

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่: กรณีศึกษา คลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ทักษิณ พิมพ์ภักดี¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา², เพ็ญภักตร์ พันผา³

¹ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³ คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Quit Smoking Behavior of Current Smokers: A Case Study at Pharsai Clinic, Ubon Ratchathani University

Pimpak T¹, Chaikoolvatana A², Pheunpha P³

¹ College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, Thailand

² Department of Pharmaceutical Science, Ubon Ratchathani University, Thailand

³ Faculty of Management Science, Ubon Ratchathani University, Thailand

หลักการและวัตถุประสงค์: ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา คลินิกให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีชื่อว่า “คลินิกฟ้าใส” ได้เปิดให้บริการกับผู้รับบริการในเขตพื้นที่มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นบุคลากรและนักศึกษาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยทั่วไปการติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ จะใช้ระยะเวลาในการติดตาม 6 เดือน วัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้คือการประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการเมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนจากเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2556

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 53 ราย ที่สามารถติดตามการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป (11 ข้อ) ประวัติการสูบบุหรี่ (6 ข้อ) และวิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ (34 ข้อ) ผู้รับบริการแต่ละรายได้รับวิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ตามข้อมูล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการติดตามหลังได้รับการบำบัดคือ เดือนที่ 0, 3, และ 6 ข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ทางสถิติทั้งเชิงพรรณนา (เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ) และเชิงอนุมาน (เช่น ไค-สแควร์)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 41- 59 ปี (ร้อยละ 41.50) ดื่มสุราเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 50.90) มีผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่สูบน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 29.60) สูบวันละ 1-10 มวน (ร้อยละ 74) นอกจากนั้น พบว่า

Background and objectives: Since February 2013, a smoking cessation clinic called “Pharsai Clinic” has been opened for the clients living closed to Ubon Ratchathani University (UBU). The clinic serves mostly UBU staff and students seeking to quit smoking. The duration criteria to monitor the smoking cessation are 6-months. The study aims to evaluate quit smoking behavior of the smokers who completely underwent 6-month cessation period from February to July 2013.

Methods: It is a cross-sectional descriptive study. Totally there were 53 participants qualified into the study. They underwent a screening test for smoking cessation. A questionnaire paper was used to collect client data including, demographic information (11 items), history of cigarette smoking (6 items), and smoking cessation strategies (34 items). Each participant received an individual cessation strategy based on his background information. The quit program was divided into 3 hospital visits; 0, 3, 6-month periods. All data was analyzed via both descriptive (e.g., Mean S.D, frequency, percentage) and analytical (e.g., Chi-square test) statistics.

Results: All 53 participants were males, aged between 41 and 59 years (41.50%), occasionally drink alcohol (50.90%). The current smokers (100%), had a history of

*Corresponding author: อนันต์ ไชยกุลวัฒนา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190 โทร (66+) 45-353630 แฟกซ์ (66+) 46+353626 อีเมลล์ kkc5476@yahoo.com phanunch@hotmail.com

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเลิก ร้อยละ 77.4 ซึ่งมีภาวะการติดนิโคตินในระดับน้อย (ร้อยละ 56.6) ได้รับการบำบัดด้วยยาร้อยละ 58.3 ซึ่งยาที่ใช้คือ น้ำยาบ้วนปาก 0.5% โซเดียมไนเตรต (ร้อยละ 26.4) หลังจากครบกำหนด 6 เดือนพบว่าผู้รับบริการที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 13 ราย (ร้อยละ 24.52) ที่น่าสังเกตคือ ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หลังตื่นนอน ระดับความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และวิธีการบำบัดมีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002, <.001, <.001$ ตามลำดับ)

สรุป: คลินิกให้บริการเลิกบุหรี่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เปิดให้บริการคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 53 รายที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมีเพียงร้อยละ 24.52 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วย การสูบบุหรี่หลังตื่นนอน ระดับความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และวิธีการบำบัด ข้อมูลทั้งหมดจะนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนรูปแบบการบำบัดผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่, คลินิกฟ้าใส, การเลิกสูบบุหรี่

smoking less than 5 years (29.60%), smoked 1 to 10 rolls of cigarettes per day (74%), were ready to quit (77.4%), mildly addicted (56.6%), received drug therapy for cessation (58.3%), mostly were mouthwashes (26.4%). After the completion of 6-month periods, only 13 smokers were able to quit smoking (48.14 %). Noticeably, only three factors including, the first smoking after waking up, levels of readiness to quit smoking, and cessation strategies were statistically significant related to quit smoking behavior ($p = .002, <.001, <.001$, consecutively)

Conclusion: The Cessation Clinic at Ubon Ratchathani University has been opened for smoking cessation counseling service. Only 53 participants enrolled into the program. The successful quitters were 24.52%. The factors including, first smoking after waking up, levels of readiness to quit smoking, and cessation strategies, were related to quit smoking behavior. All data would be applied for a further cessation strategy development.

Keywords : Quit Smoking Behavior, Pharsai Clinic, Smoking Cessation

ศรินกรินทร์เวชสาร 2558; 30 (3): 282-291. ♦ Srinagarind Med J 2015; 30 (3): 282-291.

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประมาณ 4.9 ล้านคนทั่วโลก โดยพบว่าในจำนวนผู้เสียชีวิตจะมี 1 รายที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ ซึ่งในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้า ตัวเลขอาจจะเพิ่มเป็น 1 รายในทุก 6 รายหรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี¹ นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพเนื่องจากในบุหรี่มีสารประกอบต่างๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด ซึ่งเป็นสารที่ก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด และยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต กลองเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ ปอดและถุงลม^{2,3} ผลจากการสูบบุหรี่อาจทำให้มี โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้รัฐบาลต้องมีการะมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ตามมา ซึ่งทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายมากมายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าปัจจุบันผู้สูบบุหรี่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 11.5 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูบบุหรี่ประจำ จำนวน 9.6 ล้านคน โดยผู้สูบบุหรี่ประจำ

เหล่านี้ ร้อยละ 18.4 เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 7.8 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 10-14 ปี ร้อยละ 57.4 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15-19 ปี และร้อยละ 26.6 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 20-40 ปี⁴ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า กลุ่มวัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 15 – 19 ปี ซึ่งเป็นช่วงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับมหาวิทยาลัย โดยในช่วงอายุนี้ถือว่าเป็นช่วงอายุในการเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อซึ่งเหตุผลของการที่จะเริ่มสูบบุหรี่มีหลายสาเหตุ เช่น เครียดจากการเรียน การสอบ ทำตามเพื่อน หรืออยากลอง เป็นต้น จากข้อมูลการสำรวจที่กล่าวมายังสอดคล้องกับผลการสำรวจเบื้องต้นที่พบว่า เยาวชน นักเรียน นักศึกษาในสถาบันการศึกษาทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด (ร้อยละ 71.0) มีปัญหาพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตไม่ต่ำกว่า 1 ปัญหาในบรรดา 9 ปัญหาที่สำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวสถานบันเทิง เล่นการพนัน ใช้จ่ายเสพติด ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีเพศสัมพันธ์ ทะเลาะวิวาท และการคิดฆ่าตัวตาย โดยภาพรวมทั้งหมดของเยาวชนทั่วประเทศ วัยรุ่นแต่ละคนจะมีปัญหาเฉลี่ย 1.8 ปัญหา⁵

ข้อมูลพื้นฐานของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีประกอบด้วย จำนวนบุคลากร 1,446 ราย นักศึกษา 11,068 ราย จากรายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่ม นักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีพบว่า นักศึกษา ร้อยละ 24.4 ที่สูบบุหรี่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชายและพักอาศัยอยู่ตามหอพัก โดยมีปัจจัยหลักที่นำไปสู่การสูบบุหรี่คือ เพื่อน คนในครอบครัว ความเครียด ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ บางรายต้องการหาวิธีเลิกบุหรี่อย่างเหมาะสมกับตนเอง การศึกษายังระบุว่ากลุ่ม เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (อายุ ตั้งแต่ 12- 17 ปี) ที่อาศัยในเขตชุมชนรอบมหาวิทยาลัย อุบลราชธานีเป็นกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มที่กำลังเป็นปัญหาในด้าน การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากกลุ่มเด็กในช่วงอายุนั้น มักอยากรู้ อยากเห็น อยากลองสิ่งใหม่ ติดเพื่อน และค่อนข้าง เป็นวัยที่กำลังเรียนรู้และเลียนแบบสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต ทำให้มีโอกาสในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดอื่นๆ ได้ง่าย

ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีได้ จัดตั้งคลินิกเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ ณ อาคารผู้ป่วยนอก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการคลินิกฟ้าใสของ ทางเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งโครงการคลินิกฟ้าใสมีวัตถุประสงค์ในการขยายบริการเพื่อ เลิกสูบบุหรี่ผ่านทางสถานพยาบาลระดับต่างๆ รวมทั้ง ส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาล ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ให้มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่จะหันมาเลิกบุหรี่ และทำการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยอาศัยทักษะการให้ คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เรียกว่า 5A ประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist, และ Arrange การช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิก บุหรี่นั้นจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรการแพทย์สาขาต่างๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพจะทำให้การ ทำงานดังกล่าวประสบความสำเร็จมากขึ้น⁷ ทั้งนี้คลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเปิดให้บริการทั้งบุคลากร นักศึกษา ประชาชนทั่วไปทั้งในเขตพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งในช่วง ปีพ.ศ. 2555-2556 มีผู้เข้ารับ บริการขอคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และรับการบำบัดที่คลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 490 ราย ในจำนวนนี้ มีผู้รับบริการที่สามารถติดตามผลครบ 6 เดือนตามเกณฑ์ที่ ทางเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ฯ ได้กำหนดไว้ เบื้องต้นในการ พิจารณาว่าผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรหรือไม่ (abstinence rate) จำนวน 53 ราย ดังนั้นผู้วิจัยต้องการศึกษา ถึงพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อเป็น แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่

และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาส่งเสริม ปรับปรุงการ ดำเนินงานของคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีให้มี ประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ ณ คลินิก ฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในช่วงปี พ.ศ. 2555-2556 จำนวน 490 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ครบ 6 เดือน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อ การควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 53 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

คือ แบบเก็บประวัติผู้ป่วยซึ่งพัฒนามาจากการทบทวน วรรณกรรม⁸⁻¹⁰ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การดื่มสุรา โรคประจำตัว 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประวัติการสูบบุหรี่ เช่น จำนวนมวนที่สูบต่อวัน ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แนวทางการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ เช่น ความ พร้อมในการเลิกบุหรี่ วิธีที่เลิกสูบบุหรี่ 34 ข้อ

ระดับการติดยาเสพติด ยาช่วยเลิกบุหรี่อาการถอน ระดับอาการถอน การติดตามผลเดือนที่ 1,3,6

หมายเหตุ: ระดับการติดยาเสพติด จะประเมินจาก Fagerstrom test¹¹ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ดังนี้

1. ปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน)
 - 11-20 มวน (1 คะแนน)
 - 21-30 มวน (2 คะแนน)
 - มากกว่า 30 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
2. หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่
 - ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3 คะแนน)
 - 6-30 นาทีหลังตื่นนอน (2 คะแนน)
 - 31-60 นาทีหลังตื่นนอน (1 คะแนน)
 - มากกว่า 60 นาทีขึ้นไปหลังตื่นนอน (0 คะแนน)

3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าช่วงอื่นของวัน)
 - ใช่ (1 คะแนน)
 - ไม่ใช่ (0 คะแนน)
4. สูบบุหรี่มวนไหนที่คุณไม่ยอมเลิกมากที่สุด
 - มวนแรกตอนเช้า (1 คะแนน)
 - มวนอื่นๆ (0 คะแนน)
5. คุณรู้สึกลำบากใจหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขต "ปลอดบุหรี่" เช่น โรงภาพยนตร์ รถเมล์ ร้านอาหาร
 - รู้สึกลำบากใจ (1 คะแนน)
 - ไม่รู้สึกลำบากใจ (0 คะแนน)
6. คุณยังสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยหรือนอนพักในโรงพยาบาล
 - ใช่ (1 คะแนน)
 - ไม่ใช่ (0 คะแนน)

ค่าคะแนนของผู้สูบบุหรี่ที่คำนวณได้ จะถูกนำมาแบ่งเป็นระดับการติดบุหรี่ (คะแนนรวม เท่ากับ 10) ดังนี้

- 0-3 ติดนิโคติน น้อย สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง
- 4-5 ติดนิโคติน ปานกลาง สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง
- มากกว่า 6 ขึ้นไป ติดนิโคตินมาก อาจเลิกได้ด้วยตนเอง หรือใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการปรับพฤติกรรม

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เนื้อหาของแบบสอบถามได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ นอกจากนั้น แบบสอบถามยังถูกนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้จริง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลการรับบริการของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2556 ได้ทั้งสิ้น 490 ราย
2. คัดเลือกผู้รับบริการที่เข้ามาใช้บริการเพื่อเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องครบ 6 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 53 ราย
3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล
4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

1.1 ตัวแปรเชิงปริมาณ (interval and ratio scales) ได้แก่ อายุ อาศัยค่าเฉลี่ย (mean), ค่าต่ำสุด (minimum), ค่าสูงสุด (maximum), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.2 ตัวแปรเชิงคุณภาพ (nominal and ordinal scales) ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้เฉลี่ย สถานภาพ การดื่มสุรา โรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

2. การวิเคราะห์ประวัติการสูบบุหรี่

2.1 ตัวแปรเชิงปริมาณ (interval and ratio scales) ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ย (mean), ค่าต่ำสุด (minimum), ค่าสูงสุด (maximum), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2.2 ตัวแปรเชิงคุณภาพ (nominal and ordinal scales) ได้แก่ การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ชนิดของบุหรี่ที่สูบ การสูบบุหรี่หลังตื่นนอน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลการบำบัดการติดบุหรี่

3.1 ตัวแปรเชิงปริมาณ (interval and ratio scales) ได้แก่ การรับบริการเลิกบุหรี่ตามนัด บุคคลที่ให้การบำบัด การได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่ วิธีการบำบัด ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา กิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

4. การวิเคราะห์อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง

$$\text{อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่อง}}{\text{จำนวนผู้เข้ารับบริการทั้งหมด}} \times 100$$

2. สถิติเชิงอนุมาน (analytical statistics)

เพื่อหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยอาศัยสถิติ Chi-square test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 (p<0.05)

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการบำบัดกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 41- 59 ปี (ร้อยละ 41.5) ระดับการศึกษาในช่วงปริญญาตรี (ร้อยละ 58.5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-25,000 (ร้อยละ 35.8) สถานภาพโสด (ร้อยละ 50.9) ดื่มสุราเป็นครั้งคราว (ร้อยละ 50.9) ดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 50.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.5) บุคคลในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 65.5)

2. ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 53 ราย เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 100) บุหรี่นิยมนสูบมากที่สุดคือ ก้านกรอง (ร้อยละ 81.50) ระยะเวลาเฉลี่ยในการสูบบุหรี่คือ 10.6 ปี ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 1-10 มวน หรือเฉลี่ย 10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 74.1) และสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 60 นาที (ร้อยละ 37.1)

3. ข้อมูลการบำบัดการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ (n=53) ส่วนใหญ่มีความพร้อมที่ต้องการเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 77.40) ระดับการติดนิโคติน จากแบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test) อยู่ในระดับ "ติดน้อย" (ร้อยละ 56.60) แนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมวิธีการหักดิบ (ร้อยละ 45.28) ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (ร้อยละ 28.30) และยังไม่แน่ใจ (ร้อยละ 26.42) ในกลุ่มตัวอย่างที่หักดิบ ส่วนใหญ่จะได้รับคำปรึกษาพร้อมกับการช่วยเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 58.50) ซึ่งยาช่วยเลิกบุหรี่ที่นิยมใช้มากที่สุดคือ น้ายาบ้วนปาก (0.5% Sodium Nitrate) (ร้อยละ 26.40) รองลงมา คือ นิโคตินแผ่นแปะ (ร้อยละ 13.20) และหมากฝรั่งนิโคติน (ร้อยละ 11.30) ตามลำดับ

4. ผลการรักษาในช่วง 6 เดือน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

จากผลการศึกษา พบว่าในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดครบ 6 เดือน จำนวน 53 ราย นั้น มี 13 ราย (ร้อยละ 24.52) สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ อีก 40 ราย (ร้อยละ 75.48) ถือว่ายังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น ลดจำนวนบุหรี่ลง (ร้อยละ 20.75) และกลับมาสูบบุหรี่ (ร้อยละ 54.73) เนื่องจากมีการกลับมาสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว สลับกับการเลิกสูบ ซึ่งผลการบำบัดการเลิกสูบบุหรี่ ณ เดือนที่ 6 ซึ่งเป็นระยะเวลาสิ้นสุดการประเมิน (ตารางที่ 2) พบว่าส่วนใหญ่หลังเลิกสูบบุหรี่ไม่มีอาการถอนบุหรี่ (withdrawal symptoms) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการถอนบุหรี่ อาการที่พบได้บ่อย

ที่สุดคือ อาการอยากสูบบุหรี่ นอนไม่หลับ และหงุดหงิดตามลำดับ ซึ่งอาการถอนดังกล่าวอยู่ในระดับ "น้อยมาก" วิธีการบำบัดที่ให้ความรู้ไปกับการหักดิบที่นิยมที่สุดคือ การให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งเมื่อครบ 6 เดือน พบว่ามีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จริง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 24.52), ยังสูบบุหรี่แต่ลดจำนวนลง 11 ราย (ร้อยละ 20.75) และที่เลิกได้ชั่วคราวแต่กลับไปสูบบุหรี่อีก 29 ราย (ร้อยละ 54.73) (ตารางที่ 1)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่

พบว่าข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส การดื่มสุรา โรคประจำตัว และบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่

พบว่ามีการสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

8. ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่

พบว่า ระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการบำบัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 41-59 ปี) อาจเนื่องมาจากวัยดังกล่าวเป็นวัยที่ต้องทำงานหนัก สร้างฐานะ ดูแลครอบครัว ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงความเครียด ปัญหาต่างๆ รอบตัว เช่น รายได้หนี้สินในครัวเรือน ปัญหาครอบครัวได้ยาก ทำให้หันไปพึ่งพาบุหรี่เพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวล นอกจากนั้นยังพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของคนในวัยดังกล่าวเมื่อครบ 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 24.5 ซึ่งตัวเลขดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่นกัน^{12,13} ที่ระบุว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่โดยปกติจะมีค่าไม่สูง ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบข้าง อาจทำให้ผู้เลิกสูบได้แล้วหรือกำลังเลิกกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง ดังนั้น สิ่งที่จะต้องเร่งแก้ไข คือ การสร้างความ

ตารางที่ 1 ผลการบำบัดการเลิกสูบบุหรี่ช่วงระยะเวลา 6 เดือน (n=53)

หัวข้อ	ผลการบำบัด		
	เดือนที่ 1 จำนวน (ร้อยละ)	เดือนที่ 2 จำนวน (ร้อยละ)	เดือนที่ 3 จำนวน (ร้อยละ)
1.อาการอยากบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1)			
- ไม่มีอาการ	16 (30.18)	30 (56.60)	47 (88.67)
- อยากสูบบุหรี่	26 (49.05)	12 (22.64)	10 (18.86)
- หงุดหงิด	9 (16.98)	4 (7.54)	6 (11.32)
- นอนไม่หลับ	10 (18.86)	5 (9.43)	3 (5.66)
- เวียนหัว	4 (7.54)	2 (3.77)	-
- ท้องผูก	5 (9.43)	-	-
- กินเก่ง	7 (13.20)	2 (3.77)	-
2.ระดับความรุนแรงของอาการอยากสูบบุหรี่			
- น้อยมาก	26 (99.05)	37 (69.81)	44 (83.01)
- น้อย	18 (33.96)	11 (20.75)	5 (9.43)
- ปานกลาง	7 (13.20)	5 (9.44)	4 (7.56)
- สูง	2 (3.79)	-	-
3.วิธีการบำบัด			
- ให้คำแนะนำสั้นๆ (brief advice)	17 (32.07)	6 (11.32)	10 (18.86)
- ให้คำปรึกษา (counseling)	4 (7.54)	23 (43.39)	26 (49.05)
- ให้คำปรึกษา + ยาช่วยเลิกบุหรี่ (counseling + drug)	32 (60.39)	24 (45.29)	17 (32.09)
4.การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่			
- ใช้	32 (60.37)	24 (45.28)	17 (32.07)
- ไม่ใช้	21 (39.63)	29 (54.72)	36 (67.93)
5.ผลการเลิกบุหรี่			
- เลิกได้แล้ว	5 (9.43)	10 (18.86)	13 (24.52)
- ลดจำนวนบุหรี่	29 (54.71)	18 (33.96)	11 (20.75)
- กลับมาสูบบุหรี่	19 (35.86)	25 (47.18)	29 (54.73)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n= 53)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่		Chi-square	p-value
	เลิกสูบบุหรี่ (13)	ไม่เลิกสูบบุหรี่ (40)		
การสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน			16.571	0.002*
- ไม่สูบบุหรี่เลย	3 (23.10)	-		
- นานกว่า 60 นาที	4 (30.80)	13 (32.50)		
- 30-60 นาที	4 (30.80)	8 (20)		
- 10-30 นาที	-	3 (7.50)		
- น้อยกว่า 5 นาที	-	14 (35)		
- สูบเฉพาะตอนอยู่กับเพื่อน	1 (7.70)	-		
- สูบตอนเย็น	1 (7.70)	2 (5)		

*Fisher's test (p<.05)

เข้าใจ ความตระหนักที่ถูกต้องถึงพิษภัยบุหรี่ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น ภาวะเครียดที่ต้องปลดปล่อย เพื่อให้ผู้ที่ ใ้บุหรี่เป็นวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวของตนเองหันมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวให้ถูกต้องต่อไป¹⁴

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่หลังตื่นนอนไปแล้ว นานกว่า 60 นาทีขึ้นไป เนื่องจากในเวลานอนระดับ นิโคตินจะลดต่ำมาก เมื่อตื่นนอนขึ้นมาจะทำให้ร่างกายขาด สาร นิโคติน ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ส่งผลทำให้คนสูบบุหรี่

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ (n=53)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	พฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่		Chi-square	p-value
	เลิกสูบบุหรี่ (13)	ไม่เลิกสูบบุหรี่ (40)		
ระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่			14.879	.001*
- พร้อม	5 (12.20)	36 (87.80)		
- ไม่พร้อม/ไม่แน่ใจ	8 (66.70)	4 (33.30)		
วิธีการบำบัด			6.631	.031*
- ให้คำแนะนำสั้นๆ (brief advice)	4 (30.78)	6 (15)		
- ให้คำปรึกษา (counseling)	3 (23.07)	7 (17.50)		
- ให้คำปรึกษา + ยาช่วยเลิกบุหรี่ (counseling + drug)	6 (46.15)	27 (67.50)		

*Fisher's test (p<.05)

บุหรี่หลังตื่นนอนตอนเช้า หากสูบบุหรี่จัด หลังตื่นนอนมักจะสูบบุหรี่ทันทีที่ก่อนทำภารกิจอื่นๆ ซึ่งบ่งบอกได้ว่าบุคคล ดังกล่าวมีอาการติดบุหรี่หรือติดสารนิโคตินในบุหรี่มาก¹⁵ นอกจากนี้ยังสามารถดูอาการติดบุหรี่ได้จากการวัดระดับการติดนิโคตินโดยอาศัย Fagerstrom test โดยพบว่าระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับติดน้อย ซึ่งสอดคล้องกับช่วงเวลาการสูบบุหรี่หลังตื่นนอนของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ ยังพบว่าคนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ พ่อ (ร้อยละ 18.80) ซึ่งพฤติกรรมของคนในครอบครัวจะส่งผลต่อพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ของบุคคลอื่นในครอบครัว กล่าวคือ อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ทำให้ลูกหลานหรือคน ใกล้ชิดหันมาสูบบุหรี่ตามแบบอย่างได้ในทางตรงข้าม หากคนในครอบครัวหันมาเลิกสูบบุหรี่ ก็อาจส่งผลทำให้คนอื่นในครอบครัวที่กำลังสูบบุหรี่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน เนื่องจากคนในครอบครัวจะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการช่วยเลิกสูบบุหรี่^{16,17}

วิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่นิยมมากที่สุดคือ การหักดิบ (ร้อยละ 45.28) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จำนวน 373 ราย พบว่า วิธีการที่ได้รับการตอบรับมากที่สุดคือ การหักดิบ (ร้อยละ 56.70) ซึ่งสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้เร็วและมีประสิทธิภาพ วิธีนี้ใช้กันมาตั้งแต่สมัยโบราณ เป็นการให้ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ในทันทีโดยไม่ต้องมีการใช้ยา หรือความช่วยเหลือใดๆ โดยทั่วไปวิธีนี้อาการขาดนิโคตินจะหายไปได้เองภายในระยะเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายเกิดการปรับสมดุลของร่างกายใหม่ได้โดยไม่ต้องมีนิโคติน¹⁸ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังจากทำการหักดิบคือ ไม่สูบบุหรี่โดยเด็ดขาด ไม่พบว่ามีปัญหาเรื่องของอาการถอนบุหรี่ อย่างไรก็ตามสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไม่ประสบ

ผลสำเร็จนั้น เนื่องจากทนอาการถอนบุหรี่ไม่ไหว เช่น หงุดหงิดรุนแรง ขาดสมาธิ อารมณ์ฉุนเฉียว บางรายอาจนอนไม่หลับ ซึ่งอาการทั้งหมดนี้ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมาก และอาจทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่หันกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง¹⁹ ทั้งนี้การจัดการกับอาการถอนบุหรี่ที่ถูกต้องปลอดภัย กำลังใจจากครอบครัว ความเชื่อมั่นในตนเอง และความอดทนจะช่วยให้ผู้ที่มีอาการถอนบุหรี่ผ่านพ้นอุปสรรคดังกล่าวไปได้

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปคือ การสูบบุหรี่หลังตื่นนอนกับพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) อาจกล่าวได้ว่าไม่ว่าผู้สูบบุหรี่จะมีการติดนิโคตินมากน้อยเพียงใดก็ตามก็สามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ หากมีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากความตั้งใจเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีกำลังใจในการเลิกอดทนกับอาการถอนบุหรี่ที่จะเกิดขึ้น มุ่งมั่นที่จะไม่สูบบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ เพื่อตนเอง ครอบครัว และคนที่รัก²⁰ นอกจากนี้ความพร้อมในการเลิกบุหรี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ในการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 4) การที่ผู้สูบบุหรี่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะทำให้ผู้นั้นสามารถเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากขึ้น ในบางครั้งการเลิกสูบบุหรี่อาจไม่จำเป็นต้องอาศัยยาช่วยเลิกบุหรี่หรือความช่วยเหลือใดๆ เพียงแต่ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจที่เลิกสูบบุหรี่ก็เพียงพอ

อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ วิธีการบำบัดผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์เลิกสูบบุหรี่ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (13 ราย) ส่วนใหญ่เลือกวิธีการหักดิบและอาศัยการรับคำปรึกษาร่วมกับยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย (ร้อยละ 46.15) ซึ่งจากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่าการได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ถือว่ามีผลสำคัญ เพราะคำแนะนำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่สามารถ

ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆไปด้วยดี ส่งผลให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จมากขึ้น²¹⁻²³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ มีการศึกษาที่ผ่านมามีเกี่ยวกับอัตราการความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่กับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าหากผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่จากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้อัตราความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น และหากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 1 วิชาชีพ อัตราความสำเร็จก็จะเพิ่มขึ้น 1.8-2.4 เท่า²⁴ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐควรร่วมมือกันในการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้ ความถี่ของการให้คำปรึกษาก็มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าหากให้คำปรึกษาบ่อยๆ จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้เร็วขึ้น²⁴ เนื่องจากผู้รับบริการจะเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนความคิดได้เร็วขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอายุช่วยเลิกบุหรี่คือ 0.5% โขเดียมนในเดรด ซึ่งเป็นน้ำยาบ้วนปาก ใช้ก่อนที่จะสูบบุหรี่ในแต่ละมวน ในการศึกษานี้ น้ำยาบ้วนปากจะส่งจ่ายให้ทุกคนที่หัดสูบและลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลง ทั้งนี้ในกลุ่มที่หัดสูบเราให้ไปเพื่อให้ช่วยในเรื่องของอาการถอนบุหรี่เนื่องจากอาการถอนที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที แล้วก็หายไป ดังนั้นการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก จะทำให้ผู้ที่กำลังมีอาการถอนเห็นความสนใจจากเรื่องการใช้น้ำยาบ้วนปากแทน ซึ่งเมื่อบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก จะใช้เวลาใกล้เคียงกับช่วงเวลาที่เกิดอาการถอน ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถผ่านช่วงเวลาของอาการถอนไปได้โดยไม่รู้ตัว ส่วนในกรณีที่ผู้สูบบุหรี่ลดจำนวนบุหรี่ลงและใช้น้ำยาบ้วนปากชนิดนี้ ซึ่งจากผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2552 ได้ทำการทดลองใช้หญ้าดอกขาวในกลุ่มคนที่ติดบุหรี่ที่สถาบันวิจัยการวิจัยจังหวัดปทุมธานี พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ได้เนื่องจากสมุนไพรหญ้าดอกขาวมีสารในเดรดซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ประสาทรับรสบริเวณลิ้นรู้สึกชา ทำให้ผู้ที่บริโภคเข้าไปไม่รับรู้รสชาติใดๆ จึงไม่รู้สึกอยากบุหรี่และหากมีการออกกำลังกายเสริมไปด้วย ก็จะทำให้อัตราการลดความอยากบุหรี่ลดลงได้มากขึ้น อีกทั้งผลการวิจัยยังระบุด้วยว่า การใช้หญ้าดอกขาวยังทำให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น เลือดจะมีคุณสมบัติในการต้านอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่ค้างคั่งในปอดลดลงอย่างชัดเจน²⁵

จากผลการศึกษานี้ คลินิกเลิกบุหรี่ (คลินิกฟ้าใส) มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำเป็นต้องทำงานเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้หน่วยงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการประสานความร่วมมือไปยังสถานพยาบาลใกล้เคียงคือ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ในการให้บริการ

คัดกรอง คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ให้กับกำลังพลในกองทัพ เพื่อให้ทหารมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นกำลังของชาติต่อไป ทั้งนี้ได้ทำข้อตกลงความร่วมมือกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของทางโรงพยาบาลในการคัดกรองและติดตามกำลังพลที่ต้องการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม กำลังพลจำนวนมากที่ต้องการมีการย้ายไปประจำการที่พื้นที่อื่น ส่งผลทำให้การติดตามผลการบำบัดทำได้ยากและทำให้ไม่สามารถประเมินผลการดำเนินงานภาพรวมได้เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้คลินิกฟ้าใสมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ยังได้ขยายงานลงไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลซึ่งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อให้บริการกับคนในชุมชนได้รับความสะดวกในการมารับบริการเพื่อเลิกบุหรี่แบบไม่คิดค่าใช้จ่าย การประสานงานและการทำงานเป็นทีมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ที่ผ่านมายังพบอุปสรรคและข้อจำกัดบางประการที่ทางทีมงานยังต้องเร่งแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้งานบริการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไข

1. เนื่องจากจำนวนผู้ที่เข้ารับบริการจากเดิมสูงถึง 490 ราย อย่างไรก็ตาม เมื่อติดตามผลการบำบัดจนครบ 6 เดือน เหลือเพียง 53 ราย นอกจากข้อจำกัดในเรื่องการย้ายที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่น (กรณีของกำลังพล) ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรที่ให้บริการที่อาจทำให้การติดตามผลการบำบัดไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น การสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจังหวัด องค์กรภาคประชาสังคม จะช่วยให้ทีมงานมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอในการติดตามผลการดำเนินงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการติดตามผลการบำบัด ซึ่งแต่เดิมให้ผู้รับบริการมาที่สถานพยาบาล ซึ่งอาจไม่สะดวกและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้น ควรอาศัยการติดต่อสื่อสารรูปแบบอื่น เช่น โทรศัพท์ติดตามผล การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Twitter หรือ Facebook เป็นช่องทางในการสื่อสาร รับทราบปัญหาจากผู้รับบริการ ทั้งนี้ จำเป็นต้องพิจารณาคุณลักษณะของผู้รับบริการ เช่น กลุ่มเยาวชน ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และเลือกรูปแบบให้เหมาะสมในแต่ละวัย

3. ในอนาคต ควรปรับรูปแบบการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น หน่วยงานนรณรงค์ไม่ดื่มสุรา หน่วยงานต้านยาเสพติด เครือข่ายโรงเรียนสีขาว สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด วัด ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานนรณรงค์ไม่สูบบุหรี่และบริการคัดกรองให้คำปรึกษาทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีการบูรณาการงานจากหลายภาคส่วนเข้าด้วยกัน

สรุป

การดำเนินงานให้บริการคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ของคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง โดยมีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือน ทั้งสิ้น 13 ราย ซึ่งนิยมวิธีการหักดิบรวมกับการได้รับคำปรึกษาและยาช่วยเลิกบุหรี่ ทั้งนี้พบว่า การสูบบุหรี่มานานแรกหลังตื่นนอน ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีการบำบัด มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ที่ต้องเลิกสูบบุหรี่และเลือกวิธีที่เหมาะสมให้กับผู้รับบริการแต่ละรายตามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการสูบบุหรี่ รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายในการให้บริการคัดกรองและคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สุดท้าย การติดตามผลการบำบัดของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญเพื่อประเมินอัตราการเลิกบุหรี่ รวมทั้งประสิทธิภาพการดำเนินงานของคลินิกฟ้าใส

กิตติกรรมประกาศ

ที่มิวิจัยขอขอบพระคุณนักศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์และผู้บริหารวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์บุคลากรทางการแพทย์ สถานที่ในการเปิดให้บริการคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ภายใต้ชื่อ “คลินิกฟ้าใส” ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ และที่มิวิจัยของกลุ่มศึกษาวิจัยการบริโภคยาสูบในเยาวชนเขตพื้นที่อีสานใต้ (กยย.) ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Bloomberg Philanthropies. Luxembourg Press. World health Organization 2013.
2. West R, Shiffman S. Fast Facts: Smoking Cessation. Second edition. Health Press Limited, Elizabeth House. Oxford, UK. 2004.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current cigarette smoking among adults – United States, 2005–2012. MMWR 2014; 63 (02): 29-34. Accessed from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6302a2.htm [Cite February 11, 2014].
4. ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554. สรุปผลที่สำคัญ: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุวราชของประชากร พ.ศ. 2554. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555

5. ปราวณี สุทธิสุนทร, ดุชนวี คำมี, เกียรติศักดิ์ ช่อเลื่อม. เส้นทางเข้าสู่ยาเสพติด วิทยาลัยวชิรพยาบาล. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2551; 6: 143-50.
6. Pongpit K, Chankamkum S, Kraiwisaj R, Chaikoolvatana A. A survey of general knowledge, attitude and belief related to cigarette smoking of Ubon Ratchathani University students. IJPS 2011; 7(2): 36-46.
7. American Cancer Society. Guide to quit smoking. Available from: www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_10_13X_Guide_for_Quitting_Smoking.asp. [Access March 20, 2014].
8. วัชฎมิ ทองใบ, ชูภา ภูยาตาว, รักปราวณี วัฒนอมเงิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2554; 3: 1-8.
9. ทิมศิริ เขาวสฎ, วราภรณ์ บุญเชียง, อำไพ ชนะกอก. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่. พยาบาลสาร 2551; 35: 67-76.
10. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. พิษภัยและการรักษาโรคติดยาสูบ. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2552.
11. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Brit J Addict 1991; 86: 1119-27.
12. สนทรรศ นุชราชกิจ, อภิญญา สิริไพบูลย์กิจ. การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57: 305-12.
13. มาลินี ภูวนันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา, 2548.
14. Jon D Kassel, Laura R. Stroud, Carol A. Paronis. Psychol Bull 2003; 129: 270–304.
15. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ลิขมบราเดอร์การพิมพ์, 2545.
16. สุขุมมาลย์ ประสมศักดิ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน : ศึกษากรณีนิสิตนักศึกษาวิทยาลัยราชภัฏวชิรพยาบาล และมหาวิทยาลัยเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรพยาบาล สงคราม 2552; 5: 27-39.
17. Viriyachaiyo V. Attitudes towards smoking and health of faculty personnel, medical students and hospital clients at the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Thailand. Songkla Med J 2006; 24: 205-14.
18. รัตนา บรรณาธรรม. สารระนำสูเกี่ยวกับบุหรี่. กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กทม. [online] Available from http://203.155.220.217/office/doh/daptd/webpage/es-say1_6.html [accessed date April 25, 2014].
19. อรสา พันธุ์ภักดี. การส่งเสริมแรงจูงใจและการประเมินระดับการเสพติดบุหรี่. โครงการพัฒนาแกนนำพยาบาลด้านการช่วยเลิกบุหรี่เชิงลึกประจำปี 2551. มปท. 2551.

20. มณฑา เก่งการพานิช. หญิงไทยกำลังตกเป็นเหยื่อ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2553.
21. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. การบำบัดโรคเสพติดยาสูบ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, 2011.
22. Khasemophas D, Cheewapat P. The Effectiveness of a Counseling Program for Smoke-Free Families. *Kuakarun J Nurs* 2012; 19: 103-17.
23. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Benowitz NL, Baker TB, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2000.
24. Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. [DOI: 10.1002/14651858.CD000165]
25. Wongwiwatthananut S, Benjanakaskul P, Songsak T, Suwanamajo S. Efficacy of *Vernonia Cinerea* for smoking cessation. *J Health Res* 2009; 23: 31-6.

