

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่
ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

Factors Associated with Successful Smoking Cessation Among
Participants in a Smoking Cessation Program
at Nangrong Hospital, Buriram Province.

ศิริพร เกกิงศักดิ์ากุล, พ.บ. วว.เวชศาสตร์ครอบครัว *
Siriphon Thagurngsakdakul, M.D.*

*โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31110

*Department of family medicine, Nangrong Hospital, Buriram province, Thailand, 31110

Corresponding author. Email Address: Peopleyushi@gmail.com

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสียชีวิตที่แท้จริงสามารถป้องกันได้ เพราะบุหรี่มีสารก่อมะเร็งและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะที่การเลิกบุหรี่สำเร็จด้วยตนเองทำได้ยาก

วัตถุประสงค์ : การศึกษานี้มีเพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จ

วิธีการศึกษา : ใช้รูปแบบการศึกษา 2 แบบ ได้แก่ การศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive study) และการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) แบบ cross-sectional analytic study เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จ โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนางรอง ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559-30 กันยายน พ.ศ.2560 : จำนวน 207 คน โดยผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จหมายถึง ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ผลการศึกษา : ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล 207 ตัวอย่าง มีผู้รับบริการเลิกบุหรี่สำเร็จ 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.9 ใน univariate analysis พบปัจจัยที่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การอยู่อาศัยในเขตเมือง (odds ratio = 0.3, 95% CI=0.1-0.8) ปริมาณการสูบ 11-20 มวน/วัน (odds ratio = 0.4, 95% CI=0.2-0.9) และระดับการติดยาโคตินระดับต่ำมาก (Fager's score 0-2) (odds ratio = 1.7, 95% CI=1.1-1.9) และ multivariate analysis ปัจจัยที่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน ระดับการติดยาโคตินที่ต่ำมาก (Fager's score 0-2) เป็นปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จ

adjusted odds ratio = 1.9, 95% CI=1.3-3.9 ปัจจัยที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่สำเร็จได้แก่ การอาศัยอยู่ในเขตเมือง โดย adjusted odds ratio = 0.3, 95% CI=0.1-0.9

สรุป : อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้รับบริการอยู่ที่ ร้อยละ 30.9 โดยพบว่า กลุ่มที่อยู่อาศัยในเขตเมืองมีการเลิกบุหรี่ได้ 0.3 เท่าของกลุ่มที่อยู่นอกเขตเมือง และการติดยาโคตินในระดับต่ำมาก (Fager's score 0-2) มีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ได้ 1.9 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับการติดยาโคตินระดับสูง (Fager's score 8-10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การเลิกบุหรี่ ผลการเลิกสำเร็จ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561;33(3): 331-345

ABSTRACT

Background : Cigarette smoking is the leading cause of preventable death. Tobacco smoking was the carcinogen and risk factor of cerebrovascular disease while people could quit smoking by them self difficulty.

Objective : Finding the predictors of successfully quitting smoking, we identified factors associated with successful quitting cessation programs among participants in a smoking cessation program at Nangrong Hospital, Buriram province.

Study design : Cross sectional analytic study.

Methods : For a descriptive study, we reviewed collection data to determine of participants in Nangrong hospital. Case definition of successful smoking cessation more than 6 months, registered between 1st. October 2016-30th. September 2017. Cross sectional analytic study was performed to identify possible predictive factors. Univariate and multivariate analyses were used to estimate adjusted odds ratio with 95% confidence interval.

Results : Of 207 participants, 64 participants met to definitions, the successful rate to quit smoke was 30.9%. The significant factor

associate for successful smoking cessation in univariate analysis were habitat in urban (OR=0.3, 95%CI=0.1-0.8), quantity of smoking 11-20 cigarette unit/day (OR=0.4, 95%CI=0.2-0.9) and very low Nicotine dependence score (OR=1.7, 95%CI=1.1-1.9). Very low Nicotine dependent score (adjusted odd ratio =1.9, 95%CI=1.3-3.9) was significantly associated with successful cessation in multivariate analysis but habitat in urban was associated with unsuccessful quitting cessation (adjusted odds ratio=0.3, 95%CI=0.1-0.9).

Conclusions : The successful rate to quit smoke was 30.9%. The significant factor associated for successful quitting cessation in univariate analysis was habitat in urban, quantity of smoking 11-20 cigarette unit/day and very low Nicotine dependent score. Very low Nicotine dependent score had significant predictive factor for successful quitting cessation while habitat in urban was associated with unsuccessful quitting cessation in multivariate analyses.

Keywords : smoking cessation, successful rate, Nangrong hospital, Buriram, Thailand

Med J Srisaket Surin Biriram Hosp 2018;33(3): 331-345

บทนำ

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีในวงการแพทย์และสาธารณสุขถึงข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ป้องกันได้⁽¹⁾ แต่ในทางปฏิบัติประชาชนทราบถึงโทษของบุหรือน้อยมาก และขาดความตระหนักถึงภัยบุหรี่ต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนอันได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจโดย

เฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(2,3,4) อีกทั้งยังมีจำนวนนักสูบหน้าใหม่เป็นความนิยมในวัยรุ่น ซึ่งหลายการศึกษาพบว่าบุหรี่เป็นช่องทางแรกอันนำไปสู่การติดสุราและยาเสพติด^(5,6) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จเพื่อเฝ้าระวังและปรับใช้ในบำบัดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลนางรอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง

คำจำกัดความของการศึกษา

การสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่สูบจำพวกต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้หมายรวมถึง บุหรี่ยาเส้น บุหรี่ไฟฟ้า

การเลิกบุหรี่สำเร็จ หมายถึง ผู้รับบริการที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับจากวันที่เริ่มหยุดสูบบุหรี่ได้จริงและเกิดขึ้นภายหลังการรับบริการอดบุหรี่ที่ลงทะเบียนในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ.2559- 30 กันยายน พ.ศ.2560

ระดับการติดนิโคติน หมายถึง การทำแบบทดสอบฟาเกอร์สโตรม (Fagerstorm test)^(7,8) เพื่อวัดระดับการติดสารนิโคตินโดยระดับคะแนน (Fager's score)

ระดับคะแนน (Fager's score) หมายถึง ผลคะแนนจากการทำแบบทดสอบ Fagerstorm test โดยแบ่งเป็น^(7,8)

Fager's score 0-2 มีการติดนิโคตินระดับต่ำมาก

Fager's score 3-4 มีการติดนิโคตินระดับต่ำ

Fager's score 5-6 มีการติดนิโคตินระดับปานกลาง

Fager's score 7 มีการติดนิโคตินระดับสูง

Fager's score 8-10 มีการติดนิโคตินระดับสูงมาก

การประเมินสาเหตุการติดบุหรี่ หมายถึง การใช้แบบประเมินสาเหตุการติดบุหรี่จากแนวทางเวชปฏิบัติของหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดสูบบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ.2555⁽⁸⁾ โดยแบบประเมินนี้ถูกดัดแปลงมาจาก Quit Kit, Part I: Getting ready to Quit ของ National Health Education Department Ministry of Health Singapore แสดงให้เห็นสาเหตุของการติดบุหรี่แบ่งเป็น

ติดสารนิโคติน หมายถึง กลุ่มที่ทำแบบประเมินแล้วมีคะแนนในหมวดการติดสารนิโคตินมากที่สุดนี้มักจะมียาเสพติด (Fager's score) ในระดับสูงสอดคล้องกัน ผู้ป่วยจะมีอาการถอนยาค่อนข้างชัดเจนเมื่อไม่ได้เสพ

ติดทางจิตใจ หมายถึง กลุ่มที่ทำแบบประเมินแล้วมีคะแนนในหมวดการติดทางจิตใจมากที่สุด ผู้เสพจะมีอาการติดบุหรี่เนื่องจากจิตใจมีความเครียดเป็นทุกข์ หรือกระวนกระวายในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งการเข้าสูบบุหรี่ก็เพื่อผ่อนคลายสร้างความสุขและลดความเครียด

ติดจากความเคยชิน หมายถึง กลุ่มที่ทำแบบประเมินแล้วมีคะแนนในหมวดการติดจากความเคยชินมากที่สุด โดยผู้ป่วยมีการสร้างพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีความสัมพันธ์กับการเสพติด เช่น ระหว่างการเข้าห้องน้ำ หลังรับประทานอาหาร และเข้าสังคม

ติดสารนิโคตินและจิตใจ หมายถึง กลุ่มที่ทำแบบประเมินแล้วมีคะแนนในหมวดการติดทางนิโคตินและทางจิตใจมากที่สุดทั้ง 2 หมวด

ติดทางจิตใจและความเคยชิน หมายถึง กลุ่มที่ทำแบบประเมินแล้วมีคะแนนในหมวดการติดทางจิตใจและความเคยชินมากที่สุดทั้ง 2 หมวด

3. ปัจจัยร่วมกัน หมายถึง กลุ่มที่ทำให้แบบประเมินแล้วมีคะแนนใน 3 หมวดเท่ากัน

- **Non communicated disease (NCD)** หมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง

- **NCD with complication** หมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง

- **ความดันโลหิตสูง (Hypertension)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัส ICD10 I10

- **โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย รหัส ICD10 E11

- **โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย รหัส ICD10 E78

- **โรคจิต (Psychosis)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัส ICD 10 F29

- **โรคจิตเภท (Schizophrenia)** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัส ICD 10 F20

- **โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัส ICD10 F32

- **โรควิตกกังวล (Anxiety disorder)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัส ICD10 F41

- **BMI** หมายถึง ดัชนีมวลกายคำนวณจากน้ำหนักตัว (Kg)/(ส่วนสูง(m))²

- **การทำจิตบำบัด** หมายถึง การใช้หลักจิตวิทยา Motivational enhancement therapy (MET), Cognitive behavioral therapy (CBT), Satir Transformational Systemic Therapy ในการช่วยปรับพฤติกรรมโดยแพทย์ผู้ให้บริการ โดยมีการลงข้อมูลในเวชระเบียน

- **การให้ยาทดแทน** หมายถึง การให้ยาทดแทนสารนิโคตินทั้งนี้จะให้ในกรณีที่ทำแบบประเมิน fagerstorm test มีระดับ fager's score ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแบบตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง ในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 30 กันยายน พ.ศ.2560ทั้งสิ้น 207 คนโดยกลุ่มประชากรที่คัดเลือกเข้าสู่วิจัยต้องเป็นผู้ที่มาขอรับการเลิกบุหรี่และมีข้อมูลบันทึกเวชระเบียนการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD 10 F171, F1720-F1726, Z721 และยืนยันข้อมูลด้วยเวชระเบียนฉบับจริงร่วมกับฐานข้อมูลจากโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลนางรอง ทั้งนี้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ยังมีทั้งกลุ่มที่เข้าคลินิกอดบุหรี่ และกลุ่มที่มารับบริการด้วยเรื่องโรคประจำตัว ณ แผนกต่างๆ และได้ติดตามการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยไม่ได้นัดเข้าคลินิกอดบุหรี่

ปัจจัยใช้ในการวิเคราะห์

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติการดื่มสุรา การใช้สารแอมเฟตามีน เหตุผลในการเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ การประเมินปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรี่ ระดับการติดสารนิโคติน บุคคลแวดล้อมที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เขตที่อยู่อาศัย การทำจิตบำบัด การได้รับสารทดแทนนิโคติน

ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลการเลิกบุหรี่

การเก็บข้อมูลและที่มาของข้อมูล
บททวนข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลนางรองประกอบด้วยเวชระเบียนฉบับจริงร่วมกับฐานข้อมูลจากโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลนางรอง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Epi Info v.3.5.1 (CDC, Atlanta, Georgia) ใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ร้อยละ โดยตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น อาชีพ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ แสดงเป็นค่ามัธยฐาน (Median)

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเลิกบุหรี่สำเร็จและแสดงผลด้วย odds ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI) หาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression) และแสดงผลด้วย Adjusted odds ratio (OR) และ 95% CI

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ในช่วง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559-30 กันยายน พ.ศ.2560 พบมีผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ทั้งหมดทั้งหมด 207 ราย โดยมีผู้รับบริการที่เข้ารับการบำบัดจนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเข้ากับนิยามทั้งหมด 64 ราย อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 30.9 ผู้มาขอรับการบำบัดเป็นเพศชายร้อยละ 99.1 เพศหญิงร้อยละ 0.1 โดยค่ามัธยฐานของอายุ เท่ากับ 44 ปี (พิสัย 26-60 ปี) เข้ารับการเลิกบุหรี่ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวทั้งหมด 154 ราย โรคร่วมที่พบเป็นโรคเรื้อรัง (NCD) โดยแยกเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) และโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว (เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ) คิดเป็นร้อยละ 20.8 และ ร้อยละ 9.6 ผู้ป่วยโรคจิตและจิตเภทร้อยละ 25.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลร้อยละ 5.3 ผู้ใช้สารแอมเฟตามีนร้อยละ 12.1 และกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 25.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิสาเหตุจากการเสพติดทางจิตใจร้อยละ 57.1 รองลงมาเป็นการเสพติดนิโคตินร้อยละ 28.6 และเสพติดทางความเคยชินร้อยละ 22.9 ผลการวิเคราะห์การติดนิโคตินส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

ต่ำมาก (Fager's score 0-2) ร้อยละ 42.1 ระดับต่ำ (Fager's score 3-4) ร้อยละ 27.4 ระดับปานกลาง (Fager's score 5-6) ร้อยละ 30.1 ระดับสูง (Fager's score=7) ร้อยละ 25.3 และระดับสูงมาก (Fager's score 8-10) ร้อยละ 16.8 ส่วนใหญ่ไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่และยังไม่เจ็บป่วยแทรกซ้อนจากการใช้บุหรี่แต่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโน้มน้าวให้เข้าสูการบำบัดร้อยละ 67.6 กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเพราะเจ็บป่วยจากโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับบุหรี่ร้อยละ 12.1 ในจำนวนนี้มีผู้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 78.1 โดยผู้เลิกบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 30.9 และกลุ่มที่ลดปริมาณการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 48.3 ขณะที่วิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลยคิดเป็นร้อยละ 14.0 ทั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคจิตและจิตเภทร้อยละ 58.6 ขณะที่กลุ่มผู้รับบริการขาดนัดร้อยละ 6.7 เป็นกลุ่ม ผู้มารับบริการจากงานฝากครรภ์เนื่องจากภรรยาตั้งครรภ์ และได้รับคำแนะนำให้สามเิกบบุหรี่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีการขาดนัดส่วนหนึ่งอาจเป็นจากผู้รับบริการไม่ได้มีความจำเ็นที่ต้องมารับยาด้วยโรคประจำ

ตัวอื่นเช่นเดียวกับผู้รับการบำบัดรายอื่น อีกทั้งยังไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพตนเองอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ การเข้ารับการบำบัดมีผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถติดตามได้ซึ่งในงานวิจัยนี้จะระบุผลเป็นการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จทำให้เมื่อวิเคราะห์ผลการบำบัดจะมีผลลดลง ขณะเดียวกันเมื่อเทียบกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกอดบุหรี่มีจำนวนผู้เลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 30.9 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้โดยไม่ได้เข้าคลินิกอดบุหรี่ร้อยละ 30.8 ซึ่งในกระบวนการบำบัด ณ คลินิกมีการคัดกรองและวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมการใช้บุหรี่ การปรับทัศนคติเพื่อสร้างความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ต่อภัยสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ทางคลินิกอดบุหรี่เน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดบุหรี่ทุกรายกระทำโดยแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยา ซึ่งสะท้อนถึงผลงานการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลนางรองซึ่งยังอยู่ในช่วงกำลังพัฒนาคลินิกอดบุหรี่ ผลงานของกลุ่มที่บำบัดโดยแพทย์ในการรักษาคลินิกโรคเรื้อรังโดยไม่ได้นัดแยกเข้าคลินิกยังไม่ต่างกับกลุ่มที่เข้าบำบัดคลินิกโดยชัดเจนนักและดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยใช้หลักการเดียวกัน

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ในผู้รับบริการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559- 30 กันยายน พ.ศ.2560

ปัจจัย	ผลการรับบริการบำบัด		Analyze	
	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ	OR	95%CI
I. ข้อมูลส่วนบุคคล				
Gender				
Male	63(30.7%)	142(69.3%)	1.4	0.1-13.2
Female	1(50.0%)	1(50.0%)	1	Ref
Age (Year)				
<25	20(41.7%)	28(58.3%)	1.6	0.6-3.9
26-60	33(26.6%)	91(73.4%)	0.7	0.4-1.8
>60	11(31.4%)	24(68.6%)	1	Ref

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ในผู้รับบริการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559- 30 กันยายน พ.ศ.2560 (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการรับบริการบำบัด		Analyze	
	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ	OR	95%CI
I.ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)				
อาชีพ				
ทำนา	20(23.8%)	64(76.2%)	0.8	0.2-3.4
รับจ้าง	24(39.3%)	37(60.7%)	1.7	0.4-7.2
นักเรียน	11(35.5%)	20(64.5%)	1.5	0.3-6.7
ข้าราชการ	2(40.0%)	3(60.0%)	1.8	0.2-16.5
ค้าขาย	2(28.6%)	5(71.4%)	1.1	0.1-8.7
อื่นๆ	1(14.3%)	6(85.7%)	0.4	0.1-5.4
ไม่ทำงาน	3(27.3%)	8(72.7%)	1	Ref
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเมือง	5(13.5%)	32(86.5%)	0.3	0.1-0.8*
นอกเขตเมือง	59(34.7%)	111(65.3%)	1	Ref
II.ข้อมูลสุขภาพ				
ดัชนีมวลกาย				
<18.5	11(22.4%)	38(77.6%)	0.6	0.3-1.3
18.5-24.9	38(31.9%)	81(68.1%)	1	Ref
30-34.99	11(35.5%)	20(64.5%)	1.2	0.5-2.7
>35	0(0%)	1(100%)	undefined	undefined
บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน				
บิดามารดา	16(40.0%)	24(60.0%)	1.2	0.4-3.4
ญาติ	9(31.0%)	20(69.0%)	0.8	0.2-2.5
สามี/ภรรยา/บุตร	26(26.3%)	73(73.7%)	0.6	0.2-1.7
เพื่อน	1(12.5%)	7(87.5%)	0.3	0.1-2.4
อื่นๆ	4(44.4%)	5(55.6%)	1.4	0.3-0.8
อยู่คนเดียว	8(36.4%)	14(63.6%)	1	Ref

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ในผู้รับบริการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559- 30 กันยายน พ.ศ.2560 (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการรับบริการบำบัด		Analyze	
	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ	OR	95%CI
I.ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)				
Underlying disease				
NCD group (DM/HT /DLP)	27(42.9%)	36(57.1%)	2.1	1.0-4.6
Schizophrenia/psychosis	9(17.3%)	43(82.7%)	0.6	0.3-1.5
Depression/anxiety	4(36.4%)	7(63.6%)	1.6	0.4-6.3
Other	10(40.0%)	15(60.0%)	1.9	0.7-6.3
No underlying	14(36.4%)	39(73.6%)	1	Ref
III.พฤติกรรมสุขภาพ				
ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวน/วัน)				
1-10	53(37.3%)	92(64.7%)	1	Ref
11-20	9(19.1%)	38(80.9%)	0.4	0.2-0.9*
21-30	0(0%)	8(100%)	undefined	undefined
>30	2(28.6%)	5(71.4%)	0.7	0.1-3.7
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	33(28.4%)	83(71.6%)	0.8	0.4-1.4
ไม่ดื่ม	31(34.1%)	60(65.9%)	1	Ref
การใช้สารแอมเฟตามีน				
ใช้	7(30.4%)	16(69.6%)	1.0	0.4-2.5
ไม่ใช้	57(30.9%)	127(69.1%)	1	Ref
ประวัติการเคยเลิกสูบบุหรี่				
เคยเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ	2(16.7%)	10(83.3%)	0.4	0.1-1.9
เคยพยายามเลิกสูบ(เลิกไม่สำเร็จ)	0(0%)	2(100%)	undefined	undefined
ไม่เคยพยายามเลิกสูบ	62(32.1%)	131(67.9%)	1	Ref

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ในผู้รับบริการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559- 30 กันยายน พ.ศ.2560 (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการรับบริการบำบัด		Analyze	
	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ	OR	95%CI
IV. ข้อมูลการรับบริการบำบัด				
เหตุผลในการมารับบริการเลิกบุหรี่				
เจ้าหน้าที่แนะนำ	39(27.9%)	101(72.1%)	0.8	0.1-4.4
ป่วย	7(28.0%)	18(72.0%)	0.8	0.1-5.2
ภรรยาตั้งครรภ์	8(41.1%)	11(57.9%)	1.4	0.2-9.9
ได้รับคำสั่งจากหน่วยงาน	7(43.8%)	9(56.2%)	1.5	0.7-11.1
ญาติต้องการ	1(100%)	0(0%)	undefined	undefined
ตั้งใจมาเลิกด้วยตนเอง	2(33.3%)	4(66.7%)	1	Ref
สถานที่เข้ารับบริการอดบุหรี่				
คลินิกอดบุหรี่	56(30.9%)	125(69.1%)	1.1	0.4-2.6
แผนกห้องตรวจอื่นๆ	8(30.8%)	18(69.2%)	1	Ref
ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า(9Q)				
<7	9(50.0%)	9(50.0%)	1	Ref
7-12	2(25.0%)	6(75.0%)	0.3	0.5-2.1
13-18	1(20.0%)	4(80.0%)	0.3	0.1-2.7
การประเมินสาเหตุการติดบุหรี่				
ติดสารนิโคติน	2(13.3%)	13(86.7%)	0.3	0.0-5.2
ติดทางจิตใจ	14(35.9%)	25(64.1%)	1.1	0.1-13.5
ติดจากความเคยชิน	6(40.0%)	9(60.0%)	1.3	0.1-18.2
ติดสารนิโคตินและจิตใจ	1(8.3%)	11(91.7%)	0.2	0.0-4.3
ติดทางจิตใจและความเคยชิน	4(66.7%)	2(33.3%)	4.0	0.2-75.7
3 ปัจจัยร่วมกัน	1(33.3%)	2(66.7%)	1	Ref

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ในผู้รับบริการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559- 30 กันยายน พ.ศ.2560 (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการรับบริการบำบัด		Analyze	
	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ	OR	95%CI
IV. ข้อมูลการรับบริการบำบัด (ต่อ)				
การประเมินระดับการติดยาโคติน				
(Fager's score)				
0-2		21(52.5%)	19(47.5%)	1.7
3-4		7(26.9%)	19(73.1%)	1.2
5-6		6(20.7%)	23(79.3%)	1.3
7		6(25.0%)	18(75.0%)	1.3
8-10		3(18.8%)	13(81.2%)	1
จิตบำบัด				
ทำจิตบำบัด		64(31.2%)	141(68.8%)	1
ไม่ได้ผ่านขั้นตอนจิตบำบัด	0(0%)	2(100%)	undefined	undefined
การได้รับยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่				
น้ำยาอดบุหรี่ (0.5%sodium nitrate)	42(30.7%)	95(69.3%)	1.2	0.6-2.3
น้ำยาอดบุหรี่+fluoxetine	0(0%)	1(100%)	undefined	undefined
น้ำยาอดบุหรี่+Nortriptyline	5(62.5%)	3(37.5%)	4.4	0.9-20.5
สมุนไพรจำพวกมะนาว/มะขามและอื่นๆ	1(50.0%)	1(50.0%)	2.6	0.2-44.5
ไม่ได้ใช้ยาหรือสมุนไพร	16(27.6%)	42(72.4%)	1	Ref

*statistical significant

จากตารางที่ 1 โดยวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ พบว่าปัจจัยเรื่องการอยู่อาศัยในเขตเมือง และ ปริมาณการสูบบุหรี่ที่มากถึง 11-20 มวน/วัน เป็น ปัจจัยที่ทำให้การเลิกบุหรี่สำเร็จได้ลดลง ขณะที่ การมีระดับคะแนนการติดยาโคตินที่ระดับต่ำมาก สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่สำเร็จ

ตารางที่ 2 ตารางการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) ในผู้รับบริการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559-30 กันยายน พ.ศ.2560

ปัจจัย	ผลการรับบริการบำบัด		Analyze	
	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ	เลิกสำเร็จ	เลิกไม่สำเร็จ
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเมือง	5(13.5%)	32(86.5%)	0.3(0.1-0.8)	0.3(0.1-0.9)*
นอกเขตเมือง	59(34.7%)	111(65.2%)	Ref	Ref
ปริมาณการสูบบุหรี่				
1-10	53(37.3%)	92(64.8%)	Ref	Ref
11-20	9(19.1%)	38(80.9%)	0.4(0.2-0.9)	0.5(0.2-1.3)
21-30	0(0%)	8(100%)	undefined	Undefined
>30	2(28.6%)	5(71.4%)	0.7(0.1-3.7)	0.9(0.2-5.6)
การใช้สารแอมเฟตามีน				
ใช้	7(30.4%)	16(69.6%)	0.9(0.4-2.5)	0.67(0.2-1.9)
ไม่ใช้	57(30.9%)	127(69.1%)	Ref	Ref
ระดับการติดสารนิโคติน				
0-2	21(52.5%)	19(47.5%)	1.7(1.1-1.9)	1.9(1.3-3.9)*
3-4	7(26.9%)	19(73.1%)	1.2(0.8-1.1)	1.4(0.8-1.4)
5-6	6(20.7%)	23(79.4%)	1.3(0.9-1.7)	1.4(0.9-2.3)
7	6(25.0%)	18(75.0%)	1.3(0.1-1.9)	1.0(0.8-4.3)
8-10	3(18.8%)	13(81.2%)	Ref	Ref

*statistical significant

ส่วนในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้วพบว่า ผู้รับบริการที่มีการติดนิโคตินในระดับต่ำมาก (Fager's score=0-2) มีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการติดนิโคตินในระดับสูงมาก (Fager's score=8-10) 1.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI=1.3-3.9 ขณะเดียวกันพบว่าปัจจัยที่อาศัยอยู่เขตเมืองเป็นปัจจัย

ขัดขวางการเลิกบุหรี่สำเร็จเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อยู่นอกเขตเมืองเป็น 0.3 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI=0.1-0.9

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จ ณ โรงพยาบาลนางรอง ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม พ.ศ.2559-30 กันยายน พ.ศ. 2560

เท่ากับร้อยละ 30.9 ซึ่งอยู่ในระดับใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศที่เคยศึกษามาก่อน คือ ดังการศึกษาของ Leonie S. Brose UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอัตราเลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 34.3⁽⁹⁾ และในการศึกษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราชมีอัตราเลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 31.9⁽¹⁰⁾

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังมากที่สุดร้อยละ 30.4 โดยเป็นไปตามนโยบายโรงพยาบาลนางรองมีการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เลิกบุหรี่สำเร็จโดยการให้ข้อมูลทางเลือก ทั้งนี้ผู้รับป่วยสามารถร่วมพิจารณาทางเลือกในการเลิกบุหรืกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตและโรคจิตเภทพบความชุกของการสูบบุหรี่สูง ในขณะที่อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จต่ำ เพียงร้อยละ 17.3 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตและโรคจิตเภททั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ การจัดการความเครียด ทักษะการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอารมณ์หงุดหงิดในช่วงหยุดบุหรื⁽¹¹⁾ อีกทั้งผลข้างเคียงของยาต้านอาการโรคจิตทำให้วังงซึม ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงแก้ปัญหาด้วยการสูบบุหรี่เพื่อให้ทำงานได้⁽¹²⁾

จากการศึกษาครั้งนี้ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multi-variate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ โดยปัจจัยแรกคือระดับการติดยาโคตินในระดับต่ำมาก (Fager's score=0-2) มีโอกาสที่จะเลิกบุหรืได้สำเร็จเมื่อเทียบในกลุ่มที่มีการติดยาโคตินในระดับ

สูงมาก (Fager's score=8-10) 1.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI=1.3-3.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ Leonie S. Brose ซึ่งพบว่า Fager's score ระดับต่ำเป็นปัจจัยทำนาย (predictive factor) การเลิกบุหรืสำเร็จ⁽⁹⁾ ส่วนปัจจัยที่อยู่อาศัยในเขตเมือง (adjusted OR=0.3, 95% CI= 0.1-0.9) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรืไม่สำเร็จ ซึ่งอาจอธิบายจากบริบทวิถีชีวิตของคนเขตเทศบาลเมืองนางรองประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ทำให้ทนต่อการง่วงซึมในช่วงหยุดบุหรืได้ยากและการมาติดตามนัดคลินิกทำให้ต้องเสียรายได้

ข้อจำกัด

1. จำนวนผู้รับบริการเลิกบุหรืมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้
2. การศึกษาครั้งนี้ใช้การทบทวนเวชระเบียนและวิธีการเก็บข้อมูลเชิงพฤติกรรมจากแบบสอบถามของผู้รับบริการ ณ คลินิกอดบุหรื ซึ่งในขณะนั้นพบว่าข้อมูลที่ถูกรวบรวมโดยผู้รับบริการไม่สมบูรณ์บางส่วน เช่น ข้อมูลจำพวก รายได้ การศึกษา ทั้งนี้คลินิกเลิกบุหรืโรงพยาบาลนางรองมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรขาดแคลน ทำให้ภาระงานในคลินิกค่อนข้างมาก การบันทึกเวชระเบียนในช่วงขั้นตอนการซักประวัติบางอย่างจึงยังบกพร่อง ในงานวิจัยนี้จึงไม่สามารถนำปัจจัยดังกล่าวเข้ามาร่วมวิเคราะห์ได้ ซึ่งจากการศึกษานี้ทำให้เกิดการปรับปรุงการเก็บข้อมูลของคลินิกอดบุหรืเพื่อพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้การขยายช่วงเวลาการศึกษาเพิ่มระดับความมั่นใจ (power of study)
2. สร้างระบบติดตามกรณีขาดนัดโดยเครือข่ายบริการสุขภาพ

การนำผลการศึกษาไปใช้

เป็นประโยชน์ในการใช้โน้มน้าวให้กำลังใจ ซึ่งในผู้รับบริการที่มีระดับการติดนิโคตินต่ำมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการติดนิโคตินสูง และใช้ในติดตามผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่เฝ้าระวังดูแลป้องกันการขาดนัดในกลุ่มผู้รับบริการเขตเมือง

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความชุกการเลิกบุหรี่สำเร็จในผู้รับบริการเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลนางรองอยู่ที่ร้อยละ 30.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) มีเพียงปัจจัยเรื่องการติดนิโคตินในระดับต่ำมาก (fager's score 0-2) ส่วนปัจจัยที่ทำให้การเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ คือ การอยู่อาศัยในเขตเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ฝ่ายงานคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลนางรอง ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lee CW, Kahende J. Factors Associated With Successful Smoking Cessation in the United States, 2000. Am J Public Health 2007;97(8):1503-9.
2. Verbiest M Brakema E, van der Kleij R, Sheals K, Allistone G, Williams S. et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. NPJ Prim Care Respir Med 2017;27(1):2.
3. ชีระวัฒน์ เจริญชัยรัตน์, สุชาติ ภัยหลีกส์. การสำรวจความชุกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557;2(3):285-97.
4. นิยม จันทน์นวล, พลากร สืบสาราญ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี: ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

- 2559;18(2):22-34.
5. Ota A, Takahashi Y. Factors associated with successful smoking cessation among participants in a smoking cessation program involving use of the internet, e-mails, and mailing-list. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 2005;52(11): 999-1005.
 6. จินตนา ยูนิพันธุ์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, สุวิมล โรจนาวี. อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังหลังได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 2556; 11(2):49-61.
 7. World Health Organization. WHO Report on the Globan Tobacco Epidem-ic, 2009 : Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009.
 8. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2555.
 9. Brose LS, West R, Michie S, McEwen A. Changes in success rates of smoking cessation treatment associated with take up of a national evidencebased training programme. *Prev Med* 2014;69:1-4.
 10. ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. การเลิกสูบบุหรี่. เอกสารการสอนรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2559:1-13.
 11. สุนทรศ บุขราทิจ, อภิญญา สิริไพบูลย์กิจ. การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555;57(3):305-12.
 12. ฉันทิยา คารมย์, สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *พยาบาลสาร* 2558;42(1):19-30.