

ผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไทรโยค ตำบลกำแพง อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

สมบัติ งามสมบัติ^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไทรโยค อ.โนนไทย จ.นครราชสีมา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้ารับการบำบัดในคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไทรโยค ได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยทีมหมอครอบครัว จำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6) กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ตามปกติของ รพ. โนนไทย จำนวน 4 ครั้ง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย สื่ออุปกรณ์ให้ความรู้ ยาช่วยเลิกบุหรี่ เครื่องตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อมูลทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ และแบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติที่

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 53.33 และ 23.33 ตามลำดับ, $p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มทดลอง (1.85 ± 2.41 มวนต่อวัน) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (3.00 ± 2.48) ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO) ในกลุ่มทดลอง (3.17 ± 2.73 ppm) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (6.07 ± 4.52 ppm) ($p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยการประยุกต์ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ควรจัดให้มีการบริการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับโปรแกรมเยี่ยมบ้านในสถานบริการคลินิกหมอครอบครัวทุกแห่ง

คำสำคัญ : โปรแกรมเยี่ยมบ้าน; การเลิกสูบบุหรี่; คลินิกหมอครอบครัว; เวชศาสตร์ครอบครัว

* นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

^a Corresponding author สมบัติ งามสมบัติ Email: sombat_net@hotmail.com

รับบทความ: 20 มี.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 14 เม.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 14 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 6 พ.ค. 65

Effects of Home Visit Program for Promoting Smoking Cessation at Mai Naree Tambon Health Promoting Hospital, Kampang Subdistrict, Nonthai district, Nakhon Ratchasima Province

Sombat Ngamsombat^{*a}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a home-visit program for promoting smoking cessation at Mai Naree Tambon Health Promoting Hospital, Nonthai district, Nakhon Ratchasima province. The samples were selected using purposive sampling according to specified criteria. The samples which included 60 current smokers were divided into 2 equal groups, 30 samples in each group. The experimental group received a smoke cessation program and home visit program together with family medicine practice care for 4 times (weeks 1st, 2nd, 4th and 6th). The control group received regular smoking cessation program at Nonthai Hospital for 4 times as well. The smoking cessation programs were consisted of knowledge materials, medications used in smoking cessation clinic, carbon monoxide breath test devices, a three-part questionnaire including personal data, smoking behaviors, and attitudes towards their family members, and smoking behavior monitoring form used by care team including carbon monoxide breath test at weeks 1st, 2nd, 4th and 6th. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results revealed that the smoking cessation success rate of the experimental group were significantly higher than those in the control group (53.33% and 23.33%, respectively) at $p < 0.05$. The average number of cigarettes smoking per day in experimental group (1.85 ± 2.41 cigarettes per day) was significantly lower than those from the control group (3.00 ± 2.48 cigarettes per day) at $p < 0.05$. The average level of exhaled CO of the experimental group (3.17 ± 2.73 ppm) was significantly lower than that of the control group (6.07 ± 4.52 ppm)

* Medical Physician, Professional Level, Nonthai Hospital, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Sombat Ngamsombat Email: sombat_net@hotmail.com

Received: Mar. 20, 22; Revised: Apr. 14, 22; Accepted: Apr. 14, 22; Published Online: May 6, 22

at $p < 0.05$. In conclusion, the home visit program for promoting smoking cessation applying the family medicine practice care by family care team was successful in helping clients quit smoking. Therefore, smoking cessation services together with home visit program by family care team should be provided in all primary care settings.

Keywords : Home visit program; Smoking cessation; Primary care unit; Family medicine

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก โดยส่งผลเสียทั้งด้านสุขภาพของผู้สูบเอง สมาชิกภายในครอบครัว รวมไปถึงสังคมที่อาศัยอยู่ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 4 ล้านคนทั่วโลก หรือวันละ 11,000 คน⁽¹⁾ จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 พบว่าจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แยกเป็นผู้ที่สูบประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้ที่สูบนานๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า (ร้อยละ 37.7 และ 1.7 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 24.5) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.1)⁽²⁾ โดยพบว่ามีประชากรถึง 6.4 ล้านคน (ร้อยละ 11.5) มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่วัยนำไปสู่การเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง จากข้อมูลปี 2560 พบคนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่รวม 72,656 คน โดยร้อยละ 49 เสียชีวิตจากโรคปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คือ เป็นมะเร็งปอด 13,727 คน ถุงลมโป่งพอง 10,852 คน โรคปอดอักเสบและวัณโรคปอด 10,833 คน รวมเท่ากับ 35,412 คน ซึ่งหากรวมจำนวนคนไทยที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองปีละ 8,278 คน ที่ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคปอดแล้ว จะรวมเป็นคนไทยที่เสียชีวิตจากโรคปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละกว่า 4 หมื่นคน⁽³⁾ นอกจากบุหรี่จะทำคนไทยเสียชีวิตปีละหลายหมื่นคนแล้ว ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งจากค่ารักษาพยาบาลปีละ 77,626 ล้านบาท ความสูญเสียจากการที่ต้องขาดรายได้เนื่องจากเจ็บป่วยปีละ 11,762 ล้านบาท และความสูญเสียอันเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรปีละ 131,073 ล้านบาท หรือคิดเป็นความสูญเสียรวมทั้งหมดปีละ 220,461 ล้านบาท (หรือเฉลี่ย 20,565 บาทต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อปี)⁽⁴⁾

เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จัดว่าอยู่ในเขตสุขภาพที่มีอัตราประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงสูงอันดับที่ 1 ใน 13 เขต โดยมีจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำและดื่มสุราสม่ำเสมอ จำนวน 417,578 ราย (ร้อยละ 9.0)⁽²⁾ และพบว่าปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในอันดับที่ 3 จากทั้งหมด 12 เขต โดยมีจำนวน 15,293 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 และ 2560 คือ 12,510

และ 13,805 รายตามลำดับ⁽⁵⁾ โรงพยาบาลโนนไทย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลโนนไทยมีผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 229 ราย สามารถเลิกสูบได้สำเร็จเพียง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.66 ส่วนหนึ่งของผู้บำบัดไม่สำเร็จพบว่า ขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับการบำบัด อุปสรรคหลักของการเข้ารับการบำบัดได้แก่ เรื่องของระยะทางในการมารับบริการ ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการในแต่ละครั้งยาวนาน

ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม⁽⁶⁾ เพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน ทัวถึง และมีคุณภาพ ในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2562 ได้มีการประกาศ “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ”⁽⁷⁾ ในราชกิจจานุเบกษา กำหนดให้สิทธิกับคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นทีมหมอประจำครอบครัวภายใน 10 ปี โดยในปี พ.ศ. 2564 มีทีมหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนแล้วทั่วประเทศ จำนวน 2,690 ทีม⁽⁸⁾ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 9 มีคลินิกหมอครอบครัวแล้วทั้งสิ้น 290 แห่ง⁽⁸⁾ อำเภอนโนไทยเริ่มดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 แห่ง คือ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. ไหมนารี ให้บริการประชาชนในพื้นที่จำนวน 8,881 ราย⁽⁹⁾

การจัดบริการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้เสพยาเสพติด สามารถเข้าถึงการบำบัดได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว โดยจัดทีมหมอครอบครัว ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว⁽¹⁰⁾ คือการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัว การดูแลติดตามผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องโดยใช้การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ ส่งผลต่อพฤติกรรม การสูบและความสำเร็จต่อการเลิกสูบบุหรี่^(11,12) ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนในชุมชน โดยให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไหมนารี ตำบลกำปิง อำเภอนโนไทย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ ค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ประชาชนที่สูบบุหรี่ทั้งหมดในอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่สูบบุหรี่และอาศัยอยู่ในตำบลลำปำและตำบลอื่นๆ ในอำเภอโนนไทย ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ในระยะเวลาภายใน 1 เดือน (3) มีระดับการติดยาหรือโดยประเมินด้วยแบบทดสอบการติดยาหรือ Fagerstrom Test for Level of Nicotine Dependence (FTND)⁽¹³⁾ ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป (4) มีความสนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนเกณฑ์คัดเลือกรับได้แก่ (1) ย้ายที่อยู่อาศัยไปที่อื่น (2) มีความประสงค์ยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วนกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยแทนค่าสูตรจากการศึกษาของ ประชพร กลีบประทุม⁽¹⁴⁾ เมื่อกำหนดค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96) ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% (0.84) ได้จำนวน 19 คน ต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันปัญหาการสูญหาย จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 โดยใช้สูตร
$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)^2}$$
 ได้จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูบบุหรี่ในชุมชนตำบลลำปำ จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูบบุหรี่ในตำบลอื่นๆ ในอำเภอโนนไทยจำนวน 30 คน รวม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1) โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำแนวทางการเลิกบุหรี่ จากพยาบาลประจำคลินิก สื่อแผ่นพับเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และเทคนิคแนวทางวิธีการเลิกบุหรี่ ยาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, Nortriptyline, ชาชงหญ้าดอกขาว เครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ piCO™ Smokerlyzer®⁽¹⁵⁾ ซึ่งใช้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2) โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว จัดให้มีการเยี่ยมในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

1.2) ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ

1.3) แบบสอบถามทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Rating scale) โดยคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1 คะแนน

2) แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยบันทึกข้อมูล ดังนี้

2.1) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและต่อสัปดาห์

2.2) ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ที่ได้จากการตรวจวัดโดยเครื่องตรวจระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ piCO™ Smokerlyzer®⁽¹⁵⁾ ก่อนและหลังเริ่มโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6 โดยแบ่งกลุ่มและแปลผลระดับคาร์บอนมอนอกไซด์⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ระดับค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ 0-6 ppm	หมายถึง	ไม่สูบบุหรี่
7-10 ppm	หมายถึง	สูบบุหรี่น้อย
> 11 ppm	หมายถึง	สูบบุหรี่มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบทดสอบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Level Nicotine Dependence) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต⁽¹³⁾ เป็นแบบประเมินความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่เป็นเครื่องมือที่ผู้พัฒนาได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Rating scale) โดยมีค่าตั้งแต่ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการ จำนวนมวนบุหรี่และระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่และค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทดลองและการเก็บข้อมูล โดยได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยระหว่างทดลองผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะยุติโปรแกรมเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รับรองเลขที่ NRPH 066

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตั้งแต่ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยมีการวัดผล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์แรก และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 รวม 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าคลินิกหมอบรรพสุชา รพ.สต. ไหม่นารี ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อขอความร่วมมือและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายขั้นตอนการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ขั้นทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 หลังได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยทำการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ทศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและ ต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ และวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (Carbon monoxide) ที่ได้จากการตรวจวัดโดยเครื่องตรวจระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ piCO™ Smokerlyzer®⁽¹⁵⁾ พบพยาบาลประจำคลินิกเพื่อประเมินและให้คำแนะนำ ตามแนวทาง 5A และ 5R ให้แผ่นพับโทษของบุหรี่ แนวทางและเทคนิควิธีการเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลองจะได้พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอบรรพสุชา เพื่อประเมิน โดยใช้หลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center method) และจัดทำผังเครือญาติ (Family genogram) เสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ตกลงแนวทางและวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้สูบบุหรี่ เพื่อกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ พิจารณาช่วยเลิกบุหรี่ เริ่มต้นด้วยชาชงหญ้าดอกขาวหรือยา Nortriptyline (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ก่อนวันนัดหมายหยุดบุหรี่อย่างน้อย 1 สัปดาห์ นัดหมายวันเวลา

การเยี่ยมที่บ้าน รวมใช้ระยะเวลาประมาณ 30-60 นาที ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ รพ. โนนไทย ตามโปรแกรมเลิกบุหรี่ปกติของทาง รพ. และพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำโรงพยาบาล โนนไทย และได้รับยาช่วยเหลือการบำบัดเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลประจำ รพ.สต. ไหม่นารี เกษัชกร อสม. ประจำพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทีมสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อสาร (Basic communication skills) ทีมสอบถามความรู้สึก ความคิดของสมาชิกในครอบครัวในมุมมองของตนที่มีต่อผู้ป่วย ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพิ่มเติมจากผังเครือญาติ ค้นหาแรงจูงใจเสริมในครอบครัว ประเมินตามหลัก INHOMESSS⁽¹⁰⁾ สอบถามปริมาณการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® แจ้งผลและแปลผลการตรวจวัดให้ผู้ป่วยทราบ ในกรณีผู้ป่วยหยุดบุหรี่ได้แล้ว ทีมกล่าวชื่นชมและวางแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ กรณียังหยุดสูบบุหรี่ไม่ได้ ทีมวางแผนตกลงกำหนดการวันหยุดบุหรี่อีกครั้ง แพทย์พิจารณา ยาชาขงหญ้าดอกขาว หมายฝรั่งนิโคติน หรือยา Nortriptyline ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย บันทึกผลในแบบบันทึก ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ในกลุ่มเปรียบเทียบ เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ ใน รพ. โนนไทย พบพยาบาลประจำคลินิก เก็บข้อมูลจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® แจ้งผลและแปลผลการตรวจวัดให้ผู้ป่วยทราบ ให้คำแนะนำ และพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำ รพ. พิจารณายาช่วยเหลือเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ทีมหมอครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทีมเก็บข้อมูล จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ในปัจจุบัน ตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® บันทึกผลในแบบบันทึกชุดเดิม ในกรณีผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้แล้ว ทีมกล่าวชื่นชมและวางแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ กรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถหยุดบุหรี่ได้ ทีมสอบถามอุปสรรค และสาเหตุที่เป็นปัญหาทั้งในมุมมองของผู้สูบเองและของสมาชิกในครอบครัว ทีมให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และหาแนวทางการแก้ไข ทีมวางแผนร่วมกับครอบครัว (Family meeting) เพื่อหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพิจารณาปรับเปลี่ยนขนาดชนิดยาเพิ่มเติม ตกลงนัดหมายวันหยุดสูบบุหรี่ใหม่ ในกลุ่มเปรียบเทียบ เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ใน รพ. โนนไทย พบพยาบาลประจำคลินิก เก็บข้อมูลจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® แจ้งผลและแปลผลการตรวจวัดให้ผู้ป่วยทราบ กรณีไม่สามารถหยุดบุหรี่ได้ พยาบาลประจำคลินิกให้คำแนะนำและช่วยเหลือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำ รพ. พิจารณายาช่วยเหลือเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 (สิ้นสุดการศึกษา) ในกลุ่มทดลอง ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ทีมเก็บข้อมูล จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ในปัจจุบัน ตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer®

บันทึกลงในแบบบันทึกชุดเดิม ในกรณีหยุดสูบบุหรี่ได้แล้วหรือยังไม่สามารถหยุดบุหรี่ได้ ทีมปฏิบัติเช่นเดียวกันกับในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ทีมทำการนัดหมายครั้งถัดไป (กรณีประสงค์บำบัดการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง) ในกลุ่มเปรียบเทียบกิจกรรมเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 4

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 88.3 เพศหญิง ร้อยละ 11.7 มีอายุเฉลี่ย 49.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาสูงสุด คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.7

2. ทักษะของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่า สมาชิกครอบครัวสนับสนุนให้เข้ารับการบำบัดเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=4.37$) สมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=4.12$) สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=3.9$) การเลิกบุหรี่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น ($\bar{X}=4.33$) และการเลิกบุหรี่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขเพิ่มขึ้น ($\bar{X}=4.28$) ทักษะของผู้สูบบุหรี่ต่อทีมผู้ให้บริการ พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรจะมีบริการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. ($\bar{X}=4.17$) การมียาและเทคนิคในการช่วยเลิกบุหรี่มีความสำคัญต่อการช่วยเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=3.97$) การมีทีมผู้ให้บริการติดตามอย่างต่อเนื่องมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.03$) การมีสถานบริการเลิกบุหรี่ใกล้บ้านมีผลต่อการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.10$) การมีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ($\bar{X}=4.07$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ (n=60)

ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	การแปลผล
1. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนท่าน ให้เลิกสูบบุหรี่	28	28	3	0	1	4.37	0.74	เห็นด้วย
2. ท่านคิดว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนให้ท่าน “ตัดสินใจเลิกบุหรี่”	16	36	7	1	0	4.12	0.67	เห็นด้วย
3. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่าน “เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ”	10	35	14	1	0	3.9	0.68	เห็นด้วย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ (n=60)

ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	การแปลผล
4. ท่านคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น	25	30	5	0	0	4.33	0.63	เห็นด้วย
5. ท่านคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขเพิ่มขึ้น	22	34	3	1	0	4.28	0.64	เห็นด้วย
6. ท่านคิดว่าควรจัดให้มีบริการช่วยเลิกสูบบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน อย่างเช่น รพ.สต. ทุกๆ แห่ง	17	38	4	0	1	4.17	0.69	เห็นด้วย
7. ท่านคิดว่ายาและเทคนิคในการช่วยเลิกบุหรี่มีความสำคัญต่อการช่วยในการเลิกสูบบุหรี่	13	34	12	0	1	3.97	0.76	เห็นด้วย
8. ท่านคิดว่าการมีทีมแพทย์ติดตามการบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่	11	43	4	1	1	4.03	0.69	เห็นด้วย
9. ท่านคิดว่าการมีสถานบริการเลิกบุหรี่ใกล้บ้านมีส่วนช่วยให้ท่าน “ตัดสินใจ” เลิกบุหรี่	17	34	8	0	1	4.10	0.75	เห็นด้วย
10. ท่านคิดว่าการมีสถานบริการเลิกบุหรี่ใกล้บ้านช่วยให้ท่าน “เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ”	17	31	11	1	0	4.07	0.73	เห็นด้วย

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ ≤ 10 มวน/วัน ร้อยละ 70 บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่ยี่ห้อ ร้อยละ 63.33 อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก 15-25 ปี ร้อยละ 76.67 ระยะเวลาการสูบบากกว่า 10 ปี ร้อยละ 83.33 เหตุผลที่สูบบุหรี่คือ เศรษฐกิจ/หงุดหงิด ร้อยละ 83.33 เคยพยายามเลิกสูบ ร้อยละ 86.67 เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพตนเอง ร้อยละ 50

มีระดับการติดยาโคตินปานกลาง ร้อยละ 96.67 กลุ่มเปรียบเทียบสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวน/วัน ร้อยละ 80 บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่ตามยี่ห้อ ร้อยละ 50 อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก 15-25 ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลาการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.67 เหตุผลที่สูบบุหรี่คือ เคยชิน/หยุดหงิด ร้อยละ 76.67 เคยพยายามเลิกสูบ ร้อยละ 70 เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพตนเอง ร้อยละ 66.67 มีระดับการติดยาโคติน ปานกลาง ร้อยละ 96.67

4. ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่(มวน)ต่อวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีจำนวนลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ (มวน) ต่อวัน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=60$)

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	10.57	4.07	8.77	4.96	1.54	0.06
หลังการทดลอง	1.85	2.41	3.00	2.48	1.82	0.04

5. ค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=60$)

ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ (ppm)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	14.10	4.56	11.77	7.60	1.44	0.08
หลังการทดลอง	3.17	2.73	6.07	4.52	3.01	0.00

6. พฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ได้จำนวน 16 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 7 ราย กลุ่มทดลองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=60$)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูบบุหรี่	14	46.67	23	76.67	0.02
ไม่สูบบุหรี่	16	53.33	7	23.33	

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทุกวัน จำนวนบุหรี่ที่สูบ ≤ 10 มวน/วัน ประเภทบุหรี่เป็นบุหรี่ตามยี่ห้อ อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก 15-25 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ > 10 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่คือ เคยชิน/หงุดหงิด เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน เหตุผลสำคัญที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ คือเพื่อตนเอง รองลงมาคือเพื่อครอบครัว ระดับการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้หยุดบุหรี่ได้สำเร็จ 16 คน (ร้อยละ 53.33) เป็นผู้ตัดสินใจ ระดับปานกลางทั้งหมด ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ ภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมุติฐานว่า การจัดบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ให้สามารถเข้าถึงการบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ร่วมกับการใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว โดยจัดทำโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (PCM) ทีมได้เห็นมุมมองของผู้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ ค้นหาความหมาย ความรู้สึก ความคาดหวังของการสูบบุหรี่ (Explore both disease and illness) การเข้าใจบริบททั้งทางด้านบุคคล ครอบครัว และสังคม ที่ส่งผลต่อการใช้บุหรี่ ความเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยของตนกับบุหรี่ในความคิด ความรู้สึกของผู้สูบ (Understand the whole person) นำมาซึ่งการเรียนรู้และสรุปปัญหาร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การวางแผนเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้สูบบุหรี่ (Find common ground) อย่างต่อเนื่องและการค้นหาวิธีในการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพป้องกันโรคให้แก่ผู้รับการบำบัด (Incorporate prevention and health promotion) เป็นกระบวนการตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้สูบบุหรี่ (Enhance doctor-patient relationships) อีกทั้งกระบวนการดังกล่าวยังสามารถปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับ

ผู้สูบบุหรี่ในแต่ละราย (Being realistic) ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gould⁽¹⁷⁾ ศึกษาเรื่อง Patient-centered tobacco management (PCTM) พบว่าการใช้ PCTM อาจเพิ่มโอกาสของการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และยังช่วยเหลือทีมบุคลากรในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ นอกจากกระบวนการ PCM แล้วกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งถือเป็นเครื่องมืออันทรงพลังอย่างหนึ่งทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่ช่วยให้การบำบัดผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ ที่เห็นด้วยว่าการมีทีมผู้ให้บริการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chouinard & Robichaud⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าทำให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ฤทัย ธงศรี และพะยอม สุขเอนกนันท์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าทำให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรชุมชนภูมิที่บ้าน จำนวน 6 ครั้ง สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 65.63 การเยี่ยมบ้านนั้นทำให้ทีมผู้บริการได้พบกับสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ซึ่งครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับการทีมในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ ร่วมวางแผน รักษา ติดตาม เป็นแรงจูงใจและกำลังใจที่สำคัญ สอดคล้องกับผลการประเมินทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ที่เห็นด้วยว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่และช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์ และถาวร ล่อกา⁽²⁰⁾ ที่พบว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในด้านการชักชวนและการช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ วิริยะไชโย และอภิสดี แซ่ลิ่ม⁽²¹⁾ ที่พบว่าครอบครัวเป็นแรงจูงใจอันดับต้นในการเลิกสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษา สธิตา สมควรดี⁽²²⁾ เรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจ และปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบว่าความรัก ความห่วงใยต่อสุขภาพตนเอง และครอบครัวมีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานบริการคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ทุกแห่ง ควรจัดให้มีบริการ บำบัดช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ เนื่องจากสถานบริการคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ ยังไม่มีการบริการด้านการบำบัดช่วยเหลือสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ การจัดให้มีบริการเลิกสูบบุหรี่ และการประกาศให้ประชาชนทั่วไปรับทราบว่า สถานบริการใกล้บ้านนั้น พร้อมทั้งจะช่วยเหลือการบำบัด จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็วและสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ลดอุปสรรคด้านระยะทาง

1.2 หน่วยงาน รพ. แม่ข่าย ควรสนับสนุน ยาและเวชภัณฑ์ ที่ใช้สำหรับ ช่วยบำบัดเลิกบุหรี่ ปัจจุบันยังมีสถานบริการ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว หลายแห่ง ที่ยังขาดการสนับสนุน ยาและเวชภัณฑ์สำหรับการบำบัด

1.3 เพิ่มความรู้ ทักษะ การช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ให้กับ บุคลากรในสถานบริการคลินิก หมอครอบครัวทุกแห่ง เนื่องจากการช่วยบำบัดเลิกสูบบุหรี่นั้น ส่วนใหญ่ยังอยู่ในสถานบริการ โรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิขึ้นไป จึงควรเสริมความรู้ และทักษะ ในการช่วยเหลือบำบัดผู้เสพติดบุหรี่ เพื่อให้ทีมบุคลากร ระดับปฐมภูมิเกิดความมั่นใจในการให้บริการ รวมถึงวิธีการใช้ยาต่าง ๆ ควรจัดให้มีการอบรมเพื่อ เพิ่มศักยภาพให้กับทีมบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวทุกแห่ง

1.4 จัดให้มีโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว และบูรณาการในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ส่งเสริมการรักษาโรคให้มีประสิทธิผลและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา การประเมินผลการเลิกบุหรี่ โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามนานขึ้น เพื่อประเมินพฤติกรรมการกลับมาใช้บุหรี่ซ้ำและหาแนวทางแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโนนไทย ผู้อำนวยการ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใหม่นาริ ตำบลก้างปิง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และคอยช่วยเหลือประสานงานในด้านต่างๆ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. บุหรี่จืดแต่เจ็บ(ป่วย). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ พิมพ์ดี; 2547.
2. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
3. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ ประชากร พ.ศ. 2560 THE SMOKING AND DRINKING BEHAVIOUR SURVEY 2017. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
4. บุหรี่เผาปอดคนไทยเสียชีวิตกว่า 4 หมื่นคน [อินเทอร์เน็ต]. หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. 2562 พฤษภาคม 21 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29726>

5. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
6. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/home>
7. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
8. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/210915163169178012.pdf
9. คลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://pcc.moph.go.th/pcc/dashboard>
10. สายพิน หัตถิรัตน์. เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
11. เดือนทิพย์ เขมมโสภาส, พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ. ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558;26:81-63
12. Huang FF, Jiao NN, Zhang LY, Lei Y, Zhang JP. Effects of a family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. Patient Education and Counseling 2015;98:984-90.
13. Srisuklorm S, Kalayasiri R. Motivation to change smoking behavior of smokers at the Check - Up Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal of Medical Bioscience 2019;1:61-9.
14. ปรัชพร กลีบประทุม, ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559;3(4):30-40.

15. piCOTM Smokerlyzer [Internet]. England: Bedfont Scientific Ltd; c2021 [update 2022 Jan 20]. Available from: <https://www.bedfont.com/pico>
16. Jarvis MJ, Belcher M, Vesey C, Hutchison DC. Low cost carbon monoxide monitors in smoking assessment. *Thorax* 1986;41:886–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC460516/>
17. Gould G. Patient-centred tobacco management. *Drug and alcohol review* 2013;33. Available from: https://www.researchgate.net/publication/258821978_Patient-centred_tobacco_management
18. Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research* 2005;54:243–54.
19. ทิพย์ฤทัย ธงศรี, พยอม สุขเอนกนันท์, สันติภาพ สุขเอนกนันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2564;13:112–26. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/207467>
20. กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์, ถาวร ล่อกา, อีรารัตน์ บุญกุนะ, วีระชัย เชื้อนแก้ว. การรับรู้อิทธิพลของครอบครัวต่อการเลิกสูบบุหรี่ในครอบครัว Family Influence on Smoking Cessation. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ การพัฒนาศักยภาพมนุษยทุกช่วงวัยโดยบูรณาการสหวิชาชีพ มุมมองด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพ และการพยาบาล; วันที่ 23 – 24 ธันวาคม 2556; อาคารโอฟาร์โรจน์หิรัญ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพปาก. ลำปาง; มหาวิทยาลัย; 2556. เข้าถึงได้จาก https://administer.pi.ac.th/uploads/pisite/PIEiS/KPI_2/doc/8863_1106_2014-03-21.pdf
21. วิไลวรรณ วิริยะไชโย, อภิรดี แซ่ลิ้ม. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2549;3:205–14.
22. สติตา สมควรดี. การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ. การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7. กระทรวงสาธารณสุข; 2542.