

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดบุหรี่ (Nicotine Dependence) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด เป็นการเสพติดสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในบุหรี่ ซึ่งได้แก่ นิโคติน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่มาก เป็นระยะเวลาานหลายสัปดาห์หรือมากกว่าในเวลาใดเวลาหนึ่ง ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จนกระทั่งมีผลกระทบต่อร่างกาย และการดำเนินชีวิต และจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาบุหรี่เพื่อระคับประคองให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้ (American Psychiatric Association, 2000) โดยสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด ถ้าได้รับในปริมาณน้อยๆ อาจทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, 2550) สาเหตุที่ทำให้คนส่วนใหญ่สูบบุหรี่จนกลายเป็นโรคติดบุหรือนั้นมีอยู่หลายประการ จากการศึกษาของบุปผา ศิริรัศมี พบว่าถ้าคนในครอบครัวมีใครสูบบุหรี่ โอกาสที่จะมีคนริเริ่มสูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 11.3 แต่ถ้ามีจำนวนคนในครอบครัวสูบบุหรี่มากขึ้น ก็จะทำให้โอกาสที่จะมีคนสูบบุหรี่จนติดมากขึ้นเช่นกัน (บุปผา ศิริรัศมี, 2548) มีหลายคนที่สูบบุหรี่เพื่อคลายความเครียด และความทันสมัยของเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบการสูบบุหรี่ รวมทั้งการมีนโยบายการเปิดตลาดการผลิตและการค้าเสรี ทำให้รัฐบาลต้องลดภาษีนำเข้า ส่งผลให้สามารถหาซื้อหรือนำเข้าจากต่างประเทศได้ง่ายขึ้น (Hamann, et al., 2006)

จากรายงานการวิจัยในปี พ.ศ. 2547 พบว่าคนส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นคนที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 15 (ทัศนบุญทอง, สมพร สันติประสิทธิ์กุล, เสาวลักษณ์ วงศ์นาค, พูนทรัพย์ โสภารัตน์ และ รพีพร ขวัญเชื้อ, 2550) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรไทยทั่วประเทศที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 51.2 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 10.9 ล้านคนหรือร้อยละ 22 และในจำนวนผู้สูบบุหรี่แยกเป็น ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ จำนวน 9.5 ล้านคน หรือร้อยละ 87.2 สูบนานๆครั้ง จำนวน 1.4 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และจากรายงานของ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ (2552) ที่พบว่าประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

มีจำนวน 52.62 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 23.75 และในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่นี้ มีผู้ที่อยากเลิกบุหรี่ 7.5 ล้านคน โดย 6.2 ล้านคนมีความพยายามที่จะเลิกในรอบ 12 เดือน ใช้วิธีเลิกด้วยตนเอง ร้อยละ 88.9 ใช้ยาในการช่วยให้เลิก ร้อยละ 10.6 และรับบริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 5.8 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และมีบางส่วนที่อยากเลิกบุหรี่แต่ยังไม่เข้าถึงบริการ

บุหรี่จึงเป็นสาเหตุของโรคต่างๆหลายระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นิโคติน ที่เป็นส่วนประกอบหลักที่อยู่ในบุหรี่ สารพิษชนิดนี้จะเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ โดยเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด มะเร็งในส่วนต่างๆของร่างกาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคในช่องปาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ได้ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง เรียกว่าวันบุหรี่มือสองที่ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่พ่นออกมา (Hamann, et al., 2006) บุหรี่จึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขอีกปัญหาหนึ่งที่ควรตระหนักถึง เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะโรคอันดับสามของคนไทย รองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการดื่มสุรา (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551) นอกจากผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพแล้ว ยังพบว่ามีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจจากการติดบุหรี่ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าการติดบุหรี่ทำให้มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกประมาณ 8 ล้านบาทต่อปี ในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ต่อปี มีประมาณ ร้อยละ 6-15 ของงบประมาณประจำปีด้านการรักษาพยาบาล ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีค่าใช้จ่ายจากการติดบุหรี่ประมาณ 57,380 ล้านบาท และผู้ที่ติดบุหรี่จะมีค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณวันละ 14.5 บาทต่อคน (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) และพบว่าการประเมินและคาดการณ์ค่าใช้จ่ายของโรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอด ระหว่างปี 2546-2550 พบว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงมากกว่ารายรับที่ได้จากการจัดเก็บภาษีบุหรี่ (ประอรนุช ตูลยาพร, 2550-2551)

การติดบุหรี่ในผู้ที่เป็ นโรคติดบุหรืเป็นการติด 3 ทางร่วมกันคือการเสพติดทางร่างกาย (Physiological dependence) การเสพติดทางจิตใจ (Psychological dependence) และการ เสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural dependence) การเสพติดทางร่างกาย (Physiological dependence) คือการที่ร่างกายติดสารนิโคติน เพราะภายในเวลาเพียงแค่ 7 ถึง 10 วินาที ที่สูบบุหรี่ สารนิโคตินก็จะเริ่มส่งผลกระทบต่อสมองโดยทันที ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ กระฉับกระเฉง ขึ้นมาทันทีแต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไป 30 นาที นิโคตินก็จะสลายออกไปจากร่างกายจนหมด และเมื่อนั้น ความรู้สึกเหนื่อย กระสับกระส่าย หงุดหงิด กระวนกระวาย คิดอะไรไม่ออก และความเครียดก็จะเข้ามาแทนที่ จนต้องสูบบวนใหม่ และความต้อ งการนั้นก็จะเพิ่มปริมาณ และ

ความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นอาการติดไปในที่สุด เมื่อหยุดสูบบุหรี่ภาวะเสพติดทางร่างกายจะค่อยๆหายไปในเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ดังนั้นถ้าเราสามารถทนหยุดสูบบุหรี่ได้เพียง 2-3 สัปดาห์ ร่างกายของเราก็จะฟื้นจากภาวะติดบุหรี่ การเสพติดทางจิตใจ (Psychological dependence) คือการสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัย เกิดจากการเรียนรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้หายเครียด เพลิดเพลิน หายเบื่อ สมองแล่น ทำให้เกิดการติดออกติดใจอยากสูบบุหรี่เรื่อยๆจนติดเป็นนิสัยหรือเป็นความเคยชินอย่างหนึ่ง เมื่อไรที่รู้สึกเครียดหรือเบื่อๆก็จะคิดถึงบุหรี่ ภาวะเสพติดทางจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญของ การกลับมาสูบบุหรี่หลังจากเลิกได้แล้ว ดังนั้นผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วยังต้องปฏิบัติตนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆจนเกิดเป็น “นิสัย” หรือเป็นความเคยชินอันใหม่ที่ ไม่มีการสูบบุหรี่ ส่วนการเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural or habit factors) ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมของการติดบุหรี่เช่น สูบเนื่องจากต้องออกงานเลี้ยงหรือสังสรรค์กับเพื่อนซึ่งเคยสูบบุหรี่เหมือนกัน (Social activity) หรือสูบเพราะอยู่ในครอบครัวที่มีแต่ผู้สูบบุหรี่ (Family and cultural practice) (อมรรัตน์ โภธิพรรค, 2551)

การเป็นโรคติดบุหรี่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจากควันบุหรี่มือสองมือสามที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ผลกระทบด้านร่างกายนั้น บุหรี่จัดว่าเป็นสาเหตุหลักอันดับที่สองของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้มากกว่า 25 โรค จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดสูงเป็นอันดับแรก รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ส่วนรายงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือโรคหัวใจเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ตามลำดับ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) ผลกระทบของบุหรี่ที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจนั้น พบว่ามีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต โดยส่งผลให้การหลั่งของสารเคมีในสมองไม่เป็นไปตามปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมคือ หงุดหงิด ไม่ร่าเริงแจ่มใส ก้าวร้าว ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ต่อคนในครอบครัวและคนรอบข้าง เมื่อสะสมมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความเครียด และนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด ผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อยๆส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยคือ หวาดกลัว รู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ลับสน ท้อแท้ในชีวิต เครียด วิตกกังวล รวมทั้งอารมณ์โกรธเกรี้ยวกราดกับผู้อื่น หงุดหงิดง่าย หรือบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม บุหรี่ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 ซึ่งเป็นผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ที่ฆ่าตัวตายจากความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังร้ายแรง

เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เสียความสามารถในการทำงานเนื่องจากเจ็บป่วย บ่อย เข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆรวมทั้งประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หาทงออกของปัญหาไม่ได้ (ทัศนาศา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร กลัมพากร, 2551)

นอกจากนี้บุหรี่ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ เรียกว่า ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีส่วนการเกิดโรคที่ต่ำกว่าผู้ที่ เป็นโรคติดบุหรี่ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับปริมาณของสารพิษที่ได้จากควันบุหรี่ ระยะเวลาที่สัมผัสควัน บุหรี่ และความเข้มข้นในการได้รับควันบุหรี่มือสอง โรคสำคัญ ที่พบบ่อยได้แก่ โรคมะเร็ง ซึ่งมิ ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 โดยเฉพาะมะเร็งปอด (National Cancer Institute, 2009) บุหรี่จัดได้ว่าเป็นสินค้าที่สิ้นเปลือง จึงถือได้ว่ามีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ อีกทั้งยังเป็น การเพิ่มภาระให้กับรัฐบาลที่จะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคที่มี สาเหตุมาจากบุหรี่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น รายรับที่รัฐบาลได้มาจากอุตสาหกรรมบุหรี่ยังจะไม่คุ้มค่า กับภาระรายจ่ายที่รัฐบาลจะต้องสูญเสียไป ในด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศ เกิดภาวะโลกร้อน รวมทั้งเกิดความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมที่เกิดจากการเผาปลุกใบยาสูบ (Hamann, et al., 2006) ส่วนผลกระทบของบุหรี่ในด้านสังคม พบได้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิด จากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการ รักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้ครอบครัวที่เป็นสถาบันหลักที่สำคัญต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากการ เจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บางครั้งไม่สามารถปรับตัวได้นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แบบแผนการดำรงชีวิต ปัญหาด้านการดูแล ส่งผลให้ประเทศชาติ มีประชากรที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมและคิดสารเสพติดจากบุหรี่ (ทัศนาศา บุญทอง และคณะ, 2551)

ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ยุคใหม่มีอยู่ 4 ขั้นตอน (สุทัศน รุ่งเรืองศิริธัญญา, 2552) ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อม สร้างความคุ้นเคยและการยอมรับโดยการ สัมภาษณ์ บันทึกประวัติ วิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เกิดการยอมรับตนเอง และเห็น สภาพปัญหาจากการสูบบุหรี่ จนเกิดความต้องการเลิกบุหรี่ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview) หรือกระบวนการให้คำปรึกษาระยะสั้น (Brief advice) 2) ขั้นดำเนินการ รักษา เป็นทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ให้ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาแบบต่างๆ อาการและปัญหาที่อาจพบได้หลังจากเริ่มต้นรักษา เลือกวิธีการที่ เหมาะสมรวมถึงให้คำแนะนำทักษะวิธีการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับจัดการกับอาการอยากบุหรี่ 3) ขั้นติดตามผล เป็นการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และเสริมสร้างทักษะในการป้องกันการกลับไป ติดซ้ำ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เน้นที่การแก้ไขพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ปัญหาต่างๆ

ที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่หรือลดการสูบบุหรี่ลงได้ และ 4) ชั้นป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการวิเคราะห์และจัดการกับปัญหาภายหลังการกลับมาติดซ้ำ

การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดในปัจจุบันประกอบด้วย การดูแลรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Therapy) และการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดโดยไม่ใช้ยาหรือการดูแลรักษาทางจิตสังคม (Non-pharmacological Therapy) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นแนวทางที่เพิ่มความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ให้ผลตอบแทนคุ้มค่าสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่และควบคุมการแพร่ระบาดของการสูบบุหรี่ได้ การดูแลรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Therapy) มี 2 ชนิดคือการใช้สารนิโคตินทดแทน และชนิดที่ไม่มีส่วนประกอบของนิโคติน ซึ่งการใช้ยาอดบุหรี่ในรูปแบบของยาเม็ดรับประทาน จะไม่มีส่วนประกอบของนิโคติน สามารถใช้ลดอาการขาดนิโคตินได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ในทันทีที่ทานยา ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาบูโพรเพียน (Bupropion) ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกรบกวนใจจากการหยุดสูบบุหรี่ (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546 ก)

การใช้สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy หรือเรียกย่อว่า NRT) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่สกัดนิโคตินจากใบยาสูบนำมาผลิตเป็นยาในรูปแบบต่างๆ หลักการคือการใช้สารนิโคตินในระดับต่างๆ ทดแทนในผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ ซึ่งจะมียกระดับของนิโคตินต่ำมากหรืออาจจะไม่มีเลยจนเกิดอาการถอนนิโคติน เช่น มีอาการกระวนกระวาย หงุดหงิด วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เป็นต้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ทำให้ผู้ใช้มียกระดับของนิโคตินในเลือดเพียงพอที่จะช่วยบรรเทาอาการขาดนิโคตินแต่ก็ยังมียกระดับที่ต่ำกว่าที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ แต่นิโคตินในระดับดังกล่าวจะไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขเกิดความพึงพอใจหรือคลายเครียด จึงเป็นการลดการเสพติดนิโคตินทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพการเลิกบุหรี่ไว้ได้ การใช้ยารักษานี้ควรใช้เพียงชั่วคราวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมเท่านั้น เมื่อเลิกบุหรี่ได้แล้วก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาต่อไป ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยมี NRT อยู่เพียง 2 ชนิดเท่านั้น คือ ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (patch) และชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (chewing gum) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

ส่วนการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดโดยไม่ใช้ยาหรือการดูแลรักษาทางจิตสังคม (Non-pharmacological Therapy) นั้น เนื่องจากปัญหาของผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดส่วนหนึ่งมาจากความเคยชิน สูบจนเป็นนิสัยโดยสัมพันธ์กับกิจวัตรหรือกิจกรรมบางอย่าง เช่น การดื่มกาแฟ การอ่านหนังสือพิมพ์ เวลาคุยโทรศัพท์ การทำงาน เมื่อมีกิจกรรมเหล่านี้ การสูบบุหรี่จะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ อาการอยากบุหรี่ไม่ได้เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการวางเงื่อนไขการเรียนรู้ ดังนั้นการรักษาภาวะเสพติดจึงไม่ใช่เพียงการรักษาอาการขาดหรืออาการอยากยาโดยใช้ยาอดบุหรี่อย่างเดียว แต่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ด้วย (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) แนวทางที่เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด

(วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546 ก) อย่างไรก็ตามในการดูแลรักษาผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีให้ไ้ผลสูงสุดนั้นจะต้องอาศัยหลายๆ แนวทางร่วมกัน ยาช่วยเล็กนุหรีทุกชนิดไม่สามารถทำให้ผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีเปล็ยนใจและเล็กนุหรีเองได้ จะต้องอาศัยความตั้งใจอย่างแน่วแน่งของตัวผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีเองโดยตรง (สุทัศน์ รุ่งเร่องหรีรณญา, 2552)

การคิบบุหรีเป็พดคิกรรรมที่สามารช่วยเหลือดูแลได้ หากมีการร่วมมือร่วมใจกันทั้งในภาครฐและเอกชน (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรในทิมวิชาชีพค้ำานสุขภาพที่สามารชเข้าถึงผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีได้ง่าย โดยเฉพาะเมือผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีเข้ามารับบรคิการ พยาบาลสามารส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีเล็กสูบบุหรีได้ โดยให้ความรู้ จัดพดคิกรรรมบ้ำบด ให้ค้ำาปรคิการแก่ผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีและญาติที่มารับบรคิการ การให้การปรคิการแก่ผู้รับบรคิการอาจรวมไปถึถึงการสร้างแรงจูงใจในการเล็กสูบบุหรี โดยการให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็โรคริดิบนุหรีเก็ยกับผลคิขของร่างกายเมือหยุดสูบ การฝคิทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะที่จำเป็นต้องใชเมือเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูบบุหรี และให้การช่วยเหลือทางค้ำานสังคัม (Hutsukami, Stead, & Gupta, 2008)

โรงพยาบาลมหาราชนครเช็ยงใหม่ เป็โรงพยาบาลที่อยู่ใสังกคิขของคณะแพทยศาสตรมหาวิทาลัยเช็ยงใหม่ เป็โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ คคิ 1 ใน 2 ของประเทศไทย มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกมากกว่า 30 แผนก (โรงพยาบาลมหาราชนครเช็ยงใหม่, 2554) มีระบบรองรับและสนับสนุนค้ำานการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการวางแผนและวางแผนงานในการจัดทางบประมาณ อัตรากำลัง อุปกรณ์การแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ อคิทั้งโรงพยาบาลมหาราชนครเช็ยงใหม่ ยังมีกคิกรรรมการให้การดูแล การคคิกรอง การรักษา การคคิตามผลการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้มารับบรคิการ ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับบรคิการเกคิความม่ั่นใจและความพงใจในการเข้ารับการรักษาและการให้บรคิการของโรงพยาบาล ในส่วนของห้องตรวจจคิเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งค้ำานเน็การทั้งค้ำานปอองกัน ดูแลรักษาให้การปรคิการ และให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แก่ผู้ป่วยที่มีความผคิปกคิหรืออาการทางจคิเวช มีผู้ป่วยมารับบรคิการด้วยโรคทางจคิเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจคิเภท โรควคิถกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว โรคคคิสุรา และโรคคคิบบุหรี เป็ต้น (โรงพยาบาลมหาราชนครเช็ยงใหม่, 2553 ก) โดยมีเจ้าหน้าที่บุคลากรทิมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยประจำห้องตรวจจคิเวช 5 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าห้องตรวจ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล 1 ท่าน และพนักงานบรคิการฝมือ (ค้ำานวิทยาศาสตรและการแพทย์) 1 ท่าน และจากการที่ห้องตรวจจคิเวชและยาเสพติดได้รับนโยบายจากโรงพยาบาลมหาราชนครเช็ยงใหม่ ในการพัฒนาระบบการบรคิการสำหรับให้ความรู้และส่งเสริมการเล็กสูบบุหรีให้กับบุคลากรและผู้รับบรคิการของโรงพยาบาล

เพื่อนำไปสู่ “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ” จึงได้มีการจัดตั้ง “คลินิกเลิกบุหรี่” ขึ้นในเดือน มีนาคม 2553 จากนั้นจึงได้มีการจัดอบรมแกนนำพยาบาล ทั้งจากหอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทุกแผนก เพื่อส่งเสริมให้มีการเลิกบุหรี่เข้าสู่งานประจำ โดยหน่วยงานทุกแผนกจะมีการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทุกราย พบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่มารับการรักษา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2,808 ราย โรคหัวใจขาดเลือด 807 รายและโรคมะเร็งปอด 533 ราย (ทิมสถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน, 2553) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการติดยาหรือสูบบุหรี่และติดอันดับหนึ่งในสิบโรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มากที่สุด (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2553 ก) และในปี พ.ศ. 2554 ก็มีผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่มารับการรักษาเพิ่มขึ้น และป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3,725 ราย โรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 1,144 รายและโรคมะเร็งปอด 693 ราย (ทิมสถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน, 2554) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุที่มาจากการเป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกปี

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานของห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด ที่ได้ดำเนินการคลินิกเลิกบุหรี่มาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่มาขอรับบริการทั้งหมด 300 ราย และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 (ทิมสถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน, 2554) ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลรักษาแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่ อีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งทางหน่วยงานที่รับผิดชอบยังไม่มีการทบทวนผู้รับบริการในกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ และยังไม่มีการบริหารจัดการในการดูแลที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยการใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของโดนาบีเดียน ซึ่งเป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งส่วนของโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian, 2003) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ต่อกัน คือโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่แสดงออกมา การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จะทำให้ทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจสถานการณ์ และทราบถึงข้อเท็จจริงในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่ ที่มารับการรักษาในห้องตรวจ จิตเวชและยาเสพติด และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรับปรุง และพัฒนาการวางแผนงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาหรือสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยวัตถุประสงค์เฉพาะมีดังนี้

1. เพื่ออธิบายโครงสร้างของระบบการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่ออธิบายกระบวนการการดำเนินงานกิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
3. เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

## คำถามในการศึกษา

คำถามในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีดังนี้

1. โครงสร้างของระบบการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. กระบวนการการดำเนินงานกิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

## นิยามศัพท์

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ หมายถึง การศึกษาปัญหาเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เกี่ยวกับโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ ดังนี้

**โครงสร้าง (structure) ของระบบบริการ การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่** หมายถึง การจัดระบบบริการ นโยบาย แผนพัฒนางาน งบประมาณ สถานที่ ทรัพยากรบุคคล ยา เวชภัณฑ์ คู่มือหรือแนวปฏิบัติ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประเมินโดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสุขภาพ ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น

**กระบวนการ (process) การดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่** หมายถึง การดำเนินงานในการประเมิน คัดกรอง การดูแลรักษา การติดตามของทีมบุคลากรด้านสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การมาตรวจตามนัดและการดูแลช่วยเหลือด้านการดูแลรักษาของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ดังนี้

**กระบวนการดำเนินกิจกรรมของทีมบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่** หมายถึง ลักษณะกิจกรรมที่ทีมบุคลากรด้านสุขภาพได้ปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ ประกอบด้วย การประเมิน คัดกรอง การดูแลรักษา และการติดตามของทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ประเมินโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มทีมบุคลากรด้านสุขภาพ

**การดูแลและให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่** หมายถึง การที่ญาติหรือผู้ดูแลให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การมาตรวจตามนัดและการดูแลช่วยเหลือด้านการดูแลรักษา ประเมินโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น

**ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่ และการรักษาผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคติดบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หรือระดับการติดสารนิโคตินหลังรับ

บริการ รวมถึงการรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ และญาติที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจจิตเวช และยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการเป็นโรคติดยาสูบ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดยาสูบ และการรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคติดยาสูบ หลังจากเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประเมินโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคล ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง หลังจากเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคตินของ Fagerstrom

การรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบและญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ และญาติหรือผู้ดูแล หลังจากเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ และญาติ (Perception of Care: POC) ของไอเซน (Eisen, 1995) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ต๊ะปิ่นตา และคณะ (Thapinta, Robert, Wiwatkunupakan, Kitsumban, & Vadtanapong, 2001)

ผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ หมายถึง ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณที่มาก เป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์หรือมากกว่าในเวลาใดเวลาหนึ่ง ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000) และมีคะแนนแบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคตินของ Fagerstrom (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ฉบับปรับปรุงแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550) ในระดับปานกลางถึงระดับที่สูงสุด ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่