

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

(The effect of perceived self-efficacy, health empowerment and social support to success in smoking cessation in patients with coronary artery disease)

คำสำคัญ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

สรุปผลงานโดยย่อ

จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีประวัติสูบบุหรี่มารับการรักษาด้วยภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction patients) โดยมีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีทั้งผู้ป่วยเพศชายและหญิงโดยคิดเป็นร้อยละ 93.5 และ 6.5 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.13 อายุน้อยที่สุดคือ 32 ปี และมากที่สุดคือ 84 ปี ($\bar{X} = 55.04$, S.D.=0.25) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน 15-55 ปี ($\bar{X} = 28.83$, S.D.=10.84) โดยส่วนใหญ่จะสูบ 6-10 มวน/วัน ($\bar{X} = 12.93$, S.D.=8.95) และพบว่าสาเหตุที่สำคัญของการติดบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ สูบเพราะอาชีพ ทำให้มีความตื่นตัวไม่ห่วงนอน และสูบเพื่อคลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 50 และ 28.3 ตามลำดับ ผู้ป่วยเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 56.60 เหตุผลสำหรับคนที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ คือ ครอบครัวยกให้เลิก และอยากเลิกเอง คิดเป็นร้อยละ 13 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 73.9 ไม่เคยได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ จากผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 89.10

ชื่อโรงพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ / กลุ่มงานการพยาบาล

ผู้วิจัย พว. วินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลชำนาญการพิเศษ, APN โรคหัวใจและหลอดเลือด

- เป้าหมาย**
1. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จโดยไม่ต้องอาศัย Pharmacotherapy
 2. จัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่อย่างมีแบบแผน

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดการตายและความพิการถึงแม้ว่าจะสามารถป้องกันได้ก็ตาม องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) ประเมินการว่า มีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1.3 ล้านล้านคน มีผู้ซื้อบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคนต่อนาที และทุก ๆ 8 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่สามารถคร่าชีวิตประชากร 1 ใน 6 ของโลก (Ebbert , J.O. & Hays, J.T.,2008) ในประเทศสหรัฐอเมริกา การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายและการเกิดโรคอันดับหนึ่ง โดยมี

ผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ และนำไปสู่การเกิดโรค จำนวน 440,000 คนต่อปี ยิ่งในคนที่มีอายุมากกว่า 65 ปีก็จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ประมาณ 70% ของผู้สูบบุหรี่จะเกี่ยวข้องกับอัตราการตายในผู้สูงอายุ ผู้ชายและผู้หญิงที่สูบบุหรี่ จะมีอายุเฉลี่ยลดลง 13.2 และ 14.5 ปีตามลำดับ (Doolan, D.M. & Froelicher, E.S.,2008)

ประชากรไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน หรือ วันละ 142 คนโดยที่บุคคลเหล่านี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคน หรือมีอายุเพียง 35-69 ปีเท่านั้น นอกจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแล้ว การสูบบุหรี่ยังส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านคุณภาพชีวิตและด้านเศรษฐกิจอีกด้วย เห็นได้จากปี พ.ศ. 2546 รัฐต้องจ่ายเงินค่ารักษาโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เช่นโรคหัวใจ ฤๅลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น เป็นจำนวน 45,550 ล้านบาท ทั้งนี้คาดว่า ในปี พ.ศ. 2550 จะมีค่าใช้จ่ายใน 3 โรคนี้ถึง 53,674 ล้านบาท ซึ่งสวนทางกับรายรับของรัฐในการจัดเก็บภาษีที่มีเพียง 48,630 ล้านบาท (จิราภรณ์ เนียมกฤษ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่มีโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้สูบบุหรี่โรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่ยังเป็นทั้งความดันเลือดและไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉพาะแล้วผู้ติดบุหรี่ จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี บุหรี่มีสารที่เป็นผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะสารนิโคตินซึ่งจะมีผลให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตทันทีทันใดได้ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่าผู้ป่วยช่วงอายุ 30-60 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 80 และกลับมาสูบบุหรี่อีกร้อยละ 60

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนั้นยังจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จากการหยุดบุหรี่อีกด้วย เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย จากนโยบายของรัฐที่ประกาศให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ผู้ป่วยได้เริ่มหยุดบุหรี่มาตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะกระตุ้น ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำ และพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลจึงถือเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็น (จิราภรณ์ เนียมกฤษ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

โครงการนี้จึงเกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ทั้งนี้เพราะการหยุดบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโอกาสเสียชีวิตกะทันหันลดลงอย่างมาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จโดยการไม่ต้องอาศัย Pharmacotherapy
2. จัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่อย่างมีแบบแผน

กิจกรรมการพัฒนา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. จัดทำโครงการนำเสนอผู้บริหาร
2. ทบทวนวรรณกรรมและจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่อย่างมีแบบแผน โดยใช้แนวคิดดูแลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม จากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Trans theoretical model หรือ Stage of change)
3. นำแนวทางการให้คำปรึกษาตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
4. ดำเนินการวิจัย นำแนวทางการให้คำปรึกษาลงสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ติดบุหรี่
5. ประเมินผล และสรุป วิเคราะห์ อภิปรายผลโครงการ
6. สรุปผลโครงการและนำเสนอผู้บริหาร

คำจำกัดความ

โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง รูปแบบแนวทางการให้คำปรึกษา ความเชื่อ การตัดสินใจของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการที่จะเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพการเลิกสูบบุหรี่เป็นแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ข้อสรุปของแบบจำลองคือ การรับรู้ หรือความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นๆ ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การเปลี่ยน หรือการหยุดพฤติกรรมจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนี้ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่สำคัญ 4 อย่างคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรค ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน เพื่อจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม (Becker, et al., 1974)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง หมายถึง รูปแบบแนวทางการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ญาติ ครอบครัว (Care giver) ให้มีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่มีต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการส่งเสริมเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ให้ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วยได้รับความช่วยเหลือ 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ

การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The trans theoretical Model or Stage of change) พัฒนาโดย Prochaska and Diclemente (1983) โครงสร้างหลักๆของทฤษฎีนี้ กล่าวถึงขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีทั้งหมด 6 ระยะ คือ ระยะก่อนการตั้งใจ ระยะตั้งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม และระยะสิ้นสุดพฤติกรรม

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction patients) ที่มีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาทั้งผู้ป่วยเพศชายและหญิงไทยวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุระหว่าง 21-85 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาทั้งเพศชายและหญิงไทยวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุระหว่าง 21-85 ปี ที่มาเข้ารับการรักษา ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 และ 30 เมษายน 2559

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ที่มาเข้ารับการรักษา ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 และ 30 เมษายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. Clinical Nursing Practice Guideline ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

3. ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบ จำนวนมวน/วัน สาเหตุของการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยเคยพยายามเลิกสูบหรือมาก่อนหรือไม่ เหตุผลที่เลิก ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษามาก่อนอย่างเพียงพอเหมาะสมหรือไม่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

3. การประเมินความรุนแรงของโรคและโอกาสการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งระดับเป็นตัวเลข 0 – 10 วิธีนี้ทำโดยให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ระบุระดับความต้องการอยากเลิกของเขายู่ในระดับใด ตั้งแต่ 0 -10 แล้วอ่านค่า 0-2 ไม่คิดเลิก (Pre-contemplation) / 3-5 คิดแต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ ขอความรู้ (Contemplation) / 6-8 คิดและพร้อมที่จะเลิก ขอกำลังใจ (Preparation) / 9-10 ลงมือเลิกหรือกำลังเลิกอยู่ (Action) (กรองจิต วาทีตสารกิจ, 2550)

4. แบบประเมินติดตาม การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Counseling) ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 เดือนที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงการนำเสนอผู้บริหาร ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย (Mini research) และขออนุญาตจากผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล

2. ทบทวนวรรณกรรมและจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่อย่างมีแบบแผน โดยใช้แนวคิดดูแลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม จากแบบจำลองความ

เชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Trans theoretical model หรือ Stage of change)

3. นำแนวทางการให้คำปรึกษาตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
4. ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย นำแนวทางการการให้คำปรึกษาไปสู่การปฏิบัติและติดตามประเมินผลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ติดบุหรี่ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU)
5. ประเมินผล และสรุป วิเคราะห์ อภิปรายผลโครงการ
6. สรุปผลโครงการและนำเสนอผู้บริหาร

ผลการศึกษา:

ตารางที่1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ที่มีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2558-59 จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	93.50
หญิง	3	6.50
อายุ (ปี)		
30-40	6	13.04
41-50	8	17.40
51-60	18	39.13
61-70	10	21.74
71-80	3	6.52
81-90	1	2.17
($\bar{X}$ = 55.04, S.D.=0.25)		
สถานภาพ		
โสด	2	4.30
คู่	41	89.10
หม้าย	3	6.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	26.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	13.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	19.60
อนุปริญญา หรือ ปวช. หรือ ปวส.	11	23.90
ปริญญาตรี	8	17.4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษา มีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาทั้งผู้ป่วยเพศชายและหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.5 และ 6.5 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.13 อายุน้อยที่สุดคือ 32 ปี และมากที่สุดคือ 84 ปี ($\bar{X} = 55.04$, S.D.=0.25) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน 15-55 ปี ($\bar{X} = 28.83$, S.D.=10.84) โดยส่วนใหญ่จะสูบ 6-10 มวน/วัน ($\bar{X} = 12.93$, S.D.=8.95) สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 89.10 และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา และอนุปริญญา หรือ ปวช. หรือ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 26.10 และ 23.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2558-59 จำแนกตาม จำนวนมวนที่สูบ/วัน จำนวนปีที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ สาเหตุของการติดบุหรี่ เหตุผลที่ต้องการเลิกก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยเคยได้รับการดูแลรักษาให้เลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่ ผู้ป่วยเคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนหรือไม่ เหตุผลที่เลิก ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาให้เลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่

ประวัติการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนมวนที่สูบ/วัน		
4 - 5 มวน	9	19.57
6 - 10 มวน	21	45.65
11 - 15 มวน	3	6.52
16 - 20 มวน	12	26.09
มากกว่า 20 มวน	1	2.17
($\bar{X} = 12.93$, S.D.=8.95)		

ประวัติการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่		
10 - 20 ปี	16	34.78
21 - 30 ปี	14	30.43
31 - 40 ปี	11	23.91
41 - 50 ปี	4	8.70
51 - 60 ปี	1	2.17
($\bar{X}$ = 28.83, S.D.=10.84)		
สาเหตุของการติดบุหรี่		
สูบบุหรี่ตามเพื่อนสมัยวัยรุ่นเพื่อความโก้ เก๋	4	8.70
สูบบุหรี่ตามคนในบ้าน	2	4.30
สูบบุหรี่เพราะอาชีพ ให้มีความตื่นตัว ไม่ห่วงนอน	23	50.00
สูบบุหรี่คลายเครียด	13	28.30
สูบบุหรี่เพื่อการเข้าสังคม	4	8.7
เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่		
เคย	20	43.50
ไม่เคย	26	56.50
เหตุผลการเลิกสูบบุหรี่สำหรับคนที่พยายามเลิก		
เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ แพทย์พยาบาลแนะนำให้เลิก	4	8.70
อายุมากขึ้นมีภาวะโรคเรื้อรังเกิดขึ้น	4	8.70
ครอบครัวขอให้เลิก	6	13
อยากเลิกเอง	6	13
ไม่เคยคิดอยากเลิก	26	56.50
เคยได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่		
เคย	12	26.10
ไม่เคย	34	73.90

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 6-10 มวน/วัน ($\bar{X}$ = 12.93, S.D.=8.95) สูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลานานส่วนใหญ่ 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.78 ($\bar{X}$ = 28.83, S.D.=10.84) โดยพบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่สำคัญของการติดบุหรี่ คือ สูบบุหรี่เพราะ

อาชีพ ทำให้มีความตื่นตัว ไม่หวั่นนอน และสูบเพื่อคลายเครียด คิดเป็น ร้อยละ 50 และ 28.30 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 26.10 โดยเหตุผลที่ต้องการเลิก คือ ครอบครัวยกให้เลิก และ อยากเลิกเอง คิดเป็นร้อยละ 13 ในขณะที่ไม่เคยคิดอยากเลิก ร้อยละ 56.50 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 73.90

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ การประเมินความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) และระดับความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2558-59

การประเมินความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค (New York Heart Association, in Rasof & Gorbien, 1998)		
ระดับ 1	0	0
ระดับ 2	21	45.70
ระดับ 3	17	37.00
ระดับ 4	8	17.40
($\bar{X}$ = 2.72, S.D.=0.75)		
ระดับความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่		
0-2 ไม่คิดเลิก (Pre-contemplation)	1	2.20
3-5 คิดแต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ ขอความรู้ (Contemplation)	18	39.10
6-8 คิดและพร้อมที่จะเลิก ขอกำลังใจ (Preparation)	21	45.70
9-10 ลงมือเลิกหรือกำลังเลิกอยู่ (Action)	6	13.00

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ 2, 3 เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 45.70 และ 37 ตามลำดับ สำหรับระดับความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในช่วง 6-8 คิดและพร้อมที่จะเลิก ขอกำลังใจ (Preparation) คิดเป็นร้อยละ 45.70 รองลงมาเป็น ช่วง 3-5 คิดแต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ ขอความรู้ (Contemplation) คิดเป็นร้อยละ 39.10

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินติดตามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) หลังจากการได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2559 และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Counseling) ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 เดือนที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยลำดับที่	ระยะเวลาในการติดตามการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Counseling)								ผลการประเมิน
	Week 2	Week 4	Week 6	Week 8	Week 10	Week 12	Month 6	Month 12	
1.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	✓	✓	✓	✓	×	×	×	×	×
3.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.	✓	✓	×	×	×	×	×	×	×
5.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	✓	✓	×	×	×	×	×	×	×
9.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11.	✓	✓	✓	×	×	×	×	×	×
12.	✓	✓	✓	✓	×	×	×	×	×
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
46.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Total	46	46	44	43	41	41	41	41	41
อัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ = 89.10									

✓ เลิกสูบบุหรี่ได้

× ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังจากการได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าอัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 89.10 โดยพบว่ามีผู้ป่วย 5 รายไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

สรุปผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีผลผลิต และผลลัพธ์ดังนี้

1. ผลผลิต: มีคู่มือแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่อย่างมีแบบแผน
2. ผลลัพธ์: เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยการไม่ต้องอาศัย Pharmacotherapy คิดเป็นร้อยละ 89.10

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีประวัติสูบบุหรี่มารับการรักษาด้วยภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction patients) โดยมีประวัติสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีทั้งผู้ป่วยเพศชายและหญิง วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.13 ในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่าอายุน้อยที่สุดคือ 32 ปี และมากที่สุดคือ 84 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ เนียมกฤษ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ที่พบว่าประชากรไทย เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน หรือ วันละ 142 คน โดยที่บุคคลเหล่านี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคน หรือมีอายุเพียง 35-69 ปี นอกจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแล้ว การสูบบุหรี่ยังส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านคุณภาพชีวิตและด้านเศรษฐกิจอีกด้วย เกิดภาวะโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มานานอยู่ในช่วง 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.78 โดยส่วนใหญ่สูบ 6-10 มวน/วัน และพบว่าสาเหตุที่สำคัญของการติดบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ สูบเพราะอาชีพ ให้มีความตื่นตัว ไม่ง่วงนอน และสูบเพื่อคลายเครียด คิดเป็น ร้อยละ 50 และ 28.30 ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะนิโคติน (Nicotine) ซึ่งเป็นสารพิษที่รุนแรงที่ทำให้คนติดบุหรี่ สามารถดูดซึมได้ทางผิวหนังและเยื่อเมือกได้ เป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลางทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจและชีพจรเต้นเร็วขึ้น โดยอาจจะเพิ่มขึ้น 30 ครั้งต่อนาทีทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท นิโคตินและสารเคมีอื่น ๆ ที่ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบลงซึ่งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรกอาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบมากหลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ซาลง ร้อยละ 95 ของนิโคติน จะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อสมองได้ ก่อให้เกิดการหลั่งอิพิเนฟริน (epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและ ขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) และสำหรับบุหรี่ยี่ห้ออื่นนั้นก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงได้ (Hamann et. al, 2006 อ้างใน ดวงกมล มงคลศิลป์, 2550)

จากงานวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 43.50 เหตุผลที่ต้องการเลิก คือ ครอบครัวขอให้เลิก และอยากเลิกเอง คิดเป็นร้อยละ 13 ในขณะที่ไม่เคยคิดอยากเลิก คิดเป็นร้อยละ 56.50 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 73.90 ทั้งนี้เพราะการสูบบุหรี่ไม่ได้ก่อให้เกิดโรคเฉียบพลัน เป็นอันตรายกับชีวิตทันทีทันใด จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในภาวะสุขภาพ ไม่คิดอยากเลิก หรือพยายามเลิก เนื่องจากการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน การหยุดบุหรี่จะ

ทำให้ร่างกายขาดนิโคติน และเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms) เช่น อาการหงุดหงิด ซึมเศร้า อาการอยากบุหรี่ สมาธิและความสามารถในการคิดลดลง นอนไม่หลับ และเจริญอาหาร อาการเหล่านี้เกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากสูบบุหรี่ครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันแรก หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงในช่วง 2-3 สัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการต่อเนื่องได้เป็นเวลาหลายเดือน อาการขาดนิโคตินที่สำคัญอีกอาการหนึ่ง คือ อาการอยากบุหรี่ (craving) อาการอยากบุหรี่ที่รุนแรงอาจคงอยู่ได้เป็นเวลานานถึง 6 เดือน และมักจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ นั้นแสดงให้เห็นว่าการหยุดสูบบุหรี่ไม่ใช่เรื่องง่าย ผู้ที่สูบบุหรี่มานานซึ่งไม่เห็นประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และเมื่อวันหนึ่งที่ร่างกายทรุดโทรม อ่อนแอ และมีภาวะโรคเรื้อรังเกิดขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยสำนึกในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Burns, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งหนึ่งที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ 2, 3, และ 4 เป็นส่วนใหญ่ ทำให้เห็นวาระระดับความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในช่วง 6-8 คือคิดและพร้อมที่จะเลิก ขอกำลังใจ (Preparation) คิดเป็นร้อยละ 57.14 เพื่อรักษาภาวะสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยง เพราะกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า กรณีที่เกิดโรคหัวใจแล้วและยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขนเน่าจนต้องตัดทิ้ง(สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

หลังจากการได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าอัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 89.10 ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) เป็นวิธีที่คนสูบบุหรี่ทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังและยังไม่มีเป็น ชอบมากที่สุด เพราะเป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคล สามารถซักถามข้อมูลได้โดยตรง ผู้ให้คำปรึกษาสามารถประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยได้ชัดเจนทั้งภาษาพูดและการแสดงออกทางร่างกาย ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และความเชื่อมั่น ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น การที่บุคคลป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็จะเกิดความเกรงกลัวต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นเป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อธิบายจากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ข้อสรุปของแบบจำลองคือ การรับรู้ หรือความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นๆ ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การเปลี่ยน หรือการหยุดพฤติกรรมจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนี้ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่สำคัญ 4 อย่างคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรค ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน เพื่อจะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม (Becker, et al., 1974)

นอกจากนั้นโปรแกรมยังมีรูปแบบแนวทางการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ญาติ ครอบครัว (Care giver) ให้มีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่มีต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการส่งเสริมเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ให้ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การได้รับความช่วยเหลือ 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การ

สนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ มีการติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยการให้การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Counseling) จัดเป็นเครื่องมือสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ระดับชาติ และเป็นแหล่งให้ความรู้และแรงจูงใจเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ช่วยสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ สามารถเข้าถึงได้ทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยสามารถคุยโดยที่ไม่เห็นหน้ากันเป็นความลับ ทำให้สื่อสารอย่างเปิดเผย เข้าใจง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ต้องเดินทาง ทำให้ง่ายต่อการประเมินผล การประชาสัมพันธ์ ประหยัดค่าใช้จ่าย มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดประสิทธิผลได้ง่าย

แต่ก็พบว่าผู้ป่วย 5 ราย ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ 2 ราย สังคมเพื่อนฝูงที่กระตุ้นให้เกิดความอยาก และกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง จำนวน 2 ราย และอีก 1 ราย เกิดจากที่ผู้ป่วยเครียด ทำงานกลางคืน สูบบุหรี่คลายง่วงนอน จึงกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

บทเรียนที่ได้รับ ข้อเสนอแนะ และการนำผลงานไปใช้

1. สามารถนำคู่มือแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่อย่างมีแบบแผนไปใช้ในการเตรียม Discharge Planning ผู้ป่วยในหลากหลายกลุ่มโรคโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. อย่างไรก็ตามผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมฝึกฝนทักษะการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้การใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. การผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรค จำเป็นจะต้องใช้เวลา อย่างน้อย 30-45 นาที ในการให้คำปรึกษารายบุคคล
4. การผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ญาติ ครอบครัว (Care giver) ให้มีความรู้ความเข้าใจตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่มีต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องทำควบคู่ไปด้วยเสมอทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากสังคม ครอบครัวอย่างเข้าใจ และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่

การติดต่อกับทีมงาน

พว. วินิตย์ หลงละเลิง ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ, APN โรคหัวใจและหลอดเลือด
โทร 081-4823255 / E-mail: Winityod@hotmail.com

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ.(2550). *การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ*.กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลวรรณ นาครัญ. (2540). *การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ เนียมบุญชู. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เนียมบุญชู และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). *ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม*. วารสารควบคุมยาสูบ, 1 (1), 2-13.
- ดวงกมล มงคลศิลป์.(2550). *ผลของการใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่นตอนต้น กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจุรี. (2545). *การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นครชัย เปื่อนปฐม. (2546). *Clinical Practice Guideline*. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์ จำกัด.
- บุปผา ศิริรัศมี, ฟิลิป เกสต์ และคณะ. (2550). *ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศรอบที่ 2 พ.ศ.2549 ภายใต้โครงการ International Tobacco Control Policy- Southeast Asia*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2548). *คำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลก*. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (Online). Available from : <http://www.washthailand.or.th> (30 เมษายน 2548).
- ประไพจิตร ชุมแสงวาปี. (2542). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาชายสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปรีดา เบญจนากาสกุล และวนิดา แพงเทียน. (2000). *ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และอดบุหรี่ในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. เกษตรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียาพร ชูเอียด. (2550). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ของนักศึกษา วิทยาลัยสังกัด กรมอาชีวศึกษาในภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2548). *พยาบาลไทยร่วมใจต้านภัยบุหรี่. รายงานการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 , (22-24 สิงหาคม) , 40-43.*
- ผ่องศรี ศรีมรกต, สมหมาย หิรัญนุช และนวลขนิษฐา ลิขิตลือชา.(2548). การศึกษาบทบาทวิชาชีพ พยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. *วารสารสร้างเสริมสุขภาพ*, 2 (1-2), (มกราคม – เมษายน), 3-23.
- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). *ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง: แนวคิดและทฤษฎีในการพยาบาลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง. การอบรมทางวิชาการ เรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว. วันที่ 7-9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพมหานคร.*
- โพลล์ศูนย์วิจัยกสิกรไทย.(2546). (Online). Available from:http://www.ashthailand.or.th/th/content_Image/informationcenter/112.pdf. (22 พฤศจิกายน 2548).
- เพ็ญพโยม เชยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความหวาดหวั่นในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขา วิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรกร กาญจโนภาส. (2538). *โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียน วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขา วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาร์วิน โกลด์เบอร์ค. (2542). *แบบแผนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย*. (Online). Available from : <http://www.ashthailand.or.th/th/informationcenter.php?act=list &categoryID=2>. (20 พฤศจิกายน 2548).
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548, มกราคม). *ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่*. (Online). Available from: <http://www.ashthailand.or.th> (30 มกราคม 2549).
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์.*
- ลีนา จิตเบญจพล. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการ เลิกบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาชาย จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต

- (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
 วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฬามณี สุทธิสิทธิ์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มณฑานกุล, พนมทวน
 ชูแสงทอง, ศรีนัย กอสนาม, และคณะ. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่*.
 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. มปท.
- วีณา ศิริสุข. (2541). *ยาสูบกับคนไทย : ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้
 โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศรีนัย กอสนาม. (2550). คู่มือการสอนเกสัชกร: เกสัชอาสาพาเลิกบุหรี่. ใน กรแก้ว จันทภาษา
 (บรรณาธิการ), *การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ มุมมองทางจิตวิทยาและสังคม*. หน้า 33.
 แผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ สภาเกสัชกรรม.
- ศิริพันธุ์ สาคัญ. (2548). การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและผู้ดูแล. *เอกสารประกอบการ
 สอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 2*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2535). *ประกาศกระทรวง
 สาธารณสุข(ฉบับที่ 6) พ.ศ.2543 เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงฉลากและ
 ข้อความในฉลากของบุหรี่ซีกาเรต*. ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535.
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *บุหรี่กับโรคร้ายมีอะไร
 ในบุหรี่*. (Online). Available from : <http://www.Thaiquit.com>. (2546, กรกฎาคม)
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). *แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบาย
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลำลี เปลี่ยนบางช้าง. (2544). การควบคุมการบริโภคยาสูบกับการสร้างเสริมสุขภาพ. *จุลสารบุหรี่และ
 สุขภาพ*, 10(4), (กรกฎาคม – กันยายน), 13 -15.
- Ajzen, I., and Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*.
 New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Antonanas, F., Viscusi, W.K., Joan, J., Brana, F.J., Portillo, F., Carvalho, I. (2000). Smoking risks
 In Spain. Part I. Perceptions of risks to the smoker. *Journal of Risk and Uncertain*,
 21(2-3), 161-186.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barta, S. K., and Stacy, R.D. (2005). The effect of a theory- Based Training Program on Nurses
 Self-Efficacy and Behavior for Smoking Cessation Counseling. *The Journal of Continuing
 Education in Nursing*, May/Jun, 36(3), 117-123.
- Becker, M. H., and others. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. In *The Health
 Belief Model and Personal Health behavior*. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.

- Burns, D. M. (2003). Tobacco-related diseases. *Seminars in Oncology Nursing*, 19(4): 244 -249.
- Chouinard, M., and Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The Effectiveness of Nursing Inpatient Smoking Cessation Program in Individuals with Cardiovascular Disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- Doolan, D.M. & Froelicher, E.S. (2008). Smoking Cessation Interventions and Older Adults. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23,119-127.
- Ebbert, J.O. & Hays, J.T.(2008).The missing link in tobacco control.*Canadian Medical Association or its licensors*, 179(2), July, 123-124.
- Fung, P. R., Snape-Jenkinson, S.L., Godfrey, M.T., Love, K. W. Zimmerman, P.V., Yang, I.A. & Fong, K. M.(2005). Effectiveness of hospital – Base Smoking Cessation. *Chest*, 128(1), 216-223.
- Henrikus, D.J., Lando, H.A., McCarty, M. C.,Klevan, D., Holtan, N. and Huebsch, J.A. (2005). The TEAM project : the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital Patient. *Preventive Medicine*, 40(3), 249-258.
- Jetiyanuwat, C. (2001). *Factor associated with smoking cessation of public health officials in Kanjanaburi province*. Master 's Thesis, Department of Biostatistics, Graduate Studies, Mahidol University.
- Lundborg, P. & Andersson, H.(2008). Gender, risk perceptions, and smoking behavior. *Journal of Health Economics* 27(1),1299-1311.
- Moller, A. et al. (2002).Effect of preoperative smoking intervention on post operative Complications: a randomized clinicaltrial. *Lancet*, 359, 114-117.
- Polit, D. F., and Hunger, B.P. (1995). *Nursing reseach : Principles and methods*.5th ed.Philadelphia: Lippincott.
- Prochaska, J. O., and DiClemente, C.C. (1983). Stages and process of self – change in smoking : Toward an intergrative model of change. *Journal of Clinical and Cousulting Psychology*, 51(3), 390-395.
- Quist-Paulsen, P. and Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trail of smoking cessation Intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ*, 327(7426), 1254-1256.
- Schepis, TS.& Rac, U. (2005). *Epidemiology and etiology of adolescent smoking*. *Current Opinion pediatrics*, 17(5), 607-617.
- Smith, M.C. & Wertheimer A.L. (1996). *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care*. New York : The Haworth Press.

- Suskin, N. et al. (2001). Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patient With left ventricular dysfunction. *Journal of American College Cardiology*, 37(6),1677-1682.
- World Health Organization. (2004). *Code of Practice on tobacco control for health professional Organization*. Adopted and signed by the participants of the WHO informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control ; 28-30 Jan 2004 Geneva, Switzerland. (Online).Available from: <http://www.radiologymalaysia.org/ontent/Downloads/WHOfcode top.pdf> (10 May 2006).