

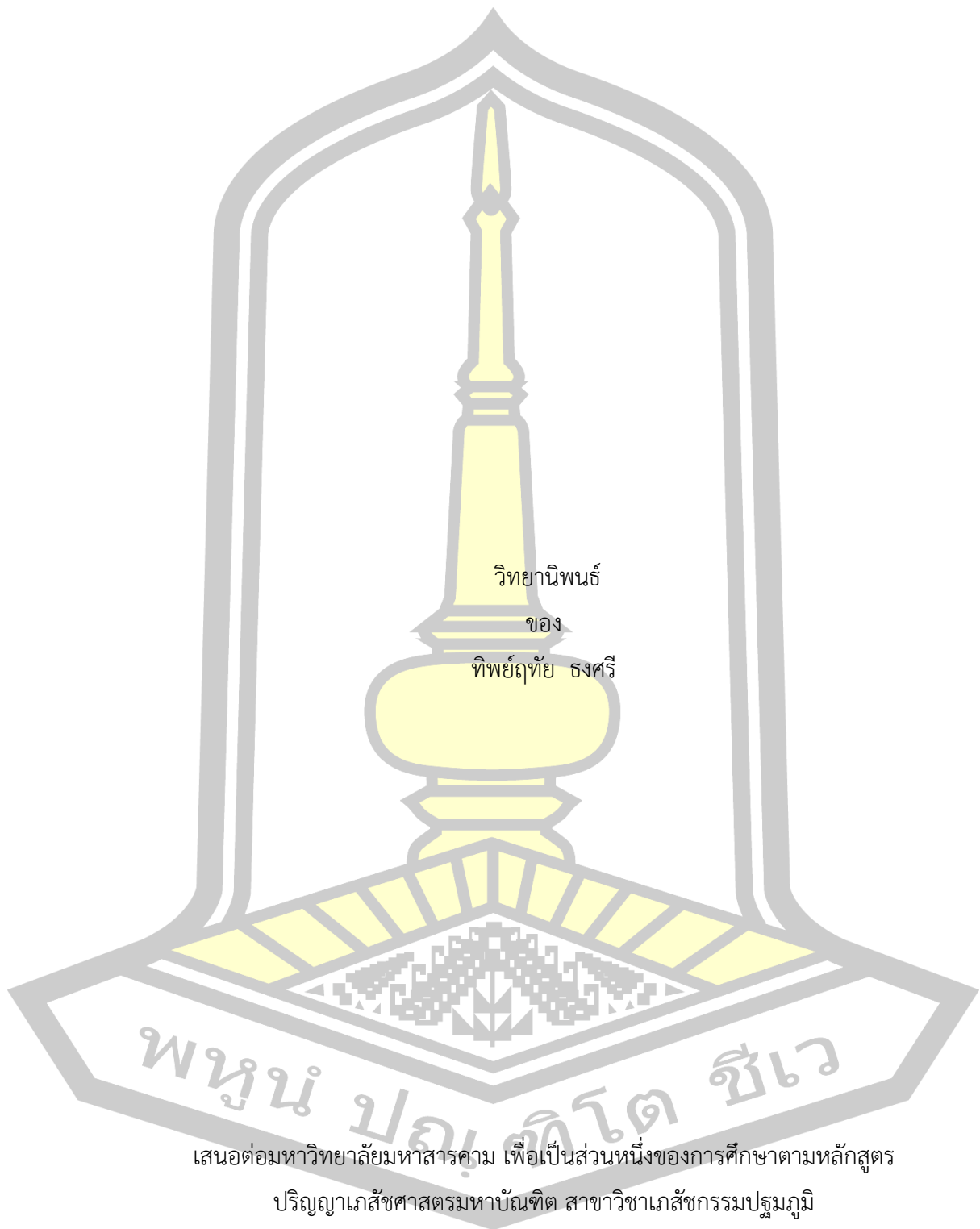
ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ

วิทยานิพนธ์
ของ
ทิพย์ฤทัย ธงศรี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ
สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

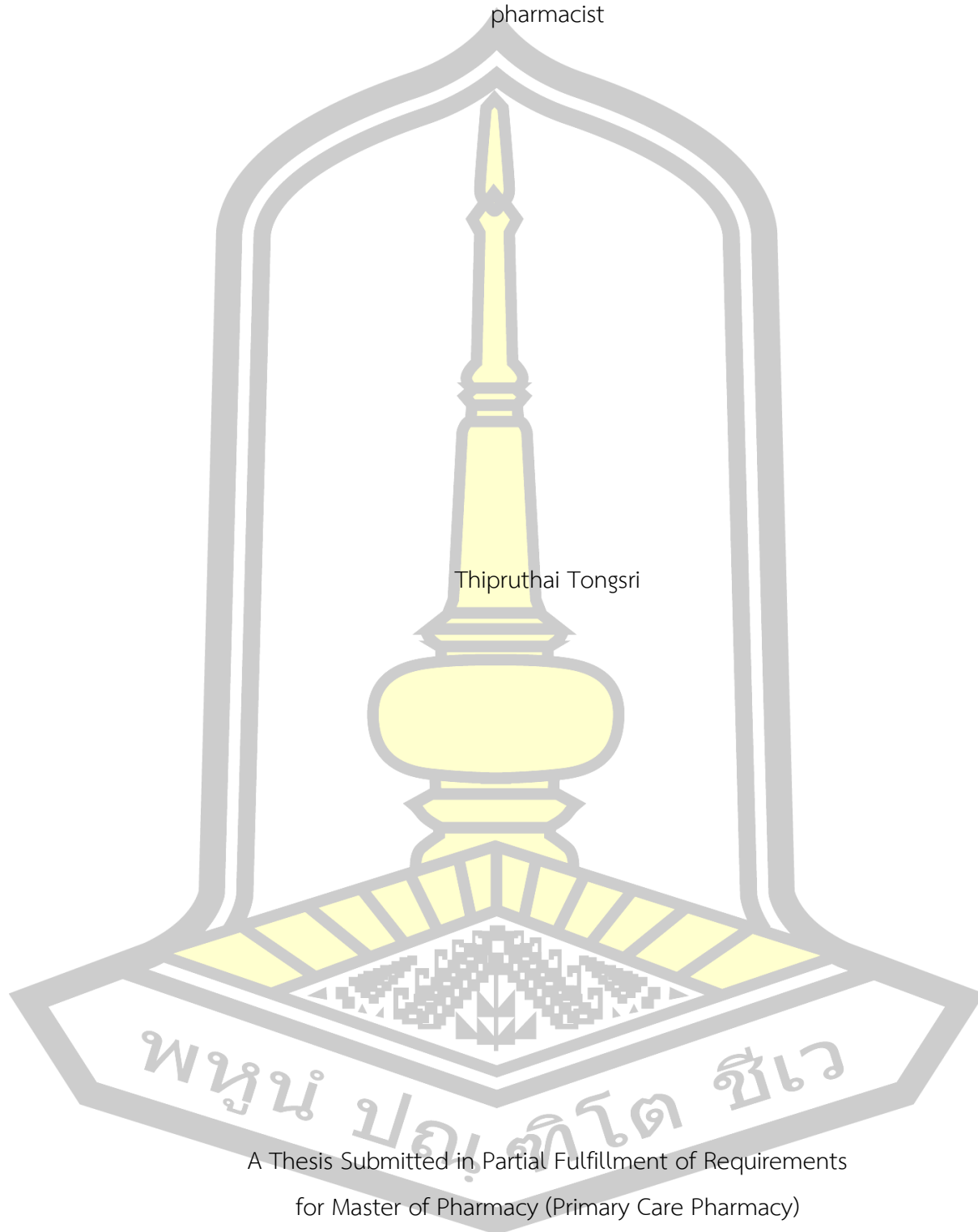
ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ



สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The effectiveness of a counseling program for smoke-free families by primary care
pharmacist



Thipruthai Tongsri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Pharmacy (Primary Care Pharmacy)

August 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมนูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. พิรยา ศรีผ่อง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. พยอ ม สุขเอนกนันท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สันติภาพ สุขเอนกนันท์)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. สัมมนา มูลสาร)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมปฐมนูมิ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. ชนิตา พลอยเลื่อมแสง)

คณบดีคณะเกษตรศาสตร์

.....
(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

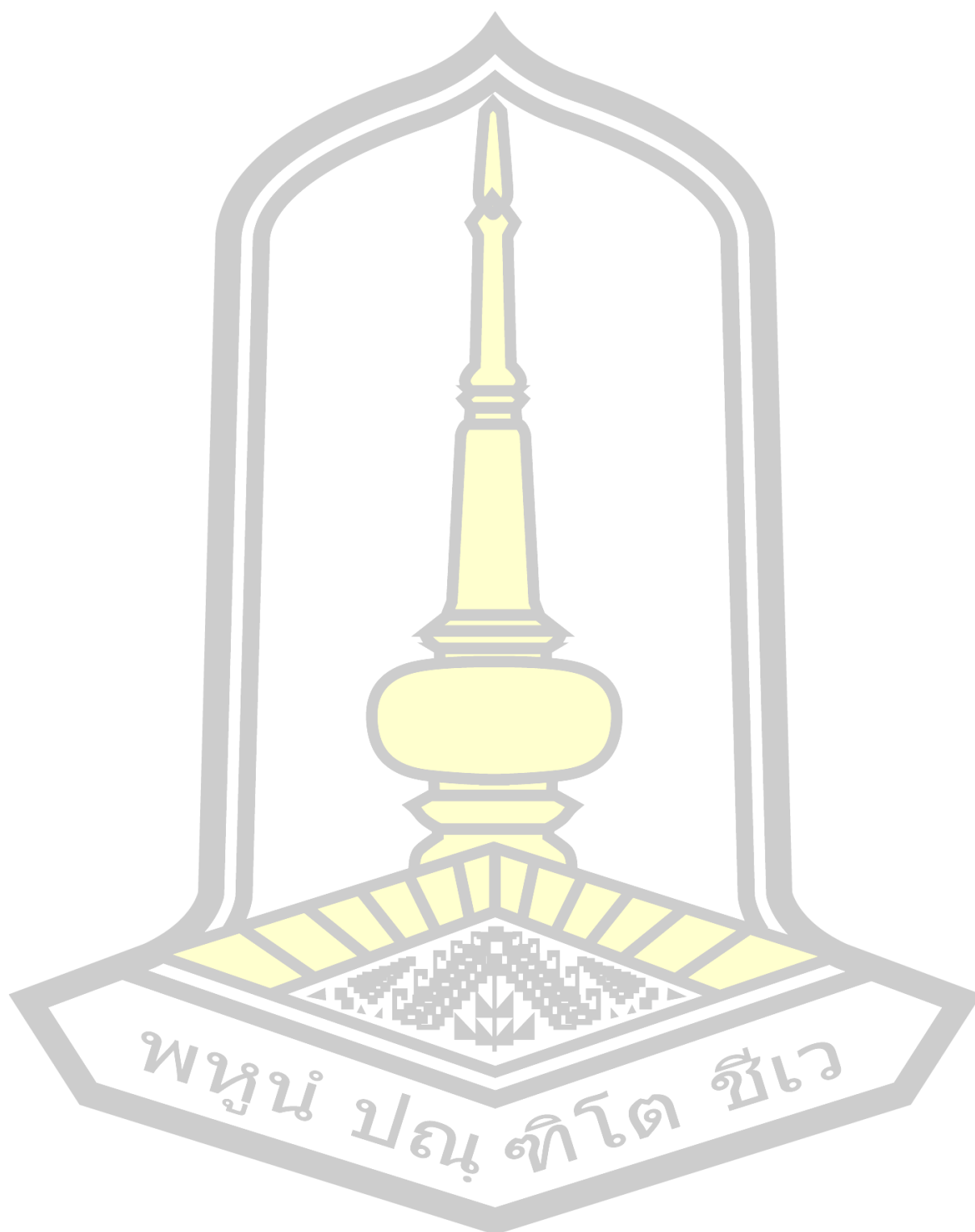
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกร ปฐมภูมิ		
ผู้วิจัย	ทิพย์ฤทัย ธงศรี		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พยอมน สุขเอนกนันท์ อาจารย์ ดร. สันติภาพ สุขเอนกนันท์		
ปริญญา	เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	เภสัชกรรมปฐมภูมิ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิในผู้สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิธีการ: รูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง วัดผลก่อนและหลังการศึกษาแบ่งกลุ่มชุมชน โดยการสุ่มกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่บ้านโดยเภสัชกรปฐมภูมิ จำนวน 6 ครั้ง (ที่ Day 0, 7, 14, 30, 60 และ 90) และเมื่อมอดหมายดอกขาวกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งเพื่อวัดผลก่อนและหลังการศึกษา (ที่ Day 0 และ 90) วัดผลลัพธ์ได้แก่ อัตราการเลิกบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก(exhaledCO) และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับโดยแบบสอบถามพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ (Cronbach's alpha = 0.937) ผลการศึกษา: ผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมการศึกษา 64 คน (กลุ่มละ 32 คน) กลุ่มเปรียบเทียบเหลือ 31 คน เนื่องจากย้ายที่อยู่จำนวน 1 คนหลังการสุ่มหลังการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มในผลลัพธ์ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.63 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละศูนย์, $p < 0.001$) จำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน (กลุ่มทดลอง 3.66 ± 4.01 มวนต่อวัน, กลุ่มเปรียบเทียบ 16.13 ± 8.03 มวนต่อวัน, $p < 0.001$) และระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก (กลุ่มทดลอง 7.06 ± 3.46 และกลุ่มเปรียบเทียบ 12.30 ± 3.11 , $p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตและน้ำหนักไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับมาก ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระดับปานกลาง สรุปผล: โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 65.63 และบริการของเภสัชกรและครอบครัวได้รับความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงมาก

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, โปรแกรมการให้คำปรึกษา, ครอบครัวปลอดภัย, เกสเซอร์ปฐมภูมิ



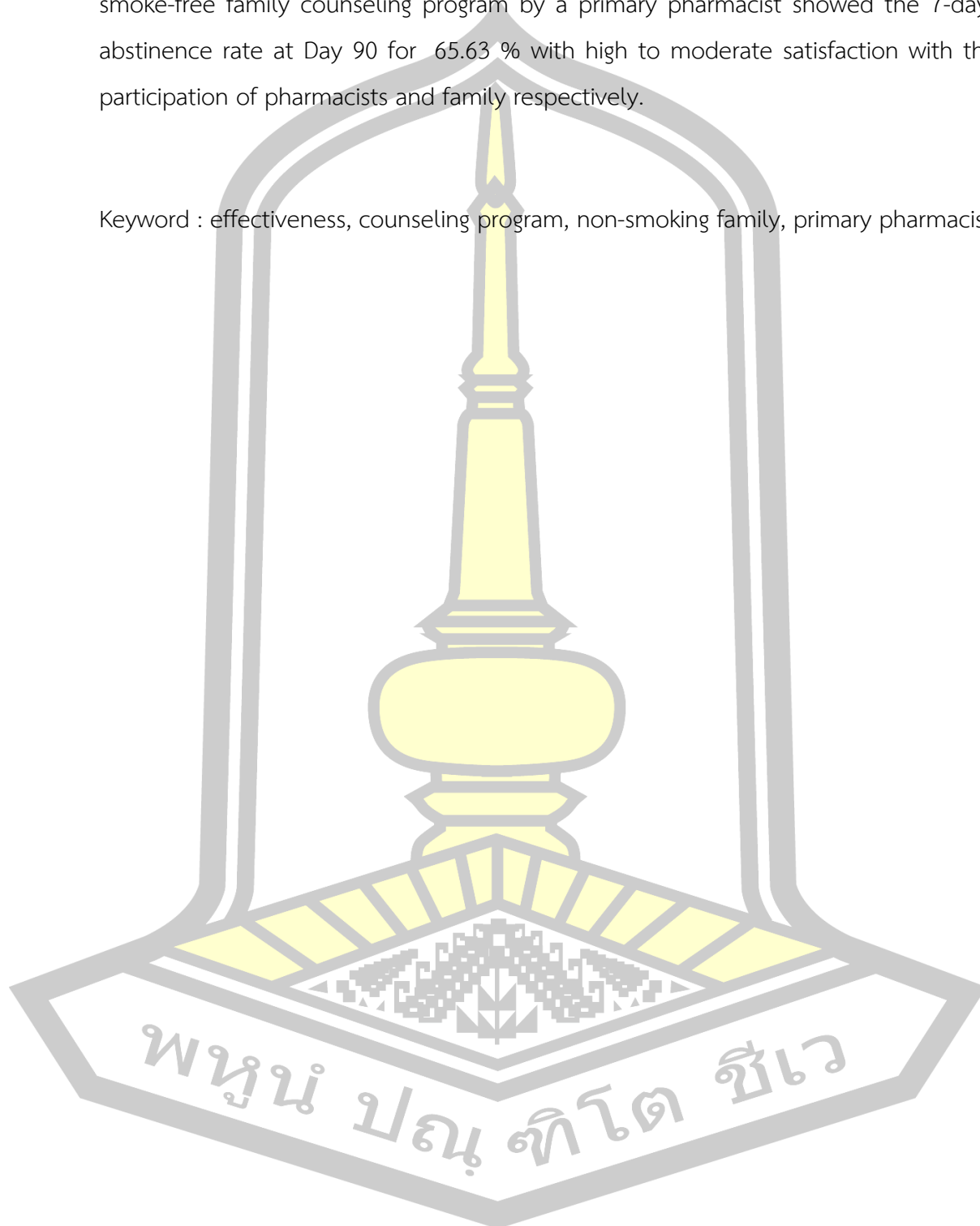
TITLE	The effectiveness of a counseling program for smoke-free families by primary care pharmacist		
AUTHOR	Thipruthai Tongsri		
ADVISORS	Assistant Professor Phayom Sookaneknun , Ph.D. Santiparp Sukanaknant , Ph.D.		
DEGREE	Master of Pharmacy	MAJOR	Primary Care Pharmacy
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

Objective: To compare the effectiveness of a smoke-free family counseling program by a primary pharmacist for smokers between the experimental and the control groups. Method: An experimental research design with pretest and posttest was used. Random allocation was assigned by communities. The experimental group received the program with six home visits (at day 0,7,14,30,60 and 90) and Vernoniacinerea lozenge, while the comparison group received home visit 2 times in order to do pre-test and post-test assessment at Day 0 and 90. Outcome measures were 7 days point abstinence rate, number of cigarettes smoked per day, blood pressure, body weight, exhaled carbon monoxide levels (CO) and satisfaction to the program. The satisfaction questionnaire was developed in this study (Cronbach's alpha = 0.937). Results: There were 64 smokers enrolled to the study (32 smokers in each group). The comparison group had 31 smokers because one smoker moved out of the study area. After the study, outcome measures which showed statistically significant differences between groups were 7-days point abstinence rate (65.63% in the experimental group and 0% in the control group, $p < 0.001$), the number of cigarettes smoking per day (3.66 ± 4.01 in the experimental group and 16.13 ± 8.03 in the control group, $p < 0.001$), and exhaled CO (7.06 ± 3.46 in the experimental group and 12.30 ± 3.11 in the control group, $p < 0.001$). Blood pressure and weight did not show differences between groups. The experimental group showed high satisfaction to pharmacist service for smoking cessation, and

moderate satisfaction to family involvement in smoking cessation. Conclusion: the smoke-free family counseling program by a primary pharmacist showed the 7-days abstinence rate at Day 90 for 65.63 % with high to moderate satisfaction with the participation of pharmacists and family respectively.

Keyword : effectiveness, counseling program, non-smoking family, primary pharmacist



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.ดร. พยอม สุขเอนกนันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอ.ดร.สันติภาพ สุขเอนกนันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงเนิน อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแฉม อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่และทุกคนในครอบครัวที่เข้าใจ เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนอยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ และขอบคุณนิสิตปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ทิพย์ฤทัย ธงศรี



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฑ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	5
1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	5
1.4 ขอบเขตการศึกษา.....	5
1.5 ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	9
2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี การเสพติดบุหรี ผลกระทบของการสูบบุหรี อันตรายจากการได้รับควัน บุหรีมือสอง และวิธีการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี.....	9
2.1.1 นิยามของบุหรี.....	9
2.1.2 ประเภทบุหรี (ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, 2553).....	9
2.1.3 สารเคมีในบุหรี.....	11

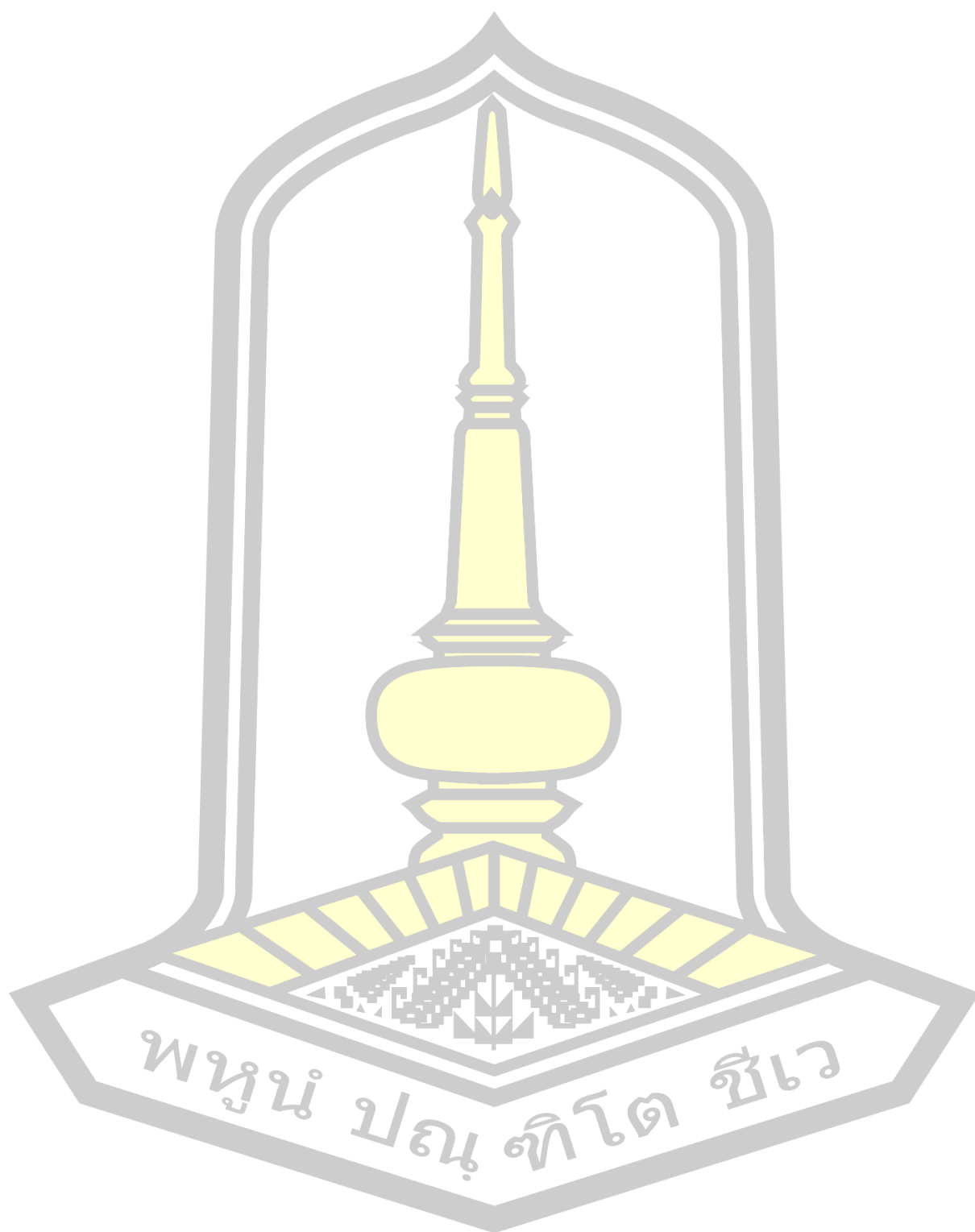
2.1.4 ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่	12
2.1.5 ผลกระทบของการสูบบุหรี่	14
2.1.6 อันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	17
2.1.7 วิธีการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่	17
2.2 สถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ	20
2.3 กฎหมายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย	21
2.3.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560	22
2.3.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2560)	23
2.3.3 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ฉบับที่สอง พ.ศ.2559-2562 ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน	24
เป้าหมาย คือ ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี 2562 ต้องไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559)	24
2.4 แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่	25
2.4.1 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพของกิบสัน	26
2.4.2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับการสร้างครอบครัวปลอดบุหรี่	28
2.4.3 การประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่	29
2.4.4 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ ตามหลักการ 5A	30
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
3.1 รูปแบบการวิจัย	45
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
3.3 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง	45
3.4 การคำนวณขนาดตัวอย่าง	46
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47

3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	49
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
3.8 ประเด็นพิจารณาด้านจริยธรรม	50
3.9 แผนการดำเนินงานวิจัย	50
3.9.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย	51
3.9.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	52
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	61
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88
5.2 สรุปผล	88
5.3 อภิปรายผล	89
5.4 ข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก	104
ภาคผนวก ก ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	105
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ	115
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย.....	117
ภาคผนวก จ ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	120
ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกข้อมูลผู้สับสนหรี	122
ภาคผนวก ช แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้สับสนหรี.....	141
ภาคผนวก ซ การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading)	145
ภาคผนวก ฌ คู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษา โปสเตอร์และแผ่นพับให้ความรู้.....	148
ประวัติผู้เขียน	192



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แผนการดำเนินงาน.....	60
ตาราง 2 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	63
ตาราง 3 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	65
ตาราง 4 ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	66
ตาราง 5 ผลลัพธ์ทางคลินิก น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Day 0 และ Day 90.....	71
ตาราง 6 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ Day0 และ Day 90	72
ตาราง 7 อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (7-days point abstinence rate) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ Day0,7,14,30,60 และ 90	74
ตาราง 8 อาการถอนนิโคตินเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	77
ตาราง 9 อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาอมสมุนไพรดอกขาวของกลุ่มทดลอง	77
ตาราง 10 ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (stage of change)เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ที่Day 0 และDay 90	79
ตาราง 11 ระดับการติดยาเสพติดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่Day 0 และ Day 90.....	80
ตาราง 12 ความสามารถในการอดบุหรี่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่Day 0 และDay 90	82
ตาราง 13 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ Day 0 และ Day 90.....	83
ตาราง 14 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง.....	84
ตาราง 15 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ในการช่วยเลิกบุหรี่	85
ตาราง 16 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่	86
ตาราง 17 ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่	87



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ภาพประกอบ 2 แผนการดำเนินงานวิจัย	59
ภาพประกอบ 3 น้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90	67
ภาพประกอบ 4 ระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ของกลุ่มทดลองDay 0,7,14,30,60 และ 90	68
ภาพประกอบ 5 ระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90	69
ภาพประกอบ 6 ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90	70
ภาพประกอบ 7 จำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90	72
ภาพประกอบ 8 จำนวนคนที่อดบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง 7 วัน (7-Days point abstinence)ของกลุ่มทดลองDay 0,7, 14,30,60 และ 90	73
ภาพประกอบ 9 อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง (7-days point abstinence rate) ที่ Day 0,7,14,30,60 และ 90.....	74
ภาพประกอบ 10 ความสามารถในการเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลอง Day 90ของกลุ่มทดลอง.....	75
ภาพประกอบ 11 ระยะเวลาที่นานที่สุดของการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง Day 90 ของกลุ่มทดลอง	76
ภาพประกอบ 12 ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Stage of change ของกลุ่มทดลอง Day 0, 7, 14, 30, 60 และ 90	78
ภาพประกอบ 13 ระดับการติดยาโคติน(Nicotine Dependence) ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90.....	80
ภาพประกอบ 14 ความสามารถในการอดบุหรี่ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90	81
ภาพประกอบ 15 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มทดลองที่Day 0,7,14,30,60 และ 90.....	83

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน คาดว่าภายในปี 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นปีละกว่า 8 ล้านคน และร้อยละ 80 ของผู้ที่เสียชีวิตเหล่านั้นจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำไปจนถึงปานกลาง (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทางอ้อมมากถึงปีละ 6 แสนคน การสูบบุหรี่ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเองแต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงแม้ไม่ได้สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (second-hand smoke) โดยเฉพาะเด็ก สตรีมีครรภ์ หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่ (ผ่องศรี ศรีมรกตและคณะ, 2556) ซึ่งควันบุหรี่มือสองประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิดและมีมากกว่า 70 ชนิดที่ทางการแพทย์ระบุว่าเป็นสารก่อมะเร็ง ได้แก่ นิโคติน(nicotine), น้ำมันดิน(tar), คาร์บอนไดซัลไฟด์ (carbon disulfide), คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide), ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) เป็นต้น (สาวิณี ขาญสินรพ, 2557) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง มีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างการจัดครรภ์และคลอดบุตร เช่น ทำให้ครรภ์เป็นพิษ แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด และทำให้น้ำหนักตัวของทารกแรกคลอดน้อยกว่าปกติ ในกลุ่มเด็กเล็กจะทำให้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และในระยะยาวเด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีพัฒนาการของปอดด้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) แม้แต่การที่มีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่อย่างน้อยเพียงคนเดียว ก็มีโอกาสทำให้เด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดถึง 1.8 เท่าเมื่อเทียบกับบ้านที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่ (สาโรจน์ นาคจุม, 2552) และในผู้ใหญ่จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ มะเร็งลำคอ มะเร็งกล่องเสียง และมะเร็งปอดเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)และไม่เพียงแต่การได้รับควันบุหรี่มือสองเท่านั้น แต่ยังพบว่าการได้รับควันบุหรี่มือสาม ที่ตกค้างตามเส้นผม ผิวหนัง เสื้อผ้า ตุ๊กตา พรม โซฟา ผ้าม่าน ที่นอน และช่องแอร์ หรือแม้แต่การที่ผู้สูบบุหรี่สัมผัส อุ้ม เล่นหรือป้อนอาหารให้เด็กก็จะทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากเด็กและทารกมีโอกาสได้รับควันบุหรี่มือสามเป็นสองเท่าของผู้ใหญ่ (ศุภยวิชัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560)

สำหรับประเทศไทย ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละกว่า 52,000 คน เฉลี่ยวันละ 142 คน หรือ ชั่วโมงละ 6 คน ปัจจุบันมีผู้ที่สูบบุหรี่กว่า 11.4 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็น

ประจำ 10 ล้านคนและสูบบุหรี่นานๆครั้ง 1.4ล้านคน อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 15.6 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง 18.4 เท่า และพบว่าร้อยละ 61.5 เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.2 ประกอบอาชีพด้านการเกษตร และแต่ละคนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ยประมาณเดือนละ 432 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) อีกทั้งรัฐบาลยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยถึงปีละ 52,200 ล้านบาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ (ยุพา จิวพัฒนกุล และนงนุช เพ็ชรร่วง, 2559)

จากการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ (โรงพยาบาลเชียงใหม่, 2560) ปีงบประมาณ 2558-2560 พบผู้มารับบริการจำนวนทั้งสิ้น 138 ราย แบ่งเป็นปีงบประมาณ 2558 จำนวน 52 รายปี 2559 จำนวน 44 รายและปี 2560 จำนวน 42 ราย พบผู้ป่วยขาดนัดจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 88.46), จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 90.91) และ 40 ราย (ร้อยละ 95.24) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มของการขาดนัดที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากการซักถามผู้มารับบริการในแต่ละครั้ง พบว่า มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บางคนอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล บางคนมีภาระหน้าที่ต้องประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวซึ่งหากมารับบริการจะทำให้ต้องสูญเสียรายได้ ส่งผลทำให้การมารับบริการให้คำแนะนำและการบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่มาตามนัดอย่างต่อเนื่องและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในปีงบประมาณ 2560 มีเพียงจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.76 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เป็นเพศชาย เมื่อเข้ามาใช้บริการที่คลินิกจะเดินทางมาเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวไม่รับรู้ว่าคุณเข้ารับการรักษาที่คลินิก อย่างไรก็ตาม การจัดการกับตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่สำคัญที่สุดนอกจากผู้สูบบุหรี่จะต้องมีกำลังใจที่มั่นคงแน่วแน่แล้วนั้น สิ่งสำคัญ คือ การได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กำลังใจจากคนในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่เองที่จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจร่วมกันในการเลิกบุหรี่(ปรีชา อุปโยคิน, 2556) สมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2555)

จากการทบทวนผลการดำเนินงานในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ใน อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2558 พบว่าโรงพยาบาลเชียงใหม่มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 240 คน และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2559 จำนวน 382 คน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 85.86 ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยผู้สูงอายุจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเท่านั้นยังพบผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าปี 2558 มีจำนวน 309 คน และในปี 2559 จำนวน 461 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.95 และอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.52 อย่างไรก็ตาม

ตาม ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2557 ร้อยละ 15.53 เป็นร้อยละ 21.48 ในปี 2559 จากข้อมูลการชักประวัติพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบกำเริบและต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองจากสมาชิกในครอบครัว และจากรายงานฐานข้อมูล 43 แพ้ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ.2560 พบว่าตำบลที่มีความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 10 อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี สูงสุด 5 อันดับแรกจากทั้งหมด 18 ตำบล คือ ตำบลชีทวน ตำบลยางซึก ตำบลกลางใหญ่ ตำบลสร้างถ่อ และตำบลหัวดอน คิดเป็นร้อยละ 12.99, 12.50, 8.53, 7.83 และ 7.79 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าตำบลหัวดอนจะมีความชุกของการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับที่ 5 แต่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเชียงในร้อยละ 20 อาศัยอยู่ในเขตตำบลหัวดอน และจากข้อมูลความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลหัวดอน ทั้ง 11 หมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 37.7 มาจากบ้านเสียม หมู่ที่ 6, 7 และ 10 โดยพบความชุกของการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับ 1 จากทั้งหมด 11 หมู่บ้านคือ บ้านเสียม หมู่ที่ 6 รองลงมาคือ บ้านเสียมหมู่ที่ 7 ร้อยละ 17.15 และ 15.72 ตามลำดับ ส่วนบ้านเสียมหมู่ที่ 10 มีความชุกสูงเป็นอันดับ 7 คิดเป็นร้อยละ 4.83 ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับพื้นที่ดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหมหรือโรงพยาบาลเชียงใน ควรดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเกิดความตระหนักต่อพิษภัยของบุหรี่ จนนำไปสู่การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ให้สำเร็จ

แนวคิดพฤติกรรมศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ได้ถูกนำมาปรับใช้ในงานวิจัยเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเลิกบุหรี่ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นถึงร้อยละ 61 เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการช่วยเลิกบุหรี่ในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ (เดือนทิพย์ เขษมโอภาส, 2554)

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) เป็นแนวคิดแบบพลวัตรที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคลเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งแนวคิดนี้ได้ถูกนำมาปรับใช้เพื่อการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เช่น งานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ทาแจ้งและสมจิต แดนสีแก้ว (2559) ได้ศึกษาการเสริมพลังอำนาจของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน พบว่า การทำให้ครอบครัวมีทักษะในการสร้างเสริมพลังอำนาจ เช่น การให้ความรู้ การสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน การวิเคราะห์ปัญหาและสร้างแนวปฏิบัติร่วมกัน ส่งผลให้ครอบครัวมีความตระหนักถึงอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวเกิดการสร้างกติกการอยู่ร่วมกันเพื่อทำให้บ้านปลอดบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ยังขาดการวัดผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น ระดับความดันโลหิต หรือ ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก เช่น งานวิจัยของยุพา จิพัฒน์กุล และสุรัสวดี ไหวว่อง (2558) ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ได้ส่งเสริมให้เกิดแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับเยาวชน การส่งเสริมให้เกิดความอบอุ่นภายในครอบครัว ครอบครัวต้องเฝ้าระวังไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่ การเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ปกครองโดยการไม่สูบบุหรี่ การสอนสุขศึกษาเรื่องพิษภัยบุหรี่ และการส่งเสริมการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการวัดผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ เช่น ระดับความดันโลหิต หรือ ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้ไม่ทราบผลลัพธ์ทางสุขภาพของเยาวชนที่สูบบุหรี่ เยาวชนกลุ่มดังกล่าวจึงอาจไม่ตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่เป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนในครอบครัว ส่วนงานวิจัยของเดือนทิพย์ เขมมโสภาสและพิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ (2558) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดเลิกบุหรี่ เป็นการวัดคะแนนการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และวัดระดับการเสพติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้ประเมินอัตราความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบทางสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ เช่น การตรวจวัดระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งนอกจากผู้สูบบุหรี่จะต้องมีจิตใจที่มั่นคงแน่วแน่ในการเลิกบุหรี่แล้ว การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ย่อมส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจและกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพของตนเอง ย่อมส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่เพิ่มมากขึ้นด้วย ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่จากแนวคิดของกิบสัน การสร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลผู้สูบบุหรี่ ช่วยให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยเภสัชกรจะต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบครัว ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆที่จำเป็นในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ เภสัชกรจะทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือแก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาที่มีการดำเนินกิจกรรม โดยผ่านกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่ระหว่างเภสัชกร ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างความร่วมมือในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ให้ได้

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิในผู้สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการศึกษา ประกอบด้วย อัตราการเลิกบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ น้ำหนักตัวระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก
- 2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยาในระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการศึกษา

1.4 ขอบเขตการศึกษา

ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 6 และ หมู่ที่ 7 เก็บข้อมูลระยะเวลา 4 เดือน

1.5 ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ของการศึกษาดังภาพประกอบ 1.1 มีรายละเอียด ดังนี้
ตัวแปรต้น

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

ตัวแปรตาม

- 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย อัตราการเลิกสูบบุหรี่จำนวนมวนบุหรี่ น้ำหนักตัวระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก
- 2) ผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยา ประกอบด้วย ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

พนม บณ จิตโต ชีเว

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ

- กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย

- การประเมินตามแนวทาง 5A เพื่อสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ร่วมกับหลักการสร้างแรงจูงใจ 5R
- การให้คำแนะนำอาการถอนนิโคตินและแนวทางแก้ไข-การสร้างความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่มีต่อผู้สูบบุหรี่ และสมาชิกในครอบครัว-การให้ความรู้ด้วยสื่อ โปสเตอร์ แผ่นพับ และวีดิทัศน์

- กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมประกอบด้วย

- การสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว -การค้นหาแนวทางในการเลิกบุหรี่และวางแผนตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
- การให้ความรู้ด้วยสื่อ โปสเตอร์ แผ่นพับ และวีดิทัศน์

- กิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- การใช้เทคนิค 4ลหรือ STAR และเทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination-การให้คำแนะนำแนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้ยังคงสูบบุหรี่
- การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการสื่อสารทางบวกชื่นชมและให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่
- การให้ความรู้ด้วยสื่อ โปสเตอร์ แผ่นพับ และวีดิทัศน์

- การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านจำนวน 6 ครั้ง Day0,7,14,30,60,90 ร่วมกับ

- การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่และระดับการเสพติดนิโคติน
- การตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซCO

ตัวแปรตาม

- 1.ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย อัตราการเลิกสูบบุหรี่จำนวนมวนบุหรี่ น้ำหนักตัว ความดันโลหิตและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ
- 2.ผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยา คือ ความพึงพอใจ

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ หมายถึง การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ประสิทธิผล หมายถึง ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ ซึ่งประเมินจากอัตราการเลิกสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัวและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (exhaled carbon monoxide; CO) ที่ลดลง

การวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ หมายถึง การใช้เครื่องตรวจวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์โดยการเป่าลมหายใจทางปากเข้าไปในตัวเครื่องโดยปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่วัดได้แสดงถึงก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในลมหายใจที่มีการสูดดมเข้าไปซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย

ผู้ติดสารนิโคติน หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่มีคะแนนประเมินสภาวะการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependent; FTND) ระดับปานกลางถึงระดับสูง (คะแนน FTND ≥ 4)

บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซองที่ทำการผลิตจากโรงงานทั้งในและต่างประเทศ หรือบุหรี่มวนเองที่ม้วนจากกระดาษ ใบตองแห้ง ใบจาก หรือวัสดุอื่นๆที่ทำได้ในท้องถิ่น

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อสัปดาห์ และสูดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออก ที่สังเกตได้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ นิสัยของการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน และค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ต่อเดือน

พฤติกรรมการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ หมายถึง วิธีการต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ ปฏิบัติต่อผู้สูบบุหรี่ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก

การเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ หมายถึง ผู้เข้าร่วมการศึกษารายงานว่าตนไม่ได้สูบบุหรี่หรือระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์อยู่ในระดับต่ำ(ไฟเขียว) น้อยกว่า 7ppm.

การเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมการศึกษารายงานว่าตนสูบบุหรี่อยู่หรือมีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์อยู่ในระดับกลางถึงสูง(ไฟเหลืองหรือแดง) มากกว่า 7ppm.

อัตราการเลิกสูบบุหรี่ตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (7-days point abstinence rate) หมายถึง ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเมื่อข้อมูลจากการรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (self-report) สนับสนุนว่าไม่มีการสูบบุหรี่ตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผลในแต่ละครั้ง

ครอบครัวปลอดบุหรี่ หมายถึง ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่มีการสูบบุหรี่ภายในบ้านและบริเวณบ้าน และมีปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ น้อยกว่า 7ppm.

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อเป็นแนวทางการให้บริการเลิกบุหรี่แก่เภสัชกรปฐมภูมิในการนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่
- 2) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนการให้บริการเลิกบุหรี่ในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs)
- 3) เพื่อเป็นข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อการสนับสนุนครอบครัวร่วมให้บริการเลิกบุหรี่



บทที่ 2

ปรัทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมนูมิ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 หัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การเสพติดบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ และอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและวิธีการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่
- 2.2 สถานการณ์ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ
- 2.3 กฎหมายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย
- 2.4 แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การเสพติดบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ อันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และวิธีการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่

2.1.1 นิยามของบุหรี่

“บุหรี่”(cigarettes) จัดเป็นประเภทหนึ่งของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (tobacco products) ผลิตภัณฑ์ยาสูบ(tobacco products) ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 หมายถึง “ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบตามพระราชบัญญัติ พ.ศ.2509 ซึ่งได้แก่ บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นปรุง และให้รวมถึงตลอดยาเคี้ยว และผลิตภัณฑ์อื่นใด ที่มีส่วนประกอบในยาสูบ หรือพืชนิโคติเยนาทาแบกัม (*Nicotiana tabacum*) ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน”

2.1.2 ประเภทบุหรี่ (ศรัญญา เบญจกุล และคณะ, 2553)

บุหรี่จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (smoked tobacco) ซึ่งเป็นที่นิยมมากที่สุด มีองค์ประกอบหลักสำคัญคือ ยาสูบ สารปรุงแต่งกลิ่นรสและวัสดุที่ใช้นวน แบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

ประเภทที่ 1 บุหรี่โรงงาน หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่าบุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์เรต (manufactured cigarettes) ซึ่งอาจมีก้นกรองหรือไม่มีก้นกรอง และมีแหล่งผลิตทั้งภายในและต่างประเทศ โรงงานยาสูบ โดยกระทรวงการคลังผลิตบุหรี่สู่ตลาดในประเทศไทยจำนวนทั้งสิ้น 17

ยี่ห้อ เป็นชนิดที่มีก้นกรอง 12 ยี่ห้อ เช่น กรองทิพย์ สายฝน และวันเดอร์ และชนิดที่ไม่มีก้นกรอง 5 ยี่ห้อ เช่น รวงทิพย์ 33 พระจันทร์33 และเกล็ดทอง33 เป็นต้น

นอกจากนี้บริษัทผลิตบุหรี่ยังมีการออกผลิตภัณฑ์ใหม่ให้ดึงดูดในวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย การสูบบุหรี่ที่สำคัญ ได้แก่ บุหรี่ผงชูรส ซึ่งมีการเพิ่มรสชาติผลไม้ ความหวาน หรือสมุนไพรเข้าไป บุหรี่ประเภทนี้กำลังได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่น คือ “บุหรี่ปาแรม” หรือ “บุหรี่ปากานพลู” หรือ “บุหรี่ปาบล็ก” ซึ่งมีส่วนประกอบของใบยาสูบร้อยละ 60 กานพลูร้อยละ 40 และมีการผสมผลไม้ต่างๆลงไป ทั้งรสวนิลา บ๊วย ช็อคโกแลต เป็นต้น เพื่อให้มีกลิ่นหอม รสชาติดีขึ้น ไม่ฉุน ลดการระคายเคือง ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าไม่มีอันตราย

ประเภทที่ 2 บุหรี่มวนเอง (hand-rolled cigarettes หรือ roll your own: RYO) เป็นบุหรี่ที่ผู้สูบบวนเองด้วยมือหรือใช้เครื่องมือมวนบุหรี่ มียาเส้นเป็นส่วนประกอบภายใน ม้วนหุ้มด้วยวัสดุธรรมชาติ เช่น กระดาษ ใบตอง ใบจาก หรือใบบัว มักมีการผลิตและจำหน่ายในท้องถิ่น โดยในพื้นที่ภาคเหนือ เรียกว่า “บุหรี่ปั๊ว” และในพื้นที่ภาคใต้ เรียกว่า “ยากลาย” เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอื่นๆ (other smoked tobacco) ได้แก่ ชิการ์ (cigar) ซึ่งม้วนด้วยใบยาแห้งหรือยาอัด ไปป์ (pipe tobacco) เป็นกล้องสูบบุหรี่ที่มีใบสำหรับใส่ยาเส้น ส่วนมากทำมาจากเหง้าของต้นไม้ที่แข็งแรงและทนความร้อน และยาสูบผ่านน้ำ เช่น บารากู (baraku) ชิชา (shisha) หรือ ฮุกกา (hookah) เป็นการสูบควันยาสูบผ่านน้ำที่ต้องมีอุปกรณ์การสูบควันที่เรียกว่า เคาบารากู และถ้วยซึ่งมีส่วนผสมของใบยาสูบกับสารที่มีความหวาน เช่น กากน้ำตาล หรือน้ำผึ้ง และมักมีการเติมแต่งของกลิ่นหอมจากผลไม้

อย่างไรก็ตามด้วยกระแสสังคมที่ต้องการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดควันบุหรี่ เพื่อมิให้เกิดผลกระทบจากการสูบบุหรี่มือสอง และสร้างความรู้สึกที่ปลอดภัยว่าบุหรี่ปั๊วมีอันตรายน้อยลง บริษัทบุหรี่ปั๊วจึงได้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เรียกว่า บุหรี่ไฟฟ้าขึ้นมา ซึ่งไม่มีการเผาไหม้เหมือนการสูบบุหรี่ธรรมดา บุหรี่ไฟฟ้าเป็นยาสูบชนิดใหม่สำหรับผู้สูบจะได้สารนิโคตินเหลวที่ระเหยด้วยความร้อนจากไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกาย การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นการนำเอาสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกายได้เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ธรรมดาแต่ไม่มีการเผาไหม้ใบยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้าเป็นแท่งกลมคล้ายบุหรี่ ตัวม้วนบุหรี่ไฟฟ้าแบ่งเป็นส่วนของแบตเตอรี่และส่วนที่บรรจุขดขนาดเล็กใส่ของเหลวที่มีนิโคตินผสมอยู่ เวลาสูบสวิทช์ไฟฟ้าจะถูกเปิดเกิดไฟสีแดงที่ปลายแท่งพร้อมกับการทำงานของแบตเตอรี่ เกิดความร้อนทำให้ของเหลวในขดที่บรรจุไว้ระเหยขึ้นมาเป็นควันถูกสูดเข้าไปในปอดทำให้ได้รับนิโคตินก่อนที่จะถูกพ่นออกมา(ชนิกา เจริญจิตต์กุลและชฎาภา ประเสริฐทรง, 2557)

2.1.3 สารเคมีในบุหรี่(พจนานุกรม 2558)

นิโคติน (nicotine) เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันและไม่มีสี ส่วนใหญ่จะไปจับที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด สามารถออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองและต่อมหมวกไต โดยทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลายสบาย ทำให้ผู้สูบบุหรี่และเลิกได้ยาก นิโคตินส่งผลต่อการหลั่งสารอิพิเนฟรินของต่อมหมวกไต ทำให้ความดันสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ เต็มไม่เป็นจังหวะและเส้นเลือดแดงหดตัว ซึ่งเป็นสาเหตุของเส้นเลือดหัวใจตีบ การตีบตันของเส้นหัวใจจากการจับตัวของลิ่มเลือดและเกล็ดเลือด

ทาร์ (tar) เป็นสารที่มีลักษณะเป็นละอองเหนียวสีน้ำตาลคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระจกขมวนและส่วนประกอบอื่นๆในบุหรี่ ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิด โดยร้อยละ 50 จะจับอยู่ที่ปอดทำให้เยื่อปอดอักเสบไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เมื่อรวมตัวกับฝุ่นที่หายใจเข้าตามปกติจะทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ เกิดอาการไอเรื้อรังมีเสมหะ นำมาซึ่งสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็ง

คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) เป็นก๊าซไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่มีก๊าซนี้ประมาณร้อยละ 2-6 ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์นี้สามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้อย่างรวดเร็วและสามารถจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนหลายเท่า อวัยวะภายในร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง หัวใจจึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้เพียงพอ การได้รับก๊าซนี้ปริมาณมากจะทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อยเพลีย รวมทั้งก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

ไนโตรเจนไดออกไซด์ (nitrogen dioxide) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อปอดอักเสบส่วนปลายและถุงลม ทำให้ถุงลมโป่งพองและลดจำนวนลง ซึ่งมีผลต่อการทำงานของปอดทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่ายและเป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง

ไฮโดรเจนไดออกไซด์ (hydrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม สามารถทำลายเยื่อปอดอักเสบส่วนต้นที่ทำหน้าที่ช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่างๆไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ผลของการได้รับก๊าซนี้ก่อให้เกิดอาการไอมีเสมหะ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง

ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษไม่มีสี ใช้ในยาเบื่อหุ มีฤทธิ์ต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีอาการปวดหัว มึนงง คลื่นไส้อาเจียน หากได้รับก๊าซนี้ปริมาณมากจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก และเป็นลมหมดสติและเสียชีวิตได้

ฟอร์มาดีไฮด์ (formaldehyde) เป็นสารที่มีกลิ่นฉุน ใช้ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียและรักษาศพไม่ให้เน่าเปื่อย เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง โรคผิวหนัง โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ

ไทโอไซยาเนต (thiocyanate) สารนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งต่อมไทรอยด์ในการดูดซึมไอโอดีนมาใช้ในการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ที่ช่วยในการควบคุมการเผาผลาญของเซลล์ต่างๆทั่วร่างกายและ

ควบคุมการเจริญเติบโต สารนี้เมื่อถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะถูกทำลายที่ตับและสะสมในร่างกาย เช่น ในน้ำลาย ปัสสาวะ เลือด จึงสามารถตรวจการสูบบุหรี่จากน้ำลายได้

เบนซีน (benzene) เป็นของเหลวไม่มีสี มีกลิ่นฉุน ระเหยได้เร็ว ติดไฟง่าย มักใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น ไนลอน โยสังเคราะห์ และเป็นส่วนหนึ่งของน้ำมันดิน น้ำมันเบนซินที่ใช้เติมรถยนต์ เมื่อหายใจเข้าไปปริมาณมากจะทำให้เวียนหัวใจเต้นเร็ว ง่วงซึม สับสนหมดสติได้ หากได้รับต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้ลายไขกระดูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคโลหิตจาง เลือดหยุดไหลมากกว่าปกติและมะเร็งเม็ดเลือดขาว

สารกัมมันตรังสี (radioactive elements) ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตรังสีต่างๆ เช่น polonium 210 ที่มีรังสีแอลฟา ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งปอด

สารปรุงแต่งต่างๆที่มีอยู่ในบุหรี่ ในกระบวนการผลิตบุหรี่มีการใช้สารต่างๆเพื่อให้บุหรี่ยามีรสชาติ สารดังกล่าวช่วยเพิ่มพิษภัยบุหรี่ให้เพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วยสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดลมทำให้ทางเดินอากาศขยายตัว ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสได้รับควันบุหรี่มากขึ้น แอมโมเนีย (ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ และช่วยทำให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น เมนทอล (menthol) เป็นส่วนผสมในบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกเย็น จึงส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่อดควันบุหรี่เข้าไปในปอดได้ลึกและนานขึ้น สารพิษต่างๆมีโอกาสตกค้างอยู่ในปอดมากและนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆจากบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น

2.1.4 ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่(พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ, 2554)

ลักษณะของผู้เสพติด มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ

(1)เมื่อมีการสูบบุหรี่ บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกสบาย ดังนั้นจึงเป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก

(2) การสูบบุหรี่ หรือเสพติดนิโคตินเรื่อยๆจะทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า ฟังก์ชันนิโคติน แล้วจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆเพื่อให้เกิดความสบายเหมือนเดิม

(3)การหยุดสูบบุหรี่หรือหยุดเสพ จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกไม่สบายตัว หงุดหงิด เครียด จึงต้องกลับไปสูบบุหรี่หรือเสพใหม่

ผลของนิโคติน

เมื่อผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ใน 10 วินาทีแรก นิโคตินจะเข้าสู่สมองและปลดปล่อยสารเคมีต่างๆทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์เกิดขึ้น ดังนี้ ทางร่างกายจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น สารเคมีที่หลังจากสมองจะทำให้เกิดความรู้สึกสบายตัว แต่เมื่อสูบบุหรี่ไปนานๆจะทำให้เลิกไม่ได้และต้องการสูบเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมองที่สำคัญ คือ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมีชีวภาพ (neurobiology) ในเซลล์ประสาทจะมีการหลั่งสารที่สำคัญ 2 ชนิด คือ

(1) Dopamine เป็นสารเคมีตัวหลักที่สมองหลั่งออกมาเมื่อได้รับสารเสพติดทุกชนิด โดยจะทำให้รู้สึกสบาย ร่าเริง มีความสุข ถ้าผู้สูบบุหรี่จะทำให้ภาวะ dopamine น้อยกว่าปกติ เกิดความรู้สึกไม่สบาย หดหู่

(2) Norepinephrine เป็นสารเคมีที่หลั่งออกมาจากสมอง ทำให้เกิดภาวะตื่นตัว คึกคักและเพิ่มความกระชุ่มกระชวยให้ร่างกาย ถ้าหยุดสูบบุหรี่จะทำให้เกิดภาวะ norepinephrine น้อยกว่าปกติ บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกซึมเศร้า อารมณ์เสีย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และมีส่วนทำให้เพิ่มความอยากอาหาร

การเสพติดบุหรี่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ แบ่งเป็น 3 แบบ (บุบผา จันมูลและคณะ, 2556)

(1) ปัจจัยทางชีวภาพของการเสพติดสารนิโคติน

(2) ปัจจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจ

(3) ปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม

(1) ปัจจัยทางชีวภาพของการเสพติดสารนิโคติน

ในสมองส่วนที่อยู่ในชั้น (limbic system) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกมีความสุข เรียกว่าบริเวณนี้ว่า brain reward pathway ซึ่งการทำงานจะอยู่เหนือการควบคุมของอำนาจจิตใจ และเป็นศูนย์กลางของการเสพติดยาเสพติดทุกชนิดรวมทั้งบุหรี่ด้วย

กระบวนการทำงานของ brain reward pathway เริ่มจากสมองบริเวณที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ส่งสัญญาณไปในรูปของสารสื่อประสาทที่เรียกว่า dopamine ไปยังสมองส่วน nucleus accumbens (NA) แล้วส่งไปยังสมองชั้นนอก ส่งผลให้ร่างกายเกิดความสุขสบายและเมื่อร่างกายได้รับสารนิโคติน สารนี้จะถูกส่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง นิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งอยู่ในบริเวณ ventral tegmental area (VTA) ของ brain reward pathway ทำให้มีการหลั่งของ dopamine ออกมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น ผู้สูบบุหรี่จะรู้สึกสุขสบาย มีความสุข มีแรงจูงใจ และไม่รู้สึกลอยอยากอาหาร

(2) ปัจจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูบบุหรี่มีทัศนคติและความเชื่อว่า การสูบบุหรี่ทำให้คลายเครียด ลดความกังวล และคลายเหงาได้ เด็กผู้ชายที่ชอบสิ่งท้าทาย มีอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรง หรือขาดความมั่นใจในตนเอง วิดกกังวล จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูบบุหรี่

(3) ปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม

การเสพติดที่เกิดจากความเคยชิน เช่น ต้องสูบบุหรี่ในขณะที่กินกาแฟหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่เมื่อเข้ามาในห้องทำงาน รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ เช่น ในสถานที่ทำงานที่มีผู้สูบบุหรี่ เพื่อนในชั้นเรียนที่สูบบุหรี่ จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความอยากสูบบุหรี่และในบ้านที่ไม่ห้ามสูบบุหรี่ จะเพิ่มความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นถึง 3 เท่า วัยรุ่นที่อยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ไม่ได้เกิดเพียงเพราะค่านิยมทัศนคติของตนเอง หรือแค่ความอยากลองเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีส่วนในการทำให้บุคคลคนหนึ่งสูบบุหรี่ได้ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือแม้กระทั่งสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่จะเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลนั้นๆสูบบุหรี่ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559)

2.1.5 ผลกระทบของการสูบบุหรี่

1) ผลกระทบทางด้านสุขภาพ

ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน และเสียชีวิตจากการได้รับควันสูบบุหรี่มือสองมากถึงปีละ 6 แสนคน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559) และในระหว่างปี 2543-2568 คาดว่า จะมีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากถึง 150 ล้านคน หรือ 6 ล้านคนต่อปี และอีก 25 ปีต่อมา (ระหว่างปี 2568-2593) คาดว่า จะมีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้นเป็นสองเท่าจากเดิม (รังสิต ศรจิตติและคณะ, 2556)

สำหรับประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน เฉลี่ยวันละ 142 คน หรือ ชั่วโมงละ 6 คน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2558) มีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด, โรคมะเร็ง, โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูบบุหรี่แต่ละรายจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สูบ, ปริมาณที่สูบ และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วยโดยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีดังนี้

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ป้องกันได้ที่สำคัญเมื่อเทียบกับสาเหตุของโรคหัวใจอื่นๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้สูบบุหรี่มีโอกาเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.3 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ไม่สูบ 1.7 เท่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบ 5.2 เท่า ผู้ป่วยโรคโคเลสเตอรอลสูงที่สูบบุหรี่ มีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ไม่สูบ 2.9 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโคเลสเตอรอลสูงที่สูบบุหรี่ มีโอกาสดังกล่าวเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 7.8 เท่า โดยพบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของคนไทย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เกิดก้อนเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ทางเดินของเลือดตีบแคบ เป็นอุปสรรคต่อการนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบก้ำแน่นหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีอาการจุกเสียด แน่นหน้าอก จนถึงขั้นหัวใจวายและเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน(ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560)

โรคมะเร็งปอด

บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอดมากที่สุด เนื่องจากสามารถทำลายเซลล์ปอดเกิดความผิดปกติของเซลล์ ยิ่งจำนวนมวนและจำนวนปีที่สูบบุหรี่มาก ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดชายไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ โดยผู้ที่เป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 90 มาจากการสูบบุหรี่เกินวันละ 1 ซอง ทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 16 เท่า (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560) และสารพิษในบุหรี่ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ สารทาร์หรือน้ำมันดิน ซึ่งประกอบด้วยสารพิษหลายชนิดรวมกัน โดยเฉพาะสารในกลุ่ม polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH) ซึ่งจะรบกวนการทำงานของเอนไซม์ glutathione S-transferase (GST) และเอนไซม์ 8-oxoguanine-DNA-N-glycolase ที่ทำหน้าที่ซ่อมแซมดีเอ็นเอที่สึกหรอของเซลล์ต่างๆในร่างกาย เมื่อเอนไซม์ดังกล่าวไม่สามารถทำงานได้จึงเกิดการ mutation และกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด สารกัมมันตรังสีในควันบุหรี่ เช่น โคบอลต์ โปโลเนียม 210 ซึ่งสามารถแผ่รังสี ทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงสภาพและกลายเป็นมะเร็งปอดได้ โลหะหนัก เช่น ตะกั่ว สารหนูแคดเมียม นิกเกิล สังกะสีและโครเมียม สารเหล่านี้พบในปริมาณมาก ซึ่งเกือบทุกชนิดจัดเป็นสารก่อมะเร็ง(สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552)

โรคถุงลมโป่งพอง

สาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าร้อยละ 90 มาจากการสูบบุหรี่ที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน อาจใช้เวลาหลายปีจึงจะแสดงอาการของโรค โดยจะพบการอักเสบของหลอดลมและเนื้อปอดมีความยืดหยุ่นลดลง ต่อมาสร้างเมือกในหลอดลมโตขึ้นจนสร้างเสมหะเพิ่มขึ้น และก้ำแน่นเนื้อหลอดลมหดรัดตัว จนเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความเร็วลมที่เป่าออกมาจากปอดลดลงมากกว่าคนปกติ ส่งผลให้มีลมค้างอยู่ในปอด จึงทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก และอาจมีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในประเทศไทยโรคถุงลมโป่งพองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆของประชากรไทย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยอีกโรคหนึ่ง ซึ่งพบว่าในจำนวนผู้สูบบุหรี่ 10 ล้านคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพองมากกว่า 1 ล้านคน และมี

ผู้ป่วย 3 แสนคนที่มีอาการชัดเจนและต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตประมาณปีละ 15,000 คน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่าโรคนี้นักพบในผู้ชายอายุระหว่าง 30 - 50 ปี มากกว่าผู้หญิงถึงสองเท่า เนื่องจากผู้สูบบุหรี่มักเป็นเพศชาย (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560)

โรกระบบทางเดินหายใจ

การมีสมาชิกที่สูบบุหรี่ในบ้านอย่างน้อยหนึ่งคน ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืด 1.8 เท่า(สาโรจน์ นาคชุม, 2552)โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของหลอดลม การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งทำให้มีอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย (เรณู บุญจันทร์และคณะ, 2552)

โรคอื่นๆ

หญิงที่ตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ทำให้ครรภ์เป็นพิษ แท้งบุตรคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวของทารกแรกคลอดน้อยกว่าปกติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรกระบบทางเดินอาหารได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร โรคแผลในลำไส้เล็ก และอาจมีอาการกำเริบของระบบทางเดินอาหาร เช่น เกิดแผลลึกและตกเลือดในกระเพาะอาหารได้ (เรณู บุญจันทร์และคณะ, 2552)

(1) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจสังคม

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล โดยมีแนวโน้มของการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำไปจนถึงปานกลาง การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดต้นทุนแก่ผู้สูบ รัฐบาล และสังคม ในรูปของค่าบุหรี่ รายได้ที่สูญเสียไปจากการขาดงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เวลาและแรงงานที่ครอบครัวหรือญาติต้องสูญเสียกับการดูแลผู้ป่วย ค่าเบี้ยประกันที่เพิ่มขึ้นของผู้สูบบุหรี่ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ ต้นทุนจากอค์คิย์ที่เกิดจากผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ระมัดระวัง ต้นทุนด้านสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ป่าไม้ถูกทำลายไปจนถึงขยะบุหรี่ยังมีต้นทุนที่ไม่สามารถคำนวณออกมาเป็นตัวเงินได้ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งความทุกข์ของผู้ที่ได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ (รังสิต ศรจิตติ และคณะ, 2556)ครัวเรือนไทยเฉลี่ยแล้วมีค่าใช้จ่ายเพื่อการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นการทำลายสุขภาพถึงร้อยละ 2-4 ซึ่งเท่ากับค่าใช้จ่ายที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล และคนที่มียาได้ต่ำจะมีความชุกของการสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มียาได้สูง (วิชัย โชควิวัฒน์และคณะ, 2550)

การประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศ ไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 52.2 พันล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 10,137 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 20, ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์ 1,063 ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 2, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 370 ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 0.7, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลเท่ากับ 147 ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 0.3 และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 40,464 บาท คิดเป็น ร้อยละ 77 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็น ร้อยละ 13 ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด และ ร้อยละ 73 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุข(ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2558)

2.1.6 อันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ควันบุหรี่มือสองประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิดและมีมากกว่า 70 ชนิดที่ทางการแพทย์ระบุว่าเป็นสารก่อมะเร็ง ได้แก่ นิโคติน(nicotine), น้ำมันดิน(tar), คาร์บอนไดซัลไฟด์(carbon disulfide), คาร์บอนมอนอกไซด์(carbon monoxide), ไฮโดรเจนไซยาไนด์(hydrogen cyanide) เป็นต้น (สาวิณี ขาญสินธ์, 2557)

ควันบุหรี่มือสอง คือ ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ออกมาและควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับ หญิงที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ คือ มีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ทำให้ครรภ์เป็นพิษ แท้งบุตรคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวของทารกแรกคลอดน้อยกว่าปกติ ในกลุ่มเด็กเล็กจะทำให้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และในระยะยาวเด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีพัฒนาการของปอดด้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ แม้แต่การที่มีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่ยังน้อยเพียงหนึ่งคน ก็มีโอกาสทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดถึง 1.8 เท่าเมื่อเทียบกับบ้านที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่ (สาโรจน์ นาคชุม, 2552) และในผู้ใหญ่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ มะเร็งลำคอ มะเร็งกล่องเสียง และมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

2.1.7 วิธีการรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่(วันดี ไตรภพสกุลและฉันทชัย สิทธิพันธุ์, 2554)

วิธีการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่สามารถแบ่งได้ 2 วิธีหลักๆ คือการใช้ยาและไม่ใช้ยา

1) วิธีไม่ใช้ยาผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยอาศัยคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาศัยกำลังใจส่วนใหญ่เหมาะกับผู้ที่สูบบุหรี่ยังน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน การให้คำแนะนำโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นวิธีที่สามารถเพิ่มอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ วิธีการให้คำแนะนำได้แก่ ศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง การให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำแบบกลุ่ม และการให้คำแนะนำรายบุคคลซึ่งจากการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta analysis) พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ได้ถึง 1.2 เท่า (95% CI 1.0-1.3), 1.2 เท่า (95% CI 1.1 -1.4), 1.3 เท่า (95% CI 1.1-1.6) และ 1.7 เท่า (95% CI 1.4-2.0) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการที่ผู้สูบบุหรี่ไม่ได้รับคำแนะนำใดๆ ดังนั้นการให้คำปรึกษาเพื่อ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแม้ในระยะเวลาสั้นๆ (brief counseling) ประมาณ 1-3 นาที ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การให้คำปรึกษาที่ใช้เวลามากขึ้น หรือเป็นกลุ่ม ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากขึ้น รวมทั้ง การได้รับคำปรึกษาทาง โทรศัพท์จากศูนย์เลิกบุหรี่ 1600 ก็สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

2)วิธีการใช้ยา (smoking cessation medications) มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้นช่วยลดความทรมานจากอาการถอนนิโคติน

(2.1) หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum)

ขนาดยา: ใช้เคี้ยว 1-2 ชิ้น เมื่อมีอาการถอนนิโคติน (ทุก 1-2 ชั่วโมง) หรือใช้หลักการที่ว่า 1 ชิ้นของหมากฝรั่งขนาด 2 มก.แทนบุหรี่/ยาสูบ 1 มวนผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 10-24 มวน ใช้ขนาด 2 มก. ไม่เกินวันละ 30 ชิ้นผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 25 มวนขึ้นไป ใช้ขนาด 4 มก. ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น

วิธีใช้:ต้องงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว อย่างน้อย 15 นาทีก่อนใช้ยา เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา การเคี้ยวยาให้เคี้ยวช้าๆ จนได้รสเผ็ดซ่า แล้วอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสซ่าหายไปจึงนำมาเคี้ยวใหม่ สลับกันไปเช่นนี้ โดยใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อเม็ด

อาการไม่พึงประสงค์อาจมีอาการปวดกราม สะอึก ท้องอืด ปวดท้องและมีแผลในปาก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ เคี้ยวยาให้ถูกต้อง ไม่เคี้ยวเร็วจนเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืน น้ำลายระหว่างเคี้ยวยา

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้นิโคติน, ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรม, life-threatening arrhythmia, recent myocardial infarction ภายใน 2 สัปดาห์, peptic ulcer
- ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยไทรอยด์(hyperthyroidism), โรคเบาหวาน (diabetes)

Pregnancy risk category: C

(2.2) Nortriptyline

ขนาดยา 50-75 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจากขนาดยาประมาณ 10-25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีอาการข้างเคียง

วิธีใช้: รับประทานยาวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยให้เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่

อาการไม่พึงประสงค์: ง่วงนอน ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด ปัสสาวะไม่ออก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ พิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใช้เท่านั้น และเลือกใช้ขนาดยาที่เหมาะสม โดยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาอย่างช้าๆ พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

Pregnancy risk category: D

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ cardiac arrhythmia โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางสมองและระบบประสาท
- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า
- การหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ ห้ามหยุดยาทันที

(2.3) หนวดดอกขาว (*Vernonia cinerea* Less)

ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ : หนวดดอกขาว (Ash-colored fleabane) เป็นพืชในวงศ์ ASTERACEAE มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia cinerea* มีลักษณะทางพฤกษศาสตร์คือ ไม้ล้มลุก ลำต้นตั้งตรง สูง 15-80 ซม. ใบเดี่ยวเรียงสลับ รูปวงรีแคบ รูปไข่ รูปคล้ายช้อนแคบ รูปใบหอกหรือรูปแถบ ใบบริเวณโคนต้นขนาดใหญ่ กว่าที่ปลายยอด ใบที่โคนต้นกว้าง 1.5-3.5 ซม. ยาว 3-8.5 ซม. ใบที่บริเวณปลายยอดกว้าง 3-15 มม. ยาว 1-7 ซม. ปลายใบมนหรือแหลม โคนใบมนหรือแหลม ขอบใบจักฟันเลื่อย ดอกช่อกระจุกแน่นออกรวมเป็นช่อแยกแขนงรูปคล้ายช่อเชิงหลั่น กว้าง 5-15 ซม. ยาว 5-35 ซม. ช่อบีประดับรูปคล้ายระฆัง 4 ชั้น ดอกมีสีม่วงเข้มแล้วค่อยๆ จางลง ผลแห้งมีเมือกเดี่ยว รูปทรงกระบอกแคบ สีน้ำตาลเข้มยาว 1.5-2 มม. หนาน้อยกว่า 0.5 มม.

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาพบว่าการรายงานการศึกษาถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของหนวดดอกขาวออกมาหลายการศึกษา โดยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่มีการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการทดลองในสัตว์ทดลองทั้งหมด ได้แก่ ฤทธิ์ในการต้านแบคทีเรีย ต้านการเชื้อรา ต้านเชื้อไวรัส ลดปริมาณออกซาเลตในปัสสาวะ แก้ปวด กดประสาทส่วนกลาง ลดความดันโลหิต แก้ปวดท้อง ลดไข้ และลดการอักเสบ เป็นต้น

ชาชงหนวดดอกขาว

ขนาดยา ชงหนวดดอกขาวครั้งละ 1 ชอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อชอง) วันละ 3 ครั้ง

วิธีใช้: รับประทานชาหนวดดอกขาวครั้งละ 1 ชอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อชอง) ผสมกับน้ำ 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานอย่างน้อย 7 วันก่อนกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และรับประทานต่ออีก 7 วัน (รวมทั้งสิ้น 14 วัน)

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

Pregnancy risk category: ไม่ทราบ

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ไม่ทราบ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และ
ยังไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดยาสูบในระยะยาว ต้อง
ทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

ยาเม็ดอมสมุนไพรหนวดดอกขาว

ขนาดยา อมครั้งละ 1-2 เม็ดเมื่อมีอาการอยากบุหรี่

วิธีใช้ อมได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการอยากบุหรี่

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

Pregnancy risk category: ไม่ทราบ

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ไม่ทราบ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และ
ยังไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดยาสูบในระยะยาว ต้อง
ทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

2.2 สถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบจากผลการสำรวจครัวเรือน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559)

พบว่า ปี พ.ศ.2558 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบจำนวน 10.9 ล้านคน อัตราการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 19.9 ในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี พ.ศ. 2556 ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี และกลุ่มอายุ 41-59 ปี

อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ 17.8 ปีขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นปกตินิสัย (สูบบุหรี่บ้าง/นานๆ ครั้ง)คือ 19.5 ปีเมื่อเทียบกับปี 2550 พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น คือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปีและในปี 2557 ลดลงเป็น 15.6 ปี(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ประเภทของบุหรี่ที่สูบ

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61.7) สูบบุหรี่มวนที่ผลิตจากโรงงาน รองลงมาสูบบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 55.4) มีผู้ที่สูบซิการ์หรือไปป์เพียงร้อยละ 1.3 และมีผู้ที่สูบบุหรี่ที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู/ฮุกกา/ชีชา และบุหรี่ไฟฟ้าแบบแท่ง (ร้อยละ 0.8) โดยกลุ่มผู้สูงวัยมีส่วนของการสูบบุหรี่มวนเองสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น (ร้อยละ 80.6) โดยผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง สูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานมากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่นๆ (ร้อยละ 92.6 และ 71.6 ตามลำดับ)

สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉยงเหนือ และภาคเหนือ สูบบุหรี่ที่มวนเองมากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 73.4, 69.7 และ 67.7 ตามลำดับ)(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน)

การสัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำถึงปริมาณของบุหรี่ที่สูบทุกประเภท พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้สูงอายุ คือประมาณ 11.9 มวนต่อวัน เมื่อเทียบกับปี 2554 พบว่าจำนวนบุหรี่ที่สูบโดยเฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจาก 10.8 มวนต่อวันในปี 2554 เป็น 11.5 มวนต่อวันในปี 2557 เมื่อเทียบจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มวัยเดียวกันของปี 2557 กับปี 2554 พบว่ากลุ่มวัยสูงอายุมีปริมาณของบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลงจาก 10.7 มวน เป็น 10.5 มวน สำหรับกลุ่มวัยเยาวชนและวัยทำงานมีปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวันเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มเยาวชนเพิ่มจากวันละ 9.1 มวน เป็น 10.2 มวน กลุ่มวัยทำงานเพิ่มจากวันละ 11.2 มวน เป็น 11.9 มวน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 61.5 เป็นผู้ที่จบเพียงระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ารองลงมา ได้แก่ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับ ปวส./ปวช./อนุปริญญา (ร้อยละ 17.7, 13.5, และ 3.2 ตามลำดับ) ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำเพียงส่วนน้อยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 4.1) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ค่าใช้จ่ายของผู้สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่มาสูบเองโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 423 บาท กลุ่มวัยทำงานมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้สูงวัย (470 บาท, 409 บาท และ 208 บาท ตามลำดับ) ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีค่าใช้จ่ายฯ เฉลี่ยสูงกว่านอกเขตเทศบาล (572 บาท และ 329 บาท ตามลำดับ) ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายฯ เฉลี่ยสูงสุดคือ 810 บาท เนื่องจากส่วนใหญ่สูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน ซึ่งมีราคาสูงกว่าบุหรี่ปริมาณเอง ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉยงเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ซื้อบุหรี่ต่ำสุดคือ 251 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

2.3 กฎหมายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

โดยเหตุการณ์สำคัญด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2535 - 2560 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559) สรุปเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ระหว่าง พ.ศ. 2535 - 2539 เริ่มดำเนินการออกข้อบังคับตาม พ.ร.บ. 2 ฉบับ

ช่วงที่ 2 ระหว่าง พ.ศ. 2540 - 2550 จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ

ช่วงที่ 3 ระหว่าง พ.ศ. 2550 - 2560 ปรับปรุงและจัดทำร่างพ.ร.บ.ฉบับควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่โดย พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีผลบังคับใช้ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 และพ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีผลบังคับใช้ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ.2560

2.3.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค , 2560) มีสาระสำคัญ ดังนี้

- ห้ามสูบบุหรี่ ในเขตปลอดบุหรี่ (ปรับไม่เกิน 5,000 บาท)
- ห้ามขายบุหรี่แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (โทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน ปรับไม่เกิน 30,000 บาท)
- ห้ามใช้ จ้าง วาน หรือยินยอม ให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ขายบุหรี่ (โทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน ปรับไม่เกิน 30,000 บาท)
- ห้ามแบ่งขายบุหรี่ (ต้องขายทั้งซอง) (ปรับไม่เกิน 40,000 บาท)
- ห้ามตั้งโชว์หรือแสดงบุหรี่ ณ สถานที่ขาย ให้ผู้ซื้อหรือประชาชนมองเห็น (ปรับไม่เกิน 40,000 บาท)
- ห้ามโฆษณาบุหรี่ (โทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 500,000 บาท)
- ห้ามบริษัท จัดกิจกรรม CSR เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของบุหรี่ (ผู้ประกอบการ,ผู้รับจ้างโทษ จำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกินกึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรม แต่ไม่ต่ำกว่า 1,500,000 บาท ส่วนผู้เกี่ยวข้องโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 500,000 บาท)
- กำหนดพื้นที่ห้ามขายบุหรี่ เช่น วัด โรงพยาบาล ร้านขายยา โรงเรียน สวนสาธารณะ สวน สัตว์ สวนสนุก (ปรับไม่เกิน 40,000 บาท)
- เจ้าของ ผู้จัดการ ผู้รับผิดชอบ พื้นที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่ ต้องคอยทำการประชาสัมพันธ์ ห้ามสูบบุหรี่ (ปรับไม่เกิน 30,000 บาท)
- ห้ามผู้ขายปลีก ขายบุหรี่ผ่านช่องทางเหล่านี้
 1. ขายบุหรี่โดยใช้ตู้จำหน่ายอัตโนมัติ
 2. ขายบุหรี่แบบออนไลน์
 3. ขายบุหรือนอกสถานที่ที่ได้รับใบอนุญาต
 4. ขายบุหรี่แบบมีโปรโมชั่น (ลด/แลก/แจก/แถม/ให้)
 5. ขายบุหรี่แบบเร่ขาย
 6. ขายบุหรี่แบบมีการชิงโชค ชิงรางวัล
 7. ขายบุหรี่แบบแสดงราคาเพื่อจูงใจผู้ซื้อ

2.3.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2560)

กฎหมายฉบับนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ (มาตรา 6) หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท (มาตรา 12) ในปัจจุบัน มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 สถานที่สาธารณะที่มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีดังต่อไปนี้

- (1) รถยนต์โดยสารประจำทาง
- (2) รถยนต์โดยสารรับจ้าง
- (3) ตู้โดยสารรถไฟที่มีระบบปรับอากาศ
- (4) เรือโดยสาร
- (5) เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ
- (6) ที่พักผู้โดยสารเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ และที่พักผู้โดยสารรถไฟ
- (7) ลิฟต์โดยสาร
- (8) ตู้โทรศัพท์สาธารณะ
- (9) รถรับส่งนักเรียน
- (10) โรงมหรสพ
- (11) ห้องสมุด
- (12) ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานที่เสริมความงาม ร้านขายยา หรือสถานที่บริการอินเทอร์เน็ตเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- (13) ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า หรือสถานที่จำหน่ายสินค้าเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- (14) สถานที่ออกกำลังกายเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- (15) สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
- (16) ศาสนสถานเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
- (17) สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ยกเว้น
- (18) สุขา
- (19) ท่าเทียบเรือสาธารณะ
- (20) สถานที่เล่นกีฬาโบว์ลิ่ง

(21) โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาโดยครอบคลุมพื้นที่ภายในบริเวณรั้วโรงเรียนหรือสถานศึกษาทั้งหมด

(22) อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์

(23) สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

(24) สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

(25) สนามกีฬาในร่ม

2.3.3 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ฉบับที่สอง พ.ศ.2559-2562 ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน

เป้าหมาย คือ ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี 2562 ต้องไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ

1. ผลักดันนโยบายควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก
2. พัฒนาโครงสร้างและบริหารจัดการเพื่อสร้างความร่วมมือด้านการควบคุมยาสูบแบบบูรณาการในทุกระดับ

3. พัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากรและภาคีเครือข่ายในภาพรวม

4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมกำกับและติดตามประเมินการควบคุมยาสูบทุกระดับ

5. สนับสนุนการศึกษวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

6. ปรับปรุงกฎหมายและระบบการบังคับใช้กฎหมายที่เอื้อต่อการควบคุมยาสูบของประเทศ

7. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อป้องกันการแทรกแซงหรือคุกคามที่มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายและผลกระทบการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชนและนักสูบหน้าใหม่

1. สร้างความตระหนัก จิตสำนึก ค่านิยมการไม่สูบบุหรี่และรู้เท่าทันอุตสาหกรรมยาสูบให้กับเยาวชนและประชาชนทั่วไป

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน

3. พัฒนาศักยภาพแกนนำและเครือข่ายเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่

4. เฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ

1. สร้างเสริมพลังชุมชนเพื่อการบำบัดผู้เสพยาสูบ

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีต่างๆที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ให้บริการเลิกบุหรี่

3. พัฒนาคุณภาพระบบบริการเลิกบุหรี่และสายด่วนเลิกบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1. ปรับปรุงกฎหมายแนวทางการดำเนินการว่าด้วยการจดแจ้งส่วนประกอบฯให้เป็นไปตาม

พันธกรณีระหว่างประเทศ

2. สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

3. สร้างกลไกให้ธุรกิจยาสูบปฏิบัติตามกฎหมายฯ

4. เฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

1. ปรับปรุงกฎหมายให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่งปลอดควันบุหรี่ 100%

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกพื้นที่ที่กำหนดให้ปลอดควันบุหรี่

3. ปรับเปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรม และค่านิยมของการเสพยาสูบเพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน
สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย

4. ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

5. เฝ้าระวังและควบคุมกำกับและประเมินผลการทำ สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ใช้มาตรการทางภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ

1. ปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ

2. ปรับปรุงระบบการบริหารการจัดเก็บภาษียาสูบ

3. ป้องกันและปราบปรามยาสูบที่ผิดกฎหมาย

4. ควบคุมแหล่งจัดหา (supply chain control)

5. ดำเนินการสำหรับผู้กระทำความผิด

2.4 แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่

รูปแบบการดูแลผู้รับบริการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นการช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวและผู้รับบริการ ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องแม้จะไม่ มีทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้รับบริการจึงเป็นแนวทางที่สามารถพัฒนาให้ เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้และการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวสามารถลดหรือเลิกบุหรี่ได้ จำเป็นต้องใช้กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและเอื้อประโยชน์ให้ครอบครัวและผู้สูบ

บุหรีได้พัฒนาศักยภาพของตนเองและครอบครัวแบบองค์รวม จนนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้จริง

การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและแรงสนับสนุนจากทุกฝ่ายทั้งตัวผู้สูบบุหรี่เอง ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ และบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามประเมินผล และให้กำลังใจ เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ซึ่งควรทำทันทีหลังให้การรักษา หรือหลังสิ้นสุดโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังให้การบำบัดรักษา (Kenford et al., 1994) อย่างไรก็ตาม การติดตามในช่วงสัปดาห์แรกถือว่ามีความสำคัญ เพราะจะช่วยประคับประคองผู้สูบบุหรี่ให้ผ่านระยะสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยควรติดตามหลังจากวันที่เลิกบุหรี่ได้ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2552)

การติดตามประเมินผล สามารถทำได้ด้วยการนัดมาคลินิก เยี่ยมบ้านการติดตามทางโทรศัพท์ จดหมาย อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านและการซักถามกับผู้รับบริการโดยตรง จะช่วยให้ผู้บริการสามารถสื่อสารและรับรู้ความรู้สึกของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่บ้าน (การเยี่ยมบ้าน) โดยเภสัชกรครอบครัวหรือเภสัชกรปฐมภูมิเป็นกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง (continuous pharmaceutical care) เพื่อให้เกิดการบริหารทางเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อ (seamless pharmaceutical care) โดยเภสัชกรที่ดำเนินงานในบริบทเภสัชกรครอบครัวนั้น จะเน้นการดูแลด้านยาแบบองค์รวม ผสมผสานทั้งโรคทางกาย มิติความเจ็บป่วย สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

2.4.1 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพของกิบสัน

การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพของกิบสัน (Gibson, 1991) เป็นแนวคิดแบบพลวัตร (dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล และให้บุคคลตระหนักในความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน(เดือนทิพย์ เขมมโอภาส, 2554) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality)

เป็นขั้นตอนที่ประกอบด้วยคำตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้ และด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นการรับรู้ ทำความเข้าใจ และยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง

ด้านที่ 1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) การที่บุคคลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ไม่แน่ใจ กลัว ต่อต้าน สับสน ซึ่งความรู้สึกดังกล่าว เกิดจากการที่บุคคลนั้นไม่สามารถรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่

ถูกต้อง แต่ถ้าบุคคลนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารถูกต้องและเป็นประโยชน์ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติว่าตนเองมีโอกาที่จะมีผลการดีขึ้นถ้าพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะช่วยให้เกิดกำลังใจ พยายามค้นหาปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพจริง จนช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ด้านที่ 2 การตอบสนองทางการรับรู้ (cognitive responses) บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบตัว เช่น การหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติม โดยการอ่านหนังสือ การถามผู้รู้ ถามบุคลากรทางการแพทย์ หรือถามผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเดียวกัน เพื่อช่วยคลายความสงสัย และเกิดความเข้าใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆต่อไป

ด้านที่ 3 การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) บุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าการดูแลตนเองไม่สามารถให้คนอื่นทำแทนได้ ต้องเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองเป็นหลัก พยายามทำความเข้าใจกับปัญหา ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่บวกมากขึ้นว่าทุกอย่างสามารถแก้ไขไปในทางที่ดีขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection)

เป็นการทบทวนสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจในการแก้ไขปัญหให้ได้เหมาะสม เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกสับสนไม่เข้าใจในการดูแลตนเอง จะเกิดการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาทางเลือกนั้น ส่งผลให้เกิดมุมมองใหม่ๆนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น บุคคลจะเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (sense of personal control)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge)

บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และดีที่สุด ภายใต้เงื่อนไขคือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาดตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการยอมรับจากทีมสุขภาพ 5) เป็นวิธีที่เปิดกว้างและยอมรับว่าบุคคลอื่นๆสามารถนำไปใช้ได้ ดังนั้นเภสัชกรและผู้รับบริการจึงควรร่วมกันตัดสินใจในการค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาดต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังงาน โดยเมื่อเกิดปัญหาดขึ้นจะต้องมีกระบวนการร่วมกันแก้ไขปัญหาด และเลือกวิธีปฏิบัติที่เกิดประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ และอยากคงการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพนั้นไว้

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน สิ่งสำคัญคือบุคคลจะต้องมีกำลังใจที่มั่นคงแน่วแน่ และอาศัยปัจจัยเสริมอื่นๆเพื่อสร้างเสริมแรงใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง

2.4.2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับการสร้างครอบครัวปลอดบุหรี่

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) มีพื้นฐานความคิดด้านการคิดรู้ ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (outcome expectancies) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy expectancies) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (เดือนทิพย์ เขมโสภาส, 2554) ดังนี้

(1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action)

โดยการรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เช่น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปเมื่อรับรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ที่มีผลต่อตนเองและคนรอบข้าง จึงพยายามลดจำนวนมวนบุหรี่ลง

(2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action)

โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอก โดยอุปสรรคภายใน เช่น ความรู้สึกว้าแฉะ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ส่วนอุปสรรคภายนอก เช่น สภาพเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย รายได้ สภาพอากาศ เป็นต้น

(3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy)

การที่บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

(4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (activity-related affect)

ความรู้สึกในทางบวกจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง มีความรู้สึกดีและสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม แต่ถ้าบุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ จะทำให้เกิดความคิดในเชิงลบ จนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

(5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) มีผลต่อความเชื่อหรือทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก รวมถึง เพื่อนและบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือบุหรี่ โดยในช่วงระยะติดตามขณะเลิกบุหรี่พบว่า ภรรยาและบุตรเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนผู้สูบบุหรี่ให้มีความอดทนต่อความยากลำบากในการสูบบุหรี่

(6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences)

โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่รู้สึกปลอดภัยและมั่นคง สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม ไม่ได้เกิดภาวะคุกคามต่อตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไป

2.4.3 การประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิได้พัฒนามาจาก 2 แนวคิด คือ แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ และแนวคิดการสร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่จากแนวคิดของกิบสัน ดังนี้

(1) แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อครอบครัวปลอดภัย

ในการปรับใช้กับรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกในการลดการสูบบุหรี่ มีระดับการเสพติดนิโคตินลดลง โดยการเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่และพฤติกรรม

การช่วยเลิกบุหรี่ของครอบครัว ผ่านกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในระยะก่อนการเลิกบุหรี่ ระหว่างเลิกบุหรี่ และระยะก่อนการจำหน่าย โดยในระยะก่อนการเลิกสูบบุหรี่จะมีการติดตามเชิงรุกจากเภสัชกร การให้กำลังใจชื่นชม การให้คำแนะนำช่วยเหลือจากเภสัชกร เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจในตัวผู้สูบบุหรี่ โดยสามารถเลือกเทคนิควิธีที่เหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว

(2) แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่

การสร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลผู้สูบบุหรี่ ช่วยให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยเภสัชกรจะต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบครัว ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆที่จำเป็นในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ เภสัชกรจะทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นผู้ช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาที่มีการดำเนินการ โดยผ่านกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเภสัชกรและครอบครัวผู้สูบบุหรี่ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างความร่วมมือในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ให้ได้

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมินั้น เภสัชกรจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการและขั้นตอนของ 5A และสามารถถ่ายทอดหลักการและขั้นตอนดังกล่าวให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้สูบบุหรี่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและติดตามผู้สูบบุหรี่ จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยในการช่วยให้เลิกบุหรี่ (ผ่องศรี ศรีมรกตและคณะ, 2556) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพแนะนำญาติพี่น้อง และครอบครัวให้เข้าใจสภาพในขณะที่ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และช่วยเป็นกำลังใจพร้อมทั้งคอยช่วยเหลือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาผู้ป่วยมีความต้องการให้แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ที่ได้ผล คิดเป็นร้อยละ 47.1 และการเป็นกำลังใจในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 45.5

2.4.4 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ ตามหลักการ 5A (อรสา พันธักดี, 2555) ประกอบด้วย

Ask : ถาม การสอบถามเกี่ยวกับผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว ว่ามีผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวหรือไม่ หรือเคยสูบแล้วเลิกสูบ ถ้าได้รับคำตอบว่าไม่สูบ ควรกล่าวคำชมเชย หากในครอบครัวมีผู้สูบบุหรี่ ควรให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ โดยการให้ความรู้ด้านพิษภัยของบุหรี่ รวมทั้งควรสอบถามเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนในบ้านด้วย

Advise : การให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ โดยต้องกระทำด้วยท่าทางเป็นมิตร ชัดเจน และควรทำซ้ำๆ เพื่อกระตุ้นเตือนเมื่อมีโอกาส พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่หรือคนในครอบครัวซักถาม ข้อสงสัยและเสนอแนวทางในการช่วยเหลือต่างๆ

Assess : การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่และระดับการตัดสินใจ

การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ทราบว่าคุณผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะใด ซึ่งจะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำได้ตรงกับความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ การประเมินความพร้อมโดยใช้แนวคิด Transtheoretical หรือ Stage of Change Model ซึ่งมีทั้งหมด 6 ระยะ (Okuyemi et al, 2006; อรสา พันธักดี, 2555)

1. ระยะ Precontemplation ระยะนี้ยังไม่ตระหนัก หรือยังไม่เต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลง ไม่มี ความคิดที่จะเลิกบุหรี่ในระยะ 6 เดือนข้างหน้า
 - เป้าหมาย คือ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เริ่มคิดอย่างจริงจังในการเลิกสูบบุหรี่
 - สิ่งที่ต้องทำ คือ การซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนผลได้ผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และแนะนำให้พิจารณาเลิกสูบบุหรี่ ด้วยการแจกเอกสารข้อมูลและเสนอความช่วยเหลือ สร้างแรงจูงใจโดยใช้หลักการ 5R
2. ระยะ Contemplation ยังมีความลังเล ไม่แน่ใจ แต่มีความคิดที่จะเลิกใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังไม่มีความชัดเจน
 - เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนจากการยังไม่ตัดสินใจมาเป็นตัดสินใจเข้ารับ การบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ และช่วยเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
 - สิ่งที่ต้องทำ คือ การซักถามเกี่ยวกับผลดี และผลเสียเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่อเนื่องและการ เลิกบุหรี่ พูดคุยเกี่ยวกับความไม่แน่ใจ ลังเลว่าเกิดจากสาเหตุใด เสนอให้ความช่วยเหลือโดยการ เสริมกำลังใจ ให้การยอมรับเหตุผลด้านการเปลี่ยนแปลง และสำรวจแนวทางใหม่ๆ ตั้งข้อสังเกตว่า จะค่อยๆ ลดลงหรือกำหนดวันเลิกบุหรี่ให้ชัดเจน การช่วยเหลือโดยการเสนอการเยี่ยมบ้านเพื่อ ติดตามและให้ข้อมูลเพิ่มเติม บอกประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ค้นหาแรงจูงใจ สร้างแรงจูงใจ โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ หรือ 5R (อรสา พันธักดี, 2555)

1. Relevance บอกความสัมพันธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ
2. Risk บอกความเสี่ยงและผลเสียจากการสูบบุหรี่
3. Reward บอกประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่
4. Roadblocks บอกอุปสรรค และวิธีแก้ปัญหาการเลิกสูบบุหรี่
5. Repetition สรุปเน้นย้ำความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ไม่ท้อถอยและเริ่มต้นใหม่
3. ระยะ preparation ระยะนี้มีความตั้งใจและพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า
 - เป้าหมาย คือ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เตรียมความพร้อมกับการเลิกบุหรี่ และช่วยกำหนดวันเลิกบุหรี่ และผลเชิงบวกจากการเลิกบุหรี่
 - สิ่งที่ต้องทำ คือ การซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ยังกังวล การเตรียมตัว และประสบการณ์ที่เคยเลิกบุหรี่มาก่อน แนะนำให้ทบทวนอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และเตรียมการแก้ไขอุปสรรคนั้นๆ และเสนอการช่วยเหลือโดยการแจกคู่มือ สมุดบันทึก แผนการที่จะเลิกสูบบุหรี่ กำหนดวันและเวลาเลิกที่ชัดเจน หรือใช้แนวทางดังนี้
 - (3.1)วางแผนเสนอแนวทาง กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่
 - (3.2)ประเมินวิธีการเลิกบุหรีที่เคยใช้มาก่อน เช่น หักดิบค่อยๆลดจำนวนการ
 - (3.3)ประเมินเหตุผลในการเลิกบุหรี แรงจูงใจในการเลิกบุหรี ตามเพศและวัย เช่น ประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อโรค ภาพลักษณ์ เศรษฐกิจ เช่น เลิกบุหรี 1 ของ อัมทอทั้งครอบครัว สังคมรังเกียจ ลดการทำร้ายผู้อื่นจากควันบุหรีมือสอง (secondhand smoking) ความภาคภูมิใจของตนเอง
 - (3.4) ประเมินระดับการติดนิโคติน ผู้สูบจะรู้ว่าตนเองติดนิโคตินระดับใด จะเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี และขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ทั้งนี้ไม่ว่าจะได้คะแนนการติดนิโคตินเท่าใด ผู้เลิกบุหรีก็ต้องใช้ความพยายามและตั้งใจจริง
 - (3.5) วางแผนเลิกบุหรี รู้วิธีการจัดการจากการขาดนิโคติน ทำให้ผู้เลิกบุหรีมีแรงจูงใจที่จะอยู่กับอาการขาดนิโคตินที่มีมากใน 2-3 วัน หรือ 7 วันแรก ได้แก่ อาการอยากบุหรี ปากแห้ง น้ำลายเหนียว ให้ดื่มน้ำมากๆ หงุดหงิด เครียด ให้หายใจลึกๆ อาบน้ำ ออกกำลังกาย หิวบ่อย ให้กินน้อยๆแต่บ่อยครั้ง ลดอาหารรสจัด
 - (3.6)รู้วิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ หาสิ่งทดแทนพฤติกรรมที่เคยชิน
 - (3.7) เลือกวิธีที่จะเลิกบุหรี เช่น หักดิบ ใช้ยาสมุนไพรหญ้าดอกขาว
 - (3.8) กำหนดวันเลิกบุหรี ภายในระยะเวลา 2-3 วัน ไม่ควรเกิน 7 วัน
4. ระยะ action ระยะลงมือเลิกสูบบุหรี่ และสามารถเลิกบุหรีได้แล้วแต่ยังไม่เกิน 6 เดือน
 - เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยให้ผู้เลิกบุหรีเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันการหวนกลับไปสูบใหม่

- สิ่งที่ต้องทำ คือ การซักถามสิ่งที่คุณเลิกบุหรี่ต้องการทำ เพื่อป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การดำรงสภาพการไม่สูบบุหรี่ให้ต่อเนื่องและยาวนานที่สุด ด้วยวิธีต่างๆซึ่งอาจรวมไปถึงการใช้ยาช่วยด้วย นอกจากนี้ยังต้องย้ำแนะนำการเลิกบุหรี่ และเตรียมหาแนวทางในการป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น หรือสิ่งรบกวนต่างๆ พร้อมทั้งเสนอให้ความช่วยเหลือเพื่อเสริมความสำเร็จ ส่งเสริมการให้รางวัลกับตนเอง และเพิ่มแรงสนับสนุนให้กับตนเองเมื่อแก้ไขปัญหาได้ หรือใช้หลัก ป้องกันการสูบบุหรี่ มีแนวทางดังนี้

(1) หาแรงจูงใจ และวิธีการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

- ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน
- เขียนถึงสิ่งดีๆที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อไม่สูบบุหรี่
- กำหนดรางวัลให้ตนเอง
- หลีกเลี่ยงการไปอยู่ในสถานที่ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่
- ฝึกปฏิเสธ เมื่อมีคนชวนให้สูบบุหรี่

(2) ถ้าอยากสูบบุหรี่ให้ใช้เทคนิค 5D(อรสา พันธภักดี, 2555)

การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5D เป็นเทคนิคที่ในการให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ถึงแนวทางปฏิบัติตนเมื่อมีอาการอยากบุหรี่ ซึ่งสามารถช่วยให้คุณเลิกบุหรี่ได้ประสบความสำเร็จเร็วขึ้นโดยปฏิบัติ ดังนี้

(2.1) Delay ขณะอยากสูบบุหรี่ แนะนำอย่าสูบบุหรี่ทันทีแต่ให้นับ 1 -10 หรือยืดเวลาออกไปให้นาน 3-5 นาที เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกอยากบุหรี่จนอาการอยากบุหรี่หายไปและไม่ต้องการสูบบุหรี่ในที่สุด

(2.2) Deep breath เป็นการหายใจเข้าออกลึกๆอย่างน้อย 10 ครั้ง เมื่อมีอาการอยากบุหรี่หรือทำบ่อยๆ เพื่อเป็นการฝึกเอาชนะใจตนเองและควบคุมตนเองเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

(2.3) Drink water เป็นการดื่มน้ำซ้าๆหรือจิบน้ำบ่อยๆ หรือบางคนอาจจมน้ำไว้แล้วค่อยบ้วนทิ้งเมื่อความรู้สึกอยากบุหรี่หายไป

(2.4) Do something else. เป็นการหากิจกรรมอย่างอื่นทำ เพื่อเบี่ยงเบนสนใจจากความคิดและความรู้สึกอยากบุหรี่ เช่น การล้างหน้า การอาบน้ำ การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เป็นต้น

(2.5) Discuss with other เป็นการพูดคุยกับคนอื่น เช่น คนในบ้าน เพื่อหากำลังใจและเป้าหมายของการเลิกบุหรี่ ปรับเปลี่ยนความคิดให้นึกถึงข้อดีของการเลิกบุหรี่ เช่น การทำให้ภาพลักษณ์ดีขึ้น ใบหน้าไม่เหี่ยวเฉา ไม่เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ไม่เป็นมะเร็งปอดหรือโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีเทคนิคที่ช่วยลดอาการอยากบุหรี่และช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ได้อีก เช่น การอมลูกอม การเคี้ยวหมากฝรั่ง การอมมะนาวหรือผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว การบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก การอมน้ำยาเลิกบุหรี่ที่ทำจากสมุนไพรและการดื่มชาหญ้าดอกขาว เป็นต้น

5. ระยะmaintenanceเป็นระยะที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง นานมากกว่า 6 เดือน และไม่คิดจะกลับไปสูบบุหรี่อีก สามารถผสมผสานการดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ได้แล้ว

- เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยให้ผู้เลิกบุหรื่อดำรงสภาพการไม่สูบบุหรี่ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตประจำวัน

- สิ่งที่ต้องทำ คือ การซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ตั้งใจกระทำในสถานการณ์ที่เสี่ยงที่จะหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ และให้การช่วยเหลือ โดยตั้งข้อสังเกตช่วงเวลาที่น่าจะประสบความยุ่งยากทั้งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม และแสดงความชื่นชมยินดีที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน และสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ทำให้ผ่านพ้นอาการไม่สุขสบายจากการถอนนิโคตินได้อย่างไรก็ตาม ในขั้น maintenance สมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก (ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2555)

Assist : การช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่เมื่อประเมินได้ว่าผู้สูบบุหรี่มีความพร้อม มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เกสซ์กรสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่และครอบครัววางแผนในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ(ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2555)

Arrange Follow up : การติดตามประเมินผล และให้กำลังใจเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ซึ่งระยะเวลาในการติดตามควรทำทันทีหลังให้การรักษา หรือหลังสิ้นสุดโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ควรติดตามประเมินใน 2 สัปดาห์แรกหลังให้การรักษา (Kenford et al., 1994)

อย่างไรก็ตาม การติดตามในช่วงสัปดาห์แรกถือว่ามีความสำคัญ เพราะจะช่วยประคับประคองผู้สูบบุหรี่ให้ผ่านระยะสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยควรติดตามหลังจากวันที่เลิกบุหรี่ได้ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องอัตราการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้

สนทรรศ บุขราทิจและอภิญญา สิริไพบุลย์กิจ (2555) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ที่มาใช้บริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ คะแนน Fagerstrom และข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ คือ เลิกได้หรือไม่ จากผู้ป่วยจำนวน 94 ราย เก็บข้อมูลที่ระยะเวลา 1,3,6 และ 12 เดือน พบว่า สามารถเลิกบุหรี่ได้ 34 ราย (ร้อยละ 36.2) 35 ราย (ร้อยละ 37.2) 30 ราย (ร้อยละ 31.9) และ 16 ราย (ร้อยละ 17) ตามลำดับ

วรุจิรา หวังมัน และคณะ (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลสำโรงทาบอำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ คนละ 4 ครั้งและมีการติดตามทุก 2,4 และ 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีการให้คำปรึกษาแบบสั้นใช้เวลา 5-10 นาที คนละ 1 ครั้ง พบว่าในระยะติดตามผลเดือนที่ 2 และ 4 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ 10 ราย (ร้อยละ 40) และเดือนที่ 6 หยุดสูบบุหรี่ 9 ราย (ร้อยละ 36) สำหรับกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล เดือนที่ 2,4 และ 6 พบว่ามีพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ 8 ราย (ร้อยละ 32) 6 ราย (ร้อยละ 16) และ 4 ราย (ร้อยละ 16) ตามลำดับ

วรรัตน์ สุรพัฒน์และน้องเล็ก บุญจูง (2554) ได้ทำการศึกษาการคัดกรองและให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูบบุหรี่ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 35 ราย โดยการให้คำปรึกษาและใช้พฤติกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยตามหลักการ 5A ติดตามผล ที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และ 4 เดือน จำนวน 4 ครั้ง พบว่าที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์และ 1 เดือนมีผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 25.7) เดือนที่ 3 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 25.7) และ เดือนที่ 4 จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 37.1)

ดวงจินดา คำสุขและคณะ (2557) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของนอร์ทริปไทลีนและหมากฝรั่งนิโคตินร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ติดยาโคติน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มศึกษาได้รับนอร์ทริปไทลีน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับหมากฝรั่งนิโคติน ติดตามผลในเดือนที่ 1,2,3 และ 4 เป็นระยะเวลา 4 เดือน พบว่า กลุ่มศึกษาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 16.8, 39.4, 73.7 และ 75.2 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 18.1, 34, 67.4 และ 70.5 ตามลำดับ และพบอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มที่ได้รับนอร์ทริปไทลีน มากกว่าหมากฝรั่งนิโคติน อาการไม่พึงประสงค์สามอันดับแรกในกลุ่มนอร์ทริปไทลีน ได้แก่ ง่วงนอน (ร้อยละ 56.4) ปากแห้งคอแห้ง (ร้อยละ 34.7) และปากขม (ร้อยละ 8.9) ในกลุ่มหมากฝรั่งนิโคติน ได้แก่ ท้องอืดท้องเฟ้อ (ร้อยละ 15.8) ปวดท้อง (ร้อยละ 8.4) และปวดกราม (ร้อยละ 6.3) อย่างไรก็ตามไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงทั้งสองกลุ่มตลอดการใช้ยาสามเดือน

ดนิตา ภาณุจรัส และระพีพรรณ ฉลองสุข (2555) ได้สำรวจการปฏิบัติงานให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรอาสาพาเลิกบุหรี่ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามสถานการณ์การให้บริการเลิกบุหรี่แก่เภสัชกรที่ผ่านการอบรมโครงการเภสัชกรอาสาพาเลิกบุหรี่

จำนวน 741 คน ผลการศึกษาพบว่า เกสซ์กร ร้อยละ 88.6 ใช้แผ่นพับกระตุ้นหรือส่งเสริมการให้บริการ ร้อยละ 72.8 เลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยอดบุหรี่ร่วมกับพฤติกรรมบำบัด โดยยาและผลิตภัณฑ์ที่เตรียมให้บริการ คือ หมดาฟรังกทดแทนนิโคติน, bupropion และ nortriptyline (ร้อยละ 66.9, 48.4 และ 35 ตามลำดับ) มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 14.6 ± 22.7 รายต่อปี มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นาน 1 เดือน และ 1 ปี ร้อยละ 11.6 ร้อยละ 10 ตามลำดับ

บริษัท กรู๊ปประทุมและคณะ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน ติดตามผลในระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ 1.การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 2. การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ และ 3. กิจกรรมให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งละ 10-15 นาที จากผู้วิจัย 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 5 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ รวมทั้งแจกคู่มือและแผ่นพับเกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี่จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 38.5) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เช่นเดิมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล คือ ร้อยละ 85.3 สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน และร้อยละ 14.7 สูบเป็นครั้งคราว

สนอง คล้าฉิม และมาโนชญ์ แสงไสยาสน์ (2551) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พ่อบ้านต้นแบบ ลด ละ เลิกบุหรี่ 80 วัน ทำดีเพื่อในหลวง จำนวน 16 คน โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องการรับรู้อันตรายจากการสูบบุหรี่ ร่วมกับจิตสำนึกของการรักในหลวง การปฏิญาณตนต่อหน้าพระบรมฉายาลักษณ์ การเขียนใบคำมั่นสัญญา ความตั้งใจในการลดละเลิกบุหรี่ พบว่า กลุ่มพ่อบ้านมีระดับการรับรู้อันตรายโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี และสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ 13 คน ละการสูบบุหรี่ได้ 2 คนและเลิกบุหรี่ได้ 1 คน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องผลการให้บริการเลิกสูบบุหรี่กับปริมาณจำนวนมวนบุหรี่ มีดังนี้

พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม (2559) ศึกษาเรื่องผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ รพ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ จำนวน 72 คน ศึกษาไปข้างหน้าแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวทำในคลินิกอดบุหรี่และโทรศัพท์ติดตาม พบว่า จำนวนมวนบุหรี่ก่อนการทดลองลดลงจาก 20.00 ± 9.70 เป็น 4.00 ± 6.33 มวนต่อวัน ลดลงเฉลี่ย 16 มวนต่อวัน เมื่อพิจารณาตามระยะเวลา

พบว่า Day7,14,30,60,90 และDay180จำนวนมวนบุหรี่ลดลงรวดเร็วในช่วง 4 wk แรก คือ $11.28 \pm 7.89, 6.83 \pm 6.39, 5.28 \pm 6.35, 5.15 \pm 6.27, 5.17 \pm 6.36$ และ 4.00 ± 6.33 มวนต่อวัน ตามลำดับ

ศุภา บัณฑิตานุกูลและคณะ (2557) ศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 23 ร้าน ผู้สูบบุหรี่จำนวน 203 คน พบว่า ผู้รับบริการมีจำนวนมวนบุหรี่ลดลงจากวันแรกที่เข้ารับบริการ 17.4 ± 9.5 มวนต่อวัน เป็น 6.5 ± 5.3 มวนต่อวัน ลดลงเฉลี่ย 10.9 มวนต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ระพีพรรณ ฉลองสุข และวิไล บัณฑิตานุกูล(2559) ศึกษาการให้บริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชนในเขต กทม. ทำการวัดผล 6 เดือน จำนวน 489 คน พบว่าภายหลังการให้บริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชน ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรีลดลงแตกต่างจากจำนวนมวนบุหรีที่สูบเมื่อรับบริการครั้งแรก จาก 14.6 ± 6.2 มวนต่อวัน ลดลงเฉลี่ย 8.4 มวนต่อวัน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรีได้สำเร็จ มีดังนี้

นพมาศ ร่มเกตุ (2550) ได้ศึกษาการรับรู้ผลกระทบของการสูบบุหรีต่อสุขภาพและพฤติกรรม การสูบบุหรีของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา จำนวน 404 คน พบว่า ผู้ที่สูบและสูบบุหรีครั้งแรกเมื่ออายุ 11-14 ปสาเหตุที่ทำให้เริ่มสูบบุหรีคือ อยากรู้อยากลอง บุหรีมวนแรกในตอนเช้าจะสูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง สูบเฉลี่ยต่อวัน นอยกว่า 5 มวน บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรีคือ เพื่อนสนิท บุคคลในครอบครัวทราบพฤติกรรมการสูบบุหรีของตนเอง ส่วนใหญ่ไม่เคยปรึกษาใครเกี่ยวกับการเลิกบุหรี แต่มีบางคนเคยปรึกษาเพื่อน เคยพยายามเลิกสูบบุหรี 1-2 ครั้ง มีบิดามารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกสูบบุหรีได้

ชนิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ (2552) ได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรีของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1500 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของเยาวชนคือ ปัจจัยด้านการสูบบุหรีของคนใกล้ชิด ได้แก่ การสูบบุหรีของเพื่อนสนิท ($p < 0.001$) และการสูบบุหรีของคนในครอบครัว ($p = 0.011$) โดยเยาวชนที่มีบุคคลภายในครอบครัวสูบบุหรีมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรีมากขึ้น กล่าวคือ เยาวชนที่พบเห็นการสูบบุหรีของบุคคลภายในบ้านเป็นประจำจะถือว่าการสูบบุหรีเป็นพฤติกรรมที่เป็นปกติ

สุนิดา ปรีชาวงษ์และคณะ (2558) ได้ศึกษาโครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการสูบบุหรี พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลิกสูบบุหรีกับบุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดกับผู้สูบ จะช่วยส่งเสริมการเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ ผู้สูบบุหรีที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เช่น สมรรถภาพปอด ความเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี จะมีแนวโน้มในการเลิกสูบบุหรีได้

สำเร็จ เป้าหมายระยะสั้นในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคือ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง ควรให้ความสำคัญกับผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการศึกษาน้อยและสนับสนุนให้คนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเลิกสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการถอนนิโคติน จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ (2550) ได้ศึกษาประสบการณ์การเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่สำเร็จ กรณีศึกษาในชุมชน ในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 13 คน โดยเป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบเจาะลึกพบว่า การเลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จ เกิดจากการที่ตนเองและสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย นำไปสู่การตัดสินใจเลิกบุหรี่ การใช้วิธีการอดทนและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การใช้วิธีอมลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่ สิ่งสำคัญคือ ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การมีภรรยาและกลุ่มเพื่อนคอยสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการเลิกบุหรี่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสถานการณ์และผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสองของสมาชิกในครอบครัว มีดังนี้

สาโรจน์ นาคนุ่ม (2552) ได้ศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมกับโรคหืดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นการศึกษาในรูปแบบ Case-Control Study เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 400 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา คือ เด็กที่ป่วย และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ เด็กที่ไม่ป่วย กลุ่มละ 200 ราย พบว่า การมีสมาชิกที่สูบบุหรี่ในบ้านอย่างน้อยหนึ่งคน ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืด 1.8 เท่า (95% CI = 1.17 - 2.77) การที่พ่อสูบบุหรี่ในบ้าน มีโอกาสเสี่ยงเป็น 1.61 เท่า (95% CI = 1.01 - 2.76) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงเป็น 2.36 เท่า (95% CI = 1.41-3.96) การศึกษาของบิดาและมารดาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 มีโอกาสเสี่ยงเป็น 2.23 เท่า (95% CI = 1.41-3.50) และ 1.72 เท่า (95% CI = 1.02-2.88) ดังนั้น การทำในบ้านปลอดบุหรี่จึงมีส่วนในการป้องกันเด็กจากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ (2557) ได้ศึกษาสถานการณ์บ้านปลอดบุหรี่และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพ่อที่มีลูกอายุไม่เกิน 10 ปี และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 403 คน พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับควันบุหรี่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง ร้อยละ 80 ของพ่อมีการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านและสองในสาม (ร้อยละ 68.2) มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในบริเวณส่วนต่างๆ ของบ้าน ได้แก่ บริเวณรั้วบ้าน บริเวณระเบียงบ้าน และห้องน้ำ

วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ และคณะ (2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้าน และการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนข้างเผือก อ.เมือง จ.นครราชสีมา พบว่า เด็กส่วนใหญ่อายุ 2-3 ปี มีพ่อที่สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอาศัยอยู่

ภายในบ้านร้อยละ 70 โดยเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 11 มวนต่อวัน ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมาพบเด็กป่วยด้วยโรคหัดมากที่สุด ร้อยละ 91.84 การสัมผัสบุหรี่มือสองของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 18.2, p < .001$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่ มีดังนี้

ดวงจินดา คำสุข และคณะ (2557) ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของนอร์ทริปไทลีนและหมากฝรั่งนิโคตินร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ติดนิโคติน พบว่าระดับ CO ในเดือนที่ 4 ของผู้ที่ติดนิโคตินที่มี $CO < 10$ ppm เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.4 ในกลุ่มนอร์ทริปไทลีนและเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.4 ในกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งนิโคติน ($p=0.758$)

รินดา เจวประเสริฐพันธุ์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมกาสูบบุรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาในผู้สูบบุหรี่สองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาสูบบุรี่และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มระยะหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาสูบบุรี่และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องผลของการสูบบุหรี่กับระดับความดันโลหิต มีดังนี้

พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม (2559) ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อการเลิกบุรี่ รพ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ ศึกษาไปข้างหน้าแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวทำในคลินิกอดบุรี่และโทรศัพท์ติดตาม จำนวน 72 คน พบว่า การเลิกสูบบุรี่มีส่วนลดระดับความดันโลหิต (Blood pressure) ทั้งในส่วนระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) และค่าล่าง (DBP) แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มลดลง

Komiyama และคณะ(2014)เรื่อง The effects of weight gain after smoking cessation an atherogenic α -1antitrypsin-low-density lipoprotein=183 พบว่า การเลิกสูบบุรี่ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ลดลงแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุรี่ มีดังนี้

เดือนทิพย์ เขมมโสภาสและพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุรี่ ในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็กสุขภาพดีที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ คลินิกหลังคลอดและคลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 166 ราย

พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี ความตั้งใจในการเลิกบุหรี สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีพฤติกรรมการสูบบุหรีลดลง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

พัชรี เกสรบุญนา และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรีของ สมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรีของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า การรับรู้ประโยชน์และความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรีของสมาชิกใน ครอบครัวผู้สูบบุหรี สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมช่วยเลิกบุหรีได้ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < 0.05$ และ 0.01 ตามลำดับ

เดือนทิพย์ เขมโสภาสและ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ (2558) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยให้ผู้สูบบุหรีลดเลิกบุหรี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูบบุหรีและสมาชิกในครอบครัวจำนวน 260 คนที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกหลัง คลอด คลินิกเด็กตีหรือหอผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล 9 แห่ง พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ ความสามารถและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรีสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05, < 0.001$) ผู้สูบบุหรีมีระดับการเสพติดนิโคตินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ยุพา จิวพัฒนกุล และสุรัสวดี ไหว้อง (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางในการป้องกันและ ลดการสูบบุหรีในเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรีของเยาวชน การทำหน้าที่ของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อเยาวชนในการป้องกัน และลดการสูบบุหรี พัฒนาแนวทางการป้องกันและการสูบบุหรีในเยาวชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของ ครอบครัว และชุมชนรูปแบบงานวิจัยแบบผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือเยาวชนอายุ 13-19 ปี จำนวน 257 คน ที่ได้รับการสุ่มเลือกจากเยาวชนใน จังหวัดสุพรรณบุรี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามถามเยาวชนไทย 257 คน แล้วทำการคัดเลือก ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งประกอบด้วยเยาวชน บิดา-มารดา และเพื่อนบ้านของเยาวชน จำนวน 93 คนมาเข้า กลุ่มสนทนาโดยแบ่งเป็น 9 กลุ่ม เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันและลดการสูบบุหรีของเยาวชนโดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาสังเคราะห์ และจัดทำเวทีประชาคมจำนวน 2 ครั้งเพื่อปรับแก้แนวทางป้องกันและลดการสูบบุหรีของเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้พร้อมใช้ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการป้องกันการสูบ บุหรีสำหรับเยาวชนมี 5 ประเด็น ได้แก่การเฝ้าระวังของครอบครัว การเป็นแบบอย่าง การสร้าง ครอบครัวอบอุ่น การสอนสุขศึกษาเรื่องบุหรี และส่งเสริมการออกกำลังกาย ส่วนแนวทางการลดการ สูบบุหรีสำหรับเยาวชนประกอบด้วย การทำโทษ ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การสอนสุข ศึกษาเกี่ยวกับบุหรี ออกกำลังกาย และการสร้างกฎเกี่ยวกับการสูบบุหรีในชุมชน

ยุพา จิวพัฒนกุลและนงนุช เพ็ชรร่วง (2559) ได้ศึกษาการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนจากมุมมองของครอบครัว พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน 5 แนวทางคือ การส่งเสริมการทำหน้าที่ที่ดีในครอบครัว การสร้างภูมิคุ้มกันปลอดบุหรี่ การเสริมสร้างสายสัมพันธ์ในครอบครัว การเฝ้าดูเยาวชนไม่ให้คบเพื่อนที่สูบบุหรี่ และการเสริมสร้างทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ให้แก่เยาวชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องสมุนไพรดอกขาวเพื่อการเลิกบุหรี่ มีดังนี้

วันดี ไตรภพสกุลและ ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (2554) การศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของสมุนไพรดอกขาวชนิดแคปซูลในการเลิกบุหรี่ การวิจัยเชิงทดลอง (double blind randomized controlled trial) คัดเลือกผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความต้องการอยากเลิกบุหรี่ จำนวน 68 ที่คลินิกเลิกบุหรี่ รพ.จุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งเข้ากลุ่มศึกษา 35 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย โดยกลุ่มศึกษาได้รับผงแห้งของสมุนไพรดอกขาวบรรจุในแคปซูล เม็ดละ 500 มิลลิกรัม รับประทาน 2 แคปซูล วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้ ยาหลอก ทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่จากทีมรักษาทุกครั้งที่ติดตาม ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง วัดดูประสิทธิผลหลักคือ ประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 ส่วนวัดดูประสิทธิผลรอง คือ ประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 8 และ 12 และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR) ณ สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 รวมถึงติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของสมุนไพรดอกขาวแคปซูล พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 คือ ร้อยละ 28.6 ของกลุ่มศึกษา และ 15.2% ของกลุ่มควบคุม ($p=0.246$) ส่วน CAR ระยะติดตามที่ 8 สัปดาห์ คือ ร้อยละ 28.6 ของกลุ่มศึกษา และ 12.1% ของกลุ่มควบคุม ($p=0.135$) และ CAR ระยะติดตามที่ 12 สัปดาห์คือ ร้อยละ 22.9 ของกลุ่มศึกษา และร้อยละ 9.1 ของกลุ่มควบคุม ($p=0.189$) ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 คือ ร้อยละ 31.4 ของกลุ่มศึกษา และร้อยละ 27.2 ของกลุ่มควบคุม ($p=0.793$) ส่วน PAR ระยะติดตามที่ 8 สัปดาห์คือ ร้อยละ 34.3 ของกลุ่มศึกษา และร้อยละ 18.2 ของกลุ่มควบคุม ($p=0.173$) และ PAR ระยะติดตามที่ 12 สัปดาห์คือ ร้อยละ 34.3 ของกลุ่มศึกษา และร้อยละ 15.2 ของกลุ่มควบคุม ($p=0.094$) ผู้ป่วยสามารถทนผลข้างเคียงได้ดีและไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง

ศศิธร กิจไพบูลย์ทวี (2555) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของยาอมเม็ดแข็งสมุนไพรดอกขาวร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรต่ออัตราการเลิกบุหรี่ : การศึกษาควบคุมเชิงสุ่มโดยกลุ่มศึกษา 34 ราย

ได้รับยาอมเม็ดยาดอกขาวเป็นเวลา 4 สัปดาห์โดยให้ห้อมครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง รวม 3 เม็ดต่อวัน กลุ่มควบคุม 33 รายได้รับยาหลอกซึ่งมีลักษณะและวิธีใช้เช่นเดียวกับยาอมเม็ดยาดอกขาว ทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำปรึกษารายบุคคลโดยเภสัชกรในสัปดาห์ที่ 0, 1, 2, 4, 8 และ 12 และมีการติดตามทางโทรศัพท์ในระหว่างการนัดติดตามแต่ละครั้ง กำหนดวันเลิกบุหรี่เป็นวันที่ 8 ของการศึกษา ผลการเลิกบุหรี่ประเมินจากการรายงานโดยอาสาสมัครเอง และยืนยันผลด้วยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ สำหรับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้จากการสัมภาษณ์และการรายงานจากอาสาสมัครในวันนัดติดตาม พบว่า 7-days point prevalence abstinence rate, PAR ในกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 38.2) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 27.3) ในสัปดาห์ที่ 4 ของการศึกษา แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.339$) สำหรับ PARs ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 2, 8 และ 12 เท่ากับ ร้อยละ 41.2 และ 24.2 ($p = 0.140$) ร้อยละ 41.2 และ 33.3 ($p = 0.507$), ร้อยละ 47.1 และ 27.3 ($p = 0.094$) ตามลำดับ ส่วน CARs ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8 และ 12 เท่ากับ ร้อยละ 41.2 และ 24.2 ($p = 0.140$), ร้อยละ 32.4 และ 21.2 ($p = 0.304$), ร้อยละ 29.4 และ 21.2 ($p = 0.441$), ร้อยละ 29.4 และ 15.2 ($p = 0.162$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน พบว่า CARs ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทุกครั้งที่ติดตาม คือเป็นร้อยละ 40 และ 6.3 ในสัปดาห์ที่ 2, ร้อยละ 26.7 และ 6.3 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8, ร้อยละ 26.7 และ 0 ในสัปดาห์ที่ 12 สำหรับอาสาสมัครที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่า มีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจากเมื่อเริ่มการศึกษา โดยไม่พบความแตกต่างทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.645$ และ 0.541 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในกลุ่มศึกษา ได้แก่ อาการง่วงนอน ร้อยละ 38.2 ชาลิ้นลิ้นไม่รับรส เหม็นกลิ่นบุหรี่และเวียนศีรษะ ร้อยละ 26.5 เท่ากัน และอาการไม่อยากสูบบุหรี่ร้อยละ 20.6 ซึ่งไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ยกเว้นอาการง่วงนอนที่พบอุบัติการณ์ในกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 38.2 และ 12.1, $p = 0.014$) ไม่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงระหว่างใช้ยาอมจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ยาอมเม็ดยาดอกขาวไม่มีผลช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่จากการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร อย่างไรก็ตามพบแนวโน้มการช่วยเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน ซึ่งต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่มากขึ้นและเพิ่มระยะเวลาติดตามให้นานขึ้น เพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพของยาอมเม็ดยาดอกขาวในการเลิกบุหรี่ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(stage of change) มีดังนี้

เบญจมาศ บุญยะวันและคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความสมดุลของการตัดสินใจในการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พรรณี ปานเทวัญ และคณะ (2553) ได้ศึกษาความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการกองทัพไทย พบว่า เมื่อติดตามผลการสูบบุหรี่ของทหารภายหลัง 6 เดือน ส่วนใหญ่ทหารยังอยู่ในขั้นตอนเดิมแต่มีจำนวนร้อยละ 36 ที่มีการเลื่อน stage ไปข้างหน้าและทหารที่สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ได้จะเป็นกลุ่มที่อยู่ในขั้นเตรียมตัวและขั้นการปฏิบัติก่อนการได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า ทหารที่มีคะแนนความสามารถในตนเองสูง สามารถลดและเลิกบุหรี่ได้มากกว่าทหารที่มีคะแนนความสามารถในตนเองต่ำ

พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภดา และคณะ (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอผ้า จังหวัดนครปฐม กลุ่มทดลอง คือ พนักงานชาย 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเอกสารแผ่นพับความรู้และคู่มือการงดสูบบุหรี่ด้วยตนเองพบว่า ภายหลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการงดสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการงดสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงในการติดยาโคตินดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการงดสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมได้

ภาณุสา ระยา และคณะ (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 32 คน ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากขั้นไม่สนใจ ร้อยละ 18.8

และชั้นลังเลใจ ร้อยละ 37.5 เมื่อก่อนการทดลองเป็นชั้นเตรียมตัวปฏิบัติ ร้อยละ 28.1 และชั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 71.9 ในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในชั้นลงมือปฏิบัติ ร้อยละ 75.0 และชั้นเตรียมตัวปฏิบัติ ร้อยละ 25.0 ในสัปดาห์ที่ 8 นอกจากนี้ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยของ ยูพา จีวพัฒนกุล และสุรัสวดี ไหว่อง (2558) ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนั้น ทำให้ทราบถึงแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับเยาวชน ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนาการทำวิจัยต่อไปได้ เช่นการส่งเสริมให้เกิดความอบอุ่นภายในครอบครัว ครอบครัวต้องเฝ้าระวังไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่ การเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ปกครองโดยการไม่สูบบุหรี่ การสอนสุขศึกษาเรื่องพิษภัยบุหรี่ และการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มเยาวชนที่กำลังศึกษาเล่าเรียน ทำให้ยังขาดความคิดเห็นของเยาวชนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่เป็นตัวแทนของเยาวชนทั้งหมด และเยาวชนที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นเพศชายทั้งหมด ทำให้ยังขาดความคิดเห็นของเยาวชนหญิงซึ่งอาจมีมุมมองในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันออกไปได้ รวมทั้งงานวิจัยนี้ไม่ได้มีการวัดผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเยาวชนและครอบครัว เช่น ระดับความดันโลหิต หรือ ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ จึงไม่ทราบผลลัพธ์ทางสุขภาพของเยาวชนที่สูบบุหรี่ เยาวชนกลุ่มดังกล่าวจึงอาจไม่ตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ที่เป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนในครอบครัว

ส่วนงานวิจัยของเดือนทิพย์ เขมมโอบาสและ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดเลิกบุหรี่นั้น เป็นเพียงการวัดคะแนนการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และวัดคะแนนระดับการเสพติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ซึ่งไม่สามารถประเมินอัตราความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างชัดเจน รวมทั้งไม่ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบทางสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว ด้วยการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การตรวจวัดระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ

งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะกับผู้สูบบุหรี่ มีเพียงส่วนน้อยที่ทำการศึกษากับผู้สูบบุหรี่และการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ รวมทั้งการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ได้มีการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีที่หลากหลายเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งประสิทธิผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เช่น แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งนอกจากผู้สูบบุหรี่จะต้องมีจิตใจที่มั่นคงแน่วแน่ในการเลิกบุหรี่แล้ว การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ย่อมส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจและกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ก็ย่อมส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่เพิ่มมากขึ้นด้วย ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่จากแนวคิดของกิบสันการสร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลผู้สูบบุหรี่ ช่วยให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง โดยเภสัชกรจะต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบครัว ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ เภสัชกรจะทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือแก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาที่มีการดำเนินกิจกรรม โดยผ่านกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเภสัชกร ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างความร่วมมือในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ให้ได้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการศึกษา และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเสียม ต.หัวดอน อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี จำนวน 2 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 6 จำนวน 53 คนและ หมู่ที่ 7 จำนวน 50 คน ที่มีการบันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหม อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเสียม ต.หัวดอน อ.เชียงใน จ.อุบลราชธานี จำนวน 64 คน จาก 2 หมู่บ้าน ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 32 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านเสียมหมู่ที่ 7 และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คนที่อาศัยอยู่ในบ้านเสียมหมู่ที่ 6

3.3 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 เดือนก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 1 มวนต่อวันขึ้นไป
- 2) มีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่
- 3) อายุ 15 ปีขึ้นไป
- 4) สื่อสาร อ่านออก เขียน ด้วยภาษาไทยได้
- 5) ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยปัญหาทางสายตา การเขียนหรือการได้ยิน
- 2) ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่อาศัยตามลำพัง
- 3) หญิงตั้งครรภ์

3.4 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วน กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน อ้างอิงสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของพรทิพย์ เกยุรานนท์ และ จักรกฤษณ์ ศิวัชเดชาเทพ (2551) และค่าสัดส่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้มาจากการศึกษาของ ปรัชพร กลีบประทุมและคณะ (2559) เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = 2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 P(1-P) / (P_1 - P_2)^2$$

โดยกำหนดให้ n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$$\alpha = \alpha \text{ error } 0.05$$

$$\beta = \beta \text{ error } 0.95$$

Z_{α} = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนด power of test 95% เท่ากับ 1.65

P_1 = proportion in treatment (or study) group

กลุ่มทดลองที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในสัปดาห์ที่ 10 ร้อยละ 38.5

P_2 = proportion in control (or comparison) group

กลุ่มเปรียบเทียบที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในสัปดาห์ที่ 10 ร้อยละ 0

$$P = (P_1 + P_2) / 2 \\ = (0.385 + 0) / 2 = 0.1925$$

$$\text{แทนค่า } n = 2(1.96 + 1.65)^2 \times 0.1925(1 - 0.1925) / (0.385 - 0)^2$$

$$n = 2(3.61)^2 \times 0.1925(0.8075) / 0.14823$$

$$n = 2(13.03) \times 0.1925(0.8075) / 0.14823$$

$$n = 26.06 \times 0.15544 / 0.14823$$

$$n = 4.05 / 0.14823$$

$$n = 27.33 \text{ หรือประมาณ } 27 \text{ คน}$$

คิดอัตราการ drop out เป็นร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คิดเป็น 32.4 คน หรือประมาณตัวเลขเป็น 32 คนต่อกลุ่ม

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ต้องการสำหรับกลุ่มทดลอง คือ 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 32 คน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว ก
- 2) หนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ก
- 3) คู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ ดัง
ภาคผนวก จ
- 4) เครื่องชั่งน้ำหนักระบบดิจิทัล ยี่ห้อ Beurer Design Glass Scale รุ่น GS210 เครื่องวัด
ความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM-7130 และเครื่องวัดระดับก๊าซ
คาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (exhaled carbon monoxide; CO) ยี่ห้อ PICO
smokerlyzer
- 5) ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ ยาเม็ดอมสมุนไพรหญ้าดอกขาว ยี่ห้อ ชาวหินฟ้า
(สำหรับกลุ่มทดลอง: การได้รับยาอยู่ภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา)
- 6) แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ พัฒนามาจากแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยา
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

6.1 แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน Day 0, 7, 14, 30, 60 และ 90

- แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน Day 0 (ก่อนการทดลอง) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) ประวัติครอบครัว โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่และปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาในอดีต บุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model ; TTM หรือ stage of chang model) และการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (fagerstrom test for level of nicotine dependence)
- แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน Day 7 ถึง Day 90 ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่ การประเมินระดับการเสพติดนิโคติน อาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและความ

คิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สูบบุหรี่ภายหลังการเยี่ยมบ้าน

6.2 แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 Day 0 (ก่อนการทดลอง) และ Day 90 (หลังการทดลอง)

- แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day0 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) ประวัติครอบครัว โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่และปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาในอดีต บุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่ และการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

- แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 90 (หลังการทดลอง) ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่ และการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน อาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สูบบุหรี่ภายหลังการเยี่ยมบ้าน

7) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย

2.1 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ 9 ข้อ

2.2 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ 6 ข้อ

2.3 ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่ 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจมีเกณฑ์การให้คะแนนตาม Likert scale ที่อยู่ในรูปแบบคะแนนเฉลี่ยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 5 = พึงพอใจมากที่สุด, คะแนน 4 = พึงพอใจมาก คะแนน 3 = พึงพอใจปานกลาง, คะแนน 2 = พึงพอใจน้อย และคะแนน 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด

โดยมีเกณฑ์ที่ใช้การแปลความหมายข้อมูลใช้วิธีของ Likert scale แบบจำแนกแต่ละช่วงชั้นย่อยต่างกัน แบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยทำการกำหนดช่วงของการวัดได้ดังนี้

ระดับ 5 คะแนน ตั้งแต่ 4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ระดับ 4 คะแนน ตั้งแต่ 3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก

ระดับ 3 คะแนน ตั้งแต่ 2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ระดับ 2 คะแนน ตั้งแต่ 1.50 - 2.49 หมายถึง ฟังพองน้อย

ระดับ 1 คะแนน ตั้งแต่ 1.00 - 1.49 หมายถึง ฟังพองน้อยที่สุด

8) สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย โปสเตอร์ แผ่นพับ และวีดิทัศน์

- โปสเตอร์ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2559) ประกอบด้วย เรื่อง โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และ อันตรายจากควันบุหรี่มือสาม
- แผ่นพับให้ความรู้(มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2559) ประกอบด้วย เรื่อง
 1. การสูบบุหรี่กับโรคถุงลมโป่งพอง
 2. การสูบบุหรี่กับโรคหัวใจอัมพฤกษ์ อัมพาต
 3. การสูบบุหรี่กับโรคเบาหวาน
 4. การสูบบุหรี่กับโรคความดันโลหิตสูง
 5. การสูบบุหรี่กับโรคภูมิแพ้
 6. ลูกรักกับควันบุหรี่มือสองและมือสามในบ้าน
 7. หญิงตั้งครรภ์กับการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสอง
 8. ควันบุหรี่มือสองทำร้ายคนใกล้ชิด
- วีดิทัศน์(มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2557) ประกอบด้วย เรื่อง
 1. เรื่องจริงจากคนป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ระยะเวลา 3 นาที
 2. ประสบการณ์ของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 1.11 นาที
 3. ความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ ระยะเวลา 4.37 นาที
 4. ณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ผมไม่ได้สูบ ระยะเวลา 0.51 นาที
 5. สาธิตการทดลองสารพิษในควันบุหรี่ ระยะเวลา 3.07 นาที
 6. เมื่อเด็กไทยหายใจควันบุหรี่เข้าไป ระยะเวลา 1.31 นาที

3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) การทดสอบความตรงหรือความถูกต้อง (validity test) ของแบบประเมินความพึงพอใจ โดยทดสอบความตรงหรือความถูกต้องตามเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์ที่ปฏิบัติงานวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบและการพัฒนาแบบสอบถามในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบการตรงตามเนื้อหาสำหรับการสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม

2) การทดสอบความเที่ยงหรือความแม่นยำ (reliability test) ของแบบประเมินความพึงพอใจ โดยทดสอบในกับผู้สูบบุหรี่ในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชิงในอำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม จำนวน 93 คน แล้วนำผลที่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.937

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จะถูกระบุด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows ซึ่งสถิติที่ใช้วิเคราะห์มีดังนี้

1) ผลลัพธ์การศึกษาชนิดตัวแปรแบบนามบัญญัติ (nominal variable) ได้แก่ อัตราการเลิกบุหรี่เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square และเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มใช้สถิติ McNemar

2) ผลลัพธ์การศึกษาชนิดตัวแปรต่อเนื่องที่เป็นค่าเฉลี่ย ได้แก่ จำนวนมวนบุหรี่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ระดับความพึงพอใจ เมื่อทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล

ในกรณีการกระจายตัวของข้อมูลอย่างสมมาตร (normal distribution) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Student T test และเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มใช้สถิติ Paired t-test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$)

ในกรณีการกระจายตัวของข้อมูลไม่สมมาตรเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มใช้สถิติ Wilcoxon rank sum test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$)

3.8 ประเด็นพิจารณาด้านจริยธรรม

ประชาชนที่สูบบุหรี่อาจรู้สึกว่าการสุ่มหรือการสุ่มของตนเองไม่เหมาะสม รวมทั้งครอบครัวผู้สูบบุหรี่อาจรู้สึกไม่สบายใจที่สังคมรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องนี้จึงแก้ปัญหาโดย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และข้อมูลที่ได้อาจถือว่าเป็นความลับและใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนจะได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนงานวิจัยนี้มีการยื่นขอจริยธรรมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2561 เลขที่รับรอง 053/2561

3.9 แผนการดำเนินงานวิจัย

แผนการดำเนินงานวิจัยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้และแสดงแบบย่อในภาพประกอบ 3.1 โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมและกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดยใช้การติดตามเยี่ยม

บ้านร่วมกับการทำกิจกรรมรายบุคคล เป็นระยะเวลา 3 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 6 ครั้ง ร่วมกับการทำกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7 ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14 ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30 ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60 ร่วมกับการกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 Day 90 และทำแบบสอบถามหลังการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ

ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง คือ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 90 ทำแบบสอบถามหลังการทดลอง

3.9.1 ขั้นตอนการวิจัย

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงเนิน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหม อำเภอเชิงเนิน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ของประชากรในชุมชนบ้านเสียม หมู่ที่ 6 และ 7
- 2) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหมและผู้ใหญ่บ้านบ้านเสียม หมู่ที่ 6 และ 7 ชี้แจงขั้นตอนรายละเอียดการดำเนินการวิจัย
- 3) ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์สุ่มเลือกหมู่บ้านเข้ากลุ่ม
- 4) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนรายละเอียดวิธีวิจัยพร้อมเอกสารข้อมูลคำอธิบายและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบรับทราบ
- 5) ผู้วิจัยสอบถามพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้สูบบุหรี่ด้วยความสมัครใจ โดยต้องเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่จำนวน 1

คนพร้อมชี้แจงขั้นตอนรายละเอียดวิธีวิจัยพร้อมเอกสารข้อมูลคำอธิบายและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรับทราบ

6) ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน โดยชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดต่างๆ ให้แก่ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลได้เข้าใจวิธีการและข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

7) ดำเนินการตามแผนงานวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

กลุ่มทดลอง

- การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ก่อนการทดลอง
ผู้วิจัย : เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่
ผู้ช่วยเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ
- การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7 – ครั้งที่ 5 Day 60
ผู้วิจัย: เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่
- การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 Day 90 หลังการทดลอง
ผู้วิจัย : เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่
ผู้ช่วยเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

กลุ่มเปรียบเทียบ

- การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ก่อนการทดลอง
ผู้วิจัย : เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่
ผู้ช่วยเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ
- การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 90 หลังการทดลอง
ผู้วิจัย : เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่
ผู้ช่วยเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

8) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและแปลผลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินความพึงพอใจ

9) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย เขียนสรุปเล่มรายงานการวิจัยและบทความตีพิมพ์

3.9.2 ขั้นตอนการวิจัย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ก่อนการทดลอง

ระยะเวลาที่ใช้ : 30-45 นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทราบถึง ข้อมูลทางคลินิก ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและระดับการเสพติดนิโคติน

เครื่องมือที่ใช้ :

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา
2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อ

ครอบครัวปลอดบุหรี่

วิธีดำเนินการ

1. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
2. บันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ด้วยแบบบันทึกข้อมูล
3. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซ CO
4. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
 - กรณีผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการเสพติดนิโคตินระดับสูงคือ ได้คะแนน 7-10 ให้พิจารณาส่งต่อรับยาที่โรงพยาบาลเชิงใน (ภายใต้ความสนใจของผู้เข้าร่วมวิจัย) และติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. สอบถามความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7

กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

ระยะเวลาที่ใช้ : 30 นาที

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงพิษภัยบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงอาการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน

เครื่องมือที่ใช้ :

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 7
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซ

คาร์บอนมอนอกไซด์

3. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

1. ใช้การประเมินตามแนวทาง 5A เพื่อสอบถามประวัติการสูบบุหรี่
 2. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
 3. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้ข้อมูลอาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
 4. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
 5. ให้ความรู้อันตรายที่เกิดจากบุหรี่และควันบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์
 6. สอบถามถึงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และดำเนินการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ
 7. ให้คำแนะนำการใช้ยาเม็ดอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา
 8. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2Day 7 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14
- กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
- ระยะเวลาที่ใช้ : 30 นาที
- วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวร่วมกันวางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกบุหรี่และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
- เครื่องมือที่ใช้ :
1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 14
 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
- ### 3. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

1. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
 2. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
 3. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และสะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่และข้อเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม
 4. ให้ความรู้พิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
 5. สอบถามปัญหาและอุปสรรค วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในอดีตที่ผ่านมา และสอบถามถึงพฤติกรรมความช่วยเหลือเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว
 6. วางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
 7. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่3Day14
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30
กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที
- วัตถุประสงค์ :
1. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตามแผนการปฏิบัติที่ได้วางไว้
 2. เพื่อให้ครอบครัวดำเนินการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ด้วยวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- เครื่องมือที่ใช้ :
1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 30
 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
 3. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

1. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
 2. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
 3. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และสะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่และข้อเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม
 4. ให้ความรู้พิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับโปสเตอร์และวิดีโอ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
 5. ทบทวนวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ร่วมกันวางแผนในครั้งที่แล้ว
 - กรณีที่ผู้สูบบุหรี่เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมแล้วให้ดำเนินการตามวิธีดังกล่าวเพื่อการเลิกบุหรี่ให้ได้สำเร็จต่อไป
 - กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ให้คำแนะนำและทบทวนแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยให้สมาชิกในครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมอีกครั้ง
 - สอบถามถึงพฤติกรรมความช่วยเหลือเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว
 6. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4Day 30 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60
- กิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
- ระยะเวลาที่ใช้ : 30 นาที
- วัตถุประสงค์ :
1. เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
 2. เพื่อให้ครอบครัวมีทักษะในการสื่อสารทางบวก ชื่นชมและให้กำลังใจแก่ผู้สูบบุหรี่

บุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ :

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 60
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซ

คาร์บอนมอนอกไซด์

3. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

1. สอบถามถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ปฏิบัติและความสำเร็จของการเลิกปฏิบัติ ด้วยวิธีการดังกล่าว เช่น การหักดิบ การลดจำนวนมวนบุหรี่ลง การหากิจกรรมยามว่างทำ เป็นต้น
2. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
3. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
4. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
5. ให้ความรู้อันตรายที่เกิดจากบุหรี่และควันบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์
6. แนะนำเทคนิควิธีการเลิกสูบบุหรี่และแนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นทำให้ยังคงสูบบุหรี่ รวมทั้งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่
7. สนับสนุนให้กำลังใจ ชื่นชม เมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการสื่อสารทางบวก ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
8. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่5Day 60 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 Day 90 (หลังการทดลอง)

ระยะเวลาที่ใช้ : 30 นาที

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ที่กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวกลุ่มเปรียบเทียบตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่และอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสาม

3. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่กลุ่มเปรียบเทียบวางแผนการเลิกบุหรี่และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการเลิกสูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ :

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 90
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์
3. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์
4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่

วิธีดำเนินการ

กลุ่มทดลอง

1. กล่าวคำชื่นชมเมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้กำลังใจแก่ผู้ที่พยายามลดละเลิกการสูบบุหรี่แต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

2. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

3. สอบถามความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

4. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

ซ้ำ

5. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้าน

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. กล่าวคำชื่นชมเมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้กำลังใจแก่ผู้ที่พยายามลดละเลิกการสูบบุหรี่แต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

2. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

3. ประเมินความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

4. ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้พิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้าน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว

5. สอบถามปัญหาและอุปสรรค วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในอดีตที่ผ่านมา และสอบถามถึงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว

6. วางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

7. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำบันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้าน

กลุ่มตัวอย่าง	Day 0	Day 7	Day 14	Day 30	Day 60	Day 90
กลุ่มทดลอง (ยาอมสมุนไพร หลอดดอกขาว Day 0-60)	ประเมินการเลิกสูบบุหรี่, จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อ วัน	กิจกรรมที่ 1 วัด BP, Weight, CO	กิจกรรมที่ 2 วัด BP, Weight, CO	กิจกรรมที่ 3 วัด BP, Weight, CO	ประเมินการเลิกสูบบุหรี่, จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน วัด BP, Weight, CO ,ประเมินระดับความพึง พอใจ	
กลุ่ม เปรียบเทียบ	วัด BP, Weight, CO ,ประเมินระดับความพึง พอใจ	ไม่มีกิจกรรม				

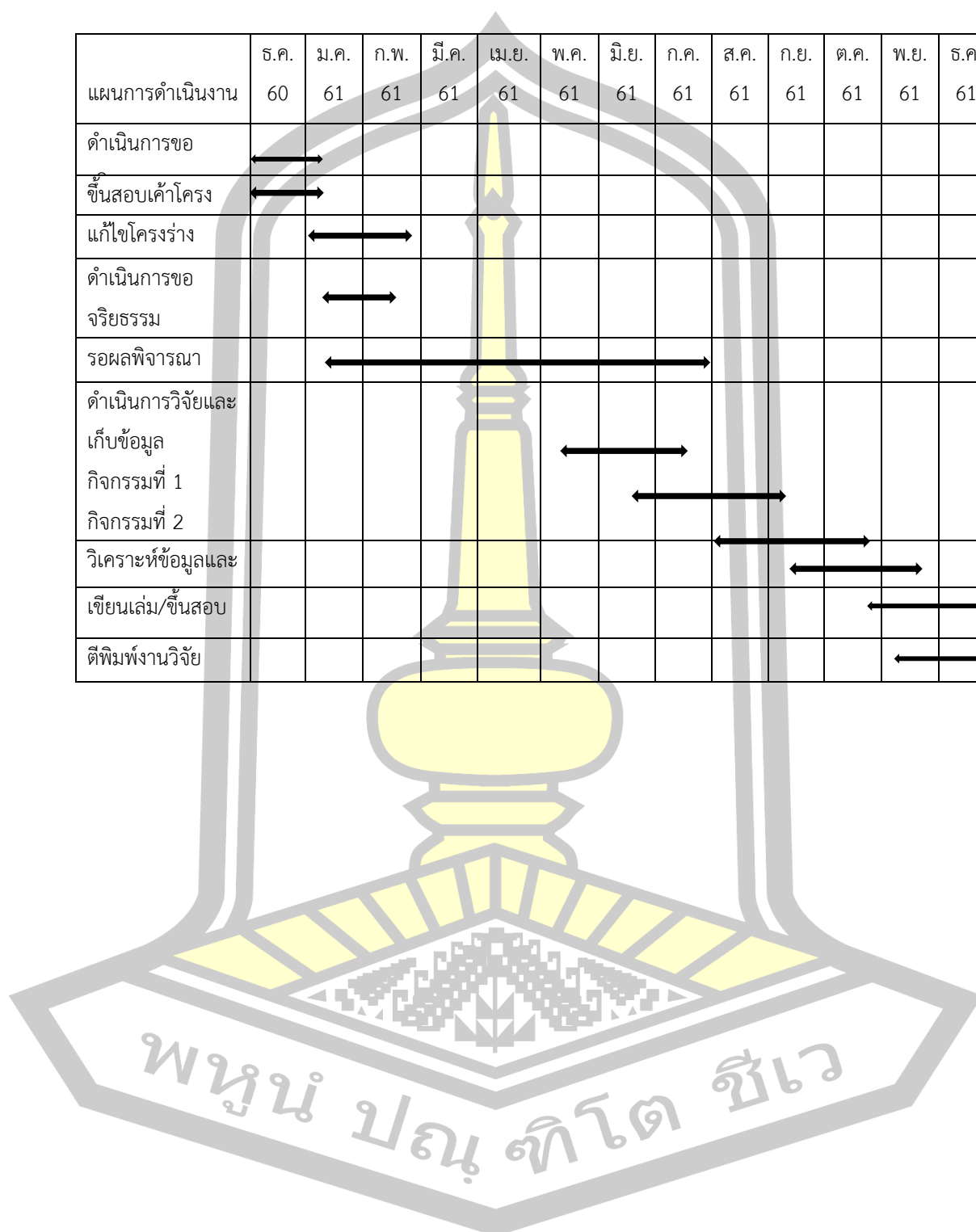
BP ย่อมาจากระดับความดันโลหิต (blood pressure), Weight หมายถึงน้ำหนัก, CO หมายถึงระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก

ภาพประกอบ 2 แผนการดำเนินงานวิจัย

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

ตาราง 1 แผนการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงาน	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
	60	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
ดำเนินการขอ	←→												
ขึ้นสอบเค้าโครง	←→												
แก้ไขโครงร่าง		←→											
ดำเนินการขอ จริยธรรม		←→											
รอผลพิจารณา		←→											
ดำเนินการวิจัยและ เก็บข้อมูล						←→							
กิจกรรมที่ 1							←→						
กิจกรรมที่ 2								←→					
วิเคราะห์ข้อมูลและ									←→				
เขียนเล่ม/ขึ้นสอบ										←→			
ตีพิมพ์งานวิจัย											←→		



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิในผู้สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในชุมชนบ้านบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยวัดผลก่อนและหลังการศึกษาด้านผลลัพธ์ทางคลินิกประกอบด้วย อัตราการเลิกบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัวและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ และผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยาในระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา

โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นเพศชายทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2561 โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ ทั้งหมด 6 ครั้ง ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ก่อนการทดลอง, ครั้งที่ 2 Day 7 ร่วมกับกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง, ครั้งที่ 3 Day 14 และครั้งที่ 4 Day 30 ร่วมกับกิจกรรมการสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม, ครั้งที่ 5 Day 60 ร่วมกับกิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและครั้งที่ 6 Day 90 หลังการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 Day 0 ก่อนการทดลองและ ครั้งที่ 2 Day 90 หลังการทดลองได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- 1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- 1.3 ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

- 2.1 น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
- 2.2 จำนวนมวนบุหรี่และอัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนวันประเมินผล

(7-day point abstinence rate)

- 2.3 อาการถอนนิโคตินและอาการไม่พึงประสงค์จากยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาว

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่

3.1 ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (stage of change)

3.2 ระดับการติดยาโคติน(nicotine dependence)

3.3 ความสามารถในการอดบุหรี่

3.4 ระดับความพึงพอใจต่อตนเองของผู้สูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ และระดับความพึงพอใจ

ต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ครอบครัว และสื่อในการช่วยเลิกบุหรี่

4.1 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่

4.2 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่

4.3 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่

4.4 ระดับความพึงพอใจต่อสื่อ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะทั่วไปเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ทั้งหมด 7 คุณลักษณะ ดังแสดงในตาราง 1

จากตาราง 4 กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน เป็นเพศชายทั้งหมด 32 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 36.06 ± 13.70 อายุต่ำสุดที่สูบบุหรี่ คือ 18 ปี และอายุสูงสุดที่สูบบุหรี่ คือ 63 ปี สถานภาพสมรส 20 คน (ร้อยละ 62.50) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) และมีโรคประจำตัว จำนวน 19 คน (ร้อยละ 59.37) โดยพบว่า 3 อันดับแรกของโรคที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 21.88) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.5) และโรคหืด จำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.38)

จากตาราง 4 กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน เป็นเพศชายทั้งหมด 32 คน และในระหว่างทำการศึกษาช่วง Day 30 พบว่า มีผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบ 1 คน ย้ายที่อยู่อาศัยทำให้ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการตัดข้อมูลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออกจากการศึกษา ทำให้เหลือกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 31 คน โดยอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 35.10 ± 12.95 อายุต่ำสุดที่สูบบุหรี่ คือ 17 ปี และอายุสูงสุดที่สูบบุหรี่ คือ 62 ปี สถานภาพสมรส 23 คน (ร้อยละ 74.19) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.84) และมีโรคประจำตัว จำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.84) โดยพบว่า 3 อันดับแรกของโรคที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 19.35) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.13) และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.45) โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมัน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.45)

ตาราง 2 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ) n =32	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน(ร้อยละ) n =31	p- value
1. เพศ : ชาย	32 (100)	31 (100)	N/A
2. อายุ (ปี) (mean±SD)	36.06±13.70	35.10±12.95	0.775 ^a
3. สถานภาพสมรส			0.319 ^b
- โสด/หม้าย	12 (37.50)	8 (25.81)	
- สมรส	20 (62.50)	23 (74.19)	
4. ระดับการศึกษา			0.585 ^b
- ประถมศึกษา	5 (15.63)	8 (25.81)	
- มัธยมศึกษา/ปวช.	19 (59.37)	17 (54.84)	
- ปวส./อนุปริญญา	8 (25)	6 (19.35)	
5. อาชีพ			0.845 ^b
- นักเรียน/นักศึกษา	9 (28.13)	7 (22.58)	
- เกษตรกร	9 (28.13)	12 (38.71)	
- ค้าขาย	8 (25)	7 (22.58)	
- พนักงานโรงงาน	6 (18.75)	5 (16.13)	
6. รายได้ต่อเดือน(บาท)			0.910 ^b
- น้อยกว่า 5,000	18 (56.25)	17 (54.84)	
- อย่างน้อย 5,000	14 (43.75)	14 (45.16)	
7. โรคประจำตัว			0.716 ^b
- ไม่มีโรค	13 (40.63)	14 (45.16)	
- มีโรค	19 (59.37)	17 (54.84)	
- โรคภูมิแพ้	7 (21.88)	6 (19.35)	
- โรคไขมันในเลือดสูง	4 (12.5)	5 (16.13)	
- โรคหืด	3 (9.38)	1 (3.23)	
- โรคความดันโลหิตสูง	2 (6.25)	1 (3.23)	
- โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	2 (6.25)	2 (6.45)	
- โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	1 (3.12)	2 (6.45)	
8. ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	31 (96.88)	29 (93.55)	0.535 ^b

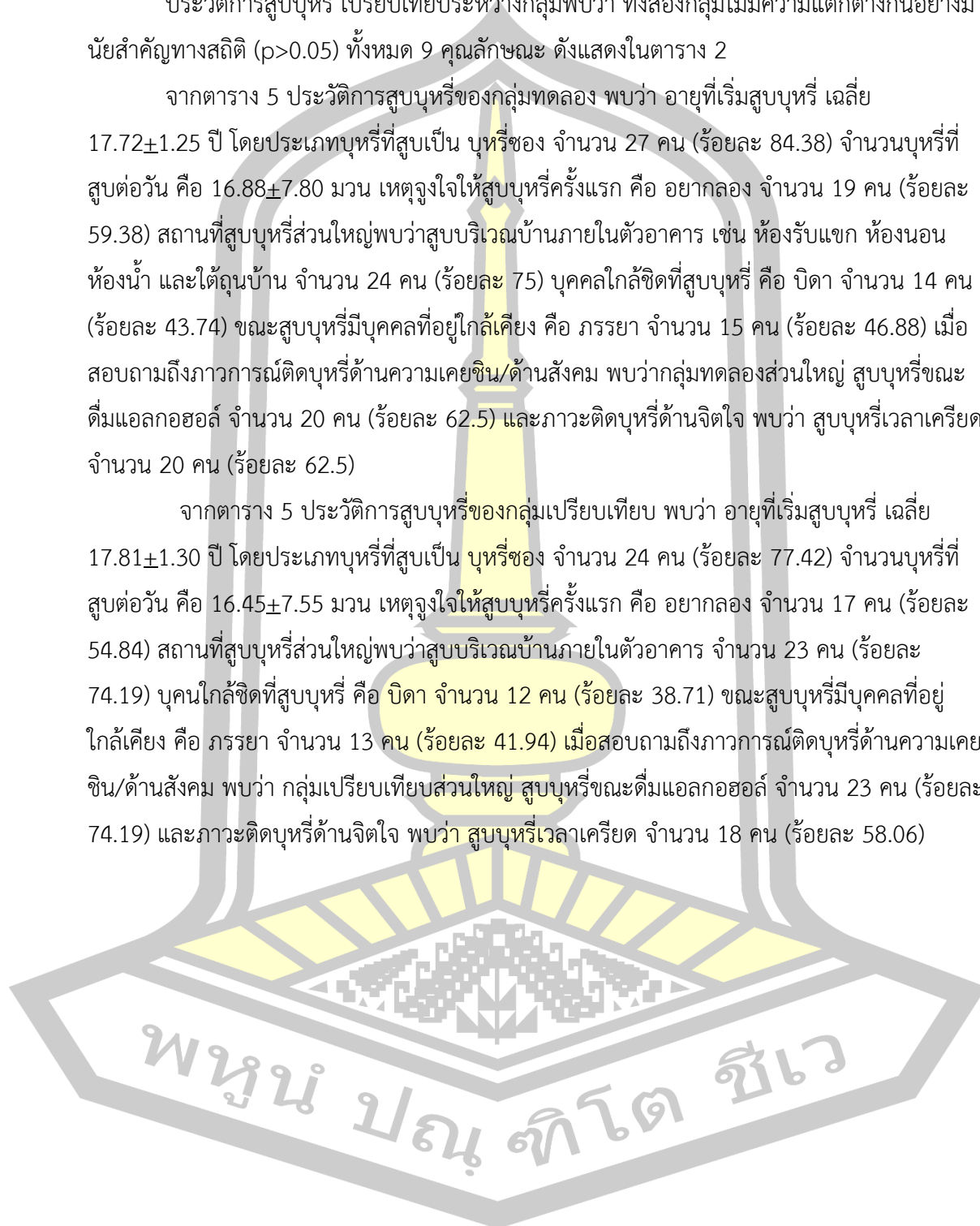
^a Independent t-test, ^b Chi-square

1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประวัติการสูบบุหรี่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ทั้งหมด 9 คุณลักษณะ ดังแสดงในตาราง 2

จากตาราง 5 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ เฉลี่ย 17.72 ± 1.25 ปี โดยประเภทบุหรี่ที่สูบเป็น บุหรี่ซอง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 84.38) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน คือ 16.88 ± 7.80 มวน เหตุจูงใจให้สูบบุหรี่ครั้งแรก คือ อยากลอง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 59.38) สถานที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่พบว่าสูบบุหรี่บริเวณบ้านภายในตัวอาคาร เช่น ห้องรับแขก ห้องนอน ห้องน้ำ และใต้ถุนบ้าน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 75) บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ คือ บิดา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 43.74) ขณะสูบบุหรี่มีบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง คือ ภรรยา จำนวน 15 คน (ร้อยละ 46.88) เมื่อสอบถามถึงภาวะการงดสูบบุหรี่ด้านความเคยชิน/ด้านสังคม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ขณะดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.5) และภาวะงดสูบบุหรี่ด้านจิตใจ พบว่า สูบบุหรี่เวลาเครียด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.5)

จากตาราง 5 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ เฉลี่ย 17.81 ± 1.30 ปี โดยประเภทบุหรี่ที่สูบเป็น บุหรี่ซอง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 77.42) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน คือ 16.45 ± 7.55 มวน เหตุจูงใจให้สูบบุหรี่ครั้งแรก คือ อยากลอง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.84) สถานที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่พบว่าสูบบุหรี่บริเวณบ้านภายในตัวอาคาร จำนวน 23 คน (ร้อยละ 74.19) บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ คือ บิดา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 38.71) ขณะสูบบุหรี่มีบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง คือ ภรรยา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 41.94) เมื่อสอบถามถึงภาวะการงดสูบบุหรี่ด้านความเคยชิน/ด้านสังคม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ขณะดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 74.19) และภาวะงดสูบบุหรี่ด้านจิตใจ พบว่า สูบบุหรี่เวลาเครียด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 58.06)



ตาราง 3 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ) n =32	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน(ร้อยละ) n =31	p- value
1. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (mean±SD)	17.72±1.25	17.81±1.30	0.786 ^a
2. ประเภทบุหรี่ที่สูบ			0.482 ^b
- มวนเอง	5 (15.62)	7 (22.58)	
- บุหรี่ซอง	27 (84.38)	24 (77.42)	
3. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (mean±SD)	16.88±7.80	16.45±7.55	0.828 ^a
4. เหตุจูงใจให้สูบบุหรี่			0.918 ^b
- อายากล่อง	19 (59.38)	17 (54.84)	
- เพื่อนชวน	6 (18.75)	7 (22.58)	
- เครียด	7 (21.88)	7 (22.58)	
5. สถานที่สูบบุหรี่			0.941 ^b
บริเวณบ้าน	24 (75)	23 (74.19)	
- ภายในตัวอาคารบ้าน	20 (62.50)	19 (61.3)	
- ภายนอกตัวอาคารบ้าน	4 (12.50)	4 (12.9)	
ที่ทำงาน/สถานศึกษา	8 (25)	8 (25.81)	
- ห้องน้ำในสถานศึกษา	7 (21.88)	6 (19.35)	
- บริเวณสถานที่ทำงาน(นอกตัวอาคาร)	1 (3.12)	2 (6.45)	
6. บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่			0.731 ^b
- บิดา	14 (43.74)	12 (38.71)	
- เพื่อน	11 (34.38)	10 (32.26)	
-ญาติพี่น้อง	7 (21.88)	9 (29.03)	
7. บุคคลที่อยู่ใกล้เคียงขณะสูบบุหรี่			0.918 ^b
- ภรรยา	15 (46.88)	13 (41.94)	
- เพื่อน	11 (34.38)	12 (38.71)	
- บุตร	6 (18.74)	6 (19.35)	
8. ภาวะติดบุหรี่ด้านความเคยชิน/ด้านสังคม			0.319 ^b
- สูบบุหรี่เวลาดื่มเหล้า	20 (62.5)	23 (74.19)	
- สูบบุหรี่หลังอาหาร	12 (37.5)	8 (25.81)	
9. ภาวะติดบุหรี่ด้านจิตใจ			0.914 ^b
- สูบบุหรี่เวลาเครียด	20 (62.5)	18 (58.06)	
- สูบบุหรี่ขณะทำงาน	7 (21.88)	7 (22.58)	
- สูบบุหรี่เวลาว่าง	5 (15.63)	6 (19.36)	

^a Independent t-test , ^b Chi-square

1.3 ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ทั้งหมด 7 คุณลักษณะ ผู้สูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มเคยมีประสบการณ์ เลิกบุหรี่มาก่อนมากกว่าร้อยละ 60 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 62.5 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 67.74) ส่วนใหญ่ใช้วิธีหักดิบ (ร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 76.19 ในกลุ่มเปรียบเทียบ) เหตุผลที่สำคัญที่ต้องการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้คือ ปัญหาสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 62.5 ในกลุ่มทดลองและ ร้อยละ 54.84 ในกลุ่มเปรียบเทียบ) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 4 ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ) n =32	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน(ร้อยละ) n =31	p- value
1.ประสบการณ์เคยเลิกสูบบุหรี่	20 (62.50)	21 (67.74)	0.663 ^b
2.จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ (mean±SD)	1.59±1.32	1.68±1.25	0.797 ^a
3.ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานที่สุด (วัน)(mean±SD)	60.53±141.86	62.39±143.65	0.959 ^a
4.วิธีการเลิกบุหรี่ในอดีต (ไม่ได้ใช้ยาช่วย)			0.823 ^b
- หักดิบ	14 (70)	16 (76.19)	
- ลดจำนวน	6 (30)	5 (23.81)	
5.สาเหตุในอดีตที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ			0.807 ^b
- ภาวะเครียด	15 (46.88)	12 (38.71)	
- ถูกกระตุ้นโดยเพื่อน/สังคม/สิ่งแวดล้อม	9 (28.12)8 (25)	10 (32.26)9 (29.03)	
- อยากสูบบุหรี่			
6.เหตุผลของการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้			0.825 ^b
-ปัญหาสุขภาพของตนเอง	20 (62.50)	17 (54.84)	
-ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว	7 (21.88)5 (15.62)	8 (25.81)6 (19.35)	
-ปัญหาทางเศรษฐกิจ/ไม่มีเงินซื้อบุหรี่			
7.บุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้			0.943 ^b
-ตนเอง	14 (43.75)	12 (38.71)	
-ภรรยา	7 (21.88)	8 (25.81)	
-บุตร	6 (18.75)	5 (16.13)	
-พ่อแม่	5 (15.63)	6 (19.35)	

^a Independent t-test, ^b Chi-square

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

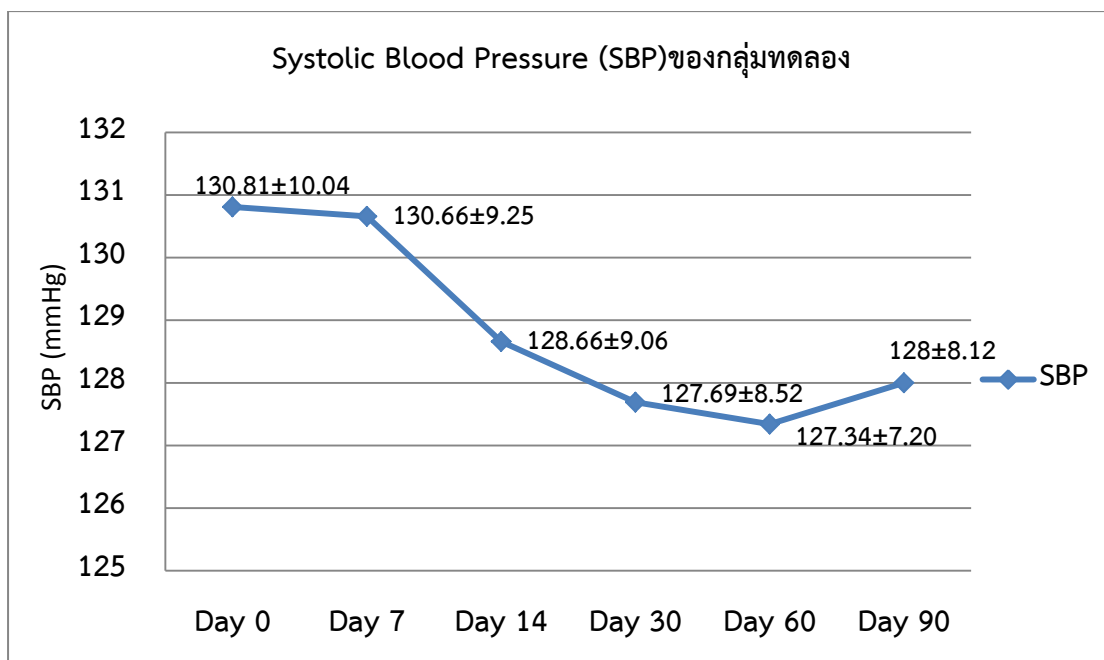
จากภาพประกอบ 5 น้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง พบว่า น้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง Day 7 ถึง Day 30 จาก 59.1 ± 6.78 กิโลกรัม เป็น 59.47 ± 6.63 กิโลกรัมและเริ่มคงที่ถึง Day 90



ภาพประกอบ 3 น้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

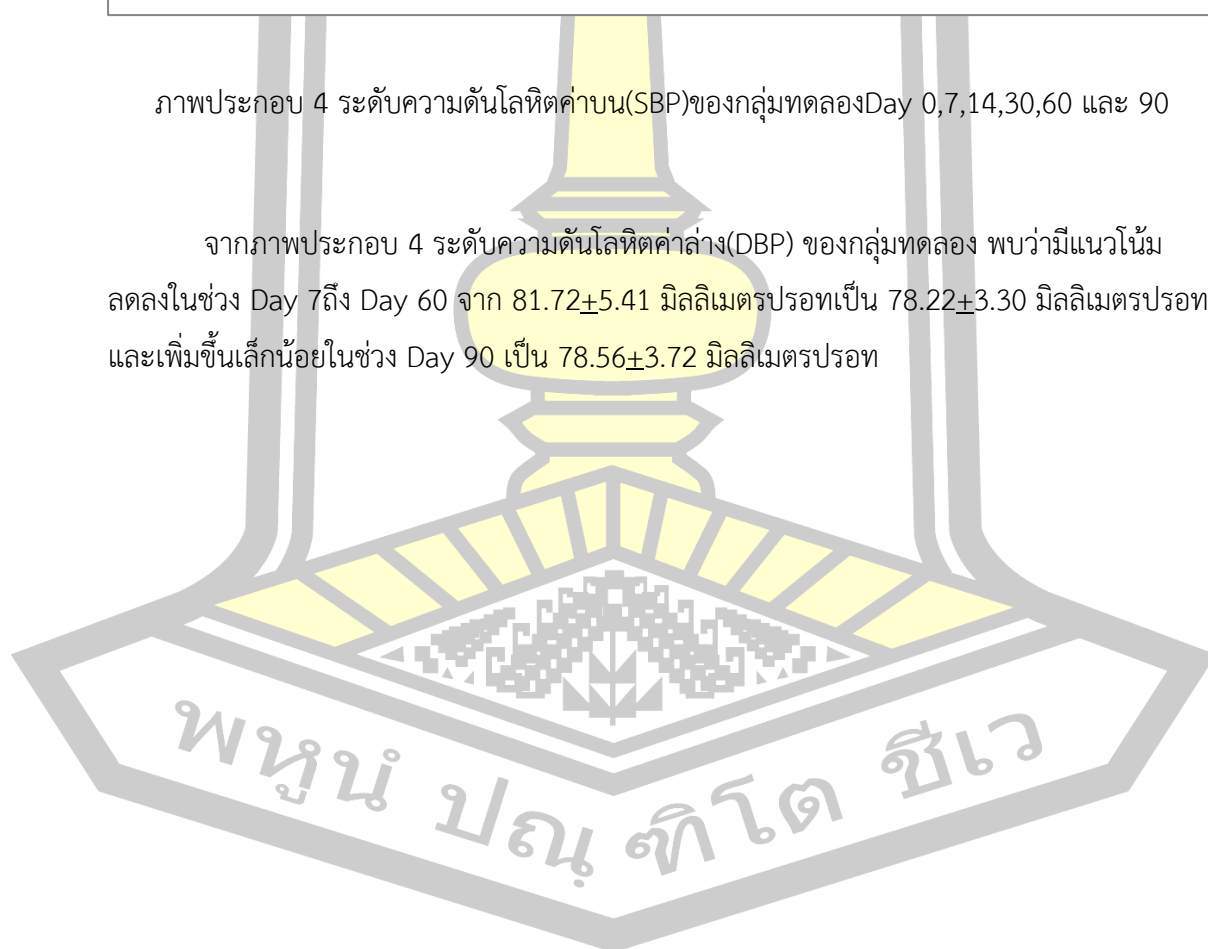
จากภาพประกอบ 3 พบว่า ระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงในช่วง Day 7 ถึง Day 60 จาก 130.66 ± 9.25 มิลลิเมตรปรอท เป็น 127.34 ± 7.20 มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยที่ Day 90 เป็น 128 ± 8.12 มิลลิเมตรปรอท

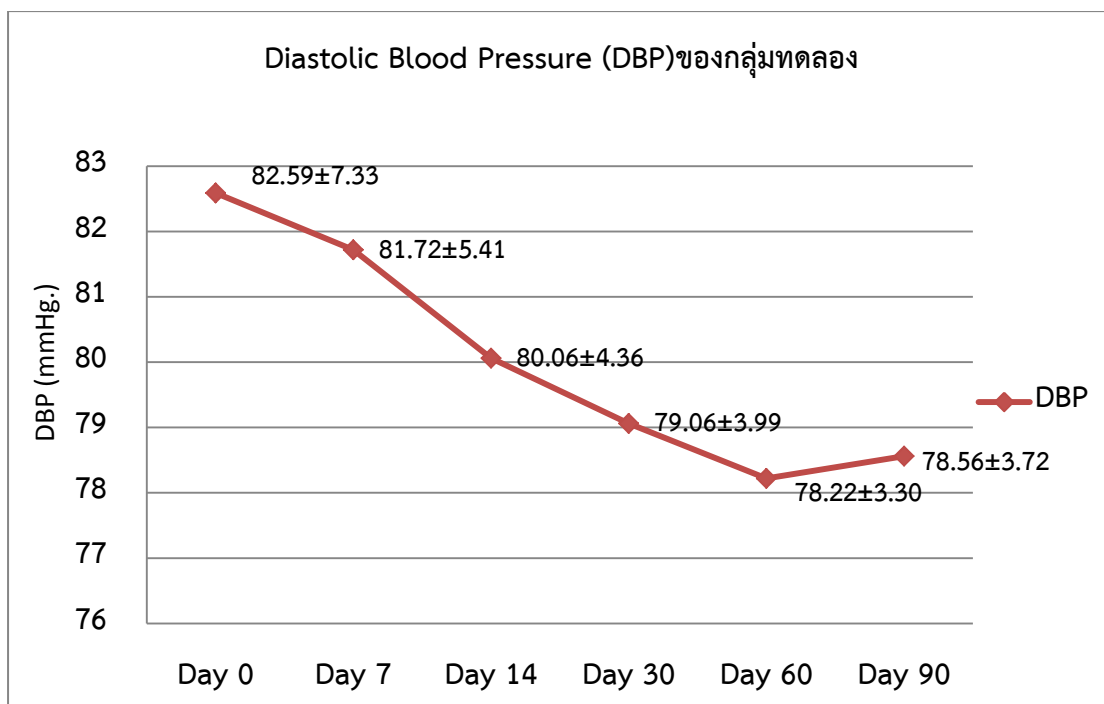
พญ. ปณ. จิตโต ชีเว



ภาพประกอบ 4 ระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

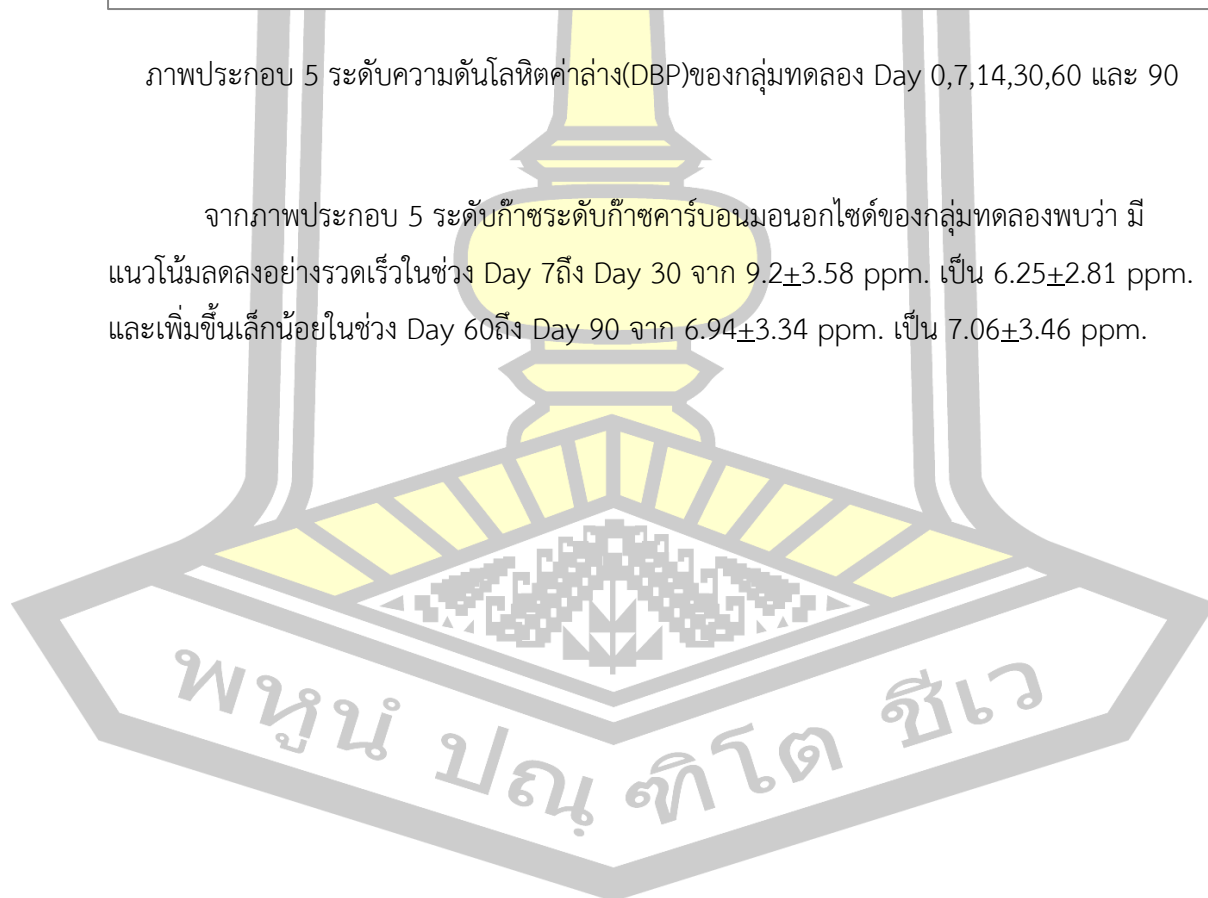
จากภาพประกอบ 4 ระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP) ของกลุ่มทดลอง พบว่ามีแนวโน้มลดลงในช่วง Day 7 ถึง Day 60 จาก 81.72±5.41 มิลลิเมตรปรอท เป็น 78.22±3.30 มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วง Day 90 เป็น 78.56±3.72 มิลลิเมตรปรอท

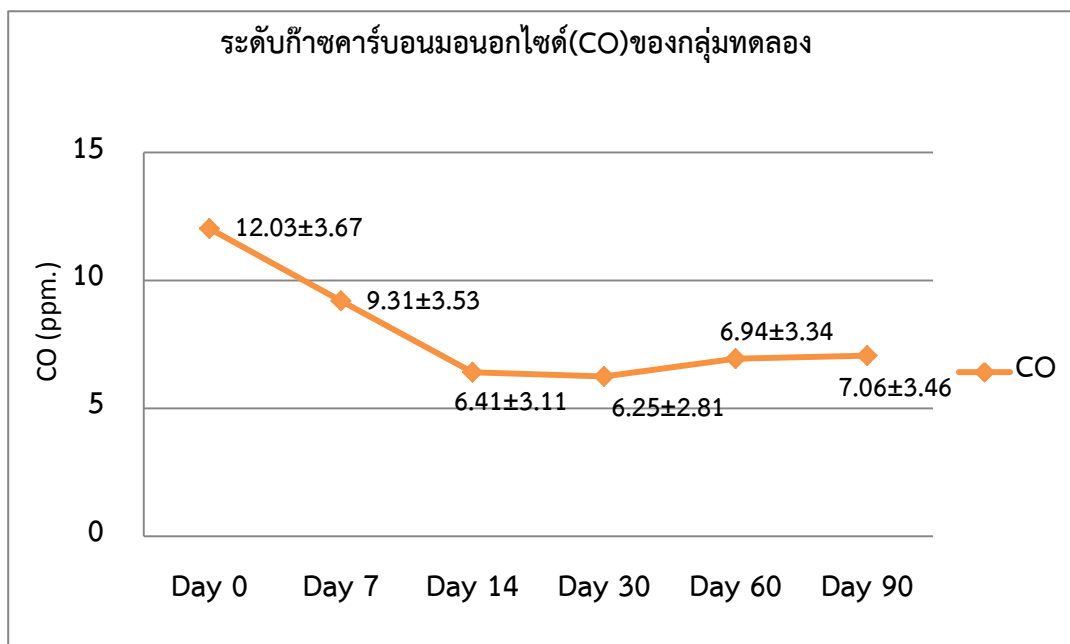




ภาพประกอบ 5 ระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

จากภาพประกอบ 5 ระดับก๊าซระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ของกลุ่มทดลองพบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง Day 7 ถึง Day 30 จาก 9.2 ± 3.58 ppm. เป็น 6.25 ± 2.81 ppm. และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วง Day 60 ถึง Day 90 จาก 6.94 ± 3.34 ppm. เป็น 7.06 ± 3.46 ppm.





ภาพประกอบ 6 ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

จากตาราง 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่า น้ำหนักตัวพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.004$)ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.001$)ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.002$)และระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$)

จากตาราง 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า น้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.155$)ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.353$)ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.889$)และระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.936$)

จากตาราง 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลอง พบว่า น้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.656$)ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.510$)ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.072$)แต่ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$)

ตาราง 5 ผลลัพธ์ทางคลินิก น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Day 0 และ Day 90

ผลทาง คลินิก	กลุ่มทดลอง n=32 (mean±SD)			กลุ่มเปรียบเทียบ n=31 (mean±SD)			p- value ^a Day0	p- value ^a Day90
	Day0	Day90	p- value ^γ	Day0	Day90	p- value ^γ		
Weight (kg.)	58.93 ±6.78	59.49 ±6.58	0.004*	58.8 ±6.73	58.74 ±6.7	0.155	0.936	0.656
SBP (mmHg)	130.81 ±10.04	128 ±8.12	0.001*	130.13 ±13.08	129.71 ±11.93	0.353	0.816	0.507
DBP (mmHg)	82.59 ±7.33	78.56 ±3.72	0.002*	80.32 ±4.21	80.35 ±4.05	0.889	0.139	0.072
CO (ppm.)	12.03 ±3.67	7.06 ±3.46	<0.001*	12.06 ±3.83	12.03 ±3.11	0.936	0.972	<0.001 ^β

*พบความแตกต่างภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย paired samples t-test

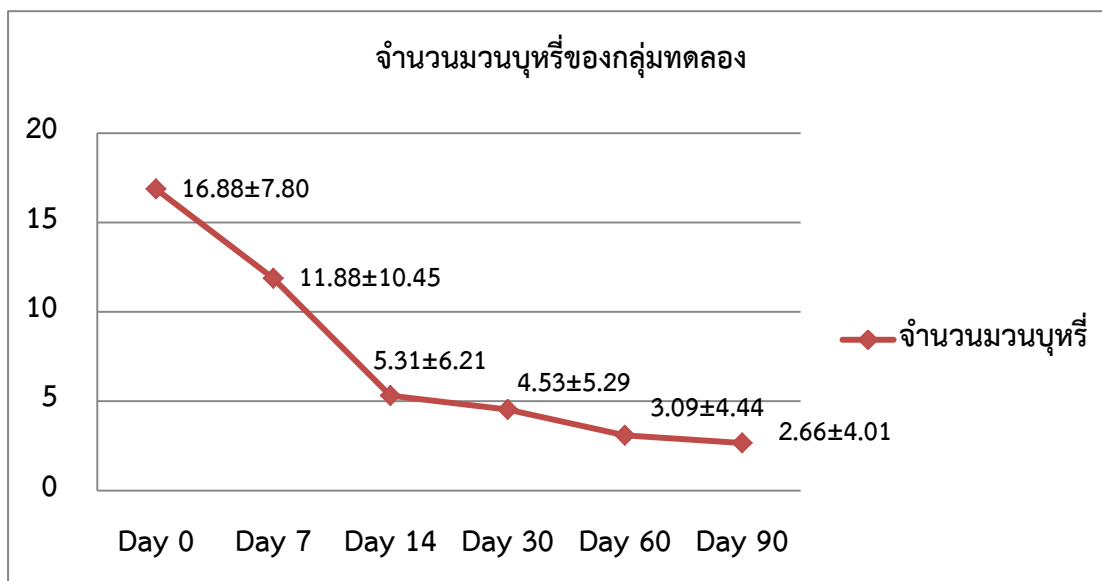
^β พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Independent samples t-test

^a Independent samples t-test, ^γ paired samples t-test

2.2 จำนวนมวนบุหรี่และอัตราการเลิกสูบบุหรี่ตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (7-days point abstinence rate)

จากภาพประกอบ 8 จำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองที่ Day0 พบว่า กลุ่มทดลองมีการสูบบุหรี่เฉลี่ยจำนวน 16.88±7.80 มวนต่อวัน และภายหลังการทดลอง Day 90 มีการสูบบุหรี่ลดลงเฉลี่ยจำนวน 2.66±4.01 มวนต่อวัน





ภาพประกอบ 7 จำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

จากตาราง 5 แสดงจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง ที่ Day0 ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.828$) แต่ภายหลังการทดลองที่ Day 90 กลุ่มทดลองลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตาราง 6 จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ Day0 และ Day 90

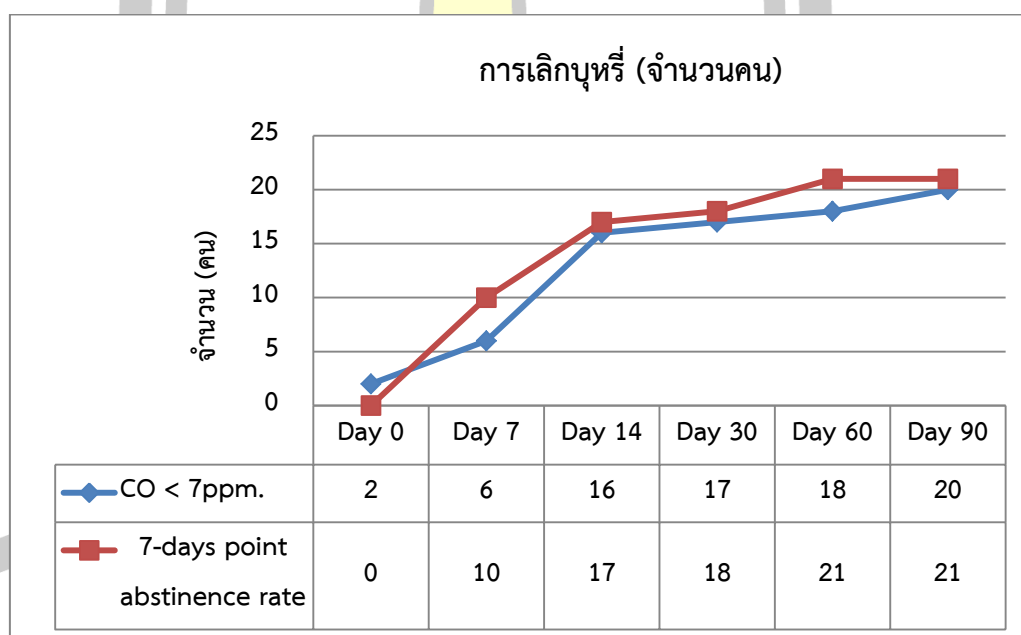
	กลุ่มทดลอง n=32(mean±SD)			กลุ่มเปรียบเทียบ n=31 (mean±SD)			p- value ^a Day0	p- value ^a Day90
	Day0	Day90	Mean Difference	Day0	Day90	Mean Difference		
จำนวน มวน บุหรี่ที่ สูบต่อ วัน	16.88±7.80	2.66±4.01	14.22±9.45	16.45±7.55	16.13±8.03	0.32±7.73	0.828	<0.001*

^a Independent t-test

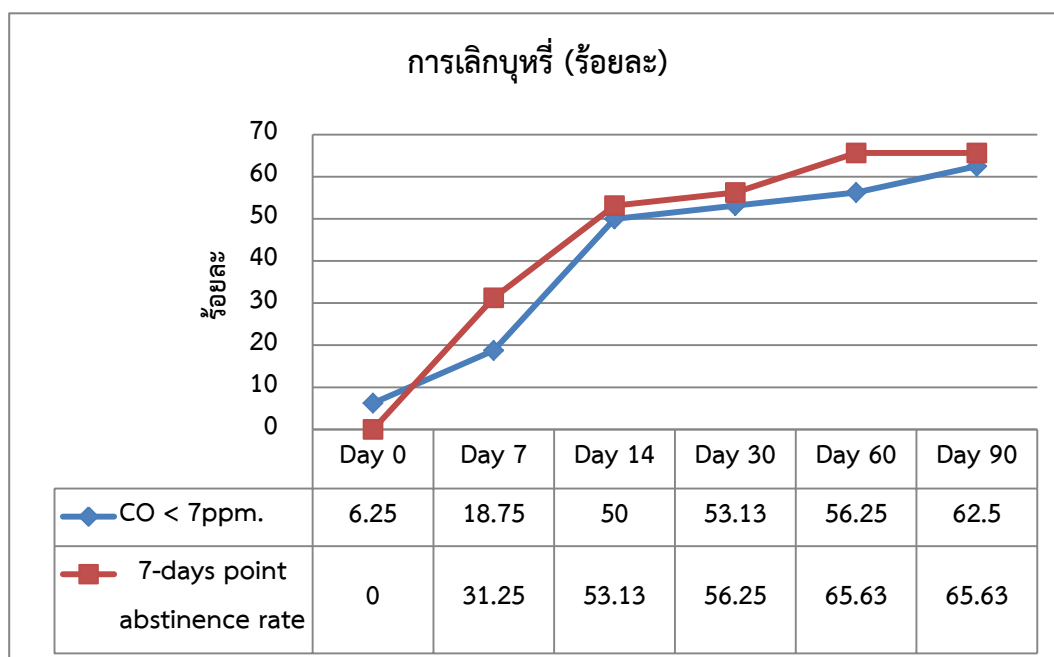
*พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Independent t-test

จากภาพประกอบ 9 ในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่น้อยกว่า 7ppm. เมื่อวัดที่ระยะเวลา Day 0,7,14,30,60 และ 90 วัน พบว่ามีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.25) 6 คน (ร้อยละ 18.75) 16 คน (ร้อยละ 50) 17 คน (ร้อยละ 53.13) 18 คน (ร้อยละ 56.25) 20 คน (ร้อยละ 62.50) ตามลำดับดังภาพประกอบ 4.6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ที่ Day 0 ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 7ppm.จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.45) ส่วน Day 90 พบว่า ไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 7ppm.

ส่วนอัตราการเลิกสูบบุหรี่ตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (7-days point abstinence rate) เมื่อวัดที่ระยะเวลา 7,14,30,60 และ 90 วัน พบว่า กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 10 คน(ร้อยละ 31.25)17 คน (ร้อยละ 53.13)18 คน (ร้อยละ 56.25) 21 คน (ร้อยละ 65.63) และ 21 คน (ร้อยละ 65.63) ตามลำดับส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้



ภาพประกอบ 8 จำนวนคนที่อดบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง 7 วัน (7-Days point abstinence)ของกลุ่มทดลอง Day 0,7, 14,30,60 และ 90



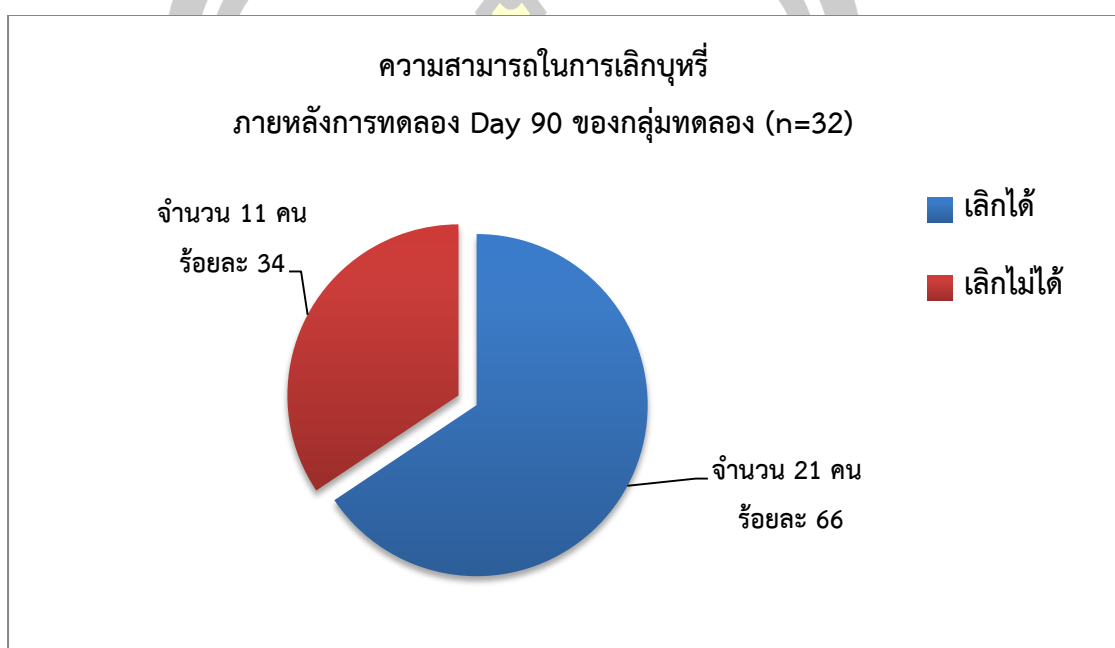
ภาพประกอบ 9 อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง (7-days point abstinence rate) ที่ Day 0,7,14,30,60 และ 90

จากตาราง 6 พบว่า ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 7ppm. ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.974$) แต่ภายหลังการทดลองพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และภายหลังการทดลองอัตราการเลิกสูบบุหรี่ (7-days point abstinence rate) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 65.63 และกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีใครเลิกบุหรี่ได้

ตาราง 7 อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (7-days point abstinence rate) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ Day0,7,14,30,60 และ 90

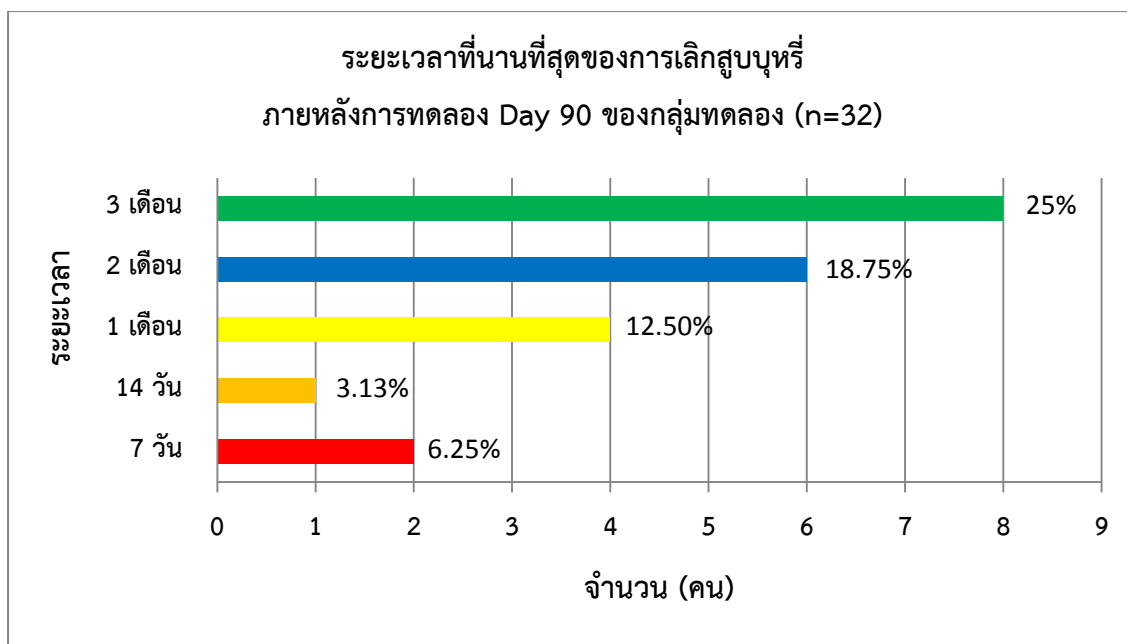
ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง n=32 จำนวน(คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ n=31 จำนวน(คน)	
	Day0	Day90	Day0	Day90
CO < 7ppm.	2	20	2	0
7-days point abstinence rate	0	21	0	0

จากภาพประกอบ 11 และ 12 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) นั้นมีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นาน 7 วัน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.25) และ 14 วัน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.13) และเลิกสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่อง 1, 2 และ 3 เดือน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.50) 6 คน (ร้อยละ 18.75) และ 8 คน (ร้อยละ 25) ตามลำดับ



ภาพประกอบ 10 ความสามารถในการเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลอง Day 90 ของกลุ่มทดลอง





ภาพประกอบ 11 ระยะเวลาที่นานที่สุดของการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลอง Day 90 ของกลุ่มทดลอง

2.3 อาการถอนนิโคตินและอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้สมุนไพรดอกขาว

จากตาราง 7 อาการถอนนิโคตินเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาการอยากสูบบุหรี่ รองลงมาคือ รู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย และหิวบ่อย/อยากอาหาร ซึ่งอาการถอนนิโคตินจะเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง ในช่วง 2 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่และสูงสุดในช่วง 1-2 วัน และอยู่นานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน โดยเภสัชกรได้ให้คำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้ กรณีเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ แนะนำให้สร้างแรงบันดาลใจให้ตนเอง เช่น นึกถึงสุขภาพที่ดีขึ้นของตนเองและคนในครอบครัว การช่วยลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน เชื่อมั่นว่าตนเองต้องทำได้ รับผิดชอบต่อคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ รวมทั้งการใช้สมุนไพรใกล้ตัว เช่น การจิบน้ำมะนาว มะขามป้อม กานพลู ใบโปรงฟ้า หรือลูกอมรสเปรี้ยว การเคี้ยวหมากฝรั่ง รวมทั้งอาจใช้เทคนิคการอมน้ำไว้แล้วค่อยบ้วนทิ้งเมื่อความรู้สึกอยากบุหรี่หายไป

กรณีที่ผู้สูบบุหรี่รู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย แนะนำให้ หายใจลึกๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้ซักครู่แล้วหายใจออก 10 ครั้ง การอาบน้ำให้สดชื่น การออกกำลังกายหากิจกรรมยามว่างทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

กรณีที่ผู้สูบบุหรี่รู้สึกหิวบ่อย/อยากอาหาร ส่งผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้งขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเนื่องจากอาจทำให้อยากสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวและเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

ตาราง 8 อาการถอนนิโคตินเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

อาการถอนนิโคติน	กลุ่มทดลองn=32 (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบn=31 (ร้อยละ)
1.อาการถอนนิโคติน (คน)	23 (71.88)	20 (64.52)
2.อาการถอนนิโคติน (เหตุการณ์)	63 (100)	36 (100)
-อยากสูบบุหรี่	23 (36.51)	20 (55.56)
-หงุดหงิดโมโหง่าย	19 (30.16)	8 (22.22)
-หิวบ่อย/อยากอาหาร	12 (19.05)	2 (5.56)
-วิตกกังวล	4 (6.35)	2 (5.56)
-ซึมเศร้า/ไม่สดชื่น	3 (4.76)	1 (2.78)
-นอนไม่หลับ	2(3.17)	3 (8.33)

จากตาราง8 อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาว พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาว จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่มีอาการชาลิ้น (ร้อยละ 44.23) รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 19.23) และปวดท้อง (ร้อยละ 11.54)

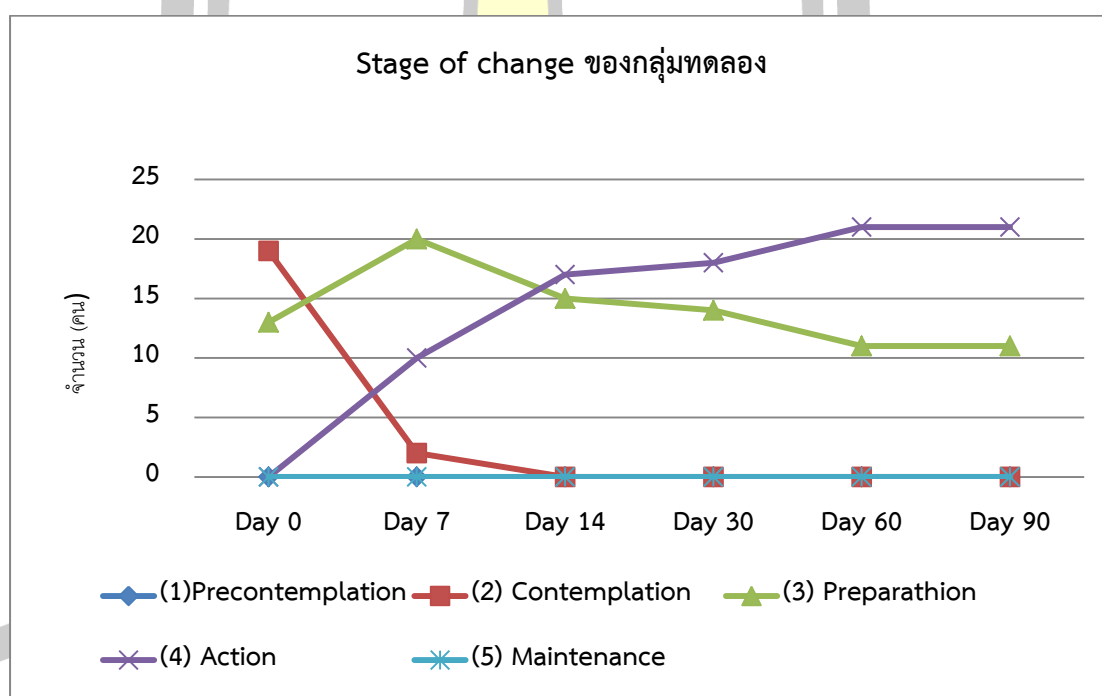
ตาราง 9 อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวของกลุ่มทดลอง

อาการไม่พึงประสงค์	กลุ่มทดลองn=32 (ร้อยละ)
1.จำนวนอาการไม่พึงประสงค์(คน)	25 (78.13)
2.จำนวนอาการไม่พึงประสงค์ (เหตุการณ์)	52 (100)
- ชาลิ้น	23 (44.23)
- วิงเวียนศีรษะ	10 (19.23)
- ปวดท้อง	6 (11.54)
- เหม็นกลิ่นบุหรี่	5 (9.62)
- คลื่นไส้	3 (5.77)
- ง่วงนอน	3 (5.77)
- ปากแห้ง	2 (3.85)

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่

3.1 ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (stage of change)

จากภาพประกอบ 13 ระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของกลุ่มทดลอง พบว่า Day 0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระยะ contemplation จำนวน 19 คน (ร้อยละ 59.38) และอยู่ในระยะ preparation จำนวน 13 คน (ร้อยละ 40.62) จากนั้นที่ Day 7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระยะ preparation จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.5) เมื่อเข้าสู่ Day 14 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเข้าสู่ระยะ action จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) และเพิ่มขึ้นใน Day 60 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.50) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง Day 90 พบว่า กลุ่มทดลองเข้าสู่ระยะ action เพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) และไม่มีกลุ่มทดลองที่เข้าสู่ระยะ Maintenance เนื่องจากระยะนี้ ผู้สูบบุหรี่จะต้องสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 6 เดือน แต่เนื่องงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลา 3 เดือน จึงเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้



ภาพประกอบ 12 ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Stage of change ของกลุ่มทดลอง Day 0, 7, 14, 30, 60 และ 90

จากตาราง 9 ระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)พบว่าDay 0 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในระยะ contemplation จำนวน 19 คน (ร้อยละ 59.38) และ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 67.74) ตามลำดับ และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระยะ action จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 65.63) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระยะcontemplation จำนวน 20 คน (ร้อยละ 64.52)

ตาราง 10 ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (stage of change)เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่Day 0 และDay 90

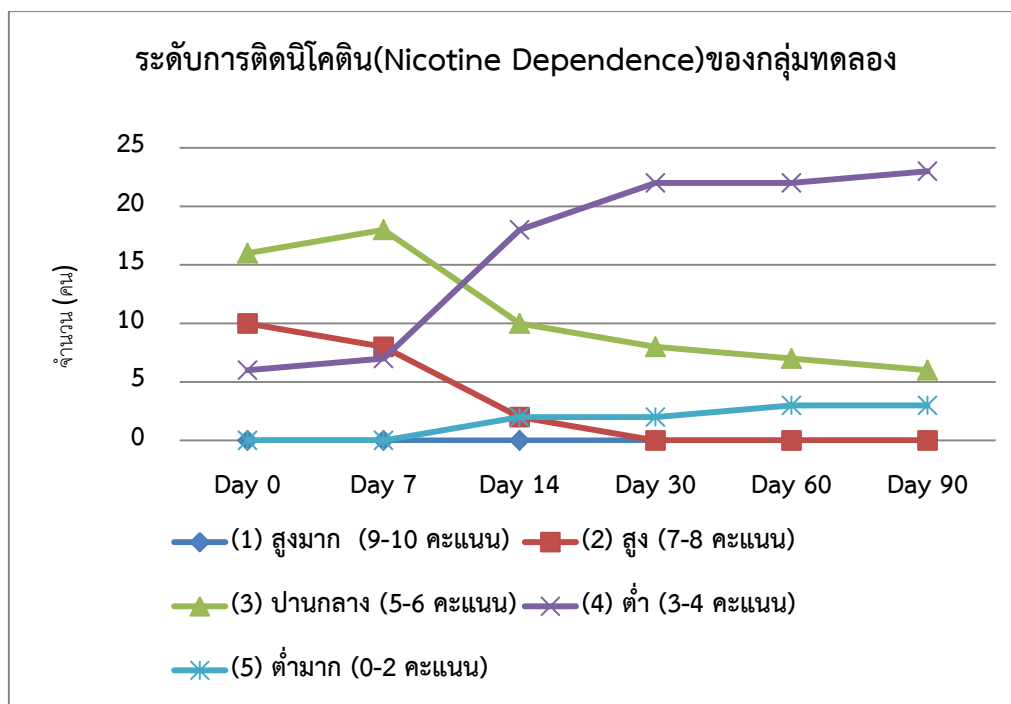
Stage of change	กลุ่มทดลอง n=32 (ร้อยละ)		กลุ่มเปรียบเทียบn=31 (ร้อยละ)	
	Day0	Day90	Day0	Day90
(1)Precontemplation	0	0	0	0
(2) Contemplation	19(59.38)	0	21(67.74)	20(64.52)
(3) Preparathion	13(40.62)	11(34.38)	10(32.26)	11(35.48)
(4) Action	0	21(65.63)	0	0
(5) Maintenance	0	0	0	0

3.2 ระดับการติดนิโคติน (nicotine dependence)

จากภาพประกอบ 14 ระดับการติดนิโคติน พบว่า Day 0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการติดนิโคตินระดับสูงจำนวน 10 คน (ร้อยละ 31.25) และเมื่อเข้าสู่ Day 7 พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการติดนิโคตินระดับปานกลาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) และส่วนใหญ่เริ่มลดลงเป็นการติดนิโคตินระดับต่ำ เมื่อเข้าสู่ Day 14,30และ60 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) 22 คน (ร้อยละ 68.75) และ 22 คน (ร้อยละ 68.75) ตามลำดับ และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 23 คน (ร้อยละ 71.88)

+

พญ. ปณ จิต ชีเว



ภาพประกอบ 13 ระดับการติดยาโคติน(Nicotine Dependence) ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

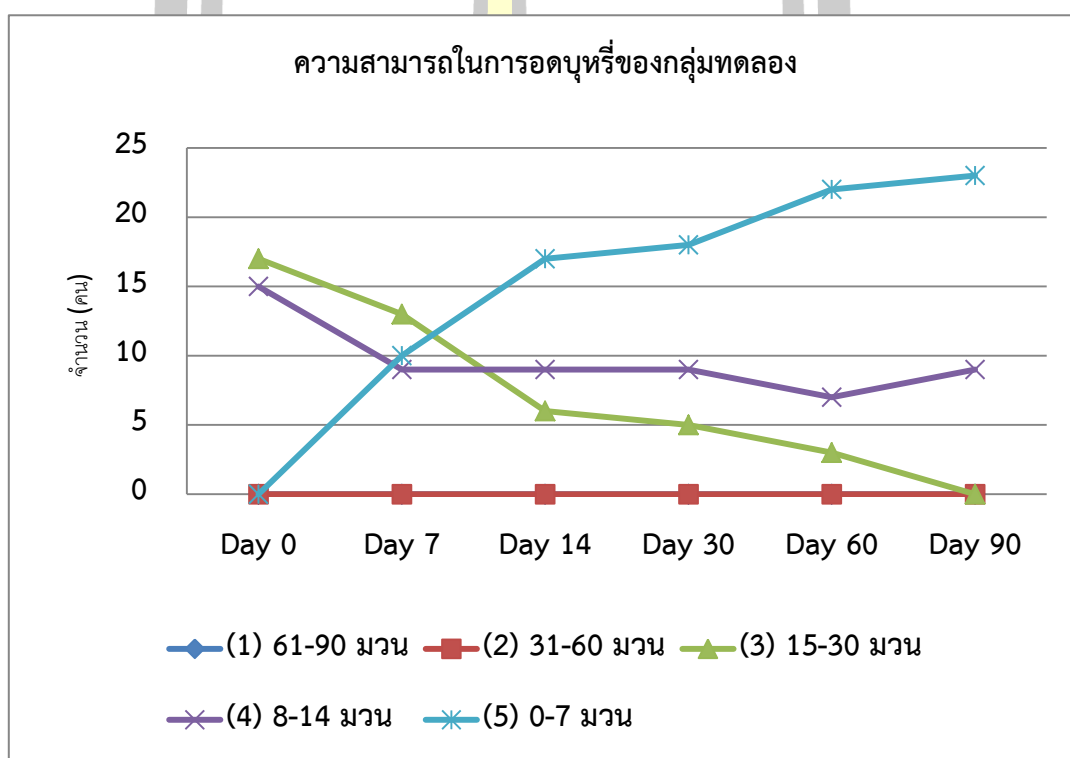
จากตาราง 10ระดับการติดยาโคติน พบว่าก่อนการทดลอง Day 0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการติดยาโคตินปานกลาง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 50) และ 12 คน (ร้อยละ 38.71) และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการติดยาโคตินลดลงเป็นระดับต่ำ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีระดับการติดยาโคตินปานกลางเท่าเดิมเหมือนก่อนการทดลอง

ตาราง 11 ระดับการติดยาโคตินเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่Day 0 และ Day 90

ระดับการติดยาโคติน	กลุ่มทดลอง n=32 (ร้อยละ)		กลุ่มเปรียบเทียบn=31 (ร้อยละ)	
	Day0	Day90	Day0	Day90
(1) สูงมาก (9-10 คะแนน)	0	0	0	0
(2) สูง (7-8 คะแนน)	10 (31.25)	0	10 (32.26)	10 (32.26)
(3) ปานกลาง (5-6 คะแนน)	16 (50)	6 (18.75)	12 (38.71)	12 (38.71)
(4) ต่ำ (3-4 คะแนน)	6 (18.75)	23 (71.88)	9 (29.03)	9 (29.03)
(5) ต่ำมาก (0-2 คะแนน)	0	3 (9.38)	0	0

3.3 ความสามารถในการอดบุหรี่

วิเคราะห์ความสามารถในการอดบุหรี่ จากจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จากภาพประกอบ 15 ความสามารถในการอดบุหรี่ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง Day 0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในช่วง 15-30 มวนต่อวัน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 53.13) และค่อยๆลดลงปริมาณการสูบลงเป็นจำนวน 0-7 มวนต่อวัน ใน Day 7,14,30,60 และ 90 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 31.25) 17 คน (ร้อยละ 53.13) 18 คน (ร้อยละ 56.25) 22 คน (ร้อยละ 68.74) และ 23 คน (ร้อยละ 71.88) ตามลำดับ



ภาพประกอบ 14 ความสามารถในการอดบุหรี่ของกลุ่มทดลอง Day 0,7,14,30,60 และ 90

จากตาราง 12 ความสามารถในการอดบุหรี่ปีก่อนการทดลอง Day 0 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 15-30 มวนต่อวัน และภายหลังการทดลอง Day 90 พบว่า กลุ่มทดลองสูบบุหรี่ลดลงเป็น 0-7 มวนต่อวัน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 71.88) แต่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิมคือ 15-30 มวนต่อวัน

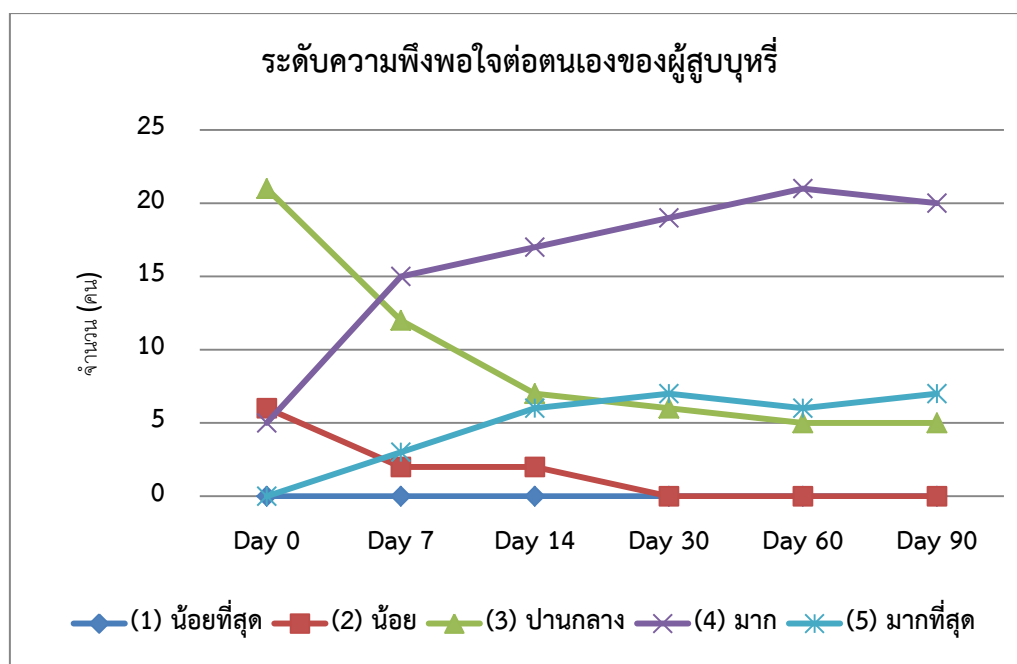
ตาราง 12 ความสามารถในการอดบุหรี่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่Day 0 และDay 90

จำนวนบุหรี่ (มวน)	กลุ่มทดลอง n=32 (ร้อยละ)		กลุ่มเปรียบเทียบ n=31 (ร้อยละ)	
	Day0	Day90	Day0	Day90
(1) 61-90	0	0	0	0
(2) 31-60	0	0	0	0
(3) 15-30	17(53.13)	0	15(48.39)	15(48.39)
(4) 8-14	15(46.88)	9 (28.12)	16(51.61)	16(51.61)
(5) 0-7	0	23 (71.88)	0	0

3.4 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่

จากภาพประกอบ 16 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ก่อนการทดลอง Day 0 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนมีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นระดับความพึงพอใจต่อตนเองมากใน Day 7,14,30 และ60 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 46.88) 17 คน (ร้อยละ 53.13) 19 คน (ร้อยละ 59) 21 คน (ร้อยละ 65.63)





ภาพประกอบ 15 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มทดลองที่ Day 0, 7, 14, 30, 60 และ 90

จากตาราง 13 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ก่อนการทดลอง Day 0 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองปานกลาง และภายหลังการทดลอง Day 90 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้น แต่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม

ตาราง 13 ระดับการประเมินความพึงพอใจต่อความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ Day 0 และ Day 90

ความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง n=32 (ร้อยละ)		กลุ่มเปรียบเทียบ n=31 (ร้อยละ)	
	Day0	Day90	Day0	Day90
(1) น้อยที่สุด	0	0	0	0
(2) น้อย	6 (18.75)	0	9 (29.03)	7 (22.58)
(3) ปานกลาง	21 (65.63)	5 (15.63)	15 (48.39)	17 (54.84)
(4) มาก	5 (15.63)	20 (62.50)	7 (22.58)	7 (22.58)
(5) มากที่สุด	0	7 (21.88)	0	0

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ และระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ครอบครัว และสื่อในการช่วยเลิกบุหรี่

4.1 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่

จากตาราง 14 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองพบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เน้นให้กำลังใจและให้คำปรึกษา (ร้อยละ 29.11) รองลงมา คือ การให้ข้อมูลพิษภัยบุหรี่ (ร้อยละ 24.05) และ การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การไปทุ่งนา การเก็บของป่า ร้อยละ (15.19)

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมีจำนวนทั้งสิ้น 21 คน พบว่า ทั้ง 21 คน ได้รับการพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ คือ การได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด

ตาราง 14 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว	กลุ่มทดลอง n=32 (ร้อยละ)
1.จำนวนพฤติกรรมการมีส่วนร่วม (คน)	23 (71.88)
2.จำนวนพฤติกรรมการมีส่วนร่วม (เหตุการณ์)	76 (100)
-ให้กำลังใจ/ให้คำปรึกษา	23 (29.11)
-ให้ข้อมูลพิษภัยบุหรี่	19 (24.05)
-ทำกิจกรรมร่วมกัน (ไปทุ่งนา/เก็บของป่า)	12 (15.19)
-เก็บบุหรี่หรืออุปกรณ์การสูบบุหรี่	8 (10.13)
-ดูแลเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน	6 (7.59)
-หาสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่	5 (6.33)
-ออกกำลังกายร่วมกัน	3 (3.80)

4.2 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่

จากตาราง 15 ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้ง 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อที่ 1 ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรให้กำลังใจ ชื่นชมในระหว่างที่ท่านพยายามเลิกสูบบุหรี่ ข้อที่ 2 ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรใช้คำพูดสื่อสารด้วยความเป็นมิตรและเป็นกันเอง ข้อที่ 3 ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรห่วงใยใส่ใจในคอยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ข้อที่ 4 ท่านพึงพอใจที่ได้เรียนรู้พิษภัยบุหรี่จากเภสัชกร ข้อที่ 5 ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำของเภสัชกรที่ให้ข้อมูลในด้านเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตัวท่าน ข้อที่ 6 ท่านพึง

พอใจที่เภสัชกรให้ข้อมูลและคำอธิบายผลการคัดกรองหน้าที่ปอดและความดันโลหิตเบื้องต้น ข้อที่ 7 ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรเตรียมพร้อม อุปกรณ์ สื่อให้ความรู้ แผ่นพับและวีดิทัศน์ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ ข้อที่ 8 ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และข้อที่ 9 ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาในการทำกิจกรรมและเยี่ยมบ้านของเภสัชกร ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ข้อที่ 4,5,6 และ 8 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตาราง 15 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ในการช่วยเลิกบุหรี่

ความพึงพอใจต่อเภสัชกร	กลุ่มทดลอง (n=32) (mean±SD)		p-value ^a	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31) (mean±SD)		p-value ^a	p-value ^b Day0	p-value ^b Day90
	Day0	Day90		Day0	Day90			
ข้อที่ 1	3.09 ±0.73	4.00 ±0.51	<0.001	3.13 ±0.50	3.26 ±0.44	0.157	0.918	<0.001
ข้อที่ 2	3.16 ±0.57	4.16 ±0.57	<0.001	3.19 ±0.40	3.26 ±0.44	0.157	0.866	<0.001
ข้อที่ 3	3.16 ±0.72	4.03 ±0.54	<0.001	3.13 ±0.50	3.26 ±0.44	0.157	0.746	<0.001
ข้อที่ 4	3.09 ±0.53	4.16 ±0.57	<0.001	2.84 ±0.69	3.03 ±0.60	0.014*	0.098	<0.001
ข้อที่ 5	3.06 ±0.67	4.28 ±0.63	<0.001	2.74 ±0.63	2.94 ±0.51	0.014*	0.057	<0.001
ข้อที่ 6	2.94 ±0.67	4.25 ±0.62	<0.001	2.74 ±0.63	2.94 ±0.51	0.014*	0.242	<0.001
ข้อที่ 7	3.13 ±0.61	4.06 ±0.56	<0.001	3.10 ±0.30	3.10 ±0.30	1.000	0.711	<0.001
ข้อที่ 8	2.97 ±0.65	4.16 ±0.57	<0.001	2.74 ±0.63	3.06 ±0.57	0.004*	0.163	<0.001
ข้อที่ 9	3.16 ±0.57	4.00 ±0.67	<0.001	3.03 ±0.41	3.13 ±0.50	0.083	0.295	<0.001

^a Mann-Whitney U test, ^b Wilcoxon rank sum test

*พบความแตกต่างภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Wilcoxon rank sum test

4.3 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่

จากตาราง 16 ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้ง 6 ข้อ เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อที่ 10 ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวให้กำลังใจ ชื่นชม ในระหว่างที่ท่านกำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ข้อ 11 ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวห่วงใยใส่ใจคอยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการเลิกบุหรี่ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ข้อ 12 ท่านพึงพอใจที่มีกิจกรรมในครอบครัวร่วมกันมากขึ้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ข้อ 13 ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ร่วมกับท่าน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ข้อ 14 ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจถึงอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจในระหว่างการเลิกบุหรี่ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และข้อ 15 ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำและช่วยเหลือท่านในการเลิกบุหรี่ย่างง่ายพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม ($p>0.05$)

ตาราง 16 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่

ความพึงพอใจต่อครอบครัว	กลุ่มทดลอง (n=32) (mean±SD)		p-value ^a	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31) (mean±SD)		p-value ^a	p-value ^b Day0	p-value ^b Day90
	Day0	Day90		Day0	Day90			
ข้อที่ 10	2.78 ±0.55	3.38 ±0.55	0.001	2.81 ±0.65	2.90 ±0.60	0.083	0.639	0.003
ข้อที่ 11	2.78 ±0.61	3.47 ±0.57	0.001	2.77 ±0.67	2.87 ±0.62	0.083	0.536	<0.001
ข้อที่ 12	2.78 ±0.42	3.25 ±0.51	0.001	2.71 ±0.46	2.71 ±0.46	1.000	0.315	<0.001
ข้อที่ 13	2.81 ±0.47	3.16 ±0.51	0.003	2.68 ±0.48	2.71 ±0.46	0.317	0.161	0.001
ข้อที่ 14	2.88 ±0.47	3.44 ±0.56	<0.001	2.84 ±0.37	2.84 ±0.37	1.000	0.359	<0.001
ข้อที่ 15	2.78 ±0.42	3.16 ±0.51	0.002	2.68 ±0.48	2.71 ±0.46	0.317	0.213	0.001

^a Mann-Whitney U test, ^b Wilcoxon rank sum test

4.4 ระดับความพึงพอใจต่อสื่อ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่

จากตาราง 17 ภายหลังจากทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่ 16 ท่านรู้สึกสะเทือนใจ เมื่อเห็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากพิษภัยบุหรี่ พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) ข้อที่ 17 ท่านพึงพอใจที่สื่อสร้างแรงจูงใจให้ท่านอยากเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ข้อที่ 18 ท่านพึงพอใจที่สื่อสร้างบันดาลใจว่าท่านทำได้ผ่านบุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อที่ 19 ท่านพึงพอใจที่สื่อช่วยทำให้ท่านจดจำความรู้ได้ง่ายขึ้น พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ข้อที่ 20 ท่านพึงพอใจที่สื่อทำให้ท่านเข้าใจพิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่ได้มากขึ้น พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และข้อที่ 21 ท่านพึงพอใจที่สื่อความรู้สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม ($p > 0.05$)

ตาราง 17 ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่

ความพึงพอใจต่อสื่อ	กลุ่มทดลอง (n=32) (mean±SD)		p-value ^a	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31) (mean±SD)		p-value ^a	p-value ^b Day0	p-value ^b Day90
	Day0	Day90		Day0	Day90			
ข้อที่ 16	2.94 ±0.44	3.19 ±0.40	0.005	2.84 ±0.52	2.87 ±0.50	0.317	0.395	0.008
ข้อที่ 17	2.94 ±0.44	3.31 ±0.47	0.001	2.87 ±0.50	2.90 ±0.47	0.317	0.557	0.002
ข้อที่ 18	2.97 ±0.47	3.36 ±0.49	<0.001	2.97 ±0.48	3.00 ±0.45	0.317	0.992	<0.001
ข้อที่ 19	3.00 ±0.51	3.41 ±0.50	<0.001	2.94 ±0.51	2.97 ±0.48	0.317	0.613	0.001
ข้อที่ 20	3.06 ±0.56	3.78 ±0.66	<0.001	3.00 ±0.52	3.03 ±0.48	0.317	0.640	<0.001
ข้อที่ 21	3.00 ±0.51	3.69 ±0.69	<0.001	2.97 ±0.48	3.00 ±0.45	0.317	0.796	<0.001

^a Mann-Whitney U test, ^b Wilcoxon rank sum test

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิในชุมชนบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research)

5.2 สรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิในชุมชนบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

5.2.1 อัตราการเลิกสูบบุหรี่

เมื่อวัดที่ระยะเวลา 7,14,30,60 และ 90 วัน พบว่า กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 10 คน (ร้อยละ 31.25) 17 คน (ร้อยละ 53.13) 18 คน (ร้อยละ 56.25) 21 คน (ร้อยละ 65.63) และ 21 คน (ร้อยละ 65.63) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

5.2.2 จำนวนมวนบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังการศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 14.22 มวนต่อวัน ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง 0.32 มวนต่อวัน ($p > 0.05$) ภายหลังการทดลอง Day 90 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5.2.3 น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ

ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า น้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลอง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) ระดับความดันโลหิต SBP พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ระดับความดันโลหิต DBP พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) และระดับก๊าซ CO พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์ของกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกผลลัพธ์ คือ น้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลอง ($p = 0.155$) ระดับความดันโลหิต SBP ($p = 0.353$) ระดับความดันโลหิต DBP ($p = 0.889$) และระดับก๊าซ CO ($p = 0.936$) และ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ามีผลลัพธ์เดียวคือระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5.2.4 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลอง พบว่า ข้อที่ 1-9 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ทุกข้อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6 และ 8

5.2.5 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลอง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม กลุ่มทดลองให้คะแนนสูงสุดในข้อ 11 และให้คะแนนต่ำที่สุดในข้อ 13 และ 15 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้คะแนนความพึงพอใจสูงสุดข้อ 10 และให้คะแนนต่ำที่สุดในข้อ 12, 13 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกข้อคำถาม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

5.2.6 ระดับความพึงพอใจต่อการมีสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลอง พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกข้อคำถาม โดยทั้งสองกลุ่มให้คะแนนสูงที่สุดในข้อที่ 20 คือ พึงพอใจที่สื่อทำให้เข้าใจพิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่ได้มากขึ้นและให้คะแนนต่ำที่สุดในข้อ 16 คือ ความรู้สึกสะท้อนใจเมื่อเห็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากพิษภัยบุหรี่

5.3 อภิปรายผล

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ ในชุมชนบ้านเลี่ยม ตำบลหัวดอน อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูบเฉลี่ยลดลงเหลือเพียง 2.66 มวนต่อวัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิมเฉลี่ย 16.13 มวนต่อวัน ผลลัพธ์ทางคลินิก

พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจน้อยกว่า 7 ppm. จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.50) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษารายใดน้อยกว่า 7 ppm. และระดับความพึงพอใจ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ครอบครัวและสื่อให้ความรู้ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5.3.1 อัตราการเลิกสูบบุหรี่

อัตราการเลิกสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่ระยะเวลา 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 65.63 ซึ่งพบว่าค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม (2559) ที่ศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ ในผู้ที่สนใจเข้าร่วมรับบริการจากคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 72 คน พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 3 เดือน มีจำนวน 31 คน (ร้อยละ 43.06) และการศึกษาของ สนทรศ บุษราทิจ และอภิญญา สิริไพบูลย์กิจ (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ รพ.ศิริราช จำนวน 94 คน พบว่าที่ระยะเวลา 3 เดือน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 35 คน (ร้อยละ 37.2) และการศึกษาของ วรรัตน์ สุรพัฒน์ และน้องเล็ก บุญจูง (2554) การคัดกรองและให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกรในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 35 คนพบว่าที่ระยะเวลา 3 เดือน มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 7 คน (ร้อยละ 20) ซึ่งการที่อัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าการศึกษาคือ อาจเนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ โดยเภสัชกรปฐมภูมิ ได้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในบุคคลโดยเฉพาะความเชื่อมั่นของตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ การมีความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองตั้งแต่ก่อนการทดลอง จากการประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (stage of change) ก่อนการทดลองอยู่ที่ระยะ preparation คือ มีความตั้งใจและความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า จำนวน 13 คน (ร้อยละ 40.62) และจุดเด่นของงานวิจัยนี้คือการจัดให้มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรร่วมกับการทำกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมที่1 การค้นพบสภาพการณ์จริง เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่รู้ถึงพิษภัยบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว และเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงอาการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน กิจกรรมที่2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวร่วมกันวางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง และกิจกรรมที่3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และเพื่อให้ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจแก่ผู้สูบบุหรี่ การใช้คำพูดสื่อสารด้วยความเป็นมิตรและเป็นกันเอง และในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เภสัชกรจะจัดเตรียมอุปกรณ์สื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเภสัชกรจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว ในการแสดงออกถึงพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ในการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ/ให้คำปรึกษา, การให้ข้อมูลพิษภัยบุหรี่, การทำกิจกรรมร่วมกัน(ไปทุ่งนา/เก็บของป่า), การเก็บอุปกรณ์การสูบบุหรี่ ซึ่งเภสัชกรจะคอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวโดยปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของผู้สูบบุหรี่แต่ละราย ย่อมส่งเสริมให้กลุ่มทดลองที่อยู่ในชั้นพร้อมปฏิบัติเคลื่อนเข้าสู่ระยะปฏิบัติได้เร็วขึ้น ซึ่งจะพบได้ว่า เมื่อเข้าสู่ Day 14 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มเข้าสู่ระยะ action จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่ Day 90 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพานี ชัยจันดีและสุณี เลิศสินอุดม (2559) พบว่าที่สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ action 19 คน (ร้อยละ 26.4) และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 31 คน (ร้อยละ 43.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chouinard and Robichaud (2005) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่า การที่กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น นอกจากผู้สูบบุหรี่จะต้องมีกำลังใจที่มั่นคงแน่วแน่แล้ว สิ่งสำคัญ คือ การได้รับกำลังใจ ความเอาใจใส่ การรับฟังให้คำปรึกษาของบุคคลรอบข้างที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม

5.3.2 จำนวนมวนบุหรี่

จำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังการศึกษา พบว่า ลดลงจาก 16.88 ± 7.80 มวนต่อวัน เป็น 2.66 ± 4.01 มวนต่อวัน ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คชา บัณฑิตานุกูล และคณะ (2557) ศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้รับบริการมีจำนวนมวนบุหรี่ย่ลดลงจากวันแรกที่เข้ารับบริการ 17.4 ± 9.5 มวนต่อวัน เป็น 6.5 ± 5.3 มวนต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพรรณ ฉลองสุข และวิไล บัณฑิตานุกูล (2559) พบว่า ภายหลังการให้บริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชน ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรี่ย่ลดลงแตกต่างจากจำนวนมวนบุหรี่ย่ที่สูบเมื่อรับบริการครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาต่างๆ ที่ Day 0, 7, 14, 30, 60 และ 90 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของการลดจำนวนมวนบุหรี่ย่อย่างรวดเร็วในช่วงระหว่าง Day 7 และ Day 30 จาก 11.88 ± 10.45 มวนต่อวัน เป็น 4.53 ± 5.29 มวนต่อวัน หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงเล็กน้อย เนื่องจากในช่วง 4 สัปดาห์แรกโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านและการทำกิจกรรมรายบุคคล ซึ่งกิจกรรมเน้นให้ผู้สูบบุหรี่ได้ค้นพบสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว ผู้สูบบุหรี่เริ่มตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยมีเภสัชกรร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากับผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคล เช่น การค่อยๆ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ย่ หรือ ใช้วิธีการหักดิบ การใช้สมุนไพรไล่ตัวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ การหากิจกรรมยามว่างทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการให้ข้อมูลอาการถอนนิโคตินและ

วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการต่างๆ เป็นต้น และในช่วง Day60และ Day 90 กิจกรรมยังเน้นให้ผู้สูบบุหรี่คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป โดยจำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อย ในช่วงระหว่างDay 60 และ Day 90 คือ 3.09 ± 4.44 และ 2.66 ± 4.01 มวนต่อวัน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามด้วยระยะเวลาการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองภายหลังจาก Day 60 เริ่มห่างออกไปเป็นทุก 1 เดือน อาจส่งผลให้การกระตุ้นผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พาณี ชัยจันดีและสุณี เลิศสินอุดม(2559) พบว่า ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก ผู้สูบบุหรี่ที่มีจำนวนมวนบุหรีลดลงอย่างรวดเร็วจาก 11.28 ± 7.89 มวนต่อวันเป็น 6.83 ± 6.39 มวนต่อวัน และเริ่มลดลงอย่างคงที่ในช่วง สัปดาห์ที่ 4,8,12 และ 24 คือ 5.28 ± 6.35 , 5.15 ± 6.27 , 5.17 ± 6.36 และ 4.00 ± 6.33 มวนต่อวัน ตามลำดับ เนื่องจากหลังสัปดาห์ที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน จะเริ่มห่างออกไปเป็นทุก 1 เดือน ซึ่งมีผลทำให้การกระตุ้นผู้ที่ต้องการเลิกบุหรียอย่างต่อเนื่องลดลงได้ แสดงให้เห็นว่า การให้คำแนะนำและติดตามเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างถี่และต่อเนื่องของเภสัชกร สามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีความตระหนักและตื่นตัวในระหว่างเข้าร่วมกระบวนการเลิกบุหรี

5.3.3 น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ

น้ำหนักตัว ภายหลังการทดลองที่ Day 90 พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.656$) แต่กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยจาก 58.93 ± 6.78 กิโลกรัมเป็น 59.49 ± 6.58 กิโลกรัม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ น้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.155$) เมื่อพิจารณาถึงอาการถอนนิโคติน (withdrawal symptoms) ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่(ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ,2560) เช่น อาการกระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หิวบ่อย น้ำหนักขึ้นพบว่ากลุ่มทดลอง มีอาการหิวบ่อย/อยากอาหาร จำนวน 12 คน (ร้อยละ 19.05) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.56) ซึ่งอาการหิวบ่อย/อยากอาหาร อธิบายถึงผลทำให้น้ำหนักตัวของผู้เข้าร่วมการศึกษาเพิ่มขึ้นได้

ระดับความดันโลหิต ภายหลังการทดลองที่ Day 90 พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure;SBP) และระดับความดันโลหิตแอสโตลิก (diastolic blood pressure;DBP) ของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก(SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) จาก 130.81 ± 10.04 mmHg. เป็น 128 ± 8.12 mmHg. และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก(DBP) ก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) จาก 82.59 ± 7.33 mmHg. เป็น 78.56 ± 3.72 mmHg. ซึ่งระดับความดันโลหิตที่ลดลงของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม (2559) พบว่า การเลิกสูบบุหรีมี

ส่วนลดระดับความดันโลหิต (blood pressure) ทั้งในส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิก(SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก(DBP) แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Komiyama และคณะ (2014) พบว่าการเลิกสูบบุหรี่ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก(SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก(DBP) ลดลงแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shah and Cole (2010) ที่ได้รายงานผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ไว้ว่า หลังหยุดสูบบุหรี่ ภายใน 20 นาทีระดับความดันโลหิตจะลดลงมาเทียบเท่ากับระดับความดันโลหิตก่อนสูบบุหรี่มีวนสุดท้ายและถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ แต่สารนิโคตินในบุหรี่มีส่วนทำให้เกิด arteriosclerosis ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง มีผลเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ซึ่งขณะสูบบุหรี่จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ในระยะสั้น การหยุดสูบบุหรี่จึงเป็นการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (มงคล การุณงามพรพรณ และ สุภารัตน์ สุวาร, 2559)

ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ภายหลังการทดลองที่ Day 90 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง จาก 12.03 ± 3.67 ppm. เป็น 7.06 ± 3.46 ppm. และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม (2559) พบว่าระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออก ภายหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ต่ำกว่าก่อนการทดลองจาก 14.50 ± 9.11 ppm. เป็น 8 ± 12.45 ppm. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รินดา เจวประเสริฐพันธุ์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

5.3.4 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.463$) แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อเภสัชกรเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.08 ± 0.55 (คะแนนเต็ม 5) เป็น 4.12 ± 0.48 ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุด คือ ข้อที่ 5 คิดเป็น 4.28 ± 0.63 ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจต่อ

คำแนะนำของเภสัชกรที่ให้ข้อมูลเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2552) ที่กล่าวว่า การสร้างกำลังใจและกระตุ้นความฮึกเหิมในการเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งสำคัญ แต่การบอกผู้สูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการให้คำแนะนำวิธีการใดๆ ย่อมส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสน้อยได้ต้งั้นการให้ข้อมูลเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการให้กำลังใจ รองลงมา คือ ข้อ 6 คิดเป็น 4.25 ± 0.62 คือ ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจที่เภสัชกรให้ข้อมูลและคำอธิบายผลการคัดกรองหน้าที่ปอดและความดันโลหิตเบื้องต้น ซึ่งช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา ปรีชาวงษ์ และคณะ (2558) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เช่น สมรรถภาพปอด ความเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และข้อ 2 คิดเป็น 4.16 ± 0.57 คือ ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจที่เภสัชกรใช้คำพูดสื่อสารด้วยความเป็นมิตรและเป็นกันเอง ข้อ 4 คิดเป็น 4.16 ± 0.57 คือ ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจที่ได้เรียนรู้พิษภัยบุหรี่จากเภสัชกร และ ข้อ 8 คิดเป็น 4.16 ± 0.57 ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจที่เภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อเภสัชกรเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.96 ± 0.44 เป็น 3.11 ± 0.40 ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) โดยมีจำนวน 4 ข้อที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ประกอบด้วย ข้อที่ 4, 5, 6 และ 8 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุด คือ ข้อที่ 8 คิดเป็น 3.06 ± 0.50 คือ พึงพอใจที่เภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องรองลงมาคือ ข้อที่ 4 คิดเป็น 3.03 ± 0.60 คือ ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจที่ได้เรียนรู้พิษภัยบุหรี่จากเภสัชกร

เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจต่อเภสัชกร พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพึงพอใจต่อการที่เภสัชกรออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและพึงพอใจที่ได้เรียนรู้พิษภัยบุหรี่ ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า เภสัชกรสามารถมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคทาบัณฑิตานกุล และคณะ (2557) พบว่า การให้คำปรึกษาโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างเข้มข้น (physician high intensity counselling) ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ (abstinence rates) สูงกว่ากลุ่มควบคุมและสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรัตน์ สุรพัฒน์ และน้องเล็ก บุญจูง (2554) ที่ได้ศึกษาการคัดกรองและให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกรในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ของความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรอยู่ในระดับมาก คิดเป็น 3.8 ± 0.3 (คะแนนเต็ม 5) โดยพบว่า พึงพอใจต่อความสุภาพและอัธยาศัยของเภสัชกรมากที่สุด รองลงมาคือความเอาใจใส่ในการให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหา

5.3.5 ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อครอบครัวเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง จากคะแนนเฉลี่ย 2.80 ± 0.33 เป็น 3.31 ± 0.47 ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ประกอบด้วย ข้อที่ 11 ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวห่วงใยใส่ใจคอยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการเลิกบุหรี่ รองลงมาคือ ข้อที่ 10 ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวให้กำลังใจชื่นชม ในระหว่างที่ท่านกำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่และ ข้อที่ 14 ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจถึงอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจในระหว่างการเลิกบุหรี่ตามลำดับ และเมื่อสอบถามถึงบุคคลในครอบครัวที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ 3 อันดับแรก คือ ภรรยา รองลงมา คือ บุตร และบิดามารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำขาว (2555) ที่ศึกษารูปแบบพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า สมาชิกในครอบครัวถือเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการเลิกสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ (2550) ได้ศึกษาประสบการณ์การเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จ ในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่า การมีภรรยาคอยให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการเลิกบุหรี่ช่วยทำให้เกิดกำลังใจในการอยากเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อครอบครัวอยู่ที่ระดับน้อยจาก 2.75 ± 0.36 เป็น 2.79 ± 0.36 (คะแนนเต็ม 5) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.102$)

5.3.6 ระดับความพึงพอใจต่อการมีสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิก

บุหรืระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อสื่อเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นปานกลาง จากคะแนนเฉลี่ย 2.98 ± 0.45 เป็น 3.50 ± 0.43 (คะแนนเต็ม 5) ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่าคะแนนความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ประกอบด้วย ข้อที่ 20 พึงพอใจที่สื่อทำให้ท่านเข้าใจพิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่ได้มากขึ้น รองลงมา คือ ข้อที่ 21 พึงพอใจที่สื่อความรู้สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงและข้อที่ 19 พึงพอใจที่สื่อช่วยทำให้ท่านจดจำความรู้ได้ง่ายขึ้น ซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษานี้ เกสัชกรได้จัดเตรียมอุปกรณ์สื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆประกอบการทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดนิตา ภาณุจรัสและระพีพรรณ ฉลองสุข (2555) ที่ทำการสำรวจการปฏิบัติงานในบริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรอาสาพาเลิกบุหรี่ พบว่า ขณะให้บริการเลิกบุหรี่ เกสัชกรส่วนใหญ่ร้อยละ 88.6 ใช้แผ่นพับในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้รับบริการ

สนใจรับบริการปรึกษาเลิกบุหรี่ รองลงมาคือ โปสเตอร์/บอร์ด ร้อยละ 58.4 และวีดิทัศน์ ร้อยละ 10.1 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ระดับความพึงพอใจต่อสื่ออยู่ที่ระดับน้อย (จาก 2.93 ± 0.47 เป็น 2.96 ± 0.43 , คะแนนเต็ม 5) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.317$)

การเลิกสูบบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ นอกจากผู้สูบบุหรี่จะต้องมีจิตใจที่มั่นคงแน่วแนในการเลิกบุหรี่แล้ว การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว ย่อมส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจและกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ รวมทั้งการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพของตนเอง ก็ย่อมส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่เพิ่มมากขึ้นด้วย โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเลิกบุหรี่ และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวผู้สูบบุหรี่จากแนวคิดของกิบสันการสร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลผู้สูบบุหรี่ ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยเภสัชกรจะต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆที่จำเป็นในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ เภสัชกรได้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือแก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาที่มีการดำเนินกิจกรรม โดยผ่านกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเภสัชกร ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว กำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างความร่วมมือในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

5.4.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรจัดให้มีบริการเลิกบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในรพ.สต., อสม ร่วมกับเภสัชกรโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5.4.4 ข้อจำกัดของงานวิจัย

5.4.4.1 เนื่องจากการการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลา 3 เดือน จึงทำให้ไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาอยู่ในระยะ Maintenance (การเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป) การศึกษานี้สามารถใช้อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพศชายเท่านั้น



บรรณานุกรม

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2552) *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :มูลนิธิธรรมาภิบาลไม่สูบบุหรี่.
- คชา บัณฑิตานุกูล, วิไล บัณฑิตานุกูล และระพีพรรณ ฉลองสุข (2557) ศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 9(2), 1-17
- ชนิษฐ์ชา บุญเสริม, ผกามาศ สฐิตินิชและวราชา รวิสานนท์ (2552)การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 6-14
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล และ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2557) บุหรี่ไฟฟ้าภัยเงียบของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 149-154
- เดือนทิพย์ เขมมโสภาส(2554). *รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์
- เดือนทิพย์ เขมมโสภาส, และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์. (2555). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่. *วารสารก่อการณ*, 19(1), 103 – 117.
- เดือนทิพย์ เขมมโสภาสและ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ (2558). ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 26(2), 81-93
- ดวงจินดา คำสุข, พยอม สุขเอนกนันท์, ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง และเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์(2557) การเปรียบเทียบประสิทธิผลของนอร์ทริปไทลีนและหมากฝรั่งนิโคตินร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ติดยาโคติน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 10(3), 372-388
- ดนิดา ภาณุจรัส ,รพีพรรณ ฉลองสุข สำรวจการปฏิบัติงานให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2555 ก.ค-ก.ย ;7(3):115-120
- นพมาศ ร่มเกตุ (2550) *การรับรู้ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต.สถาบันราชภัฏสงขลา
- บุบผา จันมูล, อาทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยองและประภา ยุทธไตร (2556) รูปแบบการบำบัดแบบกระชับในการลดหรือหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27 (1), 61-73

เบญจมาศ บุญยะวัน, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินธร กลัมพากร และนันท์วัช สิริธรรักษ์ (2555).

ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของ

เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2), 88-102

ปรีชา อุปโยคิน(2556) รูปแบบการควบคุมทางสังคมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ การบูรณาการความร่วมมือ
ระหว่างเครือข่ายชุมชนกับระบบการบริการสุขภาพของรัฐระดับชุมชน. *MFU CONNEXION*,
3(2), 47-68

ปรีชพร กลีบประทุม,ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิชและ ธราดล เก่งการพานิช(2559) ผล

ของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้วอำเภอเมืองอ่างทอง

จังหวัดอ่างทอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร* ,3 (4), 30-43

ผ่องศรี ศรีมรกต,จรรยา ใจहनุ,ปณณนุช สนามทอง,ยุพิน หงษ์ทอง, ประทีป แสงวดี และอรสา อัคร

วัชรานุกร(2556) ประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลในประเทศไทย. *วารสาร*

พยาบาล,62 (1), 32-43

พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ (2554).รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อครอบครัวไทยไร้ควัน

บุหรี่.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์

พรนภา หอมสินธุ์ (2558).แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ในวัยรุ่น.พิมพ์ครั้งที่ 1. ชลบุรี, ชลบุรีการพิมพ์.

พาณี ชัยจันดี และสุนี เลิศสินอุดม (2559)ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อการ

เลิกบุหรี่ โรงพยาบาลจตุรัส. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 12(3), 24-34

พัชรี เกสรบุญนาถ, อัปสร สุริยะพันธ์ และศศิณญา ธิติศักดิ์(2555) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการช่วย

เลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์

โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาล*, 61 (1), 31-41

พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาดา (2553)ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงาน

อุตสาหกรรมปั้นทอด้วย จังหวัดนครปฐม. ปรินญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล

พรรณี ปานเทวัญ, ปราณี อ่อนศรีและศศิพร อุ๋นใจชน (2553). ความเชื่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และ

การเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการกองทัพไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 11(3), 59-65

พรทิพย์ เกยุรานนท์ และ จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ. (2551). สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงาน

สาธารณสุข. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ภาณิสรา ระยา, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช และ กรกนก ลัธธ

นันท์ (2558).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัย*

พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 31(2), 9-25

- มงคล การรณรงค์มพรณ และ สุดารัตน์ สุวาร (2559)เสริมสร้างอำนาจในตนลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงบาบาทสำคัญของพยาบาล.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 36(3), 222-233
- มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ (2550)ประสบการณ์การเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จ กรณีศึกษาในชุมชนเขตอำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.ปริญญาามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.สื่อรณรงค์สุขภาพกับบุหรี่[online].2559[cited 2560 เม.ย. 4].Available from URL: <http://www.smokefreezone.or.th/media/2//สื่อรณรงค์สุขภาพกับบุหรี่/-ทั่วไป.html?category=2>
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.สื่อรณรงค์สุขภาพกับบุหรี่[online].2557[cited 2560 เม.ย. 10].Available from URL: <http://www.smokefreezone.or.th/media/12/คลิปวิดีโอ.html?page=1-5&category=12>
- ยุพา จิวพัฒนกุล และนงนุช เพ็ชรรวง (2559)การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน มุมมองของครอบครัว.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,24 (2), 42-50
- ยุพา จิวพัฒนกุล และสุรัสวดี ไหว่อง (2558). การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 38(3), 24-31
- ระพีพรรณ ฉลองสุข และวิไล บัณฑิตานุกุล (2559)อัตราการเลิกสูบบุหรี่หลังจากได้รับการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชน.วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 11(1), 17-29
- รินดา เจวประเสริฐพันธุ์, วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, นงนุช โอปะและเอื้อมพร หลินเจริญ (2556) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่และระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 7(3), 37-46
- เรณู บุญจันทร์ , รัชนี กิตติพงษ์ศาลและนพวรรณ เลิศการณ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดระนอง. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2552
- รังสิต ศรจิตติ, พิรุณา พลศิริ และฐิติมา สิริพงษ์พานิช (2556)ต้นทุนจากการสูบบุหรี่ การทบทวนวรรณกรรม.วารสารวิชาการสาธารณสุข,22 (1), 172-186
- โรงพยาบาลเขื่องใน (2560) รายงานประจำปี รพ.เขื่องใน พ.ศ.2558-2560.อุบลราชธานี.สำนักงานสารสนเทศ
- วรรรัตน์ สุรพัฒน์ และน้องเล็ก บุญจง (2554) การคัดกรองและให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

วรจิรา หวังมัน,นิรันดร์ สร้อยระย้า,ลือ มีแก้ว และจันทรเพ็ง หึงขุนทด(2557) การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลลำโรงท่าบ่ออำเภอลำโรงท่า จังหวัดสุรินทร์.พิมพ์ครั้งที่ 1.สุรินทร์.

วิชัย โชควิวัฒน์, สุลล วัฒนานันท์, กษิษฐา บุญธรรมเจริญ, ภูษิต ประคองสาย และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2550) บุหรี่และสุรา ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 16, 3-19

วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบุลย์ และอิสราวรรณ สนธิภูมาศ(2555). การศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ชุมชนช้างเผือก จังหวัดนครราชสีมา.วารสารการพยาบาลศึกษา, 6(2),113-123

วันดี ไตรภพสกุลและ ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (2554) การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของสมุนไพรหย้าดอกขาวชนิดแคปซูลในการเลิกบุหรี่.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศศิธร กิจไพบุลย์ทวี (2555) ประสิทธิภาพของยาอมเม็ดแข็งหย้าดอกขาวร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรต่ออัตราการเลิกบุหรี่ การศึกษาควบคุมเชิงกลุ่ม.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(2558) รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ, เจริญมั่นคงการพิมพ์.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(2560).การทบทวนวรรณกรรมบ้านปลอดบุหรี่.ก้าวทันวิจัยกับศจย,9(3),3-22

ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี

ศิริวรรณ พิชัยรังษะภู, เบญจวรรณ ต้นประดิษฐ์, ศิโรนี โต๊ะสันและชวลา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม(2557). สถานการณ์บ้านปลอดบุหรี่และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพ่อ.วารสารสุขศึกษา.128(37),61-71

ศิริณี อิ่มน้ำขาว (2555) รูปแบบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารกองการพยาบาล, 39 (3), 7-20

ศรัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, ณัฐพล เทศขยัน และสาโรจน์ นาคจุ (2553). สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-2552. นนทบุรี, ไนซ์ เอิร์ท ดีไซน์ต์.

สาวิณี ชาญสินธพ(2557) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมุสลิมที่มีผู้สูบบุหรี่ในจังหวัดนราธิวาส.วารสารพยาบาล, 63

(1), 28-34

สาโรจน์ นาคชุม(2552) การสัมผัสควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมกับโรคหืดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2552) พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร, สหประชาพานิชย์.

สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอรดี นุชสงสินและ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ (2558) การทบทวนวรรณกรรมประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.วารสารสาธารณสุขศาสตร์,45(3), 324-333

เสาวลักษณ์ ทาแจ้งและสมจิต แดนสีแก้ว (2559) การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(4), 73-79.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ,เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและชมรมเภสัชกรปฐมภูมิ (2560) คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, ศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (2559) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 –2562. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี,ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์.

สนอง คล้าฉิมและมานิชย์ แสงไสยศน์ (2551) พ่อบ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ 80 วัน ทำความดีเพื่อในหลวง ตำบลคลองโคน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.

สนทรรศ บุชราทิจ และอภิญญา สิริไพบูลย์กิจ(2555) การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,57(3), 305-312

อรสา พันธักดี (2555) กระบวนการพยาบาล การให้คำแนะนำการช่วยเหลือเลิกบุหรี่. วารสารพยาบาล, 62(1), 65-70

อรสา พันธักดี (2555).แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่ คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ยุ่่งานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, บริษัทอัทพ์พญูยูครีเอทีฟจำกัด.

Chouinard M, Robichaud S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. Nursing Research. 2005; 54(4):243-254.

Gibson C.H. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991;

16:354-361.

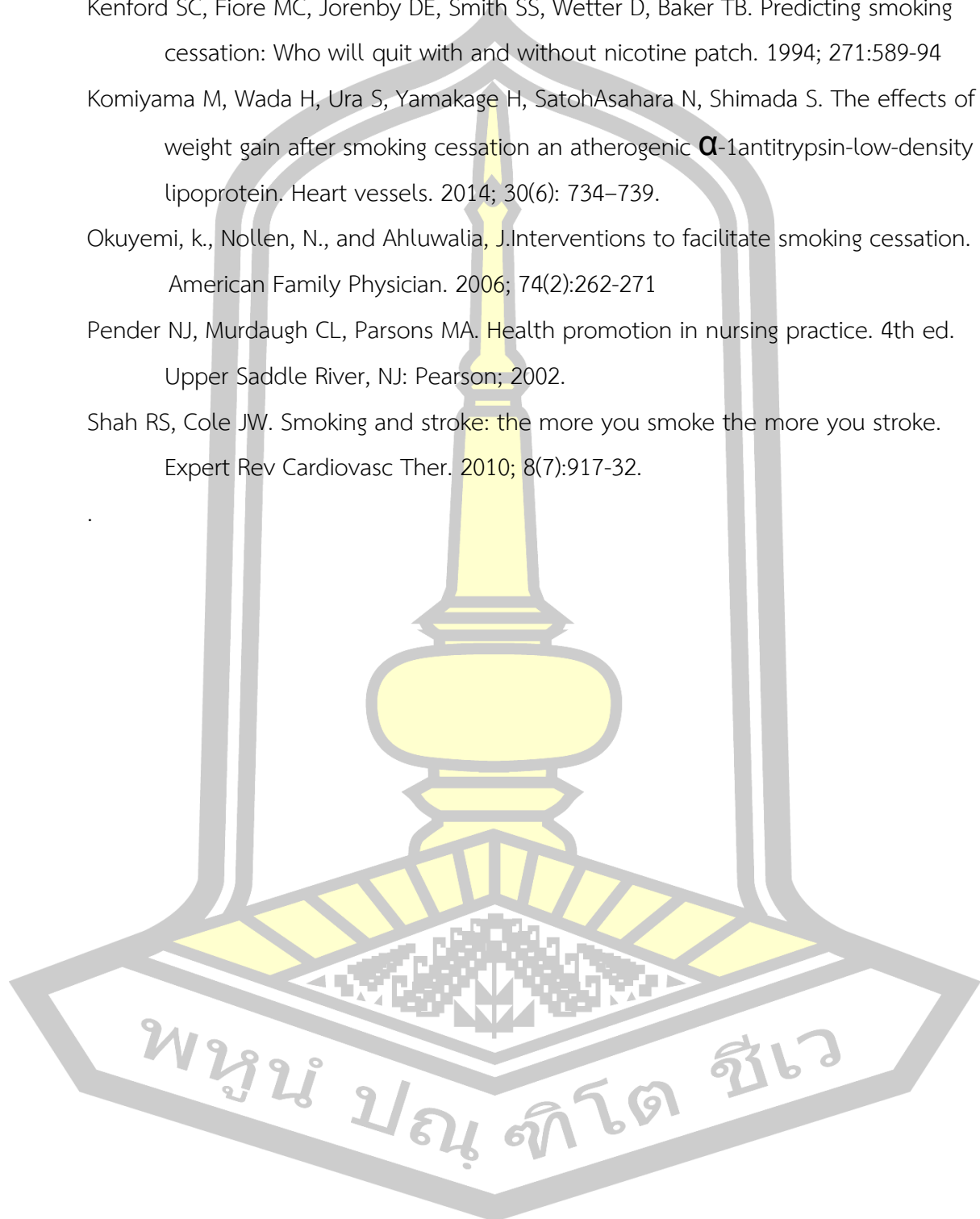
Kenford SC, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation: Who will quit with and without nicotine patch. 1994; 271:589-94

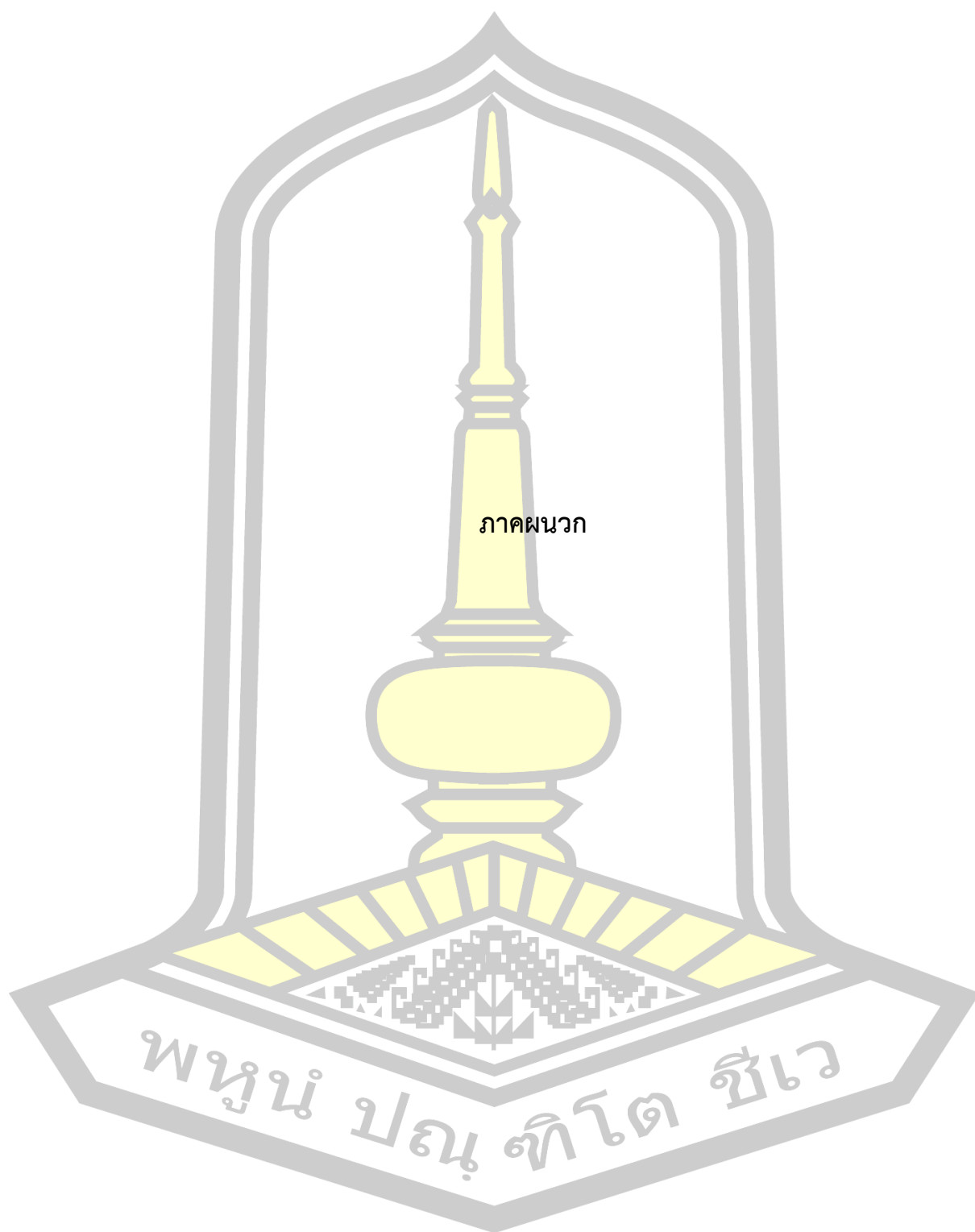
Komiyama M, Wada H, Ura S, Yamakage H, SatohAsahara N, Shimada S. The effects of weight gain after smoking cessation an atherogenic α -1antitrypsin-low-density lipoprotein. Heart vessels. 2014; 30(6): 734–739.

Okuyemi, k., Nollen, N., and Ahluwalia, J. Interventions to facilitate smoking cessation. American Family Physician. 2006; 74(2):262-271

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.

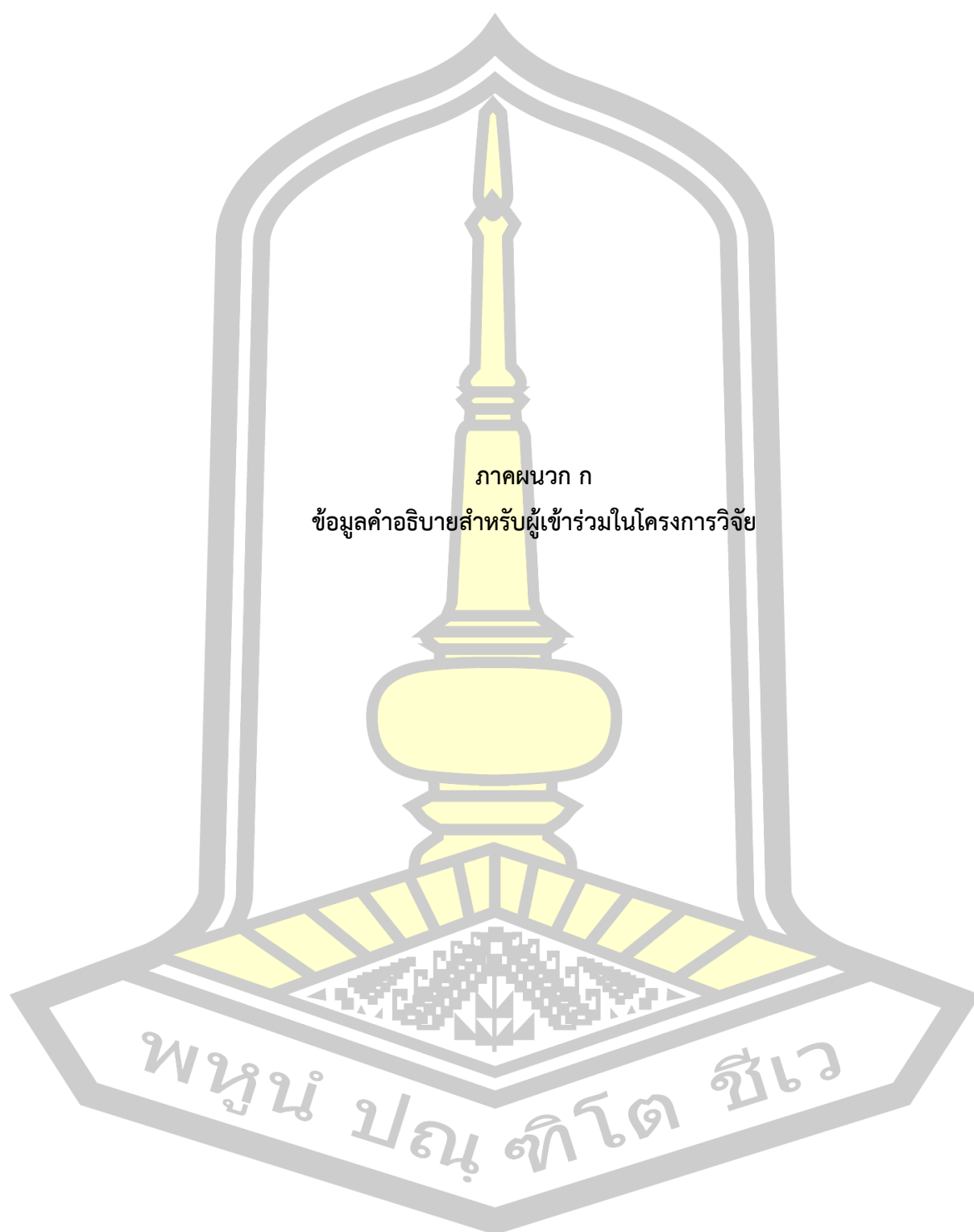
Shah RS, Cole JW. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2010; 8(7):917-32.





ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีเว



 Mahasarakham University Institutional Review Board	ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)
--	--

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมนุญ
ผู้สนับสนุนการวิจัย โครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมนุญ

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี
ที่อยู่ 5 หมู่ 10 ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 34150
เบอร์โทรศัพท์ 045-4237412, 087-9095903

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์
ที่อยู่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 043-754360, 089-7177470

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ อ.ดร.สันติภาพ สุขเอนกนันท์
ที่อยู่ คณะการบัญชีและการจัดการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 2202 ตำบลขามเรียง
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
เบอร์โทรศัพท์ 045-754321, 093-3246009

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน คาดว่าภายในปี 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นปีละมากกว่า 8 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน เฉลี่ยวันละ 142 คน หรือ ชั่วโมงละ 6 คน ปัจจุบันมีจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่กว่า 11.4 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคนและสูบบุหรี่นานๆครั้ง 1.4 ล้านคน อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรก คือ 15.6 ปี

จากการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2558-2560 พบผู้มารับบริการจำนวนทั้งสิ้น 138 ราย แบ่งเป็นปีงบประมาณ 2558 จำนวน 52 รายปี 2559 จำนวน 44 รายและปี 2560 จำนวน 42 ราย พบผู้ป่วยขาดนิโคตินจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 88.46), จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 90.91) และ 40 ราย (ร้อยละ 95.24) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มของการขาดนิโคตินที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากการซักถามผู้มารับบริการในแต่ละครั้ง พบว่า มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บางคนอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล บางคนมีภาระหน้าที่ต้องประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวซึ่งหากมารับบริการจะทำให้ต้องสูญเสียรายได้ ส่งผลทำให้การมารับบริการให้คำแนะนำและการบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่มาตามนัดอย่างต่อเนื่องและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในปีงบประมาณ 2560 มีเพียงจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.76 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เป็นเพศชาย เมื่อเข้ามาใช้บริการที่คลินิกจะเดินทางมาเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวไม่รับรู้ว่าจะมารับการบำบัดที่คลินิก อย่างไรก็ตาม การจัดการกับตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่สำคัญที่สุดนอกจากผู้สูบบุหรี่จะต้องมีกำลังใจที่มั่นคงแน่วแน่แล้วนั้น สิ่งสำคัญ คือ การได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กำลังใจจากคนในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่เองที่จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจร่วมกันในการเลิกบุหรี่ (ปริชา อุโยคิน, 2556) สมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ(ศิริณี อิ่มน้ำขาว, 2555)

จากการทบทวนผลการดำเนินงานในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2558 พบว่าโรงพยาบาลเชียงใหม่มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 240 คน และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2559 จำนวน 382 คน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 85.86 ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเท่านั้นยังพบผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าปี 2558 มีจำนวน 309 คน และในปี 2559 จำนวน 461 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.95 และอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.52 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2557 ร้อยละ 15.53 เป็นร้อยละ 21.48 ในปี 2559 จากข้อมูลการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบกำเริบและต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองจากสมาชิกในครอบครัว และจากรายงานฐานข้อมูล 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ.2560 พบว่า ตำบลที่มีความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 10 อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี สูงสุด 5 อันดับแรกจากทั้งหมด 18 ตำบล คือ ตำบลชีทวน ตำบลยางซึก ตำบลกลางใหญ่ ตำบลสร้างถ่อ และตำบลหัวดอน คิดเป็นร้อยละ 12.99,12.50,8.53,7.83และ 7.79

ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าตำบลหัวดอนจะมีความชุกของการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับที่ 5 แต่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชิงในร้อยละ 20 อาศัยอยู่ในเขตตำบลหัวดอน และจากข้อมูลความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลหัวดอน ทั้ง 11 หมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 37.7 มาจากบ้านเสียม หมู่ที่ 6, 7 และ 10 โดยพบความชุกของการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับ 1 จากทั้งหมด 11 หมู่บ้านคือ บ้านเสียม หมู่ที่ 6 รองลงมาคือ บ้านเสียมหมู่ที่ 7 ร้อยละ 17.15 และ 15.72 ตามลำดับ ส่วนบ้านเสียมหมู่ที่ 10 มีความชุกสูงเป็นอันดับ 7 คิดเป็น ร้อยละ 4.83 ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับพื้นที่ดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหมหรือโรงพยาบาลเชิงใน ควรดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเกิดความตระหนักต่อพิษภัยของบุหรี่ จนนำไปสู่การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ให้สำเร็จ

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างครอบครัวปลอดบุหรี่ด้วยบทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิ ตลอดจนเพิ่มองค์ความรู้ให้แก่ครอบครัวและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ ให้คำแนะนำ ติดตามและประเมินผลผู้สูบบุหรี่ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งการทำให้บ้านปลอดบุหรี่นั้น ไม่เพียงแต่เป็นการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่โดยเฉพาะเด็กจากการที่ต้องได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง หรือควันบุหรี่มือสามแล้วเท่านั้น แต่ยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว เช่นการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ รวมทั้งเป็นการสร้างแบบอย่างที่ดีให้แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ขึ้นได้ในสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิในผู้สูบบุหรี่และครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเลิกบุหรี่ ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก และผลลัพธ์ทางมานุษยวิทยา คือ ระดับความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่และทำการตรวจวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก เพื่อติดตามผลกระทบที่ท่านอาจจะได้รับจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งควันบุหรี่มือสองหรือควันบุหรี่มือสามทั้งก่อนและหลังการวิจัยกรณีที่ท่านเป็นผู้สูบบุหรี่ ผู้วิจัยจะสอบถามความคิดเห็นของท่านเพื่อประเมินระดับการติดยาเสพติดและระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อประกอบการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิและจะมีการนัดติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษานี้อาจส่งผลทำให้ท่านมีอาการเหนื่อยจากการเป่าลมหายใจออกในการตรวจวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์นี้ ผู้วิจัยจะส่งต่อสู่การดูแลของ รพ.สต. หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม ซึ่งหากการดำเนินการวิจัยนี้ทำให้ท่านรู้สึกกังวลไม่ว่าจะเรื่องใดก็ตาม หรือท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลาเพื่อดำเนินการช่วยเหลือท่านได้ทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้จะทำให้ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสาม การจัดการตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดภาวะถอนนิโคติน เทคนิคในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆที่ท่านและสมาชิกในครอบครัวสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยและลงชื่อเป็นหลักฐานลงในแบบยินยอมอาสาสมัครแล้ว ทางผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านดังนี้

1. ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่
2. ขอความร่วมมือในการตรวจวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก เพื่อติดตามผลกระทบที่ท่านอาจจะได้รับจากควันบุหรี่มือสองหรือควันบุหรี่มือสาม

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บเป็นเวลา 5 ปี ที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และจะทำลายภายในสิ้นปีพ.ศ. 2566

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี 5 หมู่ 10 ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 34150

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

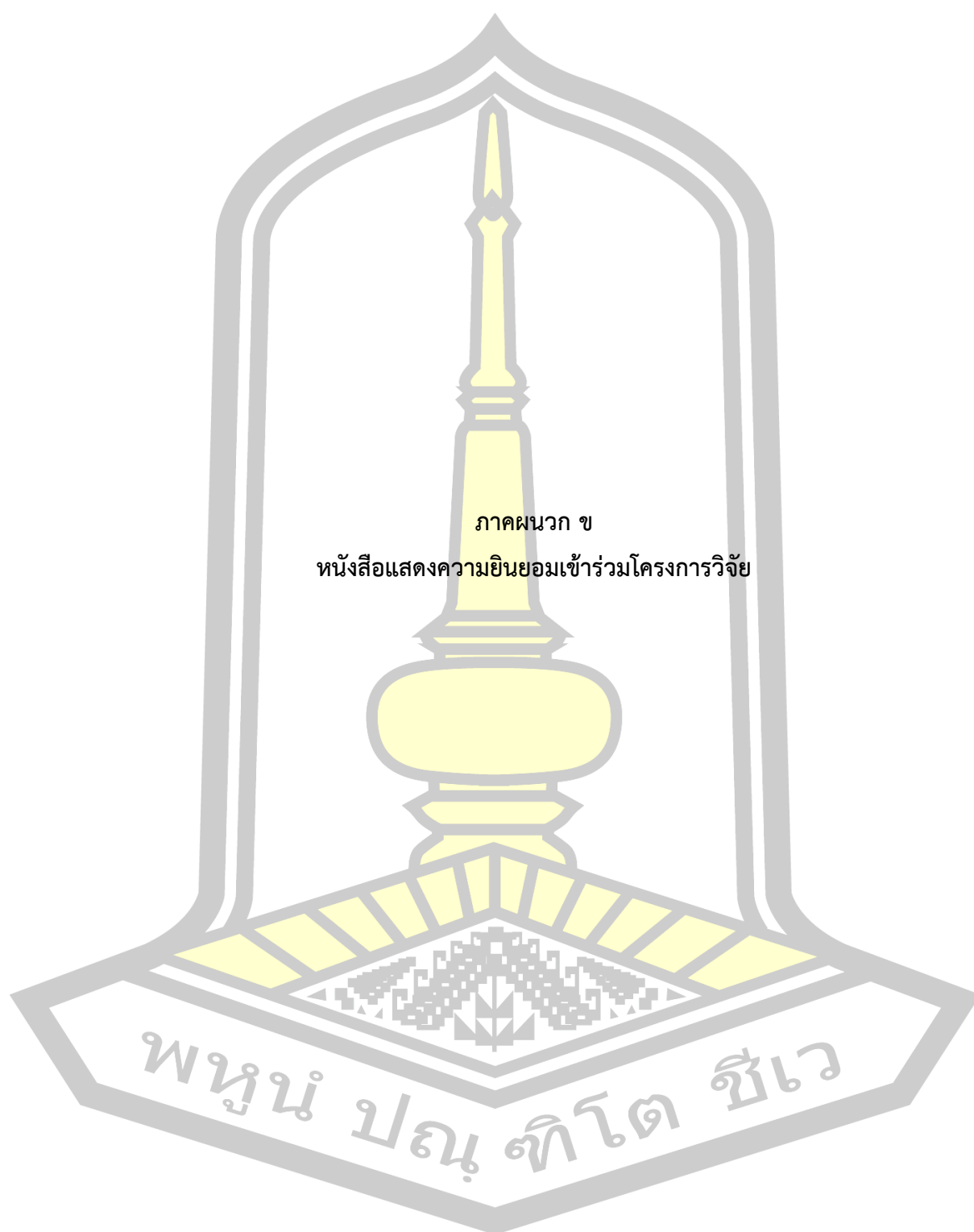
ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





AF 05-10/3.0

 Mahasarakham University Institutional Review Board	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)
--	--

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้า

ร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า
ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ
สงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า
ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก
การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะ
ผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็ม
ใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....)ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

	Masarakham University Institutional Review Board	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)
---	--	--

โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ที่อยู่

..... ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

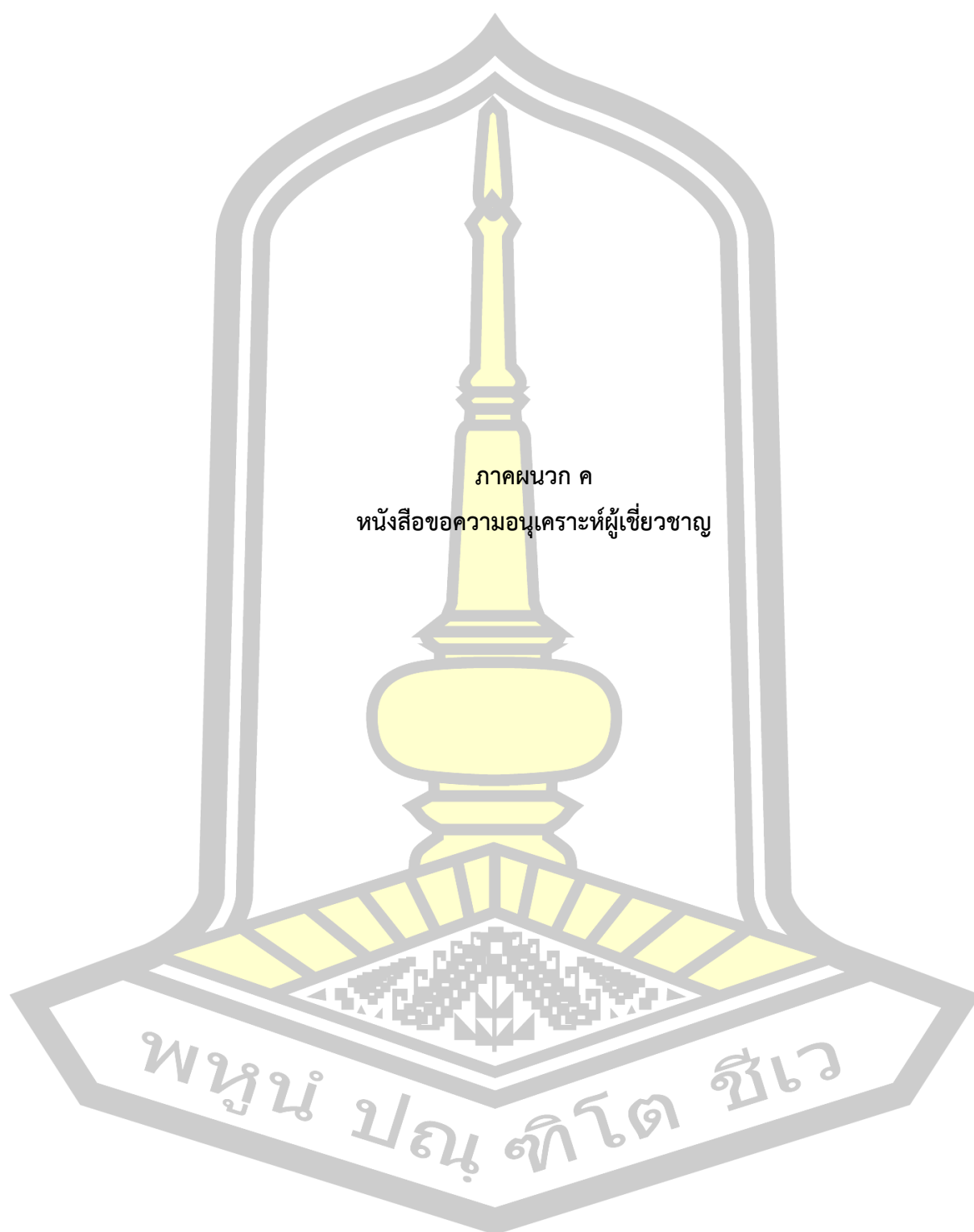
ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของ ผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัย รับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการ วิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การ ตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วย ความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่ เดือน พ.ศ.

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๒/ ๑๖๐๕



คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดหน่วยงานเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงโคก

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำขอวิทยานิพนธ์	จำนวน	๑ ชุด
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน	๑ ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน	๑ ชุด

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ เรื่อง “โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ และอาจารย์ ดร.สันติภาพ สุขเอนกนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะฯ จะใคร่ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในหน่วยงานของท่าน คือ นางกาญจนา สุวงศ์จันทร์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดหน่วยงานเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

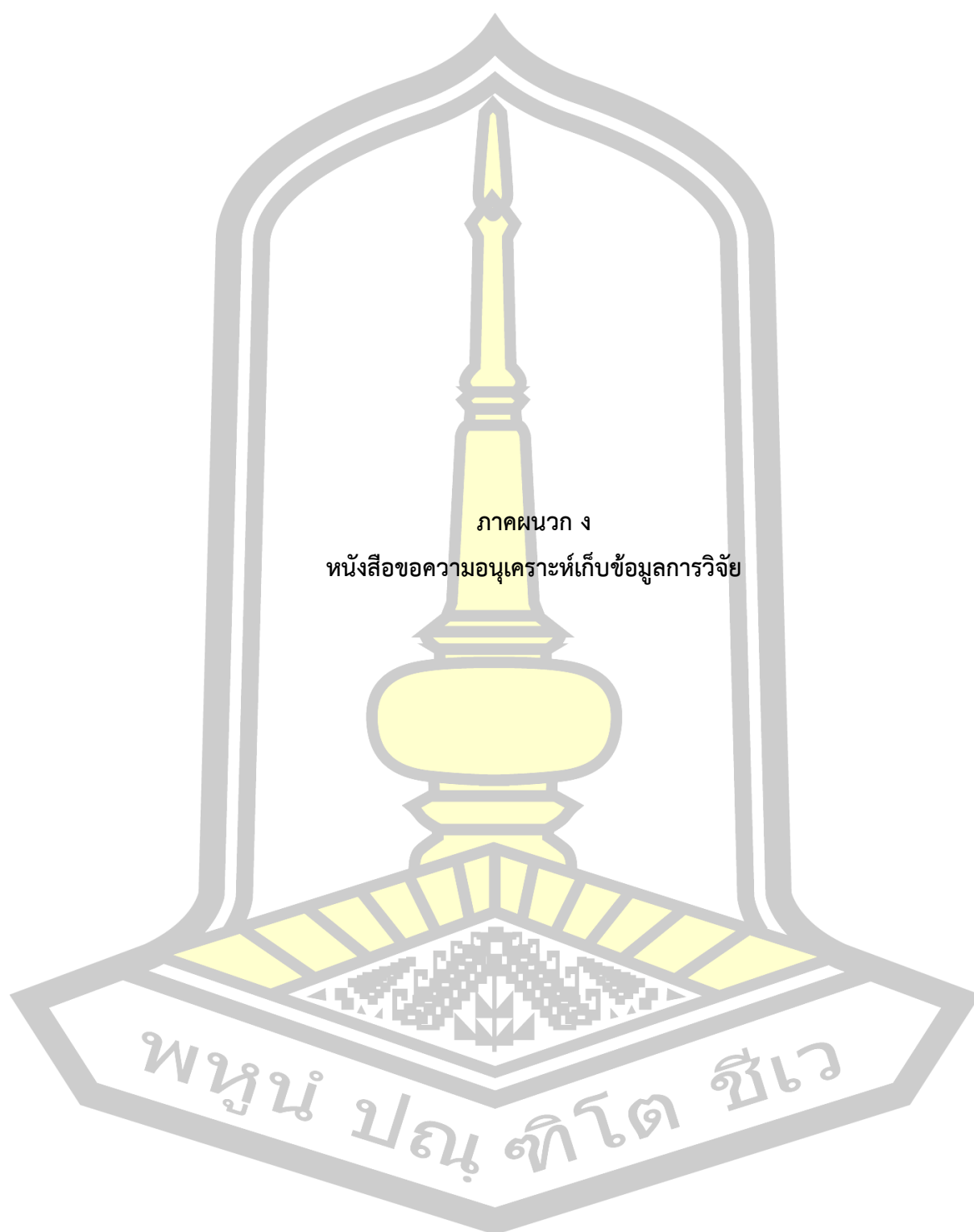
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนัดดา พลอยเลื่อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน

นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี

โทร. ๐๘๓-๙๐๙๕๕๐๓

E-mail: thipam_phioxus@hotmail.com



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๒/๖ ๑๑๐ ฝ



คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงไทร

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่	จำนวน	๑ ชุด
	๒. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ต่อโปรแกรม การให้คำปรึกษา	จำนวน	๑ ชุด

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ เรื่อง “โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ และอาจารย์ ดร.สันติภาพ สุขเอนกนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จะใคร่ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากผู้สูบบุหรี่ ในชุมชนบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเชิงไทร จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่กำกับของท่าน จึงได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ทำให้การศึกษามีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างองค์ความรู้ทางด้านการวิชาการและการพัฒนา งานสาธารณสุขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนิดา พลอยเลื่อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน
นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี
โทร. ๐๘๙๙-๙๐๙๕๙๐๓
E-mail: thipam_phioxus@hotmail.com

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๒/๖๖๐๕



คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหม

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบบันทึกข้อมูลผู้สืบทอด	จำนวน	๑ ชุด
	๒. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สืบทอดต่อโปรแกรม การให้คำปรึกษา	จำนวน	๑ ชุด

ด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมภูมิ เรื่อง “โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ และอาจารย์ ดร.สันติภาพ สุขเอนกนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จะใคร่ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากผู้สืบทอด ในชุมชนบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่กำกับของท่าน จึงได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ทำให้การศึกษามีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างองค์ความรู้ทางด้านการวิชาการและการพัฒนา งานสาธารณสุขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรหญิงชนัดดา พลอยเลื่อมแสง)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน

นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี

โทร. ๐๘๗-๙๐๙๕๕๐๓

E-mail: thipam_phioxus@hotmail.com





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 053 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกร
ปฐมภูมิ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The effectiveness of a counseling program for smoke-free families
by primary care pharmacists.

ผู้วิจัย : นางสาวพิชญ์ฤทัย ธงศรี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะเภสัชศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : คณะกรรมการเดิมชุด

วันที่รับรอง : 30 เมษายน 2561

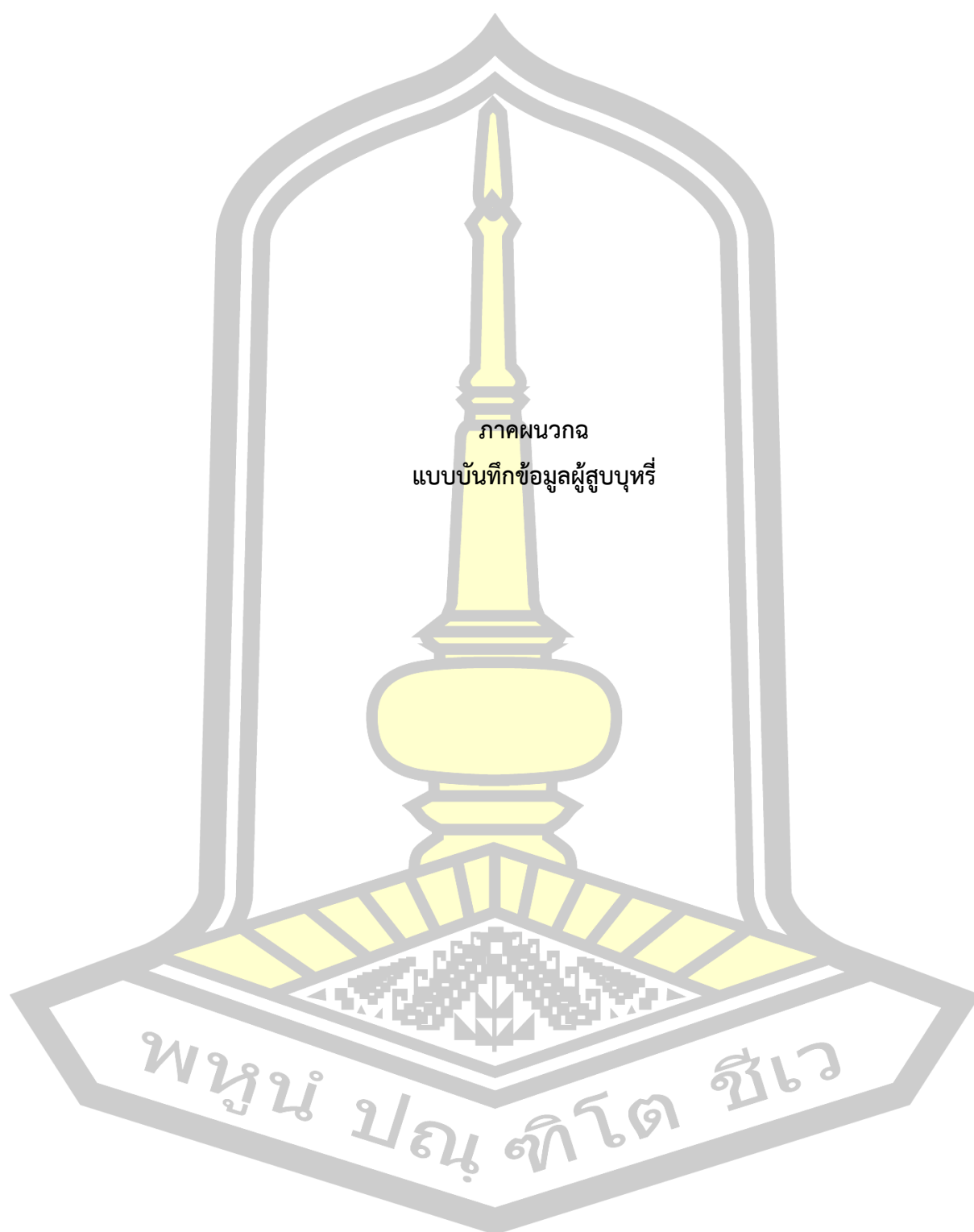
วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด
โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ อภิวิมล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

วัน/เดือน/ปี/.....

แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่/ครอบครัวผู้สูบบุหรี่
งานวิจัย เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

ข้อมูลทั่วไป
เพศชาย ☐ หญิง ☐ ปี อาชีพ..... เบอร์โทรศัพท์..... สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ กันสุขภาพถ้วนหน้า(30บาท) ประกัน ☐ กรมข้าราชการ/ ☐ สาหกิจผู้สูงอายุ ☐ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ กักกันอยู่ ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ปวช. ☐ ปวส/อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ☐ 01-10,000 บาท ☐ 10,001-15,000 บาท ☐ 15,001-20,000 บาท ☐ 20,001-25,000 บาท ☐ มากกว่า 25,000 บาท ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือน.....บาท กรณีนท่านเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ระบุความสัมพันธ์กับผู้สูบบุหรี่.....
ข้อมูลทางคลินิก
น้ำหนัก.....kg. ส่วนสูง.....cm. BMI.....kg/m ² ความดันโลหิต.....mmHg ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ.....ppm.
ประวัติครอบครัว
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว (พ่อ แม่ และพี่ น้องสายตรง) ☐ โรคเบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ โรคไขข้อ ☐ ในเลือดสูง ☐ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ☐ โรคอัมพาตไม่มี ☐ ประจำตัวไม่ทราบ ☐
โรคประจำตัว/ภาวะผู้สูบ
☐ โรคเบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ โรคไขข้อ ☐ ในเลือดสูง ☐ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ☐ โรคซึมเศร้า ☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ หืด ☐ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ☐ โรคภูมิแพ้ ตั้งคร ☐ /ให้นมบุตรไม่มีโรคประจำตัวไม่ทราบอื่นๆ..... ☐
พฤติกรรมสุขภาพ
ยาที่ใช้ประจำตัว..... การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่ม.....ทุกวัน ดื่ม.....ครั้งคราวเคยดื่มแล้วเลิกแล้ว ไม่ดื่ม ☐ การสูบบุหรี่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน.....เดือนปี

ปัจจุบันสูบบุหรี่ ☐ ปัจจุบันสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ☐ ☐ ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่แล้ว จากวันละประมาณ.....มวน ประเภทของบุหรี่ ☐ เอง บุหรี่ซอง ☐ ทุกระบุ..... ☐ บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ☐ ไม่มี ระบุ..... ☐ สถานที่สูบบุหรี่ภายในบ้านหรือบริเวณบ้าน ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ระบุบริเวณที่สูบ..... ขณะสูบบุหรี่มีสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นอยู่ใกล้เคียง ☐ ไม่มี ☐ ระบุ.....
แบบคัดกรอง
1. ในอดีตเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ เคยเลิก..... ☐ ครั้ง เลิกได้นานที่สุด..... วัน เดือน..... ปี
2. เคยเลิกโดยวิธี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ หัก ☐ ค่อยๆลด ☐ ยา ☐ nicotine gum ☐ ☐ nicotine patch ☐ nortriptyline ☐ bupropion ☐ varenicline ☐ สมุนไพรขิงข่าดอกขาว ☐ อื่นๆ.....
3. ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกครั้งที่ผ่านมา/ เหตุผลที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ ารหงุดหงิดจากการขาดนิโคติน ☐ ถูก ☐ ดันโดยผู้ครอบงำหรือสภาพแวดล้อมเดิมๆ ☐ ะเครียด ยังมี ☐ มอยากบุหรี่ ☐ อื่นๆ..... ☐ ไม่มี ☐ ู้สึก
4. ครั้งนี้มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ที่ระดับ (ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตาม Stage of change model) ☐ ยังไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 6 เดือน แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน (Contemplation) ☐ กำลังวางแผนเลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 1 เดือนหรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation) ☐ ักเลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance) ☐ ไม่มีข้อมูล
5. บุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เหม/คนรักสามี/ภ ☐ ยา ลูก ☐ แม่ ☐ ญาติ ☐ ติ่ง ☐ อื่นๆ..... ☐
6. เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ ปัญหาสุขภาพของตนเอง ☐ ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว ☐ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ☐ ปัญหาการเข้าสังคมอื่นๆ..... ☐
การประเมินระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence) ข้อ 7-13 7. คุณสูบบุหรี่มานานแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด ☐ สูบทันทีหลังตื่นนอนหรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที (3 คะแนน)

☐ สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาที แต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน) ☐ สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมง แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน) ☐ สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)				
8. คุณรู้สึกอย่างไรหากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่น ในห้องสมุดหรือโรงพยาบาลนรหุตหิต อีตอ์ด ☐ คะแนน)เฉยๆ (0 คะแนน) ☐				
9. ในแต่ละวันบุหรืมวนใดที่คุณคิดว่าไม่ได้สูบแล้วจะหุตหิตมากที่สุด ☐ มวนแรกทีสูบในตอนเช้า (1 คะแนน)มวน ☐ ากก็เหมือนกัน (0 คะแนน)				
10. โดยปกติคุณสูบบุหรื/ยาสูบวันละกี่มวน ม ☐ กว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน) 2 ☐ 30 มวนต่อวัน (2 คะแนน) ☐ 11-20 มวนต่อวัน (1 คะแนน) ☐ ไม่เกิน 10 มวนต่อวัน (0 คะแนน)				
11. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรืมากทีสุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆของวันใช่หรือไม่ ☐ ใช่ (1 คะแนน)ไม่ใช่ (0 ☐ คะแนน)				
12. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรืหรือไม่ ต ☐ หาร (1 คะแนน)ไม่ต้องกา ☐ 0 คะแนน)				
13. ระดับคะแนนประเมินภาวะติดนิโคติน โดย Fagerstrom test for Nicotine Dependence				
☐ 0-2ติดนิโคตินต่ำ	☐ 3-4 ติดนิโคตินต่ำ	☐ 5-6 ติดนิโคตินปานกลาง	☐ 7-8 ติดนิโคตินสูง	☐ 9-10ติดนิโคตินสูง
14.ความสามารถในการอดบุหรื (จำนวนมวนบุหรืที่สูบเฉลี่ยต่อวัน)				
☐ 0-7 มวน	☐ 8-14 มวน	☐ 15-30 มวน	☐ 31-60 มวน	☐ 61-90 มวน
15. ประเมินภาวะติดด้านความเคยชิน/ด้านสังคม ☐ สูบบุหรืหลังอาหารคุณสูบ ☐ ีพร้อมดื่มกาแฟหรือหลังดื่มกาแฟคุณสูบบุหรื ☐ าดื่มเหล้า				
16. ประเมินภาวะติดด้านจิตใจ ค ☐ สูบบุหรืเวลาว่างคุณสูบ ☐ ู่ขณะทำงานคุณสูบบุหรืเวลา ☐ ิยด				
17.ระดับความพึงพอใจของผู้สูบบุหรืที่มีต่อตนเองในการเลิกสูบบุหรืได้ ม ☐ ทีสุด (5) ม ☐ (4) ป ☐ กลาง (3) น ☐ 2 น ☐ 1				
ยาช่วยเลิกบุหรื				
18. วันที่เริ่มใช้ยาวัน/เดือน/ปี.....				
19. ยาที่จ่าย 1.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... 2.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... ไม่มี ☐ ารจ่ายยาช่วยเลิกบุหรื				

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่/ครอบครัวผู้สูบบุหรี่(ระยะติดตามผล)

งานวิจัย เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การติดตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7 ร่วมกับกิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

การติดตามผลDay 7				
วัน/เดือน/ปี..... ระยะเวลา.....นาที่				
กรณีท่านเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ระบุความสัมพันธ์กับผู้สูบบุหรี่.....				
1.ข้อมูลทางคลินิกน้ำหนัก.....kg. ความดันโลหิต.....mmHg ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ.....ppm.				
2. การสูบบุหรี่ ☐ หยุดสูบบุหรี่ได้ ตั้งแต่วันที่..... ☐ คงสูบบุหรี่อยู่.....มวน/วันเทียบกับวันแรก(Day 0) ส ☐ ึ่ง เท่าเดิม ☐ เพิ่มขึ้น ☐				
3. ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ☐ ไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation) ☐ จะเลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 6 เดือน แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน (Contemplation) ☐ กำลังวางแผนเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนหรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation) ☐ กำลังเลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action) ☐ ักบุหรี่/ยาสูบมาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance)				
4. ระดับคะแนนประเมินภาวะติดนิโคติน โดย Fagerstrom test for Nicotine Dependence				
☐ 0-2ติดนิโคตินต่ำ	☐ 3-4 ติดนิโคตินต่ำ	☐ 5-6 ติดนิโคตินปานกลาง	☐ 7-8 ติดนิโคตินสูง	☐ 9-10ติดนิโคตินสูง
แผนการเลิกบุหรี่				
5. กำหนดวันหยุดบุหรี่ (0 มวน) วันที่				
6.แนวทางการเลิกบุหรี่ ☐ ำดิบค่อยๆ ☐ จาก.....มวน/วัน เหลือ.....มวน/วัน ภายใน.....วันนับจากวันที่.....				
7.ความสามารถในการอดบุหรี่ (จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน)				
☐ 0-7 มวน	☐ 8-14 มวน	☐ 15-30 มวน	☐ 31-60 มวน	☐ 61-90 มวน
8.วันที่เริ่มใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่วัน/เดือน/ปี.....ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ				
1.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน.....				
2.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน.....				
☐ ไม่มีการจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่				

9. อาการถอนนิโคตินไม่พบ ☐ ☐
อาการที่พบ ☐ ซึมเศร้า ☐ นอนไม่หลับ ☐ หงุดหงิด ☐ วิดกกังวล ☐ สมาธิสั้น ☐ หัวใจเต้นช้า ☐ ออยากอาหาร ☐ น้ำหนักเพิ่มขึ้น คำแนะนำ
10. กรณีใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงจากยาไม่พบ ☐ ☐
อาการที่พบ ☐ ปากแห้งคอแห้ง ☐ สมาธิสั้นกระวนกระวาย ☐ ปวดมึนศีรษะวิงเวียน ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้อง ☐ ปัสสาวะคั่ง/ปัสสาวะไม่ออก ☐ ท้องผูก ☐ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ☐ แผลในปาก ☐ เจ็บกราม ☐ ผิวหนังอักเสบ ☐ นอนไม่หลับ ☐ ผื่นร่าย ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มองไม่ชัด ☐ ชัก ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... คำแนะนำ
11. ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเคยชิน หรือความเชื่อไม่พบ ☐ ☐
ปัญหาที่พบและคำแนะนำ

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่/ครอบครัวผู้สูบบุหรี่(ระยะติดตามผล)

งานวิจัย เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การติดตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14

ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

การติดตามผล Day 14				
วัน/เดือน/ปี..... ระยะเวลา.....นาที่				
1.ข้อมูลทางคลินิกน้ำหนัก.....kg. ความดันโลหิต.....mmHg ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ.....ppm.				
2. การสูบบุหรี่ ☐ หยุดสูบบุหรี่ ตั้งแต่วันที่..... ☐ คงสูบบุหรี่.....มวน/วันเทียบกับวันแรก(Day 0) ลด ☐ เท่าได้ ☐ เพิ่มขึ้น ☐				
3. ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ☐ ไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation) ☐ จะเลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 6 เดือน แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน (Contemplation) ☐ กำลังวางแผนเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนหรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance)				
4. ระดับคะแนนประเมินภาวะติดนิโคติน โดย Fagerstrom test for Nicotine Dependence				
☐ 0-2ติดนิโคตินต่ำ	☐ 3-4 ติดนิโคตินต่ำ	☐ 5-6 ติดนิโคตินปานกลาง	☐ 7-8 ติดนิโคตินสูง	☐ 9-10ติดนิโคตินสูง
แผนการเลิกบุหรี่				
5. กำหนดวันหยุดบุหรี่ (0 มวน) วันที่				
6.แนวทางการเลิกบุหรี่ ☐ งดค่อยๆ ☐ จาก.....มวน/วัน เหลือ.....มวน/วัน ภายใน.....วันนับจากวันที่.....				
7.ความสามารถในการอดบุหรี่ (จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน)				
☐ 0-7 มวน	☐ 8-14 มวน	☐ 15-30 มวน	☐ 31-60 มวน	☐ 61-90 มวน
8.วันที่เริ่มใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่วัน/เดือน/ปี.....ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ 1.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... 2.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... ☐ ไม่มีการจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่				
9. อาการถอนนิโคตินไม่พบ ☐ ☐				

อาการที่พบ ☐ ซึมเศร้า ☐ นอนไม่หลับ ☐ หงุดหงิด ☐ วิดกกังวล ☐ สมาธิสั้น ☐ หัวใจเต้นช้า ☐ ออยากอาหาร ☐ น้ำหนักเพิ่มขึ้น คำแนะนำ
10. กรณีใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงจากยาไม่พบพบ ☐ ☐
อาการที่พบ ☐ ปากแห้งคอแห้ง ☐ สมาธิสั้นกระวนกระวาย ☐ ปวดมึนศีรษะวิงเวียน ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้อง ☐ ปัสสาวะคั่ง/ปัสสาวะไม่ออก ☐ ท้องผูก ☐ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ☐ แผลในปาก ☐ เจ็บกราม ☐ ผิวหนังอักเสบ ☐ นอนไม่หลับ ☐ ผื่นร้าย ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มองไม่ชัด ☐ ชัก ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... คำแนะนำ
11. ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเคยชิน หรือความเชื่อไม่พบพบ ☐ ☐ ปัญหาที่พบและคำแนะนำ

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่/ครอบครัวผู้สูบบุหรี่(ระยะติดตามผล)

งานวิจัย เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การติดตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30

ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

การติดตามผล Day 30				
วัน/เดือน/ปี..... ระยะเวลา.....นาที่				
1.ข้อมูลทางคลินิกน้ำหนัก.....kg. ความดันโลหิต.....mmHg ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ.....ppm.				
2. การสูบบุหรี่ ☐ หยุดสูบบุหรี่ ตั้งแต่วันที่..... ☐ ยังคงสูบบุหรี่.....มวน/วันเทียบกับวันแรก(Day 0) ☐ ลดลง ☐ เท่าเดิมเพิ่มขึ้น ☐				
3. ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ☐ ยังไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation) ☐ คิดจะเลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 6 เดือน แต่ยังไม่มีความชัดเจน (Contemplation) ☐ กำลังวางแผนเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนหรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation) ☐ กำลังเลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance)				
4. ระดับคะแนนประเมินภาวะติดนิโคติน โดย Fagerstrom test for Nicotine Dependence				
☐ 0-2ติดนิโคตินต่ำ	☐ 3-4 ติดนิโคตินต่ำ	☐ 5-6 ติดนิโคตินปานกลาง	☐ 7-8 ติดนิโคตินสูง	☐ 9-10ติดนิโคตินสูง
แผนการเลิกบุหรี่				
5. กำหนดวันหยุดบุหรี่ (0 มวน) วันที่				
6.แนวทางการเลิกบุหรี่ ☐ หักดิบค่อยๆลดจาก.....มวน/วัน ☐ เหลือ.....มวน/วัน ภายใน.....วันนับจากวันที่.....				
7.ความสามารถในการอดบุหรี่ (จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน)				
☐ 0-7 มวน	☐ 8-14 มวน	☐ 15-30 มวน	☐ 31-60 มวน	☐ 61-90 มวน
8.วันที่เริ่มใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่วัน/เดือน/ปี..... ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ..... 1.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... 2.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... ☐ ไม่มีการจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่				

9. อาการถอนนิโคติน ☐ ไม่พบ ☐ พบ
อาการที่พบ ☐ ซึมเศร้า ☐ นอนไม่หลับ ☐ หงุดหงิด ☐ วิดกกังวล ☐ สมาธิสั้น ☐ หัวใจเต้นช้า ☐ ออยากอาหาร ☐ น้ำหนักเพิ่มขึ้น คำแนะนำ
10. กรณีใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงจากยา ☐ ไม่พบ ☐ พบ
อาการที่พบ ☐ ปากแห้งคอแห้ง ☐ สมาธิสั้นกระวนกระวาย ☐ ปวดมีนศีรษะวิงเวียน ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้อง ☐ ปัสสาวะคั่ง/ปัสสาวะไม่ออก ☐ ท้องผูก ☐ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ☐ แผลในปาก ☐ เจ็บกราม ☐ ผิวหนังอักเสบ ☐ นอนไม่หลับ ☐ ผื่นร้าย ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มองไม่ชัด ☐ ชัก ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... คำแนะนำ
11. ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเคยชิน หรือความเชื่อ ☐ ไม่พบ ☐ พบ ปัญหาที่พบและคำแนะนำ

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่/ครอบครัวผู้สูบบุหรี่(ระยะติดตามผล)
งานวิจัย เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การติดตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60

ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม

การติดตามผล Day 60				
วัน/เดือน/ปี..... ระยะเวลา.....นาที่				
1.ข้อมูลทางคลินิกน้ำหนัก.....kg. ความดันโลหิต.....mmHg ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ.....ppm.				
2. การสูบบุหรี่ ☐ หยุดสูบบุหรี่ ตั้งแต่วันที่..... ☐ ยังคงสูบบุหรี่.....มวน/วันเทียบกับวันแรก(Day 0) ☐ ลดลง ☐ เท่าเดิม ☐ เพิ่มขึ้น				
3. ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ☐ ยังไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation) ☐ คิดจะเลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 6 เดือน แต่ยังไม่มีความชัดเจน (Contemplation) ☐ กำลังวางแผนเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนหรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation) ☐ กำลังเลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance)				
4. ระดับคะแนนประเมินภาวะติดนิโคติน โดย Fagerstrom test for Nicotine Dependence				
☐ 0-2ติดนิโคตินต่ำ	☐ 3-4 ติดนิโคตินต่ำ	☐ 5-6 ติดนิโคตินปานกลาง	☐ 7-8 ติดนิโคตินสูง	☐ 9-10ติดนิโคตินสูง
แผนการเลิกบุหรี่				
5. กำหนดวันหยุดบุหรี่ (0 มวน) วันที่				
6.แนวทางการเลิกบุหรี่ ☐ หักดิบ ☐ ค่อยๆลดจาก.....มวน/วัน เหลือ.....มวน/วัน ภายใน.....วันนับจากวันที่.....				
7.ความสามารถในการอดบุหรี่ (จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน)				
☐ 0-7 มวน	☐ 8-14 มวน	☐ 15-30 มวน	☐ 31-60 มวน	☐ 61-90 มวน
8.วันที่เริ่มใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่วัน/เดือน/ปี.....ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ..... 1.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... 2.....;.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... ☐ ไม่มีการจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่				

9. อาการถอนนิโคติน ☐ ไม่พบ ☐ พบ
อาการที่พบ ☐ ซึมเศร้า ☐ นอนไม่หลับ ☐ หงุดหงิด ☐ วิตกกังวล ☐ สมาธิสั้น ☐ หัวใจเต้นช้า ☐ ออยากอาหาร ☐ น้ำหนักเพิ่มขึ้น คำแนะนำ
10. กรณีใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงจากยา ☐ ไม่พบ ☐ พบ
อาการที่พบ ☐ ปากแห้งคอแห้ง ☐ สมาธิสั้นกระวนกระวาย ☐ ปวดมีนศีรษะวิงเวียน ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้อง ☐ ปัสสาวะคั่ง/ปัสสาวะไม่ออก ☐ ท้องผูก ☐ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ☐ แผลในปาก ☐ เจ็บกระาม ☐ ผิวหนังอักเสบ ☐ นอนไม่หลับ ☐ ผื่นร้าย ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มองไม่ชัด ☐ ชัก ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... คำแนะนำ
11. ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเคยชิน หรือความเชื่อ ☐ ไม่พบ ☐ พบ ปัญหาที่พบและคำแนะนำ

พฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว	
12. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่	☐ ไม่ช่วย ☐ ช่วย
☐ ให้กำลังใจ ☐ ให้คำปรึกษา ☐ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ ☐ เก็บบุหรี่หรืออุปกรณ์การสูบบุหรี่	
☐ ดูแลและให้คำแนะนำเมื่อมีอาการถอนนิโคติน ☐ หาสมุนไพรไล่ตัวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่	
☐ อื่นๆ	
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	
13. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60	
14. ระดับความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ที่มีต่อตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ได้	
☐ มากที่สุด (5) ☐ มาก (4) ☐ ปานกลาง (3) ☐ น้อย (2) ☐ น้อยที่สุด (1)	

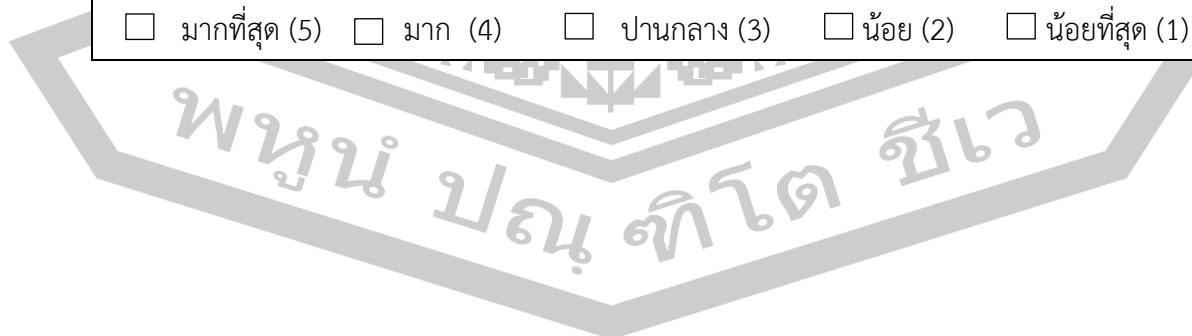
รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

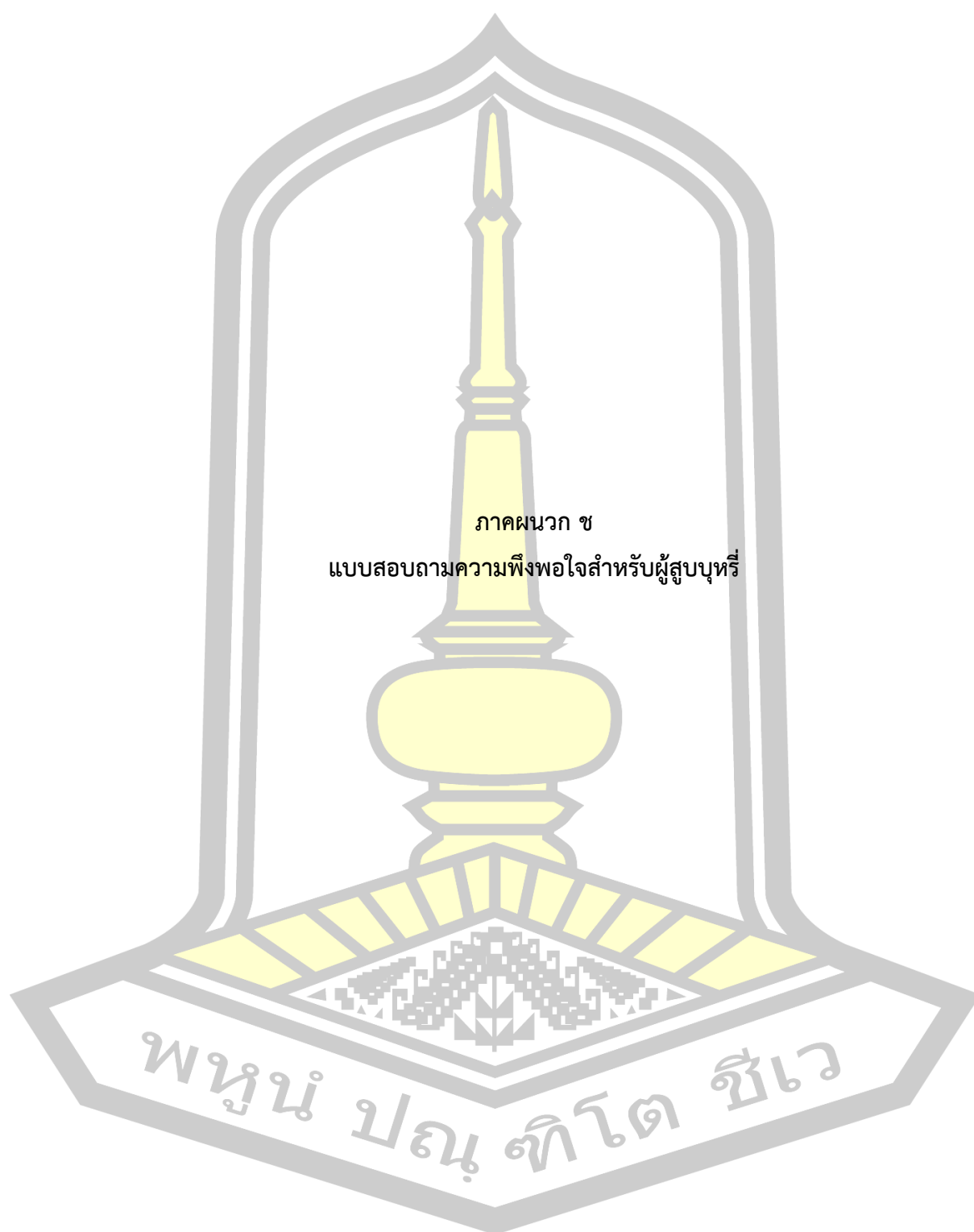
แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่/ครอบครัวผู้สูบบุหรี่
งานวิจัย เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การติดตามผล Day 90				
วัน/เดือน/ปี..... ระยะเวลา.....นาทื				
1.ข้อมูลทางคลินิกน้ำหนัก.....kg. ความดันโลหิต.....mmHg ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ.....ppm.				
2. การสูบบุหรี่ ☐ หยุดสูบบุหรี่ได้ ตั้งแต่วันที่..... ☐ ยังคงสูบบุหรี่อยู่.....มวน/วันเทียบกับวันแรก(Day 0) ลดสูบบุหรี่เท่าเดิม ☐ เพิ่มขึ้น ☐				
3. ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ☐ ยังไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation) ☐ คิดจะเลิกบุหรี่/ยาสูบภายใน 6 เดือน แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน (Contemplation) ☐ กำลังวางแผนเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนหรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation) ☐ กำลังเลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action) ☐ เลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance)				
4. ระดับคะแนนประเมินภาวะติดนิโคติน โดย Fagerstrom test for Nicotine Dependence				
☐ 0-2ติดนิโคตินต่ำ	☐ 3-4 ติดนิโคตินต่ำ	☐ 5-6 ติดนิโคตินปานกลาง	☐ 7-8 ติดนิโคตินสูง	☐ 9-10ติดนิโคตินสูง
แผนการเลิกบุหรี่				
5. กำหนดวันหยุดบุหรี่ (0 มวน) วันที่				
6.แนวทางการเลิกบุหรี่ ☐ หักดิบ ☐ ค่อยๆลดจาก.....มวน/วัน เหลือ.....มวน/วัน ภายใน.....วันนับจากวันที่.....				
7.ความสามารถในการอดบุหรี่ (จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลงต่อวัน)				
☐ 0-7 มวน	☐ 8-14 มวน	☐ 15-30 มวน	☐ 31-60 มวน	☐ 61-90 มวน
8.วันที่เริ่มใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่วัน/เดือน/ปี.....ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ..... 1.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... 2.....จำนวน.....เม็ด ขนาดรับประทาน..... ☐ ไม่มีการจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่				
9. อาการถอนนิโคติน ☐ ไม่พบ ☐ พบ				

อาการที่พบ ☐ ซึมเศร้า ☐ นอนไม่หลับ ☐ หงุดหงิด ☐ วิตกกังวล ☐ สมาธิสั้น ☐ หัวใจเต้นช้า ☐ ออยากอาหาร ☐ น้ำหนักเพิ่มขึ้น คำแนะนำ
10. กรณีใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อาการข้างเคียงจากยา ☐ ไม่พบ ☐ พบ
อาการที่พบ ☐ ปากแห้งคอแห้ง ☐ สมาธิสั้นกระวนกระวาย ☐ ปวดมึนศีรษะวิงเวียน ☐ ใจสั่น ☐ ปวดท้อง ☐ ปัสสาวะคั่ง/ปัสสาวะไม่ออก ☐ ท้องผูก ☐ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ☐ แผลในปาก ☐ เจ็บกราม ☐ ผิวหนังอักเสบ ☐ นอนไม่หลับ ☐ ผื่นร้าย ☐ คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มองไม่ชัด ☐ ชัก ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... คำแนะนำ
11. ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเคยชิน หรือความเชื่อ ☐ ไม่พบ ☐ พบ ปัญหาที่พบและคำแนะนำ

พฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว	
12. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่	☐ ไม่ช่วย ☐ ช่วย
☐ ให้กำลังใจ ☐ ให้คำปรึกษา ☐ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ ☐ เก็บบุหรี่หรืออุปกรณ์การสูบบุหรี่	
☐ ดูแลและให้คำแนะนำเมื่อมีอาการถอนนิโคติน ☐ จัดหาสมุนไพรไล่สัตว์เพื่อช่วยเลิกบุหรี่	
☐ อื่นๆ	
ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	
13. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังการเยี่ยมบ้าน Day 90	
14. ระดับความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ที่มีต่อตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ได้	
☐ มากที่สุด (5) ☐ มาก (4) ☐ ปานกลาง (3) ☐ น้อย (2) ☐ น้อยที่สุด (1)	





รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

วัน/เดือน/ปี/.....

แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้สูบบุหรี่

เรื่อง โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

คำชี้แจง

ขอความอนุเคราะห์ท่านในการตอบแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิจัย
ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่
โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านได้รับการเลิกบุหรี่จากที่ใดบ้าง

- ☐ จากเภสัชกรปฐมภูมิ
- ☐ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต)/โรงพยาบาล
- ☐ จากสมาชิกในครอบครัว
- ☐ จากคนรอบข้างในหมู่บ้าน
- ☐ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
- ☐ จาก สายด่วนเลิกบุหรี่ 1600
- ☐ ไม่ได้รับบริการจากที่ใด

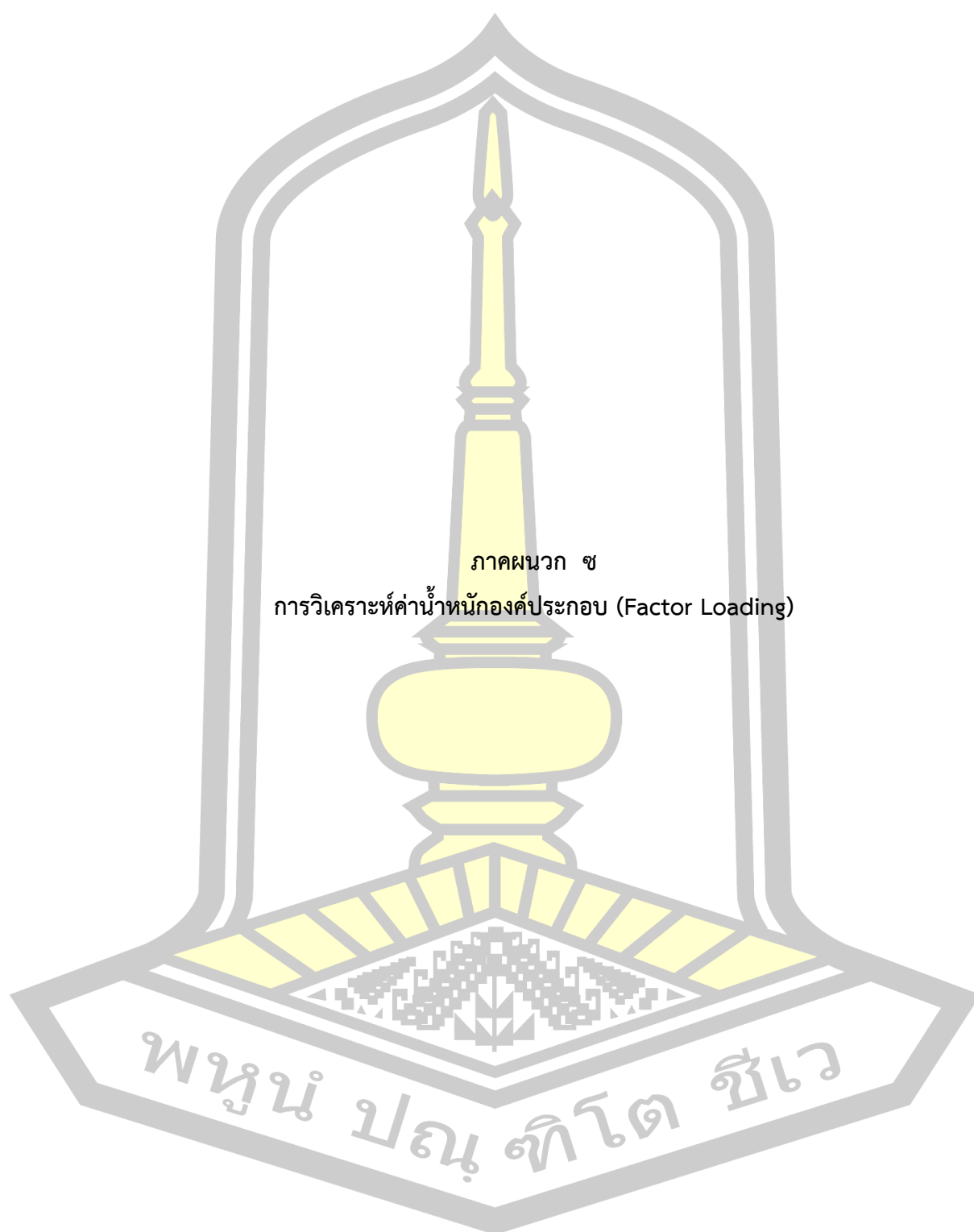
พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้
คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ จำนวน 21 ข้อ

คำชี้แจง:ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ตามระดับความเห็น
ด้วยพึงพอใจ ตั้งแต่ 1-5 โดย 1 หมายถึง น้อยที่สุด, 2 หมายถึง น้อย, 3 หมายถึง ปานกลาง, 4
หมายถึง มากและ 5 หมายถึง มากที่สุด

ข้อ	รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
2.1 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่						
1.	ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรให้กำลังใจ ชื่นชม ในระหว่างที่ท่านกำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่					
2.	ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรใช้คำพูดสื่อสารด้วยความ เป็นมิตรและเป็นกันเอง					
3.	ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรห่วงใยใส่ใจคอยสอบถามถึง ปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการเลิกบุหรี่					
4.	ท่านพึงพอใจที่ได้เรียนรู้พิษภัยบุหรี่จากเภสัชกร					
5.	ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำของเภสัชกรที่ให้ข้อมูล ในด้านเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตัวท่าน					
6.	ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรให้ข้อมูลและคำอธิบายผล การคัดกรองหน้าที่ปอด และความดันโลหิต เบื้องต้น					
7.	ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรเตรียมพร้อมอุปกรณ์ สื่อให้ ความรู้ แผ่นพับ และวีดิทัศน์ ที่เหมาะสมและเป็น ประโยชน์					
8.	ท่านพึงพอใจที่เภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านอย่าง ต่อเนื่อง					
9.	ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาในการทำกิจกรรมและ เยี่ยมบ้านของเภสัชกร					

ข้อ	รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
		5	4	3	2	1
2.2ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่						
10.	ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวให้กำลังใจ ชื่นชม ในระหว่างที่ท่านกำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่					
11.	ท่านพึงพอใจที่ครอบครัวห่วงใยใส่ใจคอยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการเลิกบุหรี่					
12.	ท่านพึงพอใจที่มีการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกันมากขึ้น					
13.	ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องพิษภัยบุหรืร่วมกับท่าน					
14.	ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจถึงอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจในระหว่างการเลิกบุหรื					
15.	ท่านพึงพอใจที่สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำและช่วยเหลือท่านในการเลิกบุหรือย่างง่าย					
2.3ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดิทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรื						
16.	ท่านพึงพอใจที่สื่อทำให้ท่านรู้สึกสะเทือนใจ เมื่อเห็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากพิษภัยบุหรื					
17.	ท่านพึงพอใจที่สื่อสร้างแรงจูงใจให้ท่านอยากเลิกบุหรืให้สำเร็จ					
18.	ท่านพึงพอใจที่สื่อสร้างแรงบันดาลใจ ว่าท่านทำได้ผ่านบุคคลที่สามารถเลิกสูบบุหรืได้สำเร็จ					
19.	ท่านพึงพอใจที่สื่อช่วยทำให้ท่านจดจำความรู้ได้ง่ายขึ้น					
20.	ท่านพึงพอใจที่สื่อทำให้ท่านเข้าใจพิษภัยของบุหรืและควันบุหรืได้มากขึ้น					
21.	ท่านพึงพอใจที่สื่อความรู้สามารถนำไปใช้ได้จริง					



การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เพื่อใช้พิจารณาว่าตัวแปรใดควรจัดเข้าอยู่ในองค์ประกอบใด โดยพิจารณาจากค่าที่มากที่สุดว่าอยู่ในองค์ประกอบใด ซึ่งควรมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากให้พิจารณาค่า Loading ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแต่ละตัวแปรควรมีค่า Correlation coefficient น้อยกว่า 0.8

Variables Entered/Removed

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	การมีส่วนร่วมของสื่อX3, การมีส่วนร่วมของครอบครัวX2, การมีส่วนร่วมของเภสัชกรX1 ^b	.	Enter
a. Dependent Variable: y การเลิกสูบบุหรี่			
b. All requested variables entered.			

Model Summary

Predictors	Beta (unstandardized Coefficients)	Standard error	Beta	Adjusted R ²
การเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย Stage of change, Nicotine dependence, ความสามารถในการอดบุหรี่ และระดับความพึงพอใจต่อตนเองของผู้สูบบุหรี่				0.345
การมีส่วนร่วมของเภสัชกร	.324	.095	.324	
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	.023	.094	.023	
การมีสื่อ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆ	.389	.095	.389	

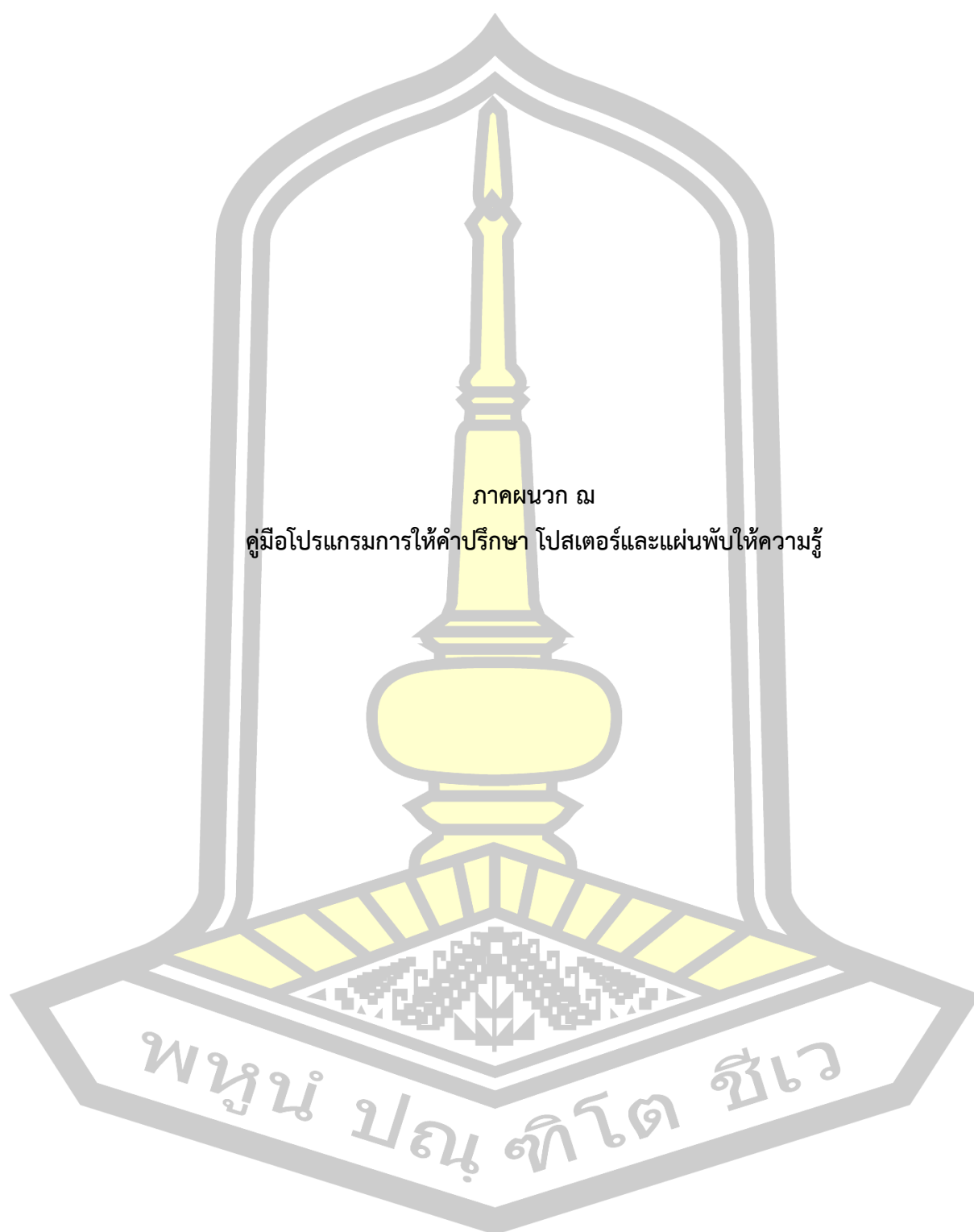
Descriptive Statistics

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Yการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วย Stage of change, Nicotine dependence, ความสามารถในการอดบุหรี่และระดับความพึงพอใจต่อตนเองของผู้สูบบุหรี่	3.6371	.75767	93
X1การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่	3.6069	.60981	93
X2การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่	3.0789	.43168	93
X3การมีสื่อ แผ่นพับ วิดีทัศน์ ในการช่วยเลิกบุหรี่	3.2760	.46657	93

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (correlations)

Correlations					
		Y การเลิกบุหรี่	X1 การมีส่วนร่วม ของเภสัชกร ในการช่วย เลิกบุหรี่	X2 การมีส่วนร่วม ของครอบครัว ในการช่วย เลิกบุหรี่	X3 การมีสื่อ แผ่น พับ วิดีทัศน์ ในการช่วย เลิกบุหรี่
Y การเลิกบุหรี่	Pearson Correlation	1	.483**	.285**	.523**
	Sig. (2-tailed)		.000	.006	.000
X1 การมีส่วนร่วม ของเภสัชกรใน การช่วยเลิก บุหรี่	Pearson Correlation	.483**	1	.372**	.387**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
X2 การมีส่วนร่วม ของครอบครัว ในการช่วยเลิก บุหรี่	Pearson Correlation	.285**	.372**	1	.363**
	Sig. (2-tailed)	.006	.000		.000
X3 การมีสื่อ แผ่น พับ วิดีทัศน์ ในการช่วยเลิก บุหรี่	Pearson Correlation	.523**	.387**	.363**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).					

จากข้อมูลแสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (correlations) พบว่า การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ และ การมีสื่อ แผ่นพับ วิดีทัศน์ในการช่วยเลิกบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r = 0.483, 0.285$ และ 0.523 ตามลำดับ ที่ระดับความเชื่อมั่น $p\text{-value} < 0.05$



คู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษา โปสเตอร์และแผ่นพับให้ความรู้

(มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

1. คู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัพลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ
2. โปสเตอร์ให้ความรู้
 - 2.1 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
 - 2.2 อันตรายจากควันบุหรี่มือสาม
3. แผ่นพับให้ความรู้
 - 3.1 การสูบบุหรี่กับโรคถุงลมโป่งพอง
 - 3.2 การสูบบุหรี่กับโรคหัวใจอัมพฤกษ์ อัมพาต
 - 3.3 การสูบบุหรี่กับโรคเบาหวาน
 - 3.4 การสูบบุหรี่กับโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.5 การสูบบุหรี่กับโรคมะเร็ง
 - 3.6 ลูกรักกับควันบุหรี่มือสองและมือสามในบ้าน
 - 3.7 หญิงตั้งครรภ์กับการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสอง
 - 3.8 ควันบุหรี่มือสองทำร้ายคนใกล้ชิด





คำนำ

ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน และเสียชีวิตจากการได้รับควันสูบบุหรี่มือสองมากถึงปีละ 6 แสนคน (WHO, 2014) การสูบบุหรี่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ มากมาย เช่น โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น การสูบบุหรี่ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เองแต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงแม้ไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) โดยเฉพาะเด็กและสตรีมีครรภ์ ในกลุ่มเด็กเล็กจะทำให้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและหึ่งตั้งครรภ์ มีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เช่น ทำให้ครรภ์เป็นพิษ แท้งบุตรคลอดก่อนกำหนด และทำให้น้ำหนักตัวของทารกแรกคลอดน้อยกว่าปกติ

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่และผลกระทบที่เกิดจากการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ จึงได้จัดทำคู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ เพื่อใช้ประกอบการดำเนินงานวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ(The effectiveness of a counseling program for smoke-free families by primary care pharmacists.) เพื่อเอื้ออำนวยให้งานวิจัยเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยเนื้อหาประกอบด้วย แผนการติดตามเยี่ยมบ้าน, ตัวอย่างคำถามการประเมินสถานะการติดยาโคตินของผู้สูบบุหรี่, ทักษะการให้คำปรึกษา, ขนาดและวิธีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่, แนวทางการใช้เครื่อง PICO, ตัวอย่างสถานการณ์การตอบคำถามสำหรับการให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่และหัวใจสำคัญของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่



สารบัญ

หน้า

1.แผนการดำเนินงานวิจัย.....	1
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 (ก่อนการทดลอง).....	2
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7.....	3
การประเมินตามหลัก5A ร่วมกับแนวทางการประเมินความสนใจในการเลิกสูบบุหรี่....	4
แนวทางการใช้หลักการ 5R.....	7
อาการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไข.....	7
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14.....	7
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30.....	8
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60.....	9
การใช้เทคนิค 4 ลหรือ STAR.....	11
แนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้ยังคงสูบบุหรี่.....	12
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 Day 90 (หลังการทดลอง).....	13
2. ตัวอย่างคำถามการประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่.....	15
3. ทักษะการให้คำปรึกษา.....	16
4. ขนาดและวิธีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่.....	23
5. แนวทางการใช้เครื่อง PICO.....	25
6. ตัวอย่างสถานการณ์การตอบคำถามสำหรับการให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่.....	26
7. หัวใจสำคัญของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่.....	30

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดภัยโดยเภสัชกรปฐมภูมิ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง, กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ กิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดยใช้การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการทำกิจกรรมรายบุคคล เป็นระยะเวลา 3 เดือน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 6 ครั้ง ร่วมกับการทำกิจกรรมรายบุคคล ได้แก่

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง Day 0

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7 ร่วมกับกิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30 โดยการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 และ 4 จะมีการทำกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60 ร่วมกับกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 หลังการทดลอง Day 90

กลุ่มเปรียบเทียบ

ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง คือ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง Day 0

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังการทดลอง Day 90

กลุ่มตัวอย่าง	D 0	D7	D14	D30	D60	D90
กลุ่มทดลอง	ประเมินการสูบบุหรี่, ระดับความดันโลหิต, น้ำหนักตัว, ระดับก๊าซCOในลมหายใจ,	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	ประเมินการสูบบุหรี่, ระดับความดันโลหิต, น้ำหนักตัว, ระดับก๊าซCO ในลมหายใจ,	
กลุ่มเปรียบเทียบ	ประเมินแบบสอบถามความพึงพอใจ	ไม่มีกิจกรรม				ประเมินแบบสอบถามความพึงพอใจ

รูปที่ 1 แผนการดำเนินงานวิจัย

แผนการดำเนินงานวิจัย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 Day 0 ก่อนการทดลอง

ระยะเวลาที่ใช้ :30-45 นาที

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทราบถึงข้อมูลทางคลินิก ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและระดับการเสพติดนิโคติน

เครื่องมือที่ใช้ :

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) ประวัติครอบครัว โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่และปัญหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาในอดีต บุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)

2. แบบบันทึกข้อมูลครอบครัวผู้สูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) ประวัติครอบครัว โรคประจำตัว แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่

จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย

- 2.1) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ 9 ข้อ
- 2.2) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ 6 ข้อ
- 2.3) ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วิดีทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่ 6 ข้อ

4. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจวัดระดับก๊าซ CO

วิธีดำเนินการ

1.ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.บันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่

3.ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซ CO

4. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)

-กรณีผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการเสพติดนิโคตินระดับสูงคือ ได้คะแนน 7-10 ให้พิจารณาส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ (ภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย) และติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

5.สอบถามความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 Day 7

กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงระยะเวลาที่ใช้ :30 นาที

วัตถุประสงค์ :

- 1.เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงพิษภัยบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว
- 2.เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงอาการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไขเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน

เครื่องมือที่ใช้ :

- 1.แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 7 ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์)อาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สูบบุหรี่ภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2Day 7
- 2.แบบบันทึกข้อมูลครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะหลังเยี่ยมบ้าน
3. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
4. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

- 1.ใช้การประเมินตามแนวทาง 5A เพื่อสอบถามประวัติการสูบบุหรี่
- 2.ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
- 3.สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้ข้อมูลอาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและแนว

พจนัน ปณ จิต ธิ

ทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว

4.ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซ

คาร์บอนมอนอกไซด์

5.ให้ความรู้อันตรายที่เกิดจากบุหรี่และควันบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

6.สอบถามถึงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และดำเนินการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

7.บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายหลังเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2Day7

การประเมินตามแนวทาง 5A ร่วมกับแนวทางการประเมินความสนใจในการเลิกสูบบุหรี่	
5A	การดำเนินการ
Ask (ถาม)	สอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้สูบและบุคคลในครอบครัว ตัวอย่างคำถาม 1. “ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่” 2. “มีใครในบ้านคุณสูบบุหรี่หรือไม่”
Advise (แนะนำ ให้เลิกบุหรี่)	พูดแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจนหนักแน่นและ เข้ากับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งอาจเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ ตัวอย่างคำถาม 1. “ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกสูบบุหรี่นะโรคหัวใจของคุณจะได้ไม่กำเริบแบบนี้อีก” (เชื่อมโยงกับสุขภาพ) 2. “ดิฉันทราบว่า คุณกังวลใจเกี่ยวกับการอาการไอของคุณ และการที่ลูกของคุณเป็น หวัดบ่อยๆ ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่ คุณจะไอลดลง ลูกของคุณก็จะป่วยเป็นหวัดลดลง ด้วยนะค่ะ” (เชื่อมโยงกับสุขภาพและคนที่รัก) 3. “ ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกสูบบุหรี่นะค่ะการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้อาการหอบกำเริบ ของคุณลดน้อยลงคุณก็ไม่ต้องไปพ่นยาที่โรงพยาบาลบ่อยๆคุณจะได้ประหยัดเงิน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ”(เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ) 4. “ดิฉันคิดว่าถ้าคุณจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ ดิฉันสามารถช่วยคุณได้”
Assess (ประเมิน)	1. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of chang model) 2. ประเมินระดับการเสพติดนิโคติน โดยใช้แบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)
Assist (ช่วยให้เลิก บุหรี่)	หลักการเบื้องต้นที่ควรปฏิบัติ คือ 1. การช่วยเลิกบุหรี่ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนเพื่อให้การบำบัดเกิด ประสิทธิภาพสูงสุด 2. แผนการบำบัดควรมีเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดวันในการลดและเลิก 3. แผนการบำบัดจะต้องสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงสำหรับทั้งฝ่ายผู้ป่วยและบุคคลใน

การประเมินตามแนวทาง 5A ร่วมกับแนวทางการประเมินความสนใจในการเลิกสูบบุหรี่			
5A	การดำเนินการ		
	กรอบครีวที่มีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่		
	ขั้น(TTM Stage)	ลักษณะของผู้สูบบุหรี่	บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา
	1.Precontemplation	ระยะนี้ยังไม่ตระหนักหรือยังไม่เต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลง ไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 6 เดือนข้างหน้า เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เริ่มต้นคิดอย่างจริงจังเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่	1. ให้ข้อมูล เช่น โทษ, พิษภัยของบุหรี่, ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ และเสนอให้ความช่วยเหลือ 2. สร้างแรงจูงใจ 5R เช่น กรณีผู้สูบบุหรี่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง การให้คำแนะนำ คือ 1.Relevance การเลิกบุหรี่จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น 2.Risk บุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง 3.Reward ชมเชยเมื่อทำได้ 4.Roadblock หากเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ 5.Repetetion แนะนำซ้ำ
	2. Contemplation	ระยะนี้ยังมีความลังเล ไม่แน่ใจ แต่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังไม่มีความชัดเจน เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนจากการยังไม่ตัดสินใจมาเป็นตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ ส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง	1. สร้างแรงจูงใจ 5R 2. เน้นย้ำประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ 3. ช่วยแก้ไขปัญหาลุ่บสรคต่างๆ พุดคุยเกี่ยวกับความลังเล ไม่แน่ใจ ว่าเกิดจากสาเหตุใด เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาลุ่มๆ
	3. Preparation	ระยะนี้มีความตั้งใจและพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า	1. สนับสนุนและให้กำลังใจ 2. ให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เช่น ชักถามเกี่ยวกับ

การประเมินตามแนวทาง 5A ร่วมกับแนวทางการประเมินความสนใจในการเลิกสูบบุหรี่			
5A	การดำเนินการ		
		เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เตรียมพร้อมกับการเลิกสูบบุหรี่และคาดการณ์กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่	ประสบการณ์ที่เคยเลิกสูบบุหรี่ ทบทวนอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและการเตรียมพร้อมเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคนั้นๆ 3. แนะนำวิธีการช่วยเหลือต่างๆตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วย 4. กำหนดแผนการเลิกบุหรี่
	4. Action	ระยะลงมือเลิกบุหรี่ และสามารถเลิกได้แล้วแต่ไม่เกิน 6 เดือน เป้าหมาย คือ เพื่อช่วยผู้เลิกบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่	1. ชื่นชมและให้กำลังใจ 2. ซักถามถึงสิ่งที่ผู้เลิกบุหรี่ต้องการทำเพื่อป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ รวมทั้งเน้นย้ำการเลิกสูบบุหรี่ให้ต่อเนื่องและยาวนานที่สุด พร้อมทั้งเตรียมหาแนวทางเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ 3. แนะนำวิธีการช่วยเหลือต่างๆตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
	5. Maintenance	ระยะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 6 เดือน	1. ชื่นชมและให้กำลังใจ 2. ป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ 3. แนะนำวิธีการช่วยเหลือต่างๆตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
Arrange (ติดตาม)	1. แสดงความชื่นชมยินดีกับผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 2. หากยังคงสูบบุหรี่อยู่ ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่พร้อมทั้งให้กำลังใจและระบุปัญหาความท้าทายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต 3. ส่งต่อให้ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ภายใต้อาการกำกับดูแลของผู้เข้าร่วมการศึกษา 4. วางแผนติดตามการเลิกสูบบุหรี่และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 7,14, 30, 60 และ 90 วัน		

แนวทางการใช้หลักการ 5R

1. **Relevance** ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่อย่างไร หรือเจาะจงในสิ่งที่ผู้สูบบุหรี่ให้ความสำคัญ
2. **Risks** เน้นย้ำถึงผลเสียของการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวและผลที่เกิดขึ้นกับคนรอบข้าง
3. **Reward** เน้นย้ำถึงผลที่ได้จากการเลิกเสพยาสูบ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
4. **Roadblock** วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมช่วยค้นหาแนวทางการแก้ไข
5. **Repetition** ควรให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่พบผู้ป่วยและยังคงสูบบุหรี่อยู่

อาการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไข

อาการถอนนิโคติน	แนวทางการแก้ไข
วิตกกังวล รู้สึกเครียด กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อยากอาหารและ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปากแห้ง น้ำลายเหนียว	- หายใจลึกๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้ซักครู่แล้วหายใจ ออก ทำประมาณ 10 ครั้ง - อดน้ำไว้แล้วค่อยๆ ดื่มทั้งเมื่อความรู้สึกอยากบุหรี่ หายไป - อาบน้ำ , ออกกำลังกาย - ทำกิจกรรมยามว่างทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ - ถ้าอยากอาหารบ่อยแนะนำให้ กินน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด - กรณีที่ปากแห้ง น้ำลายเหนียว แนะนำให้ จิบน้ำบ่อยๆ , อมลูกอมรสเปรี้ยว, หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

ระยะเวลาที่ใช้ : 30 นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวร่วมกันวางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกบุหรี่
และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ :

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 14 ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก
(น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์) อาการถอนนิโคติน อาการ
ข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) พฤติกรรมการมี
ส่วนร่วมของครอบครัวความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สูบบุหรี่ภายหลังการเยี่ยมบ้าน
ครั้งที่ 3 Day 14

2. แบบบันทึกข้อมูลครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะหลังเยี่ยมบ้าน

3. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์

4. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

1. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
2. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
3. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และสะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่และข้อเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. ให้ความรู้พิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
5. สอบถามปัญหาและอุปสรรค วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในอดีตที่ผ่านมา และสอบถามถึงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว
6. วางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
8. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 Day 14

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ :

3. เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตามแผนการปฏิบัติที่ได้วางไว้
4. เพื่อให้ครอบครัวดำเนินการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ด้วยวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

เครื่องมือที่ใช้ :

4. แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 30 ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์) อาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สูบบุหรี่ภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30

5. แบบบันทึกข้อมูลครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์) พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะหลังเยี่ยมบ้าน
6. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์
7. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

7. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
8. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
9. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์และสะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิก ข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่และข้อเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม
10. ให้ความรู้พิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
11. ทบทวนวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ร่วมกันวางแผนในครั้งที่แล้ว
 - กรณีที่ผู้สูบบุหรี่เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมแล้วให้ดำเนินการตามวิธีดังกล่าวเพื่อการเลิกบุหรี่ให้ได้สำเร็จต่อไป
 - กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ให้คำแนะนำและทบทวนแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยให้สมาชิกในครอบครัวและผู้สูบบุหรี่ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมอีกครั้ง
 - สอบถามถึงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว
12. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 Day 30

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 Day 60 กิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเวลา:30 นาที

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
2. เพื่อให้ครอบครัวมีทักษะในการสื่อสารทางบวก ชื่นชมและให้กำลังใจแก่ผู้สูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ :

- 1.แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 60 ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์)อาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจาก

- การใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้สูบบุหรี่ภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5Day 60
- 2.แบบบันทึกข้อมูลครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์) พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะหลังเยี่ยมบ้าน
- 3.เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์
4. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการ

1. สอบถามถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ปฏิบัติและความสำเร็จของการเลือกปฏิบัติด้วยวิธีการดังกล่าว เช่น การหักดิบ การลดจำนวนมวนบุหรี่ลง การหากิจกรรมยามว่างทำ เป็นต้น
2. สอบถามอาการถอนนิโคตินและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) ให้คำแนะนำและแนวทางการแก้ไขแก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
3. ประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่จากโมเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model ; TTM หรือ Stage of change model) และประเมินระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for level of nicotine dependence)
4. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์
5. ให้ความรู้อันตรายที่เกิดจากบุหรี่และควันบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์
6. แนะนำเทคนิควิธีการเลิกสูบบุหรี่และแนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นทำให้ยังคงสูบบุหรี่ รวมทั้งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่
7. สนับสนุนให้กำลังใจ ชื่นชม เมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการสื่อสารทางบวก ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
8. บันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของภายหลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่5Day 60

พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อสร้างกำลังใจ เช่น

- “การจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ นั่น คุณเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่ต้องมีความตั้งใจจริง คุณต้องเชื่อมั่นในตัวเองว่าคุณทำได้”
- “แม้ว่าคุณอาจจะกลับไปสูบบุหรี่อีก แต่หากคุณมีความตั้งใจจริง แล้วคุณสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างแน่นอน”
- “ขอกำลังใจจากผู้ใกล้ชิด มิตรคูใจ สูดเข้า-ใจอ่อน ไม่ใช่ความผิด ชีวิตเริ่มต้นใหม่ได้เสมอไม่มีคำว่าสายเกินไป”
- “พ่อทำได้ แม่เชื่อว่าพ่อทำได้ แม่เป็นกำลังใจให้พ่อเสมอ”
- “ถ้าพ่อเลิกสูบบุหรี่ได้ พ่อจะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและอยู่กับพวกเราไปนานๆ”
- “พ่อลดปริมาณการสูบลงได้เท่านี้ก็ดีแล้วนะคะ ต่อไปพ่อต้องเลิกสูบบุหรี่ได้แน่นอนค่ะ”

การใช้เทคนิค 4 หรือ STAR

เทคนิค 4 หรือ STAR	การดำเนินการ
เลือกวัน (Set a target quit date)	กำหนดวันเลิกบุหรี่ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ที่เป็นไปได้จริงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะเลิกทันทีเลยก็ได้ หรือค่อยๆลดจำนวนลงจนเลิกสูบบุหรี่ เช่น ลดการสูบบุหรี่วันละ 1 มวน และห้ามสูบบุหรี่จนกว่าจะผ่านมื้ออาหารเช้าหรือเที่ยงในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น
ลั่นวาจา (Tell family and other)	บอกคนในครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน
พร้อมลงมือ (Anticipate challenges)	วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งพร้อมรับมือกับอาการถอนนิโคติน โดยใช้เทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination เทคนิค 5D(อรสา พันธภักดี, 2555) การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5D เป็นเทคนิคที่ในการให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ถึงแนวทางปฏิบัติตนเมื่อมีอาการอยากบุหรี่ ซึ่งสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ประสบความสำเร็จเร็วขึ้นโดยปฏิบัติ ดังนี้ 1. Delay หนะอยากสูบบุหรี่ แนะนำอย่าสูบบุหรี่ทันทีแต่ให้นับ 1 -10 หรือยืดเวลาออกไปให้นาน 3-5 นาที เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกอยากบุหรี่ยังอาการอยากบุหรี่ยาไปและไม่ต้องการสูบบุหรี่ในที่สุด 2. Deep breath เป็นการหายใจเข้าออกลึกๆอย่างน้อย 10 ครั้ง เมื่อมีอาการอยากบุหรี่ยหรือทำบ่อยๆ เพื่อเป็นการฝึกเอาชนะใจตนเองและควบคุมตนเองเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

	3. Drink waterเป็นการดื่มน้ำซ้าๆหรือจิบน้ำบ่อยๆ หรือบางคนอาจอมน้ำไว้แล้วค่อยบ้วนทิ้งเมื่อความรู้สึกอยากบุหรี่หายไป 4. Do something else.เป็นการหากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนสนใจจากความคิดและความรู้สึกอยากบุหรี่ เช่น การล้างหน้า การอาบน้ำ การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เป็นต้น 5. Discuss with otherเป็นการพูดคุยกับคนอื่น เช่น คนในบ้าน เพื่อหาคำกำลังใจและเป้าหมายของการเลิกบุหรี่ ปรับเปลี่ยนความคิดให้นึกถึงข้อดีของการเลิกบุหรี่ เช่น การทำให้ภาพลักษณ์ดีขึ้น ใบหน้าไม่เหี่ยวเหี่ยว ไม่เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ไม่เป็นมะเร็งปอดหรือโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น
ละอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products)	กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด รวมทั้งหีบห่อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงไม่ไปในสถานที่ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ

แนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้ยังคงสูบบุหรี่

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางการแก้ไข
ความเครียดจากชีวิตประจำวัน	รู้จักปล่อยวาง ไม่จริงจังกับชีวิตมากเกินไป ผึกมองปัญหาต่างๆในทางบวก
ความเครียดจากการทำงาน	ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุดแล้วปล่อยวางในผลลัพธ์ หากถูกตำหนิก็รับฟังแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข มองสิ่งต่างๆว่าช่วยทำให้เราสามารถพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นได้
คนใกล้ชิดหรือกลุ่มเพื่อนสูบบุหรี่	หลีกเลี่ยง โดยอยู่ให้ไกลจากกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก รู้จักปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง
พฤติกรรมความเคยชินและสถานที่ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ เช่น บริเวณโต๊ะอาหารหลังรับประทานอาหารเสร็จ ในห้องน้ำ เป็นต้น	เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม สร้างพฤติกรรมใหม่ที่ไม่สุ่มเสี่ยง เช่น หลีกเลี่ยงจากที่นั่งโต๊ะอาหารนานๆ จัดห้องทำงานหรือห้องนอนให้ดูแปลกตาจากเดิม ติดโปสเตอร์เตือนสติไว้ตามพื้นที่สุ่มเสี่ยง
อุปกรณ์การสูบบุหรี่ เช่น ฟิลเตอร์ไฟแช็ค	กำจัดอุปกรณ์ทั้งหมดในการสูบบุหรี่โดยไม่ต้องเสียดาย จำไว้ว่าอุปกรณ์เหล่านี้เป็นเครื่องมือคร่าชีวิตตนเอง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 Day 90 (หลังการทดลอง)ระยะเวลาที่ใช้ :30 นาที

วัตถุประสงค์ :

- 1.เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ
- 2.เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวกลุ่มเปรียบเทียบตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่และอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสาม
- 3.เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่กลุ่มเปรียบเทียบวางแผนการเลิกบุหรี่และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการเลิกสูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ :

- 1.แบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ระยะติดตามผล Day 90 ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์)อาการถอนนิโคติน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (กรณีผู้เข้าร่วมการศึกษามีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) และพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่
- 2.แบบบันทึกข้อมูลครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนักตัว, ระดับความดันโลหิต, ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์) พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะหลังเยี่ยมบ้าน
5. เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์
6. สื่อให้ความรู้ ประกอบด้วย แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์
7. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูบบุหรี่ต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย
2.1) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ 9 ข้อ
2.2) ความพึงพอใจการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ 6 ข้อ
2.3) ความพึงพอใจสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วีดิทัศน์ในการช่วยเลิกบุหรี่ 6 ข้อ

วิธีดำเนินการกลุ่มทดลอง

- 1.กล่าวคำชื่นชมเมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้กำลังใจแก่ผู้ที่พยายามลดละเลิกการสูบบุหรี่แต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้
- 2.ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์

- 3.สอบถามความพึงพอใจหลังเข้าร่วมการวิจัยด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ
- 4..เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. กล่าวคำชื่นชมเมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและให้กำลังใจแก่ผู้ที่พยายามลดละเลิกการสูบบุหรี่แต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้
2. ตรวจวัดผลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
- 3.ประเมินความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ
4. ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้พิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว ด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีต่อผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว
- 5.สอบถามปัญหาและอุปสรรค วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในอดีตที่ผ่านมา และสอบถามถึงพฤติกรรมความช่วยเหลือเลิกบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว
6. วางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
- 7.เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ



ตัวอย่างคำถามการประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่
(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ; FTND)

1.คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด

- ก.สูบทันทีหลังตื่นนอน (3 คะแนน)
 ข.สูบล้างตื่นนอนเกิน 5 นาที แต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)
 ค.สูบล้างตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมง แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)
 ง.สูบล้างตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)

2.คุณรู้สึกอย่างไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ ในที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่น ในห้องสมุด หรือในโรงพยาบาล

- ก.หงุดหงิด (1 คะแนน)
 ข.เฉยๆ (0 คะแนน)

3.ในแต่ละวัน บุหรี่มวนใดในแต่ละวันที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด

- ก.มวนแรกที่สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)
 ข.มวนไหนๆ ก็เหมือนกัน (0 คะแนน)

4.โดยปกติคุณสูบบุหรี่ วันละกี่มวน

- ก.มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
 ข.21-30 มวน (2 คะแนน)
 ค.11-20 มวน (1 คะแนน)
 ง.ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)

5.โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆของวันใช่หรือไม่

- ก.ใช่ (1 คะแนน)
 ข.ไม่ใช่ (0 คะแนน)

6.ขณะที่คุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่

- ก.ต้องการ (1 คะแนน)
 ข.ไม่ต้องการ (0 คะแนน)

ข้อสังเกต : คำถามข้อ 1 สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดการติดบุหรี่ คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ภายในเวลา 30 นาทีหลังตื่นนอนแสดงว่าติดนิโคตินมาก

การประเมินผล :	คะแนนรวม	7-10	แสดงว่า เป็นผู้ติดนิโคตินในระดับสูง
	คะแนนรวม	4-6	แสดงว่า เป็นผู้ติดนิโคตินในระดับปานกลาง
	คะแนนร่วมน้อยกว่า	4	แสดงว่า เป็นผู้ติดในระดับต่ำ

3. ทักษะการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือ ติดต่อสื่อสารกันด้วยวาจาและกิริยาท่าทาง ที่เกิดจากสัมพันธภาพทางวิชาชีพของบุคคลอย่างน้อย 2 คน คือ ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา

ทักษะการให้คำปรึกษา คือ ความสามารถหรือความชำนาญในการสื่อสาร ทั้งการใช้ภาษาท่าทางและภาษาพูด ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความทุกข์หรือผู้รับคำปรึกษาให้

1. มีความไว้วางใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ให้คำปรึกษาและการปรึกษา
2. เข้าใจปัญหาสาเหตุของปัญหาและความต้องการของตัวเอง
3. แสวงหาและแนวทางการปรับเปลี่ยนการคิด การรู้สึกและการปฏิบัติตนเพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น

กระบวนการให้คำปรึกษานับการสื่อสาร 2 ทาง ระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาซึ่งอาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง สิ่งที่จะเอื้อให้การพูดคุยบรรลุถึงเป้าหมายอย่างรวดเร็วและมีทิศทางที่ชัดเจน คือ การใช้ทักษะพื้นฐานในการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะและมีประสิทธิภาพ โดยทักษะพื้นฐานในการให้การปรึกษาที่ดีต้องเอื้อให้เกิดการใส่ใจทางอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ทักษะการสังเกต ทักษะการจับและสะท้อนความรู้สึก เป็นต้น การฟังอย่างใส่ใจโดยให้ความสำคัญกับเนื้อหาและความรู้สึกนั้นเป็นการแสดงออกถึงการรับรู้และเข้าใจผู้รับคำปรึกษา การสรุปความและการทวนซ้ำจะช่วยให้ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาเข้าใจในเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารได้ตรงกัน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นส่วนสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะพื้นฐานในการให้คำปรึกษา มีดังนี้

1.การฟัง

การฟัง หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษารับฟังความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึกในปัญหาของผู้รับคำปรึกษา ในขณะที่ให้การปรึกษา

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นปัญหาของตนเอง และสามารถเข้าใจในสิ่งที่ปัญหา ยอมรับ แยกแยะความรู้สึกทั้งทางบวกและลบของตนเอง
- 2.เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษา สามารถจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้มารับคำปรึกษา
- 3.เพื่อให้ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในปัญหาที่ตรงกัน

แนวทางการปฏิบัติ

การฟังแบบ Two Way Communication คือ ลักษณะการฟังอย่างสนใจ ทั้งเนื้อหาและอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาที่แสดงออกมา

การฟังอย่างใส่ใจ หรือ Ladder ประกอบด้วย

L = Look การมองประสานสายตา ตั้งใจฟัง พยายามจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

A = ASK ชักถามในประเด็นที่สงสัยและเป็นปัญหา

D = Don't Change The Subject ไม่เปลี่ยนเรื่อง ให้แกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับคำปรึกษาไปแต่ละประเด็น ไม่เปลี่ยนเรื่องไปมา

E = Emotion ใส่ใจในการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษาทั้ง Verbal และ Non-Verbal

R = Response แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนองระหว่างที่มีการสนทนา

ผลที่ได้รับ

1. กรณีที่ผู้ให้คำปรึกษา ทำหน้าที่เป็นผู้ฟังมากเกินไป จะทำให้ขาดการสื่อสารสะท้อนความคิดเห็นที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจในสาเหตุของปัญหา
2. กรณีที่ผู้ให้คำปรึกษาฟังน้อยเกินไปหรือพูดมากจะเป็นการรวบรัดเข้าสู่จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาอย่างรวดเร็ว ผู้รับคำปรึกษาไม่มีโอกาสได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่มีต่อปัญหานั้นๆ
3. กรณีที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีการสื่อสารทั้งสองทางอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความสนใจและรับรู้ได้ถึงความใส่ใจของผู้ให้คำปรึกษา

2.การสังเกต

การสังเกตเป็นทักษะการใส่ใจต่อพฤติกรรมต่างๆที่ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นกิริยา ท่าทาง คำพูด ภาษาที่ใช้ รวมทั้งความขัดแย้งในคำพูดกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา การสังเกตเช่นนี้จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาลำบากใจต่อการบอก และสามารถเลือกให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

แนวทางการปฏิบัติ

2.1 การสังเกตพฤติกรรมและคำพูด ดังต่อไปนี้

2.1.1 พฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกทางอารมณ์หรือความคิดที่ไม่ได้เป็นคำพูด เช่น ท่า นั่ง สีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหวของมือ ฯลฯ

2.1.2 คำพูดและภาษาที่ใช้ สังเกตว่าผู้รับคำปรึกษา พูดเน้นถึงเรื่องราวหรือประเด็นใดเป็นสำคัญ สำเนียง ภาษาที่ใช้แสดงความรู้สึกเป็นอย่างไร เช่น “ฉันอยากฆ่าตัวตาย...เบื่อโลก...ตายดีกว่า...จะได้หมดทุกข์”

2.1.3 ความขัดแย้ง

-ความขัดแย้งในพฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น หัวเราะทั้งที่น้ำตาไหลอาบแก้ม

-ความขัดแย้งในคำพูด เช่น “ฉันมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่ายวันๆ ไม่ได้อยู่เป็นที่ เป็นทาง เตียวไปโน้น เตียวมานี่ โอ๊ยเบื่อๆ แต่ก็ดีเหมือนกันนะ ”

-ความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม เช่น

คำพูด “ไม่เสียใจหรอกเรื่องแค่นี้”(น้ำเสียงกระด้าง กัดฟันพูด)

คำพูด “ดีใจจังที่ได้ไปเที่ยว...ฉลองวันครบรอบแต่งงาน”(ท่าทางเฉย ดวงตาเศร้า ก้มหน้าหลบ

สายตา)

2.1.4 ความสอดคล้องระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม เช่น

คำพูด “ผมอดไม่ได้ที่จะคิดถึงคุณแม่ที่เสียไป”(น้ำตาไหล)

คำพูด “ผมดีใจที่ได้พบคุณในวันนี้”(ยิ้ม ท่าทางกระตือรือร้น)

2.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) โดยการแปลความหมายพฤติกรรมต่างๆที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกมาเป็นภาษาพูด เช่น

ผู้รับคำปรึกษา “คุณคิดว่าคุณทำได้แล้ว แต่น้ำเสียงและแววตาของคุณดูเศร้าๆ เมื่อพูดถึงเรื่องนี้”

ผู้รับคำปรึกษา “คุณยิ้มและดูสบายใจขึ้นที่หาทางแก้ไขปัญหานั้นได้”

2.3 การเรียบ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนถึงสิ่งที่ได้แสดงออกมา

2.4 สังเกตปฏิกิริยาของผู้รับคำปรึกษาหลังจากที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับ ในกรณีที่ข้อมูลนั้นถูกต้องหรือตรงประเด็น ผู้รับคำปรึกษา มักจะพูดต่อและขยายความในสิ่งเหล่านั้น แต่ถ้าข้อมูลไม่ตรงประเด็นหรือผู้รับคำปรึกษาไม่พร้อมที่จะเปิดเผยในเรื่องนั้นๆเขาก็จะเงียบ

ผลที่ได้รับ

1. การสังเกตเป็นวิธีการแสดงความเข้าใจถึงความคิดและความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาอย่างลึกซึ้ง
2. ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจในผู้ให้คำปรึกษามากยิ่งขึ้น

3.การถาม

การถาม เป็นทักษะสำคัญที่ให้ผู้รับคำปรึกษาจะได้บอกถึงความรู้สึก และเรื่องราวต่างๆที่เขาต้องการจะปรึกษา เป็นการช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของผู้รับคำปรึกษามากขึ้น ประกอบด้วย

3.1 คำถามปิด เป็นการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้รับคำปรึกษา การถามลักษณะนี้จะได้คำตอบเพียงสั้นๆ

3.2 คำถามเปิด เป็นการถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสพูดถึงความคิดและความรู้สึก รวมทั้งสิ่งที่ปัญหาตามความต้องการของตนเอง การถามลักษณะนี้ทำให้ทราบเรื่องราวต่างๆมากมาย

แนวทางการปฏิบัติ

โดยทั่วไปแล้ว ควรใช้คำถามเปิดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างกว้างขวาง และยังมีประโยชน์ในแง่ผู้รับคำปรึกษาจะไม่รู้สึกรำคาญจากการถามส่วนคำถามปิด ควรใช้ตามความจำเป็นเมื่อทราบคำตอบเฉพาะ เพราะจะได้ข้อมูลน้อย และมักได้คำตอบเพียงใช่หรือไม่

หมายเหตุ : การใช้คำถามที่ขึ้นต้นด้วยคำว่า “ทำไม” มักทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจว่าตนเองทำผิดอยู่ ซึ่งอาจทำให้กระทบกระเทือนความรู้สึกระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาได้นอกจากนี้การใช้คำถามลักษณะนี้มักนำไปสู่การหาเหตุผลต่างๆ ซึ่งเหตุผลนั้นอาจมีเพียงบางส่วนที่เป็นจริงเท่านั้น

4. การเงียบ

การเงียบ เป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการปรึกษาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา มี 2 ลักษณะคือ

4.1 การเงียบที่ไม่มีเสียงใดๆ จากทั้งสองฝ่าย เป็นการเงียบที่แสดงให้เห็นว่าผู้พูดต้องการเวลาเพื่อคิดหรือแสดงความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการพูดถึงประเด็นนั้นๆ

4.2 การเงียบที่มีเสียงบางอย่างเช่น เสียง อืม... เสียงที่ขาดๆ หายๆ ตะกุกตะกัก ซึ่งแสดงอารมณ์และอาการวิตกกังวล

แนวทางการปฏิบัติ

1.การเงียบทางบวก เป็นการเงียบที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้ความคิด และระบายความรู้สึกมากขึ้น

1.1 การเว้นจังหวะของการพูด แสดงถึงการได้พูดถึงข้อคิดหรือประเด็นนั้นๆ จบแล้ว และกำลังคิดถึงเรื่องที่จะพูดต่อไป เช่น การเว้นจังหวะพูดหลังจากที่เข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหาของตน แล้วคิดว่าจะทำอย่างไรต่อไป

ในกรณีที่มีการเงียบสะท้อนถึงการใช้ความคิด ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรรบกวนการเงียบนั้น การเว้นจังหวะการพูดนี้อาจแสดงว่าผู้รับการปรึกษาคิดอะไรไม่ออกหรือสับสนกับตนเอง ในกรณีเช่นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาควรสรุปเรื่องราวต่างๆ ที่ได้พูดไปแล้ว และใช้คำถามเปิดเกี่ยวกับประเด็นนั้นๆ

1.2 การเงียบด้วยความรู้สึกเสียใจในขณะที่ผู้รับคำปรึกษากำลังรู้สึกเสียใจและไม่พร้อมที่จะพูดหรือแสดงความคิดและความรู้สึกของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเร่งหรือบังคับ แต่ควรให้กำลังใจและให้การสะท้อนความรู้สึก

1.3 การเงียบเพื่อรอคอยให้ผู้ให้คำปรึกษาพูดอะไรบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลหรือวินิจฉัยปัญหาของตนเอง ในกรณีนี้ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้ทักษะตีความหรือคำถาม

1.4 การเงียบเพื่อคิด ผู้รับคำปรึกษาอาจต้องการเวลาคิดหรือทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาได้พูดออกมา ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรรบกวน หรือขัดจังหวะของการแสดงความคิดเห็นนั้น แต่ควรจะรอนจนกระทั่งผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะพูด

1.5 การเงียบเพื่อพักฟื้นจากความเหน็ดเหนื่อย หลังจากที่ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงถึงสิ่งที่เป็นการอารมณ์และความรู้สึก เช่น การร้องไห้ ช่วงเวลานี้ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้ความเงียบในลักษณะที่แสดงถึงการรับรู้และเข้าใจ

2. การเจียบทางลบเป็นการเจียบที่แสดงถึงความไม่สบายใจ ความกลัว หรือการต่อต้านการปฏิเสธ โดยทั่วไปแล้วในช่วงระยะเวลาแรกของการปรึกษามักจะสะท้อนถึงความไม่สบายใจและความสับสนผู้ให้คำปรึกษาควรยอมรับและใช้ทักษะการให้กำลังใจ

2.1 การเจียบที่แสดงถึงความไม่สบายใจ เช่น ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอาย หรือกลัวการสนทนากันบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษาควรพูดถึงเรื่องทั่วไป (Small talk) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาลดความวิตกกังวล จนกระทั่งเขาสามารถค่อยๆเล่าถึงเรื่องราวของตนเองได้

2.2 การเจียบไม่อย่าพูดเรื่องตนเอง ในกรณีที่ผู้ให้คำปรึกษาควรพูดถึงการตกลงบริการการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษาความลับ และบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย หรือพูดถึงเรื่องทั่วไป (Small talk) และการให้กำลังใจ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการให้คำปรึกษา

ผลที่ได้รับ

การที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้การเจียบบวก จะเป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา ดังต่อไปนี้

1. การที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้การเจียบโดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน จะช่วยให้แจ้งหวะในการให้คำปรึกษาสงบลง เป็นการให้เกียรติผู้รับคำปรึกษาและเป็นการใช้เวลากับผู้รับคำปรึกษาได้คิดทบทวนถึงสิ่งที่ตนเองพูดและกำลังจะพูดต่อไป

2. การเจียบบวกช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาได้คิดทบทวนถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้พูดและแสดงความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาสามารถให้กำลังใจด้วยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางในช่วงการสนทนาที่มีการเจียบ

หมายเหตุ :

ถ้าผู้ให้คำปรึกษาใช้การเจียบ เพราะไม่รู้หรือนึกไม่ออกว่าจะถามอะไรต่อไป จะเป็นการไม่เอื้ออำนวยต่อกระบวนการให้การปรึกษาและแสดงว่าผู้ให้คำปรึกษาขาดสมรรถภาพในการให้การปรึกษา

5. การทวนซ้ำ

การทวนซ้ำเป็นการพูดทบทวนถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้บอกเล่า ประโยชน์ของการทวนซ้ำ คือ

5.1 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในสิ่งที่เขาต้องการปรึกษา

5.2 เป็นวิธีการสื่อถึงความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษาทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่เข้าใจและเป็นที่ยอมรับ

5.3 ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยตัวเองมากขึ้น

5.4 เป็นการตรวจสอบว่าผู้ให้คำปรึกษาได้ยินนั้นถูกต้องตามความคิดและความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาหรือไม่

การทวนซ้ำแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1. ทวนซ้ำจากคำพูดของผู้รับคำปรึกษาทุกคำ
2. ทวนซ้ำโดยการเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนามของผู้รับคำปรึกษา
3. ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นที่สำคัญ
4. ทวนซ้ำแบบสรุป

แนวทางปฏิบัติ

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะทวนซ้ำหรือให้ข้อมูลย้อนกลับเฉพาะสาระสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาสื่อออกมาเท่านั้น และหลีกเลี่ยงที่จะเพิ่มความคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษา
2. ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษากำลังแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาอาจแทรกคำพูดที่เป็น การทวนซ้ำเฉพาะส่วนสำคัญๆถึงสิ่งที่รับรู้ได้
3. การทวนซ้ำอาจรวมเอาความรู้สึกเข้าไปด้วย ถ้าความรู้สึกนั้นเป็นสาระสำคัญของผู้รับคำปรึกษา
4. การทวนซ้ำตลอดเวลาจะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอึดอัด ไม่แน่ใจในความสามารถของผู้ให้คำปรึกษา ฉะนั้นอาจใช้ลักษณะการทวนซ้ำแบบต่างๆสลับกันไปในการสนทนา
5. ถ้าผู้ให้คำปรึกษาทวนซ้ำอย่างถูกต้อง ผู้รับคำปรึกษาจะตอบสนองด้วยการพยักหน้าหรือพูดขยาย ความในสิ่งที่ได้กล่าวมาแล้ว ในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะถามด้วยคำถาม เปิด โดยการรวบรวมเรื่องสำคัญๆที่ทวนซ้ำมาเป็นคำถาม

ผลที่ได้รับ

1. จูงใจให้ผู้รับคำปรึกษาพูดต่อและทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความชัดเจนในสิ่งที่ตนเองพูดมากขึ้น
2. ตรวจสอบว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการสื่อสารถูกต้องหรือไม่

6.การสะท้อนความรู้สึก

การสะท้อนความรู้สึก เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้วยการสะท้อนความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆที่ผู้รับ คำปรึกษาได้แสดงออกมาด้วยวาจา หรือกิริยาท่าทาง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ตนเป็นปัญหาที่ แท้จริงของตนเอง เนื่องจากว่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษานั้นมักเกิดจากความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆเป็นส่วน ใหญ่ การสะท้อนความรู้สึก จะช่วยขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ของตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น

แนวทางปฏิบัติ

1. พยายามสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ลักษณะคำพูด น้ำเสียง
2. หาคำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษามากที่สุด เพื่อที่จะสามารถสื่อ ความรู้สึกได้อย่างชัดเจนโดยใช้ภาษาต่างๆ

3. ไม่ควรใช้คำว่า “รู้สึก” บ่อยครั้งและไม่ใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกซ้ำๆ ควรเปลี่ยนลักษณะคำพูด

4. การใช้ทักษะนี้ ต้องทำในทันทีที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา เพื่อให้เขาได้รับรู้ว่าตนเองมีความคิดและรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น

ผลที่ได้รับ

1. ผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษา กล้าเปิดเผยความคิดและความรู้สึกของตนเอง เนื่องจากรู้สึกว่าคุณให้คำปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตนเอง
2. ทำให้ผู้รับคำปรึกษามองสภาพการณ์ต่างๆตามความเป็นจริงมากขึ้น

7.การสรุปความ

การสรุปความ เป็นการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้คำปรึกษา หรือเมื่อยุติการให้คำปรึกษา โดยใช้คำพูดที่กระชับและได้ใจความสำคัญทั้งหมด

แนวทางปฏิบัติ

1. ผู้ให้คำปรึกษาควรสรุปเนื้อหา และความรู้สึกสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาที่ได้แสดงออกมาเพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น
2. ทุกครั้งที่มีการปรึกษาเกิดขึ้น ก่อนจบการให้คำปรึกษา ต้องสรุปประเด็นสำคัญต่างๆในการปรึกษา
3. เมื่อมีการปรึกษาหลายครั้ง ก่อนเริ่มกระบวนการให้การปรึกษาในครั้งที่สองและครั้งต่อไป ผู้ให้คำปรึกษาควรสรุปสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในครั้งก่อน และในครั้งสุดท้ายควรสรุปประเด็นทั้งหมดของการปรึกษาที่ผ่านมา ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย กระชับและได้ใจความ

ผลที่ได้รับ

1. ทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าการปรึกษานี้ได้ผลและเป็นประโยชน์ เนื่องจากการสรุปช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นภาพรวมของประเด็นปัญหาทั้งหมด
2. การสรุปครั้งสุดท้ายเป็นการเน้นย้ำประเด็นสำคัญ ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการคิดและการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษาหลังจากเสร็จสิ้นการปรึกษา



4. ขนาดและวิธีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

(กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยา โดยการรับยาขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย)

1. หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine gum)

ขนาดยา ใช้เคี้ยว 1-2 ชิ้น เมื่อมีอาการถอนนิโคติน (ทุก 1-2 ชั่วโมง) หรือใช้หลักการที่ว่า

1 ชิ้นของหมากฝรั่งขนาด 4 มก.แทนบุหรี่/ยาสูบ 1 มวน

ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 10-24 มวน ใช้ขนาด 2 มก. ไม่เกินวันละ 30 ชิ้น

ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 25 มวนขึ้นไป ใช้ขนาด 4 มก. ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น

วิธีใช้ ต้องรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว อย่างน้อย 15 นาทีก่อนใช้ยา เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา การเคี้ยวยาให้เคี้ยวช้าๆจนได้รสเผ็ดซ่า แล้วอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสซ่าหายไปจึงนำมาเคี้ยวใหม่ สลับกันไปเช่นนี้ โดยใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อเม็ด

อาการไม่พึงประสงค์ อาจมีอาการปวดกราม สะอึก ท้องอืด ปวดท้องและมีแผลในปาก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ เคี้ยวยาให้ถูกต้อง ไม่เคี้ยวเร็วจนเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืนน้ำลายระหว่างเคี้ยวยา

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้นิโคติน, ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรม, life-threatening arrhythmia, recent myocardial infarction ภายใน 2 สัปดาห์, peptic ulcer
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วย hyperthyroidism, DM

Pregnancy risk category: C

ข้อดี ใช้สะดวก ปรับขนาดยาได้เอง ใช้ระงับอาการถอนนิโคตินได้ค่อนข้างดีกว่าแผ่นติด

นิโคติน เนื่องจากได้ระดับนิโคตินที่สูงขึ้นเร็วกว่าหลังใช้

ข้อเสีย ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี มีระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น ทำให้ต้องใช้ยาบ่อย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรมอาจไม่สามารถใช้ได้

2. Nortriptyline

ขนาดยา 50-75 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจากขนาดยาประมาณ 10-25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีอาการข้างเคียง

วิธีใช้ รับประทานยาวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยให้เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่

อาการไม่พึงประสงค์ ง่วงนอน ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด ปัสสาวะไม่ออก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ พิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใช้เท่านั้น และเลือกใช้ขนาดยาที่เหมาะสม โดยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาอย่างช้าๆพร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

Pregnancy risk category: D

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหา cardiac arrhythmia โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางสมอง และระบบประสาท
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า
3. การหยุดยาต้องค่อยๆลดขนาดยาลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ ห้ามหยุดยาทันที

ข้อดี ราคาถูก เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่เพียงชนิดเดียวที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงมาก เช่น ปากแห้ง ง่วงนอน และต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ชาชงหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea Less)

ขนาดยา ชาหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อซอง) วันละ 3 ครั้ง

วิธีใช้ รับประทานชาหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อซอง) ผสมกับน้ำ 150 มิลลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานอย่างน้อย 7 วันก่อนกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และรับประทานต่ออีก 7 วัน (รวมทั้งสิ้น 14 วัน)

อาการไม่พึงประสงค์คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

Pregnancy risk category: ไม่ทราบ

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ไม่ทราบ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และยังไม่มีความปลอดภัยในการรักษาโรคติดยาสูบในระยะยาว ต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

4. ยาเม็ดอมสมุนไพรหญ้าดอกขาว

ขนาดยา อมครั้งละ 1-2 เม็ดเมื่อมีอาการอยากบุหรี่

วิธีใช้ อมได้ทุกครั้งเมื่อมีอาการอยากบุหรี่

อาการไม่พึงประสงค์คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

Pregnancy risk category: ไม่ทราบ

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ไม่ทราบ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และยังไม่มีความปลอดภัยในการรักษาโรคติดยาสูบในระยะยาว ต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

พูน ปณ จิต ชัย

5. แนวทางการใช้เครื่อง PICO

เพื่อตรวจวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled Carbon Monoxide; CO)

คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เป็นก๊าซพิษ ไม่มีกลิ่น ไม่มีสี ไม่มีรส เกิดขึ้นจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ คาร์บอนมอนอกไซด์สามารถคงอยู่ในกระแสเลือดได้ถึง 24 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย, เพศ, ความเข้มข้นของการสูดดม และค่าครึ่งชีวิต (Half life) คือ 5 ชั่วโมง

การวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทางลมหายใจออก ทำได้โดยการเป่าลมหายใจเข้าไปในตัวเครื่องเป็นระยะเวลานั้นๆ เป็นการวัดในส่วนต่อล้น (ppm) โดย CO ที่วัดได้ แสดงถึงปริมาณก๊าซ CO ในปอดและในลมหายใจที่มีการสูดดมเข้าไปซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย

การแปลผลจากค่าที่วัดได้

วัย	Cut off ที่แสดงว่าสูบบุหรี่หรือไม่	ระดับการสูบ	
		สูบล็กน้อย	สูบมาก
ผู้ใหญ่	6 ppm	7-15 ppm	>15 ppm
เด็ก	4 ppm	5-6 ppm	>7 ppm

หมายเหตุ : เด็ก คือ บุคคลที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์

การแสดงผลการวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ที่หน้าจอเครื่อง PICO

แถบสีที่แสดง	คำอธิบาย	ระดับ CO(ppm)	
		ผู้ใหญ่	เด็ก
สีเขียว	Non-smoker	0-6	0-4
สีเหลือง	Danger zone	7-10	5-6
สีแดง 1 แถบ	Smoker	11-15	7-10
สีแดง 2 แถบ	Frequent smoker	16-25	11-15
สีแดง 3 แถบ	Addicted smoker	26-35	16-25
สีแดง 4 แถบ	Heavily addicted smoker	36-50	26-35
สีแดง 4 แถบ ไฟกะพริบ	Dangerously addicted smoker	≥51	≥36

หมายเหตุ : การศึกษาใช้ Cut point ที่ <10 ppm ถือว่าเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

6. ตัวอย่างสถานการณ์การตอบคำถามสำหรับการให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสารกิจ, 2555)

คนสูบบุหรี่: ทำไมพูดกันแต่บุหรี่ไม่ดี ที่ดีทำไมไม่พูด

คำตอบ: ที่ว่าบุหรี่ดีคืออะไรคะ?

คนสูบบุหรี่: สูบแล้วสบายใจคลายเหงา

คนสูบบุหรี่: สูบแล้วสบายใจคลายเครียด การเลิกทำให้มีอาการหงุดหงิด

คนสูบบุหรี่: สูบแล้วทำให้ทำงานได้ คิดออก มีสมาธิ

คำตอบ: ความรู้สึกนั้นเป็นฤทธิ์กระตุ้นของสารนิโคตินเพียงชั่วขณะ เมื่อนิโคตินในร่างกายลดลงจะรู้สึกเครียด สมอต่อ จึงไปสูบแล้วคิดว่าบุหรี่ช่วยได้ คนไม่สูบบุหรี่จะมีสมาธิดีกว่า เครียดน้อยกว่า ไม่ต้องมาคอยว่าต้องเติมนิโคตินเข้าไปในร่างกาย

คนสูบบุหรี่: สูบแล้วถ่ายอุจจาระสะดวก

คำตอบ: จริงค่ะ นิโคตินในบุหรี่ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น แต่มีคนสูบบุหรี่มากมายที่ไม่ต้องสูบบุหรี่เพื่อทำให้ตัวเองถ่ายอุจจาระ คนที่สูบบุหรี่เข้ากับการขับถ่ายเป็นการเชื่อมโยงกันจนเป็นนิสัยและความเคยชิน

คนสูบบุหรี่: สูบไม่สูบก็น่าตายทุกคน

คำตอบ: ใช่ค่ะ คนทุกคนต้องตาย แต่คนสูบบุหรี่จะได้รับสารพิษของควันบุหรี่สะสม ค่อยทำลายสุขภาพไปทีละน้อย ครั้งหนึ่งของคนสูบบุหรี่จะป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น มะเร็งปอด หลอดโป่งพอง ซึ่งต้องตายแบบทรมาน อีกครั้งหนึ่งที่ไม่เป็นโรค สุขภาพก็ไทร้มกว่าคนไม่สูบ แต่ละปีคนไทยตายจากการสูบบุหรี่เกือบห้าหมื่นคน แต่ละคนป่วยหนักเป็นเวลาสองปีก่อนตาย

ตอนที่ตายแต่ละคนอายุสั้นลง 12 ปี เทียบกับคนที่ไม่สูบหรือเลิกสูบค่ะ

คนสูบบุหรี่: คนมากมายที่สูบแล้วไม่เห็นเป็นอะไร ?

คนสูบบุหรี่: พ่อผมสูบตั้งแต่ผมเกิดไม่เห็นเป็นอะไร แข็งแรงดี

คำตอบ: บุหรี่ที่เริ่มสูบในสมัยก่อน มีพิษน้อยกว่าบุหรี่ที่คุณสูบมา เพราะบริษัทบุหรี่มีการใส่สารปรุงแต่งรสชาติเพิ่มสารเคมีที่มีพิษและสารก่อมะเร็งขึ้นด้วย แต่ก่อนสารก่อมะเร็งมีเพียง 43 ชนิด ปัจจุบันเพิ่มเป็นมากกว่า 70 ชนิดแล้ว พิษของบุหรี่ที่คุณสูบจะส่งผลร้ายได้เร็วกว่ามา

คนสูบบุหรี่: ผมสูบบุหรี่มานานเองคงไม่เป็นอันตราย และปลุกยาสูบเองปลอดสารพิษ

คำตอบ: อันตรายน้อยที่นิโคตินและน้ำมันดินในใบยาสูบที่ยังคงมีอยู่เหมือนกัน ถึงแม้ว่าจะปลูกเองก็ตาม เมื่อมวนยาสูบเองหากใช้กระดาษก็จะมีสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตกระดาษติดมาด้วย หรือใช้ใบจากก็มีสารเคมีอยู่ที่ใบจาก เมื่อจุดไฟจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างสารต่างๆ ก่อให้เกิดกลายเป็นสารพิษและสารก่อมะเร็งได้ อันตรายที่จะน้อยกว่า

บุหรี่ปั๊วงานคือ ไม่มีสารปรุ่ดแต่ง แต่สารพิษสำคัญๆและนิโคตินที่เป็นสารเสพติดยังมีเหมือนกัน และการสูบบุหรี่ี่มวนเองมีผลกระทบต่อโรคปอดและทางเดินหายใจเหมือนกันกับบุหรี่ปั๊วงาน

คนสูบบุหรี่: ทำไมรัฐบาลไมปิดโรงงานยาสูบ?

คำตอบ : หากรัฐบาลปิดโรงงานยาสูบ คุณมั่นใจหรือว่าคนสูบบุหรี่ทุกคนจะเลิกสูบ กลุ่มที่สูบบุหรี่

มวนเองก็ยังสูบบุหรี่เพราะเขาติดนิโคตินและความเคยชิน

ถ้าปิดโรงงานยาสูบไทย คนสูบบุหรี่บางคนอาจเลิกแต่อีกหลายคนจะ

เปลี่ยนไปสูบบุหรี่ี่มวนเอง เปลี่ยนไปสูบบุหรี่ี่ต่างประเทศ หรือบุหรี่ปั๊วเถื่อน ซึ่งทุกวันนี้ก็ยังไม่สามารถควบคุมได้

แต่ถ้าหากลองคิดอีกด้านว่า หากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่ บุหรี่ก็ขายไม่ออก ไม่นานก็ราขึ้น บริษัทที่ผลิตของออกมาขายแล้วขายไม่ออก ไม่นานก็ปิดกิจการเอง หากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่ทั้งบุหรี่ปั๊วและบุหรี่ปั๊วไทย บุหรี่เถื่อนก็ขายไม่ออก รัฐบาลก็ต้องเลิกโรงงานยาสูบไปเอง

คนสูบบุหรี่: ได้รับควันที่คนอื่นสูบกั้เป็นอันตรายสูบบุหรี่เองดีกว่า เพื่อนผมมันสูบกั้ทุกคน

คำตอบ : ไม่เหมือนกัน เพราะหากคุณไม่สูบบุหรี่ คุณสามารถเดินออกจากควันบุหรี่ปั๊ว ปาปอด

ไปรักษาอากาศบริสุทธิ์ได้ ล้างหน้า บ้วนปาก แล้วกลับเข้ากลุ่มใหม่ หรือกลับบ้าน

พยายามเลิกบุหรี่ปั๊วให้ได้ แล้วมาชวนเพื่อนให้เลิกภายหลัง หากคุณสูบบุหรี่ี่เสียเอง ปอดคุณหนีไม่ได้ ต้องทนรับควันบุหรี่ปั๊วเข้าไปเต็มๆและยังต้องรับควันจากที่คนอื่นสูบบุหรี่ี่ด้วย อันตรายมากกว่าอีกนะคะ

คนสูบบุหรี่: คนไม่สูบ ไม่รู้หรือว่าลำบากแค่ไหนในการเลิกสูบ

คำตอบ : คนเลิกบุหรี่ปั๊วต้องสู้กับสองอย่าง คือ การติดนิโคตินซึ่งทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายทาง

กายและการติดความเคยชิน เป็นอาการทางใจที่มีความรู้สึกว้าบางอย่างที่เคยชินขาดหายไป ทั้งนี้อาการที่เกิดขึ้นจะไม่เหมือนกันทุกคน บางคนไม่มีอาการอะไรเลย แต่บางคนมีมาก เลิกได้ไม่พ้นวัน ทนไม่ไหว หากมีแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมีการเตรียมตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่แทนการสูบบุหรี่ ก็จะช่วยทำให้เลิกสูบบุหรี่ี่ได้ง่ายขึ้น

คนสูบบุหรี่: จะสูบไม่สูบกั้เรื่องของคนสูบ อย่างมาอยู่

คำตอบ : คนสูบบุหรี่ี่ไม่ได้มีเสียงคนเดียว ยังมีคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ปั๊วที่คุณสูบ ซึ่งทำ

อันตรายเขาด้วย ที่อยากให้คุณเลิกสูบบุหรี่ี่ก็ด้วยเหตุนี้ด้วย

คนสูบบุหรี่: เป็นสิทธิของคนสูบ

คำตอบ :

เนื่องจากวันบวชเป็นอันตรายต่อผู้อื่นด้วย และวันบวชนั้นก็ทำอันตรายต่อสุขภาพของคนที่ไม่ได้บวช ผู้หญิงผู้ชายลูกเด็กเล็กแดง ถ้าได้รับวันบวชของคุณทั้งๆที่เขาไม่ยอมได้ เขาก็เสี่ยงต่อการเกิดโรคไปด้วย หากจะเรียกว่าสิทธิที่เขาจะบวชหรือก็ต้องไม่บวชในเขตที่กฎหมายห้ามบวชนะ

คนบวชบวช: ยังมีความสุขกับการบวช

คำตอบ : บวชมานานก็ปีแล้วนะคะ สุขที่ว่าเป็นสุขระยะสั้นๆที่บวช สุขจากการต้องพึ่งพาสารนิโคติน สุขที่ว่าเป็นสุขจอมปลอม ถ้าคุณเลิกบวชบวชได้ ความสุขมันจะอยู่ที่ตัวคุณ คุณจะเป็นอิสระจากบวช อยากรอให้สายเกินไปก่อนจะเลิกบวช

คนบวชบวช: บวชมานานแล้ว แก่แล้วไม่มีประโยชน์ที่จะเลิกหรือ

คำตอบ : ไม่มีคำว่าสายเกินไปที่จะเลิกนะคะ เพราะหยุดบวชเมื่อไหร่สุขภาพก็จะฟื้นตัวเมื่อนั้น ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆก็จะลดลงทันที

คนบวชบวช: ใช้กันกรอง/อุปกรณ์กรอง มั่นกรองคราบเหลืองเลยนะ

คำตอบ : กันกรอง ไม่สามารถกรองสารพิษจากวันบวชได้ หากคุณสูดวันบวชผ่านกันกรองได้ ก็ไม่ปลอดภัยแน่นอน เพราะสารพิษและสารก่อมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในวันบวชที่สามารถผ่านกันกรองได้ค่ะ

คนบวชบวช: ผมเลิกตั้งหลายครั้งแล้ว แต่ไม่สำเร็จสักที

คำตอบ : โดยทั่วไปคนบวชต้องใช้ความพยายามหลายครั้งกว่าจะเลิกได้สำเร็จ ลองพยายามใหม่นะคะ วันหนึ่งต้องทำได้แน่นอน

คนบวชบวช: กลัวว่าจะทนอาการไม่ได้

คำตอบ : อาการต่างๆที่เกิดจากการเลิกบวชจะเกิดขึ้นในช่วง 3-7 หลังหยุดบวช มีวิธีการบรรเทาอาการได้หากมีความตั้งใจจริง(แนะนำอาการถอนนิโคตินและวิธีการแก้ไข)

คนบวชบวช: คุณคิดว่าผมจะเลิกได้ไหม ?

คำตอบ : คนที่มีความตั้งใจจริงและมีความอดทน เขาก็เลิกได้แล้วทุกคน ขณะนี้มีคนไทยที่เลิกบวชบวชได้แล้วกว่าหกล้านคน คุณก็เป็นอีกคนหนึ่งที่จะเลิกได้แน่นอนค่ะ

คนบวชบวช: อยากเลิกแต่กลัวอ้วนไหม/กลัวอ้วน

คำตอบ : ไม่มีอะไรยากไปกว่าการเลิกบวชบวช หากเลิกบวชบวชได้การลดน้ำหนักตัวก็จะเป็นเรื่องไม่ยากค่ะ และหากปฏิบัติตามวิธีที่แนะนำ น้ำหนักตัวจะขึ้นไม่เกิน 1-3 กิโลกรัม

เคล็ดลับการรับประทานอาหาร

1. รับประทานอาหารเท่าเดิม เสี่ยงอาหารรสจัด (เผ็ด หวาน เค็ม) 1 เดือน
รับประทานอาหารผักให้มากขึ้น ใช้เวลารับประทานอาหารให้นาน เคี้ยวอาหารให้ช้าๆ

2. หลังรับประทานอาหารควรบ้วนปากหรือแปรงฟัน
3. ออกกำลังกายให้มากขึ้น อาจทำง่ายๆโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 30-45 นาทีทุกวัน จะทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และน้ำหนักตัวไม่เพิ่ม
4. ดื่มน้ำบ่อยๆอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อลดอาการหิวและทำให้ร่างกายสดชื่น

คนสูบบุหรี่: อยากเลิก แต่คิดว่าเลิกไม่ได้หรอก

คำตอบ: เพราะอะไรคะถึงคิดว่าเลิกไม่ได้ (จากนั้นให้ข้อมูลและเสริมกำลังใจตามความเหมาะสมของแต่ละคน) ไม่มีคำว่าแพ้ถ้าพยายามและอดทน

คนสูบบุหรี่: สูบลดลงแล้วนะ เหลือแค่ไม่กี่มวน เท่านั้นคงไม่เป็นไร

คำตอบ: มวนเดียวก็เป็นไรคะ เพราะในควันบุหรี่แต่ละมวนมีสารพิษมากกว่า 7,000 ชนิด และมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด ไม่รู้ว่าจะทำให้เป็นอะไร เมื่อไร งานวิจัยพบว่าแม้แต่สูบนวันละไม่เกินสี่มวน ความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งโรคหัวใจ และโรคเส้นเลือดสมองก็เพิ่มมากขึ้นหลายเท่า

คนสูบบุหรี่: คิดว่าจะเลิก แต่ขอเวลาหน่อย

คำตอบ: อย่ารอเวลาเลยคะ เพราะทุกๆมวนที่คุณสูบ พิษภัยก็จะสะสมมากขึ้น ที่สำคัญคุณจะติดมากขึ้น เมื่อไหร่ที่คุณว่าถึงเวลาแล้ว เวลานั้นอาจไม่มาถึงก็ได้

คนสูบบุหรี่: เป็นไรไม่รู้ พอเห็นคนสูบบุหรี่ต้องสูบด้วยทันที

คำตอบ: ลองมาคิดกันดูว่าจะแก้หรือป้องกันอย่างไรให้ไม่ไปสูบเมื่อเห็นคนสูบอีก อย่างหนึ่งคือ พยายามทำสิ่งแวดล้อมรอบตัวคุณให้ไม่มีคนสูบบุหรี่ โดยเฉพาะตึกตึกใหม่ไม่มีการสูบบุหรี่ในบ้าน สาเหตุสำคัญที่เด็กๆส่วนใหญ่ติดบุหรี่ ก็เพราะเห็นผู้ใหญ่สูบ ก็ลองสูบบ้าง ก็ติดบุหรี่ไปด้วย

คนสูบบุหรี่: จะเลิกอย่างไร

คำตอบ: ให้คำแนะนำตามกระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ รวมทั้งเทคนิคการแก้ไขปัญหามือเกิดอาการถอนนิโคติน เช่น เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ อย่าสูบบุหรี่ทันที ให้เบี่ยงเบนความสนใจ ทำอย่างอื่น ยึดเวลาออกไป 3-5 นาที , อาบน้ำ ดื่มน้ำหรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย ให้สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆและช้าๆ 2-3 ครั้ง จะช่วยผ่อนคลาย คิดถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ คิดถึงตนเองและคนที่เรารัก

คนสูบบุหรี่: กำลังเลิก มีนหัวมาก ง่วงนอน เปลี่ยวไปหมด ไม่มีแรง

คำตอบ: เป็นอาการที่ร่างกายกำลังฟื้นตัว แนะนำให้ ล้างหน้า เช็ดตัวและนอนพัก จะเป็นอยู่ไม่กี่วันแล้วดีขึ้นนะคะ ขอให้อดทนแล้วจะผ่านช่วงเวลานี้ไปได้คะ

คนสูบบุหรี่: ถ้าพยายามเลิกแล้วไม่สำเร็จครั้งแรก ก็จะไม่สามารถเลิกได้ตลอดไป

คำตอบ: การเลิกบุหรี่ไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับบางคน บางคนอาจเลิกได้ในครั้งเดียว บางคนต้องใช้ความพยายามหลายครั้ง ยิ่งเราพยายามก็ยิ่งมีประสบการณ์ หากรู้จักเรียนรู้จาก

ประสบการณ์ ก็จะเลิกได้อย่างถาวรในที่สุด

คนสูบบุหรี่: ถ้าเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แล้วไม่สำเร็จ จะเลิกยากขึ้นเรื่อยๆ

คำตอบ: ไม่จริงเสมอไปค่ะ หากนำประสบการณ์มาปรับปรุงแก้ไข และมีความตั้งใจจริง จะเลิกได้ง่ายขึ้น แต่หากคิดว่าล้มเหลว จะขาดความมั่นใจและเลิกได้ยาก เมื่อกลับไปสูบบุหรี่อีก บางคนอาจมีอาการอยากเพิ่มมากขึ้นและสูบบ่อยขึ้น ก็เป็นสาเหตุที่เลิกยากขึ้น เพราะติดมากขึ้น

คนสูบบุหรี่: ผมคงเลิกไม่ได้หรอก

คำตอบ: คุณทำได้ ! เหมือนคนไทยทุกคนที่เลิกได้แล้ว
แต่ละปีคนไทยเลิกสูบบุหรี่ได้ประมาณ 300,000 คน โดยเฉลี่ยมีคนที่ไม่เลิก
สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยวิธีหยุดสู้อย่างเด็ดขาด
คุณเป็นคนหนึ่งที่ทำได้ หากคุณใช้ความพยายามและอดทน ความสำเร็จทุกอย่างไม่มีอะไรเกินความพยายามของเรา

คนสูบบุหรี่: เลิกบุหรี่แล้ว แต่ไปดื่มเหล้ากับเพื่อน จึงกลับไปสูบบุหรี่อีก

คำตอบ: แนะนำให้ระวัง ทำอย่างอื่น เช่น จิบน้ำเย็น หรือรับประทานกับแก้ลมแทนการสูบบุหรี่ เลิกดื่มได้จะดีที่สุด และปฏิเสธเมื่อมีผู้ยื่นบุหรี่ให้ อาจจะบอกว่าคุณมีปัญหาเรื่องสุขภาพ จำไว้ว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิตและ/หรือโรคเบาหวานของคุณดีขึ้น และลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ

หัวใจสำคัญของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่

คำพูดของคนเคยสูบบุหรี่คนหนึ่งที่เคยเลิกได้อย่างยั่งยืน กล่าวว่า “การเลิกสูบบุหรี่ต้องมีสิ่งจูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจที่อยากเลิก และหากเกิดแรงบันดาลใจแล้ว คนสูบบุหรี่นั้นก็จะเลิกได้อย่างง่ายดาย”

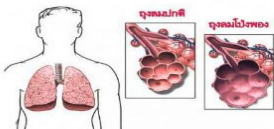
แรงจูงใจที่เข้มแข็งมากที่ทำให้คนคิดและเกิดเป็นความรู้สึกอยากเลิกสูบบุหรี่ คือ สิ่งที่เขารักหรือกลัวมากที่สุด เช่น

- ความห่วงใยสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด
- ไม่ต้องการให้ลูกได้รับอันตรายจากควันบุหรี่
- ไม่ต้องการให้ลูกกลายเป็นคนที่สูบบุหรี่เหมือนตนเอง
- เสียหายเงินที่ต้องเสียไปกับการเผาบุหรี่
- กระแสสังคมที่รังเกียจการสูบบุหรี่
- สภาพแวดล้อมที่ห้ามสูบบุหรี่

และสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวต้องเป็นกำลังใจและห่วงใยอย่างจริงจัง เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการเลิกสูบบุหรี่และส่งผลทำให้ครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่

3.1 การสูบบุหรี่กับโรคถุงลมโป่งพอง

คนที่สูบบุหรี่จนเกิดอาการเหนื่อยแล้วค่อยเลิกสูบบุหรี่ อาการเหนื่อยจะไม่ดีขึ้น เนื่องจากเมื่อปอดถูกทำลายไปมากแล้ว ไม่สามารถกลับคืนมาได้ ยิ่งไม่พบยาในโลกนี้ที่จะซ่อมปอดที่เสียไปแล้ว ได้ยาอะไรที่ว่าบำรุงปอด ความจริงคือ ไม่มี



โดยปกติแล้วทางเดินหายใจมีลักษณะเหมือนกับต้นไม้กิ่งก้าน โดยที่กิ่งก้านต้นไม้เปรียบเสมือนหลอดลม และมีถุงลมจะต่อลงมาจากหลอดลมส่วนปลาย ในคนที่ทั่วไปหลอดลมจะใสและเปิดตลอดเวลา ส่วนถุงลมเป็นเม็ดเล็กเปื่อยออกซิเจนให้กับร่างกาย ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ทางเดินหายใจและถุงลมขาดประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนอากาศจะแย่ลงไปได้อีก เพราะ

- ผนังของถุงลมบางส่วนถูกทำลาย และถุงลมขาดความยืดหยุ่น จึงไม่สามารถแลกเปลี่ยนอากาศได้ดีขึ้น
- ผนังของหลอดลมหนาผิดปกติและบวม อากาศจึงเข้าไปได้น้อยและออกได้ยาก
- เซลล์ตรงทางเดินหายใจมักจะอักเสบ มีร่องรอยและเมือกมากผิดปกติ จึงอุดตันทางเดินหายใจ อากาศเข้าไม่ยาก

จงอย่ารีรอที่จะลงมือเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่บัดนี้

ก. ข. ค. ง. จ. เพื่อการเลิกสูบบุหรี่

- ก. ทำจิตอุปกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไปให้หมด
- ข. เข้มแข็งเข้าไว้ หากมีอาการหงุดหงิด หรือเครียด บอกตัวเองว่า ผู้สู
- ค. คุมอาหารด้วยการเลือกกินอาหาร จำพวกผัก ผลไม้ ให้มากกว่าเดิม
- ง. จัดเครื่องเล่นออกกำลังกายและกิจกรรมที่มักทำร่วมกับการสูบบุหรี่
- จ. จำไว้เสมอว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายของคุณดีขึ้น และลดโอกาสการเกิดโรคต่างๆ

เมื่อรู้สึกละอายสูบบุหรี่ คุณควรที่จะ

1. อย่ายสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ คุณควรจะไปสูบบุหรี่ที่นอกสถานที่
2. สัมภาษณ์ หรือซักถามผู้ที่ เมื่อรู้สึกละอายสูบบุหรี่
3. เปลี่ยนแปลงความคิดไปจากความคิดเดิมๆ ที่สูบบุหรี่



ข้อมูลต้องรู้ การสูบบุหรี่ เป็นของแสลง คนเป็นโรค

โรคถุงลมโป่งพอง

"คนไทยเสียชีวิต จากโรคถุงลมโป่งพอง จากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 11,957 คน โรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ 2,965 คน"

บุหรี่ ๑ บาสนาคิด

โรคถุงลมโป่งพอง โรคจากการสูบบุหรี่ที่ทรมาณคุณที่สุด

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมามากมายนับสิบโรค แต่มี 3 โรคที่พบบ่อยกว่าโรคอื่น คือ **มะเร็งปอด เส้นเลือดหัวใจและสมองตีบ และถุงลมโป่งพอง** ใน 3 โรคนี้ ถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่เกิดจากสูบบุหรี่มากที่สุด เพราะโรคนี้มีผู้เสียชีวิตมากที่สุด โดยมีคนไทยเป็นโรคนี้ประมาณ 1 ล้านคน และประมาณ 3 แสนคน ที่มีอาการเหนื่อยและต้องรับการรักษา (มูลนิธิโรคปอดแห่งชาติไทย) และประมาณ นานกว่าจะเสียชีวิต นักสูบบุหรี่จำนวนมากไม่กลัวตาย แต่กลัวทรมาน



สาเหตุที่สำคัญที่สุด โดยร้อยละ 70 ของโรคนี้เกิดจากการสูบบุหรี่ ปอดของคนเราประกอบด้วยถุงลมเล็ก ๆ เป็นจำนวนมากนับล้าน ๆ ถุงลม มีขนาดเล็กลงกว่าปลายเข็ม ผนังถุงลมจะบางมาก และมีเส้นเลือดฝอยอยู่ตามผนังถุงลม เวลาที่เราหายใจเข้าสู่อากาศ อากาศที่มีออกซิเจนจะเข้าสู่ถุงลมเล็ก ๆ ซึ่งเป็นที่ที่ออกซิเจนจะเข้ามาในถุงลมเข้าสู่เส้นเลือดฝอยเพื่อไปเลี้ยงร่างกาย

ขณะเดียวกัน คาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นก๊าซเสียจะถูกขับออกจากเส้นเลือดฝอยเข้าสู่ถุงลม และถูกขับออกจากร่างกายโดยการหายใจออก ในการสูบบุหรี่ที่รุนแรงจะเข้าสู่ทางเดินหายใจไปจนถึงถุงลมปอด ซึ่งนิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ในควันบุหรี่จะถูกดูดซึมเข้าสู่เส้นเลือดฝอยที่ตามถุงลม หลังจากนั้นนิโคตินจะถูกพาไปตามกระแสเลือดไปสู่สมอง นิโคตินจะกระตุ้นสมองและเส้นประสาทที่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่

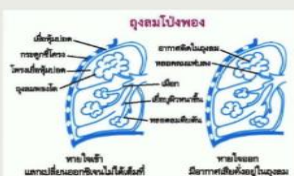


ในควันบุหรี่มีสารเคมีนับพันชนิด จากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษที่โรยยาสูบ และสารเคมีในยาสูบชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นรส

เพื่อให้ได้ภาพฉายชัดปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นที่ผนังถุงลม เมื่อควันบุหรี่ปะทะกับเยื่อปอด เราจะรู้สึกแสบตาและน้ำตาไหล



น้ำตาที่ไหลออกมาเป็นกลไกของร่างกายในการเตือนจากร่างกายที่เกิดจากควันบุหรี่ เพื่อลดอันตรายต่อเยื่อปอด ถ้าใครลองให้ควันบุหรี่เข้าตานานๆ ตาจะอักเสบแสบแดง สิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อควันบุหรี่เข้าตาเกิดขึ้นที่ถุงลมปอดทุกครั้งที่สูดควันบุหรี่เข้าปอด เพียงแค่ปอดเป็นอวัยวะที่ไม่มีเส้นประสาทที่บอกถึงความเจ็บแสบเหมือนที่นิ้วโดนไฟ



พหุบัน ปณ จิตโต ชีเว

3.3 การสูบบุหรี่กับโรคเบาหวาน

ผลเสียที่คุณสูบบุหรี่ในบ้าน

- คนที่สูบบุหรี่ในบ้านมักจะหายใจได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง
- เพิ่มโอกาสที่ลูกจะกลายเป็นโรคหอบหืด
- คนในครอบครัวที่สูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
- คุณจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น
- คุณจะมีโอกาสสูบบุหรี่ที่แพงขึ้น

สิ่งดี ๆ เมื่อบ้านคุณปลอดบุหรี่

- อากาศในบ้านของคุณจะสดชื่น เพราะไม่มีกลิ่นควันบุหรี่รบกวน
- คุณไม่ต้องกังวลว่าคนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่
- ลดโอกาสที่ลูกของคุณจะกลายเป็นโรคหอบหืด
- คุณไม่ต้องเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เงินทอง ไปหาหมอ รักษาโรคภัยไข้เจ็บ
- สิ่งที่ไม่ดีที่คุณสูบบุหรี่ทำให้ได้รับ รอยบุหรี่บนเสื้อผ้า บนเฟอร์นิเจอร์ บนข้าวของสิ่งอื่น ๆ
- ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ทำให้คุณสูบบุหรี่น้อยลง และเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

จงอย่ารอที่จะลงมือเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่บัดนี้

ก. ข. ค. ง. จ. เพื่อการเลิกสูบบุหรี่

- ก. ถ้าจัดอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนเลิกสูบบุหรี่ไปให้หมด
- ข. เริ่มแข่งตัวเองให้ได้ หากมีอาการหงุดหงิด หรือเครียด บอกตัวเองว่า "สู้ ๆ"
- ค. ค้นหาเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่จากอาหาร จำพวกผัก ผลไม้ ให้มากที่สุด
- ง. สดชื่นใจด้วย ออกกำลังกายเป็นประจำ ทำสมาธิ ทำสมาธิ
- จ. จำไว้เสมอว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายของคุณดีขึ้น และลดโอกาสการเกิดโรคร้าย ๆ

เมื่อรู้สึกลอยลางสูบบุหรี่ คุณควรที่จะ:

1. อย่านสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ คุณควรจะไปสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
2. ดื่มน้ำ หรือดื่มน้ำเย็น ๆ เพื่อช่วยลดอาการหงุดหงิด
3. เบื่อเบื่อบางครั้งมันใจไปจากความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ มันไม่คุ้มกับความเสี่ยง

ข้อมูลต้องรู้ การสูบบุหรี่เป็นของแสลง คนเป็นโรคเบาหวาน

อัตราค่าสูบบุหรี่ของชายไทยที่เป็นเบาหวาน

พ.ศ. 2562 24.7%

พ.ศ. 2557 24.7%

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย 2552-2557

คุณลองดูว่า คุณสูบบุหรี่หรือไม่

คุณสูบบุหรี่หรือไม่

คุณสูบบุหรี่หรือไม่

ข้อมูลต้องรู้...สูบบุหรี่เป็นของแสลง คนเป็นเบาหวาน

ตาของคุณ

ถ้าคุณสูบบุหรี่และเป็นเบาหวาน คุณจะมีปัญหาในการมองเห็น (ตามัว) เร็วขึ้น และรุนแรงขึ้น ต้อกระจกจะเกิดขึ้น

ระดับน้ำตาลในเลือด

การสูบบุหรี่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้คุณควบคุมเบาหวานได้ยากขึ้น สาเหตุจากอินซูลินและสารเคมีอื่น ๆ ในควันบุหรี่ขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลินในร่างกายของคุณ

ปลายประสาทของคุณ

ถ้าคุณเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่จะทำให้ปลายประสาททั่วร่างกายของคุณเสื่อมเร็วขึ้น ทำให้เกิดอาการชาตามมือเท้า

ฟันของคุณ

ถ้าคุณเป็นเบาหวานและสูบบุหรี่ คุณจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเหงือกอักเสบ ฟันของคุณจะหลุดร่วงเร็วขึ้น และมากขึ้น

หัวใจของคุณ

นิโคตินจากควันบุหรี่ทำให้หัวใจของคุณเต้นเร็วขึ้น และสารพิษในควันบุหรี่ ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดของคุณลดลง ซึ่งหมายถึงหัวใจของคุณต้องทำงานหนักขึ้น

ถ้าคุณเป็นเบาหวานและสูบบุหรี่ คุณมีโอกาที่จะเสียชีวิตจากหัวใจวายกะทันหัน และความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า

ไตของคุณ

สูบบุหรี่ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น คนที่เป็นโรคเบาหวานและสูบบุหรี่ ไตจะยิ่งเสื่อมเร็วขึ้น ผลจากความเสียหายของเส้นเลือดที่เกิดจากการสูบบุหรี่

การไหลเวียนโลหิตของคุณ

ผู้เป็นเบาหวานมักจะมีปัญหาเลือดไปเลี้ยงขาไม่ดีอยู่แล้ว การสูบบุหรี่ทำให้การไหลเวียนโลหิตในเส้นเลือดเล็กลง ทำให้เป็นเบาหวานที่ง่ายขึ้น ติดเชื้อที่แผลง่ายขึ้นและแผลหายยาก เพิ่มโอกาสที่คุณจะถูกตัดขา

ไขข้อของคุณ

ถ้าคุณเป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสียหายต่อไขข้อของคุณและเคลื่อนไหวได้ยากขึ้น

สมรรถภาพทางเพศของคุณ

เบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดสมรรถภาพทางเพศเสื่อมอยู่แล้ว เบื้องต้นทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก หากสูบบุหรี่สมรรถภาพทางเพศจะยิ่งเสื่อมเร็วขึ้น

ระดับน้ำตาลในเลือดคนปกติและคนเป็นเบาหวานควรเป็นเท่าไร?

	น้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8-12 ชั่วโมง (แบบกลืน ยิงอินซูลิน)
คนปกติ	60 - 100
ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน	101 - 125
เบาหวาน	126 ขึ้นไป

3.4 การสูบบุหรี่กับโรคความดันโลหิตสูง

ผลเสียที่คุณสูบบุหรี่ในบ้าน

- คนที่อยู่ในบ้านโดยเฉพาะลูกจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง
- เพิ่มโอกาสที่ลูกจะกลายเป็นคนติดบุหรี่
- คนในครอบครัวโดยเฉพาะลูกคุณ จะเป็นห่วงคุณ ทุกครั้งที่เห็นคุณสูบบุหรี่
- คุณจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น
- คุณจะเลิกสูบบุหรี่ได้ยากขึ้น

จงอย่ารือร้อที่จะลงมือเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่วันนี้

ก. ข. ค. ง. จ. เพื่อการเลิกสูบบุหรี่

- ก. ทำจิตอุปกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไปทั้งหมด
- ข. เข้มแข็งเข้าไป หากมีอาการหงุดหงิด หรือเครียด บอกตัวเองว่า สู้ สู้
- ค. ค้นหาหนทางในการเลือกกินอาหาร จำพวกผัก ผลไม้ ให้มากกว่าเดิม
- ง. จดเครื่องมือแอลกอฮอล์และกิจกรรมที่มีทำ ร่วมกับการสูบบุหรี่
- จ. จำไว้เสมอว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายของคุณดีขึ้น และลดโอกาสการเกิดโรคต่างๆ



ข้อมูลต้องรู้
การสูบบุหรี่
เป็นของแสลง
คนเป็นโรค
ความดันโลหิตสูง

อัตราการสูบบุหรี่ของ
คนไทยที่เป็นโรคความดันสูง
๑.๕.๒๕๕๒ ๑.๕.๒๕๕๗
๓๑.๕% ๒๔.๙%

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ๒๕๕๒/๒๕๕๗
คุณผลก็จะเลิกสูบบุหรี่ได้

บุหรี่...บาปเสียด

สิ่งดี ๆ เมื่อบ้านคุณปลอดบุหรี่

- อากาศในบ้านของคุณจะสดชื่น เพราะไม่มีกลิ่นควันบุหรี่รบกวน
- คุณไม่ต้องกังวลว่าคนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่
- ลดโอกาสที่ลูกของคุณจะกลายเป็นคนสูบบุหรี่
- คุณไม่ต้องเสียเวลา กำลังงาน เงินทอง ในการกำจัดสิ่งที่ไม่ดี เพราะบุหรี่ทำให้ เช่น รอยบุหรี่บนโซฟา บนพรม ผ้า่าน ที่เหม็นควันบุหรี่ และกลิ่นบุหรี่ที่ต่าง ๆ
- ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ทำให้คุณสูบบุหรี่น้อยลง และเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น



เมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ คุณควรที่จะ

1. อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ คุณควรจะประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ไปเรื่อยๆ
2. ดื่มน้ำ หรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย
3. เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความอยากสูบบุหรี่ หันไปทำกิจกรรมอื่นๆ

ข้อมูลต้องรู้...สูบบุหรี่เป็นของแสลง คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อคุณเป็นความดันโลหิตสูง เป้าหมายสูงสุด คือ การปฏิบัติตัวและการกินยาตามที่แพทย์สั่ง เพื่อคุมความดันให้ใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจโต และหัวใจล้มเหลว โรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก (ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต) โรคไตวาย

ถ้าคุณเป็นความดันโลหิตสูง และสูบบุหรี่

ผลเสียที่จะเกิดจากสารพิษต่าง ๆ

ในควันบุหรี่จะทำได้...

- ความดันโลหิตสูงขึ้น 5 - 10 มิลลิเมตรปรอท
- เลือดมีความเข้มข้น มีความหนืดมากขึ้น
- ชีพจรเต้นเร็วขึ้น
- ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง
- เกิดหลอดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น
- เกิดการอักเสบของผนังเส้นเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น
- ไบโกลินในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เพิ่มขึ้น
- ไบโกลินในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลง

ความดันโลหิตปกติ
ควรมีค่าความดันปกติตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท
และค่าความดันตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

ถ้าคุณเลิกสูบบุหรี่

- การคุมความดันจะทำได้ง่ายขึ้น
- แพทย์จะสามารถลดขนาดความดันลง
- ระดับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) จะลดลง
- ระดับไขมันชนิดดี (HDL) จะเพิ่มขึ้น
- หลอดเลือดของคุณจะเสื่อมช้าลง
- ลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ - อัมพาต
- ลดโอกาสเกิดโรคหัวใจ
- ลดโอกาสไตวาย
- ลดโอกาสมะเร็งทางท่อน้ำลาย

คุณต้องไม่เข้าใจผิดว่า

ถ้ากินยาคุมให้ความดันอยู่ในระดับที่ลดลง หรืออยู่ในระดับปกติ การสูบบุหรี่ต่อไปไม่จำเป็นเสียหายอะไร เพราะแม้คุณจะคุมความดันได้ด้วยยา การสูบบุหรี่ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และความผิดปกติของไขมันในเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดหลอดเลือดเร็วขึ้น

ระดับความดันโลหิต	ค่าบน	ค่าล่าง	คำแนะนำ
ระดับอันตราย	มากกว่า 160 ขึ้นไป ↑	มากกว่า 100 ขึ้นไป ↑	พบแพทย์โดยด่วน
สูงมาก	140 - 159	90 - 99	พบแพทย์
ค่อนข้างสูง	120 - 139	80 - 89	ปรึกษาแพทย์
ปกติ	น้อยกว่า 120 ลงไป ↓	น้อยกว่า 80 ลงไป ↓	ตรวจเช็คความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

อ้างอิงจาก WHO (World Health Organization) 2003

3.5 การสูบบุหรี่กับโรคภูมิแพ้

พลเสียที่คุณสูบบุหรี่ในบ้าน

- คนที่อยู่ในบ้านโดยเฉพาะลูกจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง
- เพิ่มโอกาสที่ลูกจะกลายเป็นคนสูบบุหรี่
- คนในครอบครัวโดยเฉพาะลูกคุณ จะเป็นห่วงคุณ ทุกครั้งที่เห็นคุณสูบบุหรี่
- คุณจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น
- คุณจะมีลูกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

สิ่งดี ๆ เมื่อบ้านคุณปลอดบุหรี่

- อากาศในบ้านของคุณจะดีขึ้น เพราะไม่มีกลิ่นควันบุหรี่รบกวน
- คุณไม่ต้องกังวลว่าคนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่
- ลดโอกาสที่ลูกของคุณจะกลายเป็นคนสูบบุหรี่
- คุณไม่ต้องเสียเวลา ค่าจ้างงาน เงินทอง ในการกำจัดสิ่งที่ไม่ดี เพราะบุหรี่ทำให้เรา รอยริ้วรอยบนใบหน้า บวมพอง ผื่นคัน ที่เหล่านี้นอกจากนี้ และกับบุตรหลานที่ต่าง ๆ
- ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ทำให้คุณสูบบุหรี่น้อยลง และเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

จงอย่าสูบบุหรี่ลงมือเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่บัดนี้

ก. ข. ค. ง. จ. เพื่อการเลิกสูบบุหรี่

- ก. ทำจิตผูกพันที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไปให้หมด
- ข. เข้มแข็งเข้าไว้ หากมีอาการหิวหรือเครียด บอกตัวเองว่า "สู้ ๆ"
- ค. ค่อย ๆ ใช้น้ำดื่มช่วยการเลือกกินอาหาร จำพวกผัก ผลไม้ ให้มากกว่าเดิม
- ง. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกิจกรรมที่มีโอกาสร่วมกับการสูบบุหรี่
- จ. จำไว้เสมอว่า วันที่ที่คุณเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายของคุณจะมีประโยชน์ส่วนที่สูบบุหรี่ทำลาย และลดโอกาสการเกิดโรคต่างๆ

เมื่อรู้สึกลอยการสูบบุหรี่ คุณควรที่จะ

1. อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ คุณควรที่จะประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ไปเรื่อยๆ
2. ดื่มน้ำ หรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย
3. เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความอยากสูบบุหรี่ทันทีที่กิจกรรมอื่นๆ



เป็นโรคภูมิแพ้
บ้านต้องปลอด
ควันบุหรี่
โรคภูมิแพ้

บุหรี่อันตรายถึงชีวิต

1600

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
36/2 ซอยปิ่นเกล้า 10 ถนนปิ่นเกล้า กรุงเทพฯ 10600 โทร. 0-2278-1808
โทรสาร 0-2278-1809 โทรสาร 0-2278-1810 โทรสาร 0-2278-1811
เว็บไซต์ www.thaiantismoking.com

ข้อมูลต้องรู้...สูบบุหรี่เป็นของแสลง คนเป็นโรคภูมิแพ้

โรคภูมิแพ้ที่แสดงอาการทางเดินหายใจ



- โรคจมูก / ไซนัสอักเสบจากภูมิแพ้
- โรคหอบหืด

สาเหตุของการเกิดโรค

- เกิดจากกรรมพันธุ์ และ / หรือ สารก่อโรคภูมิแพ้ในสิ่งแวดล้อม กรรมพันธุ์ที่เราจะไขว่ไขว่ไม่ได้ เพราะเกิดมาพร้อมกับตัวเราแล้ว
- แต่เราสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการของโรคภูมิแพ้ได้

สารก่อโรคภูมิแพ้ ทำให้อาการโรคภูมิแพ้รุนแรงขึ้น

- ไรฝุ่น สัตว์เลี้ยง แมลงสาบ เชื้อรา / เกสรดอกไม้
- ควันบุหรี่ / ควันไฟ / ควันจากท่อไอเสีย
- ผื่นระคายเคืองต่างๆ



อาการที่ติดจิ้นเกิดขึ้นได้อย่างไร

ในคนที่แพ้หืด เมื่อลมหายใจมีสิ่งที่ไม่ดีหรือระคายเคืองต่อหลอดลม หลอดลมจะเกิดการอักเสบ กล้ามเนื้อรอบหลอดลมจะเกิดการหดตัว ทำให้หลอดลมเล็กลง ทำให้ลมหายใจเข้าออกลำบาก ทำให้เกิดอาการ "ติดจิ้น" ขึ้น

ควันบุหรี่ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม ทำให้เกิดการหลั่งสารน้ำเหลืองออกมาในจำนวนที่มากกว่าปกติ (เหมือนกับที่น้ำตาไหล เมื่อควันบุหรี่เข้าตา)

นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เซลล์ที่ผิวหลอดลมไม่ทำงาน ซึ่งโดยปกติเซลล์เหล่านี้ทำหน้าที่ไปกักตุนฝุ่นและสิ่งสกปรกที่หลุดออกมา

เมื่อควันบุหรี่ยังทำให้เซลล์เหล่านี้ไม่ทำงานก็จะทำให้ฝุ่นและสิ่งสกปรกค้างในหลอดลม

คนที่แพ้หืด หากสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ อาการหืดจะรุนแรงและควบคุมยาก ปอดจะเสื่อมเร็วขึ้น ร่างกายตอบสนองต่อการรักษา น้อย ต้องใช้ยามากขึ้น

เด็กที่เป็นโรคหืด เมื่อได้รับควันบุหรี่

เด็กจะติดเชื้อของทางเดินหายใจและเป็นไซนัสบ่อยขึ้น ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้ จะทำให้เกิดอาการหืดขึ้นและรักษายาก เนื่องจากหลอดลมของเด็กมีขนาดเล็ก เมื่อระคายเคืองจากการได้รับควันบุหรี่ จึงเกิดอาการหืดได้ง่ายและรุนแรงกว่าผู้ใหญ่

มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย ประเมินการวิจัยคนไทยเสียชีวิตจากโรคหืดจ้นเมื่อพบกันปีละสองพันคน

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

3.6 ลูกรักกับควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามในบ้าน

ผลเสีย ที่คุณสูบบุหรี่ในบ้าน

- คนที่อยู่ในบ้านโดยเฉพาะลูกจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง
- โอกาสที่ลูกคุณเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น
- เพิ่มโอกาสที่ลูกคุณจะกลายเป็นคนที่ติดบุหรี่
- คนในครอบครัวโดยเฉพาะลูกคุณจะเป็นห่วงคุณทุกครั้งที่คุณสูบบุหรี่
- คุณจะมีสุขภาพดีขึ้น
- คุณจะมีสุขภาพดีขึ้น

เลิกบุหรี่เพื่อลูก



สิ่งดีๆ เมื่อคุณไม่สูบบุหรี่ในบ้าน

- อากาศในบ้านของคุณจะสดชื่น เพราะไม่มีกลิ่นควันรบกวน
- คุณไม่ต้องกังวลว่าคนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่
- ลดโอกาสที่ลูกของคุณจะเจ็บป่วย
- ลดโอกาสที่ลูกของคุณจะกลายเป็นคนสูบบุหรี่
- คุณไม่ต้องเสียเวลาทำลังงานเงินทองในการกำจัดสิ่งที่ไม่ดี เพราะบุหรี่ทำให้ เช่น รอยบุหรี่ยา บวม บวม ผื่นคันที่เหมือนควันบุหรี่ และกลิ่นบุหรี่ ตามที่ต่างๆ
- ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ทำให้คุณเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น
- ลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุในบ้าน

ลูกรักกับ

ควันบุหรี่มือสอง และมือสามในบ้าน

การตรวจปีสภาวะ*
เด็กอายุ 1 ขวบ จำนวน 725 คน

พบว่า
เด็ก 295 คน
(40.7%)
มีสารพิษจากควันบุหรี่
ในปัสสาวะ

*สำรวจข้อมูล ใน 5 จังหวัดภาคใต้
ปัตตานี ยะลา นราธิวาส

**บ้านปลอดบุหรี่
Smoke Free Home**



มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
36/2 ซอยบ่อเหล็ก 10 ถนนบ่อเหล็ก หมู่ 10 ตำบลบ่อเหล็ก อำเภอเมือง 90000 โทร. 0-2278-1828
http://www.smokefree.or.th, http://www.smokefree.or.th
เผยแพร่โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2560

บุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke)

ควันบุหรี่ที่เกิดจากการเผาไหม้ของมวนบุหรี่ (ในขณะที่จุดและสูบบุหรี่ หรือควันบุหรี่ที่จุ่มอยู่ข้างบุหรี่ ที่ทิ้งไว้ในที่เขี่ยบุหรี่)

เกิดอาการระคายเคืองต่อจมูก ตา และคอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบาย เกิดอาการกำเริบของโรคที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคภูมิแพ้ หอบหืด และโรคปอดเรื้อรัง เช่น ถุงลมโป่งพอง จะทำให้มีอาการหายใจติดขัดหรือถึงขั้นเหนื่อยหอบ

บุหรี่มือสาม (Thirdhand Smoke)

สารนิโคติน และสารพิษอื่นเกาะติดตามพื้นผิว ผ้าเบตา เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า ผ้าห่ม หมอน ผืนอื่นๆ ในบ้านที่อยู่อาศัยและจะคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นอีกนาน

สารเหล่านี้จะเป็นอันตราย เมื่อถูกดูดซึมเข้าทางผิวหนังจากการสัมผัส รวมทั้งจะปนเปื้อนกับอากาศในบ้าน หรือจะทำปฏิกิริยากับก๊าซต่างๆ ในอากาศในบ้าน ทำให้เกิดอากาศภายในบ้านที่อยู่อายุคัยที่เป็นพิษเป็นอันตรายต่อผู้หายใจ สูดดมเข้าไป โดยเฉพาะเด็กเพราะมีความไวต่อสารในจำนวนน้อย

Schick et al., 2013; Hang et al., 2013; Mayo Clinic

การห้ามสูบบุหรี่ในบ้านทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

สูบบุหรี่ในบ้าน	เลิกสูบบุหรี่
ไม่ห้าม	16%
ห้าม	28%

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลปี 4,963 คน ในเวลา 5 ปี
Hyland A. Nicotine Tob Res 2009; 11(6):614-8



การสำรวจเด็กเล็ก

ที่มีการรับการรักษา 1,022 ครอบครัว

เด็กที่ได้รับควันบุหรี่ เทียบกับเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

- ป่วยเป็นหวัด น้ำมูกไหล เจ็บคอ ไอ เพิ่มขึ้น 1.89 เท่า
- ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยต้องพ่นยา เพิ่มขึ้น 2.0 เท่า

(มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

ผลต่อสุขภาพเด็ก:

ควันบุหรี่...ไม่มีระดับที่ปลอดภัย

- ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (Fetal growth retardation)
- การตายเฉียบพลันในเด็ก (SIDS)
- ปัญหาทางเดินหายใจ
- หอบหืด
- การติดเชื้อหูชั้นกลาง
- พัฒนาการ พฤติกรรม
- ในระยะยาว
 - มะเร็งในปอด (เพิ่มความเสี่ยงร้อยละ 20-30)
 - โรคหัวใจ (เพิ่มความเสี่ยงร้อยละ 25-30)
 - โรคปอดเรื้อรัง

(1997 Comprehensive Study by Cal EPA)

การสูบบุหรี่ในบ้านเพิ่มความเสี่ยง การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากขึ้น

การสูบบุหรี่ในบ้าน	อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น
ห้ามสูบบุหรี่ทุกพื้นที่	15.7%
ห้ามสูบบุหรี่บางพื้นที่	31.4%
ไม่ห้าม	51.8%

Butpha Sirasamee, ITC - SEA (Thailand) 2011

3.8 ควันบุหรีมือสองทำร้ายคนใกล้ชิด

ควันบุหรีกับผู้หญิง

สำหรับผู้หญิงที่มีสับบุหรี หรือต้องทำงานท่ามกลางควันบุหรี ผลจากการวิจัยทางการแพทย์ในหลายๆ ประเทศ พบว่า

หญิงตั้งครรภ์

ที่ได้รับควันบุหรีอย่างต่อเนื่อง จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ

หญิงทำงาน

ที่ได้รับควันบุหรีวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป จะมีอัตราการเป็นโรคมะเร็งที่ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับควันบุหรี 3 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคนปกติ

หญิงที่มีสับบุหรี : การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น

- พบว่า จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดสูงขึ้น เป็น 2 เท่าของผู้หญิงทั่วไป
- จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการของโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่มีสับบุหรี 3.4 เท่า และจะตายเร็วกว่าผู้หญิงที่มีสับบุหรีโดยเฉลี่ย 4 ปี

จะป้องกันการได้รับควันบุหรีมือสองได้อย่างไร

คุณสามารถป้องกันตัวเองและคนที่คุณรักจากควันบุหรีมือสองได้ โดย

- ทำให้บ้าน รถยนต์ส่วนตัว และที่ทำงานของคุณไม่มีการสับบุหรี
- ขอร้องคนสับบุหรีอย่าสูบบุหรี่ใกล้คุณและลูกของคุณ
- เผื่อระวังให้ได้รับเสียงเด็กและโรงเรียนที่ลูกของคุณเรียนอยู่เป็นสถานที่ปลอดควันบุหรี
- เลือกรับประทานอาหารในภัตตาคารที่ปลอดควันบุหรีทั้งร้าน
- สอนให้ลูกของคุณอยู่ห่างจากควันบุหรีมือสอง
- หลีกเลี่ยงควันบุหรีมือสองอย่างเข้มงวด หากคุณหรือลูกเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจอยู่แล้ว หรือคุณเป็นโรคหัวใจ หรือตั้งครรภ์

การสำรวจในปี พ.ศ.2554 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีสับบุหรี 11.5 ล้านคน ได้รับควันบุหรีมือสองในบ้าน โดยเป็นเพศชาย 3.1 ล้านคน และเพศหญิง 8.4 ล้านคน



หยุดทำร้ายคนใกล้ชิด

ควันบุหรีมือสอง

บุหรี่ 1600

มูลนิธิยาเสพติด

มูลนิธิเพื่อสุขภาพ

มูลนิธิเพื่อสุขภาพ

อย่าทำร้ายคนใกล้ชิดด้วยควันบุหรีมือสอง

ควันบุหรีมือสองประกอบด้วย สารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด และมี 70 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง องค์การอนามัยโลกประกาศให้ควันบุหรีมือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่มีระดับที่ “ปลอดภัย”

ในการสัมผัสเลย

ควันบุหรีมือสอง คือ...

ควันบุหรีที่เกิดจากการเผาไหม้ของมวนบุหรี

(ในขณะที่จุดและสูบบุหรี หรือควันบุหรีที่จุดอยู่วางบุหรีทิ้งไว้ในที่สูบบุหรี)

อาการหรือโรคในระยะสั้น

1. เกิดอาการระคายเคืองต่อจมูก ตา และคอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบาย
2. เกิดอาการกำเริบของผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคภูมิแพ้ หอบหืด และโรคปอดเรื้อรัง เช่น ถุงลมโป่งพอง จะทำให้มีอาการหายใจติดขัด หรือถึงขั้นเหนื่อยหอบ
3. ในผู้ที่เป้นโรคหัวใจอาจทำให้เกิดอาการเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอกำขึ้น



ควันบุหรีที่ผู้สูบบุหรีพ่นออกมา

(ลอยอยู่ในบรรยากาศ)

ควันบุหรีมือสาม คือ ควันบุหรีที่ติดอยู่ตามเสื้อผ้า สิ่งของในบ้านและอื่น ๆ

อาการหรือโรคในระยะยาว

1. มีโอกาสเป็นมะเร็งปอด
2. มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและโรคเส้นเลือดสมองตีบ โดยยิ่งสัมผัสกับควันบุหรีมากเท่าใด ก็ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรคเหล่านี้มากขึ้นเท่านั้น

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวทิพย์ฤทัย ธงศรี
วันเกิด วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2532
สถานที่เกิด อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 5 หมู่ 10 ตำบลหัวดอน อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34150
ตำแหน่งหน้าที่การงาน เกษตรกรปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเมืองใน อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34150
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2550 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเมืองในพิทยาคาร อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี
พ.ศ. 2555 ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต (ภ.บ.) สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2562 ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) สาขาวิชาเภสัชกรรม ปฐมนิเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัต ชีเว