

ผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลกุมภวาปี

นิภาภรณ์ อินทรสัทกุล พ.บ.ว.ว. (อายุรศาสตร์) กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเลิกบุหรี่เป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อวัดผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง และโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ระหว่างตุลาคม 2559 – เมษายน 2560 โดยมีการเก็บข้อมูลทั่วไปก่อนเข้าคลินิกเลิกบุหรี่, วิเคราะห์อัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างช่วงเวลาของการติดตามที่สัปดาห์ที่ 4, จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน, ระดับการติดนิโคตินโดยใช้แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม (Fagerstrom score), ความแตกต่างของระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ (stage of change)

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างรวม 114 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 99.12) อายุเฉลี่ย 58.09 ปี (SD=11.69) มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 47.36 14.03 และ 27.19 ตามลำดับ มีผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรงพยาบาลกุมภวาปี มีคลินิกเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 63.16 หลังจากเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สัปดาห์ที่ 4 ร้อยละ 21.05 จำนวนการสูบบุหรี่ลดลงจาก 9.97 เป็น 4.01 มวนต่อวัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีระดับการเสพติดนิโคติน ลดลงจาก 3.50 เป็น 2.34 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระยะที่เริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตแต่ยังไม่ได้คิดที่จะลงมือทำ หลังเข้าคลินิกเลิกบุหรี่มีการปรับเปลี่ยนไปเป็นระยะเริ่มวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 3.51 และเริ่มลงมือปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 21.05

สรุป: คลินิกเลิกบุหรี่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ และมีระดับการติดนิโคตินลดลง

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ภาวะการติดนิโคติน, โรงพยาบาลกุมภวาปี

The Outcomes of Smoking Cessation among Non-communicable disease Patients at Primary Care Unit and Kumpawapi Hospital

Nipaporn Intarasattakul M.D. Kumpawapi Hospital, Udon Thani Province, Thailand.

Abstract

Introduction: Smoking is one of the major causes of cardiovascular event in non-communicable disease. Smoking cessation is the method which reduce mortality and morbidity. Therefore this research is setting for assessment the outcomes of smoking cessation.

Methods: This action research study recruited current smokers in non-communicable disease clinic (NCD clinic), out-patient department at primary care unit (PCU) and Kumpawapi Hospital from October 2016 through April 2017. Baseline and 4 week follow up measurements were record. Data consisted of general information, the reduction in number of cigarettes per day, Fagerstrom score, stage of change and abstinence rate at 4 weeks follow up.

Result: Out of 114 total patients, the majority were male (99.12%) and the average age was 58.09 years (SD 11.69). The total abstinence rate at 4 weeks was 21.05%. The number of patients with hypertension, diabetes mellitus and hypertension with diabetes mellitus was 47.36, 14.03 and 27.19% respectively. Most of patients (63.16%) were unknown about smoking cessation clinic at Kumpawapi Hospital. Reduction in number of cigarettes per day at 4 weeks decreased from 9.97 to 4.01 in 4 weeks follow up, this was statistically significant (p -value <0.001) and the Fagerstrom score similarly declined from 3.50 to 2.34 (p -value <0.001). The stage of change model changed from precontemplation and contemplation to action 21.05%

Conclusion: Smoking cessation clinic could assist smokers with non-communicable disease to stop smoking and decreased nicotine dependence level.

Keyword: smoking cessation, non-communicable diseases, Fagerstrom score, Kumpawapi Hospital

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก จากข้อมูลพบว่า ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปีซึ่งมากกว่า 5 ล้านคนเป็นคนที่สูบบุหรี่โดยตรงและมากกว่า 6 แสนคนเป็นกลุ่มควันบุหรี่มือสอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกเฝ้าระวังติดตามและกำหนดนโยบายเพื่อลดการสูบบุหรี่ ได้แก่ นโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่ ป้ายคำเตือนที่ผลิตภัณฑ์ สนับสนุนการเลิกบุหรี่ อีกทั้งมีการกำหนดกฎหมายที่ปลอดบุหรี่เพื่อลดกลุ่มควันบุหรี่มือสอง¹

ในประเทศไทยพบมีประชากรสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15 -79 ปี ร้อยละ 21.3 พบเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 27 เท่าในทุกกลุ่มอายุ ในภาพรวมเพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.3 ส่วนเพศหญิงพบร้อยละ 1.6 พบว่ากลุ่มอายุ 25-55 ปี มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือ เพศชายหนึ่งในสองคนหรือ ร้อยละ 50 ขณะที่เพศหญิงพบ ร้อยละ 2 และพบความชุกการสูบบุหรี่ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะลดลงเมื่ออายุสูงมากขึ้น นอกจากนี้พบความชุกการสูบบุหรี่ที่ระดับการศึกษาต่างๆ มีความแตกต่างกันคือผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาพบความชุกการสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าพบความชุกร้อยละ 11.2 จำแนกในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต พบความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีค่าแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 14.8 – 27.6²

อุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งต่างๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก และทางเดินอาหาร เป็นต้น พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 20 เท่า อีกทั้งยังมีความเสี่ยงในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น โรคอัมพาต เบาหวาน กลุ่มโรคทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม วัณโรค ถุงลมปอดโป่งพอง และอื่นๆ³ และในกลุ่มคนที่เป้นควันบุหรี่มือสอง ก็มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งต่างๆ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน⁴

องค์การอนามัยโลกสำรวจข้อมูลพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิตจาก กลุ่ม

โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีถึงร้อยละ 46⁵ และองค์การอนามัยโลกได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่า การเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยป้องกันกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคอัมพาตได้ และหากเป็นโรคแล้ว การเลิกบุหรี่ยังช่วยลดอัตราการเป็นซ้ำได้เช่นกัน (evidence Level 1)⁶

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในคลินิกรักษาผู้ติดสารเสพติด มีผู้สูบบุหรี่ที่ยินยอมเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 41 พบว่า ร้อยละ 38 สามารถเลิกบุหรี่โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลและการทำกลุ่ม และอีก ร้อยละ 17 ใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่⁷ ในประเทศไทยมีการศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเภสัชกร พบว่า มีอัตราเลิกบุหรี่หลังครบระยะเวลา 1 ปี ถึง ร้อยละ 30.7 และค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน และระดับการเสพติดสารนิโคติน (fagerstrom score)⁸ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยจำนวนบุหรี่ยลดลงจาก 12.4 เป็น 2.7 มวนต่อวัน ระดับคะแนน Fagerstrom score ลดลงจาก 4.2 เป็น 1.2 อีกทั้งผลของการเลิกสูบบุหรี่ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี โดยใช้ Framingham 10-year risk ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน⁹ อีกทั้งยังมีหน่วยงานศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ได้ศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 25 ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน¹⁰

การดำเนินการกระบวนการเลิกบุหรี่ มีการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในทุกโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้มากขึ้น จึงได้มีการจัดวิจัยขึ้นเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเข้าถึง

บริการของคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการอ้างอิง พัฒนาศูนย์เลิกบุหรี่ และการเข้าถึงบริการต่อไป

คำจำกัดความในการวิจัย

ระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom score)¹¹

หมายถึง การประเมินระดับความรุนแรงของการติดสารนิโคติน มีคำถาม 6 ข้อ สอบถามการสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน, ความรู้สึกที่อยู่ในสถานที่ห้ามสูบ, จำนวนมวนที่สูบ, ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ปริมาณมาก, การสูบบุหรี่ขณะเจ็บป่วย และความรู้สึกที่คิดว่าบุหรี่มวนใดเลิกลาย คะแนน 0 - 3 มี 2 ข้อ, คะแนน 0 - 1 มี 4 ข้อ รวมคะแนน 10 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ 0 - 2 คะแนนติดสารนิโคตินเล็กน้อย, 3 - 4 คะแนน ติดปานกลาง, 5 - 10 คะแนน ติดรุนแรง

รูปแบบการเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model หรือ Stages of changes Model)¹² คือแบบวัดระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ โดยแบ่งได้เป็น 6 ระดับ คือ 1) precontemplation: ไม่มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะเลิกบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า 2) contemplation: มีการตัดสินใจว่าจะเลิกบุหรี่แต่ยังไม่มีความชัดเจน 3) preparation: วางแผนที่จะเลิกบุหรี่โดยกำหนดในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน กำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ 4) action: ลงมือปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ไม่เกิน 6 เดือน 5) maintenance: สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 6) relapse: กลับไปสูบบุหรี่ใหม่

5A¹³ หมายถึง กระบวนการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ประกอบด้วย 1) Ask: การซักถามข้อมูลการสูบบุหรี่และชักชวนในการเลิกบุหรี่ 2) Advise: การให้คำปรึกษาแนะนำในการเลิกบุหรี่ 3) Assess: การประเมินติดตามการเลิกบุหรี่ 4) Assist: การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ในการเลิกบุหรี่ 5) Arrange: การจัดระบบในการดูแลติดตามผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง คลินิกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนานต่อเนื่อง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวาย หัวใจขาดเลือด หอบหืดและไทรอยด์

คลินิกเลิกบุหรี่ หมายถึง คลินิกที่ให้ความรู้คำแนะนำ และวิธีการเลิกบุหรี่

ผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ หมายถึง ร้อยละของจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้หลังจากเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ต่อจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลกุมภวาปี

เพื่อวัดระดับการติดบุหรี่ (สารนิโคติน) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลกุมภวาปี

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (action research) เพื่อศึกษาความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ พันดอน บ้านผือ ตุมใต้และเหล่าลีเสียด

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอกุมภวาปี ได้แก่ พันดอน บ้านผือ ตุมใต้ เหล่าลีเสียด ทั้งหมดจำนวน 7,390 คน เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ จำนวน 435 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างมาจากความชุกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ จำนวนประชากรศึกษาถูกคำนวณจากสูตรคำนวณ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.06)(1-0.06)}{(0.05)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96, $Z\alpha$ คือ ค่าพื้นที่ใต้โค้งปกติ
 P คือ ค่าสัดส่วน = 435/7390 (คนไข้
 NCD ทั้งหมด 7390 คน สิบบุหรีทั้งหมด 435 คน)
 e คือ ความคลาดเคลื่อน กำหนดให้เท่ากับ
 0.05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการตอบกลับของข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 รวมเป็นจำนวนที่เก็บข้อมูล 114 คน ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้ข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สิบบุหรีมารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ได้แก่ พันดอนบ้านผือ ตุมใต้ เหล่าสี่เสียด และโรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ณ วันที่เริ่มทำการวิจัย 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 เมษายน 2560 ทั้งหมด 114 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว โรคแทรกซ้อนของการสิบบุหรี ความคิดเกี่ยวกับการสิบบุหรี การรับรู้ว่ามีคลินิกสิบบุหรีในรพ.กุมภวาปี

- แบบวัดระดับการติดสิบบุหรี (สารนิโคติน), แบบประเมิน stage of change, แบบบันทึกการติดตามการรักษาที่ 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบติดตามของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- เก็บข้อมูล ระบบถามและบันทึกข้อมูลโดยทีมวิจัย โดยใช้เอกสารแบบสอบถามชุดคัดกรองผู้

สิบบุหรี (อ้างอิงตามโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี)

- เริ่มให้คำปรึกษา 5A แก่ผู้เข้าคลินิกเล็ก

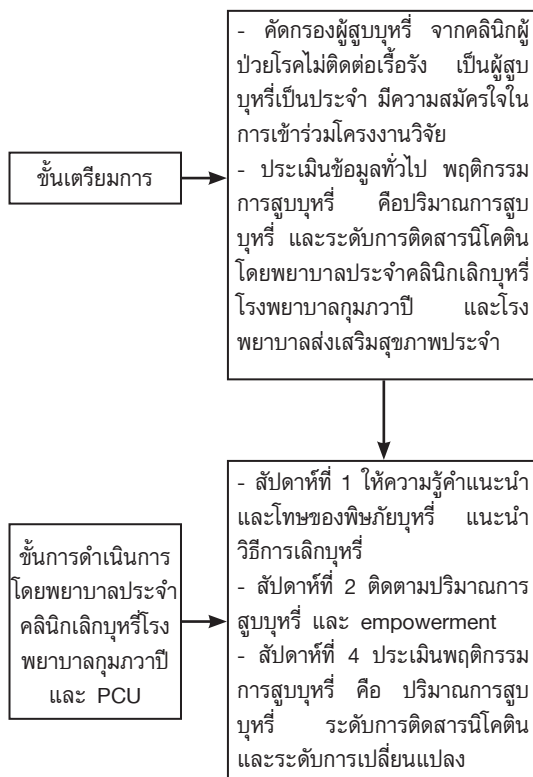
บุหรี ตามเขตตำบล

- ติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมทางโทรศัพท์

โดยพยาบาลคลินิกสิบบุหรีโรงพยาบาลกุมภวาปีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสิบบุหรีโรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่งที่ผ่านการอบรมหลักสูตรสิบบุหรี ได้แก่ พันดอนบ้านผือ ตุมใต้ เหล่าสี่เสียด ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรสิบบุหรีและอบรมเพิ่มเติมเรื่อง การใช้แบบสอบถามและเก็บข้อมูล

- ตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์

ข้อมูล



แผนภูมิ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

4. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ โดยการติดตามผู้ป่วยก่อนการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ และขณะเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในระยะเวลา 2 และ 4 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลทั่วไป, พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมคลินิก และหลังเข้าร่วมคลินิก 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการตัดสินใจตัดสินใจของผู้ป่วยที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมคลินิก และหลังเข้าร่วมคลินิก 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ paired t-test และ 95% CI

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ 114 คน เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 27-86 ปี ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 74.56 จบประถมศึกษา ร้อยละ 58.77 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 41.23 รายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.74 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.56, โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.63 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 44.74 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	99.12
หญิง	1	0.88
อายุ (ปี)		
< 40	9	7.89
40 - 60	56	49.12
> 60	49	42.98
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	58.09(11.69)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	59.00(27.00; 86.00)	
สถานภาพสมรส		
โสด	21	18.42
สมรส	85	74.56
แยกกันอยู่	1	0.88
หย่าร้าง	1	0.88
หม้าย	6	5.26
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.88
ประถมศึกษา	67	58.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	21.93
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	15	13.16
ปริญญาตรี ขึ้นไป	6	5.26
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	20	17.54
เกษตรกรรม	47	41.23
ค้าขาย	9	7.89
รับราชการ/บำนาญ	11	9.64
รับจ้าง	17	14.91
อื่น ๆ	10	8.77
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	51	44.74
5,000 - 10,000	47	41.23
10,001 - 20,000	13	11.40
มากกว่า 20,000	3	2.63
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6,591.23 (7,844.95)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	5,000.00 (0.00; 64,000.00)	
โรคประจำตัว (อาจมีมากกว่า 1 โรค)		
โรคเบาหวาน	51	44.74
โรคความดันโลหิตสูง	85	74.56
โรคไขมันในเลือดสูง	60	52.63
โรคไตวาย	3	2.63
โรคหัวใจขาดเลือด	2	1.75
โรคหอบหืด	5	4.39
อื่น ๆ	12	10.53

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ก่อนเริ่มเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวันร้อยละ 76.32 (เฉลี่ย 9.30 มวน) ระยะเวลาสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 39.47 หลังตื่นนอนตอนเช้าสูบบุหรี่มวนแรกภายใน 31 - 60 นาทีหลังตื่นนอน ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน) ร้อยละ 62.28 บุหรี่มวนแรกในตอนเช้าไม่อยากเลิกมากที่สุด ร้อยละ 50.88 ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ร้านอาหาร โรงพยาบาล ฯลฯ ร้อยละ 56.14 ไม่จำเป็นต้องสูบบุหรี่เวลาเจ็บป่วยที่ต้องนอนทั้งวัน ร้อยละ 77.19 ส่วนใหญ่ทราบว่าคนที่มียาโรคประจำตัว อาทิ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหอบหืด การสูบบุหรี่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ร้อยละ 78.07 ส่วนใหญ่มีความคิดจะเลิกบุหรี่ ร้อยละ 45.61 แต่ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลกุ่มกาวปี มีคลินิกเลิกบุหรี่เปิดให้บริการ ร้อยละ 63.16 ระดับการตัดสินใจตัดสินใจ อยู่ในระดับ 5-10 คะแนน ร้อยละ 35.09 (เฉลี่ย 3.52) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวนต่อวัน)		
≤10	87	76.32
11 - 20	27	23.68
21 - 30	0	0.00
≥31	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9.30 (5.19)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	10.00 (1.00; 30.00)	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)		
< 10	45	39.47
11 - 20	34	29.82
21 - 30	21	18.42
> 30	14	12.28
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.74 (11.80)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	10.25 (0.75; 47.00)	

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่หลังตื่นนอน		
ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	27	23.68
6 - 30 นาทีหลังตื่นนอน	15	13.16
31 - 60 นาทีหลังตื่นนอน	38	33.33
มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน	34	29.82
การสูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน)		
ใช่	43	37.72
ไม่ใช่	71	62.28
บุหรี่ยี่ห้อที่เลิกยากมากที่สุด		
มวนแรกในตอนเช้า	58	50.88
มวนอื่นๆ	56	49.12
ความลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่		
ใช่	50	43.86
ไม่ใช่	64	56.14
มีความต้องการสูบบุหรี่เมื่อนอนเจ็บป่วยบนเตียงทั้งวัน		
ใช่	26	22.81
ไม่ใช่	88	77.19
ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นในผู้มียาโรคประจำตัว		
ไม่ทราบทราบ	25	21.93
ทราบ	89	78.07
1) ดึงลมโป่งพอง	20	31.25
2) มะเร็งปอด	8	34.78
3) มะเร็งกล่องเสียง, ไตวาย, เส้นเลือดหัวใจตีบ	2	28.57
ความคิดที่จะเลิกบุหรี่		
ต้องการเลิก	52	45.61
ไม่ต้องการเลิก	18	15.79
ไม่แน่ใจ	44	38.60
ความรู้เรื่องโรงพยาบาลกุ่มกาวปีมีคลินิกเลิกบุหรี่เปิดให้บริการ		
ไม่ทราบ	72	63.16
ทราบ	42	36.84
ระดับการตัดสินใจตัดสินใจ		
0 - 2 คะแนน (ตัดสินใจน้อย)	37	32.46
3 - 4 คะแนน (ตัดสินใจปานกลาง)	37	32.46
5 - 10 คะแนน (ตัดสินใจรุนแรง)	40	35.09
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.52 (2.24)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด ; ค่าสูงสุด)	4.00 (0.00; 8.00)	

3. ผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนการสูบบุหรี่ (มวนต่อวัน) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ มีจำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลงจาก 9.97 เป็น 6.04 และ 4.01 มวน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ < 0.001 ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ($n = 114$)

ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	ระยะเวลาหลังการเริ่มเลิกบุหรี่		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	เริ่มต้น	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์
จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน			
- ≤ 10 มวน	87 (76.32)	109 (95.61)	113 (99.12)
-11 - 20 มวน	27 (23.68)	5 (4.39)	1 (0.88)
-21 - 30 มวน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
- ≥ 31 มวน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Mean (SD)	9.97 (3.92)	6.04 (3.72)	4.01 (2.90)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการเฉลี่ยสูบบุหรี่ต่อวันระหว่างเริ่มต้น และหลังดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ($n = 114$)

ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	mean	sd	p-value	95%CI	หมายเหตุ
เริ่มต้น	9.97	3.92			
(0 สัปดาห์)					
2 สัปดาห์	6.04	3.72	$< 0.001^*$	3.36-4.52	0.2 สัปดาห์
4 สัปดาห์	4.01	2.90	$< 0.001^*$	5.32- 6.61	0.4 สัปดาห์

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

4. ระดับการเสพติดสารนิโคตินของผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีระดับการเสพติดสารนิโคตินในระดับ 5-10 คะแนน ร้อยละ 35.09 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ลดลงเป็นร้อยละ 13.16 และค่าเฉลี่ยของการเสพติดสารนิโคติน ลดลงจาก 3.50 เป็น 2.34 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ระดับการเสพติดสารนิโคตินของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ($n = 114$)

ระดับการเสพติดสารนิโคติน (Fagerstrom Score)	ระยะเวลาหลังการเริ่มเลิกบุหรี่	
	จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่มต้น	4 สัปดาห์
0 - 2 คะแนน (ติดเล็กน้อย)	37 (32.46)	58 (50.88)
3 - 4 คะแนน (ติดนิโคตินปานกลาง)	37 (32.46)	41 (35.96)
5 - 10 คะแนน (ติดนิโคตินรุนแรง)	40 (35.09)	15 (13.16)
mean (SD)	3.50 (2.22)	2.34 (1.96)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนการเสพติดสารนิโคตินระหว่างเริ่มต้น และหลังดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ ($n = 114$)

คะแนนการเสพติดสารนิโคติน	mean	sd	p-value	95%CI
เริ่มต้น	3.50	2.22	$< 0.001^*$	0.90 -1.42
4 สัปดาห์	2.34	1.96		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

5. ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ อยู่ในระยะที่คนเริ่มมองเห็นปัญหา และมองถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ยังไม่ได้คิดที่จะลงมือทำหรือวางแผนการปรับเปลี่ยน (Contemplation) ร้อยละ 85.96 และลดลงเมื่อได้รับบริการ 4

สัปดาห์ เหลือร้อยละ 75.44 โดยมีการปรับเปลี่ยนไปเป็นระยะเริ่มวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Preparation) ร้อยละ 3.51 และเริ่มลงมือปฏิบัติในการเลิกบุหรี่ (Action) ร้อยละ 21.05 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ (n = 114)

ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)	ระยะเวลาหลังการเริ่มเลิกบุหรี่ จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่มต้น	4 สัปดาห์
Precontemplation	12 (10.53)	0 (0.00)
Contemplation	98 (85.96)	86 (75.44)
Preparation	4 (3.51)	4 (3.51)
Action	0 (0.00)	24 (21.05)
Maintenance	0 (0.00)	0 (0.00)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่โดยให้คำแนะนำและไม่ใช้ยาที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 21.05 และผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับการตัดสินใจตัดสินใจส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ถือว่าไม่ตัดสินใจตัดสินใจ ร้อยละ 46.4 ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่หลังจากได้รับคำแนะนำจากคลินิกเลิกบุหรี่ที่มีความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ตัดสินใจตัดสินใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปส่วนในกลุ่มที่มีภาวะตัดสินใจตัดสินใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปส่วนในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากคลินิกเลิกบุหรี่ มีระดับการตัดสินใจตัดสินใจลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเภสัชกร^๑ ที่ระยะเวลา 1 ปี มีผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 30.7 ในการศึกษาที่มีการใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วยทำให้มีจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

จากข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มการศึกษารายว่าการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

แทรกซ้อนได้ ร้อยละ 78.07 ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง, มะเร็งปอด, มะเร็งกล่องเสียง, ไตวาย, เส้นเลือดหัวใจตีบสะท้อนให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่อาจขาดความตระหนัก อีกทั้งการเข้าถึงบริการของคลินิกเลิกบุหรี่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลว่าร้อยละ 63.16 ไม่ทราบว่า โรงพยาบาลกุมภวาปีมีคลินิกเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยระยะเวลาและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษาติดตามต่อไปเป็นเวลา 3, 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไปและเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปทราบว่า โรงพยาบาลกุมภวาปีมีคลินิกเลิกบุหรี่ให้บริการ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมงานคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลกุมภวาปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน บ้านผือ ตุมใต้ และเหล่าสืเสียดที่ร่วมในการดำเนินการ ตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการติดตามการให้บริการบริการเลิกบุหรี่ การสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคุณภาพร กันธิยะที่ให้ความรู้และคำปรึกษาในด้านระเบียบวิธีวิจัย และการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. Tobacco (2016) (cited 2017 Feb 13) Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>.
2. ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. Tobacco-related mortality (2016). (cited 2017 Feb 13). Available form: <https://>

www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality.

4. The American Cancer Society. Health Risks of secondhand smoke. (cited 2017 Feb 13) Available form: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/Fsecondhand-smoke.html>.

5. World Health Report 2012. NCD mortality and morbidity. (cited 2017 Feb 13). Available form: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en.

6. World Health Report 2010. Package of Essential Noncommunicable(PEN) disease Interventions of Primary Health Care. (cited 2017 Feb 13) . Available form: https://www.who.int/nmh/publication/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf.

7. Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs at the United States. J Subst Abuse Treat. 2008 Mar; 34(2):165-72. Available form: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509809>.

8. Fagerstrom KKO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat Journal. 1990 Nov; 69 (11), 763-5.

9. ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์, ระรินทร์ ษรเกตุ, สุณี เลิศสินอุดม. ผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2558; 11(4): 83-103.

10. จินตนา ยูนิพันธุ์, วราภรณ์ ชัยวัฒน์. สุนิดา ปรีชาวงษ์, สุวิมล โรตนาวิ. อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังหลังได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2556; 11(2): 49-61.

11. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย. 2552; 33.

12. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.

13. Peter J. Lawson, MA, MPH. Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. Am J Prev Med. 2009 Sep; 37(3):248-254.