวชนไทยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 38.4 เริ่มสูบบุหรี่ เพราะความอยากรลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่ความอยากรลองเป็นเรื่องที่ทำนาย น่าตื่นเต้นและสนุกสนาน

สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (2543, หน้า 34) กล่าวถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่คล้ายๆ กัน ดังนี้

1. ค่านิยมทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็รองรับเช่นกัน
2. ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตรกรณีนี้มักใช้ร่วมกับการดื่มสุรานิงานเลี้ยง
3. การเลียนแบบ เด็ก ๆ มักริเริ่มโดยเลียนแบบจากเพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง
4. ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ เกือบเงิน หรือไม่ทราบว่าจะทำอะไร ก็จะควักบุหรี่ออกมาสูบ
5. การใช้ฤทธิ์ของนิโคติน เป็นยากล่อมอารมณ์ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการกล่อมอารมณ์ เมื่อนิโคตินลดลงเพราะการขับถ่ายหรืออารมณ์โกรธอื่น ๆ จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อให้นิโคตินอยู่ระดับเดิม ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ

ทอมกินส์ (Tomkins) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้ (Tomkins, 1983 อ้างอิงใน สรายุทธ นามเมือง, 2546, หน้า 25-27)

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะมีการติดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้จุดบุหรี่ก็จะคาบไว้ที่ปากเฉยๆ จะมีบุหรี่อยู่ติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะเป็นไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะทำประจำวัน

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive Affect Smoking) แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นสูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บุคคลกลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พุ่งออกมาจากปากและจมูก

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative Affect Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์ หรือเมื่อมีเหตุการณ์ หรืออยู่ในสภาพการณ์ใด สภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกตื่นตัว หวาดกลัว มีความสุข ความเศร้า เจ็บป่วย อยู่คนเดียว หรือขณะขับรถ เป็นต้น

4. พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive Smoking) บุคคลกลุ่มนี้เป็นพวกติดบุหรี่ถือว่า บุหรี่คือสิ่งจำเป็น จะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยให้สบายใจขึ้น มีความพอใจช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยให้บรรเทาภาวดีและคิดอะไรออก

ฉันทาย สิทธิพันธุ์ (2552, หน้า 25) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่มี 3 ประการ คือ ปัจจัยทางร่างกาย (การเสพติดสารนิโคตินในควันบุหรี่), ปัจจัยทางจิตใจ (เช่น ความชอบ ความเครียด บุคลิกภาพ ทักษะคติ), ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม (เช่น เพื่อนฝูง สิ่งแวดล้อม ที่ทำงาน ความเคยชิน)

โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ 1) ปัจจัยทางร่างกาย ได้แก่ การเสพติดสารนิโคตินในควันบุหรี่ 2) ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความชอบ ความเครียด บุคลิกภาพ และทักษะคติ 3) ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม ได้แก่ เพื่อนฝูง สิ่งแวดล้อม ที่ทำงาน ความเคยชิน ดังนั้นการดำเนินการเพื่อช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ จะต้องให้ให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนรับทราบปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้พวกเขาสูบบุหรี่ เพื่อที่จะได้หาวิธีป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างเช่นที่เคยเป็น จนนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ในที่สุด

6. ผลของการเลิกสูบบุหรี่

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2552, หน้า 23) ได้กล่าวถึงผลดีต่อสุขภาพหลังจากระยะเวลาเลิกสูบบุหรี่ ไว้ดังนี้

1. ภายใน 20 นาที ความดันเลือดและชีพจรจะเต้นช้าลง

2. ภายใน 12 ชั่วโมง ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดจะจะเริ่มลดต่ำลง
 3. ภายใน 24 ชั่วโมง ปอดเริ่มสามารถขับเสมหะและฝุ่นผงต่าง ๆ จากการสูบบุหรี่
 ออกจากปอดได้

4. ภายใน 48 ชั่วโมง ความสามารถในการรับรสและกลิ่นจะดีขึ้น
 5. ภายใน 72 ชั่วโมง รู้สึกหายใจโล่งขึ้น มีเรี่ยวแรงดีขึ้นกว่าเดิม
 6. ภายใน 2 สัปดาห์ - 3 เดือน ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดความเสี่ยงในการ
 เกิด Acute coronary syndrome

7. ภายใน 3 - 9 เดือน อาการไอและหอบเหนื่อยลดลง สมรรถภาพปอดดีขึ้น
 กว่าเดิมร้อยละ 10

8. ภายใน 1 ปี เดือน ความเสี่ยงในการเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
 เจียบพลัน (Acute coronary syndrome) ลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่อยู่

9. ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular
 accident or Stroke) จะลดลงจนเกือบเท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่

10. ภายใน 10 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งของ
 ผู้ที่สูบบุหรี่

11. ภายใน 15 ปี ความเสี่ยงในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เจียบพลัน (Acute
 coronary syndrome) ลดลงมาเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

รศ.นันทกร เคียนทอง (2546, หน้า 15-16) ได้กล่าวถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ มีทั้งหมด
 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย

1.1 ทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 และต่อมรับรสทำงานได้ดีขึ้นจนเข้าสู่ปกติ
 ทำให้มีความสุขในการรับประทานอาหารมากขึ้น

1.2 สุขภาพโดยรวมแข็งแรงขึ้น การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้ผิวพรรณสดใส
 มีน้ำมีนวล

1.3 พ้นจากระยะขาดและลมหายใจสะอาดสดชื่น

1.4 ลดอาการไอมีเสมหะ

1.5 ปัญหาต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เช่น ไอ แสบเคืองตา ตาแดง ปากแห้ง ลิ้นแตก
 เป็นสีน้ำตาล ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอกหายไป

1.6 ลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน หลอดลมอักเสบ
เหงือกอักเสบ และมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ

1.7 สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น

2. ด้านสังคม

2.1 มีเวลาให้กับการเรียนหนังสือหรือการทำงานมากขึ้น

2.2 ไม่ทำให้คนอื่นรำคาญโดยการพ่นควันรดหน้าผู้อื่น หรือทำให้เสื้อผ้าผู้อื่น
เหม็นหรือไหม้

2.3 ไม่มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก ลมหายใจสะอาด

2.4 ไม่มีกลิ่นเหม็นบุหรืตามเสื้อผ้าอีกต่อไป

2.5 ไม่ทำให้ทรัพย์สินเสียหายโดยประมาณจากไฟไหม้

2.6 สามารถมีความสุขอยู่ในสังคม โดยไม่ต้องแยกตัวออกมาเพื่อสูบบุหรื
ภายนอกบริเวณงาน

2.7 ทำให้เป็นผู้ฟังที่ดี เพราะไม่ต้องขัดจังหวะด้วยการออกไปสูบบุหรื

2.8 ได้รับการต้อนรับอย่างอบอุ่นและยินดีจากครอบครัวและเพื่อน ๆ

3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1 ประหยัดเงินทางตรงที่ต้องใช้ซื้อบุหรื

3.2 ประหยัดเงินทางอ้อมที่ต้องใช้ดูแลสุขภาพ ค่าเสียหายอื่น ๆ

3.3 สามารถนำเงินค่าบุหรืมาลงทุนและได้รับผลกำไรจากเงินนั้น

3.4 ไม่ต้องสูญเสียเงินก้อนใหญ่เพื่อนำมารักษาโรคจากการสูบบุหรื

4. ด้านจิตใจและอารมณ์

4.1 มีความสุขกับการใช้จ่ายเงินอย่างฉลาดได้ประโยชน์จากสิ่งที่ต้องการ

4.2 มีความมั่นใจในตัวเองสูงขึ้นในการแก้ปัญหา

4.3 รู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จ แสดงถึงพลังจิตอันเข้มแข็ง

4.4 มีความสุขและภาคภูมิใจที่ได้เป็นคนหนึ่งที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเยาวชน

และสังคม

4.5 สามารถมองอนาคตได้อย่างมั่นใจ

4.6 ไม่ต้องมีความรู้สึกผิดอีกต่อไป

4.7 ความกังวลกระสับกระส่ายน้อยลง

4.8 มีความรู้สึกสง่าเต็มภาคภูมิใจ ไม่ต้องถูกปรักปรำ หรือกล่าวโทษอีกต่อไป

ดังนั้น การจะช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือการทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดมีอะไรบ้าง เช่น ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้เลิกสูบบุหรี่

7. ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

มูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (อ้างอิงใน ราชันกร เคียนทอง, 2546, หน้า 18-19) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ มีดังนี้

1. เพราะคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้คลายเครียดได้ ความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่จะบอกกับตนเองเสมอว่า เมื่อสูบบุหรี่แล้วจะคลายเครียดได้ แต่ในความเป็นจริงสารพิษในบุหรี่โดยเฉพาะนิโคตินจะทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น
2. เพราะคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้ ความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับสมองและร่างกาย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุหรี่ มีบุคคลจำนวนมากที่สามารถทำงานได้ดีโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งบุหรี่
3. เห็นผู้สูบบุหรี่บางคนอายุมากแล้วแต่ยังแข็งแรงดี จากสถิติพบว่าคนที่สูบบุหรี่ไม่ทุกคนที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตาม 1 ใน 4 ของผู้ที่สูบบุหรี่จะป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
4. เพราะคิดว่าบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำไม่มีอันตราย ในทางปฏิบัติพบว่าการลดทาร์และนิโคตินทำให้รสชาติบุหรี่เสียไป ดังนั้นเพื่อคงรสชาติของบุหรี่ ผู้ผลิตจำเป็นต้องผสมสารปรุงแต่งรสจำนวนมาก สารที่เพิ่มเข้าไปหลายชนิดจะก่อให้เกิดมะเร็งได้ เมื่อผู้สูบบุหรี่สูบบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำ ขณะที่ร่างกายต้องการนิโคตินในปริมาณเท่าเดิม ผู้สูบจะปรับตัวด้วยการสูบบุหรี่มากขึ้น และสูดควันเข้าไปลึกมากขึ้น เพื่อให้ได้ระดับนิโคตินในเลือดที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
5. สูบบุหรี่โดยใช้อุปกรณ์กรองควันบุหรี่ อุปกรณ์เหล่านี้อาจจะสามารถกรองส่วนประกอบของควันบุหรี่ที่เป็นอนุภาคใหญ่บางส่วนได้ แต่ส่วนประกอบที่เป็นอนุภาคเล็กๆ และเป็นควันจะผ่านเครื่องกรองไปได้ และสารพิษส่วนใหญ่รวมทั้งนิโคตินและสารก่อมะเร็งจะอยู่ในรูปควัน เครื่องกรองจึงช่วยได้น้อยลง
6. สูบบุหรี่มีกันกรอง กันกรองไม่ทำให้บุหรี่ปลอดภัยขึ้น แต่อาจจะลดอันตรายลงบ้างขึ้นกับว่าผู้สูบบุหรี่สูดควันบุหรี่เข้าไปลึกเพียงใดและบ่อยแค่ไหน
7. คิดว่าสูบบุหรี่ลดลงในระดับที่ปลอดภัย ในผู้ที่หยุดโดยวิธีค่อย ๆ ลดจำนวนการสูบบุหรี่ให้น้อยลง ส่วนใหญ่จะไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้



โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เกิดจาก ความเชื่อที่คนคิดที่ไม่ถูกต้อง มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ เช่น เพื่อนใกล้ชิดยังสูบบุหรี่อยู่ และการดื่มสุรา ทำให้ขาดสติยับยั้งชั่งใจที่จะงดสูบบุหรี่ มีภาวะเครียด ดังนั้นการจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบฯ ได้นั้น จำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้อง ได้แก่ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พิษภัยของบุหรี่ ผลเสียของการสูบบุหรี่ ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ อุปสรรคที่ทำให้การเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ

8. วิธีการเลิกสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การติดบุหรี่ (Tobacco Dependence) เป็นโรคเรื้อรัง อย่างหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ (remitting and relapsing) คล้ายกับโรคทางกายอื่นๆ ที่ทุกคนคุ้นเคยกันดี เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเป็นระบบ พร้อมกับมีการประเมินผลและติดตามอาการเป็นระยะๆ เช่นเดียวกับโรคอื่นๆ

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ (2550, หน้า 465) กล่าวว่า การเลิกสูบบุหรี่มีหลายวิธี แต่โดยทั่วไป แบ่งได้เป็น 4 วิธีใหญ่ๆ คือ

1. การหักดิบหรือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งประสบความสำเร็จเพียงร้อยละ 5-7
 2. การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมนาบัดซึ่งประสบความสำเร็จร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี
 3. การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งประสบความสำเร็จร้อยละ 10 - 30 ที่ระยะเวลา 1 ปี
 4. การใช้วิธีที่ 2 และ 3 ร่วมกัน ประสบความสำเร็จร้อยละ 30 - 40 ที่ระยะเวลา 1 ปี
- จะเห็นได้ว่าวิธีการใช้พฤติกรรมและจิตสังคมนาบัด ร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ นั้นเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2553, หน้า 33, 495) กล่าวว่า การดูแลรักษาโรคติดบุหรี่นั้น แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ได้แก่ 1) การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ และ 2) การรักษาโดยใช้ยา ซึ่ง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาที่เป็นกลุ่ม First - line ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยๆ ได้แก่ ยากลุ่มนิโคตินทดแทน และกลุ่มที่ไม่ใช้สารสกดนิโคติน ส่วนอีกกลุ่มหนึ่ง คือ second-line นั้นส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าและมีผลข้างเคียงสูง เช่น Clonidine, Nortriptyline เป็นต้น

ดังนั้น พอสรุปได้ว่าวิธีการเลิกสูบบุหรี่สามารถแบ่งได้ 3 วิธี คือ 1) การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมนาบัดประกอบด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาใน

รูปแบบต่าง ๆ และการหักดิบหรือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง 2) การรักษาโดยการฉายา และ 3) การรักษาโดยใช้วิธีผสมผสาน ระหว่างการใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด ร่วมกับการฉายา

9. การวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของไบโอสูปอย่างไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 ก๊าซนี้จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ดังนั้นร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่จึงได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปให้อวัยวะต่าง ๆ ลดลง มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ และถ้าได้รับก๊าซนี้จำนวนมาก จะทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ พบว่าทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนน้อย และเด็กที่เกิดมา จะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรม (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550, หน้า 146)

ปัจจุบัน มีการศึกษาระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจกันหลายชิ้น เช่น การศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมเพื่อใช้แบ่งระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก เพื่อบอกสถานะการสูบบุหรี่ ในประชากรผู้ใหญ่ของจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย พบว่าสถานะการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ในลมหายใจออก พบว่าจุดตัดแบ่งระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออกที่เหมาะสมในกลุ่มอายุมาก คือ 7 ส่วนในล้านส่วน ขณะที่กลุ่มอายุน้อย เป็น 8 ส่วนในล้านส่วน (สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา และอมรรัตน์ รัตนศิริ, 2551, หน้า 1676) ได้สำรวจข้อมูลการตรวจวัดปริมาณ Breath carbon monoxide (BCO) โดยใช้เครื่องเป่า smokerlyzer ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 6-12 ชั่วโมง มีค่า BCO เฉลี่ย 14.8 ppm. กลุ่มผู้สูบบุหรี่นานกว่า 12 ชั่วโมง มีค่า BCO เฉลี่ย 9 ppm. กลุ่มที่เลิกแล้วหรือกำลังเลิกไม่เกิน 3 เดือน มีค่า BCO เฉลี่ย 6.2 ppm. เมื่อศึกษาถึงจำนวนความถี่ของการสูบบุหรี่ก่อนการตรวจวัดค่า BCO พบว่าผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 10-19 มวนต่อวันมีค่า BCO เฉลี่ย 23.6 ppm. ผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 1-9 มวนต่อวันมีค่า BCO เฉลี่ย 16.4 ppm. ผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน มีค่า BCO เฉลี่ย 17.8 ppm. สูบบุหรี่ระหว่าง 1-7 มวนต่อสัปดาห์มีค่า BCO เฉลี่ย 10.7 ppm. ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปริมาณการสูบต่อวันยิ่งมากค่า BCO จะสูงโดยขึ้นกับชั่วโมงการสูบบุหรี่ก่อนการตรวจวัดด้วย (ชาญยุทธ ป้องกัน และคณะ, 2554)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจวัดทักษะการบอมนอกไซติในลมหายใจเช่นเดียวกัน เพื่อทำการตรวจยืนยันการสูบบุหรี่ร่วมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อารียวรรณ อ่วมตานี (2549, หน้า 14-5) ได้ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายทอดโอนอำนาจให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

แรปปาพอร์ท (Rappaport, 1985 อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550, หน้า 379) ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า หมายถึงกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลซึ่งขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีแรงจูงใจที่จะเอาชนะหรือสามารถจัดอุปสรรคเพื่อให้ตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองหรือพึ่งพาคนอื่นได้

โทมัส, เวลแฮร์สและสฟริสเซอร์ (อารียวรรณ อ่วมตานี, 2549, หน้า 14-5) ให้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ เป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพของบุคคลเพื่อทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงานหรือขององค์กร

กิบสัน (Gibson, 1991 อ้างอิงใน อารียวรรณ อ่วมตานี, 2549, หน้า 14-5) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

นิตย ทัศนนิม (2554, หน้า 23) ให้ความหมาย พลังอำนาจ ว่า คือกระบวนการพัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหา นั่นคือ ถ้าต้องการสร้างพลังอำนาจก็ต้องให้โอกาสคนได้ลงมือแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือร่วมกันแก้ปัญหา ส่วนปัญหาจะแก้ได้สำเร็จหรือไม่ ไม่ใช่ประเด็นสำคัญแต่ใน

กระบวนการแก้ปัญหาจะทำให้คนเกิดการเรียนรู้ การตระหนักรู้ และจะนำไปสู่ความรู้สึกมีพลังอำนาจในที่สุด

จากแนวคิดความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยหรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเอง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย

2. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคลเพื่อบ่มเน้นการแก้ปัญหา โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้พยาบาล และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล (Gibson, 1991 อ้างอิงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549, หน้า 14-27) ต่อมากิบสันได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง จากผลการวิจัยดังกล่าว กิบสัน ได้สรุปรูปแบบกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995 อ้างอิงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549, หน้า 28-30) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความ เป็นจริงได้ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจ คิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสมืออาชีพที่ดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย การคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิดรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามแพทย์

พยาบาล ผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า ความวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่า ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล สามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาดตนเองขึ้น ช่วยให้ออกมามองปัญหา ประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธี ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้อง

กับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้ และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้ ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมอภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือแก้ไขปัญหา เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน การที่บุคคลจะผ่านแต่ละขั้นตอน บุคคลต้องมีพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่างๆ มาช่วยกันสร้างเสริมแรงใจ ให้บุคคลรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาให้ได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรได้ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นข้อค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มซึ่งต้องมีการพัฒนาโดยอาศัยการวิจัยเชิงปริมาณก่อนนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวมาใช้เป็นแนวคิด (Concept) ที่ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ต่อไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น กิบสัน (Gibson, 1995, pp. 1209-1210) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ได้แก่ 1) ค่านิยม (value) เกี่ยวกับความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีความรักตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) ความเชื่อ (beliefs) การที่มีความเชื่อที่ดี จะส่งผลให้เกิดความหวัง การมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี ทำให้เกิดพลังใจในการที่จะแสวงหาวิธีการที่ดีที่สุด 3) ความตั้งใจหรือเป้าหมายในชีวิต (determine) เกิดจากการที่มีพลัง ความเข้มแข็งและมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย และ 4) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ใน

สถานการณ์ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาเรียนรู้ซึ่งจะช่วยให้มีแนวทางในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ได้

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factors) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้แก่ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต เจ้าหน้าที่ที่มอบคุณภาพ และบุคคลที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกันซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้มีความรู้ มีกำลังใจ ช่วยให้บุคคลมีพลังผลักดันที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองได้นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีบรรยากาศของการดูแลช่วยเหลือ มีปัจจัยด้านบุคคลที่มีความร่วมมือกัน ปัจจัยด้านปรัชญาและความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจ ส่วนปัจจัยด้านเวลานั้นในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นได้นั้นจะต้องอาศัยระยะเวลาที่ค่อนข้างยาวนาน เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง (Havens and Mills; Hotter อ้างอิงใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542, หน้า 26) โดยระยะเวลาของการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีได้เมื่อประเมินผลในระยะยาวประมาณ 3 เดือนหรือมากกว่า 2 ปีดาขึ้นไป (Heflinger, et al. อ้างอิงใน สมคิด ตีรารักษ์, 2545) จากการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542, หน้า 27) ที่ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคลล้วนมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งสิ้น แต่อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของความแตกต่างของบุคคลแต่ละราย จึงเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งสองดังที่ได้กล่าวมา ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งไม่ว่าจะเกิดจากปัจจัยใดก็ตาม ควรให้ความสำคัญ ทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่างๆ เหล่านั้น จะช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพชีวิตของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1995, p.1208) ที่ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นกระบวนการภายในบุคคล (intrapersonal process) จะทำให้มีการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ว่าสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้านคือ 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง จากประสบการณ์จะทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นได้ 2) มีความพึงพอใจในตนเอง เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จะนำไปสู่ความมั่นใจและมีกำลังใจมากขึ้น 3) การพัฒนาตนเอง จะช่วยให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่

เหมาะสม ทำให้รู้สึกมั่นใจในความสามารถมากขึ้น 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเองโดยที่รับรู้ในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหา สามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ มีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมมากขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดการนับถือตนเอง (self-esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (personal control) และความสามารถแห่งตน (self-efficacy) (Zimmerman, 1995, p.588)

นอกจากนี้การศึกษาของ เอลลิส-สโตลและพอปเคส-วาวเตอร์ (Elliss- Stoll and Popkess-Vawter, 1998 อ้างอิงใน ดวงเดือน เนตรกระจ่าง, 2551, หน้า 31) พบว่า ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ยังทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (self-determination) ยังพบว่ามีการศึกษาของพนาร์ตัน เจนจบ (2542) ที่ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเองภายหลังจากผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้มีการพัฒนาตนเองในการคิดวิเคราะห์และทำความเข้าใจในปัญหาของตนเอง มีความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ในการประยุกต์ความรู้ต่อการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในตนเอง จะพบว่าผลลัพธ์ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางบวกซึ่งทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในความสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ที่มีอิทธิพลเหนือตนเองได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ซึ่งต่อมาจะมีการประยุกต์โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับกลุ่มมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในกลุ่มบุคคลมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน จะทำให้นักศึกษเกิดการพัฒนาตนเองและสามารถควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลเหนือตนเอง จนก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิคการให้คำปรึกษา โดยมีระยะเวลาในการทำโปรแกรมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการสูบบุหรี่ของตนเอง โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูบบุหรี่ด้วยกันเอง และผู้สูบบุหรี่กับผู้วิจัย หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่ ผลเสียของการ สูบบุหรี่ ระดับการติดสารนิโคตินของตนเอง ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของตนเอง เหตุการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้ตนเองสูบบุหรี่ 2) กิจกรรมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ กลุ่มตัวอย่าง คำนวณรายจ่ายที่ใช้ในการสูบบุหรี่ และแสดงความคิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีลดหรือเลิกสูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ เสนอทางเลือกโดยการให้

ความรู้ถึงขั้นตอนการเลิบบุหรี่ สร้างทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือก และ กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และ 4) กิจกรรมสนับสนุนการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยการเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 และการติดตามประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 6 และ 7

เทคนิคและรูปแบบการให้คำปรึกษา

1. เทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทั้งคุณลักษณะของการเป็นที่ปรึกษาที่ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา มีความรู้เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา เรียนรู้เทคนิคและพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม อรรถพรณ ลีอนุญวัชชัย ได้กล่าวถึง เทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพไว้ (2553, หน้า 71-72) ดังนี้

1.1 สัมพันธภาพการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะใช้ทฤษฎีใดก็ตาม สิ่งสำคัญที่ถือเป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาก็คือ "สัมพันธภาพ" ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การสร้างบรรยากาศที่ดี (Rapport) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นเป็นกันเอง มีความจริงใจ แสดงออกถึงความสนใจในปัญหาของผู้มารับบริการอย่างจริงจัง ต้องไวต่ออารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของผู้รับคำปรึกษาสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกสบายใจ ไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา

1.2 การยอมรับ (Acceptance) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษา โดยไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าผู้รับคำปรึกษาจะอยู่ในสภาพอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไร จะต้องให้ความเคารพนับถือในสิทธิและคุณค่าของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นถึงความปรารถนาและความจริงใจที่จะช่วยเหลือ

1.3 ความเข้าใจ (Understanding) เป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องพยายามติดตามทำความเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิด และสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามจะบ่งบอกให้ทราบทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

1.4 การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามนำความรู้สึกของตนเข้าถึงผู้รับคำปรึกษาด้วย เป็นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถที่จะรับรู้และบรรยายถึงความคิดของผู้รับคำปรึกษาได้

1.5 การแสดงความเอาใจใส่ (Attentiveness) เป็นท่าทีและบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ และอาศัยทักษะในการฟังและสังเกตติดตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะนำไปสู่บรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี

1.6 ความเชื่อ (Beliefs) ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ ถ้าเขาอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม และเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนย่อมต้องการมีอิสระที่จะคิดและทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

2.2 กลวิธีในการให้คำปรึกษา

นอกจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาแล้ว ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาควรจะมีทัศนคติเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ของการให้คำปรึกษา เพื่อสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย (2553, หน้า 72- 75) ได้รวบรวมและสรุปไว้เป็นแนวทางเพื่อนำไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview) ในระยะแรกผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาทั้ง 2 ฝ่าย อาจจะยังมีความรู้สึกใหม่ต่อกันหรือรู้สึกตื่นเต้น ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเริ่มต้นไม่ถูก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องหาทางสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายอบอุ่น เป็นกันเองและใช้คำถามเริ่มต้นนำการสนทนา ด้วยการทักทายด้วยเรื่องทั่วไปก่อน

2. การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากผู้รับคำปรึกษา หรืออาจใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตัวเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และยอมรับตนเอง ในการตั้งคำถามควรใช้คำถามในลักษณะกลางๆ และเป็นคำถามปลายเปิด จะดีกว่าการใช้คำถามปลายปิดที่จำกัดคำถาม

3. การซักถามตรงๆ (Probing) เป็นการตั้งคำถามตรงที่ปัญหาเพื่อถามข้อมูล กลวิธีนี้ใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามเลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหา ตลอดเวลา การใช้วิธีนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังไม่ให้ฟังเพื่อย เพราะการรีบเร่งกระบวนการให้คำปรึกษาเร็วเกินกว่าที่ผู้รับคำปรึกษาจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาเขา จะทำให้สัมพันธภาพล้มเหลว การซักถามตรงๆ นี้ ถือเป็นกลวิธีให้คำปรึกษาแบบนำทาง

4. การเสนอแนะ (Suggestion) วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้บ่อย เพราะผู้รับคำปรึกษามักเข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษา เพื่อหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะต่างๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้คำปรึกษานั้นจะต้องหาวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักนำตนเอง มีวินัยในตนเอง และจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มากกว่าการเสนอการแก้ปัญหาให้โดยตรง

5. การตีความหมาย (Interpretation) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวบางอย่างที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวไปแล้ว การตีความหมายจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น โดยที่ผู้รับคำปรึกษายังคิดไม่ถึง และถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาคิดจะมีประโยชน์มาก

6. การเงียบและการฟัง (Silence and Listening) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องราวของตน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีเงียบเพื่อคอยฟังเรื่องราวต่างๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรวิตกกังวลว่าบรรยากาศจะเงียบเกินไป และไม่จำเป็นต้องหาวิธีทำลายความเงียบ เพราะจะเป็นการขัดขวางความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาที่กำลังนึกคิดทบทวนเรื่องราวอยู่ แต่ต้องดูจังหวะไม่ทิ้งช่วงจนเกิดความเงียบนานเกินไป

7. การให้ความกระจ่างแจ้ง (Clarification) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา แสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเข้าใจและแจ่มแจ้งในเรื่องที่เป็นปัญหานั้นๆ โดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ให้ผู้รับคำปรึกษากระจ่างแจ้งและเข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจจะเป็นผลให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้

8. การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval) เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมสนับสนุนหรือให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการคิดและตัดสินใจของเขา อาจแสดงความเห็นชอบด้วย วิธีการนี้เป็นการพัฒนาทักษะในการนำตนเองของผู้รับคำปรึกษา

9. การให้ความมั่นใจ (Assurance) เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องราวของตน จะใช้วิธีนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ในใจ และได้ไตร่ตรองแล้วว่า จะไม่เกิดผลเสียภายหลัง

10. การย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการย้ำและให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียดความกังวลใจ เช่น ผู้รับคำปรึกษาระบายความกังวลใจเกี่ยวกับหัวหน้างาน

11. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ข้อความที่ไม่แสดงความรู้สึกของผู้พูด

มากกว่าเนื้อหาสาระแสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วิธีนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกของตน สามารถแสดงออกด้วยวาจาโดยปราศจากความวิตกกังวล

12. การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตถึงพฤติกรรม กระแสเสียง สีหน้า ท่าทาง ในขณะที่สนทนา จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าใจความรู้สึก และอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้สามารถจับประเด็นปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาแม้กระทั่งคำพูดที่พยายามเน้นบางคำของผู้รับคำปรึกษาย่อมมีความหมายทั้งสิ้น การสังเกตจะช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้รับคำปรึกษาได้เร็วขึ้น

13. การแนะนำ (Advising) เป็นการให้คำชี้แนะโดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาเอง

14. การกระตุ้นให้กำลังใจ (Encouragement) การกระตุ้นให้กำลังใจ มักใช้กับผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ อาจยกตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่เขาเคยทำได้สำเร็จประกอบ

15. การชักชวน (Persuasion) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเห็นของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังมาก อาจเกิดการขัดแย้งได้

16. การท้าทาย (Challenge) วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างเสี่ยง เพราะเป็นการใช้คำพูดในลักษณะ ปฏิเสธ ดุหมั่น ตำหนิ ผู้รับคำปรึกษาจริงๆ เป็นการดูถูกอย่างสุภาพ ผู้ให้คำปรึกษาที่ใช้วิธีนี้จะต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างดีแล้ว

โดยสรุป การใช้ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษาต่างๆ เหล่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะเลือกใช้ตามความถนัดของตน พิจารณาตามสถานการณ์และลักษณะของปัญหาที่พบแต่ละราย ซึ่งทุกขั้นตอนจะต้องอาศัยการฝึกหัดเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและสามารถใช้ได้ทันทีเมื่อถึงจังหวะที่เหมาะสม กลวิธีเหล่านี้เรามักใช้อยู่เสมอในการสนทนาได้ตอบกับบุคคลต่างๆ ในชีวิตประจำวัน แต่ในการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษานั้นจะต้องฝึกหัดใช้ตามจังหวะที่เหมาะสมถูกต้อง ต้องใช้ทั้งเทคนิค การคิด การฟัง การเจียบและการตอบได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จึงนำไปสู่การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553, หน้า 75)

นอกจากนั้น กรองจิต วาทีสาทกกิจ (2552, หน้า 76) กล่าวว่ากระบวนการให้คำปรึกษาเป็นความสามารถร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรืหรือการดำเนินการดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจตัวผู้ให้คำปรึกษา

2. สร้างบรรยากาศอบอุ่นเป็นกันเองให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเขามีมิตรพร้อมที่จะช่วยเหลือ

3. แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือ พุดคุยด้วยความเห็นอกเห็นใจ ไม่หัวเราะเยาะหรือตำหนิในพฤติกรรมที่เคยชินของผู้รับบริการ

4. สร้างเจตคติ และมุ่งมั่นในการลดอุปสรรค

5. ให้ความรู้ถึงโทษ และพิษภัยของบุหรี่ ทั้งทางตรงและทางอ้อม

6. สร้างพลังใจในการเลิกบุหรี่

7. ในวัยค้นหาแนวร่วม เช่น กิจกรรมในโรงเรียน เพื่อนปรึกษาเพื่อน หรือให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

8. จัดหาสิ่งทดแทน เช่น กิจกรรมที่พึงพอใจ การเล่นเกมที่ชอบ ร้องเพลง

9. สร้างความหวัง และเป้าหมายในอนาคต ที่เป็นจริง

10. การให้กำลังใจ

11. การพร้อมที่จะเป็นที่ปรึกษาได้เสมอ

2. รูปแบบการให้คำปรึกษา

กรองทอง วาทีสาธกกิจ (2552, หน้า 120) ได้แบ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เป็น 3 ประเภท คือ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2553, หน้า 75) ได้แบ่งรูปแบบของการให้คำปรึกษา เป็น 2 รูปแบบ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษารายกลุ่ม และได้ให้ความหมาย ของการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) ว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่ผู้มีปัญหา มาพบผู้ให้คำปรึกษา ที่มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษา เพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประสบความสำเร็จในชีวิต โดยเน้นปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ เป็นปัญหาที่เป็นความลับ และส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาด้านอารมณ์ และจิตใจ ต้องใช้เวลาและสถานที่ที่เฉพาะ เป็นส่วนตัว และใช้เทคนิคของการสื่อสารและสัมพันธภาพดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในที่นี้ จะขอกล่าวถึง เฉพาะการให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ ในขณะไปติดตามกลุ่มทดลอง ซึ่ง กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2552, หน้า 120) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นวิธีที่คนสูบบุหรี่ชอบมากที่สุด เพราะเป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคล สองคนมองเห็นหน้ากันสามารถซักถามข้อมูลได้โดยตรงผู้ให้คำปรึกษาสามารถประเมิน ความรู้สึกของ

ผู้สูบบุหรี่ได้ชัดเจน ทั้งทางภาษาพูดและการแสดงออกทางร่างกายและในทางกลับกัน ผู้สูบบุหรี่ก็สามารถมองเห็นความตั้งใจ จริงใจ และความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อเขาสร้างความรู้สึกไว้วางใจและความเชื่อมั่นซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น เป็นวิธีที่บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสใช้มากที่สุด

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการให้คำปรึกษารายบุคคล ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับ กระบวนการตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ซึ่งอยู่ในขั้นตอนที่ 4 ของโปรแกรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ และการให้คำปรึกษา

รัชนีกร เคียนทอง (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากบุหรี่ และพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธิดา จับจิตต์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้มารับบริการ คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มา รับบริการคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลธัญบุรี ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีอายุระหว่าง 18-60 ปี โดย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คืออายุระหว่าง 18-35 ปี และอายุระหว่าง 36-60 ปี สุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มีสมาธิ ตามระดับอายุ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรม แบ่งเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี จำนวน 9 คน และผู้ที่มี อายุระหว่าง 36-60 ปี จำนวน 9 คน เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนการทดลอง, ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ไม่มี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับอายุกับระยะเวลาของการทดลอง, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มารับ บริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ของผู้ที่ มีอายุระหว่าง 18-35 ปี กับผู้ที่มีอายุระหว่าง 36-60 ปี ระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ในระยะหลัง การทดลองน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, พฤติกรรมการสูบ

บุหรีของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ในระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, พฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม ในระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Zheng, et al. (2007) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อการเลิกสูบบุหรีในจีน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้สูบบุหรี จำนวน 225 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 118 คน และกลุ่มควบคุม 107 คน กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี และวิธีการเลิกบุหรี การวางแผนการเลิกบุหรี สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง จำนวน 5 ครั้ง พบว่าหลังเข้าโปรแกรม 6 เดือนกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรีได้ร้อยละ 40.5 มากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001

จิราภรณ์ เนียมกุญชร และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ที่สูบบุหรี จำนวน 50 คน แบ่ง 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน หลังเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี 2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี 3) การให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามประเมินผล พบว่าหลังเข้าโปรแกรม 8 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรีของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรีสูงกว่าก่อนได้รับได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรีที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี และเข้ารับการรักษที่สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 19 คน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคลตามระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้สุศึกษา และการฝึกจิตทำสมาธิ เป็นต้น รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเป็นเวลา 4 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรีสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรีได้คิดเป็นร้อยละ 52.7 มากกว่านั้นภายหลังการทดลองไม่พบ

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่และแรงสนับสนุนทางสังคม แต่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และกลุ่มที่เลิกไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพรัตน์ อ้นอินทร์, วิเชียร มีบุญล้ำ และศักดิ์ชาย วิชัญกุล (2551) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชาย กรณีศึกษา : อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 37 ผลการวิจัย พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมตามแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ 9 กิจกรรม กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิเสธการสูบบุหรี่และความสามารถควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความคาดหวังจากการสูบบุหรี่เชิงบวก และระดับการติดนิโคตินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 56.8 (21 ราย) สามารถลดสูบบุหรี่ได้ทั้งหมด อยู่ในระดับไม่ติดนิโคติน , ติดระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 21.6, 16.2 และ 5.4 ตามลำดับ

เดือนทิพย์ เขษมโสภาส และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด หรือเด็กสุขภาพดี ที่มารับบริการ ที่คลินิกฝากครรภ์ คลินิกหลังคลอด และคลินิกเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลที่สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด 6 โรงพยาบาล จำนวน 166 คน โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และทักษะการให้คำปรึกษา การติดตามผลทางโทรศัพท์ พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2554) ได้ศึกษารูปแบบการติดตามและผลลัพธ์การเลิกบุหรี่ (ทางโทรศัพท์) โดยเปรียบเทียบอัตราการหยุดสูบ (Quit rate) หลังให้คำปรึกษา 5-7 วัน, 14 วัน, 1 เดือน, และ 3 เดือน พบว่าการได้รับการบริการโทรกลับ เพื่อการกระตุ้นประคับประคองป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

ชาญยุทธ ป้องกัน และคณะ (2554) ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลการตรวจวัดปริมาณ Breath carbon monoxide (BCO) โดยใช้เครื่องเป่า smokerlyzer ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 6-12 ชั่วโมง มีค่า BCO เฉลี่ย 14.8 ppm. กลุ่มผู้สูบบุหรี่นานกว่า

12 ชั่วโมง มีค่า BCO เฉลี่ย 9 ppm. กลุ่มที่เลิกแล้วหรือกำลังเลิกไม่เกิน 3 เดือน มีค่า BCO เฉลี่ย 6.2 ppm. เมื่อศึกษาถึงจำนวนความถี่ของการสูบบุหรี่ก่อนการตรวจวัดค่า BCO พบว่าผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 10-19 มวนต่อวันมีค่า BCO เฉลี่ย 23.6 ppm. ผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 1-9 มวนต่อวันมีค่า BCO เฉลี่ย 16.4 ppm. ผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน มีค่า BCO เฉลี่ย 17.8 ppm. สูบบุหรี่ระหว่าง 1-7 มวนต่อสัปดาห์มีค่า BCO เฉลี่ย 10.7 ppm. ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ปริมาณการสูบบุหรี่ยิ่งมากค่า BCO จะสูงโดยขึ้นกับชั่วโมงการสูบบุหรี่ก่อนการตรวจวัดด้วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะพบว่า โปรแกรมที่ช่วยเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ มักจะทำในโรงพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มพระสงฆ์ สำหรับประชาชนทั่วไปที่อยู่ในชุมชนยังไม่พบว่ามีโครงการส่งเสริมให้เลิกบุหรี่เท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน ซึ่งเป็นการดำเนินการเชิงรุก ตั้งแต่การค้นหาผู้สูบบุหรี่ในชุมชนและจัดโปรแกรมเพื่อช่วยให้มีการเลิกสูบบุหรี่

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างอำนาจของ กิบสัน (Gibson)

ดวงเดือน เนตรกระจ่าง (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจำนวน 15 ราย พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์และหลังการได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกัน

สมศักดิ์ ไทจำปา (2552) ได้ศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจและพฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ จำนวน 60 รูป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รูปและกลุ่มควบคุม 30 รูป กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ต่อเนื่องกันภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัยและคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม แจกคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการสูบบุหรี่ ให้คำปรึกษาตามปกติปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าหลังเข้าโปรแกรม 8 สัปดาห์ พระภิกษุสงฆ์ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้อำนาจการควบคุมการสูบบุหรี่

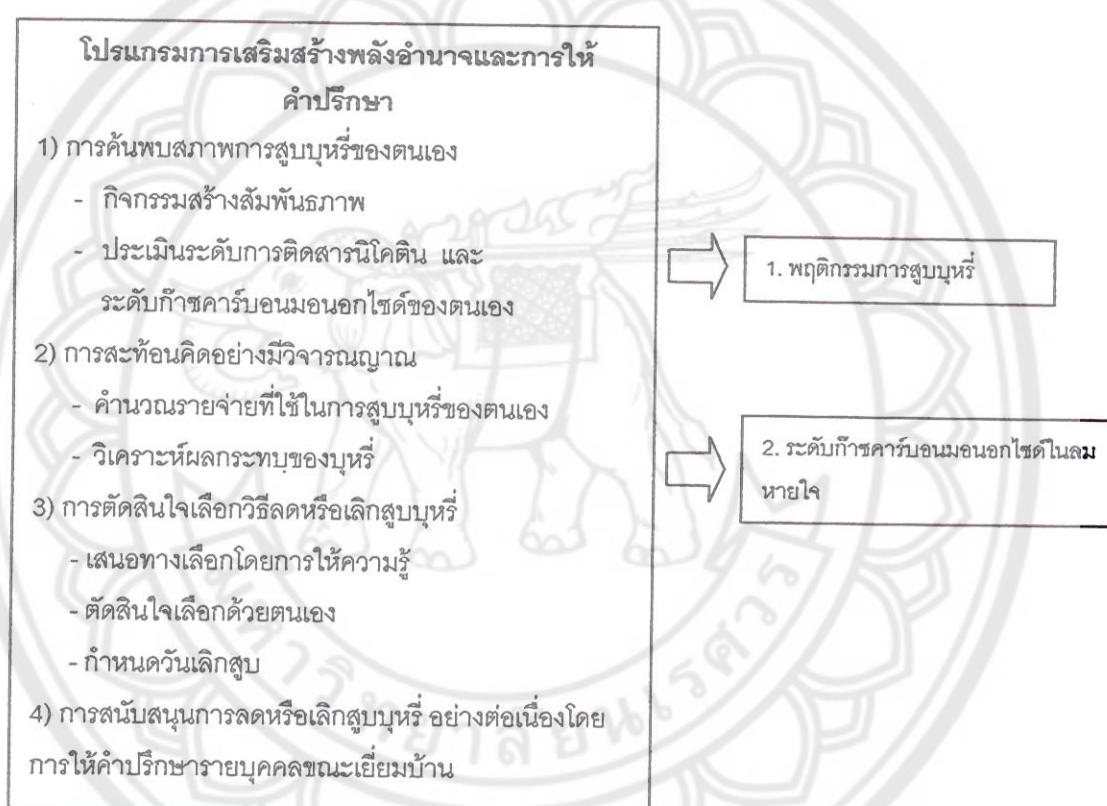
ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 และพฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านการพยาบาลได้ผลดีทั้งในด้านการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้ง การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ แม้ว่าการวิจัยดังกล่าวพระสงฆ์จะมีพฤติกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ดีขึ้น แต่ก็พบว่าจะมีพระสงฆ์เพียง 1 รูป เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าหากจะดำเนินช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชนนั้นกระบวนการตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นยังคงจะใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่น่าจะมีวิธีการอื่นมาใช้ร่วมด้วย เนื่องจากกลุ่มประชาชนทั่วไปนั้นไม่ได้อยู่รวมกันเหมือนพระสงฆ์ การสนับสนุนให้มีหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องค่อนข้างยาก ประกอบกับ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, (2553, หน้า 71- 75) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคลสองคน มองเห็นหน้ากัน สามารถซักถามข้อมูลได้โดยตรงผู้ให้คำปรึกษา สามารถประเมิน ความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่ได้ชัดเจน ทั้งทางภาษาพูดและการแสดงออกทางร่างกาย และในทางกลับกัน ผู้สูบบุหรี่ก็สามารถมองเห็นความตั้งใจ จริงใจ และความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อเขาสร้างความรู้สึกไว้วางใจและความเชื่อมั่นซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเทคนิคการให้คำปรึกษา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็เป็นไปตามสมรรถนะ ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนขั้นสูง ซึ่งต้องมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการให้คำปรึกษา โดยมีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ในสัปดาห์แรก กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ 1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการสูบบุหรี่ของตนเอง โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองประเมิน และรับรู้ระดับการติดสารนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของตนเอง เหตุการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้ตนเองสูบบุหรี่ 2) กิจกรรมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ กลุ่มตัวอย่าง คำนวนรายจ่ายที่ใช้ในการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง 3) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีลดหรือเลิกสูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่เสนอทางเลือกโดยการให้ความรู้ถึงขั้นตอนการเลิกบุหรี่ สร้างทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้กลุ่มตัวอย่าง

ตัดสินใจเลือก และกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และในสัปดาห์ที่ 2-3 กลุ่มทดลอง จะได้รับกิจกรรม ในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมสนับสนุนการลดหรือเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องโดยการให้คำปรึกษา รายบุคคลขณะเยี่ยมบ้าน และใช้คู่มือและแบบบันทึกการให้คำปรึกษาเป็นแนวทางในการให้ คำปรึกษา จากนั้นติดตามประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 6 -7 โดยมี ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิด การวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย