

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคติดยาสูบ
2. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคติดยาสูบ
3. การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบ
4. การวิเคราะห์สถานการณ์
5. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาสูบของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความรู้เรื่องโรคติดยาสูบ

ความหมายและประเภทของยาสูบ

ยาสูบ หมายถึง ใบยาสูบหรือชอยมวนด้วยใบยาแห้ง หรือกระดาษรวมทั้งวัตถุที่ใช้แทนกระดาษเป็นทรงกระบอก ขนาดปกติจะมีความยาวประมาณ 120 มิลลิเมตร และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 มิลลิเมตร มีใบยาสูบหรือชอยบรรจุภายในห่อกระดาษ ปลายด้านหนึ่งเป็นปลายเปิดสำหรับจุดไฟ และปลายอีกด้านมีไว้สำหรับใช้ปากสูดควันบางยี่ห้ออีกด้านหนึ่งจะมีตัวกรองควันหรือสารพิษบางอย่างที่เกิดจากการเผาไหม้ได้บางส่วนแต่ความเป็นพิษหรืออันตรายของยาสูบก็ยังคงมีอยู่เหมือนเดิม (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2551) เราสามารถแบ่งประเภทของยาสูบตามลักษณะการเสพและตามการผลิต ได้แก่

1. ตามลักษณะการเสพ แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1.1 แบบสูบ โดยการทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบที่อยู่ในรูปของยาสูบ หรือซิการ์ (Cigar) ที่ใช้ใบยาสูบบวมผงใบยาสูบไว้ข้างใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาสูบไว้ในกล่องยาสูบแล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้แล้วผู้สูบจะสูดควันเข้าสู่ร่างกายซึ่งมีทั้งสูดควันเข้าปอดโดยตรงและ

สูดควันผ่านน้ำก่อนเข้าปอด (water pipe) ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติดที่ชื่อนิโคตินเร็วที่สุดคือภายใน 7 วินาที (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

1.2 แบบบอมและเคี้ยวหรือการถนุ โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นฝอยให้ได้จำนวนเท่าปลายนิ้วก็ยัดลงในภาชนะและนำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากและเหงือก เมื่อหมดรสก็คายทิ้ง (กรองจิต วาทีสาธกิต, 2549)

1.3 แบบดูด เป็นการทำยาเส้นให้ป่นเป็นผงแล้วใช้เป่าหรือสูดดมเข้าทางจมูกคล้ายๆ แบบขานด์รุ้ ที่เรียกว่า สแนฟฟ์ (snuff) (ทัศนยา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร์ กลัมพากร, 2551)

2. ตามการผลิต แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1 บุหรี่ที่มวนเองด้วยมือ โดยใช้ใบตองแห้ง ใบจาก ใบบัวหรือกระดาษมวนใบยาสูบ

2.2 บุหรี่ที่มวน โดยเครื่องจักรซึ่งมี 2 ชนิดคือบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรองซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ปราดาถูก อีกชนิดหนึ่งเป็นบุหรี่ที่มีก้นกรอง การมีก้นกรองจะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ได้บางชนิดเท่านั้นแต่สารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้เท่ากับการสูดที่ไม่ก้นกรอง (กรองจิต วาทีสาธกิต, 2549)

ส่วนประกอบในบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน เมื่อถูกจุดแล้ว จะมีส่วนประกอบอยู่มากกว่า 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้มีประมาณ 60 ชนิดที่มีหลักฐานทางการแพทย์ว่าเป็นสารก่อมะเร็ง (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นส่วนประกอบหลักที่พบในยาสูบหรือบุหรี่ การได้รับนิโคตินทางการรับประทานในปริมาณ 30 มิลลิกรัมในครั้งเดียวอาจทำให้เสียชีวิตได้ทันที ในบุหรี่ 1 มวนจะมีปริมาณนิโคตินอยู่ประมาณ 8-20 มิลลิกรัม ขึ้นอยู่กับชนิดหรือยี่ห้อของบุหรี่แต่ละประเภท อย่างไรก็ตามปริมาณนิโคตินที่ผู้สูบบุหรี่จะได้รับคือ 1-2 มิลลิกรัมต่อบุหรี่ 1 มวน นิโคตินสามารถเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังโดยการดูดซึมผ่านหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ผ่านเยื่อภายในปากและจมูกเข้าสู่ปอดโดยการหายใจเข้าผ่านการสูบบุหรี่โดยตรง หลังจากการได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการดูดซึมในข้างต้น นิโคตินบางส่วนจะแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด (blood stream) ทำให้มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ เส้นเลือดแดงหดตัว เป็นต้น จากนั้นจึงไปสู่สมอง (brain) ซึ่งเป็นบริเวณหลักที่นิโคตินออกฤทธิ์ ทำให้เกิดอาการเสพติดโดยพบว่าการสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติดนิโคตินเร็วที่สุดคือภายใน 10 วินาทีเท่านั้นซึ่งเร็วกว่า



การฉีดเฮโรอีนเข้าเส้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความสุข สบายใจติดบุหรี่และเลิกได้ยาก ดังนั้นผู้ที่เป็โรคริดนุหรีจึงต้องสูบบุหรี่ตลอดเวลาเพื่อรักษาระดับของนิโคตินให้คงที่ในร่างกายและเพื่อให้เกิดผลหรือฤทธิ์ของนิโคตินที่ต้องการต่อระบบประสาท ในการสูบบุหรี่ครั้งแรกอาจทำให้บางคนรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากนิโคตินจะกดความอยากอาหาร และเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายมากขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคริดนุหรีมักมีรูปร่างผอม แกร็น และหากสูบบุหรี่มากเกินไปจะทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น (Halitosis) เล็บที่มือและฟันจะกลายเป็นสีน้ำตาลเหลือง (Yellowy brown) (ทัศนาศา นุญทอง และคณะ, 2551)

2. ทาร์ (Tar) เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ และกระดาษมวน ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิดด้วยกัน เช่น เบนโซไพรีน (Benzo[a]pyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้ฝอยละอองของเหลวของทาร์ (Tar) สามารถเกาะติดตามผนังของหลอดลมและถุงลมปอด และเมื่อมีการรวมตัวกับฝุ่นละอองต่างๆที่หายใจเข้าไปจะทำให้เกิดการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ จนเป็นสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคมะเร็งปอด (Lung cancer) และอวัยวะส่วนอื่นๆ (another organ cancer) เป็นต้น (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) ขณะสูบบุหรี่ ทาร์จะตกค้างอยู่ในปอด หลอดลมใหญ่ และหลอดลมเล็กประมาณร้อยละ 90 จะสามารถขับออกมาพร้อมกับลมหายใจได้เพียงร้อยละ 10 เท่า (ทัศนาศา นุญทอง และคณะ, 2551) ในบุหรี่ 1 มวน มีสารทาร์ (Tar) ในปริมาณต่างกันตั้งแต่ 2.0 มิลลิกรัม จนถึง 3.0 มิลลิกรัม แล้วแต่นชนิดของบุหรี่ (ฉันทนา แรงสิงห์, 2552)

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ร้อยละ 2 ถึง 6 ซึ่งก๊าซนี้มีคุณสมบัติในการจับตัวกับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเม็ดเลือดแดง (Red blood cell) ได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจน (Oxygen) ประมาณ 200 เท่า ซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดแดงจับก๊าซออกซิเจนได้น้อยลงมากกว่า 15% เมื่อเทียบกับภาวะปกติ เมื่อมีการสูบบุหรี่ ก็จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง การลำเลียงออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายน้อยลง เป็นผลทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อให้เลือดนำออกซิเจน (Oxygen) ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ให้เพียงพอทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ (Coronary heart disease: CHD) และถ้าหากร่างกายได้รับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) จำนวนมาก จะทำให้มีอาการมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย และถ้าหากพบในหญิงตั้งครรภ์ (pregnancy) ที่ได้รับควันบุหรี่ก็จะทำให้ทารกในครรภ์ได้รับก๊าซออกซิเจนน้อย ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรมได้ (สมิต วัฒนศิริชัยกุล, 2544; สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซที่มีฤทธิ์ทำลายเยื่อหุลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังของถุงลมโป่งพอง (COPD) จำนวนถุงลมในปอดลดลง ส่งผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเหนื่อยหอบง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุลอดลมส่วนต้นของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยช่วยคัดสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ เช่น ฝุ่นละอองไม่ให้เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ แต่ถ้าหากมีการทำลายของเยื่อส่วนต้นนี้จะทำให้มีการระคายเคืองของหลอดลม มีอาการไอ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

6. สารกลุ่ม polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH) สารที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ พวกเบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งในอวัยวะต่างๆ เช่น ปอด กล่องเสียง หลอดอาหาร ดับอ่อน กระเพาะอาหาร และช่องปาก ซึ่งกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารกลุ่มนี้ (PAH) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ (DNA) ของร่างกาย เกิดการกลายพันธุ์ และส่งเสริมให้มีการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่างๆของร่างกาย

7. สารอนุมูลอิสระ ในกระบวนการของการเผาไหม้ทำให้เกิดสารอนุมูลอิสระจำนวนมาก เช่น Peroxy radical, Hydroxyl radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบคอมพลีเมนต์ (Complement) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะการสร้างเม็ดเลือดขาว (White blood cell) ชนิด polymorphnuclear cells มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆในร่างกาย นอกจากนั้นยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของไขมันบางชนิด ซึ่งเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) นอกจากนี้สารอนุมูลอิสระเหล่านี้ยังทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจโดยก่อให้เกิด oxidative stress ในปอด ทำให้เกิดการรวมตัวกันของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

8. สารกัมมันตรังสี ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยสารกัมมันตรังสีต่างๆ เช่น โพลonium 210 (Polonium-210) ที่มีรังสีแอลฟา โดยปกติเป็นสารกัมมันตรังสีที่ใช้ในเครื่องปฏิกรณ์นิวเคลียร์หรือเครื่องเร่งอนุภาค ทำให้อวัยวะภายในร่างกายได้รับอันตรายและยังเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น มะเร็งปอดได้

9. สารปรุงแต่งต่างๆ ที่อยู่ในบุหรี่ มีอยู่หลายชนิด ได้แก่

9.1 โกลี เป็นสารที่ช่วยเพิ่มความหวาน เพื่อลดความกระด้างทางรสชาติของบุหรี่ และมีสารทีโอโบรมีน (Theobromine) ที่ช่วยขยายหลอดลม (Bronchodilator) ทำให้ทางเดินหายใจขยายตัว และรับเอาสารนิโคตินได้เพิ่มมากขึ้น

9.2 น้ำตาล ช่วยในการเพิ่มฤทธิ์ของการติดยาโคโคติน

9.3 แอมโมเนีย เป็นตัวเพิ่มระดับความเป็นกรดเบสในควันบุหรี่ ทำให้เพิ่มฤทธิ์การติดยาโคโคติน และมีฤทธิ์ระคายเคืองของเนื้อเยื่ออ่อนของอวัยวะร่างกาย ทำให้เกิดอาการแสบตา หลอดลมอักเสบ และไอ เป็นต้น (ทัตสนา บุญทอง และคณะ, 2551; สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

9.4 เมนทอล เป็นสารที่นำมาผสมในบุหรี่ มีคุณสมบัติในการกระตุ้นปลายประสาท รับความรู้สึกเย็น เกิดอาการชุ่มคอ และทำให้สารพิษที่อยู่ในควันบุหรี่อยู่ในปอดได้ระยะเวลานานมากขึ้น จึงทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคต่างๆจากบุหรี่มากขึ้น (ฉันทนา แรงสิงห์, 2552; สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

10. ฟอรัมาลดีไฮด์ คนที่สูบบุหรี่วันละ 20-25 มวน จะได้รับสารฟอรัมาลดีไฮด์ 0.8-1 มิลลิกรัมต่อวัน จากการศึกษาวิจัย พบว่าสารนี้เป็นสารเกี่ยวข้องกับเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ปริมาณของฟอรัมาลดีไฮด์ ที่มากกว่า 2.5-3 ppm ทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อบุทางเดินหายใจและเยื่อปอด และทำให้เกิดอาการภูมิแพ้ที่รุนแรงได้ (ทัตสนา บุญทอง และคณะ, 2551)

ความหมายและประเภทของโรคติดบุหรี่

โรคติดบุหรี่ หมายถึง โรคสมองคิดสารเสพติดเช่นเดียวกับการติดสารเสพติดอื่นๆ (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546 ข) และจัดเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร (substance related disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) เพราะในบุหรี่ยานั้นมี สารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า Nicotine โดยสารนิโคตินสามารถกระตุ้นสมองที่เกี่ยวกับ ความอยาก ความสุขสม รวมทั้งการเสพติดในบุคคลที่สูบบุหรี่จะมีระดับของสารนิโคตินในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อสมองโดยทันที ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ กระฉับกระเฉง หลังการสูบบุหรี่ผ่านไป 30 นาที นิโคตินก็จะสลายออกไปจากร่างกายจนหมด และเมื่อนั้น ความรู้สึกเหนื่อย กระสับกระส่าย หงุดหงิด กระวนกระวาย คิดอะไรไม่ออก และเครียดก็จะเข้ามาแทนที่ ทำให้ร่างกายมีความต้องการสารนิโคตินจนต้องสูบบวนใหม่ และความต้องการนั้นก็เพิ่มปริมาณ ความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นโรคติดบุหรี่ไปในที่สุด (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2551) โรคติดบุหรี่ยังมีรหัส International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD – 10) เป็น F17 และโรคติดบุหรี่ยังถือเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง (Tobacco dependence as a treatable chronic disease) (American Psychiatric Association, 2000)

โรคติดบุหรี่ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ 1) โรคติดบุหรี่ทางร่างกาย (Physiological dependence), 2) โรคติดบุหรี่ทางจิตใจ (Psychological dependence) และ 3) โรคติดบุหรี่ทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural dependence)

โรคติดบุหรี่ทางร่างกาย (Physiological dependence) หรือการติดทางร่างกาย เกิดจากภาวะการติดยาโคติน โดยเมื่อสูบบุหรี่เข้าไปแล้ว นิโคตินจะส่งผลกระทบต่อสมองโดยตรงทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนและสารสื่อประสาทต่างๆที่มีผลทำให้รู้สึกเคลิบเคลิ้มเป็นสุข กระปรี้กระเปร่าและทำงานได้และเกิดอาการติดยาทางร่างกาย (Dependence) และเมื่อสูบบุหรี่ไปนานๆจะทำให้ร่างกายเกิดความทนต่อผลของนิโคตินในปริมาณเท่าเดิม นั่นคือหากต้องการผลต่างๆของนิโคตินต่อร่างกายที่เคยได้รับ จะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นนั่นคือต้องสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จึงจะได้ผลต่อร่างกายเท่าเดิมเมื่อใดก็ตามหากหยุดสูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดอาการถอนนิโคติน (Withdrawal symptoms) ตามมา ซึ่งมีอาการดังนี้คือ อารมณ์ไม่แจ่มใสหรือเศร้าหมอง (dysphoria) หงุดหงิดง่าย อึดอัด (irritable) โกรธ (anger) กระวนกระวาย (restless) นอนไม่หลับ (insomnia) วิตกกังวล (anxiety) ไม่มีสมาธิ (poor concentration) หัวใจเต้นช้าลง (bradycardia) และเจริญอาหารมากขึ้น (increase appetite) (พูนศรีรังษิณี และคณะ, 2547) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าโรคติดบุหรี่ที่ติดทางร่างกาย สามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. การเสพติดยาโคติน (Nicotine dependence) หมายถึง ลักษณะการใช้ยาโคตินที่ทำให้เกิดอาการทั้งอาการคือยาโคติน (Nicotine tolerance) และอาการถอนยาโคติน (Nicotine withdrawal) การเสพนิโคตินเกิดได้ทั้งการสูบบุหรี่ ชีการ์ กล้องยาเส้น การอม หรือเคี้ยวใบยาสูบ หรือการใช้ยาโคตินทางยา เช่น ทางผิวหนัง หรือในรูปของหมากฝรั่ง

2. การคือยาโคติน (Nicotine tolerance) หมายถึง การที่ผู้เสพนิโคตินมีความต้องการนิโคตินเพิ่มมากขึ้นหลังจากการเสพไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้สมองสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนสารสื่อประสาท cholinergic receptors และความไวของตัวรับนิโคติน (Nicotine receptors) และอะซีทิลโคลีน (Acetylcholine) บริเวณของสมอง

3. อาการถอนยาโคติน (Nicotine withdrawal) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นหลังจากมีการเลิกนิโคตินในผู้ที่เป็โรคติดบุหรี่ อาการเหล่านั้นได้แก่ หงุดหงิด วิตกกังวล อารมณ์เสีย ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ อ่อนแรง หิวบ่อย

โรคติดบุหรี่ทางจิตใจ (Psychological dependence) คือ การติดทางจิตใจ เช่น สูบบุหรี่เนื่องจากความรู้สึกถูกกระตุ้นจากสิ่งต่างๆซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ เห็นไฟแช็ค หรือเห็นซองบุหรี่ จึงเกิดความอยาก หรือสูบเนื่องจากรู้สึกช่วยให้ผ่อนคลาย (Tension reduction) เกิด

ความสุขและผ่อนคลาย (Pleasurable relaxation) สูบเพราะติดเป็นนิสัย หรือสูบเพราะรู้สึกอยาก (Craving) (ประภคิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

โรคติดบุหรี่ทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (Socio-cultural or habit factors) เป็นสาเหตุร่วมของการติดบุหรี่เช่น สูบเนื่องจากต้องออกงานเลี้ยงหรือสังสรรค์กับเพื่อนซึ่งเคยสูบบุหรี่เหมือนกัน (Social activity) หรือสูบเพราะอยู่ในครอบครัวที่มีแต่ผู้สูบบุหรี่ (Family and cultural practice) (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2552)

กลไกการเสพติดของสารนิโคตินในบุหรี่

นิโคตินเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด โดยจะส่งผลโดยตรงต่อสมอง ซึ่งจะเหมือนกับ การรับสารเสพติดตัวอื่นๆ กลไกการเสพติดสารนิโคตินเกิดจากการที่สารนิโคตินจะไปกระตุ้น ตัวรับรู้สารนิโคติน (Nicotine receptors) ของสมองส่วนกลาง ตรงบริเวณปลายประสาทของ Ventral tegmental ทำให้เกิดการหลั่งโดปามีนใน Nucleus accumbens ออกมามากขึ้น นอกจากนี้ สารนิโคตินยังส่งผลกระทบต่อสารตัวอื่นอีก ทำให้เพิ่มการหลั่งมากขึ้น ได้แก่ acetylcholine ซึ่งทำให้เกิดการตื่นตัว ทำให้มีความจำและสมาธิดีขึ้น serotonin ทำให้เกิดการรักษาระดับอารมณ์ และลด ความอยากอาหาร norepinephrine ทำให้เกิดการตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น และลดความอยากอาหาร glutamate และ vasopressin ทำให้เพิ่มความจำ Beta-endorphine และ gamma-aminobutyric acid: GABA ลดความวิตกกังวล ความเครียด ดังนั้นในการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่รู้สึกเป็นสุข เกิด ความรู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกกดดันต่างๆลดลง มีอารมณ์เป็นสุข เกิดแรงจูงใจในการทำงาน มีความตื่นตัวกระปรี้กระเปร่า และในขณะที่เดียวกันจะไม่รู้สึกอยากอาหาร ดังนั้นสมองจึงเกิดความ ต้องการนิโคตินอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายนัก และดังที่ได้กล่าว มาแล้วว่าสารนิโคตินมีผลโดยตรงต่อวงจรการรับรางวัลของสมอง ทำให้ร่างกายเกิดความ ต้องการนิโคติน เรียกว่า ความรู้สึกเชิงบวก (positive reinforcement) ความรู้สึกนั้นจะกลับตรงกันข้าม ถ้า หากผู้ที่สูบบุหรี่หยุดการสูบบ่อย่างกะทันหัน ซึ่งจะทำให้ระดับนิโคตินในสมองลดลงอย่างรวดเร็ว การกระตุ้นสารสื่อประสาทต่างๆในสมองก็จะลดลงอย่างมาก สมองและร่างกายจะปรับตัวต่อความ ต้องการเพิ่มระดับสารนิโคตินที่มากขึ้น ทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า ความรู้สึกเชิงลบ (negative reinforcement) โดยจะแสดงอาการหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เครียด เกิดความเศร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากร่างกายไม่ได้รับสารนิโคตินเข้าไปกระตุ้น หรือที่เรียกว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal) จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ จะต้องกลับมาสูบบอกอีก และไม่สามารถเลิกอย่าง เต็มขาด เพื่อให้ร่างกายเกิดความรู้สึกเชิงบวกนั่นเอง (ทัศนยา บุญทอง และคณะ, 2551)

การวินิจฉัยโรคติดยาสูบ

เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดยาสูบสามารถอธิบายโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistical Manual version IV: DSM-IV TR) และลกรหัสโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision: ICD-10) ซึ่งโรคติดยาสูบนั้นมึรหัส ICD – 10 เป็น F17 (พุนศรี รังษิณี, รัชชชย กฤษณะประกกรกิจ และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2547)

1. เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดยาสูบ (Nicotine dependence) ตามที่กำหนดใน DSM-IV TR มี 7 ข้อ ซึ่งจะต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อในช่วงเวลา 12 เดือน จึงจะจัดว่าเสพติด โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัย (Dorothy, Lindsay, & Prakash, 2008) ดังนี้

1) มีอาการคือต่อนิโคติน ต้องการนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์ต่อร่างกายตามที่ต้องการ

2) มีอาการถอนนิโคติน โดยมีอาการถอนอย่างน้อย 4 ข้อ (ดูเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน) การถอนนั้นจะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ หรือมีผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ

3) มีการใช้นิโคตินปริมาณมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจไว้

4) ไม่สามารถลด ควบคุม หรือหยุดการใช้นิโคติน

5) ใช้เวลาในกิจกรรมมากเพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน หรือการเสพนิโคติน

6) ใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรืองานที่สำคัญต่างๆลดลง เนื่องจากการเสพนิโคติน

7) ยังคงใช้สารนิโคติน แม้ว่าจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและจิตใจที่มีสาเหตุมาจากนิโคติน หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้นเนื่องมาจากการใช้สารนิโคติน

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM-IV TR (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

1) มีการใช้นิโคตินติดต่อกันทุกวันอย่างน้อยหลายสัปดาห์

2) หลังจากหยุดหรือลดการใช้นิโคตินทันที มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 4 ข้อหรือมากกว่า ภายใน 24 ชั่วโมง

2.1 อารมณ์เศร้า

2.2 วิตกกังวล

2.3 นอนไม่หลับ

2.4 หัวใจเต้นช้าลง

2.5 สมาธิลดลง

2.6 ออยากอาหารมากขึ้น หรือน้ำหนักตัวเพิ่ม

2.7 หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย

2.8 กระวนกระวาย

3) อาการที่เกิดขึ้นในข้อ 2 ทำให้เกิดผลเสียในชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม และการประกอบอาชีพอย่างชัดเจน

4) อาการที่เกิดขึ้นในข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทางกาย และไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

3. เกณฑ์การประเมินระดับการติดสารนิโคตินในผู้ที่เป็โรครติคบุหรี

การประเมินพฤติกรรมมการติดนิโคตินในผู้ที่เป็โรครติคบุหรี (Measuring Dependence in Smoker) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาวิธีในการช่วยเหลือในผู้ที่เป็โรครติคบุหรีให้สามารถลด ละ และเลิกการสูบบุหรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคตินของผู้ที่ติดบุหรี (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่เน้นเชิงปริมาณ ในทางการแพทย์มักนิยมใช้เพื่อเป็นดัชนีชี้วัดถึงแนวทาง/วิธีการรักษาสำหรับผู้มารับบริการ ในการลดภาวะอาการขาดนิโคติน (ฟ่องศรี ศรีมรกต, 2550) โดยระดับคะแนน 0 – 3 จัดว่ามีระดับของการติดสารนิโคตินเล็กน้อย ระดับคะแนน 4 – 6 จัดว่ามีระดับของการติดสารนิโคตินปานกลาง และระดับคะแนน 7 – 10 จัดว่ามีระดับของการติดสารนิโคตินสูง และในปัจจุบันมีการสร้างเครื่องมือหรือแบบประเมินหลายชนิดในการคัดกรอง และประเมินความรุนแรงของการติดสารเสพติด ยกตัวอย่างเช่น แบบคัดกรองประสบการณ์ในการดื่มสุรา สูบบุหรีและการใช้สารเสพติด (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening: ASSIST) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองแบบสั้นที่ใช้เพื่อการหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substance)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคติน (Nicotine dependence) และการประเมินระดับการติดสารนิโคตินในผู้ที่เป็โรครติคบุหรี โดยใช้แบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคตินของผู้ที่ติดบุหรี (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND)

ผลกระทบที่เกิดจากการเป็โรครติคบุหรี

นิโคติน ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักที่อยู่ในบุหรี และเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด ควันพิษจากการสูบบุหรีเข้าไปในปอด และควันที่ถูกปล่อยออกมาจะส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพกายและจิตใจของตัวเองรวมถึงบุคคลที่ใกล้ชิด อีกทั้งบุหรียังจัดว่าเป็นสาเหตุของ โรครเรื้อรังหลาย

ชนิด จึงมีผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ ทำให้เป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐบาลที่จะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ ผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการเป็นโรคติดบุหรี่ สามารถแบ่งออกเป็น

ผลกระทบต่อตนเอง

ทางด้านร่างกาย บุหรี่จัดว่าเป็นสาเหตุหลักอันดับต้นๆของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ที่เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคนต่อปี การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอายุสั้นลง โดยการสูบบุหรี่ 1 ซองทำให้ชีวิตสั้นไปประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที หรือทำให้ชีวิตสั้นลง 7 นาทีต่อการสูบบุหรี่ 1 มวน ผลกระทบที่เห็นได้ชัดเจนและพบได้ทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ คือมีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก การมีคราบติดอยู่ที่ฟัน มีอาการไอและเสมหะในตอนเช้า หัวใจทำงานเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามบุหรี่จัดว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคในระบบต่างๆของร่างกายได้มากกว่า 25 โรค มีรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544 การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ทำให้ชาวอเมริกันเสียชีวิตจากโรคมะเร็งชนิดต่างๆประมาณร้อยละ 39.8 โรคหลอดเลือดหัวใจประมาณร้อยละ 34.7 และโรคทางเดินหายใจประมาณร้อยละ 25.5 และจากการศึกษาอย่างละเอียดพบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดสูงเป็นอันดับแรก รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ส่วนรายงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีการเสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือโรคหัวใจเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ตามลำดับ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

โรคติดบุหรี่ยับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกนั้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และเพิ่มอัตราน้ำหนักรกเกิดน้อยกว่าปกติ การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง การตายคลอด รกเกาะต่ำ รกคลอดก่อนกำหนด และพัฒนาการเด็กช้า เนื่องจากบุหรี่ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Fetal hypoxia) ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วยและการตายของทารก โอกาสเสี่ยงของทารกที่เกิดมาพิการในกลุ่มที่มารดาติดบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ จะมีมากกว่าในกลุ่มที่มารดาไม่ได้สูบบุหรี่ถึง 1.7-2.3 เท่า และมารดาที่สูบบุหรี่ 15 มวนต่อวันมีผลทำให้ทารกเกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่ถึง 20 เท่า (Sherman, 1991) พบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี เช่น หลอดลมอักเสบหรือปอดอักเสบเพิ่มขึ้นร้อยละ 57 สันนิษฐานว่าเป็นมาจากการที่เด็กได้รับควันบุหรี่ขณะอยู่ในครรภ์มารดา (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2552)

ทางด้านด้านจิตใจ จากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพลอริดาสเตท พบว่า แม้จะการติดบุหรี่เพียงช่วงเวลาสั้นๆก็อาจจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์แปรปรวนในภายหลัง ทั้งนี้ ทางคณะแพทยศาสตร์ได้ทำการศึกษาโดยฉีดสารนิโคตินเข้าไปในหนูวัยเจริญพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลานาน 15 วัน หลังจากนั้นได้เฝ้าดูอาการของหนูที่รับ

นิโคตินเข้าไป และพบว่าพฤติกรรมของหนูเปลี่ยนไป โดยหนูมีอาการซึมเศร้าหลังหยุดรับสารนิโคตินไป 1 สัปดาห์ ซึ่งนอกจากจะมีอาการซึมเศร้าแล้ว ยังกินอาหารน้อยลง และเมื่อตกอยู่ในสภาพที่เครียด ก็ไม่สามารถขยับตัว ซึ่งต่างจากพฤติกรรมปกติที่วิ่งไปมาได้คล่องแคล่ว ซึ่งสอดคล้องกับอาการอาการขาดนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ที่พบบ่อยคือหงุดหงิด กระสับกระส่ายปวดหัว นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ สมาธิไม่ดี คิดอะไรไม่ค่อยออกและการมีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ (ทัศนาศา บัญทอง และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต โดยมีสาเหตุจากการที่สมองขาดการถูกกระตุ้นโดยสารเคมีที่มีอยู่ในบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้การหลั่งของสารเคมีในสมองไม่เป็นไปตามปกติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตโดยหากขาดการกระตุ้นจากสารเคมีในบุหรี่ ทำให้ขาดการหลั่งสารเคมีออกมา ได้แก่ สารเอนโดรฟิน (Endorphine) โดปามีน (Dopamine) นอร์แอดรีนาลีน (Noradrenalin) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมคือ หงุดหงิด ใจไม่เรงแจ่มใส ก้าวร้าว ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ต่อคนในครอบครัวและคนรอบข้าง โดยก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ใกล้ชิดและคนรอบข้าง นำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัวและสังคม เมื่อสะสมมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความเครียด และนำไปสู่การเป็น โรคซึมเศร้าได้ในที่สุด ผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการติดบุหรี่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อยๆส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยคือ หวาดกลัว รู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา สับสน ท้อแท้ในชีวิต เครียด วิตกกังวล รวมทั้งอารมณ์โกรธเกรี้ยวกราดกับผู้อื่น หงุดหงิดง่าย หรือบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม บุหรี่ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย มีรายงานการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1850 – ปัจจุบัน ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 เป็นผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ที่ฆ่าตัวตายจากความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังร้ายแรงเช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เสียความสามารถในการทำงานเนื่องจากเจ็บป่วยบ่อย เข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆรวมทั้งประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หากทางออกของปัญหาไม่ได้คิดสั้นฆ่าตัวตายได้ (ทัศนาศา บัญทอง และคณะ, 2551)

ผลกระทบต่อบุคคลอื่น

การสูบบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) หรือการได้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบบุหรี่ (Passive smoking) หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น การอยู่ในห้องทำงานเดียวกัน หรือภรรยาที่มีสามีที่ติดบุหรี่ ควันบุหรี่มือสองเป็นการผสมผสานระหว่างควันสายข้างเคียง (side stream smoke) ซึ่งเป็นควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่ที่จุดสูบ ซึ่งผู้ที่ติดบุหรี่จุดทิ้งค้างไว้โดยไม่ได้สูบ หรืออยู่ในระหว่างช่วงพักการสูบบุหรี่ในแต่ละครั้งอีกประมาณร้อยละ 85 และควันบุหรี่ที่ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่พ่นออกมา (exhale mainstream smoke) ภายหลังจากการสูด

บุหรี่เข้าปอดประมาณร้อยละ 15 ซึ่งประกอบด้วยลมหายใจและควันบุหรี่ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีส่วนการเกิดโรคที่ต่ำกว่าผู้ที่เป็นโรคคิบบุหรี่ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับปริมาณของสารพิษที่ได้จากควันบุหรี่ ระยะเวลาที่สัมผัสควันบุหรี่ และความเข้มข้นในการได้รับควันบุหรี่มือสอง ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่มือสองได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งในช่องจมูก การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ (Ballantyne, 2009) มีผู้ศึกษาผลต่อสุขภาพของผู้รับควันบุหรี่มือสองในระยะสั้น พบว่า จะเกิดความไม่พอใจกลิ่นบุหรี่ที่ได้รับและกลิ่นที่ติดเสื้อผ้า นอกจากนี้ยังทำให้หายใจลำบาก อึดอัด เคืองตา ไอ รู้สึกไม่สุขสบาย ปวดศีรษะ และอาการอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าผลของการได้รับควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพในระยะสั้นนั้นเกี่ยวกับความระคายเคืองเยื่อเมือกและทางเดินหายใจทำให้ไม่สุขสบายและก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ นอกจากนี้การได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นเวลานานๆ จะทำให้เกิดโรคได้เช่นเดียวกับผู้ที่เป็นโรคคิบบุหรี่ โรคสำคัญที่พบบ่อยได้แก่ โรคมะเร็ง ซึ่งผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นประจำในระยะเวลาหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 โดยเฉพาะมะเร็งปอด โดยมีหลักฐานและการศึกษาชัดเจน ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่รวมบ้านกับผู้ที่เป็นโรคคิบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 - 30 (National Cancer Institute, 2009) ส่วนมะเร็งอวัยวะอื่นๆที่มีหลักฐานบ่งบอกว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุหนึ่ง ได้แก่ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปากและลำคอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดโลหิตขาว มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมและปากมดลูกนั้น มีผู้ศึกษาพบว่า หญิงไทยที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง นักวิทยาศาสตร์สามารถตรวจพบสารนิโคตินที่ฝังอยู่ในเซลล์เส้นผม สามารถตรวจปัสสาวะพบสารก่อมะเร็งชนิดเดียวกับที่มีในควันบุหรี่ และพบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นมะเร็งที่พบได้เป็นอันดับที่หนึ่งและสองของหญิงไทย (ทัศนาศ นุญทอง และคณะ, 2550)

ผู้สูบบุหรี่มือสาม (Third-Hand Smoke) คือการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ที่ออกมาจากลมหายใจของผู้ที่เป็นโรคคิบบุหรี่ หรือที่ติดอยู่ตามเสื้อผ้า เส้นผม ผิวหนัง หรือตามภาชนะเครื่องใช้ต่างๆ เช่น สารไฮโดรเจนไซยาไนด์ ซึ่งใช้ในอาวุธเคมี สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งพบในท่อไอเสียรถยนต์ สารแอมโมเนีย ซึ่งอยู่ในน้ำยาทำความสะอาดบ้าน หรือสารโครเมียมและตะกั่วซึ่งใช้ทำเหล็กกล้า ซึ่งสารเหล่านี้สามารถทำอันตรายต่อคนใกล้เคียงได้ ผู้เชี่ยวชาญเปรียบอันตรายนี้อันตรายของการสูบบุหรี่มือสาม (Winickoff, 2008) เด็กๆมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายมากที่สุดเพราะเด็กมีมวลของร่างกายน้อยกว่าผู้ใหญ่ แต่มีอัตราการเผาผลาญอาหารสูงกว่า และมีการหายใจที่เร็วกว่าอีกด้วย นอกจากนี้เนื้อเยื่อต่างๆ ในเด็กอยู่ในช่วงของการพัฒนา เช่น การหยิบของมาเลีย อม เคี้ยว หรือกัดเล่น ทำให้สารพิษซึมเข้าสู่ร่างกายเด็ก ดังนั้นเมื่อได้รับสารพิษในปริมาณเท่ากัน ก็จะเข้าสู่ร่างกาย

ของเด็กได้ง่ายและมากกว่าผู้ใหญ่ เมื่อสารพิษในควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายเด็กจะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคไหลตายหรือโรคที่ทำให้เด็กสามารถตายได้อย่างฉับพลัน (sudden infant death syndrome [SIDS]) (Ballantyne, 2009)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

บุหรี่จัดได้ว่าเป็นสินค้าที่สิ้นเปลือง ไม่ก่อประโยชน์ให้กับร่างกาย อีกทั้งยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับตัวเองและครอบครัว รวมถึงประเทศชาติอีกด้วย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าการติดบุหรี่ทำให้ทั่วโลกมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 8 ล้านบาทต่อปีในประเทศที่มีประชากรมีรายได้สูง มีค่าใช้จ่ายเรื่องการรักษาพยาบาลประมาณร้อยละ 6-15 ของงบประมาณประจำปีทั้งหมด จากการสำรวจของศูนย์กสิกรไทยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีค่าใช้จ่ายจากการติดบุหรี่ประมาณ 57,380 ล้านบาท ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่มีค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่ประมาณวันละ 14.6 บาทต่อคน อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐบาลที่จะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ ต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยทั่วไปของผู้ป่วยที่มีโรคจากการสูบบุหรี่แบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) คือ

1. ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรง หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการในครั้งนั้นๆ มี 2 ชนิดคือ

1.1 ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรงจากการบริการทางการแพทย์ คือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าการตรวจวินิจฉัย ค่ายา เป็นต้น

1.2 ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ คือค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย เช่น ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทาง เป็นต้น

2. ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางอ้อม หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเสียโอกาสเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยจะส่งผลทำให้รายได้ของผู้ป่วยลดลงเพราะสาเหตุจากการขาดงาน หรือทุพพลภาพ หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

มีการศึกษาด้านทุนค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยจากโรคต่างๆที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ยังนี้ ประมาณต้นทุนค่าใช้จ่ายรวมทางเศรษฐกิจของโรคมะเร็งปอดในปี พ.ศ. 2528 คิดเป็นเงินประมาณ 286 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2542 มีอีกรายงานหนึ่งพบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดและโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เป็นเงินประมาณ 236 ล้านบาท และในปี พ.ศ. 2546 มีการประเมินต้นทุนค่าใช้จ่ายรวมของโรคมะเร็งปอดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรคทั้ง 3 โรคนี้เป็นเงินประมาณ 45 พันล้านบาท จะเห็นได้ว่ารายรับที่รัฐบาลได้มาจากอุตสาหกรรมบุหรี่ย่อมจะไม่คุ้มค่ากับภาระรายจ่ายที่รัฐบาลจะต้องสูญเสียไปจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆที่

เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยภาพรวมแล้วการติดบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ โดยเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายต่อตัวเองและครอบครัว และยังเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลรักษาพยาบาลเนื่องจากความเจ็บป่วย พิกัด อีกทั้งยังเป็นการลดปริมาณและคุณภาพของงานเนื่องจากเวลาที่สูญเสียไปขณะสูบบุหรี่หรือป่วยจากโรคต่างๆ รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

ผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

ผู้ที่เป็ นโรคติดบุหรืและมีความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังซึ่งเกิดจากการติดบุหรืนั้น จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านของแบบแผนชีวิต บทบาทในครอบครัวและสังคม หน้าที่การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งยังส่งผลให้ครอบครัวที่เป็นสถาบันหลักที่สำคัญต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บางครั้งไม่สามารถปรับตัวได้นำไปสู่อปัญหาอื่นๆตามมาได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แบบแผนการดำรงชีวิต ปัญหาด้านการดูแล ส่งผลให้ประเทศชาติมีประชากรที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมและติดสารเสพติดจากบุหรื (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2551) และที่เห็นได้ชัดเจนอีกอย่างคือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรืออาการของโรคกำเริบต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคม ต้องปรับตัวใหม่กับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลเมื่อมารักษาตัว

ผลกระทบในด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ควันบุหรืทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศทำให้เกิดภาวะโลกร้อน นอกจากนั้นก้นบุหรืที่ผู้สูบบุหรืทิ้ง โดยขาดความรับผิดชอบทำให้เกิดไฟป่า หรือเกิดเพลิงไหม้ทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งเกิดความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมที่เกิดจากการเพาะปลูกใบยาสูบ (Hamann, et al., 2006) และการสูบบุหรืเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2546)

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคติดบุหรื

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามืหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคติดบุหรืได้ ซึ่งได้แก่บุคลิกภาพของผู้ที่ติดบุหรื ครอบครัว วย และการเข้าถึงบุหรื สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. บุคลิกภาพของผู้ที่ติดบุหรื

ผู้ที่สูบบุหรืมีความต้องการอยากทดลอง เมื่อได้ทดลองแล้วเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรื ซึ่งสิ่งที่กระตุ้นให้คนที่ทดลองรู้สึกต้องการสูบบุหรืซ้ำ คือสารที่มีอยู่ในบุหรื ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรืมักต้องการความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดจากการสูบบุหรื เมื่อมีการสูบแล้วเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์

ในทางที่ดี จึงต้องการสูบซ้ำอีก ซึ่งเป็นอาการที่คล้ายคลึงกับอาการภายหลังได้รับสารเสพติดอื่นๆ และความรู้สึกพึงพาสารที่อยู่ในสารเสพติดนั้น การสูบบุหรี่พร้อมกับการดื่มกาแฟ สูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเย็น หรือลดความเครียดจากการทำงานจึงกลายเป็นนิสัยที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็โรคริดิบบุหรี่ และในขณะที่เดียวกันสิ่งต่างๆเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อมต่างๆเหล่านี้เองจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่ติดบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2551) บุคคลที่มีบุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตนเอง ประหม่าง่าย วิตกกังวล จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูบบุหรี่ และบุคคลที่ชอบความก้าวร้าวรุนแรง ไม่เกรงใจ ไม่เคารพในสิทธิผู้อื่น ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่ตนกระทำต่อผู้อื่น บุคคลกลุ่มนี้ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคริดิบบุหรี่เช่นกัน (กรองจิต วาทีสาธกิต, 2549)

2. ครอบครัว

เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ที่ติดบุหรี่ จะทำให้เด็กรับรู้และยอมรับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะเห็นในชีวิตประจำวัน และจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า เด็กที่พ่อแม่ไม่ติดบุหรี่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่เติบโตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บิดามารดา มีความขัดแย้งกัน จะมีแนวโน้มที่จะติดบุหรืมากกว่าครอบครัวปกติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ ของบิดามารดา หรือสมาชิกในครอบครัว หรือญาติที่ใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อการติดบุหรืของเด็กเป็นอย่างมาก (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2551)

3. วัย

ในปัจจุบันพบว่าคนที่ติดบุหรืสามารถพบได้ทุกวัย แต่วัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติคือ วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มต้นสูบและมีโอกาสติดบุหรืได้ง่ายที่สุด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดบุหรืของวัยรุ่น จากการ วิจัยทัศนคติของวัยรุ่นแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสัญลักษณ์ของการมีกลุ่มเพื่อน การสูบบุหรี่ บ่งบอกถึงความเป็นผู้ใหญ่ การควบคุม การท้าทาย การเป็นตัวของตัวเอง รวมถึงการแก้ปัญหา ความเครียด และวัยรุ่นที่ติดบุหรืมักมีประสบการณ์การใช้ยาเสพติดอื่นด้วย (กรองจิต วาทีสาธกิต, 2549)

4. การเข้าถึงบุหรื

การที่เข้าถึงบุหรืได้ง่ายเป็นตัวบ่งชี้การติดบุหรื ร้อยละ 31 ของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 -17 ปี ให้ข้อมูลว่าแหล่งของบุหรืที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายคือมาจากเพื่อน ญาติหรือพ่อแม่ (ทัศนา บุญทอง และคณะ, 2551)



ปัจจัยต่างๆ ทั้ง 4 ปัจจัยมักจะเป็นตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดความต้องการสูบบุหรี่ รวมถึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่ติดยาบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ทัตสนา บุญทอง และคณะ, 2550)

การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาบุหรี่

ในการดูแลรักษาผู้ที่ป่วยเป็นโรคติดยาบุหรี่ โดยทั่วไปมักพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดยาบุหรี่ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองมักจะกลับไปสูบบุหรี่อีก ภายในเวลา 1 สัปดาห์หลังจากเลิก เนื่องจาก บุหรี่ก็เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาบุหรี่ยุคใหม่ควรทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้ติดยา บุหรี่ อาจเกิดจากหลายปัจจัย การดูแลร่วมกันของเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาการติดยา บุหรี่ได้อย่างครอบคลุม งานวิจัยหลายชิ้นในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยา บุหรี่เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา และต้องยอมรับว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้สูง ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse prevention) จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยา บุหรี่นั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การดูแลรักษาโดยการให้ยา หรือการดูแลรักษาทางชีวภาพ (Pharmacological Therapy) และ 2) การดูแลรักษาทางจิตสังคม (Non-pharmacological Therapy/Psychosocial Therapy) โดยเริ่มต้นจากการค้นหาผู้ป่วย จากนั้นจึง พยายามชักจูงให้ผู้ที่เป็ นโรคติดยา บุหรี่ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่และตัดสินใจเลิก เมื่อพร้อม ที่จะเลิก บุหรี่ บุคลากรทางการแพทย์ควรสนับสนุนในการรักษาอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการให้ คำปรึกษา คำแนะนำ การให้ยาช่วยเลิก บุหรี่ และการติดตามเป็นระยะๆ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) อธิบายได้ดังนี้

การดูแลรักษาโดยการให้ยาหรือการดูแลรักษาทางชีวภาพ (Pharmacological Therapy)

เมื่อผู้ที่เป็นโรคติดยา บุหรี่เข้ารับการรักษาแล้ว แพทย์ควรพิจารณาให้ยาช่วยเลิก บุหรี่ในผู้ที่ เป็นโรคติดยา บุหรี่ทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม เนื่องจากมีหลักฐานทางการแพทย์ชัดเจนว่าการให้ยาช่วยเพิ่ม โอกาสความสำเร็จในการเลิก บุหรี่ในระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยทั่วไปเรามักจะแบ่งยาช่วย เลิก บุหรี่หรือออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาช่วยให้เลิก บุหรี่ในลำดับแรก และยาช่วยให้เลิก บุหรี่ในลำดับสอง กลุ่มที่เป็น first-line medications หรือยาช่วยให้เลิก บุหรี่ในลำดับแรก หมายถึงยาที่ถูกสร้างขึ้น มา เพื่อใช้ในการเลิก บุหรี่โดยเฉพาะ ได้แก่ ยากลุ่มนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement) รวมถึงกลุ่ม ที่ไม่ใช่สารสกัดนิโคตินที่เรียกว่า Bupropion ส่วนยาช่วยให้เลิก บุหรี่ในลำดับสอง หรือกลุ่มที่เป็น

second-line medications หมายถึงยาที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาภาวะอื่นอยู่แล้ว แต่ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ช่วยในการเลิกบุหรี่ได้ด้วย แต่มีผลข้างเคียงสูงกว่า เช่น Clonidine, Nortriptyline เป็นต้น (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

1. ยาช่วยให้เลิกบุหรี่ในลำดับแรก (First – line Medications)

ยาที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ในลำดับแรกนี้ได้รับการพิจารณาแล้วว่ามีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาการเสพติดบุหรี่ โดยได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S. Food and Drug Administration: FDA) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ยาที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ในลำดับแรกจึงมีการบันทึกประสิทธิภาพและประสิทธิผลไว้อย่างมากมาย และควรสั่งให้กับผู้รับบริการที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ ยกเว้นในผู้ที่มีข้อห้ามในการใช้ยา แต่ปัญหาที่พบในประเทศไทย ผู้รับบริการยังไม่สามารถเบิกจ่ายจากแหล่งสวัสดิการสุขภาพต่างๆ ได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงควรพิจารณาการใช้ยาที่ง่ายขึ้นจากราคายาที่ใช้ ตลอดจนระยะเวลาของการใช้ยาประกอบด้วย ซึ่งมีรายละเอียดการพิจารณาและประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ (Dorothy, et al., 2008) ดังนี้

1.1) ยาบิวโพรไพออน (Bupropion) ยานี้ถูกผลิตออกมาเป็นยาต้านภาวะซึมเศร้า (Antidepressant) แต่พบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย จึงได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและอาการหงุดหงิดหลังการอดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี แต่ควรให้ยานี้เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3-6 เดือน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการนอนนิโคตินอย่างรุนแรง สูบบุหรี่จัด หรือมีแนวโน้มที่จะกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่อาการนอนไม่หลับ ปากและคอแห้ง ท้องผูกคลื่นไส้ และอาการชัก (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ยานี้มีจำหน่ายในประเทศไทยแล้ว ในชื่อทางการค้าว่า คิวเมม (Quamem)

1.2) หมากฝรั่งนิโคติน มีประสิทธิภาพในการช่วยการเลิกบุหรี่เช่นเดียวกัน เหมาะสำหรับผู้รับบริการที่มีระดับการเสพติดในระดับค่อนข้างสูง ในปัจจุบันประเทศไทยสามารถผลิตหมากฝรั่งนิโคตินได้เอง โดยหมากฝรั่งนิโคตินมีข้อดีคือออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าแผ่นแปะนิโคติน โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งเม็ดแรก ระดับของนิโคตินจะเพิ่มสูงถึงระดับสูงสุดภายใน 20-30 นาทีคิดเป็นประมาณ 2 ใน 3 ส่วนของนิโคตินที่ได้จากการสูบบุหรี่แต่ละมวน (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ผลิตภัณฑ์รูปแบบนี้มีจำหน่ายในประเทศไทยในชื่อ หมากฝรั่งนิโคเรทท์ (Nicorette Gum) ควรแนะนำให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เล็กน้อยหรือเคื่องคิมที่มีความเป็นกรด เช่น น้ำอัดลม ชา กาแฟ น้ำผลไม้ เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีก่อนและระหว่างใช้ยา เพราะความเป็นกรดนี้อาจลดการดูดซึมของยาผ่านเซลล์เยื่อช่องปากได้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

1.3) นิโคตินสูดดม ปัจจุบันนั้นยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546 ข)

1.4) นิโคตินพ่นจุก ปัจจุบันนั้นยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2546 ข)

1.5) แผ่นแปะนิโคติน ขานี้มีประสิทธิภาพในการช่วยการเลิกบุหรี่เช่นเดียวกัน ในปัจจุบันที่มีจำหน่ายในประเทศไทยนั้นมีชนิดที่ออกฤทธิ์ 24 ชั่วโมง นิโคตินจากแผ่นแปะจะค่อยๆ ถูกดูดซึมผ่านทางผิวหนัง โดยระดับนิโคตินในเลือดจะถึงจุดสูงสุดภายใน 4-9 ชั่วโมง หลังจากนั้นระดับยาจะค่อนข้างคงที่ตลอด จึงไม่อาจใช้บรรเทาอาการถอนนิโคตินแบบฉับพลัน (breakthrough craving) ได้ดีนัก และปัญหาสำคัญประการหนึ่งในการใช้แผ่นแปะนิโคติน คือสภาพอากาศที่ร้อน ส่งผลให้ผิวหนังเปื่อยขึ้นจากเหงื่ออยู่ตลอดเวลา แผ่นแปะอาจเสื่อมสภาพและหลุดออกได้ง่าย ทำให้ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ผลิตภัณฑ์รูปแบบนี้มีจำหน่ายในประเทศไทยในชื่อนิโคตินเนล ทีทีเอส (Nicotinell TTS)

2. ยาช่วยให้เลิกบุหรี่ในลำดับสอง (Second – line Medications)

ยาที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ในลำดับสองนี้มีอุบัติการณ์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ที่ติดบุหรี่ แต่ได้รับการพิจารณาว่ามีความจำกัดในการใช้มากกว่ายาในกลุ่มแรก เพราะทางสำนักคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S. Food and Drug Administration: FDA) ยังไม่รับรองว่ามีข้อบ่งชี้ในการใช้รักษาผู้ที่ติดบุหรี่ อีกทั้งยังมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจจะพบได้มากกว่ายาในกลุ่มแรก ดังนั้นในการพิจารณาใช้ยาในกลุ่มนี้รักษาผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ จึงควรระมัดระวังเป็นรายๆ ไป ด้วยเหตุผลที่ว่าใช้ยาในกลุ่มแรกไม่ได้ผล ในการดูแลรักษาด้วยยาช่วยเลิกบุหรี่ในลำดับที่สองนี้ ผู้รับบริการยังไม่สามารถเบี่ยงจากแหล่งสวัสดิการสุขภาพต่างๆ ได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงควรพิจารณาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากราคายาที่ใช้ตลอดจนระยะเวลาของการใช้ยาประกอบด้วย ซึ่งมีรายละเอียดการพิจารณาและประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ (Dorothy, et al., 2008) ดังนี้

2.1) โคลนิดีน (Clonidine) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้สั่งยา

2.2) นอร์ทริพไทลีน (Nortriptyline) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่เช่นกัน อาจจะพิจารณาใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้สั่งยา

การดูแลรักษาทางจิตสังคม (Non-pharmacological Therapy/Psychosocial Therapy)

แนวทางการดูแลรักษาทางจิตสังคมเป็นวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาและที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรื โดยยึดหลักการที่เรียกว่า “5A” ได้แก่ ask, advise, assess, assist และ arrange ซึ่งมีรายละเอียด (Dorothy, et al., 2008) ดังนี้คือ

1. **Ask:** การค้นหาผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรื เป็นขั้นตอนแรกในการดูแลรักษาภาวะจิตบุหรื ดังนั้นควรจัดให้มีการค้นหาอย่างเป็นระบบ มีการสอบถามถึงสถานะการสูบบุหรืทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา โดยทำการสอบถามผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้เกิดผลสำเร็จสูงสุดในการค้นหาผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรื

2. **Advise:** การพูดเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืเห็นพิษภัยของบุหรืและเกิดความต้องการเลิกบุหรื การพูดนั้นจะต้องชัดเจน หนักแน่นและผูกโยงเข้ากับสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืได้ไตร่ตรองและพิจารณาพิษภัยของบุหรืได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. **Assess:** การประเมินผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรื ต้องทำการประเมินทั้งความพร้อมในการเลิกบุหรื และประเมินวัตรระดับการติดสารนิโคตินในบุหรื ในการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรื ควรสอบถามผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืทุกรายว่ามีความประสงค์จะเลิกบุหรืหรือไม่ และเมื่อใด เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรื โดยใช้คำถาม 2 คำถาม (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) คือ

1) “คุณคิดหรือตั้งใจที่จะเลิกบุหรืภายใน 6 เดือนข้างหน้าหรือไม่”

2) “คุณคิดหรือตั้งใจที่จะเลิกบุหรืภายใน 30 วันข้างหน้าหรือไม่”

ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืที่เข้ามาพบแพทย์สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆตามระดับความพร้อมของผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืและสถานะการสูบบุหรืในขณะนั้น ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืที่ยังคงสูบบุหรืแต่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรืในขณะนี้ ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืที่ยังคงสูบบุหรืและต้องการสูบท่อไป และผู้ที่เลิกบุหรืได้สำเร็จแล้ว ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืแต่ละกลุ่มนั้นก็แตกต่างกันไป สำหรับผู้ที่ยังไม่พร้อมและไม่มี ความประสงค์ที่จะเลิกบุหรื ควรใช้มาตรการเพื่อแรงจูงใจที่เรียกว่า “SR” เพื่อโน้มน้าวให้ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืเปลี่ยนใจมาเลิกบุหรื ซึ่งได้แก่ Relevance โดยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืพิจารณาเองว่าทำไมเขาถึงต้องเลิกบุหรื Risks ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืพิจารณาผลด้านลบของการยังคงสูบท่อไป Rewards ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตบุหรืคิดถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรื ต่อตนเองและคนรอบข้าง Roadblocks อะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกบุหรื หรืออาจเกิดขึ้นในช่วงของการหยุดบุหรื รวมทั้งหาวิธีจัดการกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น Repetition ควรใช้มาตรการเพื่อแรงจูงใจนี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกบุหรื ส่วนในรายที่สามารถเลิกบุหรืได้แล้วก็ต้องคอยดูแลป้องกันไม่ให้กลับไปสูบบุหรืซ้ำอีก

4. Assist: เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้รักษาได้ช่วยเหลือผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรี ในการวางแผนเลิก บุหรือ อย่างเป็นระบบ โดยใ ช้ยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “STAR” ประกอบด้วย

4.1) S-Set a quit date

คือการกำหนดวันเป้าหมายที่จะเลิก บุหรือ โดยเด็ดขาด ซึ่ง โดยทั่วไปมักจะกำหนดเป็น วันพิเศษหรือวันที่มีความหมายสำหรับผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรี อย่างไรก็ตามควรกำหนดวันเลิก บุหรือให้ มีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์นับจากวันที่ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีตัดสินใจเลิก หากกำหนดวันไว้ห่างเกินไป อาจทำให้ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีลังเล ทมหค้ำลังใจ และความมุ่งมั่นในการเลิก บุหรือลดลง

4.2) T-Tell family & request support

แนะนำให้ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีแจ้งต่อครอบครัว คนใกล้ชิด หรือเพื่อนสนิท ว่าตนได้ ตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี และขอให้บุคคลเหล่านี้สนับสนุนและช่วยเหลือ นอกจากนี้การให้ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีได้ลงนามในสัญญาการเลิก บุหรือ โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นพยาน ก็จะเป็นอีก วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีมีแรงจูงใจที่ดีขึ้นที่จะเลิก บุหรือให้สำเร็จ

4.3) A-Anticipate challenges

ผู้รักษาควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้นได้พร้อมวิธีการ แก่ไข ซึ่ง โดยทั่วไปแนะนำให้ใ ช้กลยุทธ์ “4D” ในการรับมือกับอาการถอนนิโคติน ได้แก่

4.3.1 Deep Breath: การสูดหายใจเข้าลึกๆทางจมู ก ถลันไว้ราวๆ 5 วินาทีแล้วจึง ผ่อนลมหายใจออกช้าๆทางปาก

4.3.2 Drink water: ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว

4.3.3 Do something: พยายามอย่าให้ตัวเองว่าง หางานอดิเรกทำ เช่นการออก กำลังกาย

4.3.4 Delay: พยายามยื้อเวลา แข็งใจและไม่ยอมกลับไปสูบบุหรีอีก ควร หลีกเลีย้งงานสังสรรค์ที่มีผู้สูบบุหรีหรือคิ มสูราอยู่ร่วมเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้แพทย์ควรพิจารณาเลือกใ ช้ยาช่วยเลิก บุหรือชนิดใดชนิดหนึ่งให้เหมาะสม พร้อมทั้งอธิบายผลดีผลเสียและวิธีการใ ช้อย่างถูกต้อง

4.4) R-Remove tobacco product

แนะนำให้ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีทิ้ง บุหรือและอุปกรณ์การสูบทั้งหมด เช่นไฟแช็ค ไม้ จิตไฟ ไม่ให้มีหลงเหลือ พร้อมกับเน้นย้ำกับผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีทราบว่าหลังเลิก บุหรือแล้วห้าม กลับไปสูบอีกแม้แต่ครั้งเดียว

5. Arrange Follow-Up: เมื่อเริ่มใ การรักษาแก่ผู้ที่เป็ นโรคติดยู หรีแล้วจะต้องมีการ นัดหมายติดตามอาการและผลการรักษา ซึ่ง โดยทั่วไปควรติดตามอาการครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์

หลังวันเลิกบุหรี่ จากนั้นให้พิจารณานัดครั้งถัดไปในอีก 2-3 สัปดาห์ เมื่ออาการคงที่แล้วให้นำสมุดมาตรวจทุก 2-4 สัปดาห์ หากผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เลิกได้จริงก็ควรชมเชยและคอยย้ำจุดมุ่งหมายเดิมที่ตั้งไว้ก็คือการเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด แต่หากไม่สามารถเลิกได้ก็ต้องให้กำลังใจและชี้ให้เห็นว่าความล้มเหลวที่ผ่านมาสามารถนำมาใช้เป็นประสบการณ์สู่ความสำเร็จในการเลิกครั้งนี้ได้ พร้อมกับช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ในการวางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

การดูแลรักษาทางจิตสังคมที่เป็นที่นิยมและยอมรับในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) Brief Intervention การบำบัดแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy) และการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview)

เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในบรรยากาศการช่วยเหลือระดับประคองมากกว่าการบังคับ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้เกิดมาจากภายในของผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เอง ไม่ใช่การถูกบังคับจากผู้อื่น หลักการทั่วไปมีอยู่ 5 ประการ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) คือ

D (Develop Discrepancy) คือการให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่รับรู้ถึงความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมติดบุหรี่ในปัจจุบัน กับเป้าหมายสำคัญในชีวิต ซึ่งจะสามารถเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเขาเห็นความขัดแย้งทั้งสองประเด็นด้วยตนเอง จนทำให้เกิดความรู้สึกตั้งใจอยากเปลี่ยนแปลงเพื่อบรรลุเป้าหมายสำคัญในชีวิต

A (Avoid Argumentation) คือผู้รักษาจะต้องหลีกเลี่ยงการกล่าวโทษหรือกล่าวตำหนิผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ เนื่องจากจะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากบุคคล แต่อาจใช้ soft confrontation เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เกิดความตระหนักถึงปัญหา

R (Roll with Resistance) คือ ความไม่เต็มใจ ความลังเลใจ เป็นเรื่องปกติที่ผู้รักษาควรทำความเข้าใจว่าสามารถเกิดขึ้นได้ การทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่มีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาก็จะช่วยให้เห็นถึงศักยภาพของตัวเองที่จะสามารถช่วยลดความลังเล หรือความไม่เต็มใจได้

E (Express Empathy) คือการยอมรับผู้ป่วยไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิตีติตน เข้าใจถึงความรู้สึก อารมณ์ และมุมมองต่อปัญหาของผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่

S (Support self-efficacy) คือการทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเน้นการกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา และพัฒนาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จ



Brief Intervention

เป็นแนวทางที่ใช้กระตุ้นให้ผู้ที่เป็โรคติคบุหรีเกิดแรงจูงใจและเกิดคำมั่นสัญญา (commitment) ที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี ขั้นตอนที่ใช้คือ FRAMES โดยเริ่มต้นจากการพูดคุยถึงพฤติกรรมกาสูบบุหรีของตนเอง โดยให้ทบทวนถึงความเสี่ยงหรืออันตรายจากกาสูบบุหรี (Feedback) จากนั้นให้ผู้ที่เป็โรคติคบุหรีรับผิดชอบการเลิกบุหรีด้วยตัวของเขาเอง (Responsibility) ผู้บำบัดทำหน้าที่เพียงกระตุ้นให้เขาคิดถึงการเลิก (Advice) รวมทั้งให้คำแนะนำในการเลิกว่ามีวิธีไคบ้าง บางครั้งเขาอาจจะเลิกได้ด้วยตัวเอง แต่ในบางรายอาจเลิกโดยการเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี (Menu) ผู้บำบัดเสนอแนะด้วยความเป็นห่วง ไม่ตำหนิหรือวิจารณ์ หากเขายังไม่คิดที่จะเลิก (Empathy) และเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ที่เป็โรคติคบุหรี (Self-efficacy) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

การบำบัดแบบ CBT (Cognitive Behavioral Therapy)

เป็นการมองว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็ผลมาจากความคิด ความเชื่อที่แต่ละคนแสดงออกมาแตกต่างกันไป ในการรักษาผู้ที่เป็โรคติคบุหรีสามารถทำได้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) ดังนี้

1. ให้ผู้ที่เป็โรคติคบุหรีทบทวนสถานการณ์ หรือความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี
2. ช่วยผู้ที่เป็โรคติคบุหรีตรวจสอบว่าความคิดนั้นเป็จริงหรือไม่ โดยใช้เทคนิคการเขียนความคิดที่เป็ไปได้ทั้งหมดลงบนกระดาษ
3. ตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่เป็โรคติคบุหรีเป็ผลมาจากประสบการณ์ในอดีต หรือความเชื่อที่มีมาตั้งแต่อดีต
4. ฝึกทักษะการแก้ไขปัญห (problem-solving/skill training) คือช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติคบุหรีตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่กระตุ้น หรือมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ที่เป็โรคติคบุหรีกลับไปสูบบุหรีได้ และช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติคบุหรีฝึกทักษะการแก้ไขปัญห (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ดังนี้
 - 4.1 เรียนรู้การคาดการณ์ล่วงหน้าและการหาทางออกที่เหมาะสม
 - 4.2 หลีกเลียงความคิดที่จะใช้บุหรีในการแก้ไขปัญห
 - 4.3 ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดเพื่อช่วยลดอารมณ์ที่เป็นปัญห
 - 4.4 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตบางอย่างเพื่อลดความเครียดหรือเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 - 4.5 เรียนรู้วิธีการที่จะเผชิญความอยากสูบบุหรีได้อย่างเหมาะสม เช่นการเบี่ยงเบนความสนใจไปหากิจกรรมอื่น

4.6 ให้ผู้ที่เป็ นโรคติดบุหรื ี กห ลึกเลื ยงส ตานการณ ี ที่ทำ ให้เกิ ดความคิ ดอยากบุหรื การให้คำปรึ กษาเพื่อเลิกบุหรื

หมายถึ ง การมีปฏิ สัมพันธ ์ดว ยการสื่ อสารระหว างบุคคล ได้แก่ผู้ ให้การปรึ กษาและผู้รับ การปรึ กษา เป็ นกระบวนการที่ เน้นผู้รับปรึ กษาเป็นส ำคัญ เพื่อ ให้ผู้รับการปรึ กษาได้มีโอกา สสำรวจ และทำ ความเข้าใจในปัญห า หรือส ตานการณ ีของตัวอง ด้ โดยผู้ ให้การปรึ กษาจะเป็ นผู้ช ่วยในการรับ ฟังและคอบ ั้บประเด็ นตามคำบอกเล ำของผู้รับปรึ กษา ดั งนั้ นในการให้ การปรึ กษาจึงจำ เป็ นจะต้องมี การสื่ อสารที่ ดีซึ่งตั้งอยู่ บนพื้นฐา นของการมี สัมพันธ ภาพที่ ดี มีควา มเข้าอกเข้าใจกันระหว างผู้ให้ การปรึ กษาและผู้รับการปรึ กษา หน้าที ส ำคัญของผู้ ให้การปรึ กษาคือ การเป็ นผู้รับ ฟังที่ ดี ตั้งใจ ฟังใน ลั งที่ผู้รับการปรึ กษาเล ำ มีควา มเป็ นกลาง ไม่มีอคติ ไม่มี การวิพากษ ์วิจารณ์ ไม่มี การชี้นำหรือ โน้มน้าว คำพูดหรือ คำถามของ ผู้ให้ การปรึ กษามักกระตุ้น ให้ผู้รับการปรึ กษาพูดตามควา มรู้สึ กนึกคิ ดของ ผู้รับการปรึ กษาอง ในกรณี ที่ไม่มีข้อมูลครบถ ้วน อาจจะมีการค ้นหาข้อมูลมาประกอบเพิ่ มเติม ในการให้ การปรึ กษาในครั้ งต่อ ไป ในท้ายส ุดของการให้ การปรึ กษา ผู้รับการปรึ กษาคว รที่จะเกิ ดควา มชัดเจนในส ตานการณ ีปัญห าของค นเอง มีควา มชัดเจนว่ามีป้ จจั ยใดบ้างที่ เข้ามามีอิทธิพลกับ ปัญห าของค นเอง และจะมีแนวท างใดบ้างที่ จะคลี่คลายปัญห าของค นเอง นอกจก นี้ผู้รับการ ปรึ กษาจะต้องเป็ นผู้เลื กแนวท างหรือวิธี การที่ จะจั ดการแก้ ไขปัญห าของค น ผู้ให้ การปรึ กษาจึงทำ หน้าที คล้ายกับ กระจก สะท ้อนปัญห าหรือส ตานการณ ีของผู้รับการปรึ กษตามส ภาพที่ เป็ นจริง เพื่อ ให้เกิ ดความกระจ ำงแฉ่ ง อย ำงไรก็ ตามในบริบทของ การให้ คำปรึ กษาเพื่อ การเลิกบุหรื ใน ขั้ นค อนแรกนั้ น อาจจะมีควา มแตกต ำงจากการให้ การปรึ กษาท ัวไป เนื่องจก ในบางครั้ งผู้ที่ เป็ นโรค ติดบุหรื อาจจะไม่ ได้มีควา มตั้งใจที่ จะเลิกบุหรื ดั งนั้ นผู้ ให้การปรึ กษาจึงควรมี การประเมินควา มตั้งใจ มุ่งม ันของผู้ที่ เป็ นโรคติดบุหรื ในการเลิกบุหรื ขั้ นค อนที่ 2 คือ การประเมินระดั บการคิ ดสาร นิโคติ น ด้วย การช ักถามพฤติ กรรมการสูบบุหรื และจ ำนวนบุหรื ที่สูบ ในแต่ ละวัน หรืออาจ จะประเมิน โดย ใช้แบบ ประเมินการคิ ดนิโคติ นของ Fagerstrom และขั้ นค อนที่ 3 เป็ นขั้ นค อนของ การให้ การปรึ กษา (สมเกิ ยรติ วัฒนศิริช ัยกุล, 2549) ซึ่ง มีลักษณะด ังต่อไปนี้

1. เน้นที่ การให้ การช ่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อ การแก้ ไขปัญห า มากกว่าการค ้นหาข้อ ผิ ดพลาด
2. ทัง ผู้ให้ การปรึ กษาและ ผู้รับการปรึ กษามีศ ักดิ์ศรีและเคารพ ในควา มเป็ นบุคคลเท่า เทียมกัน
3. ใช้การสื่ อสารแบบสองท าง (Two way communication) เพื่อสร ้างควา มไว้วางใจควา มเข้าใจ และค ้นหาแนวท างหรือท างออกกร ่วมกัน

4. เน้นการค้นหาศักยภาพที่มีในตัวผู้รับการปรึกษามาใช้ในการแก้ไขปัญหของตนเองเป็นหลัก
5. ผู้ให้การปรึกษาควรมีความพร้อมในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง เนื่องจากผู้ให้การปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษาด้วยวิธีการให้การปรึกษา
6. ตลอดกระบวนการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาควรใส่ใจทั้งเนื้อหา ความรู้สึก และสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้รับการปรึกษา
7. ในส่วนของขั้นตอนการให้คำปรึกษา สามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา
8. ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับสภาพความเป็นจริง เน้นความเป็นกลาง ไม่มีอคติ ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิ
9. เน้นที่สภาวะการณปัจจุบัน เพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนในอนาคต
10. ทางออกหรือวิธีการแก้ไขปัญหของผู้รับการปรึกษาไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับผู้รับการปรึกษาแต่ละคน

เป้าหมายของการให้การปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เน้นให้ผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่มีความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้น และระยะยาว มีแนวทางที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หรือแก้ไขปัญหของตนเองได้ ขณะเดียวกันก็มีแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจของตนเอง รู้วิธีการเผชิญความเครียด รู้จักวิธีการปฏิเสธ หลีกเลียงสถานการณ์ที่อาจจะกระตุ้นให้เกิดการสูบบุหรี่ และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความสำเร็จของการรักษาผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่คือการหยุดเสพยาให้ได้ นานที่สุดหรือตลอดไป โดยให้พฤติกรรมใหม่คงอยู่อย่างมั่นคง แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ในปัจจุบันควรมีลักษณะแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา เพื่อลดอาการขาดบุหรี่ และการรักษาโดยไม่ใช้ยา เพื่อสร้างความตั้งใจและป้องกันการกลับไปติดซ้ำ แต่สิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้การเลิกบุหรี่เกิดผลสำเร็จก็คือความตั้งใจจริงของผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่เอง ยาที่ช่วยให้เลิกบุหรี่นั้นเป็นเพียงปัจจัยสนับสนุนให้การเลิกบุหรี่มีโอกาสสำเร็จสูงขึ้นและทำได้ง่ายขึ้นเท่านั้น (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ไว้มากมาย ดังนี้

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ว่าหมายถึง การศึกษาคาดคะเนแนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาต่างๆที่เราสนใจศึกษา สภาพแวดล้อม ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีตัวแปรต่างๆภาพรวม เหตุการณ์ สิ่งของที่เกิดขึ้นในระยะเวลา สถานที่ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างไร

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (Clinical Situation Analysis) ว่าเป็นการให้ความหมายเชิงปฏิบัติการ โดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่องช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์โดยที่มาหรือสาเหตุตามความเห็น หรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นแนวทางหรือความเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์

โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) ว่าหมายถึง การศึกษาคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ การให้ความสนใจใน โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และเป็นการสำรวจหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิกซึ่งจะมีกรอบแนวคิดที่แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ

จากความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) สามารถสรุปได้ว่าเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกในการแก้ไขปัญหา โดยวิเคราะห์ถึงจุดแข็งจุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม และผลกระทบต่อองค์กรตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษาในด้านลักษณะของสถานการณ์ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นแนวทางหรือความเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์หรือเพื่อสร้าง พื้นฐานความรู้สำหรับการตัดสินใจในการดำเนินงานของหน่วยงาน

รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นมีหลายแนวคิด ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลัก SWOT analysis 2) การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ชิบ โมเดล (CIPP Model) 3) . การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของสุรศักดิ์ สุนทร และ 4) การวิเคราะห์

สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของ โคนาบี เดียน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลัก SWOT analysis เป็นตัวแบบพื้นฐานทางการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic plan) ซึ่งเป็นผลงานของนักวิชาการในสังกัด Harvard Business School ที่เรียกว่า Core “Design School” Model of Strategy Formation SWOT Model (For Strengths and weakness, opportunities and threats) การวิเคราะห์ SWOT เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์โดยรวมขององค์กร โดยการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) ซึ่งหมายถึงความสามารถและสถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นบวกหรือการดำเนินงานภายในองค์กรที่ทำคืออยู่แล้ว ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้ และจุดด้อยหรือจุดอ่อน (weaknesses) ในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ขององค์กร หมายถึงสถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นลบหรือด้อยความสามารถหรือการดำเนินงานภายในองค์กรที่ทำไม่ได้ไม่ดี ซึ่งองค์กรไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ นอกจากนั้นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร เพื่อค้นหาโอกาส (opportunities) หรือปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่เอื้ออำนวย ให้การทำงานขององค์กรบรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ และการค้นหาอุปสรรค (Threats) ซึ่งหมายถึงปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่เป็นขัดขวางการทำงานขององค์กรไม่ให้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์ต่างๆ ที่เหมาะสมต่อไป ทั้งกลยุทธ์ระดับองค์กร (Corporate Strategy) กลยุทธ์ระดับธุรกิจ (Business Strategy) และกลยุทธ์ระดับหน้าที่ (Functional Strategy) รวมทั้งการดำเนินตามกลยุทธ์ขององค์กรที่เหมาะสมและบริหารงานให้บรรลุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ชิบโมเดล (CIPP Model) ตามแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1971) เป็นการประเมินภาพรวมของโครงการตั้งแต่ประเมินสภาพแวดล้อม การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ การประเมินผลผลิต โดยจะใช้วิธีการสร้างเกณฑ์และประสิทธิภาพของโครงการทั้งภาพรวมหรือปัจจัยเป็นสำคัญ การประเมินแบ่งออกเป็น 4 ประเภทตามอักษรตัวแรกของคำว่าชิบโมเดล (CIPP Model) ดังนี้

1) การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการ โครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการประเด็นปัญหา และความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน

3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ เป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงในการดำเนินโครงการช่วงต่อไปให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะประ โยชน์ต่อการค้นหาจุดแข็งและจุดด้อยของนโยบาย แผนงาน โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากที่สิ้นสุดโครงการแล้ว

4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยน โครงการแต่การประเมินผลแบบนี้จะไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบายและแผนงานโครงการเท่าที่ควร

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของสุรศักดิ์ สุนทร (2551) ซึ่งได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1) การวิเคราะห์สถานการณ์แบบทั่วไป (An add-on to the Grounded Theory Approach) หลักสำคัญสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ประเภทนี้ คือ เวลา สถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบๆ (surroundings) เหตุการณ์นั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่างได้แก่สถานการณ์ปัญหา (situation map's) บริบททางสังคม (social map's) ตำแหน่งปัญหา (position map's)

2) การวิเคราะห์สถานการณ์เฉพาะเจาะจงซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 อย่างได้แก่ 2.1) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยแผนการดำเนินงาน ข้อมูลย้อนหลัง ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานและการแจกแจงข้อมูล 2.2) ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วยการนำเสนอ การรายงานผลการปฏิบัติงาน

ซึ่งสุรศักดิ์ สุนทร (2551) ได้ระบุขั้นตอนของการวิเคราะห์สถานการณ์ว่ามี 8 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดขอบเขตของการศึกษาที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน
- 2) ค้นหาสถานะปัจจุบันและเงื่อนไขของทั้งบุคคล สิ่งแวดล้อมในพื้นที่เป้าหมาย
- 3) บอกแนว โน้มหรือความกดดันต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรวมถึงปฏิภนการต่อแรงกดดันทั้งในระดับสากล ระดับชาติและระดับพื้นที่

- 4) ระบุประเด็นที่มีความสำคัญหรือจุดที่ต้องให้ความสนใจ
- 5) ใช้แนวทาง (ถ้ามี) ในการระบุประเด็นที่สำคัญที่สุด
- 6) ระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก หรือส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงคุณแจสำคัญของหน่วยงานหรือมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นที่คัดเลือก
- 7) ประเมินความสนใจของผู้เกี่ยวข้อง ผลกระทบที่มีความสำคัญ พลังและอิทธิพล
- 8) ออกแบบกลยุทธ์ ความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

4. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของโดนาเบเดียน ซึ่งเป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งส่วนของโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian, 2003) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน คือ โครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่แสดงออกมา เชื่อว่าไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดคุณภาพเพียงองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ (material resources) รวมถึง งบประมาณ สถานที่ ทรัพยากรบุคคล (human resources) ได้แก่ จำนวนบุคลากรสุขภาพ และลักษณะความสามารถของบุคลากร และลักษณะองค์กร (organization characteristics) ได้แก่ สถานะของโรงพยาบาล รูปแบบการจัดการ การจัดโครงสร้างขององค์กร การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงานตามคุณสมบัติ

กระบวนการ (Process) หมายถึง เทคนิครูปแบบกิจกรรมในสนับสนุนการดูแลสุขภาพ รวมถึงการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน การให้ความรู้ของบุคลากร และการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรม การรับรู้การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กรอบการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) โดยโครงสร้างหมายถึงโครงสร้างที่อยู่ภายใต้องค์กรของพยาบาล ประกอบด้วย แหล่งข้อมูล แหล่งสนับสนุนด้านบุคลากร คุณภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ ลักษณะขององค์กรเช่นระบบการจัดการของทีมแพทย์และพยาบาล การนำเสนอ การสอน การวิจัย หน้าที่ ผู้ตรวจการ ค่าตอบแทน ด้านกระบวนการหมายถึงสิ่งต่างๆที่หน่วยงานลงมือทำ ให้กับผู้รับบริการที่มารับบริการในห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการ



พยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เช่น การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู การป้องกันและการให้ความรู้ซึ่งปฏิบัติโดยบุคลากรด้านวิชาชีพ สุขภาพ หรือผู้อื่นที่มีส่วนร่วมในการดูแลเช่นครอบครัวผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ด้านผลลัพธ์หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ของผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ครอบครัว ซึ่งจะมีผลในการป้องกันในอนาคต

วิธีการรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์

การศึกษาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ถือว่าเป็น Multi-Methods approach (สุรศักดิ์สุนทร, 2551) ซึ่งจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายต่อการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้อธิบายสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้ว หมายถึงการรวบรวมจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วเช่น รายงาน ผลงาน สัมภาษณ์ประชากรหรือสถิติต่างๆในการดำเนินงาน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์, 2548) ข้อมูลที่จะนำมาต้องมีความเที่ยงตรงถูกต้อง มีความทันสมัย มีความเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นๆ

2. การสังเกต (Observation)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาหาข้อเท็จจริงของพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์หลักในการสังเกตของนักวิจัยคือจะต้องทำอย่างเป็นระบบ เฉพาะเจาะจง เป็นปรนัยและปราศจากอคติและความลำเอียง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีดังต่อไปนี้

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์ (2548) กล่าวว่า การรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตเป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อให้รู้ว่ามนุษย์ทำอะไร โดยการเฝ้าดูการกระทำของเขา หรือปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

ศิริพร จิรวัดมนกุล (2548) กล่าวว่า การสังเกตเป็นการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจและละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมกัน เช่น ตาหู ฟัง ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส ในการวิจัยเชิงคุณภาพ การสังเกตจะกระทำควบคู่กับการจดบันทึก หรือบันทึกภาคสนาม การสนทนาและการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภทคือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

สุภางค์ จันทวานิช (2534) กล่าวว่า การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และมีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น การสังเกตเป็นวิธีการเบื้องต้นในการเก็บข้อมูลซึ่งอาศัยประสาทสัมผัส (sensation) ของผู้สังเกตโดยตรง

ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์ (2546) กล่าวว่า การสังเกตเป็นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์หรือปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยการเฝ้าดูการกระทำว่าบุคคลคนนั้นทำอะไร การสังเกตมี 2 ประเภท คือ การสังเกตแบบมีโครงสร้าง (structure and unstructured observation) และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (structure and unstructured observation)

โดยสรุป การสังเกตคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาหาข้อเท็จจริงของพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์โดยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ว่าบุคคลคนนั้นทำอะไรหลักในการสังเกตของนักวิจัยก็ต้องทำอย่างเป็นระบบ เฉพาะเจาะจง เป็นปรนัยและปราศจากอคติและความลำเอียงซึ่งการสังเกตมีอยู่ 2 ประเภทคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

3. การสัมภาษณ์ (Interview)

เป็นวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนา ถาม ตอบกัน โดยตรงระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ โดยใช้รูปแบบของการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) หากขณะสัมภาษณ์มีข้อสงสัย ไม่เข้าใจสามารถถามซ้ำและทำความเข้าใจจนกระจ่างชัดได้ทันทีที่การสัมภาษณ์มี 2 แบบคือการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (standardized or structured interview) และการสัมภาษณ์โดยไม่ใช้แบบสัมภาษณ์ (Unstructured interview)

นอกจากนั้นการสัมภาษณ์ยังสามารถแบ่งประเภทและลักษณะตามจุดมุ่งหมาย และขอบเขตของการสัมภาษณ์ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) มีการให้ความหมายไว้หลากหลาย ผู้ศึกษาขอกล่าวสรุปดังนี้

บุญใจ ศรีสถิตินรากุล (2547) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีความรู้ในประเด็นที่สัมภาษณ์และสามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง โดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวคำถาม เพื่อให้อยู่ในขอบเขตหรือตามประเด็นที่ศึกษา

ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์ (2546) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นที่นิยมใช้มากที่สุด โดยจะทำการซักถามหรือสัมภาษณ์ทีละคนๆจนเป็นที่พอใจ แล้วจึงสัมภาษณ์คนต่อไปซึ่ง การสัมภาษณ์ลักษณะนี้มีความเป็นอิสระและมีความเป็นส่วนตัวมาก

กรแก้ว จันทรภาษา (2550) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคล หมายถึง การพูดคุยระหว่างผู้ให้การสัมภาษณ์ และผู้สัมภาษณ์ เป็นการถามโดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ บุคลิกภาพลักษณะต่างๆ

จากความหมายของการสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) สามารถสรุปได้ว่าการสัมภาษณ์รายบุคคลคือการพูดคุยระหว่างผู้ให้การสัมภาษณ์ และผู้สัมภาษณ์ผ่านรูปแบบของการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) โดยผู้ให้การสัมภาษณ์เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีความรู้ในประเด็นที่สัมภาษณ์และสามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง โดยการเปิดโอกาสให้อธิบายและถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ บุคลิกภาพลักษณะต่างๆจนผู้สัมภาษณ์ได้ข้อมูลที่ชัดเจน

3.2 การสัมภาษณ์กลุ่ม หรือสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2549) กล่าวว่า เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเอง ในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนาจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นขณะสนทนา รับฟังและซักถาม เพื่อความกระจ่างของข้อมูลและบันทึกการสนทนาโดยการจดบันทึกหรือการบันทึกเสียงไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (2549) กล่าวว่า การสัมภาษณ์กลุ่ม หรือสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (Moderator) เป็นผู้คอยตั้งประเด็นในการสนทนา เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็น หรือแนวทางการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง โดยมีผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มประมาณ 6-10 คน ซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่นักวิจัยกำหนดเอาไว้

จากความหมายของการสัมภาษณ์กลุ่ม หรือสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) สามารถสรุปได้ว่าเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากลุ่มประมาณ 6-10 คน ซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายโดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นขณะสนทนา รับฟังและซักถามและบันทึกการสนทนาโดยการจดบันทึกหรือการบันทึกเสียงไว้เพื่อการวิเคราะห์

4. แบบสอบถาม (Questionnaire)

แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ ความคิดเห็นจากกลุ่มประชากรจำนวนมาก เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ผู้ตอบมีเวลาไตร่ตรอง แต่วิธีการเก็บข้อมูลไม่ยืดหยุ่นไม่สามารถเจาะลึกในรายละเอียด เรื่องที่ต้องการศึกษาได้จากการศึกษาพบว่ามีการกล่าวถึงแบบสอบถามหลายรูปแบบขอสรุปดังนี้

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538) กล่าวว่าแบบสอบถามเป็นเครื่องมือใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรจำนวนมากมี 2 รูปแบบ คือแบบสอบถามปลายปิด (Close form) เป็นคำถามที่มีคำตอบที่แน่นอนชัดเจนให้ผู้ตอบเลือกตอบโดยให้ใช้เครื่องหมายใดเครื่องหมายหนึ่งในการตอบ การออกแบบสอบถามปลายปิดจะสร้างยาก ผู้ตอบจะตอบได้สะดวก รวดเร็ว แต่ได้ข้อมูลที่ไม่เจาะลึกรายละเอียด และแบบสอบถามปลายเปิด (Open form) เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อให้โอกาสผู้ตอบสามารถตอบได้อิสระตามความพอใจ ไม่ควรตั้งคำถามที่มีลักษณะกว้างหรือมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ตอบสับสนและใช้เวลาในการตอบมาก อาจจะทำให้ไม่ตอบหรือตอบเพียงเล็กน้อย

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2549) กล่าวว่า แบบสอบถามหมายถึงชุดของข้อคำถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา แบบสอบถามนิยมใช้มากในการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพราะสะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่จะทำแบบสอบถามได้อย่างมีคุณภาพนั้นผู้สร้างต้องมีความรู้และประสบการณ์ การเลือกใช้แบบสอบถามรูปแบบใดนั้นต้องคำนึงลักษณะของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามที่ดีควรมีความสะดวกในการตอบคำถาม ข้อคำถามตอบได้ง่ายและมีความสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนข้อคำถามไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป

จากความหมายของแบบสอบถาม (Questionnaire) สามารถสรุปได้ว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือแบบสอบถามปลายปิด (Close form) และแบบสอบถามปลายเปิด (Open form) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สะดวกประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย เป็นชุดของข้อคำถามที่เตรียมไว้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในเรื่องที่สนใจศึกษา

ในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่ติดยาเสพติดที่มารับบริการในห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์รายบุคคล และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดบุหรี่ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลปลอดบุหรี่เมื่อปี พ.ศ. 2551 และส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย ที่กำหนดให้สถานพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2549 ออกตามความพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้มีการประกาศนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ มีการพัฒนาระบบการบริการสำหรับให้ความรู้และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับบุคลากรและผู้รับบริการของโรงพยาบาล โดยมีห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ซึ่งห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้มีการดำเนินงานทั้งด้านการป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ให้การปรึกษา และให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แก่ผู้ที่มีความผิดปกติหรืออาการทางจิตเวช อยู่ที่ชั้นสอง ตึกตะวันตก กังวานพงษ์ ภายในบริเวณโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยมารับบริการด้วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุรา และโรคติดบุหรี่ เป็นต้น (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2553 ก)

จากการที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติดได้รับนโยบายจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในการพัฒนาระบบการบริการสำหรับให้ความรู้และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับบุคลากรและผู้รับบริการของโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่ “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ” จึงได้มีการจัดตั้ง “คลินิกเลิกบุหรี่” ขึ้น โดยเริ่มต้นจากการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานซึ่งมาจากทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 9 ท่าน (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2553 ข) ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน ทันตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และนักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน ซึ่งนโยบายเชิงรุกเพื่อเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่นั้น เน้นว่า “ให้มีการผสมผสานการดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดบุหรี่กับการบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนต้องรับรู้ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตลอดจนมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เป็นตัวอย่างแก่ประชาชน ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมีการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ โดยการผสมผสานเข้ากับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม มีการดำเนินงานป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ ดูแลรักษาผู้สูบบุหรี่จนติด และฟื้นฟูสุขภาพจากผลกระทบของการสูบบุหรี่จนติด รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ ที่เอื้อต่อการเป็นเขตปลอดบุหรี่ มีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล แผ่นพับ

และไปสแตร์ติดตามบอร์ดเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โทษ พิษภัยของบุหรี่ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเริ่มดำเนินงานของคลินิกเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาล” จากนั้นจึงได้มีการจัดอบรมแกนนำพยาบาล ทั้งจากหอผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกทุกแผนก เพื่อส่งเสริมให้มีการเลิกบุหรี่เข้าสู่งานประจำ (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2553 ก) โดยนำทักษะ 5'A มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 1) สอบถาม (Ask) 2) แนะนำผู้ที่สูบบุหรี่จนติดทุกคนให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) 3) ประเมินความพร้อม ความสนใจหรือความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการ (Assess) 4) ช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ (Assist) และ 5) การติดตามผล (Arrange follow-up) โดยใช้การสอบถาม (Ask) ซึ่งจะถามถึงการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทุกราย และการแนะนำผู้ที่สูบบุหรี่จนติดทุกคนให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) โดยจะต้องให้คำแนะนำที่ชัดเจน ใช้คำพูดทางบวก และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ จากนั้นจึงส่งผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่มารับการรักษาต่อที่คลินิกเลิกบุหรี่ ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด

เมื่อผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่มารับบริการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ จะมีการประเมินความพร้อม (Assess) ความตั้งใจ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่โดยใช้แบบทดสอบวัดระดับการคิดสารนิโคตินของ Fagerstrom รวมทั้งประเมินลักษณะการคิดนิโคตินของผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ แล้วจึงให้การช่วยเหลือเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ ผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ระดับรุนแรง จะให้การช่วยเหลือโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) ร่วมกับการให้ยาโดยจิตแพทย์ (Pharmacological Therapy) ผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ระดับปานกลาง ให้การช่วยเหลือโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) และจะพิจารณาให้ยา (Pharmacological Therapy) ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ยา และผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ระดับเล็กน้อย ให้การช่วยเหลือโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) เพียงอย่างเดียว

ขั้นตอนสุดท้ายคือการติดตามประเมินผล (Arrange follow-up) เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะ เพื่อให้กำลังใจและป้องกันการกลับมาสูบบอก (Relapse) โดยจะติดตามทั้งทางโทรศัพท์และนัดหมายให้มาที่คลินิกเลิกบุหรี่ 7 ครั้ง ได้แก่ ครั้งแรกใน 1 สัปดาห์ ครั้งที่สองใน 2 สัปดาห์ ครั้งที่สามใน 4 สัปดาห์ ครั้งที่สี่ในอีก 3 เดือน ครั้งที่ห้าในอีก 6 เดือน ครั้งที่หกในอีก 9 เดือน และครั้งสุดท้ายคือ 12 เดือน

ในปัจจุบันมีผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่มารับการรักษามากขึ้นจนติดอันดับหนึ่งในห้าของจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชและยาเสพติด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ที่สนใจเข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 17 และผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ที่ถูกส่งปรึกษามาจากแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลร้อยละ 83 โดยมีผู้ที่เป็น โรคติดบุหรี่ได้รับการรักษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 62 ส่วนผู้

ที่เป็นโรคติดยาเสพติดที่ได้รับการรักษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) ร่วมกับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) คิดเป็นร้อยละ 38 (ทิมสเถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน, 2554) ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลรักษาแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดอีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ภายหลังจากการเข้ารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่แล้วมากกว่า 2 เดือน ส่งผลทำให้เกิดโรคเรื้อรังและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่อย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดในครั้งนี จะทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปปรับปรุง และพัฒนาการวางแผนงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่ให้ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดทฤษฎี

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่พบว่า สถิติผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดมีจำนวนมาก แม้ว่าหน่วยงานจะมีแนวทางการดูแล การดูแลรักษาด้วยยา และด้านจิตสังคมอย่างเป็นรูปธรรม แต่ก็พบว่ายังมีผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 50 (ทิมสเถิติ หน่วยข้อมูลเวชระเบียน, 2554) การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เชียงใหม่ อาศัยกรอบแนวคิดของการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของโคนาบีเดียน ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) (Donabedian, 2003) ซึ่งการวิเคราะห์โครงสร้าง ได้แก่ การจัดระบบบริการ นโยบาย แผนพัฒนา งานงบประมาณ สถานที่ ทรัพยากรบุคคล ยา เวชภัณฑ์ คู่มือหรือแนวปฏิบัติ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด การวิเคราะห์กระบวนการ ได้แก่ การดำเนินงานในการประเมิน คัดกรอง การดูแลรักษา การติดตามของทีมนักการด้านสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การมาตรวจตามนัดและการดูแลช่วยเหลือด้านการดูแลรักษาของญาติ หรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ได้แก่ ประสิทธิภาพของการดูแล การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดยาเสพติด และการรักษาผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคติดยาเสพติด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หรือเปลี่ยนแปลงระดับการติดสารนิโคตินหลังรับบริการ รวมถึงการรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติดและญาติ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดยาเสพติด และสามารถนำข้อมูลที่ได้ นำมาใช้ประกอบในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดยาเสพติดทั้งในด้าน

โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ให้ตรงประเด็นและมี
ประสิทธิภาพต่อไป