

การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปทุมธานี

สมบัติ วัฒนะ* ดร.ณิ คุณวัฒนา** ประเสริฐ พงกษามาลา** สุระศักดิ์ กาบเมืองปัก**
และเสาวนีย์ พูนเจริญผล***

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 11 กรกฎาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 6 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 7 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปทุมธานีใช้แนวคิดแบบจำลองการประเมินโครงการ CIPP ของ Stufflebeam ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากร ทีมบำบัด 8 คน ผู้เสพยาสูบบำบัดด้วยยา 22 คนและญาติ 3 คน ทบทวนเอกสารและแฟ้มเวชระเบียน 204 ราย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสังเกต (Observation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ผลการศึกษาพบว่า สถานบริการมีการจัดบริการช่วยเหลือผู้เสพยาสูบอยู่แล้วใน “คลินิกปอดไร้ควัน” จึงเป็นการเพิ่มทางเลือกและโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ก่อนการดำเนินโครงการมีการประชุมชี้แจงโครงการให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดำเนินงาน การจัดระบบบริการตามขั้นตอนที่กำหนดมีหลายขั้นตอนทำให้ยุ่งยากไม่สะดวกกับผู้รับบริการ จึงปรับเป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว โดยเน้นที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีการคัดกรองการเสพยาสูบทุกรายทำให้ส่งเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น ส่วนการติดตามไม่มีแนวทางชัดเจน หลังรับประทานยา ผู้รับการบำบัดบางส่วนเกิดอาการข้างเคียงของยากระทั่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจึงหยุดยาเอง แต่มีบางรายสามารถหยุดเสพยาสูบต่อเนื่องได้จากความตั้งใจมั่นคง ส่วนบางรายจึงกลับไปเสพยาสูบ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพศชาย ร้อยละ 96.57 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.94 สถานภาพสมรส คู่

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมธานี

*** นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลปทุมธานี

Corresponding author: ดร.ณิ คุณวัฒนา Email: daruneekwn@gmail.com

ร้อยละ 58.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.35 ช่วงอายุ 11 – 20 ปี เริ่มเสพยามากที่สุด ร้อยละ 91.18 สาเหตุที่เสพมากที่สุดเนื่องจากอยากลอง / อยากสูบ ร้อยละ 41.18 ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 61.77 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 29.71 สาเหตุที่ต้องการเลิกมากที่สุดเนื่องจากเจ็บป่วย ด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.96 ผู้เข้ารับการบำบัดประเมินภาวะนิโคตินอยู่ระดับการติดนิโคตินปานกลาง ร้อยละ 55.88 สามารถหยุดเสพได้นาน 3 เดือน ร้อยละ 10.30 (21 คน), นาน 6 เดือน ร้อยละ 33.33 (68 คน), นาน 12 เดือน ร้อยละ 20.58 (42 คน) ลดปริมาณการเสพลง ร้อยละ 28.92 (59 คน) ไม่สามารถหยุดเสพได้ ร้อยละ 6.86 (14 คน) ข้อเสนอแนะ ควรคัดกรองผู้เสพยาสูบในคลินิกโรคเรื้อรัง อื่นๆ ทุกราย การให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาสูบ จัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว และการติดตามหลังการบำบัดโดยเครือข่ายในพื้นที่ และเสริมทักษะการเสริมแรงจูงใจให้กับทีมติดตาม

คำสำคัญ: การประเมินผลโครงการ, การเลิกบุหรี่, การรักษา, ยา Varenicline

Evaluation of Treatment Project for Tobacco Cessation with Varinnicline in Pakthongchai Hospital

Sombat Wattana* Darunee Khunwattana** Prasert Pruksamala**
Surasak kabmuangpak** and Soawanee Poonchareanpol***

Article History

Received: July 11, 2019

Revised: August 6, 2019

Accepted: August 7, 2019

Abstract

The objective of this research was to evaluate the effectiveness of tobacco cessation program by using Varenicline in Pakthongchai hospital. The study used Stufflebeam's CIPP evaluation model including Contexts, Input, Process and Product. The data were collected from 8 health professionals and 22 smokers and 3 relatives. Researchers also collected information from 204 patients of medical records, in-depth interviews, focus group discussions and observations. The data were analyzed by using descriptive statistics: frequencies and percentages and qualitative analysis using content analysis with triangulation of data. Data from the context evaluation showed that, at the beginning of the program, meetings were held to prepare all related personnel at all levels to clarify their professional roles. The hospital already provided tobacco cessation clinic named "Smokeless Lungs" under Psychiatric and Narcotic Division but service flow and service points were quite complicated for clients. The follow-up guideline was not clear. Some clients who experienced side effects that affect their daily activities decided to discontinue their medications. Some clients experienced relapses. The Results from the program showed that the samples who received the treatment were male (95.57 percent), ages 61 years and above (27.94 percent), married (58.82 percent), completed primary education (48.04 percent),

* Medical Physician, Senior Professional Level, Acting Director of Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

** Registered Nurse, Professional Level, Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

*** Psychologist, Practitioner Level, Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Corresponding author: Darunee Khunwattana Email: darunekwn@gmail.com

were employee (57.35 percent), started smoking during ages 11-20 years old (91.18 percent), had chronic illness (67.65 percent) with hypertension were found the most (20.10 percent). The samples wanted to quit smoking because of their illness and health issues (76.96 percent). Their nicotine addiction was at a moderate level (55.88 percent). Outcome of the program showed that the samples were able to quit smoking for three months (n = 21, 10.29%), six months (n = 68, 33.33%) and twelve months (n = 42, 20.58%). About one-third of the samples were able to reduce tobacco consumption (n = 59, 28.92%) while a few were unable to stop smoking (n = 14, 6.68). Suggestion: Screening smoker in all other chronic disease clinic should be done in every case. The providing motivational advice on tobacco cessation one-stop service and tracking after therapy by local networks and enhancing motivation skill for the follow-up team.

Keywords: Project evaluation, Tobacco cessation, Treatment, Varenicline

บทนำ

จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั่วโลกคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 4.9 ล้านคนต่อปี ในปี ค.ศ. 2003 เป็น 8 ล้านคนต่อปีใน ค.ศ. 2030 การสูบบุหรี่นั้นเป็นสาเหตุของโรคที่ป้องกันได้ซึ่งอาจทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ในปี 2558 มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 74,884 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท (ร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ. 2552 - 2554 ผู้สูบประมาณ 6 ล้านคนพบว่าอัตราการติดจะเลิกยาสูบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาลดลงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 49.8 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 36.7 ในปี 2554)⁽¹⁾ การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการทำให้เลิกสูบได้เร็วเท่าไรยิ่งทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น พบสารประกอบในควันบุหรี่มีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอด ตลอดจนมะเร็งชนิดต่างๆ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในการเกิดโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ยังมีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 19.9 ตามลำดับ⁽²⁾ ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้จะเกิดอาการของโรคทรุดลงหรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายเมื่อยังสูบบุหรี่ต่อเนื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้กำหนดให้ภาคีสมาชิก

จัดระบบบริการเลิกบุหรี่ให้แก่ประชาชน คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคนี้ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 ได้พิจารณาถึงความเห็นให้ปรับเปลี่ยนชื่อภาษาไทยเป็น โรคเสพติดยาสูบ⁽⁴⁾ ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกกรอบอนุสัญญาดังกล่าว ได้มีการดำเนินการให้ผู้สูบบุหรี่เลิกใช้ยาสูบ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ “ช่วยผู้เสพติดให้เลิกใช้ยาสูบ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 - 2562⁽³⁾ เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมการเสพติดนิโคตินยาสูบทุกประเภทที่มีใช้กันในประเทศไทยอย่างแท้จริง ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบุหรี่มีหลายชนิดแต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะเสพติดชนิดใด ๆ ก็ตามต้องได้รับการบำบัดทั้งสิ้น กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ได้พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคติดบุหรี่ พ.ศ. 2555 เป็นที่ยอมรับและประกาศให้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย โดยแนะนำให้ผู้เสพติดยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพติดยาสูบทุกชนิดทุกรูปแบบ ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 ในการลงมือเลิกเสพติดให้มีบริการเพื่อบำบัดผู้ที่เสพติดยาสูบในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งหรือจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้เสพติดให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยเหล่านี้เลิกเสพติดโดยเด็ดขาด⁽⁴⁾

การให้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Tobacco cessation medications) ปัจจุบันมีหลายชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพติดยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้นยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) สารนิโคตินทดแทน

เพื่อทดแทน (nicotine replacement therapy - NRT) สารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคติน หรืออาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง 2) ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropion SR, Varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ที่มีประสงค์จะเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

จากสถานการณ์ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน ร้อยละ 19.1 อัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ 15-18 ปี เท่ากับร้อยละ 7.8 โดยภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ลดลงอย่างต่อเนื่อง ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และกรุงเทพมหานคร อัตราการบริโภคยาสูบรายจังหวัดกลับพบว่าจังหวัด นครราชสีมา มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2554 พบร้อยละ 21.55 ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.41⁽⁵⁾ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้จัดทำ โครงการศึกษารูปแบบระบบบริการเลิกบุหรี่ในระดับ สถานบริการและชุมชน โดยใช้ยารักษาโรคเสพยาสูบ นำร่องมาดำเนินการในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่ง อำเภอปักธงชัยเป็นหนึ่งในที่ร่วมโครงการดังกล่าว จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการบำบัด รักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาล ปักธงชัย การศึกษาครั้งนี้ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการบำบัดผู้เสพยาสูบ และผู้เสพยาสูบที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ขอบเขต ด้านการประเมินคณะผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบ

การประเมินโครงการของ Stufflebeam⁽⁶⁾ ที่เรียกว่า แบบจำลอง CIPP ประกอบด้วย บริบท (context: C) ปัจจัยนำเข้า (Input: I) กระบวนการ (Process: P) และผลผลิต (Product: P) ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึง เดือนกรกฎาคม 2562 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ใช้แนวคิดรูปแบบ การประเมินโครงการของ Stufflebeam (2007)⁽⁶⁾ ที่เรียกว่าแบบจำลอง CIPP เป็นรูปแบบการวิเคราะห์ สาระสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการพัฒนาโครงการ การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โครงการ และความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ การประเมินบริบท (context: C) เป็นการประเมิน สิ่งแวดล้อม เงื่อนไขหรือปัจจัยที่จำเป็นต่อการ ดำเนินงานโครงการ การประเมินปัจจัยนำเข้า (input: I) ประเมินความเหมาะสมและความพร้อม ของทรัพยากร การประเมินกระบวนการ (process: P) ประเมินการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผน และการประเมินผลของโครงการ (product: P) ซึ่งเน้น การวิเคราะห์ผลที่ต้องการให้เกิดขึ้น

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบ ด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปักธงชัย ซึ่งใช้แนวคิดรูปแบบการประเมินโครงการของ Stufflebeam ที่เรียกว่าแบบจำลอง CIPP ในด้าน บริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากร ที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จำนวน 2 คน และทีมบำบัด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก และ เภสัชกร จำนวน 6 คน ผู้เสพยาสูบที่สมัครใจเข้าร่วม โครงการทั้งได้รับและไม่ได้รับยา Varenicline และ

ญาติจำนวน 25 คน แพทย์ประจำบ้านผู้เสพยาสูบที่เข้ารับการบำบัดด้วยยา Varenicline จำนวน 204 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสังเกต (Observation) เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวการสัมภาษณ์ทั้งโครงสร้างตามแนวคำถามและบทสนทนาเอกสารที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเลขที่โครงการ NRPH 029 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มเป้าหมายโดยคำนึงความเป็นส่วนตัวปกป้องความลับ ไม่เปิดเผยชื่อไม่ลำเอียงไม่บิดเบือนและซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

บริบท (Context)

เนื่องจากพบว่าจังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้ารับบริการเลิกยาสูบเป็นจำนวนมากทำให้สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำโครงการบริการเลิกบุหรี่ในสถานบริการและชุมชนมาดำเนินการในพื้นที่ โดยคณะทำงานได้มีการชี้แจงกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการได้ เนื่องจากเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงการรักษาด้วยยาช่วยเลิกยาสูบด้วยความสมัครใจ

ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกล่าวว่า “โคราชเรามีข้อมูลการรักษาคนไข้เลิกบุหรี่มากเพราะเราทำร่วมกับ สปสช. มานานแล้วทางสำนักฯ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ) ประสานว่าจะนำโครงการใช้ยาช่วยในการเลิกบุหรีมาใช้ในโคราช จึงได้มาชี้แจงกับท่านนายแพทย์ สสจ. และชมรม ผอ.รพช. เห็นชอบก่อน ถึงได้มาชี้แจงกับผู้ปฏิบัติอีกครั้ง”

“คลินิกปอดไร้ควัน” เป็นหนึ่งในงานสุขภาพจิตและยาเสพติดโรงพยาบาลปักธงชัย รับผิดชอบให้บริการช่วยเลิกยาสูบสำหรับผู้สนใจ ซึ่งมีบริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้รับบริการหรือประชาชนทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบ ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก โดยมีแพทย์ เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา ได้รับทราบการดำเนินงานโครงการบริการเลิกบุหรี์ในสถานบริการและชุมชนจากการประชุมชี้แจงแล้วจึงนำมาดำเนินการในโรงพยาบาลซึ่งมีการชี้แจงกับองค์กรแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นโอกาสสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น โดยเริ่มที่จุดคัดกรอง พบแพทย์ ส่งคลินิกปอดไร้ควันให้คำปรึกษา จึงส่งพบเภสัชกรเพื่อไปรับยาและให้อธิบายการรับประทานยา

ปัจจัยนำเข้า (Input)

ทีมบำบัดประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก โดยมีแพทย์ เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ แพทย์และเภสัชกรไปรับการประชุมชี้แจงการดำเนินงานแบ่งตามบทบาทของวิชาชีพ สำหรับยา Varenicline นั้นจะได้รับการสนับสนุนมาจากสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยทางคลินิก

เตรียมเอกสารซักประวัติ ตรวจร่างกาย แบบประเมินต่างๆ อุปกรณ์การตรวจคาร์บอนมอนนอกไซด์ทางลมหายใจ (exhaled CO monitoring) แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้อายุการใช้งานจึงไม่ได้นำมาใช้จึงใช้การซักประวัติ ให้คำปรึกษาและการประเมินจากแบบประเมินแทน ทางเภสัชกรเพิ่มรายการยาในระบบการสั่งจ่ายยา เตรียมขั้นตอนการให้บริการ

การดำเนินการ (Process)

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดพบว่า มีการคัดกรองและประเมินการเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกราย และให้คำแนะนำการเลิกเสพยาสูบเบื้องต้น เมื่อสนใจหยุดเสพยาสูบ ส่งไปรับคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจและตัดสินใจ ส่งข้อมูลให้แพทย์เพื่อแนะนำและจ่ายยา จึงไปรับยาและให้คำแนะนำการรับประทานยาทำให้เกิดความล่าช้าตั้งแต่ระยะเวลารอพบแพทย์และรับยา อีกทั้งหลายขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยไม่มารับยาช่วยเลิกยาสูบ จึงมีการปรับโดยเมื่อคัดกรองประเมินการเสพยาสูบเมื่อพบแพทย์แล้วแนะนำให้เลิกจึงส่งคลินิกปอดไร้ควันให้บริการจนครบให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ และรับยาทำให้ผู้ป่วยสะดวกรวดเร็วขึ้น สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ไปร่วมประชุมชี้แจงเมื่อออกให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและจ่ายยาเองเบ็ดเสร็จจุดเดียวเช่นกัน โดยเฉพาะอายุรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังให้ความสนใจและส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการเลิกยาสูบอย่างต่อเนื่องจากความเข้าใจถึงผลกระทบจากการเสพยาสูบ โดยที่คลินิกโรคเรื้อรังจะมีบริการให้ความรู้ผู้ป่วยทุกวันก่อนรับการตรวจรักษาและเชิญชวนผู้ป่วยเข้ารับบริการเลิกยาสูบ

อายุรแพทย์กล่าวว่า “จริงๆ ต้องบอกว่า เพราะพยาบาลที่คัดกรองคนสูบบุหรี่ได้มากขึ้นเลย

ทำให้ส่งคนไข้ไปเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น เราก็รู้อยู่แล้วว่า บุหรี่ก็ทำให้ทั้งโรคหัวใจ Stroke ตามมา”

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกล่าวว่า “เวลาที่หมอไปตรวจศูนย์ใกล้บ้าน ๆ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ก็ทำ (แนะนำและจ่ายยา) เองคนเดียว เพราะคนไข้บอกว่ามา รพ.ช้า ชี้แจงจรรยาบรรณกลับเลย”

การติดตามจะให้ผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ. 2 สัปดาห์, 1, 2, 3 และ 6 เดือนหลังได้รับยา ครั้งแรกหลังได้รับยาครั้งแรก พบว่าไม่มีการติดตามทันทีกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้สูงอายุจะต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือญาติในการพามารับยาในแต่ละครั้งซึ่งปกติการรับยาของโรคเรื้อรังจะห่างกัน 1 - 2 เดือน และผู้สูงอายุรู้สึกเกรงใจบุตรหลานหรือญาติมากเมื่อเขาต้องขาดงานเพื่อมาพามาโรงพยาบาล และผู้รับยาส่วนใหญ่จะมารับยาไม่ครบ 3 เดือน เนื่องจากคิดว่าตนเองหยุดเสพได้แล้ว แต่บางส่วนเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เหนื่อย ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ไม่สุขสบาย ผื่นแปลกๆ ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงหยุดยาเองและไม่มาติดตามต่อเนื่อง บางรายกลับมาพบแพทย์ได้รับคำแนะนำและปรับขนาดยา จึงใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตาม สอบถามอาการและกระตุ้นให้มารับยาต่อกรณีกลับไปเสพซ้ำหรือสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพต่อเนื่อง

ผู้รับการบำบัด “มันก็มายากเนาะ ต้องรอเขา (ลูก) เขาทำงานลาที่ยาก มาบ่อยๆ คือเกรงใจเขา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ผู้รับการบำบัด “กินยาแล้ว มันผื่นไปทั่วเหมือนไม่ได้นอนเลย เหนื่อย ไม่มีแรงอะ มันจะเป็นบ้าไหมนี่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา กล่าวว่า “หมอก็คิดว่าขนาดที่ให้มานั้นอาจไม่เหมาะกับคนไทยน่าจะต้อง

ปรับขนาดยาลง ถ้ามาหาหมออีกจะบอกแล้วให้
ปรับยาгинลดลงครึ่งนึง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

สำหรับค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาใช้ตาม
สิทธิการรักษาของแต่ละบุคคล เนื่องจากการ
รณรงค์ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบและ
ได้รับการสนับสนุนยา ซึ่งปัจจุบันไม่มียา Varenicline
ในบัญชียาหลักเนื่องจากราคาแพง อีกทั้งการช่วย
เลิกยาสูบเป็นการดำเนินการที่ต้องเสริมจูงใจกับ
ผู้ป่วยให้มาก จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้คิดค่าบริการ
เพิ่มเติมจากผู้ป่วย แต่ลงบันทึกค่าใช้จ่ายการให้
บริการต่างๆ ในระบบเท่านั้น

ส่วนการติดตามโครงการจากสำนัก
ควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นการติดตามผล
การดำเนินงานซึ่งปัญหาที่เกิดจากการลงบันทึก
และการดึงข้อมูลจากระบบไม่ตรงกันจึงมาทำความเข้าใจ
กับผู้ป่วยปฏิบัติทั้งผู้ลงบันทึกและผู้รวบรวม
ข้อมูลโดยตรงที่โรงพยาบาลทำให้เกิดความเข้าใจ
ตรงกัน

ผลการบำบัด (Product)

ผู้เข้ารับการบำบัด 204 ราย เพศหญิง
7 คน ร้อยละ 3.43 เพศชาย 197 คน ร้อยละ
96.57 พบว่า อายุต่ำสุดที่เข้ารับการบำบัด 17 ปี
อายุสูงสุด 86 ปี อายุเฉลี่ย 49.03 ปี กลุ่มที่เข้ารับ

การบำบัดมากที่สุด คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ
27.94 (57 คน) รองลงมา อายุ 51-60 ปี ร้อยละ
24.20 (49 คน), อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 19.12
(39 คน), อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 16.18 (33 คน),
อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 8.82 (18 คน) และอายุ
ไม่เกิน 20 ปี ร้อยละ 3.92 (8 คน)

สถานภาพสมณะ ร้อยละ 6.37 (13 คน)
โสด ร้อยละ 32.84 (67 คน) คู่ ร้อยละ 58.83
(120 คน) หม้าย / หย่า / แยก ร้อยละ 1.96 (4 คน)

ระดับการศึกษาที่เข้ารับการบำบัด
มากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04
(98 คน) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น อาชีว
ศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี
ร้อยละ 41.67 (85 คน) 4.41 (9 คน), 3.43
(7 คน) และ 2.45 (5 คน) ตามลำดับ

ผู้เข้ารับการบำบัดมีอาชีพรับจ้าง
มากที่สุด ร้อยละ 57.35 (117 คน) รองลงมา
เกษตรกร ร้อยละ 23.53 (48 คน), สมณะ
ร้อยละ 5.88 (12 คน), นักเรียน/นักศึกษา
ร้อยละ 5.40 (11 คน), รับราชการ ร้อยละ 3.43
(7 คน), แม่บ้าน ร้อยละ 3.43 (7 คน) และ
ค้าขาย ร้อยละ 0.98 (2 คน) ตามลำดับ
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
เพศ	7	3.43
หญิง	197	96.57
ชาย		
อายุ		
ไม่เกิน 20 ปี	8	3.92
21-30 ปี	18	8.82
31-40 ปี	33	16.18

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
41-50 ปี	39	19.12
51-60 ปี	49	24.02
61 ปีขึ้นไป	57	27.94
สถานภาพสมรส		
สมณะ	13	6.37
โสด	67	32.84
คู่	120	58.83
หม้าย / หย่า / แยก	4	1.96
ระดับการศึกษา		
ประถม	98	48.04
มัธยมต้น	85	41.67
มัธยมปลาย	7	3.43
อาชีวะ	9	4.41
ปริญญาตรี	5	2.45
อาชีพ		
สมณะ	12	5.88
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	7	3.43
รับจ้าง	117	57.35
เกษตรกรรวม	48	23.53
นักเรียน/นักศึกษา	11	5.40
รับราชการ	7	3.43
ค้าขาย	2	0.98
รวม	204	1000

ช่วงอายุที่เริ่มเสพมากที่สุดคือ 11 – 20 ปี ร้อยละ 91.18 (186 คน) รองลงมา 21 – 30 ปี ร้อยละ 6.37 (13 คน), ไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 1.47 (3 คน) และ ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.98 (2 คน) อายุที่เริ่มเสพต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 38 ปี อายุที่เริ่มเสพเฉลี่ย 15.76 ปี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละช่วงอายุที่เริ่มเสพของผู้เข้ารับการบำบัด

ช่วงอายุที่เริ่มเสพ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ไม่เกิน 10 ปี	3	1.47
11 – 20 ปี	186	91.18
21 – 30 ปี	13	6.37
ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป	2	0.98
รวม	204	1000

ระยะเวลาที่ใช้มานานมากที่สุด คือ ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.77 (126 คน) รองลงมา 21 – 30 ปี ร้อยละ 16.18 (33 คน), 16 – 20 ปี ร้อยละ 8.33 (17 คน), 11 – 15 ปี ร้อยละ 6.37 (13 คน), 6 – 10 ปี ร้อยละ 4.90 (10 คน) และ ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 2.45 (5 คน) ระยะเวลาที่ใช้มานานสูงสุด 69 ปี ต่ำสุด 3 ปี เฉลี่ย 34.37 ปี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละช่วงระยะเวลาที่ใช้มาของผู้เข้ารับการบำบัด

ช่วงระยะเวลาที่ใช้มา	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ไม่เกิน 5 ปี	5	2.45
6 – 10 ปี	10	4.90
11 – 15 ปี	13	6.37
16 – 20 ปี	17	8.33
21 – 30 ปี	33	16.18
ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป	126	61.77
รวม	204	1000

ผู้เข้ารับการบำบัดมีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 (138 คน) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.35 (66 คน) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.71 (41 คน) รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.12 (25 คน) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.94 (22 คน) โรคถุงลมโป่งพอง 13.77 (19 คน) สุขภาพจิตและสารเสพติด ร้อยละ 12.32 (17 คน) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและโรค ร้อยละ 9.42 (13 คน) โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.72 (1 คน) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละโรคประจำตัวของผู้เข้ารับการรักษา

ช่วงระยะเวลาที่ใช้มา	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	66	32.35
มีโรคประจำตัว	138	67.65
	(n = 138)	
โรคความดันโลหิตสูง	41	29.71
โรคเบาหวาน	25	18.12
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	22	15.94
โรคถุงลมโป่งพอง	19	13.77
สุขภาพจิตและสารเสพติด	17	12.32
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและโรคอื่นๆ (โรคหัวใจ, โรคเก๊าท์, โรคถุงลมโป่งพอง)	13	9.42
โรคหลอดเลือดสมอง	1	0.72

สาเหตุที่เสพมากที่สุดเนื่องจากอยากลอง/ 4.90 (10 คน), ตามเพื่อน ร้อยละ 5.88 (12 คน)
อยากสูบ ร้อยละ 41.67 (85 คน) รองลงมา เคยชิน และผู้ใหญ่ใช้ให้จุด, ง่วงนอน/ ว่าง, ดื่มสุรา ร้อยละ
ร้อยละ 27.94 (57 คน), เปื้อ ร้อยละ 9.32 (19 คน), 0.98 (2 คน) เท่ากัน ดังตารางที่ 5
เครียด ร้อยละ 7.35 (15 คน), เลี้ยงวัว/ควาย ร้อยละ

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละสาเหตุที่เสพของผู้เข้ารับการรักษา

สถานภาพสมรส	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
อยากลอง / อยากสูบ	85	41.67
เคยชิน	57	27.94
เปื้อ	19	9.32
เครียด	15	7.35
เลี้ยงวัว/ควาย	10	4.90
ตามเพื่อน	12	5.88
ผู้ใหญ่ใช้ให้จุด	2	0.98
ง่วงนอน/ ว่าง	2	0.98
ดื่มสุรา	2	0.98
รวม	204	1000

สาเหตุที่ต้องการเลิกเสพยาสูบมากที่สุด (18 คน) เพื่อบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 1.96 เนื่องจากเจ็บป่วย / ด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.96 (4 คน), ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 0.98 (2 คน) มีพื้นที่ (157 คน) รองลงมา คือ อยากเลิก ร้อยละ 10.30 ให้สูบน้อยลง ร้อยละ 0.98 (2 คน) ดังตารางที่ 6 (21 คน) บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 8.82

ตารางที่ 6 ร้อยละสาเหตุที่ต้องการเลิกเสพยาสูบของผู้เข้ารับการบำบัด

สาเหตุที่เสพยาสูบ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
เจ็บป่วย / ด้านสุขภาพ	157	76.96
อยากเลิก	21	10.30
บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ	18	8.82
เพื่อบุคคลในครอบครัว	4	1.96
ค่าใช้จ่าย	2	0.98
มีพื้นที่ให้สูบน้อยลง	2	0.98
รวม	204	1000

ผู้เข้ารับการบำบัดประเมินภาวะติดยาสูบ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ระดับสูง (5 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 28.92 (59 คน) และ ระดับน้อย (1 – 2 คะแนน) ร้อยละ 15.20 พบว่า ติดยาสูบระดับปานกลาง (3 – 4 คะแนน) (31 คน) ดังตารางที่ 7 มากที่สุด ร้อยละ 55.88 (114 คน) รองลงมา คือ

ตารางที่ 7 ระดับการติดยาสูบ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของผู้เข้ารับการบำบัด

ระดับการติดยาสูบ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1 – 2 คะแนน)	31	15.20
ระดับปานกลาง (3 – 4 คะแนน)	114	55.88
ระดับสูง (5 คะแนนขึ้นไป)	59	28.92
รวม	204	1000

ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถหยุดเสพยาสูบ ร้อยละ 20.58 (42 คน) ลดปริมาณการเสพยาสูบ ร้อยละ 28.92 (59 คน) ไม่สามารถหยุดเสพยาสูบได้ ร้อยละ 6.86 (14 คน) ดังตารางที่ 8 ได้นาน 3 เดือน ร้อยละ 10.30 (21 คน), นาน 6 เดือน ร้อยละ 33.33 (68 คน), นาน 12 เดือน

ตารางที่ 8 ร้อยละระยะเวลาการหยุดเสฟของผู้เข้ารับการบำบัด

ระยะเวลาการหยุดเสฟ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
นาน 3 เดือน	21	10.30
นาน 6 เดือน	68	33.33
นาน 12 เดือน	42	20.59
ลดปริมาณการเสฟลง	59	28.92
ไม่สามารถหยุดเสฟได้	14	6.86
รวม	204	1000

หลังจากรับประทานยาแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการอยากเสฟยาสูบ รู้สึกเบื่อ ทำให้เข้าใจเองว่าสามารถหยุดเสฟยาสูบได้แล้วบางรายจึงหยุดรับประทานยาแต่หลังจากนั้นจึงกลับไปเสฟยาสูบซ้ำเนื่องจากกลับไปสู่วัตถุสิ่งแวดลอมที่มีตัวกระตุ้นและไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสฟของตนเองได้

ผู้รับการบำบัด “กินยาได้แผงเดียวมันไม่หิวไม่อยาก (บุหรี่) เลย ฉันเลยหยุดกิน (ยา) เลย พอไปเจอหมู (เพื่อน) มันยั่วให้ก็เลยหลงไปสูบอีก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

สำหรับบางรายหลังรับประทานยาแล้วเกิดอาการข้างเคียงแต่ด้วยความตั้งใจในการเลิกจึงหยุดเสฟยาสูบด้วยตนเองต่อแม้จะหยุดรับประทานยา

ผู้รับการบำบัด “กินยาได้แผงเดียวมันไม่หิวไม่อยาก (บุหรี่) เลย ฉันเลยหยุดกิน (ยา) เลย ก็ไม่เห็นอยากสูบเลยนะหมอ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

มีบางรายเมื่อมารับยาแล้วเมื่ออ่านคำแนะนำจากฉลากยาแล้วไม่กล้ารับประทานยาจึงมาคินยาแต่มีความตั้งใจในการเลิกก็สามารถหยุดเสฟยาสูบได้เช่นกัน

ผู้รับการบำบัด “ผมอ่านเอกสารมาแล้ว ใครจะกล้ากิน มีซึมเศร้า ขาดตัวตายด้วย เลยหยุดเองเลยยังเอายามาคินหมอละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ญาติผู้รับการบำบัด “เห็นบอกว่า อ่านเอกสารมาแล้วกลัวไม่ต้องกินดีกว่า ไม่เห็นสูบตั้งแต่ตอนนั้นมาเลย มันดีจริงๆ เลยเนาะอยากให้เลิกตั้งนานก็ไม่เลิกซักที ที่นี้เลิกได้เองเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ปัจจัยสำเร็จ

การคัดกรองและประเมินการเสฟยาสูบผู้ป่วย และส่งพบแพทย์เพื่อแนะนำให้เลิกเสฟยาสูบ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การรับคำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสฟยาสูบเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเลิกเสฟ และการจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียวจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่บริการช่วยเลิกได้เพิ่มขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มสูงอายุ การมารับบริการแต่ละต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้การต่อเนื่องของการรักษาได้น้อย สำหรับกลุ่มวัยแรงงานให้ความสำคัญกับการทำงานประกอบอาชีพมากกว่าแม้จะทราบว่าเสฟยาสูบนั้นเกิดผลกระทบกับสุขภาพร่างกาย การติดตาม

ยังไม่สามารถติดตามได้ทันเวลาเนื่องจากการติดตามที่ดีต่อเนื่องจะเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนและย้ำความตั้งใจของผู้ป่วยได้ดี

สรุปและอภิปรายผล

การช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบเป็นบทบาทสำคัญอีกด้านของสาธารณสุขที่ต้องดูแลสุขภาพทั้งสำหรับกลุ่มเสี่ยงและป่วย โครงการนำร่องศึกษารูปแบบระบบบริการเลิกบุหรี่ในระดับสถานบริการและชุมชน โดยใช้ยารักษาที่ทางสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบมาใช้ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ณ ทางโรงพยาบาลปักธงชัย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปักธงชัย การศึกษครั้งนี้ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้เกี่ยวข้อง ทีมบำบัด และผู้เสพยาสูบที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ขอบเขตด้านการประเมินคณะผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบการประเมินโครงการของ Stufflebeam⁽⁶⁾ ที่เรียกว่าแบบจำลอง CIPP ประกอบด้วย บริบท (context: C) ปัจจัยนำเข้า (Input: I) กระบวนการ (Process: P) และผลผลิต (Product: P) พบว่า บริบท (context: C) และปัจจัยนำเข้า (Input: I) สถานบริการเองก็มีการจัดบริการช่วยเลิกเสพยาสูบอยู่แล้วใน “คลินิกปอดไร้ควัน” ซึ่งเป็นหนึ่งในการบริการของงานสุขภาพจิตและยาเสพติด การนำโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา (Varenicline) จึงเป็นการเพิ่มทางเลือกและโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจากการศึกษาของ อีระพงษ์ ศรีศิลป์ พบว่ายาที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดโรคเสพยาสูบเมื่อเทียบกับยาหลอก ได้แก่ Varenicline (OR=2.88, 95% CI 2.40-3.47), bupropion (OR=1.82, 95% CI 1.60-2.06), nicotine replacement therapy; NRT (OR=1.84, 95%CI 1.71-1.99),

clonidine (RR=1.63, 95% CI 1.22-2.18), Nortriptyline (RR=2.03, 95%CI 1.48-2.78) และ Cytisine (RR 3.29, 95%CI 1.84-5.90)⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่ายา Varenicline มีประสิทธิภาพสูงในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ก่อนการดำเนินโครงการมีการประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการในทุกระดับตั้งแต่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทำให้เกิดความชัดเจนทุกขั้นตอนของการดำเนินโครงการและยังมีการจัดประชุมชี้แจงต่อผู้ปฏิบัติตรงตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ โดยตรงอีกครั้งซึ่งเป็นการอธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการและรวมถึงการกำกับและติดตามระหว่างการทำโครงการเมื่อพบปัญหาเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล สระทองปิงและนันทนา เลิศประสพสุข พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสาร ระดับการนำนโยบายมาตรการส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล (ตำบลละ 5 ล้านบาท) ไปปฏิบัติในเขตตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้สั่งงานกับผู้ปฏิบัติงาน จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ⁽⁸⁾ กระบวนการ (Process: P) มีการคัดกรองและประเมินการเสพยาสูบและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมแรงจูงใจให้หยุดยาสูบแต่การจัดระบบบริการตามขั้นตอนที่กำหนดมีหลายขั้นตอนทำให้เกิดความยุ่งยากไม่สะดวกกับผู้รับการบำบัด จึงปรับเป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชริน เพ็งบุญ พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จของการช่วยเลิกบุหรี่แบบการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากปี 2555 ร้อยละ 44.8 เป็นร้อยละ 63.8 ในปี 2556

เมื่อเปรียบเทียบกับคลินิกอดบุหรี่ในเวลาเดียวกัน คือ ปี 2555-2556 ร้อยละ 33.3 และ 32 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽⁹⁾ โดยเน้นที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งให้ความสำคัญในการคัดกรองและส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดเนื่องจากเป็นผลกระทบที่เกี่ยวข้องกันจากสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้และการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นมาตรฐานการดูแลประการหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการติดตามยังไม่ชัดเจนและทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุชริน เพ็งบุญ พบว่า การติดตามให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ครั้ง/ปี และสามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพและอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า⁽⁹⁾ หลังรับประทานยาบางส่วนเกิดอาการข้างเคียงของยากระทั่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจึงหยุดยาเองสอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ ศรีศิลป์ พบว่า ยาทุกชนิดไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง และไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (major adverse cardiovascular events; MACE) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยแตกต่างกัน คือ varenicline ทำให้คลื่นไส้ หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาจแก้ไขโดยการรับประทานยาหลังอาหารทันที และหากมีอาการนอนไม่หลับควรรับประทานยาเม็ดที่สองก่อนเวลานอนพอสมควร⁽⁷⁾ แต่มีบางรายสามารถหยุดเสพต่อเนื่องได้ จากความตั้งใจมั่นคง ส่วนบางรายจึงกลับไปเสพซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์และสุนิดา ปรีชาวงษ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ว่าการกำเริบของโรคเกิดจากการสูบบุหรี่ร่วมด้วยทำให้มีความตั้งใจและมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างแน่นอน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูงมีโอกาสมิที่จะเลิกสูบบุหรี่สำเร็จคิดเป็น 6.17 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ⁽¹⁰⁾ ผลผลิต (Product: P) ผู้เข้ารับการบำบัดเพศชาย ร้อยละ 96.57 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.94 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 58.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.35 ช่วงอายุ 11 - 20 ปี เริ่มเสพมากที่สุด ร้อยละ 91.18 สาเหตุที่เสพมากที่สุดเนื่องจากอยากลอง / อยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 41.18 ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นที่ความอยากรู้ อยากลอง ต้องการมีเอกลักษณ์และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคมรอบ ๆ ตัว ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 61.77 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 29.71 สอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นเพศชาย ระดับประถมศึกษา อายุที่เริ่มเสพ คือ 18.1 ปี⁽¹¹⁾ การศึกษาของฉันทิยา คารมย์และสุนิดา ปรีชาวงษ์ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.30) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 52.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.70) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.60) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.30) และผู้สูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.5) อายุเฉลี่ยและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรัง 53 - 57 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 20.10⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของคทา บัณฑิตานุกูล, วิไล บัณฑิตานุกูล และระพีพรรณ ฉลองสุข ให้เภสัชกรชุมชนของร้านยาคุณภาพในกรุงเทพมหานครให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ที่มารับบริการที่ร้านยาพบว่า ผู้มารับบริการมีโรคประจำตัว ของผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.1) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.1)⁽¹²⁾ สาเหตุ

ที่ต้องการเลิกมากที่สุดเนื่องจากเจ็บป่วย / ด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.96 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณันทิยา คารมย์และสุนิดา ปรีชาวงษ์⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่แรก แต่การนอนพักรักษาตัวในครั้งนี้นำให้ต้องอดบุหรี่ เพราะนโยบายห้ามสูบบุหรี่ของโรงพยาบาล ร่วมกับการคิดอยากเลิกสูบบุหรี่เองจากการเจ็บป่วย ระดับการติดนิโคตินปานกลาง ร้อยละ 55.88 สามารถหยุดเสฟได้นาน 3 เดือน ร้อยละ 10.30 (21 คน), นาน 6 เดือน ร้อยละ 33.33 (68 คน), นาน 12 เดือน ร้อยละ 20.58 (42 คน) ลดปริมาณการเสฟลง ร้อยละ 28.92 (59 คน) ไม่สามารถหยุดเสฟได้ ร้อยละ 6.86 (14 คน)⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของสุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระติ นุชสังสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ ว่าการวัดผลลัพธ์ 2 อย่าง ได้แก่ 1) การหยุดสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่องกันตามระยะเวลาที่กำหนด (Continuous Abstinence) เช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน เป็นต้น และ 2) การหยุดสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งหรือในช่วงเวลาที่กำหนด (Point Prevalence Abstinence) โดยทั่วไปจะประเมินว่า ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมานั้นหยุดสูบได้ต่อเนื่องกันหรือไม่⁽¹³⁾ และจากการศึกษาของ ธีระพงษ์ ศรีศิลป์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างยา varenicline มีประสิทธิภาพสูงสุด⁽⁷⁾ ในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการสนับสนุนยา Varenicline ให้เข้าสู่ระบบบัญชียาหลักเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพยาสูบ

ข้อเสนอแนะเชิงผู้ปฏิบัติ

1. การประเมินและคัดกรองการเสพยาสูบเพื่อการส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษานั้นให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาสูบทำให้เพิ่มความตระหนักกับผู้ป่วย
2. ควรจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยที่ตัดสินใจหยุดเสฟสามารถเริ่มกระทำได้ทันที
3. การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเป็นการได้ให้ผู้ป่วยทบทวนตนเองและตัดสินใจเลิกเสพยาสูบ
4. พัฒนาระบบการติดตามให้ทันเวลาและเข้าถึงผู้ป่วยได้ดีโดยผ่านทางญาติโดยตรงหรือเครือข่ายสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
5. เสริมสร้างทักษะการเสริมแรงจูงใจให้กับบุคลากรในพื้นที่เพื่อช่วยในการติดตามและกระตุ้นเตือนผู้รับการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2554.
3. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559 - 2562. กรุงเทพฯ: บริษัทไนซ์เฮอร์ส ดีไซน์ จำกัด; 2559.
4. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2556.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx>.
6. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory: Models and Applications. [Internet]. San Francisco: Jossey Bass; 2007 [cited 2019 May 1]. Available from: <https://www.amazon.com/Evaluation-Theory-Models-Applications-Stufflebeam/dp/111806318X>.
7. ชีระพงษ์ ศรีศิลป์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาบำบัดโรคเสพยาสูบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557;10(3):256-268.
8. พรพิมล สระทองปิง, นันทนา เลิศประสบสุข. การนำนโยบายมาตรการส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล (ตำบลละ 5 ล้านบาท) ไปปฏิบัติในเขตตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2561;10(1):354-366.
9. บุชริน เฟิงบุญ. การช่วยเลิกบุหรี่แบบการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 2557;63(1):43-47.
10. ณัฏฐิยา คารมย์, สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2558;42(1):1-11.
11. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปวีณา ปันกระจำง. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561. ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
12. คหาบัณฑิตานุกูล, วิไลบัณฑิตานุกูล, ระพีพรรณ ฉลองสุข. ผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. ไทยไลซเซนซ์นิพนธ์ 2557;9(2):1-7.
13. สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอเรติ นุชสงสิน, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558;45(3):324-33.