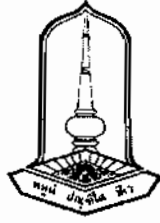


**ผลของการจัดการเรียนการสอนเรื่องการให้บริการเลิกบุหรี่
ในนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

**โครงการวิจัย
ของ
ฉกัสรดา อุดมเด่น
ดวงพร บุระทิศ**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
เภสัชศาสตรบัณฑิต
กุมภาพันธ์ 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม**




คณะกรรมการสอบโครงการวิจัย ได้พิจารณาโครงการวิจัยของนางสาวภัสสรดา อุดมเด่นและนางสาวดวงพร บุระทิศ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

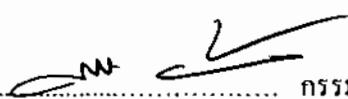
คณะกรรมการสอบ โครงการวิจัย

.....  ประธานกรรมการ

(ผศ.ดร.พิรยา ศรีห้อง)

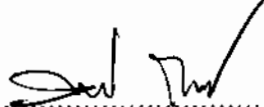
.....  กรรมการ

(อาจารย์ ชีระพงษ์ ศรีศิลป์)

.....  กรรมการ

(ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกันันท์)

คณะเภสัชศาสตร์อนุมัติให้รับโครงการวิจัยฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

..... 

(ผศ.ดร.ภญ.จันทรทิพย์ กาญจนศิลป์)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

**โครงการวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (กภยค.)
ประจำปี พ.ศ. 2557**

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก
อ.ภก.ธีระพงษ์ ศรีศิลป์ ประธานกรรมการควบคุมโครงการวิจัย ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ กรรมการ
ควบคุมโครงการวิจัย และผศ.ดร.พิรยา ศรีผ่อง ประธานกรรมการสอบ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่าง
สูง

ขอขอบคุณนิสิตเกษตรศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2557 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้
ความร่วมมือสนับสนุนงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน
ทุนในการวิจัย ทำให้สามารถดำเนินงานวิจัยได้อย่างราบรื่น

ขอขอบคุณคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ได้ให้โอกาสในด้านความรู้ และให้
ความช่วยเหลือสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

และการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ

ลภัสรดา อุดมเด่น

ดวงพร บุระทิศ

ชื่อเรื่อง	ผลของการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การให้บริการเลิกบุหรี่ในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้วิจัย	ลักสรดา อุดมเด่น ดวงพร บุระทิศ
กรรมการควบคุม ปริญญา	อาจารย์ ชีระพงษ์ ศรีศิลป์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2558

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ ในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ของนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยประเมินความคิดเห็นของนิสิตต่อการจัดการเรียนการสอน ทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ต่อวัน และความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ รูปแบบ งาน วิจัยเป็น แบบพรรณนา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 – มกราคม พ.ศ. 2557 โดยจัดการสอนเป็น ชั่วโมงบรรยาย 3 ชั่วโมง ปฏิบัติ 3 ชั่วโมง และเรียนรู้ด้วยตัวเอง 2 ชั่วโมง นิสิต 1 คน ค้นหาและดูแลผู้สูบบุหรี่ 1 คน ในระยะเวลา 3 เดือน นิสิตเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 112 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.2) นิสิตส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการเรียนภาคบรรยาย (ร้อยละ 92.1) เมื่อเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการให้บริการ พบว่านิสิตมีระดับความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นิสิตมีทักษะในการให้บริการ 5A's ที่ทำได้อย่าง สมบูรณ์ดังนี้ Ask (ร้อยละ 100) Advice (ร้อยละ 72.3) Assess (ร้อยละ 96.4) Assist (ร้อยละ 5.36) และ Arrange follow-up (ร้อยละ 30.4) ผู้สูบบุหรี่ 112 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย (ร้อยละ 97.3) พบว่าหลังเข้ารับ บริการเลิกบุหรี่ จากนิสิตเภสัชศาสตร์ มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 7 คน ในการติดตามครั้งที่ 1 (ร้อยละ 6.2) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.65 ± 7.87 มวนต่อวัน และ 8.18 ± 6.66 มวนต่อวัน ตามลำดับ , $p < 0.001$) ผู้รับบริการเลิกบุหรี่มีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องความเป็นตนเองของ นิสิตผู้ให้บริการ (ร้อยละ 54.5) สรุปได้ว่า การ จัดการเรียนการสอนเรื่องการให้บริการเลิกบุหรี่โดยให้นิสิตฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ทำให้นิสิตมีระดับความมั่นใจ และมีทักษะที่ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ หรือลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ได้

คำสำคัญ นิสิตเภสัชศาสตร์, การให้บริการเลิกบุหรี่, การจัดการเรียนการสอน, วิชาเภสัชกรรมบำบัด 2

TITLE Outcomes of Teaching Smoking Cessation to The 3rd Year Pharmacy Students, Maharakham University

AUTHOR Laphutrada Udonden
Daungpron Booratid

ADVISORS Theerapong Seesin, Assistant Professor Phayom Sookaneknun

DEGREE PharmD

UNIVERSITY Maharakham University **DATE** 2014

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate outcomes of teaching smoking cessation in the module of Pharmacotherapeutics 2 for the 3rd year pharmacy students, Maharakham University. The students' opinion to the teaching, skill of cessation service, abstinence rate, numbers of cigarettes smoked per day and smoker satisfaction were evaluated. A descriptive study was performed between October 2013 and January 2014. The teaching was designed for 3 hours lecturing, 3 hours practicing and 2 hours self-study. One pharmacy student provided a service to one smoker within 3 months. Most of pharmacy students were female (73.2%). Most opinions were positive to the lecture (92.1 %). Students' confidence was increased significantly after the teaching ($p < 0.001$). Students performed complete skills in 5A's as following, Ask (100%), Advice (72.3%), Assess (96.4%), Assist (5.36%) and Arrange follow-up (30.4%). There were 112 smokers (male 97.3%) enrolled this study. After the cessation service, there were 7 persons who stop smoking during the first follow-up. We found significantly reduction of cigarettes smoked per day (10.65 ± 7.87 cigarettes per day and 8.18 ± 6.66 cigarettes per day, respectively, $p < 0.001$). The highest satisfaction to the smoking cessation service was familiarity (54.5%). In conclusion, the smoking cessation teaching with a real practice provided students confident and helped smokers to abstain from smoking and reduce the number of cigarettes smoked per day.

Keywords: pharmacy student, smoking cessation services, teaching, pharmacotherapy 2

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของการศึกษา.....	1
วัตถุประสงค์ทั่วไป	4
วัตถุประสงค์เฉพาะ	4
กรอบแนวคิด	4
สมมติฐานของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่.....	6
แนวปฏิบัติในการ ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยที่มีการติดยาสูบ.....	22
หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่มีการติดยาสูบ.....	25
การควบคุมยาสูบในประเทศไทย	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ระเบียบวิธีการวิจัย	46
ขอบเขตงานวิจัย	46
กลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การดำเนินการวิจัย	49
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ	51
แผนการดำเนินงานวิจัย.....	53
4 ผลการวิจัย	54
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการเลิกบุหรี่.....	54

ส่วนที่ 2 ทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิต ความคิดเห็นของนิสิตก่อนและ หลังการให้บริการ.....	55
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่.....	59
ส่วนที่ 4 ความสำเร็จในการให้บริการเลิกบุหรี่.....	64
ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่.....	65
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
สรุปผลการศึกษา	66
อภิปรายผลการศึกษา	67
ข้อจำกัดของการศึกษา	70
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	70
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา.....	77
ภาคผนวก ข แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ และ ความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอน โดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง.....	79
ภาคผนวก ค แบบเก็บข้อมูลทักษะ.....	81
ภาคผนวก ง แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยามหาวิทยาลัย.....	83
ภาคผนวก จ แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ โครงการสนับสนุน การทำกิจกรรมสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน.....	85
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมบริการเลิกบุหรี่ของร้านยา.	93
ภาคผนวก ช ใบรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์.....	95
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	97

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการเลิกบุหรี่.....	54
2 แสดงคะแนนความมั่นใจของนิสิตทั้งก่อนและหลังการรับบริการ.....	55
3 คะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิต.....	56
4 ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนโดยการใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง.....	57
5 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และประวัติการเลิกสูบบุหรี่.....	59
6 เปรียบเทียบจำนวนบวบบุหรี่ก่อนและหลังให้บริการเลิกบุหรี่.....	64
7 แสดงความพึงพอใจของผู้ที่มาใช้บริการเลิกบุหรี่.....	65

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิด	4
2 แผนการดำเนินงานวิจัย.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปี 2554^[1] โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือน มีนาคม- พฤษภาคม 2554 จากประชากรอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 18.4) และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นานๆครั้ง 1.6 ล้านคน (ร้อยละ 2.9) โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 20 เท่า คือร้อยละ 41.7 และ 2.1 ตามลำดับ และพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี 2552

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่ป้องกันได้ซึ่งอาจทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมองตีบ (stroke) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery disease) การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปอด พบว่าร้อยละ 90 ของโรคมะเร็งปอดในผู้ชายและร้อยละ 79 ของโรคมะเร็งในผู้หญิงเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ จากการศึกษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรามารัตนาคี ด้วยปัญหามีก้อนในปอดระหว่างปี พ.ศ. 2529-2534 พบว่า ร้อยละ 57.4 ของผู้ป่วยที่มีก้อนในปอดและสูบบุหรี่เป็นมะเร็งปอด^[2] ในแต่ละปีจะมีวัยรุ่นเริ่มทดลองสูบบุหรี่ เมื่อพวกเขาเหล่านั้นเริ่มคิดบุหรี่แล้วการเลิกสูบบุหรี่จะทำได้ยากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะสารนิโคตินในบุหรี่ซึ่งเป็นสารเสพติด^[3]

นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังก่อให้เกิดผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงหลายประการ เช่น อาจทำให้เกิดมะเร็งปอดและอวัยวะอื่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อีกทั้งควันบุหรี่ยังทำให้เกิดโรคบางโรค เช่น โรคหอบหืด หรือ โรคภูมิแพ้ ข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่าคนที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันบุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูดเข้าไปก่อให้เกิดผลเสียแก่สุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้สูดควันบุหรี่เป็นเด็ก ด้วยเหตุนี้ทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชนที่เห็นความสำคัญจึงได้มีการดำเนินการเพื่อลดจำนวนของประชากรที่สูบบุหรี่ลง ทั้งการใช้นโยบายทางกฎหมายถือการจัดพิมพ์พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535^[3]

และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการรณรงค์เพื่อเตือนภัยแก่ประชาชน ในส่วนของเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ เกษษกร แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ได้มีการประสานงานและร่วมมือกันในการควบคุมการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนเพื่อเข้าถึงการเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร^[4] พบว่า นักศึกษาที่สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16-18 ปีมากที่สุดถึงร้อยละ 30.7 เหตุที่สูบบุหรี่เพราะอยากลอง และได้รับบุหรี่มวนแรกจากเพื่อนสนิท บุหรี่ที่สูบเป็นชนิดก้นกรองและสูบทุกวัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด โดยอึดควันบุหรี่เข้าปอดทุกครั้งเมื่อมีการสูบ ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่เดือนละ 101-500 บาท ถ้าอยู่ที่สถานศึกษามักเข้าไปสูบบุหรี่ในห้องน้ำ จะไม่สูบเมื่อเห็นป้ายห้ามหรือเป็นเขตปลอดบุหรี่ อีกทั้งส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าผู้ปกครองขณะอยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตามนักศึกษาก็ สูบบุหรี่เคยเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 78.3 แต่เลิกสูบไม่ได้ เพราะเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดยังสูบบุหรี่ แต่นักศึกษายังต้องการเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวจะเป็นมะเร็งปอด มีอยู่บ้างที่นักศึกษาไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เพราะเห็นว่าสูบบุหรี่ทุกวันก็ไม่มีปัญหาอะไร สำหรับนักศึกษาที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่นั้น มีความต้องการให้สถาบันหรือหน่วยงานอื่นๆ ช่วยเหลือในเรื่องการห้ามขายบุหรี่ เลิกผลิตภัณฑ์ และจัดรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

นิสิตที่สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี 2551^[2] พบว่า มีความชุกในการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.1 สาเหตุส่วนใหญ่ที่สูบคือ อยากลองว่ารสชาติเป็นอย่างไร (ร้อยละ 28.6) จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 9.46 ± 3.11 มวนต่อวัน สถานที่สูบส่วนใหญ่คือตามสถานบันเทิง (ร้อยละ 63.0) เวลาส่วนใหญ่ที่สูบคือเวลาเที่ยวหรือเวลาที่ดื่มสุรา (ร้อยละ 34.4) ผู้สูบส่วนมากคิดจะเลิกสูบและส่วนใหญ่ในกลุ่มที่เลิกสูบแล้วให้เหตุผลคือสุขภาพไม่ดีจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.16 ในด้านความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) คือ การที่เคยถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่และการมีเพื่อนสนิทติดบุหรี่

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้จัดกิจกรรมเพื่อบูรณาการการจัดการเรียนการสอนร่วมกันทุกรายวิชาในแต่ละเทอมภายใต้การสนับสนุนของ โครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ดำเนินกิจกรรมโครงการเพื่อนกันร่วมสร้างสรรค์สุขภาพดี เพื่อให้บริการเลิกบุหรี่กับเพื่อนอื่นๆ ในปี พ.ศ.2553^[5] มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ 119 คน สามารถติดตามได้จำนวน 76 คน หลังเข้าร่วมโครงการมี 8 คน(ร้อยละ 10.53) สามารถเลิกบุหรี่ได้ และมี 51 คน(ร้อยละ

67.11) สามารถลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงได้เฉลี่ยร้อยละ 41.97 จากจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนเข้าร่วมโครงการ เมื่อเปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่หลังเข้าร่วมโครงการมีมากกว่าระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) ส่วนนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 และนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 ได้มีการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรมทั้งในร้านยาและโรงพยาบาล และได้มีการติดตามการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเช่นกัน

ในการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโทษของบุหรี่และหลักการให้บริการเลิกบุหรี่อยู่ในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ที่มีการจัดการเรียนการสอนในภาคเรียนที่สองของนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ของทุกๆปีการศึกษา โดยเนื้อหาประกอบด้วยอุบัติการณ์โรคติดบุหรี่ สารประกอบในบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพและแนวทางการรักษาโรคติดบุหรี่ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนมีทั้งภาคบรรยายและภาคปฏิบัติการ โดยส่วนของภาคปฏิบัติการเป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยปกติการสอนภาคปฏิบัติการ ที่ผ่านมามีการจัดให้นิสิตศึกษาทำแบบกรณีศึกษาโดยใช้สถานการณ์สมมติไม่ได้มีการฝึกกับกรณีศึกษาที่เป็นบุคคลจริง

งานวิจัยที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ และโปรแกรมการสอนสำหรับอบรมผู้ให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ ได้ศึกษาถึงการฝึกฝนนักศึกษานิสิตเภสัชศาสตร์และเภสัชกร ในการแนะนำเลิกบุหรี่⁽⁶⁻⁸⁾ โดยทำการศึกษาเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการศึกษา 8 ชั่วโมงสำหรับฝึกฝนนิสิตเภสัชศาสตร์และเภสัชกรในด้านของทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ความมั่นใจในการให้คำปรึกษา และการนำไปใช้ในภาระให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในอนาคต ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมนี้มีผลกระทบในเชิงบวกต่อความสามารถในการเรียนรู้และความเชื่อมั่นในการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วย แต่ข้อคือยังไม่ได้ทำการฝึกปฏิบัติในบุคคลที่เป็นผู้ป่วยจริง

โครงการวิจัยนี้จึงได้ออกแบบให้นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่เรียนในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ 3 ชั่วโมง และได้ฝึกปฏิบัติให้บริการเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยจริง โดยนิสิต 1 คนหาผู้สูบบุหรี่ 1 คน โดยนิสิตหาผู้สูบบุหรี่มารับบริการเลิกบุหรี่ที่ร้านยามหาวิทยาลัยทั้งหมด 3 สาขา ภายใต้การควบคุมของอาจารย์เภสัชกรและมีการติดตามผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์สอบถามเพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาจัดการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 และการบริการเลิกบุหรี่ในร้านยา มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ ในรายวิชาเภสัชกรรม
บำบัด 2 ของนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

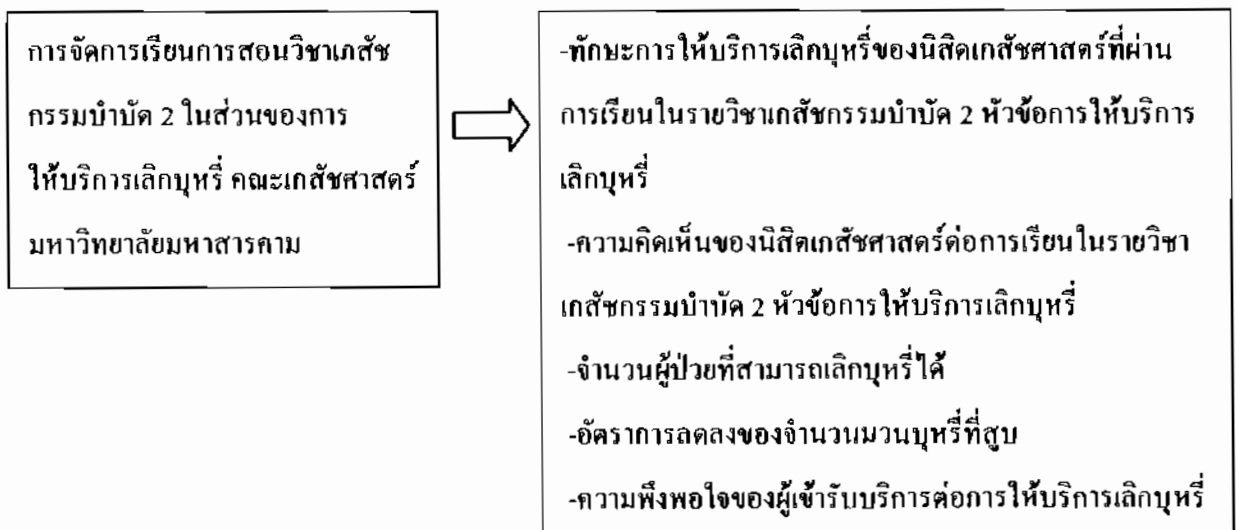
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิตเภสัชศาสตร์ที่ผ่านการเรียนในรายวิชา
เภสัชกรรมบำบัด 2 ในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนิสิตเภสัชศาสตร์ต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการปฏิบัติกับ
ผู้ป่วยจริง
3. เพื่อประเมินความสำเร็จของการให้บริการเลิกบุหรี่ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่
ได้และอัตราการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการต่อการให้บริการเลิกบุหรี่

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐานของการวิจัย

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ ในรายวิชาเภสัชกรรม บำบัด 2 โดยการศึกษาปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงจะส่งผลให้นิสิตเภสัชศาสตร์มีทักษะให้บริการเลิกบุหรี่ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและมีความพึงพอใจในการรับบริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เกิดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมในเรื่องการให้บริการเลิกบุหรี่
2. พัฒนาศักยภาพวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. บุหรี่ ในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเค็ปนหรือไม่ว่าจะมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่สร้างขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด
2. ผู้ที่สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อสัปดาห์
3. การลดการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ลดลงทั้งจำนวนและความถี่ในการสูบ
4. อัตราการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง จำนวนของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ต่อจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด คิดเป็นเปอร์เซ็นต์
5. การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง คนที่เลิกสูบบุหรี่ได้ตั้งแต่เข้าร่วมการศึกษาจนถึงวันสุดท้ายที่เข้าร่วมการศึกษายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน
6. การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง บริการเลิกบุหรี่โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 หัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่
7. วิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 หมายถึง รายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ตามหลักสูตรเภสัชศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มีการเรียนการสอนในนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2556 หลักสูตร 210 หน่วยกิต มีการสอนเรื่องการให้บริการเลิกบุหรี่ 6 ชั่วโมง
8. ผู้ให้บริการเลิกบุหรี่ หมายถึง นิสิตชั้นปีที่ 3 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2557 ที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทุกคน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อ โครงการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาบทนี้ออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรื
2. แนวปฏิบัติในการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยที่มีการติดยาสูบ
3. หลักการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่มีการติดยาสูบ
4. การควบคุมยาสูบในประเทศไทย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรื

1.1 ความเป็นมาของบุหรื^[9]

ชาวอินเดียนแดง ชนพื้นเมืองในทวีปอเมริกา ได้เริ่มค้นคว้ายาสูบเป็นพวกแรก โดยปลุกยาสูบเพื่อใช้เป็นยาและนำมาสูบในพิธีกรรมต่างๆ ใน พ.ศ.2035 เมื่อคริสโตเฟอร์ โคลัมบัส (Christopher Columbus) เดินทางไปขึ้นฝั่งที่ซันซัลวาดอร์ ในหมู่เกาะเวสต์อินดีส์นั้น ได้เห็นชาวพื้นเมืองนำเอาใบไม้ชนิดหนึ่งมาขบ และจุดไฟตอนปลาย แล้วดูดควัน ต่อมา พ.ศ.2091 มีการปลุกยาสูบในบราซิล ซึ่งเป็นอาณานิคมของ โปรตุเกสในทวีปอเมริกาใต้ เพื่อเป็นสินค้าส่งออก เป็นผลให้ยาสูบแพร่หลายเข้าไปในประเทศ โปรตุเกสและสเปนตามลำดับ ต่อมาใน พ.ศ.2103 นายฌอง นิโกต์ (Jean Nicot) เอกอัครราชทูตฝรั่งเศส ประจำประเทศโปรตุเกส ได้ส่งเมล็ดยาสูบมายังราชสำนักฝรั่งเศส ชื่อของนายนิโกต์ จึงเป็นที่มาของชื่อสารนิโคติน (nicotin) ที่รู้จักกันในปัจจุบัน ใน พ.ศ.2107 เซอร์จอห์น ฮอกกินส์ (Sir John Hawkins) ได้นำยาสูบเข้าไปในประเทศอังกฤษ และใน พ.ศ.2155 นายจอห์น รอล์ฟ (John Rolfe) ชาวอังกฤษ ประสบผลสำเร็จ ในการปลุกยาสูบเชิงพาณิชย์ เป็นครั้งแรก และ 7 ปีต่อมา ได้ส่งออกผลผลิต ไปยังประเทศอาณานิคมเป็นจำนวนมาก อีก 200 ปีต่อมา การทำไร่ยาสูบเชิงพาณิชย์จึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั่วโลก

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยา โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของเมอร์ซิเออร์ เดอลาลูแบร์ อัครราชทูตฝรั่งเศส ที่เดินทางมาเมืองไทย สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ

พ.ศ.2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างจน ทั้งผู้ชาย และผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และที่ปลูกในประเทศเอง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสิงหนาทราชครูวงศ์ฤทธิ ได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่กันปานขึ้น เพื่อสูบควัน และอมยาสูบหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัย พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการผลิตบุหรี่ขึ้น โดยบริษัทที่มีชาวอังกฤษเป็นเจ้าของ ได้เปิดดำเนินการเป็นบริษัทแรกใน พ.ศ.2460 การผลิตบุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการนำเครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่จึงแพร่หลายมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ.2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น โดยซื้อกิจการมาจากห้างหุ้นส่วนบูรพายาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินการอุตสาหกรรมยาสูบ ภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง หลังจากนั้นรัฐบาลได้ซื้อกิจการของบริษัททกวงสก บริษัทฮอฟฟิน และบริษัทบริติชอเมริกัน โทแบคโคเพิ่มขึ้น แล้วรวมกิจการทั้งหมดเข้าด้วยกัน และดำเนินการภายใต้ชื่อว่า โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มาจนถึงปัจจุบัน

1.2 ชนิดของยาสูบ

1.2.1 แบ่งตามลักษณะการเสพ^[10]

แบบสูด โดยกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบ ซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ หรือซิการ์ (cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนผงใบยาสูบอยู่ภายใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล้องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้ แล้วผู้สูบสูดควันเข้าสู่ร่างกาย

แบบดม โดยขบดใบยาสูบให้ละเอียด แล้วผสมในรูปของยานัตถ์

แบบอมและเคี้ยว โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยว แล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่า บุหรี่ไร้ควัน

ยาสูบส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมี เพื่อปรุงแต่งกลิ่นรส และเพื่อลดความระคายเคือง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานจะใช้สารเคมีปรุงแต่งมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีสารเคมี ที่ใช้ในการรักษาความชื้นของใบยาสูบ และสารป้องกันเชื้อรา เพื่อให้เก็บบุหรี่ได้นาน รวมทั้งสารเคมีที่ใช้ในการรักษาสภาพกระดาษ ที่ใช้มวนบุหรี่อีกด้วย

1.2.2 แบ่งตามลักษณะรูปลักษณะ⁽¹¹⁾

บุหรีมี 2 ชนิดคือ บุหรีที่มวนเอง และบุหรีที่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรีที่มวนเอง ทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อใบยาสูบ บุหรีชนิดนี้จะดับง่าย เนื่องจากไม่มีการปรุงแต่งสารเคมี ที่ช่วยให้ไฟติดทน

บุหรีที่ผลิตโดยเครื่องจักรมี 2 ชนิด คือ บุหรีที่ไม่มีก้นกรอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรีราคาถูก และบุหรีที่มีก้นกรอง นอกจากนี้ บริษัทบุหรียังผลิตบุหรี ชนิดที่เรียกว่า “ไลต์” และ “โมลด์” โดยระบุไว้ว่า เป็นบุหรีชนิดรสถอน ที่มีอันตรายน้อยกว่าบุหรีธรรมดา แต่จากการวิจัยพบว่าบุหรีทั้ง 2 ชนิด มีได้มีอันตรายน้อยกว่าบุหรีธรรมดาแต่อย่างใด เพียงแต่ต่างกันที่รสชาติเท่านั้น และบุหรีชนิดที่มีก้นกรองจะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ได้บางชนิดเท่านั้น โดยสารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้ในปริมาณเดียวกับการสูบบุหรีที่ไม่มีก้นกรอง

1.3 สารเคมีจากการเผาไหม้ของบุหรี⁽¹²⁾

ในบุหรี 1 มวน ประกอบด้วย ใบยาสูบ กระดาษที่ใช้มวน และสารเคมีหลายร้อยชนิด ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรีน่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งสารหลายร้อยชนิด มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมีสาร 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง⁽¹³⁾

ควันบุหรีประกอบด้วย สารที่เกิดจากการเผาไหม้สารเคมี ที่มีอยู่ในใบยาสูบตามธรรมชาติ สารเคมีที่ใช้ผสม เพื่อปรุงแต่งกลิ่นและรสในกระบวนการผลิตบุหรี และกระดาษที่ใช้มวนบุหรี ควันบุหรีแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ควันที่สูดเข้าร่างกายกับควันที่ลอยอยู่ในอากาศในช่วงเวลาที่ไม่มีการสูดควัน ควันที่สูดเข้าสู่ร่างกายมีความเข้มข้นมาก ประกอบด้วยส่วนที่เป็นละอองสารเคมี ขนาดของละอองจะแตกต่างกันระหว่าง 0.1 และ 1.0 ไมโครเมตร และส่วนที่เป็นก๊าซ คือ ไนโตรเจน (ร้อยละ 50-70) ออกซิเจน (ร้อยละ 10-15) คาร์บอนไดออกไซด์ (ร้อยละ 10-15) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (ร้อยละ 3-6) ซึ่งเมื่อมีการเผาไหม้จะก่อให้เกิดสารต่างๆ อีกกว่า 7,000 ชนิด

ความร้อนของปลายมวนบุหรี ขณะที่สูดควัน คือ 900 องศาเซลเซียส และ 600 องศาเซลเซียส ขณะที่ไม่มีการสูดควัน ซึ่งความร้อนระดับนี้เป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดสารพิษต่างๆ มากมายจากการเผาไหม้ ทั้งในควันที่สูดเข้าไปและควันที่ลอยอยู่ในอากาศ เนื่องจากควันที่ลอยอยู่ในอากาศจะเจือจางในอากาศและจากความร้อนรอบนอกที่ต่ำกว่า ทำให้เย็นลงอย่างรวดเร็ว ละอองสารของควันจึงมีขนาดเล็กกว่า และระหว่างที่ควันลอยอยู่ในอากาศ จะมีออกซิเจนมากกว่า จึงทำให้สารบางชนิด

เกิดปฏิกิริยากลายเป็นสารชนิดที่มีพิษมากขึ้นได้ เช่น ไนโตรเจนออกไซด์ และเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีออกซิเจนมากขึ้น ก็จะจับตัวกับออกซิเจน กลายเป็นไนโตรเจนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกายมากขึ้นในควันทูหรือ มีสารพิษดังนี้

1.3.1 นิโคติน นิโคตินเป็นสารพิษอย่างแรง สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนัง และเยื่อรูปร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด สารนี้ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจ และชีพจรเต้นเร็วขึ้น โดยอาจเพิ่มขึ้นถึง 30 ครั้งก่อนที่ ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท นิโคติน และสารเคมีอื่นๆ ที่ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบลง ซึ่งทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูง

1.3.2 ทาร์หรือน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง โดยร้อยละ 50 ของสารทาร์จะจับอยู่ที่ปอด เมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจสูดอากาศที่มีฝุ่นละอองต่างๆปนอยู่เข้าไป สารทาร์ที่ปอด จะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่สูดเข้าไปนั้น แล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอและมีเสมหะ และก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพองในระยะยาว

1.3.3 คาร์บอนไดซัลไฟด์ (carbon disulfide) ทำให้เกิดโรคนั่งเส้นเลือดแดงหนาและแข็งขึ้น

1.3.4 คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ชนิดเดียวกับที่พ่นออกมาจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10-15 สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัด ร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจต้องเต้นเร็ว และทำงานมากขึ้น เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอ ถ้าก๊าซนี้มีจำนวนมาก สามารถทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

1.3.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม สารไนเตรดในบุหรี่ทำให้เกิดสารนี้ สารนี้เป็นตัวสกัดกั้นเอนไซม์ที่เกี่ยวกับการหายใจหลายตัว ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจ และที่ผนังหลอดเลือด

1.3.6 ไนโตรเจนไดออกไซด์ (nitrogen dioxide) เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง โดย

จะไปทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลาย และถุงลมปอด

1.3.7 ไนโตรเจนออกไซด์ (nitrogen oxide) ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น

1.3.8 แอมโมเนีย (ammonia) ใช้ในการปรุงแต่งรสชาติ และช่วยให้ไนโตรเจนดูดซึมเข้าสู่สมอง และประสาทส่วนกลางเร็วขึ้น มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสบคา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ

1.3.9 ไซยาไนด์ (cyanide) สารนี้ถ้าได้รับในปริมาณมาก ทำให้หัวใจเป็นอัมพาต และหยุดหายใจได้ ปกติใช้เป็นยาเบื่อหนู

1.3.10 เบนซีน (benzene) พบในยาฆ่าแมลง อาจคิดมากับไบยาสูบ เป็นสารก่อมะเร็ง

1.3.11 ฟอรัมาลดีไฮด์ (formaldehyde) ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตา เยื่อจมูก และทางเดินหายใจ เป็นสารก่อมะเร็งอย่างสูง

1.3.12 1, 3 บิวทาไดเอิน (1, 3 butadiene) เป็นสารที่ทำให้ตา โพรงจุมก คอ และปอดเกิดความระคายเคือง และเป็นสาเหตุของอาการทางระบบประสาทหลายอย่าง เช่น ทำให้สายตาพร่ามัว เมื่อยล้าร่างกาย ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะ เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหัวใจ และเป็นสารก่อมะเร็ง

1.3.13 อะซีทัลดีไฮด์ (acetaldehyde) ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตา ผิวหนัง และทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดอาการ หัวใจเต้นเร็ว ไอ ถุงลมปอดบวม และเป็นเนื้องอก

1.3.14 อะโครลีน (acrolein) เป็นสารพิษที่ร้ายแรงต่อมนุษย์ มีผลทั้งระยะสั้น และระยะยาวต่อปอด ทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนระคายเคืองและบวม ผู้สูบจะรู้สึกหายใจแน่นหน้าอก หายใจไม่โล่ง นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตาก็ด้วย

1.3.15 อะไครโลไนไตรล์ (acrylonitrile) ทำให้เกิดภาวะ โลหิตจางอย่างอ่อน ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว เม็ดเลือดขาวลดลง ระคายเคืองต่อไต เยื่อตาขาวมีสีเหลืองเล็กน้อย และหายใจไม่สม่ำเสมอได้ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดอาการแสดงต่อไปนี้คือ เยื่อตา จมูก และปอดระคายเคือง ปวดศีรษะ มึนเวียนศีรษะ คลื่นไส้ รู้สึกไม่ถ้อยสบาย และหงุดหงิด อาจก่อให้เกิดมะเร็ง

1.3.16 อะโรแมติก อะไมน์-4 อะมิโน ไบฟีนิล (aromatic amines-4-amino-biphenyl) เป็นสารที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ง่วง เซื่องซึม ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ปัสสาวะปวดแสบปวดร้อน และอาจมีเลือดปน เป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะ

1.3.17 แอสเบสตอส (asbestos) ก่อให้เกิดมะเร็งปอด มะเร็งเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ

1.3.18 เบนโซ (อะ) ไพรีน (benzo [a] pyrene) เป็นสารก่อมะเร็งอย่างแรง

1.3.19 เบนซิไดน์ (benzidine) ก่อให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

1.3.20 บิส (คลอโรเมทิล) อีเทอร์ (bis (chloromethyl) ether) ก่อให้เกิดมะเร็งปอด

1.3.21 บิวไทราลดีไฮด์ (butyraldehyde) มีผลต่อการหายใจ และมีการศึกษาในสัตว์ทดลองว่า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเซลล์ของระบบสืบพันธุ์

1.3.22 แคดเมียม (cadmium) การเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม ก่อให้เกิดอันตรายมากกว่าการรับประทาน การได้รับสารเป็นระยะเวลาสั้น แม้ว่าจะเป็นจำนวนเพียงเล็กน้อย ก็สามารถทำอันตรายต่อไต ตับ และสมอง และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดและอวัยวะ

1.3.23 สารตะกั่ว (lead) เป็นสารโลหะที่ละลายสมอง ไค ระบบประสาท และเม็ดเลือดแดง อย่างรุนแรง สามารถถูกดูดซึมเข้าสู่ผิวหนังได้ โดยเฉพาะในเด็ก จะดูดซึมได้ดี ทำให้ไปยับยั้งการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ความเฉลียวฉลาดจะช้ากว่าเด็กปกติ และการรับรู้สั้น

1.3.24 เอ็ม พี และ โอ ครีซอล (m, p and o-Cresol) โครมาริน (cromarin) โครโทนาลดีไฮด์ (crotonaldehyde) และ ดีดีที (DDT) ทั้งหมดนี้เป็นสารก่อมะเร็ง

1.3.25 สารปรอท (mercury) เป็นสารโลหะ ที่เป็นพิษต่อสมองทำให้เกิดอาการสั่น ความจำเสื่อม และโรคไต

1.3.26 เมทิล เอทิล คีโตน (methyl ethyl ketone) ทำให้ตา จมูก และคอระคายเคือง และกดระบบประสาทส่วนกลาง

1.3.27 นิกเกิล (nickel) ทำให้ระบบทางเดินหายใจติดเชื้อง่ายขึ้น

1.3.28 ไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ถ้าได้รับในปริมาณมาก จะทำให้ปอดหยุดทำงาน สารนี้มีผลทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง และหอบหืด ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

1.3.29 พีไฮโดรควิโนน (p-Hydroquinone) ทำให้ตาระคายเคือง ไปจนถึงเกิดการจับตัวกับเยื่อตาขาว และตาขาว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหนา และความโค้งของตาขาว ทำให้สายตาสั้น

1.3.30 ฟีนอล (phenol) เป็นสารที่ทำให้ผิวหนัง ดวงตา และเยื่อต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ ระคายเคืองอย่างแรง

1.3.31 พอลonium-210 (polonium-210) เป็นสารกัมมันตรังสี ก่อให้เกิดมะเร็ง

1.3.32 ควิโนลีน (quinoline) ทำให้ระคายเคืองต่อดวงตา จมูก และคอ และอาจทำให้ปวดศีรษะ มีนงง เวียนศีรษะ และคลื่นไส้ นอกจากนี้ยังเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย

1.3.33 เซเลเนียม (selenium) ไฮโดรเจนเซเลเนียม ที่ได้รับจากการสูดเข้าสู่ร่างกาย มีพิษมากที่สุด ในสารตระกูลเซเลเนียม ทำอันตรายต่อทางเดินหายใจ ทำให้เยื่อทางเดินหายใจระคายเคือง เยื่อปอดบวม หลอดลมอักเสบ และปอดบวม

1.3.34 สไตรีน (styrene) มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เมื่อยล้า อ่อนเพลีย และซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนปลาย และต่อการทำหน้าที่ของเอนไซม์ที่เกี่ยวกับไตและโลหิตอีกด้วย

1.3.35 โทลูอิน (toluene) สารนี้เมื่อได้รับในปริมาณมาก ก่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการเดินไม่มั่นคง มือสั่น สมองเที้ยว พูดไม่ชัด หูอื้อ ตาพร่า ถ้าสูดเข้าร่างกายในระยะเวลาานจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อดวงตา ทางเดินหายใจ เจ็บคอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ

1.4 ผลกระทบของการสูบบุหรี่^[14]

1.4.1 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย

สารต่างๆ ในบุหรี่ และในควันบุหรี่ เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกายพร้อมๆ กันก่อให้เกิดพิษ ที่ทำอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการดังนี้

1.4.1.1 ผลกระทบระยะสั้น

1.4.1.1.1 ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรส ทำหน้าที่ได้ลดลง

1.4.1.1.2 แสบคาน้ำคาลไหล

1.4.1.1.3 ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายใน

หลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง

1.4.1.1.4 ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด และในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น

1.4.1.1.5 หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น

1.4.1.1.6 มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น

1.4.1.1.7 เกิดกลิ่นที่นำรังเกียจตามร่างกาย และเสื้อผ้า

1.4.1.1.8 ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก

1.4.1.2 ผอกระทบระยะยาว เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่

- 1.4.1.2.1 โรคมะเร็งปอด และมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กล้องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ
- 1.4.1.2.2 โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย
- 1.4.1.2.3 โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆตีบตัน หลอดเลือดใหญ่ทรวงอก และช่องท้องโป่งพอง
- 1.4.1.2.4 โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
- 1.4.1.2.5 ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
- 1.4.1.2.6 เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน อาจต้องตัดแขนหรือขาทิ้ง

1.4.2 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่^[14]

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ หลายชนิด ทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นเป็น 2 เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 6 เท่า และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 10 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่อายุสั้นลงโดยเฉลี่ย 5-8 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นและไม่หยุดสูบบุหรี่จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1.4.2.1 โรคมะเร็ง ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดมะเร็งในอวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล้องเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร คับอ่อน คับ ไค กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่และต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ด้วย เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้น สาเหตุที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะหลายๆ แห่ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สัมผัสกับอวัยวะโดยตรง เช่น กล้องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไหลเวียนไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น คับอ่อน และกระเพาะปัสสาวะ โดยในภาพรวม พบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งที่เกิดในคนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

1.4.2.1.1 มะเร็งปอด ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 30 เป็นผลจากการที่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มีการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่จัดมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 50 เท่า เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่รับควันบุหรี่มากที่สุด ความเสี่ยงต่อพิษภัยของควันบุหรี่ขึ้นอยู่กับปริมาณบุหรี่ที่สูบ และวิธีการสูดควันบุหรี่ การเกิดโรคมะเร็งปอดในระยะแรกไม่มีอาการ เมื่อใดที่มีอาการแสดงว่าโรคนั้นเป็นมากรแล้ว อาการที่พบคือไอเรื้อรัง เสมหะมีเลือดปน น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้เล็กน้อย เจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการร่วมของโรคต่างๆ ได้หลายชนิด จึงมักทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ช้า และการวินิจฉัยโรคล่าช้า สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอดในระยะที่เป็นมากรแล้ว มีอาการไอเป็นเลือด น้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว ปวดกระดูกซี่โครง และไหล่บ่า หรือสะบ้า อาจมีอาการหอบเหนื่อย บวมบริเวณหน้า กอ แขน และอกส่วนบน ปวดศีรษะ ซึม กลืนอาหารลำบาก ไม่สามารถกลืนปัสสาวะ และอุจจาระได้ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอด มีชีวิตอยู่ได้หลังจากเริ่มมีอาการเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน โดยร้อยละ 80 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี และถึงแม้ได้รับการรักษาอย่างดีก็มีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 2-5 เท่านั้น

1.4.2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.4.2.2.1 โรคหัวใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสหัวใจวายตายในอายุ 30-40 ปี สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยที่หลอดเลือดคอตีบ คีบลงจากการหดตัวของผนังหลอดเลือด จนเกิดการตีบตันของเส้นเลือด เป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง จึงเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือโรคหัวใจขาดเลือดได้ เมื่อหลอดเลือดคอตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ เกิดอาการจุกเสียด เจ็บหน้าอก โดยเฉพาะเวลาออกกำลังกาย และทำให้เกิดหัวใจวายได้ในที่สุด

1.4.2.2.2 โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุที่เสื่อมสมรรถภาพทางเพศเสื่อมเกิดจากเส้นเลือด และเส้นประสาท ที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม ซึ่งควันบุหรี่ มีสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบตัวอสุจิในผู้สูบบุหรี่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจำนวนอสุจิลดลงด้วยในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ เพราะโรคที่เกิดล้วนเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกังวลกับโรคที่เป็น และมีผู้ป่วยหลายรายที่เกิดอาการหอบขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความกลัว ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์

1.4.2.2.3 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ การเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง มีกลไกในการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือดหัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีความจำเสื่อมลง

1.4.2.3 โรคระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบคือถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ

1.4.2.3.1 โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่เนื้อปอดค่อยๆ เสื่อมสมรรถภาพจากการได้รับควันบุหรี่ ตามปกติแล้วพื้นที่ในปอดมีถุงลมเล็กๆกระจายอยู่เต็มห้วปอดเพื่อทำหน้าที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย สารไนโคโรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ทำลายเนื้อเยื่อในปอดและในถุงลมให้ฉีกขาดทีละน้อยๆ และรวมตัวกลายเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้พื้นที่ผิวเนื้อเยื่อภายในปอดซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดเล็กลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆ ของโรค ทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา จากรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาจนกว่าจะเสียชีวิต

1.4.2.4 โรคอื่นๆ มารดาที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกตั้งแต่ครรภ์จากผลของควันบุหรี่ที่มีต่อทารก เช่น คลอดก่อนกำหนด แท้งง่าย และมีบุตรยาก รวมทั้งยังทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย อัตราตายทารกแรกเกิดสูง และภาวะเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของทารกเกิดได้มาก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่ายอีกด้วย เนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่กระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ

1.4.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของคนข้างเคียง ^[14]

1.4.3.1 ผลกระทบระยะสั้น

1.4.3.1.1 เกิดการระคายเคืองต่อจมูก คอ ตา ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย

1.4.3.1.2 ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่เป็โรคนภูมิแพ้ โรคหอบหืด และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โดยมีอาการหายใจติดขัด หรือถึงขั้นเหนื่อยหอบ

1.4.3.1.3 ในผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจ ทำให้เกิดอาการเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอมากขึ้น เกิดอาการจุกเสียดหน้าอกได้

1.4.3.2 ผลกระทบระยะยาว

1.4.3.2.1 ในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท การสูบบุหรี่ทุกๆ 20 มวน ทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป เป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน

1.4.3.2.2 ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องทำงาน ที่มีควันบุหรี่ประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเท่ากับคนที่สูบบุหรี่เอง 1 มวน

1.4.3.2.3 ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องอยู่ในห้องทำงาน หรือในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่เป็นเวลานาน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นจากคนทั่วไป เฉลี่ยร้อยละ 10-30

1.4.3.2.4 ในหญิงมีครรภ์และทารก ทำให้เกิดความเครียดที่ทารกแรกคลอด มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างคลอด หรือเกิดความพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงของอาการเกิดโรคไหลตายในเด็กสูงขึ้น เช่นเดียวกับที่มารดาสูบบุหรี่เอง

1.4.3.2.5 ในเด็กเล็ก ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวมบ่อยกว่าเด็กทั่วไป และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลางง่าย และในระยะยาว เด็กที่ได้รับควันบุหรี่ พัฒนาการของปอดจะน้อยกว่า และพัฒนาการทางสมองช้ากว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

1.4.3.2.6 ในผู้ใหญ่ จากการศึกษาทางการแพทย์พบว่า การได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบทำให้เกิดโรคมะเร็งในปอดได้ ผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่วันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไปมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่ต่ำกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งในส่วนอื่นๆ มากกว่าคนปกติ 2 เท่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าคนทั่วไป ผู้หญิงที่สามิสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงที่จะมีอาการหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่สามิไม่สูบบุหรี่ 3-4 เท่า และตายเร็วกว่าผู้หญิงที่สามิไม่สูบบุหรี่ โดยเฉลี่ย 4 ปี

1.4.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ ⁽¹⁴⁾

1.4.4.1 ความสูญเสียที่สามารถคำนวณได้ ได้แก่

1.4.4.1.1 ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีค่าใช้จ่าย

ประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัวคือประมาณ 11.0 บาท และผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ.2544 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 10,557,100 คน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่าย รวมกันถึง 4 หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี

1.4.4.1.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกเกี่ยวกับรายได้และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ใน พ.ศ.2538 พบว่า ในทุกๆ 1,000 ต้น ของยาสูบที่ผลิตออกมา ทำรายได้หรือผลกำไรสุทธิให้แก่ผู้ผลิต 65 ล้านบาท แต่ทำให้มีผู้เสียชีวิต 650 คน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 745 ล้านบาท

ดังนั้นความสูญเสียจากยาสูบเพียง 1,000 ต้น จึงมากกว่ารายรับถึง 680 ล้านบาท (745 - 65 ล้านบาท) ขณะนี้ทั่วโลกผลิตยาสูบได้รวมกันปีละ 7,300,000 ต้น จึงคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของโลก ถึงปีละประมาณ 5 ล้านล้านบาท ธนาคารโลกได้สรุปว่า การลงทุนเรื่องการป้องกันไม่ให้ผู้คนติดบุหรี่เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดในการลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บของประชาชน รองจากการฉีดวัคซีนให้แก่ทารกแรกเกิด จากความสูญเสียทางเศรษฐกิจเหล่านี้ ทำให้ปัจจุบันธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาเอเชีย ได้จัดการให้สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิด การเพาะปลูก การส่งออก หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่สนับสนุนการกู้ยืมเงินเพื่อใช้ในการควบคุมการสูบบุหรี่

1.4.4.2 ความสูญเสียที่อยากจะคำนวณได้ ได้แก่

1.4.4.2.1 เวลาและแรงงาน ที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่

1.4.4.2.2 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ที่ผู้นำครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่

1.4.4.2.3 ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า เช่นการซื้ออาหาร และการใช้จ่ายในด้านการศึกษาของบุตร

1.4.4.2.4 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของท้องถิ่น จากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ

1.4.4.3 ความสูญเสียที่ไม่สามารถจะคำนวณได้ ได้แก่

1.4.4.3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยจากการสูบบุหรี่

1.4.4.3.2 ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่

1.4.4.3.3 คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ที่ป่วย และ/หรือเสียชีวิตจากการสูบ

บุหรี

1.4.4.3.4 ความรำคาญ และความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรีจากผู้สูบบุหรี

1.5 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรี^[15]

1.5.1 ความอยากลอง ชาวชนที่สูบบุหรีร้อยละ 38.4 เริ่มสูบบุหรีเพราะความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่ความอยากลองเป็นเรื่องที่ทำทายน่าตื่นเต้น และสนุกสนาน ถึงแม้ทราบว่า เป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพก็ตาม

1.5.2 ตามอย่างเพื่อน ชาวชนที่สูบบุหรีร้อยละ 35.9 เริ่มสูบบุหรีเพราะเพื่อนชวน บางคนมีเจตคติที่ว่า ถ้าไม่สูบบุหรีเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรีเพราะกลัวเพื่อนล้อเลียน และไม่ให้อำนาจกลุ่ม

1.5.3 ตามอย่างคนในบ้าน เมื่อมีคนในบ้าน ไม่ว่าจะบิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง ซึ่งอยู่บ้านเดียวกันสูบบุหรี หลายคนสูบบุหรี เพราะเห็นการสูบบุหรีในบ้านมาแต่เด็ก จึงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือวัยรุ่นหลายคนทำตามอย่างญาติพี่น้อง อยากลองสูบบุหรีบ้าง และคิดว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นชาย มีงานวิจัยพบว่า ถ้าบิดามารดาสูบบุหรี ทำให้ลูกมีแนวโน้มสูบบุหรีสูงถึง 3 เท่า

1.5.4 เพื่อเข้าสังคม บางคนต้องสูบบุหรีเพราะหน้าที่การงานที่ต้องเข้าสังคม งานเลี้ยงสังสรรค์ หรืองานเลี้ยงรับรอง ซึ่งมีผู้สูบบุหรีในสังคมนั้นๆเชิญชวนให้สูบบุหรี บางคนจะสูบบุหรีเฉพาะในงานสังคมนั้นๆ ทั้งนี้เป็นความเชื่อที่ว่า ถ้าไม่สูบบุหรีก็จะเข้ากลุ่มไม่ได้ และทำธุรกิจไม่สำเร็จ

1.5.5 ความเครียด สารนิโคตินในควันบุหรีเมื่อสูดเข้าร่างกาย จะเข้าสู่สมองภายในเวลา 8-10 วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกผ่อนคลายในระยะสั้น หลายคนจึงสูบบุหรีด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ผู้สูบบุหรีเกิดอาการหงุดหงิด และเครียดได้ในเวลาต่อมา และนี่คือเหตุผลที่ทำให้ต้องสูบบุหรีอยู่เสมอเพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย

1.5.6 กระแสของสื่อโฆษณา สื่อโฆษณาต่างๆทั้งทางตรงและทางอ้อม ล้วนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตคนอย่างมาก สามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเชื่อและนิยมชมชอบในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณา ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี แต่บางประเทศที่ไม่มีกฎหมายห้าม ก็มีการโฆษณาทุกรูปแบบซึ่งเผยแพร่ไปทั่วโลกตามการสื่อสารไร้พรมแดน ในปัจจุบันชาวชนสามารถรับรู้สื่อโฆษณาบุหรีของต่างประเทศได้ ทั้งทางหนังสือ หรือสิ่งพิมพ์ชนิดต่างๆ ทางวิทยุ และโทรทัศน์ นอกจากนี้กลยุทธ์ในการโฆษณาแฝงของอุตสาหกรรมบุหรีที่หลีกเลี่ยงกฎหมายก็มีมาก คือ การจดทะเบียนการค้าโดยใช้สัญลักษณ์ตราบุหรีเป็นสินค้า เช่น ผลิตภัณฑ์เสื้อผ้า เครื่องหนัง เครื่องเรือน ของใช้ต่างๆ และบริษัทท่องเที่ยว และการสนับสนุนต่างๆที่เน้นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น การจัดแสดงดนตรี การจัดแข่งรถให้วัยรุ่น การแสดงแบบเสื้อให้กลุ่มสตรี และการแจกสมุดหรือหนังสือที่มีตรา

บุหรี่ให้แก่เด็กเล็ก ในต่างประเทศยังมีการโฆษณาแฝงทางภาพยนตร์ โดยให้ดาราคที่เป็นที่ชื่นชอบสูบบุหรี่ และให้เห็นสัญลักษณ์ของบุหรี่ยานั้นด้วย การโฆษณาทุกรูปแบบจะเน้นที่ความโก้เก๋ ทันสมัย และเร้าใจ ซึ่งส่งผลอย่างมากในการส่งเสริมให้สูบบุหรี่ เยาวชนจึงมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ยี่ห้อที่มีการโฆษณาบ่อยๆ

1.6 กลไกการติดนิโคติน¹⁶⁾

เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินถูกดูดซึมผ่านผนังเซลล์ทางเดินหายใจเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไปออกฤทธิ์ที่ส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจและหลอดเลือด ทางเดินอาหาร และกล้ามเนื้อลาย นิโคตินถูกกำจัดออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของ โคดีนีน (cotinine)

ปลายทศวรรษ 1980 ได้เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของนิโคตินต่อระบบประสาทส่วนกลาง และพบว่านิโคตินออกฤทธิ์ใกล้เคียงกับสารเสพติดอื่นๆ (แอมเฟตามีน โทเคน) ในการทำให้เกิดติดยา การคิดบุหรี่ยและการเลิกบุหรี่ยนั้น เกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วน คือ สมองชั้นนอก (cerebral cortex) ที่เป็นสมองส่วนคิด ที่ทำหน้าที่คิดและตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบมีเหตุผลและสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) เป็นสมองส่วนอยาก เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม สมองส่วนนี้เป็นที่ตั้งระบบประสาทส่วนกลางที่มีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุขใจ เรียกว่า brain reward pathway เป็นส่วนที่เป็นศูนย์กลางของการคิดบุหรี่ยและยาเสพติดทุกชนิด ซึ่งไม่อยู่ในอำนาจจิตใจ กระบวนการเริ่มจากสมองบริเวณที่เรียกว่า ventral tegmental area ซึ่งอยู่ในสมองชั้นในส่งสัญญาณประสาทในรูปของสารสื่อประสาทเป็นสารเคมีชื่อ โดปามีน (dopamine) ไปที่สมองส่วน nucleus accumbens สารโดปามีนที่สมองทำหน้าที่สำคัญในการทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจ

นิโคตินที่ได้จากกวับบุหรี่ผ่านจากเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้เร็วประมาณ 6 วินาที (เร็วกว่าการได้รับยาเสพติดชนิดอื่น เร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือด) นิโคตินออกฤทธิ์กระตุ้น brain reward pathway โดยจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) มีผลทำให้มีการหลั่งสารโดปามีนออกมามากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบายใจขึ้น รู้สึกว่าความเครียด ความกดดันต่างๆลดลง มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงจูงใจให้ทำงานหรือวางแผนงานต่างๆ มากขึ้น มีความตื่นตัวมากขึ้น และยังมีผลในการลดความอยากอาหารอีกด้วย นอกจากนี้นิโคตินยังมีผลต่อการเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆ เช่น acetylcholine, serotonin, norepinephrine, glutamate, vasopressin, beta-endorphin, gamma-aminobutyric acid ออกจากปลายประสาทอีกด้วย เนื่องจาก nicotine receptor เป็นตำแหน่งออกฤทธิ์ของนิโคตินมีอยู่ที่ปลายประสาทของสารสื่อต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น ผลทางชีวภาพในเชิงบวกของสารสื่อประสาทรวมทั้ง dopamine ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

ผู้ที่ติดบุหรี่คือผู้ที่ต้องการได้รับสารนิโคตินซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลเชิงบวกทางชีวภาพ ดังนั้นในผู้ที่ติดบุหรี่ยังไงก็ การเลิกบุหรี่ยังไงก็ยากจะทำให้เกิดความรู้สึก

เชิงลบ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ เรียกอาการเหล่านี้ว่าอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal syndrome) ซึ่งเป็นผลจากการหลังของสารสื่อประสาทดังกล่าวข้างต้นลดลง ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจึงเกิดอาการ “อยากบุหรี่” (cigarette craving) อย่างมาก เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ผลเชิงลบเหล่านี้มักทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ไม่ได้ ต้องกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อให้ได้ความรู้สึกในเชิงบวกเช่นเดิม การช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อาจจำเป็นต้องใช้ช่วยในการลดอาการอยากบุหรี่

ในกรณีแอมเฟตามีนและโคเคนซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้น brain reward pathway เช่นเดียวกันแม้ว่าจะมีกลไกต่างกันแต่ท้ายที่สุดก็จะทำให้มีการหลังของสารโดปามีนออกมามากขึ้น และมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกเชิงบวกเช่นเดียวกันกับนิโคติน แต่แอมเฟตามีนอาจให้ผลรุนแรงกว่าในผู้เสพบางรายจนถึงขั้นทำให้มีอาการคล้ายผู้ป่วยโรคจิตได้

1.6.1 เกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคติน

1.6.1.1. DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) เป็นคู่มือที่กำหนดมาตรฐานการแยกประเภทภาวะผิดปกติทางจิต จัดทำขึ้นโดย American Psychiatric Association ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคติน (nicotine dependence) ดังนี้

1. มีอาการคือยา (tolerance) ต้องการนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ
2. มีอาการถอนนิโคติน (ดูเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน)
3. มีการใช้นิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นหรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการนิโคตินที่รุนแรงหรือล้มเหลวในการพยายามหยุดได้รับนิโคติน
5. มีการใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่ทำให้ได้มาซึ่งสารนิโคตินหรือการเสพนิโคติน
6. มีการลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือภาระงานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการอื่นๆ เนื่องจากข้อจำกัดในการเสพสารนิโคติน
7. มีการใช้สารนิโคตินต่อไปแม้ว่าตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและจิตใจที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นอยู่ตลอดเวลาหรือเป็นครั้งคราวว่าเกิดจากการเสพสารนิโคติน

1.6.1.2 Fagerstrom tolerance test

Fagerstrom Test เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการประเมินการติดนิโคติน โดยตั้งคำถามถามผู้สูบบุหรี่จำนวน 6 คำถาม โดยคำตอบของแต่ละคำถามจะคิดเป็นคะแนน เพื่อประเมินภาวะการติดนิโคติน

ของผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆ และช่วยให้สามารถเลือกใช้ชีวิตในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (ภาคผนวก ก)

1.7 กระบวนการเกิดอาการถอนยา^[17]

เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับนิโคตินที่ไปกระตุ้นการหลั่งโดปามีนให้หลั่งออกมามากผิดปกติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ไม่ได้รับนิโคติน ซึ่งกระตุ้นการหลั่งของโดปามีน ทำให้โดปามีนที่บริเวณ Post synaptic มีน้อยกว่าตอนที่ได้รับนิโคตินเป็นประจำ ร่างกายจึงไม่สามารถปรับตัวที่เพิ่มระดับของโดปามีนในระยะแรกได้ทัน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการถอนยาขึ้น

1.7.1 เกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms)^[16]

อาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นกับผู้พยายามเลิกสูบบุหรี่ภายในเวลา 4 ชั่วโมงหลังจากสูบบุหรี่มวนสุดท้ายและความรุนแรงจะอยู่ในช่วง 3-5 วัน อาการต่างๆ จะหมดไปภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งภายในช่วงเวลา 2 สัปดาห์นี้ นับว่าเป็นช่วงวิกฤตสำหรับผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ อาการถอนนิโคตินมีทั้งอาการทางร่างกายและอาการทางจิตใจ

DSM IV ได้กำหนดเกณฑ์วินิจฉัยอาการถอนนิโคติน ดังนี้

1. มีการใช้สารนิโคตินเป็นประจำทุกวันมาเป็นเวลาไม่น้อย 2-3 สัปดาห์
2. ผู้หยุดสูบบุหรี่มีอาการดังต่อไปนี้ 4 ข้อ หรือมากกว่าหลังจากหยุดใช้นิโคติน หรือลดการใช้นิโคตินทันทีภายใน 24 ชั่วโมง
 - 2.1 อารมณ์ซึมเศร้า
 - 2.2 นอนไม่หลับ
 - 2.3 หงุดหงิด ผิดหวัง หรือโกรธเคือง อารมณ์เสื่อง่าย
 - 2.4 วิตกกังวล
 - 2.5 สมาธิลดลง
 - 2.6 กระวนกระวาย
 - 2.7 หัวใจเต้นช้าลง
 - 2.8 อยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
3. อาการที่เกิดขึ้นตามข้อ 2 ก่อให้เกิดผลเสียต่อชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม และอาชีพของผู้ป่วยและกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ อย่างชัดเจน
4. อาการที่เกิดขึ้นในข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทางกายและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการผิดปกติทางระบบประสาท

2. แนวปฏิบัติในการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยที่มีการเลิกบุหรี่^[16,18-19]

2.1 หลัก 5 A's

2.1.1 Ask ถามผู้ป่วยทุกรายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เพื่อจำแนกกลุ่มผู้รับบริการ และสภาวะการสูบบุหรี่สำหรับผู้รับบริการทุกคนที่มาพบปะบุคลากรสุขภาพ

2.1.2 Advice ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายเพื่อกระตุ้นให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ หากบุคลากรสุขภาพแสดงออกถึงความปรารถนาอย่างชัดเจนให้ผู้สูบบุหรี่รับทราบว่า การเลิกบุหรี่ส่งผลดีกับสุขภาพและครอบครัวอย่างไร และเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ทุกคนและทุกครั้งเสริมแรงจิตใจในการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

2.1.3 Assess ประเมินความต้องการในการเลิกบุหรี่ในตอนี้ ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่เกิดจากความตั้งใจ และความมุ่งมั่นในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เองเป็นสำคัญ ดังนั้นหากผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจมุ่งมั่นและให้ความร่วมมือกับการบำบัดแล้วการประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้นในการเลิกบุหรี่ แต่หากผู้สูบบุหรี่ยังลังเล หรือไม่เต็มใจเลิกบุหรี่ การประเมินนี้เป็น โอกาสให้บุคลากรสุขภาพได้เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และเสนอแนะทางเลือก ให้กับผู้สูบบุหรี่ให้มีโอกาสรับความข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพิษภัยที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่แบบสั้นๆ ได้

2.1.4 Assist เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ความพยายามเลิกบุหรี่เกิดขึ้น และนำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องยาวนานสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่เต็มใจที่จะพยายามเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่หรืออาจใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย ทั้งนี้แล้วแต่ความสมัครใจของผู้สูบบุหรี่ ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และศักยภาพในการรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นค่ายาอดบุหรี่ โดยควรมีการเตรียมความพร้อมตามหลัก “STAR” ดังนี้

2.1.4.1 Set a quit date กำหนดวันเลิกบุหรี่ ที่ดีที่สุดควรเป็นระยะเวลาภายใน 2 สัปดาห์

2.1.4.2 Tell others ให้ผู้ป่วยถามคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการสนับสนุน

2.1.4.3 Anticipation guidance ให้ผู้ป่วยเตรียมป้องกันอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรก

2.1.4.4 Remove tobacco products ให้ผู้ป่วยเอาผลิตภัณฑ์บุหรี่ออกไปให้ห่างจากตัว

2.1.5 Arrange follow up กำหนดนัดหมายเพื่อขอติดตามผลสำเร็จของการเลิกบุหรี่ และวิธีการพบปะตามกำหนดนัดหมาย เช่น อาจใช้โทรศัพท์ติดต่อกัน หรือนัดหมายผู้เลิกบุหรี่มาพบที่หน่วยบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่เมื่อกำหนดวันเลิกบุหรี่ได้แล้ว มักนัดหมายพบปะบุคลากรสุขภาพ

สัปดาห์ละครั้ง 1-3 ครั้ง เพราะระยะ 2-3 สัปดาห์แรกที่เลิกบุหรี่ ผู้เลิกประสบกับอาการถอนบุหรี่ และทำให้รู้สึกไม่สบาย จนทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก ดังนั้นหากมีการติดตามผู้เลิกบุหรี่สามารถให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ หรือเสริมกำลังใจ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ให้ต่อเนื่องต่อไปได้ หลังจากพ้นระยะของอาการถอนยาไปแล้ว ควรนัดหมายเพื่อติดตามต่อไปอีกระยะหนึ่ง เช่น ทุกเดือน เป็นต้น อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อให้มั่นใจว่าเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น เพราะผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ขึ้นไป โอกาสกลับไปสูบบุหรี่ใหม่มีน้อยมาก

2.2 หลัก 5 R's

2.2.1 Relevance (หากความเกี่ยวข้อง) ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เห็นประเด็นหรือเหตุผลในการเลิกบุหรี่ที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้สูบบุหรี่แต่ละคน ให้ชัดเจน เพื่อแสดงความเกี่ยวข้องกันที่ชัดเจน การเสริมสร้างแรงจูงใจนี้ได้ผลหากผู้สูบบุหรี่เกิดโรคหรือมีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่แล้ว หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยอย่างไร เช่น มีเด็กในบ้านเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพอยู่ในวัยที่เจ็บป่วยได้ง่าย หรือเกี่ยวข้องกับเพศ และ/หรือมีคุณลักษณะอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น เคยมีประสบการณ์การพยายามเลิกบุหรี่ปาก่อน มีอุปสรรคในตนเองที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

2.2.2 Risks (ความเสี่ยง) บุคลากรสุขภาพควรซักถามผู้สูบบุหรี่ให้แยกแยะผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ออกมาด้วยตนเอง บุคลากรสุขภาพอาจเสนอแนะและเน้นให้ประจักษ์ชัดแจ้งในผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่แต่ละคนโดยเฉพาะ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การเลือกสูบบุหรี่ที่มีน้ำมันดินต่ำ หรือนิโคตินบางเบา หรือบุหรี่หลากหลายรส การบริโภคยาสูบรูปแบบอื่นๆ ที่ไม่ต้องใช้วิธีการสูบ (smokeless tobacco) หรือการสูบบุหรี่และไปป์ ไม่ช่วยบรรเทาผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ให้ลดน้อยลงไปด้วย ตัวอย่างความเสี่ยงที่ผู้สูบบุหรี่ ได้แก่

2.2.2.1 ความเสี่ยงในระยะเฉียบพลัน (acute risks) หายใจไม่เต็มอิ่ม (shortness of breath) อาการหอบหืดกำเริบ อันตรายต่อสตรีมีครรภ์ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศก่อนวัยอันควร มีบุตรยาก (infertility) มีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น

2.2.2.2 ความเสี่ยงในระยะยาว (long-term risks) โรคหัวใจ (heart attacks) และโรคหลอดเลือดสมอง (strokes) โรคปอด และโรคมะเร็งหลอดลม กล้องเสียง ช้องปาก ช้องคอ หลอดอาหาร คับอ่อน กระเพาะปัสสาวะ ปากมดลูก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งถุงลมโป่งพอง และหลอดลมอักเสบ ความพิการในระยะยาว และความต้องการการดูแลในระยะยาว (need for extended care)

2.2.2.3 ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (environmental risks) การเพิ่มความถี่ของการเกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจในคู่ครองของผู้ที่สูบบุหรี่ อัตราการสูบบุหรี่ในเด็กเพิ่ม

สูงขึ้น กลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติสูงขึ้น การเกิดกลุ่มอาการหายใจเฉียบพลันในทารก (sudden infant death syndrome) โรคหอบหืด โรคหุ้ชั้นกลางอักเสบ และการติดเชื้อในทางเดินหายใจในเด็กที่เป็นลูกหลานของผู้สูบบุหรี่

2.2.3 Rewards (รางวัล) บุคลากรสุขภาพควรชักจูงผู้สูบบุหรี่ให้แยกแยะประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ โดยอาจเสนอแนะและชี้ให้เห็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่มากที่สุด ตัวอย่างรางวัลที่ผู้เลิกบุหรี่จะได้รับ เช่น สุขภาพดีขึ้น การรับรสดีขึ้น การรับกลิ่นดีขึ้น ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองดีขึ้น บรรยากาศในบ้าน รดยนต์ เสื้อผ้า ลมหายใจดีขึ้น หยุดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับเด็กและคนรุ่นใหม่ บุตรหลานและเด็ก ๆ ที่อยู่ใกล้ชิดมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ต้องกังวลว่าใครจะมาสัมผัสพิษภัยจากควันบุหรี่ที่ตนเองพ่นออกมา มีความรู้สึกที่สภาพร่างกายทั่วไปดีขึ้น ทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาได้ดีขึ้น ลดริ้วรอยที่ผิวหนัง หรือ ความแก่ก่อนวัย

2.2.4 Roadblocks (อุปสรรคขัดขวางการเลิกบุหรี่) บุคลากรสุขภาพควรชักจูงและเปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่ได้แยกแยะอุปสรรคขัดขวางการเลิกบุหรี่ และบันทึกแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือปัญหาจากการใช้ยาช่วยออกบุหรี่ไว้ด้วย อุปสรรคที่อาจพบได้สามารถรวบรวมได้ดังนี้

- อาการถอนนิโคติน
- กลัวความล้มเหลว
- น้ำหนักตัวขึ้น
- ขาดแรงสนับสนุน
- ซึมเศร้า
- คิดถึงความสุขจากการสูบบุหรี่

2.2.5 Repetition (การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ) การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจควรดำเนินการซ้ำทุกครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีแรงจูงใจที่มาตรวจในคลินิกต่างๆ ในหน่วยบริการสุขภาพ หรือผู้สูบบุหรี่ที่เคยล้มเหลวในการเลิกบุหรี่มาแล้วในอดีต ควรได้รับการบอกเล่าให้ทราบว่าคนส่วนใหญ่เคยล้มเหลวจากการเลิกบุหรี่มาแล้วทั้งนั้นกว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.3 หัก 5 D's

ผู้ป่วยที่เลิกได้สำเร็จ และมีความเสี่ยงในการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ อาจใช้หลัก 5 D's ในการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำดังนี้

- 2.3.1 Delay เลื่อนเวลาการสูบบุหรี่ออกไป
- 2.3.2 Deep breath หายใจลึกๆ ยาวๆ
- 2.3.3 Drink water ดื่มน้ำมากๆ

2.3.4 Do something else หาย่างอื่นทำแทนการสูบบุหรี่

2.3.5 Destination ให้คิดถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ให้มากๆ

3. หลักการริบลาทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่มีการติดบุหรี่

3.1 การบำบัดรักษาโดยการไ้ยา

3.1.1 ยาที่ใช้เป็นทางเลือกแรก(first line agents) ^[14,20]

3.1.1.1. นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (nicotine gum) ^[18,20] นิโคตินจับกับ

nicotinic cholinergic receptor ใน peripheral และ central nervous system ก่อให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่างๆ เชื่อว่าฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเป็นสาเหตุสำคัญของการติดนิโคติน โดยฤทธิ์เหล่านี้เกี่ยวข้องกับ neurochemical pathways ทำให้มีการหลั่ง acetylcholine, dopamine, norepinephrine, β -endorphin, vasopressin และ serotonin การให้นิโคตินทดแทนทำให้ระดับนิโคตินในร่างกายต่ำกว่าระดับที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ แต่ยังเพียงพอต่อการลดความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินจากการเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงเป็นกลไกหลักในการออกฤทธิ์ของนิโคตินทดแทนแต่ผลดังกล่าวไม่ค่อยคงที่ จึงเชื่อว่ายังอาจมีกลไกอื่นที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ กล่าวคือ นิโคตินทดแทนทำให้ระดับนิโคตินที่ค่อนข้างคงที่ (เปรียบเทียบกับ การสูบบุหรี่) ซึ่งอาจทำให้เกิดการคือ (tolerance) ต่อนิโคตินจนทำให้การสูบบุหรี่ไม่ให้ผลที่เป็นที่ต้องการของผู้สูบอีกต่อไป จึงทำให้ลดการกลับไปสูบอีก (relapse) นอกจากนี้ NRT ยังลดความสำคัญของเงื่อนไขจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ และอาจลดแนวโน้มของการซึมเศร้าจากการเลิกบุหรี่ได้ด้วย ขนาดที่ใช้มี 2 ขนาด คือ ชี้นละ 2 มิลลิกรัม และ 4 มิลลิกรัม การใช้ขึ้นอยู่กับอาการติดบุหรี่ของผู้ป่วย

ขนาดยา ใช้เคี้ยว 1-2 ชี้นเมื่อมีอาการถอนนิโคติน (ทุก 1-2 ชั่วโมง) หรือใช้หลักง่ายๆ ว่า 1 ชี้นของหมากฝรั่งขนาด 4 มิลลิกรัมแทนบุหรี่/ยาสูบ 1 มวน ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 10-24 มวน ใช้ขนาด 2 มิลลิกรัม ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 25 มวนขึ้นไป ใช้ขนาด 4 มิลลิกรัม ทั้ง 2 ขนาดใช้ไม่เกินวันละ 24 ชี้น

วิธีใช้ ต้องงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด (เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว) อย่างน้อย 15 นาทีก่อนไ้ยา เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา การไ้ยาให้ไ้ยาช้าๆ จนได้รสเผ็ดซ่าแล้วอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสชาติหายไ้จึงนำมาเคี้ยวใหม่สลับกันไปเช่นนี้ (chew and park technique) โดยใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีคือเมื่ ^[21]

อาการไม่พึงประสงค์ อาจมีอาการปวดคราม สะอึก ท้องอืด ปวดท้องและมีแผลในปาก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ไ้ยาให้ถูกต้อง ไม่ไ้ยาเร็วจนเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืนน้ำลายระหว่างไ้ยา

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยแพ้นิโคติน ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพันธุกรรม life-threatening arrhythmia

recent myocardial infarction ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีปัญหา peptic ulcer

2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วย hyperthyroidism ผู้ป่วย DM ยาถูกจัดอยู่ใน Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้สะดวก ปรับขนาดยาได้เอง ใช้ระงับอาการถอนนิโคตินได้ค่อนข้างดีกว่าแผ่นติดนิโคติน เนื่องจากได้ระดับนิโคตินที่สูงขึ้นเร็วกว่าหลังใช้

ข้อเสีย ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น ทำให้ต้องใช้อย่างบ่อยผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรมอาจไม่สามารถใช้ได้

ปฏิกริยาระหว่างยา บุหรี่สามารถกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสภาพของยาบางชนิดเมื่อสูบบุหรี่เป็นเวลานาน เช่น theophylline, paracetamol, oxazepam, imipramine, pentazocine และ propranolol เมื่อหยุดบุหรี่จากการใช้นิโคตินทดแทนจึงอาจมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงสภาพยาเหล่านั้น ทำให้การเปลี่ยนแปลงสภาพยาลดลง จนมีระดับยาในร่างกายสูงขึ้น ดังนั้นเมื่อหยุดบุหรี่จึงควรลดขนาดยาเหล่านั้นลงเพื่อป้องกันความเป็นพิษ ทั้งนี้ไม่พบว่านิโคตินทดแทนเองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพยาเหล่านั้น นอกจากนี้ บุหรี่ยังทำให้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังหดตัว การดูดซึม insulin จากการฉีดเข้าใต้ผิวหนังจึงลดลงได้ แต่เมื่อหยุดบุหรี่อาจเพิ่มการดูดซึม insulin มากขึ้น จึงอาจต้องลดขนาดยาลง การใช้นิโคตินทดแทนชนิดแผ่นติดผิวหนังร่วมกับ bupropion อาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง(พบได้ร้อยละ 2.5 เมื่อใช้ bupropion อย่างเดียว และร้อยละ 6.1 เมื่อใช้ยาร่วมกัน)

3.1.1.2. นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง(nicotine patch) ในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Nicotimell TTS[®] ซึ่งมี 4 รูปแบบแตกต่างกันในปริมาณนิโคตินในแผ่นยา ระบบการนำส่งยา วิธีการปลดปล่อยนิโคตินจากแผ่นยา และเวลาการใช้แผ่นยา (24 หรือ 16 ชั่วโมง) ดังนี้

ขนาด 30 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 52.5 มิลลิกรัม ปลดปล่อยนิโคตินวันละ 21 มิลลิกรัม

ขนาด 20 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 35 มิลลิกรัม ปลดปล่อยนิโคตินวันละ 14 มิลลิกรัม

ขนาด 10 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 17.5 มิลลิกรัม ปลดปล่อยนิโคตินวันละ 7 มิลลิกรัม

ผู้ที่เสพน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัม ติด 24 ชั่วโมงต่อเนื่อง เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 7 มก.เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์²¹¹

- ผู้ที่เสพตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป ใช้ขนาด 21 มิลลิกรัม ติด 24 ชั่วโมงต่อเนื่อง เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 14 มิลลิกรัม เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ จากนั้นลดลงเป็น 7 มิลลิกรัม อีก 3-4 สัปดาห์

วิธีใช้ ควรติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน ไขมัน ไม่มีบาดแผลอักเสบ โดยอาจติดบริเวณคอ สะโพกหรือต้นแขนด้านนอก ควรติดแผ่นยาทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดไว้ 24 ชั่วโมง ยกเว้นมีปัญหานอนไม่หลับหรือฝันร้ายให้ดึงออกขณะนอนหลับ ในบางรายที่มีประวัติเสพติดรุนแรงหรือมีอาการ

นอนนิโคตินมากอาจพิจารณาคิดแผ่นยา 2 แผ่นพร้อมกันในตำแหน่งที่แตกต่างกันได้

อาการไม่พึงประสงค์ ระวังเคียงผิวหนัง นอนไม่หลับ

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ถ้านอนไม่หลับให้ตั้งยาออกก่อนนอน ถ้าระคายเคืองผิวหนังให้เปลี่ยนที่ติดหรือทายาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้นิโคติน ผู้ป่วยที่แพ้แผ่นติดผิวหนัง life-threatening arrhythmia recent myocardial infarction ภายในเวลา 2 สัปดาห์

2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วย hyperthyroidism ผู้ป่วย DM type 1

ยาถูกจัดอยู่ใน Pregnancy risk category: D

ข้อดี ใช้สะดวก ง่าย วันละ 1 ครั้ง ขนาดยาตามที่ได้อย่างต่อเนื่องตลอดวัน ช่วยลดอาการนอนนิโคตินได้ดี มีผลข้างเคียงไม่มากนัก

ข้อเสีย ปรับขนาดยาได้ยาก ระดับนิโคตินที่ได้ในกระแสเลือดขึ้นช้าและต่ำ

3.1.1.3 ลูกอมนิโคติน (Nicotine lozenge)^[20] ลักษณะคล้ายคลึงกับลูกอม

โดยทั่วไป มีจำหน่ายในรูปแบบเม็ดละ 2 มิลลิกรัมและ 4 มิลลิกรัม

ขนาดที่ใช้ สำหรับอมครั้งละ 1 เม็ด โดยที่ไม่เกิน 20 เม็ดต่อวัน

วิธีใช้ อมลูกอมไว้ในปาก นิโคตินค่อย ๆ กระจายออกมาช้า ๆ ลูกอมหนึ่งเม็ดอยู่ได้ประมาณ 20-30 นาที โดยที่ห้ามกัดหรือเคี้ยวลูกอมเนื่องจากทำให้นิโคตินออกมาในปริมาณที่มากเกินไปและทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้ยังห้ามรับประทานอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 15 นาทีก่อนการอมลูกอมหรือระหว่างอมลูกอม

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย อาการที่พบบ่อยคือ ปวดบริเวณเหงือกและฟัน อาหารไม่ย่อย และรู้สึกแสบบริเวณหน้าอก

จากการศึกษาพบว่าการใช้นิโคตินในรูปแบบลูกอมมีประสิทธิภาพไม่ดีเท่ากับการให้ในรูปแบบหมากฝรั่ง แต่พบว่าสามารถนำมาใช้ได้ดีในบุคคลที่มีปัญหาไม่สามารถเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคตินได้ และรูปแบบนี้ยังเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างปลอดภัยอีกด้วย

3.1.1.4 นิโคตินชนิดสเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray) ลักษณะ

คล้ายคลึงกับ nasal decongestant spray ผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่มาด้วยวิธีอื่นหลายๆ ครั้งแต่ไม่ได้ผลอาจจะเลิกได้ด้วยวิธีนี้

ขนาดที่ใช้ การพ่นสเปรย์ 1 ครั้ง จะได้รับปริมาณของนิโคตินประมาณ 1 มิลลิกรัม วิธีใช้ให้พ่นสเปรย์ 1-2 ครั้งต่อชั่วโมง และไม่เกิน 8-10 ครั้งต่อวัน ควรใช้ติดต่อกันประมาณ 8 สัปดาห์ โดยที่ค่อย ๆ ลดขนาดลงหลังจากการใช้ 6 สัปดาห์ การใช้ในรูปแบบนี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทาง

การแพทย์

วิธีใช้ นิโคตินสเปรย์มีลักษณะการใช้คล้ายคลึงกับ decongestant spray โดยที่การสเปรย์นั้นให้พื้นที่บริเวณจมูกส่วนล่างไม่ต้องสอดเข้าไปลึกถึงข้างในโพรงจมูก นอกจากนี้ยังห้ามกลืนและขี้จมูกหลังการพ่นและจากการศึกษาพบว่าการใช้นิโคตินในรูปแบบสเปรย์สามารถทำให้ติดได้

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย อาการข้างเคียงที่พบ เช่น การระคายเคืองจมูกและคอ ไอ และทำให้น้ำคาไหล นอกจากนี้รูปแบบนี้ยังทำให้เกิดการจามหลังจากการใช้ด้วย

นิโคตินในรูปแบบนี้จะไม่เหมือนรูปแบบแผ่นแปะ หมากฝรั่งนิโคติน หรือรูปแบบอื่น ๆ เนื่องจากนิโคตินจะสามารถดูดซึมและทำให้ระดับของนิโคตินในกระแสเลือดใกล้เคียงกับการสูบบุหรี่อย่างรวดเร็ว จึงเป็นเหตุผลที่ว่ามักนิยมใช้ในบุคคลที่มีอาการอยากนิโคตินอย่างรุนแรง

3.1.1.5 นิโคตินชนิดสูดพ่นทางปาก (nicotine inhalation) นิโคตินในรูปแบบนี้ใช้ตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมีลักษณะเป็นกล่องพลาสติกคล้ายกับมวนบุหรี่ใช้สำหรับสูด และส่วนที่สองเป็นกระบอกสำหรับบรรจุหมงนิโคติน

ขนาดที่ใช้ 1 กระบอกที่บรรจุนิโคตินสามารถใช้ได้นานถึง 20 นาทีสำหรับการสูดติดต่อกัน โดยที่ในการสูดแต่ละกระบอกได้นิโคตินประมาณ 4 มิลลิกรัม แต่จะมีแค่ 2 มิลลิกรัมเท่านั้นที่ถูกดูดซึม nicotine inhaler ใช้ได้ประมาณ 6-12 กระบอกต่อวันเป็นเวลา 8 สัปดาห์และค่อยๆ ลดจำนวนลงใน 4 สัปดาห์ที่เหลือ ขนาดสูงสุดที่แนะนำให้ใช้ต่อวันคือ 16 กระบอก

วิธีใช้

- เมื่อรู้สึกมีความต้องการอยากสูบบุหรี่ ให้คีบกระบอกพลาสติกที่บรรจุนิโคตินเรียบร้อยแล้วในลักษณะเดียวกันกับการคีบมวนบุหรี่ แต่ถึงแม้ว่ารูปร่างลักษณะคล้ายคลึงกับมวนบุหรี่ เมื่อเวลาสูดเข้าไปแล้วนิโคตินจะถูกดูดซึมอยู่แค่บริเวณปากและคอเท่านั้นไม่ได้ลงไปลึกถึงปอดเหมือนกับการสูบบุหรี่ และการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายน้อยกว่า

- คาบและสูดหมงนิโคตินเข้าทางปาก คล้ายกับการสูบบุหรี่ โดยที่ 1 กระบอกจะสามารถสูดแบบสั้น ๆ ได้ประมาณ 300 ครั้งและสูดแบบลึก ๆ ได้ประมาณ 80 ครั้ง

- เติมกระบอกที่บรรจุนิโคตินแทนที่กระบอกเดิมหลังจากการสูด 20 นาที

- นำกระบอกบรรจุนิโคตินที่ใช้แล้วไปทิ้งด้วยความระมัดระวังเพราะนิโคตินที่ติดค้างอยู่ในกระบอกอาจเป็นอันตรายต่อเด็กและสัตว์เลี้ยงได้

- ล้างแท่งพลาสติกโดยเฉพาะบริเวณที่ปากสัมผัสด้วยน้ำอุ่นและสบู่

- ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 6 เดือน

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย เกิดการระคายเคืองบริเวณริมฝีปากที่สัมผัสกับแท่งพลาสติก และมีอาการไอบ้างเป็นบางครั้ง

Nicotine inhalers เหมาะสำหรับบุคคลที่มีการติดยาสูบทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เคียดชังกับการสูบบุหรี่ไว้ที่มือ คาบมวนบุหรี่ หรือมีอุปนิสัยชอบดึงบุหรี่ออกจากซองบริเวณกระเป๋าเสื้อ เนื่องจากการใช้นิโคตินในรูปแบบนี้ มีกระบวนการขั้นตอนวิธีการใช้ที่คล้ายคลึงกับการสูบบุหรี่มากกว่าวิธีอื่นๆ

3.1.1.6 นิโคตินชนิดเม็ดอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablets)

มีลักษณะเป็นเม็ด 1 เม็ดประกอบด้วยนิโคติน 2 มิลลิกรัม

ขนาดที่ใช้

- บุคคลที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ให้ใช้ยาเม็ดอมใต้ลิ้น 1 เม็ดต่อชั่วโมง (8-12 เม็ดต่อวัน)
- บุคคลที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน ให้ใช้ยาเม็ดอมใต้ลิ้น 2 เม็ดต่อชั่วโมง (16-24 เม็ดต่อวัน)

ควรใช้ยาเม็ดอมใต้ลิ้นติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน หลังจากนั้นจึงค่อยลดขนาดลง แต่ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 1 ปี

วิธีใช้ วางเม็ดอมไว้บริเวณใต้ลิ้น จากนั้นนิโคตินค่อยๆ ถูกปลดปล่อยออกมาอย่างช้าๆ ไม่ควรกลืน คูด หรือเคี้ยวเม็ดยา

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้ เช่น การระคายเคืองปาก ไอ อาการระส่ำระสาย และอาการวิงเวียนศีรษะ ในบางรายพบว่าไม่ชอบรสชาติของเม็ดยา

3.1.1.7 Bupropion SR เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาท (dopamine) มีผลทำให้ผู้ที่ได้รับยามีอาการของการขาดนิโคตินน้อยลง ในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Quomem® ชนิดออกฤทธิ์นาน (sustained release) ขนาด 150 มิลลิกรัม

ขนาดยา 150 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 150 มิลลิกรัม วันละ 2 เวลา เช้า-เย็น ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกเสพยาสูบ ห้ามรับประทานเกินวันละ 300 มิลลิกรัม^[21]

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ด ห้ามหักหรือเคี้ยว

อาการไม่พึงประสงค์ นอนไม่หลับ ปากแห้ง ปวดศีรษะ มือสั่น ชัก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ถ้านอนไม่หลับให้พยายามรับประทานมอดอนเซ็น ในเวลาบ่ายแทน หรืออาจลองใช้ยาขนาดลดลงเป็นวันละ 150 มก. แทน

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคลมชัก (seizure disorders), bulimia, anorexia nervosa
2. ห้ามใช้ร่วมกับยากลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)
3. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการชัก

ยาถูกจัดอยู่ใน Pregnancy risk category C

ข้อดี ใ้รับประทาน ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ใ้ร่วมกับนิโคตินทดแทนได้ จากผลการศึกษาพบว่าการใช้ยา bupropion สามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลิกเสพยาสูบในระยะยาวได้มากกว่าการใช้นิโคตินทดแทนเพียงอย่างเดียว

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงบ้าง เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ

ปฏิกริยาระหว่างยา

1. ระมัดระวังการใช้ยาในผู้ที่ใ้ bupropion ร่วมกับยาที่เหนี่ยวนำการเปลี่ยนแปลง bupropion ได้แก่ carbamazepine, phenobarbital, phenytoin หรือยาที่ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของ bupropion เช่น cimetidine

2. เอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยาที่ตับคือ cytochrome P-450 isoenzyme ชนิด 2B6 (CYP2B6) ดังนั้นควรระวังการใช้ยาที่มีผลต่อเอนไซม์นี้ได้แก่ orphenadrine, cyclophosphamide

3. bupropion มีฤทธิ์ยับยั้ง cytochrome P-450 isoenzyme ชนิด 2D6 (CYP2D6) ดังนั้นอาจมีปฏิกริยากับยาอื่นๆ ที่ถูกเปลี่ยนด้วยเอนไซม์ตัวนี้ ได้แก่ ยากลุ่ม antidepressant (เช่น nortriptyline, imipramine, desipramine, paroxetine, fluoxetine, sertraline) ยากลุ่ม antipsychotic (เช่น haloperidol, risperidone, thioridazine) ยากลุ่ม beta-adrenergic blocking agents (เช่น metoprolol) ดังนั้นหากมีความจำเป็นต้องใ้ยาร่วมกัน แนะนำใ้ใ้ยาในขนาดต่ำ

3.1.1.8 Varenicline^[21] เป็นยาต้านประทานที่ออกฤทธิ์เป็น partial agonist และ partial antagonist ของ alpha4-beta2 nicotinic receptors ทำให้สามารถลดทั้งอาการอยากบุหรี่/ยาสูบ และป้องกัน positive reinforcement จากการเสพยาสูบลงได้พร้อมๆกัน

ขนาดยา 0.5 มิลลิกรัม รับประทาน วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 0.5 มิลลิกรัม เข้า-เย็น จนครบ 7 วัน และเพิ่มเป็น 1.0 มิลลิกรัม เข้า-เย็น โดยใ้ผู้สูบเริ่มรับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกเสพยาสูบ

วิธีใ้ กลืนยาทั้งเม็ดพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานยาตอนก่อนนอน

อาการไม่พึงประสงค์ กลืนใ้้อาเจียน นอนไม่หลับ ผันแปรลกๆ (vivid dream)

วิธีแก้ไขอาการ ไม่พึงประสงค์ รับประทานยาพร้อมอาหารลดอาการกลืนใ้้อาเจียนลงได้ อาการกลืนใ้้อึดคิขึ้นหลังรับประทานยาไปใ้ราว 1-2 สัปดาห์

ข้อควรระวังและข้อห้ามใ้

1. ห้ามใ้ในผู้ป่วยที่มีโรคไตวาระยะสุดท้าย (end-stage renal disease) อายุต่ำกว่า 18 ปี สตรีตั้งครรภ์

2. ใ้อย่างระมัดระวังในผู้ที่ม่ประวัติโรคลมชักหรือโรคทางจิตเวชต่างๆ

ยาถูกจัดอยู่ใน Pregnancy risk category C

ข้อดี ใ้วิธีรับประทาน เป็นยาที่มีการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยใ้ผู้สูบเลิกเสพ

ยาสูบได้สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับยาช่วยเลิกยาสูบชนิดอื่น ๆ

ข้อเสีย มีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แต่ไม่รุนแรง

3.1.2 ยาที่ใช้เป็นทางเลือก^[18]

3.1.2.1. Nortriptyline ^[18] ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับสารสื่อประสาทได้แก่ norepinephrine และ serotonin ที่ presynaptic receptor จึงสามารถบรรเทาอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ขณะที่พยายามเลิกบุหรี่

ขนาดยา 50-75 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจากขนาดยาประมาณ 10-25 มิลลิกรัม/วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีผลข้างเคียง^[21]

วิธีใช้ รับประทานวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยให้เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกยาสูบ

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ง่วงนอน ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด ปัสสาวะไม่ออก วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ให้พิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามเท่านั้น และเลือกใช้ขนาดที่เหมาะสม โดยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาอย่างช้าๆ พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

ยาถูกจัดอยู่ใน Pregnancy risk category D

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหา cardiac arrhythmia โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคทางสมองและระบบประสาท

2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยากด MAOIs ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า

3. การหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ ห้ามหยุดยาทันที

ข้อดี ราคาถูก เป็นยาช่วยเลิกยาสูบเพียงชนิดเดียวที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงมาก เช่น ปากแห้ง ง่วงนอน และต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและ

หลอดเลือด

ปฏิกริยาระหว่างยา

1. ยาอาจลดฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตของยาลดความดันโลหิต

2. ยาอาจเสริมฤทธิ์ยาที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เช่น แอลกอฮอล์ ยานอนหลับ

3. การใช้ยานี้ร่วมกับ sympathomimetic drugs, anticholinergic drugs อาจเสริมฤทธิ์

กันได้

4. การใช้ยานี้ร่วมกับยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP2D6 เช่น quinidine,

ยากด selective serotonin reuptake inhibitors เช่น fluoxetine, paroxetine อาจทำให้ระดับยา

nortriptyline เพิ่มขึ้น มีค่าครึ่งชีวิตยาวขึ้น การกำจัดยาลดลง อาจต้องมีการปรับลดขนาดยา

3.1.2.2. Clonidine ^[18] เป็นอนุพันธ์ของ imidazoline มีฤทธิ์กระตุ้น peripheral

alpha-adrenergic receptors ทำให้เกิด vasoconstriction นอกจากนั้นยังยับยั้งกระแสประสาท sympathetic จากสมองส่วนกลาง มีผลให้ความดันโลหิตลดลง และการเต้นของหัวใจช้าลง เชื่อว่าการได้รับ clonidine ลดความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินจากการเลิกสูบบุหรี่ได้

ขนาดยา ชนิดรับประทาน : 0.15-0.75 มิลลิกรัม/วัน

ชนิดแผ่นติดผิวหนัง : 0.10-0.20 มิลลิกรัม/วัน

วิธีใช้ อาจให้ผู้ติดบุหรี่เริ่มรับประทานยาในวันที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรืออาจให้รับประทานยา ก่อนหน้าเช่น 3 วันก่อนหยุดสูบบุหรี่ ในรูปแบบแผ่นติดผิวหนัง ให้ใช้แผ่นที่มีขนาดยา 0.1 มิลลิกรัม ต่อ 24 ชั่วโมง เปลี่ยนแผ่นยาทุก 7 วัน โดยอาจให้ผู้ป่วยเริ่มใช้แผ่นติดผิวหนังในวันที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรืออาจให้ใช้ยา ก่อนหน้า เช่น ติดผิวหนัง 3 วันก่อนหยุดสูบบุหรี่ ใช้ยาคิดต่อกัน 3-10 สัปดาห์

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย มึนงง วิงเวียน ปากแห้ง(orthostatic hypotension)

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ให้เริ่มยาในขนาดต่ำที่สุด แล้วจึงเพิ่มขนาดยาสูงขึ้น

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ระวังภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย severe coronary insufficiency, conduction disturbances, recent MI, cerebrovascular disease, chronic renal failure ผู้ป่วยบางรายอาจมีการคือยาได้ จำเป็นต้องประเมินประสิทธิภาพของยาเป็นระยะ ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่มีการแพ้ยาหรือแพ้ส่วนประกอบของแผ่นติดผิวหนัง

ยาถูกจัดอยู่ใน Pregnancy risk category C

ปฏิกริยาระหว่างยา

1. ยาอาจลดฤทธิ์ของยา levodopa
2. ยาอาจเสริมฤทธิ์ยาที่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตเช่น beta-adrenergic blocking agents อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ
3. การใช้ยานี้ร่วมกับ prazosin ทำให้ฤทธิ์ของ clonidine ลดลง
4. การใช้ยานี้ร่วมกับ verapamil ทำให้เพิ่มฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและทำให้เกิดพิษ โดยทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำรุนแรง และอาจนำไปสู่ atrioventricular (AV) block

3.1.3 การบำบัดรักษาโดยยาทางเลือกอื่นๆ

3.1.3.1 ชาหญาดอกขาว (*Vernonia cinerea Less*) ประกอบไปด้วยนิโคติน ขนาดต่ำ จึงสามารถช่วยทดแทนอาการถอนยาจากการอดบุหรี่ได้²¹¹ นอกจากนี้ยังมีสาร Potassium nitrate ทำให้ลิ้นชาซึ่งลดความอยากบุหรี่ลงได้

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

วิธีใช้ รับประทานชาหญาดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัมต่อซอง) ผสมกับน้ำ 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานอย่างน้อย 7 วันก่อนกำหนดวันเลิกเสพ และ

รับประทานต่ออีก 7 วัน (รวมทั้งสิ้น 14 วัน)

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

ไม่มีข้อมูลด้านความปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร รวมถึงข้อห้ามใช้และข้อควรระวังอื่นๆ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาโรคเสพยาสูบในระยะยาว ต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

3.1.3.2 ยาบ้านปาก^[22-23] ส่วนประกอบหลัก 0.5% Sodium nitrate หรือใช้

0.5% Silver nitrate

กลไกการออกฤทธิ์ ทำให้ประสาทรับรสที่ลิ้นชา จึงลดอาการอยากบุหรี่ได้

วิธีใช้ ้อม 1-2 ฝานาน 1-2 นาที แล้วบ้วนทิ้ง เวลามีอาการอยากบุหรี่

ผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน

3.1.3.3 Rimonabant^[24] เป็นยากด cannabinoid-1 receptor antagonist ซึ่งได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ที่เลิกบุหรี่ ได้ถูกคัดออกจาก FDA ในปี ค.ศ. 2006 และไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนาในข้อบ่งใช้

3.1.3.4 Nicotine vaccines^[24] ยังอยู่ระหว่างการวิจัย โดยจะใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

4. การควบคุมยาสูบในประเทศไทย

4.1 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535^[25-26]

ให้ไว้ ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2535 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการ โปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ทำหน้าที่รัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

บุหรี่ย หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แครต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงรสตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ บุหรี่ หมายถึง การรวมถึงการกระทำใด ๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันจากการเผาไหม้ของบุหรี่

สถานที่สาธารณะ หมายความว่า สถานที่หรือยานพาหนะใด ๆ ซึ่งประชาชนมีความชอบธรรมที่จะเข้าไปได้

ผู้ดำเนินการ หมายความว่า เจ้าของ ผู้จัดการ ผู้ควบคุม หรือผู้ที่รับผิดชอบดำเนินงานของสถานที่สาธารณะ

เขตปลอดบุหรี่ หมายความว่า บริเวณที่ห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่

เขตสูบบุหรี่ หมายความว่า บริเวณที่ให้มีการสูบบุหรี่ได้

พนักงานเจ้าหน้าที่ หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

รัฐมนตรี หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(1) กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

(2) กำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะตาม (1) เป็นเขตปลอดบุหรี่หรือ

เขตปลอดบุหรี่

(3) กำหนดสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการ

ระบายควันหรืออากาศ

(4) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่

ประกาศตาม (3) หรือ (4) ให้กำหนดวัน เวลา หรือระยะเวลาที่ผู้ดำเนินการจะต้องดำเนินการให้แล้ว

เสร็จในประกาศด้วย

มาตรา 5 เมื่อรัฐมนตรีประกาศตามมาตรา 4 แล้ว ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่

(1) จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอด

บุหรี่

(2) จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด

(3) จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่

รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 6 ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

มาตรา 7 ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่สาธารณะตามที่รัฐมนตรีประกาศตามมาตรา 4 (1) และ (2) ในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตก หรือเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้การเป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 8 ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่แสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 9 ให้ผู้ดำเนินการและบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่สาธารณะอำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 7

มาตรา 10 ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 11 ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 5 (1) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 5 (2) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 5 (3) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

มาตรา 12 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 6 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

มาตรา 13 ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติกรตาม มาตรา 7 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 14 บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจทำการสอบสวนคดีนั้น มีอำนาจเปรียบเทียบได้ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

มาตรา 15 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมายเหตุ : เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการยอมรับในทาง การแพทย์ว่าควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงหลายประการ เช่น อาจทำให้เกิดมะเร็งของปอดและอวัยวะอื่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อีกทั้งควันบุหรี่ยังทำให้โรคบาง โรค เช่น โรคหอบ หืดหรือโรคภูมิแพ้มีอาการกำเริบขึ้น นอกจากนี้ยังพิสูจน์ได้ว่าการที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ ต้องสูดควันบุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูบเข้าไปก็ยังคงเป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบ บุหรี่เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้สูดควันบุหรี่ยุคนั้นเป็นเด็ก สมควรที่จะคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่ สูบบุหรี่มิให้ต้องรับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยการห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่หรือการจัดเขต ให้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะหรือโดยวิธีอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

4.2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽²⁷⁾ เป็นหน่วยงานของรัฐที่อยู่ ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี แต่ไม่ใช่ส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ทำหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับ หน่วยงานอื่นๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งให้คนไทยมีสุขภาพดีครบสี่ด้าน กาย จิต ปัญญา สังคม โดย กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ และสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต อันจะ ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรของคนไทย ทุนอุดหนุนส่วนใหญ่ของ สสส. มาจากเงินที่รัฐจัดเก็บจากผู้ผลิต-นำเข้า

สุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่คั่งชำระ นับเป็นองค์กรด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับมติของสมัชชาอนามัยโลก (WHO) ด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Assembly Resolution 12.8 : Health Promotion and Health Life-Style) โครงการที่สำคัญส่วนหนึ่งของ สสส. คือ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยได้ประสานงานกับหน่วยงานหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา เพื่อจัดทำโครงการรณรงค์ให้คนไทยเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีส่วนของงานสื่อประชาสัมพันธ์ในด้านงาน โฆษณาโทรทัศน์เพื่อชี้ให้เห็นถึงโทษของการสูบบุหรี่

4.3 เครื่องช่วยเล็ชช้อาสาพาเด็กนุหรี^[28] ด้วยความตระหนักในข้อเท็จจริงว่าประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.5 ล้านคน หรือคิดเป็นจำนวนนุหรีที่ถูกสูบมากถึง 105.6 ล้านมวนต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน หรือ 142 คนต่อวัน ซึ่งในปีพ.ศ.2546 ได้มีการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษา 3 โรคหลักที่เป็นผลสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ คือ มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง และเส้นเลือดหัวใจตีบ มีจำนวนเงิน 46,800 ล้านบาทต่อปี ในขณะที่รายได้ของรัฐบาลการเก็บภาษีสรรพสามิตนุหรีมีจำนวนที่น้อยกว่า เพียงปีละ 43,207 ล้านบาท

ในปี พ.ศ.2548 สภามณฑลธรรมจึงจัดตั้งคณะกรรมการเครื่องช่วยวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยปัจจุบัน ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “เครื่องช่วยวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ” เพื่อความสะดวกในการทำงานและง่ายต่อการจดจำ ซึ่งได้เป็นภาคีร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ 12 สถาบัน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมาคมผู้ผลิตยา และองค์กรวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล เป็นต้น โดยมีเภสัชกรคทา บัณฑิตานุกูล อติศ โฆษก สภามณฑลธรรม ทำหน้าที่ประสานเครือข่ายฯ ได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณในการทำงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือที่เรียกขานกันทั่วไปว่า สสส. และได้รับการสนับสนุนทางเทคนิคจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

วัตถุประสงค์ของเครื่องช่วยวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบในปีแรกและปีที่สอง คือ การพัฒนาองค์ความรู้และส่งเสริมความสามารถและบทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และสำหรับในปีที่สามและสี่นี้ มุ่งเน้นพัฒนาเนื้อหาเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรเภสัชศาสตร์ของทุกสถาบันพร้อมทั้งผลักดันให้เป็นหนึ่งในเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของสภามณฑลธรรม อีกทั้งยังพัฒนาการบริการเลิกนุหรีในร้านยาและโรงพยาบาล อย่างเต็มระบบ หรือที่ทุกคนรู้จักในนาม “เภสัชอาสา...พาเลิกนุหรี” โดยคำนึงถึงความยั่งยืนภายในวิชาชีพเภสัชกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไป

4.4 มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่^[29] ความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยเริ่มอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ.2517 เมื่อ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ ในฐานะเลขาธิการ

แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยสามารถผลักดันให้กระทรวงการคลังสั่งการให้โรงพยาบาลไทยต้องพิมพ์คำเตือนข้างซองบุหรี่ หลังจากนั้นสองปี (2519) กรุงเทพมหานครก็ห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลนคร และรถเมล์ที่วิ่งในกรุงเทพฯ

ในปี พ.ศ.2523 สมาคมอุรเวชช์ สมาคมปราบวัณโรค และสมาคมแพทย์โรคหัวใจ ผลักดันให้มีการเปลี่ยนคำเตือนบนซองบุหรี่ที่แรงขึ้น พ.ศ.2526 สถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกจัดให้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ขึ้น

ในปี พ.ศ.2529 ได้มีการก่อตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้น โดยมูลนิธิหมอชาวบ้าน เพื่อเป็นหน่วยงานประสานงานให้มีการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

ในเดือนตุลาคม ปี 2530 การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เริ่มขยายผลกว้างไกลออกไปยิ่งขึ้น เมื่อร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งมี น.พ.ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นประธานชมรมในขณะนั้น จัดงานวันรณรงค์จากทุกภาคของประเทศมุ่งสู่กรุงเทพมหานคร โดยวางเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ พร้อมกับล่ารายชื่อแสดงประชามติเห็นด้วยกับการไม่สูบบุหรี่ จำนวนกว่า 5,900,000 รายชื่อ ส่งมอบสู่ ฯพณฯ ชวน หลีกภัย ประธานสภาผู้แทนราษฎรในขณะนั้น เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่า คนไทยต้องการกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ และกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองสุขภาพคนส่วนรวมจากควันบุหรี่ ซึ่งประเทศไทย เมื่อปี 2530 ยังไม่มีกฎหมายในเรื่องดังกล่าว มีเพียงแต่ข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลนคร และรถโดยสารประจำทางเท่านั้น

จนมาในปี 2532 กระแสวิพากษ์วิจารณ์เรื่องบุหรี่ ยิ่งทวีความเข้มข้นสูงขึ้น เมื่อสหรัฐอเมริกาขึ้นคำขาดให้รัฐบาลไทย บินยอมให้บุหรี่จากต่างประเทศเข้ามาวางขายในเมืองไทย ได้อย่างถูกกฎหมาย เหตุการณ์ดังกล่าวนำไปสู่จุดหักเหสำคัญของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพราะกลายเป็น “ปัญหาที่นำไปสู่โอกาส” ทำให้เกิดการรวมตัวระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่ห่วงใยต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นว่า ถึงเวลาแล้วที่ไทยจำเป็นต้องมีกฎหมายคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากพิษภัยบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น โดยมีโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งในขณะนั้นมี ศ.นพ.ประภคิน วาศาสกรกิจ เลขานุการฯ ร่วมเป็นหนึ่งในแกนหลัก

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ประเทศไทย มี “พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ” และ “พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่” ปี 2535 ขึ้นมาเป็นครั้งแรก ในช่วงรัฐบาลของ ฯพณฯ อานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการทำงานอย่างหนัก ของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในครั้งที่ไทยถูกบีบให้เปิดตลาดบุหรี่นอกในปี พ.ศ. 2532 นั่นเอง

4.5 ผลที่เกิดจากความพยายามควบคุมการบริโภคยาสูบ

กล่าวได้ว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ทุกฝ่ายในสังคมไทยได้ร่วมกันผลักดันมาตรการที่จำเป็นในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างได้ผล นานาประเทศได้นำผลสำเร็จของประเทศไทยไป

เป็นแบบอย่างในการแก้ปัญหาสุขภาพ ผลที่เกิดจากความพยายามในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมามีได้ ดังนี้

4.5.1 ค่านิยมของการสูบบุหรี่ของสังคมไทยเปลี่ยนไป การไม่สูบบุหรี่เป็นค่านิยมใหม่ โดยเฉพาะในสังคมเมืองและกลุ่มคนที่ระดับการศึกษาสูงขึ้น

4.5.2 อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายอายุมากกว่า 15 ปี ลดลงจากร้อยละ 53 ในปี 2531 เป็น ร้อยละ 37 ในปี 2547

4.5.3 ส่วนในเพศหญิงลดลง จากร้อยละ 4 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 2 ในปี 2547

4.5.4 จำนวนผู้สูบบุหรี่รวม พ.ศ.2531 เท่ากับ 10 ล้านคน พ.ศ.2547 เท่ากับ 9.6 ล้านคน (เฉพาะคนที่สูบบุหรี่ประจำ)

ประมาณการว่าประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2547 น้อยกว่าที่ควรจะเป็น 4 ล้านคน (คำนวณตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น) ถ้าหากประเทศไทยไม่ได้มีการควบคุมการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพและอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยไม่ได้ลดลงจากระดับที่เป็นอยู่เมื่อ พ.ศ.2529 (ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศอื่นส่วนใหญ่) ประเทศไทยจะมีคนสูบบุหรี่ขณะนี้ไม่ต่ำกว่า 13 ล้านคน

4.6 การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ^[30] เป็นเวทีวิชาการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในแวดวงผู้ที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบทั้งนักวิชาการ นักวิจัย คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ ภาครัฐ ภาคประชาสังคม ตลอดจนผู้สนใจทั่วไปที่จะมีโอกาสได้พบปะ แลกเปลี่ยน รับฟังการนำเสนอข้อมูลวิชาการที่เกิดขึ้นในรอบปีเพื่อนำไปสู่การพัฒนางานด้านการควบคุมยาสูบในอนาคต โดยที่ผ่านมามีการจัดการประชุมไปแล้วทั้งหมด 13 ครั้ง ดังนี้ (ครั้งที่ 1-3 ไม่พบข้อมูล)

ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2548 เรื่อง “บุหรี่และสุขภาพ”

ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2549 เรื่อง “รวมพลังประชาคม ขจัดภัยบุหรี่”

ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ.2550 เรื่อง “ร่วมมือ ประสานใจ สร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่”

ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ.2551 เรื่อง “เยาวชนรุ่นใหม่ ร่วมใจ ด้านภัยบุหรี่”

ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ.2552 เรื่อง “สิ่งคุกคามใหม่จากอุตสาหกรรมยาสูบ”

ครั้งที่ 9 ปี พ.ศ.2553 เรื่อง “เพศกับบุหรี่ : จุดเน้นการตลาดในผู้หญิง”

ครั้งที่ 10 ปี พ.ศ.2554 เรื่อง “FCTC เพื่อสังคมไทยไร้ควันบุหรี่”

ครั้งที่ 11 ปี พ.ศ.2555 เรื่อง “การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ”

ครั้งที่ 12 ปี พ.ศ.2556 เรื่อง “กลลวงโฆษณาของพ่อค้าบุหรี่”

ครั้งที่ 13 ปี พ.ศ.2557 เรื่อง “เพิ่มภาษีบุหรี่ ลดคนสูบบุหรี่ ลดคนตาย”

4.7 Hot line 1600^[31] ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Thailand National Quitline) หรือ 1600 สายเลิกบุหรี่ เป็นศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ตามแนว

ปฏิบัติที่พัฒนาจากข้อมูลหลักฐานทางคลินิกที่เชื่อถือได้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ อย่างเป็น
 เครื่องมือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ใหม่ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพและอา
 สมัครเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ระดับภูมิภาค

1600 สายเลิกบุหรี่ ดำเนินการ โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จนกระทั่งมีการ
 ปรีกษาหรือและจัดทำเป็นข้อตกลงของ 3 หน่วยงาน อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงาน
 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 (สสส.) ร่วมมือกัน โดย สสส. สนับสนุนการก่อตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติขึ้น
 ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือ 1600 สายเลิกบุหรี่ เป็นโครงการหนึ่งภายในการกำกับ
 ดูแลของมูลนิธิสร้างสุขภาพ โดยมีนายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์ เป็นประธานมูลนิธิ และคณะกรรมการ
 กำกับทิศทางศูนย์ซึ่งมี นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน
 และมี รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการศูนย์สายปลอดบุหรี่ ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการ
 ไม่สูบบุหรี่ มีจำนวนผู้โทรศัพท์เข้ามาทุกปี อย่างเมื่อ พ.ศ. 2536 - 2545 มีจำนวนเฉลี่ยประมาณ
 1,200 คน/ปี เพิ่มขึ้นเป็น 4,798 คน ในปี พ.ศ. 2549 เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ มาก
 ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโทรทัศน์และวิทยุ ประกอบกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มีการ
 ประชาสัมพันธ์ทางแผ่นพับและโปสเตอร์ ตลอดจนวารสาร สมาร์ทของมูลนิธิฯ ซึ่งตรงกับ
 งานวิจัยที่เกิดในต่างประเทศทั้งในออสเตรเลียและประเทศอังกฤษ ที่ระบุว่าจำนวนคนโทรเข้ามารับ
 บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากและอัตราการเลิกได้สูงขึ้นเมื่อมีการประชาสัมพันธ์
 บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ทางสื่อมวลชน

อย่างไรก็ดี บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นบริการเชิง
 รับ หมายถึงบริการที่รอให้มีผู้โทรศัพท์เข้ามาขอรับบริการ ซึ่งอาจทำได้สองรูปแบบ คือ มีผู้รับสาย
 เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำ กับมีผู้ให้คำปรึกษา รับสายโดยตรง เท่านั้น และมีการติดตามผลทาง
 ไปรษณีย์ร่วมด้วยในระยะหลัง ซึ่งจากผลการวิจัยประสิทธิภาพของบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์
 พบว่าการ โทรศัพท์ติดตามหลังให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ และการโทรไปให้คำปรึกษาผู้รับบริการที่มี
 การส่งต่อมาจากบุคลากรสาธารณสุข สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่เนื่องจาก
 งบประมาณจำกัด มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จึงไม่สามารถขยายขอบข่ายของกรบริการเพิ่มขึ้น
 ได้

สายเลิกบุหรี่บริการให้คำปรึกษาฟรี เพื่อการเลิกบุหรี่แก่ประชาชนทั่วไป เปิดบริการระหว่าง
 07.30 - 20.00 น. ตั้งแต่ วันจันทร์ – วันศุกร์ นอกเวลา หรือวันหยุด (กรุณาฝากข้อความและเบอร์โทร
 กลับ) ช่องทางการบริการ โทร 1600 เฉพาะโครงข่ายของบริษัท TOT จำกัด (มหาชน) ทั่วประเทศ ไม่
 เรียกเก็บค่าบริการ หรือสามารถติดต่อขอใช้บริการได้ที่ www.thailandquitline.or.th

4.8 เครื่องมือการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งอาเซียน (Southeast Asia Tobacco Control

Alliance:SEATCA)^[32]

วิสัยทัศน์ : นำทางสุขภาพที่ดี, ASEAN ปลอดบุหรี่

ภารกิจ : การทำงานร่วมกันเพื่อช่วยชีวิตด้วยการเร่งการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ในประเทศในกลุ่มอาเซียน

SEATCA เป็นพันธมิตรหลายภาคส่วนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนประเทศในกลุ่มอาเซียนในการพัฒนาและดำเนินนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพ โดยตอบสนองความต้องการที่จะติดตามนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างรวดเร็วในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เครือข่ายพันธมิตรทำงานเพื่อควบคุมยาสูบในภูมิภาค SEATCA ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างประเทศเพื่อประสิทธิภาพ มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบและความร่วมมือในระดับภูมิภาคระหว่างคู่ค้า การสนับสนุนของ SEATCA ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลและสถาบันการศึกษาเพื่อความก้าวหน้าของการเคลื่อนไหวในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ในเภสัชกรและนักศึกษาเภสัชศาสตร์

Hudmon และคณะ^[6] ได้ทำการศึกษาถึงการฝึกฝนนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในการการแนะนำเลิกบุหรี่ โดยทำการศึกษาขึ้นเพื่อประเมินผลของ โปรแกรม “Rx for chance” ซึ่งเป็น โปรแกรมการศึกษา 8 ชั่วโมงสำหรับฝึกฝนนิสิตเภสัชศาสตร์ในด้านของทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่ ความมั่นใจในการให้คำปรึกษา และการนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่ในอนาคต โดยทำการศึกษาแบบ pre- and posttraining surveys ในนักศึกษาเภสัชศาสตร์ 142 รายจากมหาวิทยาลัย Texas Southern ซึ่ง โปรแกรมการศึกษา 8 ชั่วโมงนี้ ประกอบไปด้วยการศึกษากาบทบรรยาย 4 ชั่วโมง(ระบาคติวิทยาของการใช้ยาสูบ 30 นาที รูปแบบของยาสูบ 20 นาที เภสัชวิทยาของสารนิโคตินและหลักการของการพึ่งพาอาศัยกัน 45 นาที การเกิดอันตรกิริยาของยากับการสูบบุหรี่ 15 นาทีและการให้ความช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ 120 นาที) และการศึกษาภาคปฏิบัติการ 4 ชั่วโมง (การบำบัดด้วยนิโคติน 90 นาที กรณีศึกษาแบบ Role-play 150 นาที) ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่หลังจากศึกษาจบโปรแกรม(post-training)มีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) ทั้งในส่วนของห้าองค์ประกอบที่สำคัญของการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ (Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange) จากคะแนนความสามารถในการให้คำปรึกษาแบบ 5 A's (ก่อนการอบรม 2.85 ± 1.02 คะแนนและหลังการอบรม 4.02 ± 0.72 คะแนน) ความสามารถโดยรวมของการให้คำปรึกษาและความมั่นใจในการให้คำปรึกษา (จากคะแนนเฉลี่ย 2.98 ± 0.87 คะแนน ก่อนการอบรม และคะแนนเฉลี่ย 4.03 ± 0.58 คะแนน หลังการอบรม) จากการศึกษาทำให้เห็นว่าโปรแกรม “Rx for change” มีผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้และความเชื่อมั่นในการให้คำปรึกษา

การเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางแพทย์และผู้ให้บริการในการฝึกอบรม เฉพาะด้านในการให้การปรึกษาเลิกบุหรี่ การให้ความสำคัญในด้านภูมิหลังทางเชื้อชาติในส่วนของ พื้นที่ที่มีผู้ที่มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงกว่าบริเวณอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ เกษชกรที่อยู่ในพื้นที่ภายในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายซึ่งต้องมีทักษะที่จำเป็นในการให้ความ ช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

Robin และคณะ^[7] ได้ทำการศึกษาการประเมินผลหลักสูตรการเลิกสูบบุหรี่สำหรับนิสิต นักศึกษาเภสัชศาสตร์ การศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีการฝึกอบรมไม่ เพียงพอในการให้บริการเลิกบุหรี่ เพราะถึงแม้มีการแทรกแซงจากผู้เชี่ยวชาญ อัตรารายของผู้เลิกบุหรี่ก็ยัง น้อยอยู่ มีการดำเนินงานอย่างแพร่หลายของโปรแกรมฝึกอบรมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพสำหรับ นักศึกษาวิชาชีพสาขาสุขภาพ โดยให้นิสิตนักศึกษเภสัชศาสตร์ได้รับการฝึกอบรมการเลิกสูบบุหรี่ 7- 8 ชั่วโมง และได้มีการประเมินความสามารถในการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ ทักษะที่สำคัญของ การให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) และประสิทธิภาพของนิสิต นักศึกษาเภสัชศาสตร์ในการให้คำปรึกษา นิสิตนักศึกษเภสัชศาสตร์ จำนวน 493 (82.3%) ถูก ประเมินก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่าความสามารถของนักเรียนแต่ละคนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ คือ จาก 1.89 ± 0.89 เป็น 3.53 ± 0.72 ($p < 0.001$) และมีการจัดอันดับความสามารถในการ ให้คำปรึกษาพบว่า นักเรียนร้อยละ 22 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาดี ดีมาก หรือ ยอดเยี่ยม ก่อนที่จะฝึกอบรม และเมื่อหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94 ดังนั้นการฝึกอบรมนิสิตนักศึกษา เภสัชศาสตร์มีนัยสำคัญอย่างมาก ที่จะช่วยให้สามารถให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ได้ดีขึ้น และ หลักสูตรการฝึกอบรมการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งขณะนี้ถูกนำมาใช้ในการฝึกอบรมร้านขายยา การแพทย์ พยาบาลและนักศึกษาทันตแพทย์

Suchanek และคณะ^[8] ได้ทำการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ ในความคิดเห็น และการปฏิบัติของเภสัชกร โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ ลักษณะการฝึกอบรมในอดีตและ กิจกรรมปัจจุบันในการแทรกแซงเกี่ยวกับบุหรี่ของเภสัชกร ทศนคติการให้ความช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่ ต้องการเลิกสูบบุหรี่และให้ความสนใจในการ ได้รับการฝึกอบรมสำหรับการให้คำปรึกษาการเลิกสู บุหรี่ โดยเฉพาะและระบุตัวพหุคูณของการให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ของเภสัชกร ซึ่งทำการสำรวจ โดยการส่งจดหมายเอกสารจำนวน 10 หน้าจัดส่งไปให้เภสัชกรที่ได้รับใบอนุญาตในสี่มณฑล แคลิฟอร์เนียทั้งหมด ผลการสำรวจที่ได้กลับมา ($n = 1168$; การตอบสนองร้อยละ 54.2) ซึ่งให้เห็นว่า น้อยกว่าร้อยละ 8 ของเภสัชกรในปัจจุบันได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการสำหรับการให้ คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่มีจำนวนต่ำ การพยากรณ์ที่สำคัญของการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การปฏิบัติ การแข่งขัน/เชื้อชาติของเภสัชกร การได้รับการให้คำปรึกษาและ ประสิทธิภาพของตนเองในการให้คำปรึกษา มีเภสัชกรจำนวน 715 คน ที่มีการติดต่อผู้สูบบุหรี่

โดยตรง ร้อยละ 93 ระบุว่าได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะจะทำให้คำปรึกษาที่พวกเขาให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีคุณภาพมากขึ้นและร้อยละ 70 ระบุว่า会增加จำนวนของผู้สูบบุหรี่ที่ให้คำปรึกษา ร้อยละ 88 รายงานความสนใจในการได้รับการฝึกอบรมที่จะได้รับทักษะเหล่านี้ แม้ว่าในขณะที่มีเภสัชกรไม่กี่คนที่ได้รับการฝึกอบรมและการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่อย่างเป็นทางการจำนวนค่า แต่ก็ยังมีผู้เชี่ยวชาญสนใจที่จะพัฒนาบทบาทต่อไปและนอกจากนั้นมีแนวโน้มว่าการบริการให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ของเภสัชกรมีมากขึ้น

Martin และ Chewning^[31] ได้ทำการศึกษาการประเมินความสามารถในการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ของเภสัชกร โดยใช้สองสถานการณ์ของผู้สูบบุหรี่ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบการเล่นสองบทบาทก่อนและหลังสถานการณ์ของผู้สูบบุหรี่ โดยใช้โปรแกรมการฝึกอบรมทักษะการให้คำปรึกษาของเภสัชกร ประการที่สองการวิเคราะห์ความถูกต้อง สังเกตเครื่องมือที่ใช้ในการเขียนโปรแกรมเพื่อประเมินบทบาทของเภสัชกร โดยเภสัชกรเล่นสองบทบาท โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 5A และเตรียม Transtheoretical model การแสดงของเภสัชกรถูกประเมินโดยการสังเกต ผลการดำเนินงานการให้คำปรึกษาของเภสัชกร ($n = 25$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการฝึกอบรม ($p < 0.02$: Action Scenario; $p < 0.004$: Preparation Scenario) มากกว่าร้อยละ 50 ของเภสัชกรให้คำปรึกษาบริการผู้สูบบุหรี่โดยตรงและคิดตามการฝึกอบรมเป็นเวลา 1 ปี การพัฒนาทักษะการเล่นตามบทบาทเภสัชกรจะช่วยอำนวยความสะดวก การประเมินผลเครื่องมือและการกระทำอาจจะทำให้คาดการณ์บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรได้เป็นอย่างดี ผลการปฏิบัติงานการเล่นตามบทบาทและเครื่องมือสำหรับการประเมินผลการปฏิบัติงานที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของเภสัชกรในระหว่างการฝึกอบรมและการคาดการณ์การบริการในชุมชน

วรรมน ภูทองเงิน^[5] ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการเลิกสูบบุหรี่ใน โครงการ “เพื่อนกันร่วมสร้างสรรค์สุขภาพดี” โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโครงการเพื่อนกันร่วมสร้างสรรค์สุขภาพดีและหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับเปอร์เซ็นต์การลดมวนบุหรี่ที่สูบลงได้ โดยเป็นการศึกษาทั้งทดลองโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังร่วมโครงการ หลังจากการให้คำแนะนำและติดตามการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้กลยุทธ์ 5A's โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ 119 คน มีเพียง 76 คนที่สามารถติดคาบได้ หลังเข้าร่วมโครงการมี 8 คน(ร้อยละ 10.53) สามารถเลิกบุหรี่ได้ และมี 51 คน(ร้อยละ 67.11) สามารถลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงได้ เฉลี่ยร้อยละ 41.97 จากจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนเข้าร่วมโครงการ เมื่อเปรียบเทียบพบว่าระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่หลังเข้าร่วมโครงการมีมากกว่าระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่กับเปอร์เซ็นต์มวนบุหรี่ที่ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญได้แก่ ปัจจัยการ

ไม่เค็มสุรา ($p < 0.05$) ปัจจัยความเกรงกลัวต่อโรคที่เกิดจากบุหรี่ เช่น มะเร็ง ถุงลมโป่งพอง ($p < 0.05$) ปัจจัยการให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ ($p < 0.01$) และปัจจัยแรงกระตุ้นจากบุคคลในครอบครัว ($p < 0.05$)

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร

จากงานวิจัยของ Frank และคณะ^[34] ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล เพื่อประเมินผลกระทบของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล โดยนักศึกษาเภสัชกรในผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในศูนย์การแพทย์ ทำการศึกษาแบบ prospective, non-randomized, cohort study ในกลุ่มผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ และได้รับการรักษาใน the Family หรือ Internal Medicine teaching services ที่ the University of Tennessee Medical Center โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 118 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับ intervention 13 รายและกลุ่มควบคุม 26 ราย ซึ่งกลุ่มที่ได้รับ intervention จะได้รับการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเป็นรายบุคคลและหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากศูนย์การแพทย์ก็จะได้รับโทรศัพท์เพื่อติดตามทุกสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนของตัวแปรทางด้านประชากรหรือจำนวนปีที่สูบบุหรี่ มีรายงานว่าในส่วนของข้อมูลเริ่มต้นกลุ่มที่ได้รับ intervention มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า odds ratio (OR) สำหรับผลการศึกษาหลัก(สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้) คิดเป็น 1.68 [95%CI=0.29:9.748] ซึ่งมีมากในกลุ่มที่ได้รับ intervention ส่วนค่า OR สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็น 3.20 [95%CI=0.484:21.167] ในกลุ่มที่ได้รับ intervention เทียบกับกลุ่มควบคุม จากการศึกษาทำให้เห็นว่ามีแนวโน้มในการที่ผู้ป่วยจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ และมีการใช้แนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเวลาในการทำการศึกษายังมีจำกัด ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานวิจัยแบบนี้ต่อไปในภายภาคหน้า

จิตรรัตน์ อาจจุฬา และคณะ^[35] ได้ทำการศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำและการใช้ยาในการเลิกบุหรี่ในร้านยามหาวิทยาลัย โดยความร่วมมือของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาและการใช้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ในร้านยามหาวิทยาลัยสาขา 1 อำเภอเมือง สาขา 2 และสาขา 3 อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับศูนย์แพทย์ชุมชน สามีคคี ศูนย์แพทย์ชุมชนบูรพา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขอนยาง โดยทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 36 คน ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาและอาจมีการใช้ยาในการช่วยเลิกบุหรี่ คู่มือเลิกบุหรี่ และติดตามผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 5 ครั้ง จากผลการศึกษาพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนให้บริการเลิกบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันเป็น

14.19±13.79 มวนต่อวัน และหลังให้บริการเลิกบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลงเป็น 5.83±6.95 มวนต่อวัน พบว่าผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหลังให้คำแนะนำปรึกษาจำนวน 11 คน (ร้อยละ 30.6) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$) โดยแรงจูงใจที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุดคือ การได้รับกำลังใจจากครอบครัวหรือคนรอบข้าง รองลงมาคือ การพยายาม เบี่ยงเบนความสนใจหรือเลิกทำสิ่งที่เคยชินเมื่ออยากสูบบุหรี่ ส่วนอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ที่พบบมากที่สุดคือ การทนต่ออาการถอนนิโคติน

จินตหลา เกนศิริ และคณะ^[36] ได้ทำการศึกษาถึงผลการเลิกบุหรี่ในเขตชุมชนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อศึกษารองภาวะจิตบุหรืและความต้องการเข้ารับบริการเลิกบุหรื เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องบุหรื จำนวนมวนบุหรืที่สูบ คุณภาพชีวิตของผู้สูบบุหรืก่อนและหลังการให้บริการเลิกบุหรื การเลิกบุหรืได้สำเร็จ และความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรื โดยมีผู้เข้าร่วมบริการเลิกบุหรืจำนวน 32 คน ผู้เข้ารับบริการเลิกบุหรืจะได้รับการให้ความรู้โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ การส่งข้อความสั้นและการใช้ยาอมเลิกบุหรื โดยทำการติดตาม 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรืมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$) จากคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 8.09±1.51 คะแนนเป็น 10.34±1.26 คะแนนหลังการติดตามครั้งที่ 1 และ 11.03±1.03 คะแนนหลังการติดตามครั้งที่ 2 ส่วนจำนวนมวนบุหรืเฉลี่ยต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$) จาก 13.03±9.61 มวน ก่อนให้บริการเลิกบุหรื เป็น 7.94±6.52 มวน หลังการติดตามครั้งที่ 1 และ 6.31±6.78 มวน หลังการติดตามครั้งที่ 2 จากการติดตามที่ 12 สัปดาห์ พบว่าสามารถเลิกบุหรืได้ 5 คน (ร้อยละ 15.6) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นหลังติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p=0.034$ ตามลำดับ) ผู้มารับบริการเลิกบุหรืมีความพึงพอใจในการให้บริการมากที่สุดในเรื่องนิสิตเภสัชศาสตร์ให้ความเป็นกันเอง มนุษยสัมพันธ์ดี สุภาพ ไว้วางใจได้ (ร้อยละ 59) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การให้บริการเลิกบุหรืโดยนิสิตเภสัชศาสตร์สามารถช่วยเพิ่มความรู้ มีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรืลดจำนวนมวนที่สูบ และสามารถเลิกบุหรืรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ทศพล ไชยราช และคณะ^[37] ได้ทำการศึกษาถึงผลการให้บริการเลิกบุหรืของร้านยา มหาวิทยาลัยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรืของร้านยา มหาวิทยาลัยสาขา 1 รูปแบบการวิจัยเป็นแบบเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการเลิกบุหรืระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 โดยทำการคัดกรองบุหรืในร้านยา มหาวิทยาลัยสาขา 1 อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม และชุมชนใกล้เคียง ผู้สูบบุหรืที่ต้องการเข้ารับบริการเลิกบุหรืจะได้รับการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรื แผ่นพับ คู่มือการเลิกบุหรื การติดตามทางโทรศัพท์และการส่งข้อความสั้นให้กำลังใจ ติดตามผลจากจำนวนบุหรืที่สูบ อัตราการเลิก

บุหรี ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี และความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการ จากการศึกษาการเลิกบุหรีทั้งในร้านยาและชุมชนใกล้เคียงโดยใช้แบบสอบถามทั้งสิ้น 463 คน พบผู้ที่สูบบุหรี 81 คน (ร้อยละ 17.49) จำนวนมวนเฉลี่ยที่สูบคือ 8.67 ± 7.64 มวนต่อวัน มีผู้สูบบุหรีที่เข้าร่วมบริการเลิกบุหรีจำนวน 34 คน เปรียบเทียบผลการบริการเลิกบุหรีก่อนและหลังให้บริการ 3 ครั้ง ในวันที่ 7, 30 และ 90 พบว่าจำนวนมวนบุหรีที่สูบเฉลี่ยก่อนเข้ารับบริการเท่ากับ 9.03 ± 6.11 มวนต่อวัน ซึ่งลดลงเหลือ 4.79 ± 5.45 ($p < 0.001$), 3.76 ± 4.78 ($p < 0.001$) และ 2.68 ± 3.59 ($p < 0.001$) มวนต่อวัน และอัตราการเลิกบุหรี คือ 10 คน (ร้อยละ 29.41), 12 คน (ร้อยละ 35.29) และ 13 คน (ร้อยละ 38.23) หลังจากติดตามวันที่ 7, 30 และ 90 ตามลำดับ ปัญหาและอุปสรรคที่พบมาก คือ มีอาการหงุดหงิดจากการถอนนิโคตินจำนวน 11 คน (ร้อยละ 32.35) และผู้รับบริการทั้งหมดปฏิบัติตามคำแนะนำส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อความเป็นกันเองของผู้ให้บริการและสื่อ/เอกสารให้ความรู้ (ร้อยละ 91.18) ดังนั้นการให้บริการเลิกบุหรีของร้านยามหาวิทยาลัย มีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรีสามารถลดจำนวนมวนบุหรีต่อวัน และสามารถเลิกบุหรี ซึ่งอาจช่วยลดโอกาสการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรีได้

จิตรีศน์ คำอินทร์^[38] ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการให้บริการแบบเพื่อนคู่คิด พิชิตภัยบุหรีต่อนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อทดสอบผลของการให้บริการแบบเพื่อนคู่คิด พิชิตภัยบุหรีในนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยรูปแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 19 คน ในกลุ่มทดลองได้รับการบริการแบบเพื่อนคู่คิด พิชิตภัยบุหรี ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องบุหรีและการติดตามให้คำปรึกษารายบุคคลตามระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี ผลการศึกษาพบว่า ก่อนให้บริการแบบเพื่อนคู่คิด พิชิตภัยบุหรี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานทางประชากร ระดับคะแนนความรู้ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี และจำนวนมวนบุหรีที่สูบไม่แตกต่างกันทางสถิติ หลังจากการให้บริการแบบเพื่อนคู่คิด พิชิตภัยบุหรี พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรีในเดือนที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 26.3 ในเดือนที่ 2 เท่ากับ ร้อยละ 47.4 และในเดือนที่ 3 เท่ากับ ร้อยละ 57.9 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีในกลุ่มทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้เรื่องบุหรีเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการให้บริการแบบเพื่อนคู่คิด พิชิตภัยบุหรีสามารถช่วยให้นิสิตเตรียมพร้อมในการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นและสามารถเลิกบุหรีได้

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบ Descriptive study เพื่อประเมินทักษะของการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่

3.2 ขอบเขตงานวิจัย

ทำการศึกษาในนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่แล้ว และได้ให้บริการเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยจริง ที่ร้านยา มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกสาขา ระยะเวลาที่ทำการศึกษา 10 เดือน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ.2556 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ.2557

3.3 กลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2556 ที่ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่แล้ว จำนวน 112 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. นิสิตเภสัชศาสตร์ที่ผ่านการเรียนในหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ ในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 โดยจะต้องเข้าเรียนครบทั้งภาคบรรยายและภาคปฏิบัติการ จำนวน 6 ชั่วโมง
2. นิสิตสามารถหาผู้สูบบุหรี่ได้ 1 รายและผู้สูบบุหรี่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. โคนหักการเรียนหรือหันสภาพนิสิตขณะเข้าร่วมการศึกษา
2. ไม่สามารถติดต่อสื่อสารเพื่อติดตามข้อมูลได้
3. ป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือมีอาการทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

3.3.2 ผู้เข้ารับบริการ คือ ผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ ถูกคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive

Sampling) มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา และเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า(Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวน ขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งใน 6 เดือน ก่อนที่จะเข้าร่วมการศึกษา)
2. ผู้ที่สามารถมารับคำปรึกษาได้ตามนัด หรือติดต่อได้ทางโทรศัพท์
3. เป็นผู้ที่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ รวมถึงมีความสามารถในการสื่อสาร และตอบแบบสัมภาษณ์ได้ด้วยตัวเอง
4. ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
5. ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถติดต่อสื่อสารเพื่อติดตามข้อมูลได้
2. ป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือมีอาการทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา(ภาคผนวก ก)
2. แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอนโดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วย
 - ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เพศ รหัสประจำตัวนิสิต, ชั้นปีที่เรียนอยู่ เบอร์โทรศัพท์ วันเกิด อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย ประสบการณ์ในการฝึกอบรมการให้บริการเลิกบุหรี่ (จำนวนครั้งและชั่วโมงการเรียนภาคทฤษฎี จำนวนครั้งและชั่วโมงการฝึกปฏิบัติ) ประสบการณ์ในการให้บริการเลิกบุหรี่
 - ประเมินความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ทั้งก่อนและหลังการให้บริการเลิกบุหรี่ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก มั่นใจมากที่สุด
 - ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนโดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง โดยใช้คำถามปลายเปิด
3. แบบประเมินทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ค) โดยผู้วิจัยจะประเมินทักษะ 5

A's ได้แก่ Ask, Advice, Assess, Assist และ Arrange แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง พอใช้ ดี คี มาก คีที่สุด และ

4. แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ ใช้แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยา มหาวิทยาลัย (ภาคผนวก ง) ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับบริการ ได้แก่ ชื่อ – สกุล วันเกิด อายุ อาชีพ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา
- ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

- แบบประเมินภาวะการติดยาโคติน โดยใช้แบบประเมินจาก Fagerstrom test for Nicotine Dependent ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ มีการประเมินผลจากคะแนนรวมดังนี้

8-10 คะแนน แสดงว่า ติดยาโคตินระดับสูงมาก

7 คะแนน แสดงว่า ติดยาโคตินระดับสูง

5-6 คะแนน แสดงว่า ติดยาโคตินระดับปานกลาง

3-4 คะแนน แสดงว่า ติดยาโคตินระดับต่ำ

0-2 คะแนน แสดงว่า ติดยาโคตินระดับต่ำมาก

- แบบจำลองความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (Transtheoretical Model : TTM) ซึ่งแบ่งระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เป็น 5 ระดับ ดังนี้

Pre-contemplation คือ ภาวะที่ผู้สูบบุหรี่ไม่มีความสนใจหรือต้องการเลิกบุหรี่เลยในอีก 6 เดือนข้างหน้า

contemplation คือ ภาวะที่ผู้สูบบุหรี่ยังลังเลใจในการเลิกบุหรี่ โดยคิดจะเลิกในอีก 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังไม่มีการวางแผนการเลิกบุหรี่ที่แน่ชัด

preparation คือ ภาวะที่ผู้สูบบุหรี่วางแผนจะเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้าและเคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วในปีที่ผ่านมาแต่ไม่สำเร็จ

action คือ ภาวะที่ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่มาได้อย่างน้อย 1 วัน ถึง 6 เดือน

maintenance คือ ภาวะที่ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่มาได้อย่างน้อย 6 เดือน

- แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่ ประกอบด้วยข้อความตัวเลือกทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็นภาวะเสพติดนิโคตินแทนด้วยสัญลักษณ์ ภาวะเสพติดทางจิตใจแทนด้วยสัญลักษณ์ และภาวะ

เสถียรภาพทางสังคมหรือความเคยชินแทนด้วยสัญลักษณ์ อย่างละ 5 ข้อ หากผู้ตอบนุหรีเลือกข้อความใดมากที่สุดก็ถือว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้ติดนุหรี

- แบบแสดงความยินยอมในการให้โทรศัพท์ไปหาเพื่อให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและ
ติดตามผล

5. แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมสำหรับ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบ โดยเภสัชกรชุมชน (ภาคผนวก จ) ประกอบไปด้วยแบบฟอร์ม
สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ AI-A5

6. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมบริการเลิกนุหรีของร้านยา (ภาคผนวก ฉ)

3.5 การดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการวิจัย

1.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใช้ระยะเวลา 2 เดือน ประกอบไปด้วยงานวิจัยที่
เกี่ยวกับการอบรมนิตติเภสัชศาสตร์และเภสัชกรในการให้บริการเลิกนุหรี ผลการให้บริการเลิกนุหรี
ในร้านยา แนวทางการให้บริการเลิกนุหรี

1.2 การจัดทำเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาใช้ระยะเวลา 2 เดือน ประกอบ
ไปด้วย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการ
ให้บริการเลิกนุหรี และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอน โดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง
แบบเก็บข้อมูลทักษะ แบบบันทึกการให้บริการเลิกนุหรีของร้านยามหาวิทยาลัย แบบฟอร์มสำหรับ
บันทึกข้อมูลการให้บริการ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมบริการเลิกนุหรีของร้านยา

1.2.1 แบบบันทึกการให้บริการเลิกนุหรีของร้านยามหาวิทยาลัย (ภาคผนวก ง) และ
แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ (ภาคผนวก จ) เป็นแบบฟอร์มมาตรฐานที่ร้านยาและ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการใช้เป็นแบบฟอร์มมาตรฐาน

1.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมบริการเลิกนุหรีของร้านยา
(ภาคผนวก ฉ) อ้างอิงจากการศึกษาของทศพล ไชยราชและคณะ^[17]

1.2.3 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (ภาคผนวก ก) แบบเก็บข้อมูล
ทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกนุหรี และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอนโดยการ
ใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (ภาคผนวก ข) และแบบเก็บข้อมูลทักษะ (ภาคผนวก ค) ทางผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำ

โดยแบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอน โดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และแบบเก็บข้อมูลทักษะ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน

1.3 นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ทุกคนจะได้รับการสอนในหัวข้อ Smoking cessation โดยแบ่งเป็นภาคบรรยายเป็นเวลา 3 ชั่วโมง หัวข้อที่สอนภาคบรรยาย ได้แก่

- 1.สถานการณ์และความสำคัญของโรคติดบุหรี่ในปัจจุบัน
- 2.สารสำคัญในบุหรี่และผลกระทบต่อร่างกาย
- 3.การประเมินการติดบุหรี่
- 4.แนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่
- 5.การเลือกจ่ายเลิกบุหรี่และการให้คำแนะนำปรึกษา

ภาคปฏิบัติการเป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยจะให้นิสิตแสดงบทบาทสมมุติในการให้บริการเลิกบุหรี่ ภายใต้การสังเกต ควบคุมและให้คำแนะนำโดยอาจารย์เภสัชกร โดยให้นิสิตจับคู่ เพื่อแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์ที่ได้รับ และสลับนิตี้ออกไปแสดงบทบาทหน้าชั้น จากนั้นอาจารย์ติชมและให้คำแนะนำเพิ่มเติม และเรียนรู้ด้วยตัวเอง 2 ชั่วโมงเป็นการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ให้นิสิต 1 คน ค้นหาและดูแลผู้สูบบุหรี่ 1 คน ในระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเก็บข้อมูล

2.1 นัดประชุมนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 2 ครั้ง โดยทำการชี้แจงหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (ภาคผนวก ก) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอน โดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (ภาคผนวก ข) แบบเก็บข้อมูลทักษะ (ภาคผนวก ค) แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ ใช้แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยามหาวิทยาลัย (ภาคผนวก ง) แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพติดโดยเภสัชกรชุมชน (ภาคผนวก จ) ประกอบไปด้วยแบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ A1-A5 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมบริการเลิกบุหรี่ของร้านยา (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งนิสิตผู้เข้าร่วมการศึกษาคงต้องให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วย โดยในการให้บริการเลิกบุหรี่จะให้นิสิต 1 คนต่อผู้เข้ารับบริการ 1 คน มีการอัดคลิปเสียงตลอดช่วงเวลาการให้บริการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นนิสิตจะต้องติดตามการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย โดยใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสอบถามข้อมูล ในวันที่ 7, 14 ของการเลิกบุหรี่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รับ

โทรศัพท์เกิน 3 ครั้ง, คิดค่อไม่ได้เป็นเวลามากกว่า 1 รอบของการติดตาม หรือไม่ยินยอมบอกข้อมูล จะถือว่าผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมในการติดตามข้อมูล ผู้ป่วยจะถูกตัดออกจากการศึกษา และใช้ข้อมูล ครั้งล่าสุดของผู้ป่วยรายนั้นในการประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่แทน

2.2 ติดต่อผู้ประสานงานในชั้นปีที่ 3 จำนวน 1 คน ทุก 2 สัปดาห์ ในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อติดตามสอบถามความก้าวหน้าของการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยติดตามข้อมูลการให้บริการเลิก บุหรี่ที่ร้านยาแต่ละสาขาทุกๆ 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่โดย นิสิตผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือในกรณีที่มีนิสิตไม่สามารถหาผู้เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ได้ ผู้วิจัยช่วยในการ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามผู้รับบริการเลิกบุหรี่รายเก่า หรือผู้รับบริการเลิกบุหรี่ที่ทาง โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้มีนิสิตผู้เข้าร่วมการศึกษามีผู้รับบริการเลิกบุหรี่ด้วยได้

2.3 นัดหมายส่งแบบประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บ รวบรวมแบบประเมินทั้งหมด

2.4 ประเมินคลิปเสียงเป็นเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยจะฟังและประเมินคลิปเสียงร่วมกัน ประเมิน โดยใช้แบบเก็บข้อมูลทักษะ

2.5 สรุปและประเมินผลการวิจัย

2.6 นำเสนอผลการศึกษาให้กรรมการควบคุมการวิจัยรับทราบเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสมของข้อมูล

2.7 ส่งผลการประเมินให้อาจารย์ประจำรายวิชา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 16.0 ซึ่งรายละเอียด ของสถิติในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาค่าร้อยละ ความถี่ และค่ากลางของข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าร่วม การศึกษา ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษา

1.1.1 การแจกแจงความถี่และร้อยละสำหรับข้อมูลแบบนับ ได้แก่ เพศ

1.1.2 การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±SD) สำหรับข้อมูล แบบต่อเนื่อง ได้แก่ อายุและผลการเรียนเฉลี่ย

1.2 ข้อมูลเชิงอนุมาน

-เปรียบเทียบจำนวนมวนเฉลี่ยก่อนและหลังการรับบริการ โดยใช้สถิติ Paired t-test
 ในกรณีที่มีการกระจายตัวของข้อมูลปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test เมื่อข้อมูลมีการ
 กระจายตัวไม่ปกติ

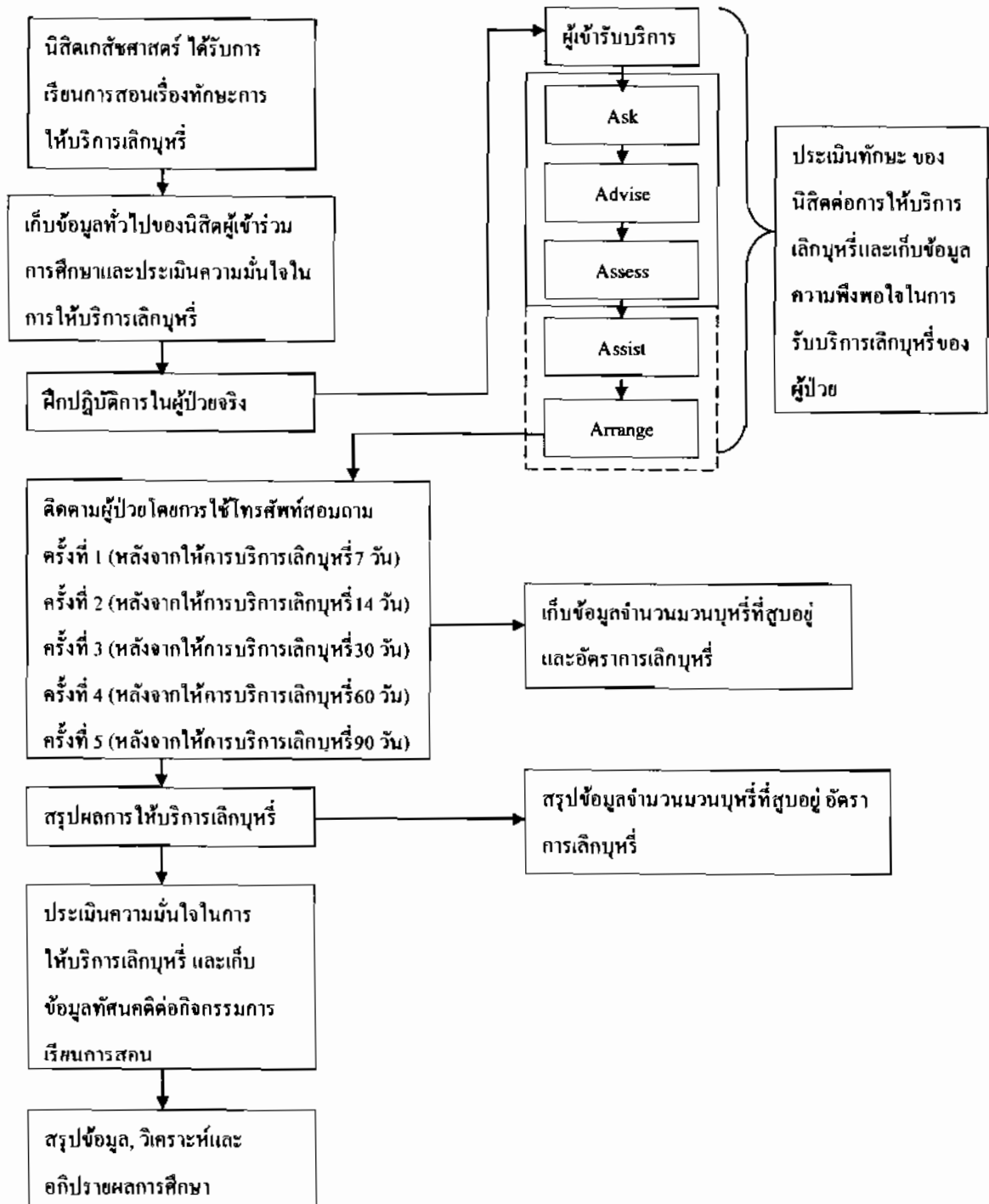
-เปรียบเทียบระดับความมั่นใจของนิสิตก่อนและหลังการรับบริการ โดยใช้สถิติ Chi-
 square

-การวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อแจกแจงความถี่ของผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้, ผู้ที่สูบ
 เท่าเดิม, และผู้ที่สูบบากขึ้น

-แจกแจงค่าความถี่, ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่
 ของนิสิต

-การวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่
 เข้ารับบริการเลิกบุหรี่

3.7 แผนการดำเนินงานวิจัย



ภาพประกอบ 2 แผนการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นงานวิจัยแบบ descriptive study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ ในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ของนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 112 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – มกราคม 2557 มีผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 2 ทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิต ความคิดเห็นของนิสิตก่อนและหลังการรับบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และประวัติการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 ความสำเร็จของการให้บริการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการเลิกบุหรี่

จากการทำการศึกษาในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2556 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – มกราคม 2557 ทั้งหมด 112 คน เป็นเพศชาย ทั้งหมด 30คน (ร้อยละ 26.8) และเพศหญิง 82 คน (ร้อยละ 73.2) อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษาเท่ากับ 20.82 ± 0.69 ปี และผลการเรียนเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษากว่า 3.39 ± 0.31

ตาราง 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการเลิกบุหรี่

คุณลักษณะ	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)
เพศ	
-ชาย	30(26.8)
-หญิง	82(73.2)

ตาราง 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)
อายุ (ปี) -เฉลี่ย±SD	20.82±0.69
ผลการเรียน(GPAX) -Maximum	3.93
-Minimum	2.66
-เฉลี่ย±SD	3.39±0.31

ส่วนที่ 2 ทักษะการให้บริการเลือกหูรื้อของนิสิต ความคิดเห็นของนิสิตก่อนและหลังการรับบริการ

จากการเปรียบเทียบความมั่นใจของนิสิตทั้งก่อนและหลังการให้บริการ พบว่าก่อนให้บริการเลือกหูรื้อ นิสิตส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับ มั่นใจปานกลาง (ร้อยละ47.3) หลังการให้บริการเลือกหูรื้อ นิสิตส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับ มั่นใจมาก (ร้อยละ53.6) โดยเมื่อเปรียบเทียบระดับความมั่นใจแล้วพบว่าหลังการให้บริการนิสิตส่วนใหญ่มีระดับความมั่นใจเพิ่มขึ้น (ร้อยละ83.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; Chi-square)

ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนความมั่นใจของนิสิตทั้งก่อนและหลังการรับบริการ

ระดับความมั่นใจ	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)		p-value
	ก่อนให้บริการเลือกหูรื้อ	หลังให้บริการเลือกหูรื้อ	
ความมั่นใจในการให้บริการเลือกหูรื้อ			<0.001
-ไม่มั่นใจเลย	19(17.0)	1(0.9)	
-มั่นใจเล็กน้อย	26(23.2)	8(7.1)	
-มั่นใจปานกลาง	53(47.3)	35(31.2)	
-มั่นใจมาก	12(10.7)	60(53.6)	
-มั่นใจมากที่สุด	2(1.8)	8(7.1)	
ระดับความมั่นใจหลังให้บริการ			N/A
-ลดลง	-	7(6.2)	

ตาราง 4.2 (ต่อ)

ระดับความมั่นใจ	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)		p-value
	ก่อนให้บริการเลิกบุหรี่	หลังให้บริการเลิกบุหรี่	
-เท่าเดิม	-	12(10.7)	
-เพิ่มขึ้น	-	93(83.0)	

จากการศึกษาคะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิตจำนวน 112 คน พบว่า นิสิตส่วนมากสามารถปฏิบัติได้สมบูรณ์ในหัวข้อ Ask (ร้อยละ 100), การประเมิน Fagerstrom test for Nicotine Dependent (ร้อยละ 96.4) และการประเมินสาเหตุการติดบุหรี่ (ภาวะเสพติดทางจิตใจ ภาวะเสพติดทางสังคมหรือความเคยชิน) (ร้อยละ 99.1) ตามลำดับ นิสิตส่วนมากไม่ปฏิบัติในหัวข้อ การเลิกไอ้ยา (ร้อยละ 54.5) การติดตามผู้ป่วย (ร้อยละ 51.8) และ Remove (ร้อยละ 43.8)

ตาราง 4.3 คะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิต

หัวข้อการประเมิน	คะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ (n=112)(ร้อยละ)		
	ทำได้สมบูรณ์	ไม่สมบูรณ์	ไม่ปฏิบัติ
Ask	112(100)	0(0.0)	0(0.0)
Advice	81(72.3)	30(26.8)	1(0.9)
Assess -Fagerstrom test for Nicotine Dependent	111(99.1)	0(0.0)	1(0.9)
Assist -หลัก STAR	6(5.36)	100(89.25)	6(5.36)
Set a quit date	49(43.8)	26(23.2)	37(33.0)
Tell others	73(65.2)	1(0.9)	38(33.9)
Anticipation guidance	55(49.1)	12(10.7)	45(40.2)
Remove all tobacco products	63(56.2)	0(0.0)	49(43.8)
-การเลิกไอ้ยา	32(28.6)	19(17.0)	61(54.5)

ตาราง 4.3 (ต่อ)

-หลัก SD's			
Delay	86(76.8)	1(0.9)	25(22.3)
Deep breath	83(74.1)	0(0.0)	29(25.9)
Drink water	92(82.1)	0(0.0)	20(17.9)
Do something else	86(76.8)	0(0.0)	26(23.2)
Destination	70(62.5)	1(0.9)	41(36.6)
Arrange follow up	34(30.4)	20(17.9)	58(51.8)

จากตารางที่ 4.3 ในส่วนของ Assist จะแสดงทั้งคะแนนทักษะรวมในหัวข้อที่นิสิตปฏิบัติ โดยจะเป็นคะแนนที่แสดงถึงจำนวนนิสิตที่สามารถปฏิบัติหัวข้อในส่วนของ Assist ได้ครบทั้งสามหัวข้อ ได้แก่ หลัก STAR การเลือกैया และหลัก SD's และคะแนนทักษะย่อยที่นิสิตปฏิบัติในแต่ละหัวข้อ

จากการศึกษาความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอนโดยการใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง พบว่า นิสิตส่วนมากมีความคิดเห็นต่อการเรียนภาคบรรยายในเชิงบวก (ร้อยละ82.1) ในด้านความคิดเห็นต่อการเรียนโดยให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง นิสิตส่วนมากมีความคิดเห็นว่า ทำให้มีกล้าและความมั่นใจในการให้บริการเล็ก บุหรี่หลังจากได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (ร้อยละ31.3) ในด้านความคิดเห็นต่อการให้บริการเล็กบุหรี่นิสิตส่วนมากมีทัศนคติว่า การเลิกบุหรี่ขึ้นอยู่กับจิตใจของบุคคลนั้น (ร้อยละ 34.0)

ตาราง 4.4 ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน โดยการใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)
ความคิดเห็นต่อการเรียนภาคบรรยาย	
-ความคิดเห็นเชิงบวก	92(82.1)
-ความคิดเห็นเชิงลบ	13(11.6)

ตาราง 4.4 (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอน	จำนวนผู้เข้าร่วม การศึกษา (n=112) (ร้อยละ)
-ไม่มีความคิดเห็น	7(6.3)
ความคิดเห็นต่อการเรียน โดยให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง	
-การโน้มน้าวผู้ป่วยทำได้ยากมาก ขึ้นอยู่กับจิตใจของผู้ป่วย	8(7.1)
-เข้าใจบทเรียนมากยิ่งขึ้น ได้ทักษะในการแก้ไขปัญหา	18(16.1)
-อาจจะไม่เรียงตามขั้นตอนขึ้นอยู่กับสถานการณ์	2(1.8)
-การเลือกยาในการรักษาต้องให้สัมพันธ์กับฐานะ อาชีพ	
ความสะดวกในการใช้	22(19.6)
-ทำให้มีกล้าและความมั่นใจในการให้บริการเลิก บุหรี่	
หลังจากได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง	35(31.3)
-ไม่มีความเห็น	6(5.4)
-ทำได้ยากสำหรับนิสิตในการหาเคสผู้ป่วย	12(10.7)
-ยังไม่ค่อยมีความมั่นใจในการให้บริการ	9(8.0)
ความคิดเห็นต่อการให้บริการเลิกบุหรี่	
-เป็นการบริการที่ดีมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ติดบุหรี่เองและคนรอบข้าง	36(32.1)
-ไม่ค่อยมีความมั่นใจในการให้บริการ	3(2.7)
-การเลิกบุหรี่ขึ้นอยู่กับจิตใจของบุคคลนั้น	38(34.0)
-การให้บริการจะต้องมีพื้นฐานและประสบการณ์ที่ดี	18(16.1)
-เป็นกิจกรรมที่ดีควรมีต่อไปเรื่อยๆ	4(3.6)
-ควรจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคลที่สูบบุหรี่	2(1.8)
-ไม่แสดงความคิดเห็น	6(5.4)
-เป็นบทบาทหนึ่งที่เขาสามารถทำได้เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ	3(2.7)
-ควรมีหลายหน่วยงานมาร่วมมือ	1(0.9)
-มีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาในการบริการเลิกบุหรี่	
มาก	1(0.9)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และประวัติการเลิกสูบบุหรี่

มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 112 คน มีอายุเฉลี่ย 33.45 ± 15.09 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 11.45 ± 11.44 ปี ประเภทบุหรี่ที่สูบส่วนมากจะเป็นบุหรี่ซอง 91 คน (ร้อยละ 81.2) ผู้ที่เข้ารับบริการส่วนมากเคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน 84 คน (ร้อยละ 75.0) ส่วนใหญ่เคยเลิกบุหรี่โดยการหักดิบ 38 คน (ร้อยละ 33.9) ผู้ที่เข้ารับบริการมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ 89 คน (ร้อยละ 79.5) โดยปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเลิกครั้งที่ผ่านมามีส่วนมากคือ สิ่งแวดล้อม คนรอบข้าง เพื่อน จำนวน 43 คน (ร้อยละ 38.5) ดังตารางที่ 4.5

ตาราง 4.5 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และประวัติการเลิกสูบบุหรี่

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)
เพศ	
-ชาย	109(97.3)
-หญิง	3(2.7)
อายุ (ปี)	
-เฉลี่ย \pm SD	33.45 \pm 15.09
โรคประจำตัว	
ไม่มี	80(71.4)
มี	32(28.6)
-เบาหวาน	1(0.9)
-ความดันโลหิตสูง	3(2.7)
-ซึมเศร้า	2(1.8)
-อื่นๆ	25(22.3)
-ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	1(0.9)
ความเสี่ยงโรคประจำตัว	
ไม่มี	97(86.6)
มี	15(13.4)
-เบาหวาน	3(2.7)
-ความดันโลหิตสูง	5(4.5)

ตาราง 4.5 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)
-อื่นๆ	5(4.5)
-ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	2(1.8)
ยาที่ใช้ประจำ	
ไม่มี	100(89.3)
มี	12(10.7)
-ยาน้ำแก้แพ้	4(3.6)
-วิตามิน	3(2.7)
-ยาลดความดันโลหิตและยาลดไขมันในเลือด	1(0.9)
-ยารักษาโรคเบาหวาน	1(0.9)
-ยารักษาอาการทางจิต	1(0.9)
-ยารักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและยาลดไขมันในเลือด	2(1.8)
ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนคน (n=112) (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่สูบ(ปี)	
-(mean±SD)	11.45±11.44
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน	
-น้อยกว่า 10 มวน	53(47.3)
-10 ถึง 24 มวน	56(50.0)
-มากกว่า 25 มวน	3(2.7)
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน	10.65±7.87
ดื่มสุรา	
ไม่ดื่ม	17(15.2)
ดื่ม	95(84.8)
-ดื่มทุกวัน	11(9.8)
-ดื่มเฉพาะโอกาส	84(75.0)
ประเภทบุหรี่ที่สูบ	
-บุหรี่ซอง	91(81.2)

ตาราง 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนคน (n=112) (ร้อยละ)
-บุหรี่มวนเอง	15(13.4)
-อื่นๆ (บุหรี่ไฟฟ้า)	1(0.9)
-บุหรี่ซอง และบุหรี่มวนเอง	5(4.5)
ประวัติและวิธีการหยุดสูบบุหรี่	
ไม่เคย	28(25.0)
เคย	84(75.0)
-หักดิบ	38(33.9)
-ค่อยๆลด	18(16.1)
-ใช้ยา	2(1.8)
-อื่นๆ	3(2.7)
-หักดิบ และค่อยๆลด	15(13.4)
-หักดิบ และใช้ยา	4(3.6)
-หักดิบ และค่อยๆลดและใช้ยา	4(3.6)
บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่	
-ไม่มี	23(20.5)
-มี	89(79.5)
ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเลิกครั้งที่ผ่านมา	
-ไม่มี	30(26.8)
-สิ่งแวดล้อม คนรอบข้าง เพื่อน	43(38.5)
-ทนอาการถอนนิโคตินไม่ได้	29(26.0)
-ความเคยชิน	5(4.5)
-เครียด	5(4.5)
ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่	
-Pre-contemplation	17(15.2)
-Contemplation	60(53.6)
-Preparation	31(27.7)
-Action	3(2.7)
-Maintenance	1(0.9)

ตาราง 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนคน (n=112) (ร้อยละ)
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้า	
-ภายใน 5 นาที	21(18.8)
-6-30 นาที หลังตื่นนอน	33(29.5)
-มากกว่า 30 นาที หลังตื่น	58(51.8)
ประเมินภาวะติคนิโคติน	
-ติคนิโคตินระดับสูงมาก	55(49.1)
-ติคนิโคตินระดับสูง	34(30.3)
-ติคนิโคตินระดับปานกลาง	18(16.1)
-ติคนิโคตินระดับต่ำ	3(2.7)
-ติคนิโคตินระดับต่ำมาก	2(1.8)
ปัจจัยการเสพติดบุหรี่	
-ไม่สามารถประเมินได้	7(6.2)
-ติคนิโคติน	9(8.0)
-คิดทางจิตใจ	8(7.1)
-คิดทางสังคม/นิสัยความเคยชิน	68(60.7)
-คิดทางสังคม ร่วมกับทางจิตใจ	7(6.3)
-คิดทางสังคมร่วมกับนิโคติน	7(6.3)
-มีทั้งภาวะเสพติดนิโคติน ทางสังคมและทางจิตใจ	6(5.4)
แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่	
-ไม่มี	4(3.6)
-ครอบครัว	71(63.4)
-สุขภาพ	31(27.8)
-เศรษฐกิจ	4(3.6)
-สังคม	2(1.8)
แผนการเลิกบุหรี่	
-ไม่มี	61(54.5)
-หักดิบ	30(26.8)
-กำหนด Quitdate	19(17.0)

ตาราง 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนคน (n=112) (ร้อยละ)
-หักดิบ และกำหนด Quitdate	2(1.8)
ชาย่วยเลิกบุหรี่ที่ได้รับ	
-ไม่มี	111(99.1)
-สมุนไพรวงหญ้าดอกขาว	1(0.9)
คำแนะนำพิเศษเฉพาะรายที่ได้รับ	
-ไม่ได้คำแนะนำพิเศษ	104(92.9)
-ถ้ามีอาการอยากบุหรี่ไม่ไหวให้มาขอคำปรึกษาที่ร้าน ยามหาวิทยาลัย	2(1.8)
-สูบไม่ถึง10มวน จึงไม่ต้องใช้ยาเลิกบุหรี่	2(1.8)
-หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและหากิจกรรมอย่างอื่นทำเมื่อมี เวลาว่างและพยายามดื่มน้ำและหายใจลึกๆ เพื่อให้มีสตินึก ถึงเป้าหมายในการเลิกบุหรี่	1(0.9)
-แนะนำให้รับประทานมะนาวและเคี้ยวเปลือกมะนาว หลังรับประทานอาหารจากที่ปกติจะสูบบุหรี่ เพื่อให้ปากชา	1(0.9)
-แนะนำให้สูบหากิจกรรมอย่างอื่นทำ	2(1.8)
ถ้าหักดิบ สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้	
-ได้	16(14.3)
-ไม่ได้	17(15.2)
-ไม่มีข้อมูล	79(70.5)
ถ้า Set Quitdate	
-ไม่มีข้อมูล	84(75.0)
-ปฏิบัติตามได้	24(21.4)
-ปฏิบัติตามไม่ได้	4(3.6)
อาการถอนนิโคติน	
-ไม่มีข้อมูล	81(72.3)
-ยังพบอยู่มาก	6(5.4)
-พบอยู่แต่ทนได้	12(10.7)

ตาราง 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนคน (n=112) (ร้อยละ)
-พบเล็กน้อย	13(11.6)
ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเคซิน หรือความเชื่อ	
-ไม่มีปัญหา	82(73.2)
-มีความเคซินในกับการสูบบุหรี่เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ	11(9.8)
-สูบเพื่อเข้าสังคม	14(12.5)
-ความอยากบุหรี่รบกวนสมาธิการทำงานและกิจกรมประจำวัน	5(4.5)

ส่วนที่ 4 ความสำเร็จในการให้บริการเลิกบุหรี่

จากการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังให้บริการเลิกบุหรี่ของผู้มารับบริการพบว่าใน จำนวนมวนบุหรี่ก่อนให้บริการเลิกบุหรี่เท่ากับ 10.65 ± 7.87 มวน และจำนวนมวนบุหรี่หลังให้บริการเลิกบุหรี่ 8.18 ± 6.66 มวน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; Wilcoxon Singed Ranks Test) มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ทั้งหมด 7 คน (ร้อยละ 6.2) ในระหว่างการศึกษานี้ซึ่งเป็นการติดตามครั้งที่ 1 ในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ หลังการให้บริการเลิกบุหรี่ในครั้งแรก

ตาราง 4.6 เปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังให้บริการเลิกบุหรี่

เปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังให้บริการเลิกบุหรี่	จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=112) (ร้อยละ)	p-value
จำนวนมวนบุหรี่ก่อนให้บริการเลิกบุหรี่ -เฉลี่ย±SD	10.65 ± 7.87	<0.001
จำนวนมวนบุหรี่หลังให้บริการเลิกบุหรี่ -เฉลี่ย±SD	8.18 ± 6.66	
ความสำเร็จของการเลิกบุหรี่		
-ลดจำนวนมวนลงได้	25(22.4)	
-เลิกสูบบุหรี่	7(6.2)	
-เท่าเดิม	80(71.4)	

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่จำนวน 112 คน พบว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ส่วนมากมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องความเป็นกันเองของผู้ให้บริการ รองลงมาคือท่าทางของผู้ให้บริการ และการให้คำอธิบายและคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการ ความลำค้ำ และมีคความพึงพอใจน้อยที่สุดในเรื่องความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการ

ตาราง 4.7 แสดงความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ(n=112)(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการแต่ละครั้ง	14(12.5)	62(55.4)	33(29.5)	3(2.7)	0(0.0)
จำนวนเภสัชกร/นิสิตเภสัชศาสตร์ที่ให้บริการ	13(11.6)	63(56.2)	32(28.6)	4(3.6)	0(0.0)
การให้คำอธิบายและคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการ	25(22.3)	69(61.6)	18(16.1)	0(0.0)	0(0.0)
ท่าทางของผู้ให้บริการ	34(30.4)	59(52.7)	19(17.0)	0(0.0)	0(0.0)
ความเป็นกันเองของผู้ให้บริการ	61(54.5)	45(40.2)	5(4.5)	1(0.9)	0(0.0)
ระบบการนัดติดตาม	21(18.8)	60(53.6)	28(25.0)	3(2.7)	0(0.0)
จุดที่ให้บริการ	15(13.4)	55(49.1)	41(36.6)	1(0.9)	0(0.0)
ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการ	12(10.7)	59(52.7)	39(34.8)	1(0.9)	1(0.9)
สื่อ/เอกสารให้ความรู้ที่ได้รับ	22(19.6)	54(48.2)	32(28.6)	4(3.6)	0(0.0)
การบริการเลิกบุหรี่ในภาพรวมที่ได้รับ	18(16.1)	78(69.6)	16(14.3)	0(0.0)	0(0.0)

ผู้ที่มารับบริการมีคะแนนความพึงพอใจรวมเฉลี่ย 39.44 ± 4.32 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50

คะแนน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2556 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – มกราคม 2557 ทั้งหมด 112 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วย โดยถือเป็นการเรียน กาศปฏิบัติของการเรียนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรี่ เป็นเพศชาย 109 คน (ร้อยละ 97.3) และเพศหญิง 3 คน (ร้อยละ 2.7) ส่วนใหญ่เป็นผู้คิ่บสุรา 95 คน (ร้อยละ 84.8) ประเภท บุหรี่ที่สูบส่วนมากจะเป็นบุหรี่ซอง (ร้อยละ 81.2) ผู้ที่เข้ารับบริการส่วนมากเคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน (ร้อยละ 75.0) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเลิกครั้งที่ผ่านมามีส่วนมากคือ สิ่งแวดล้อม คนรอบข้าง และเพื่อน (ร้อยละ 38.5) ด้านความตั้งใจในการเลิกบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ Contemplation จำนวน 60 คน (ร้อยละ 53.6) มีระดับการคิดนิโคตินเล็กน้อย จำนวน 89 คน (ร้อยละ 79.5) มีปัจจัยการ เสพติดบุหรี่คือ ติดทางสังคม/นิสัยความเคยชิน 68 คน (ร้อยละ 60.7) และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการส่วนมากคือเรื่องสุขภาพ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 10.7)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้จำนวน 7 ราย ลดจำนวนมวนลงได้จำนวน 25 คน ยังสูบบุหรี่ปริมาณเท่าเดิมจำนวน 80 คน และจากการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ปีก่อนและหลัง ให้บริการเลิกบุหรี่ของผู้มารับบริการ พบว่า จำนวนมวนบุหรี่ปีก่อนให้บริการเลิกบุหรี่คือ 10.65 ± 7.87 มวน และจำนวนมวนบุหรี่ปีกหลังให้บริการเลิกบุหรี่คือ 8.18 ± 6.66 มวน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การเปรียบเทียบความมั่นใจของนิสิตทั้งก่อนและหลังการให้บริการ พบว่าก่อนให้บริการเลิก บุหรี่ นิสิตส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 47.3) หลังการให้บริการเลิกบุหรี่ปีก นิสิต ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับ มาก (ร้อยละ 53.6) โดยเมื่อเปรียบเทียบระดับความมั่นใจแล้วพบว่า หลังการให้บริการ นิสิตส่วนใหญ่มีระดับความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

จากการศึกษาความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอน โดยการใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง พบว่า ในด้านทัศนคติต่อการเรียนภาคบรรยาย นิสิตส่วนมากมีความคิดเห็นทางบวก (ร้อยละ 92.1) ใน ด้านความคิดเห็นต่อการเรียน โดยให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง นิสิตส่วนมากมีความคิดเห็นว่ ทำให้มีความ กล้าและความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ปีกมากขึ้น (ร้อยละ 31.3) ในด้านความคิดเห็นต่อการ

ให้บริการเลิกบุหรี่นั้นคิดส่วนมากมีความคิดเห็นว่า การเลิกบุหรี่ขึ้นอยู่กับจิตใจของบุคคลนั้น (ร้อยละ 34.0)

ในด้านคะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิตจำนวน 112 คน พบว่า นิสิตส่วนมากสามารถปฏิบัติได้สมบูรณ์ในหัวข้อการถามสถานะการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 100) นิสิตส่วนมากไม่ปฏิบัติในหัวข้อ การเลือกไซยา (ร้อยละ 54.5) โดยมีคะแนนทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 21.20 ± 6.15 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่จำนวน 112 คน พบว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ส่วนมากมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องความเป็นกันเองของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 54.5) และผู้ที่มารับบริการมีคะแนนความพึงพอใจรวมเฉลี่ย 39.44 ± 4.32 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน

อภิปรายผลการศึกษา

การให้บริการเลิกบุหรี่ถือว่าเป็นอีกหัวข้อการเรียนรู้หนึ่งที่มีความสำคัญในการนำไปใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งทางคณะเภสัชศาสตร์ก็ได้มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโทษของบุหรี่และหลักการในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สำหรับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เนื้อหาหัวข้อในส่วนนี้ได้อยู่ในรายวิชาเภสัชกรรมบำบัด 2 ที่มี การสอนในภาคเรียนที่สองของนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ของทุกๆปีการศึกษา ในส่วนของเรื่อง Smoking cessation ได้ถูกแบ่งสัดส่วนให้มีการสอนในส่วนของเนื้อหาเป็นเวลา 3 ชั่วโมง และส่วน ของภาคปฏิบัติใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยมุ่งหวังให้นิสิตสามารถนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติจริงได้ โดย จากผลการศึกษาพบว่า หลังให้บริการเลิกบุหรี่ผู้ป่วยมีจำนวนมวนหลังสูบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ $p < 0.001$ จากจำนวนมวนบุหรี่ก่อนให้บริการเลิกบุหรี่เท่ากับ 10.65 ± 7.87 มวน และจำนวนมวน บุหรี่หลังให้บริการเลิกบุหรี่ 8.18 ± 6.66 มวน โดยมีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 7 คน ซึ่งอาจเป็น ผลมาจากผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมรับบริการเลิกบุหรี่ได้มีความคิดหรือความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่แล้ว และมีผู้ป่วยบางรายที่ได้เริ่มต้นที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวเองมาระยะหนึ่งแล้วก่อนที่นิสิตจะไปให้ คำปรึกษา และผู้รับบริการเลิกบุหรี่ส่วนมากมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องความเป็นกันเองของผู้ ให้บริการ (ร้อยละ 54.5) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ อาจจุฬา และคณะ^[5] ที่ได้ ทำการศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำและการใช้ยาในการเลิกบุหรี่ในร้านขายยาวิทยาลัย โดยความ ร่วมมือของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาและ การให้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ในร้านขายยาวิทยาลัยสาขา 1 อำเภอเมือง สาขา 2 และสาขา 3 อำเภอ

กันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี ศูนย์แพทย์ชุมชนบูรพา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขอนยาง พบว่า หลังให้คำแนะนำปรึกษาและการใช้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนให้บริการเลิกบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันเป็น 14.19 ± 13.79 มวนต่อวัน และหลังให้บริการเลิกบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลงเป็น 5.83 ± 6.95 มวนต่อวัน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของจินตหลา เคนศิริ และคณะ^[6] ได้ทำการศึกษาดังกล่าวถึงผลการเลิกบุหรี่ในเขตชุมชน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการให้บริการเลิกบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 13.03 ± 9.61 มวน ก่อนให้บริการเลิกบุหรี่ เป็น 7.94 ± 6.52 มวน หลังการติดตามครั้งที่ 1 และ 6.31 ± 6.78 มวน หลังการติดตามครั้งที่ 2 และผู้มารับบริการเลิกบุหรี่มีความพึงพอใจในการให้บริการมากที่สุดในเรื่องนิสิตเภสัชศาสตร์ให้ความเป็นกันเอง มนุษยสัมพันธ์ สุภาพ ไว้วางใจได้ (ร้อยละ 59) แต่การศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษานี้คือ ได้มีการให้บริการเลิกบุหรี่โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 6 และมีระยะเวลาการติดตามนาน 12 สัปดาห์

สำหรับการศึกษาความมั่นใจของนิสิตทั้งก่อนและหลังการให้บริการ พบว่าก่อนให้บริการเลิกบุหรี่ นิสิตส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับ มั่นใจปานกลาง (ร้อยละ 47.3) หลังการให้บริการเลิกบุหรี่ นิสิตส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับ มั่นใจมาก (ร้อยละ 53.6) โดยเมื่อเปรียบเทียบระดับความมั่นใจแล้วพบว่า หลังการให้บริการ นิสิตส่วนใหญ่มีระดับความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Hudmon และคณะ^[6] ได้ทำการศึกษาดังกล่าวถึงผลการเลิกบุหรี่ โดยทำการศึกษาขึ้นเพื่อประเมินผลของโปรแกรม “Rx for chance” พบว่า หลังการอบรม นิสิตเภสัชศาสตร์มีความสามารถโดยรวมของการให้คำปรึกษา และความมั่นใจในการให้คำปรึกษา (จากคะแนนเฉลี่ย 2.98 ± 0.87 คะแนน ก่อนการอบรม และ คะแนนเฉลี่ย 4.03 ± 0.58 คะแนน หลังการอบรม)

การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าคือ เป็นการศึกษาถึงผลของการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ซึ่งยังไม่เคยผ่านการเรียนในหัวข้อดังกล่าวมาก่อน จึงไม่ได้มีการประเมินเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการศึกษานี้ โดยอนุมานว่าก่อนที่นิสิตจะได้รับการเรียนการสอน นิสิตไม่มีความรู้ในส่วนนี้ และส่วนความรู้หลังการเรียนการสอนนั้น ได้ถูกประเมินโดยการสอบในหัวข้อนั้นๆ เพื่อวัดผลทางการศึกษาในแต่ละช่วงชั้นของนิสิตอยู่แล้ว ดังนั้นการศึกษานี้จึงวัดได้เพียงทักษะของนิสิตต่อการให้บริการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังได้ให้นิสิตได้ให้บริการเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยจริง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้าที่จะใช้การศึกษาภาคปฏิบัติการ 4 ชั่วโมง โดยจะเป็นเพียงการทำบทบาทสมมุติเท่านั้น ดังนั้นการศึกษานี้จะทำให้ นิสิตได้ฝึกประสบการณ์การให้บริการเลิกบุหรี่ และได้เรียนรู้สถานการณ์จริงของการให้บริการ

เลิกบุหรี่ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันออกไป และมีความแตกต่างจากการใช้บทบาทสมมุติภายในห้องเรียน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ระยะเวลาในการทำวิจัยมีระยะสั้น ซึ่งระยะเวลาที่ทำการวิจัยอยู่ในช่วง ตุลาคม 2556 – มกราคม 2557 ใช้ระยะเวลา 3 เดือน แต่ระยะเวลาการติดตามข้อมูลของนิสิตผู้เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-2 สัปดาห์ โดยมีนิสิตที่ติดตามผู้ป่วยครบทั้ง 5 ครั้ง จำนวน 1 คน มีนิสิตที่ติดตามผู้ป่วย 2 ครั้ง จำนวน 1 คน และมีนิสิตที่ติดตามผู้ป่วย 1 ครั้งจำนวน 35 คน ส่วนทักษะด้านอื่นๆ คือ การถาม การให้คำแนะนำ การประเมิน และการช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำ (หลักการ STAR และ 5 D's) ซึ่งระยะเวลาการศึกษาที่สั้นนี้อาจทำให้ไม่สามารถสะท้อนความสามารถในการทำผู้ป่วยเลิกบุหรี่ของนิสิตได้อย่างชัดเจนมากนัก เนื่องจากระยะเวลาการติดตามไม่เพียงพอ และอาจส่งผลต่อผู้ป่วยเนื่องจากมีเวลาในการปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ย่อย ผู้ป่วยอาจหมดความตั้งใจในการเลิกบุหรี่หลังจากที่นิสิตหยุดการติดตาม อย่างไรก็ตาม ไรก็ตามความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ยังคงต้องใช้ปัจจัยหลายๆอย่างทั้งจากตัวผู้ให้บริการ และตัวของผู้ป่วยเองด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรมณ กุทองเงิน⁵¹ ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ผลของการเลิกสูบบุหรี่ใน โครงการ “เพื่อนกันร่วมสร้างสรรค์สุขภาพดี” โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโครงการเพื่อนกันร่วมสร้างสรรค์สุขภาพดีและหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับเปอร์เซ็นต์การลดมวนบุหรี่ที่สูบลงได้ พบว่า เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่กับเปอร์เซ็นต์มวนบุหรี่ที่ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยการไม่ดื่มสุรา ($p < 0.05$) ปัจจัยความเกรงกลัวต่อโรคที่เกิดจากบุหรี่ เช่น มะเร็ง ดงลม โป่งพอง ($p < 0.05$) ปัจจัยการให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ ($p < 0.01$) และปัจจัยแรงกระตุ้นจากบุคคลในครอบครัว ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ อัจจุพา และคณะ⁵² ได้ทำการศึกษาดังผลของการให้คำแนะนำและการให้ยาในการเลิกบุหรี่ในร้านยามหาวิทยาลัย โดยความร่วมมือของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาและการให้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ในร้านยามหาวิทยาลัยสาขา 1 อำเภอเมือง สาขา 2 และสาขา 3 อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี ศูนย์แพทย์ชุมชนบูรพา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขอนยาง พบว่า แรงจูงใจที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุดคือ การได้รับกำลังใจจากครอบครัวหรือคนรอบข้าง รองลงมาคือ การพยายามเบี่ยงเบนความสนใจหรือเลิกทำสิ่งที่เคยชินเมื่ออยากสูบบุหรี่

นอกจากนี้ปัจจัยจำกัดของการให้บริการเลิกบุหรี่ของนิสิตอาจมาจากการที่ผู้ป่วยที่มารับบริการมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่อยู่ที่ระดับ Contemplation (ร้อยละ 53.6) คือ คิดจะเลิกบุหรี่/ยาสูบ แต่ยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยยังไม่มีความคิดที่จะเริ่มให้ยาหรือเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง นิสิตจึงไม่ได้ฝึกในส่วนของการเลือกให้ยาและการติดตามผู้ป่วย นอกจากนี้ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยจำนวน 59 คน

(ร้อยละ 52.7) ที่สูญบุหรืตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรื แต่ผู้ป่วย ยังไม่มีความพร้อมในการใช้ยาทำให้นิสิตไม่สามารถฝึกในส่วนของการเลือกใช้ยาได้ ในส่วนนี้อาจมี การพัฒนาต่อไป เพื่อหาผู้ที่มารับบริการเลิกบุหรืที่มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรือยู่ที่ระดับ Preparation ก็คือกำลังวางแผนเลิกบุหรื/ยาสูบ ภายใน 1 เดือน หรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรื และมีจำนวนมวนบุหรืที่สูบบากกว่า 25 มวนต่อวัน เพื่อที่นิสิตจะได้ฝึกการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้สามารถส่งผลให้มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรืได้ โดยมีผู้ที่สามารถเลิก บุหรืได้ถึง 7 คน(ร้อยละ6.2) ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีและควรได้รับการพัฒนาต่อไปในอนาคต เพื่อที่จะได้ มีแนวทางในการฝึกนิสิตให้สามารถให้บริการเลิกบุหรืได้อย่างมีคุณภาพ และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ สูบบุหรืลงได้อีกด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การประเมินผลการเลิกสูบบุหรืต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี จึงจะสามารถประเมินได้ว่าผู้สูบบุหรืเลิกสูบบุหรืได้จริง (ระดับ maintenance) แต่การศึกษานี้มี ระยะเวลาในการติดตาม 3 เดือน จึงอาจทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ที่เลิกบุหรืจะสามารถเลิกสูบบุหรืคิดค่อกันเป็นระยะเวลาถึง 6 เดือนหรือไม่

2. การศึกษาบางส่วนมีการนัดติดตามผลทางโทรศัพท์ ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่สามารถติดตาม ผลการให้บริการได้ เนื่องจากความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมการศึกษา

3. จำนวนบุหรืมวนที่สูบและการเลิกสูบบุหรืได้ เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการบอกเล่าและ บางส่วนจากทางโทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา จึงอาจมีผลค่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้

4. เนื่องจากการให้บริการมีผลกับคะแนนในรายวิชาของนิสิต จึงอาจส่งผลค่อความตั้งใจใน การให้บริการของนิสิตได้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ในด้านนโยบาย อาจต้องหาแนวทางเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน

2. สำหรับงานวิจัยในอนาคตอาจต้องพัฒนาเพิ่มในส่วนของ

2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามผลการเลิกสูบบุหรืในระยะยาวเป็น 6

เดือน

2.2 ควรเลือกกรณีศึกษาที่มีความพร้อมที่จะเลิบบุหรี่ (Preparation) เนื่องจากนิสิตจะได้ฝึกทักษะการเลือกใช้ยา

2.3 การเพิ่มเวลาของการจัดการเรียนการสอนด้านทักษะของนิสิตและอาจมีการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบที่หลากหลายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติ พยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
2. นาวัน บูรีรัตน์. ความชุกและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม [โครงการวิจัยปริญญาโทฉบับจิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
3. ประสิทธิ์ กิ่งสุขพันธ์. การเลิกสูบบุหรี่(smoking cessation)[online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 16]; แหล่งที่มา:URL:<http://www.med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/.../smokingcessation.pdf>
4. สุขุมาลัย ประสมศักดิ์. ปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น; 2551.
5. วรภมณ ภูทองเงิน. ผลของการเลิกสูบบุหรี่ใน โครงการ “เพื่อนกันร่วมสร้างสรรค์สุขภาพดี” โดย นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 4 [โครงการวิจัยปริญญาโทฉบับจิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
6. Hudmon KS, Kroon LA., Corelli RL., et al. Training Future Pharmacists at a Minority Educational Institution: Evaluation of the Rx for Change Tobacco Cessation Training Program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13: 477-81.
7. Corelli RL, et al. Statewide evaluation of a tobacco cessation curriculum for pharmacy students. *Preventive Medicine* 2005;40: 888-95.
8. Hudmon KS, Prokhorov AV, Corelli RL. Tobacco cessation counseling: Pharmacists' opinions and practices. *Patient Education and Counseling* 2006;61:152-60.
9. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. เรื่องที่ 6 พิษภัยของบุหรี่/บุหรี่ [online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 30]; แหล่งที่มา:URL:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail01.html>
10. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. เรื่องที่ 6 พิษภัยของบุหรี่/ชนิดของยาสูบ

- [online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 30];แหล่งที่มา:URL:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail02.html>
11. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. เรื่องที่ 6 พิษภัยของบุหรี่/ชนิดของบุหรี่ [online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 30]; แหล่งที่มา: URL:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail03.html>
 12. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. เรื่องที่ 6 พิษภัยของบุหรี่/สารเคมีจากการเผาไหม้ของบุหรี่ [online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 30]; แหล่งที่มา: URL:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail04.html>
 13. USA.gov[Internet].Atlanta:Centers for Disease Control and Prevention;c2004-2014[updated 2011 Mar 21;cited 2014 Dec 15]. Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/chemicals_smoke/
 14. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. เรื่องที่ 6 พิษภัยของบุหรี่/ผลกระทบของการสูบบุหรี่ [online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 30];แหล่งที่มา:URL:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail05.html>
 15. โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. เรื่องที่ 6 พิษภัยของบุหรี่/ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรี่ [online]. [สืบค้น 2556 มิถุนายน 30]; แหล่งที่มา: URL:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail07.html>
 16. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาสูบ [รายงานการวิจัย]. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
 17. วิจารย์ มัคยะสุวรรณ,พัฒนเกียรติ ศรียอด,สุระรอง ชินวงศ์.ข่าวสารเชิงใหม่เภสัชสนเทศ [Internet]. [cited 2013 Sep 16];11:9-11. Available from: <http://www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/newsletter11.../vol2.pdf>
 18. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร [รายงานการวิจัย]. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.

19. ผ่องศรี ศรีมรกต. แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่[online]. [สืบค้น 2556 กรกฎาคม 21];แหล่งที่มา:URL:http://www.tobaccofree.ns.mahidol.ac.th/c_learning/doc/guideline_for_nurse.pdf
20. การเลิกบุหรี่ด้วยการให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy : NRT) [online]. [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา:URL:
www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/...1/nicotine.pdf
21. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย. ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ : เครื่องข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555.
22. น้ำยาอดบุหรี่ [online]. 2549 [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา: URL:
<http://drug.pharmacy.psu.ac.th/Question.asp?ID=6779&gid=5>
23. การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในร้านยา [online]. [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา: URL:
<http://www.slideshare.net/guestd0d6e2c/smoking-cessation-2875443>
24. Nides M. Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment. The American Journal of Medicine 2008;[121]: S20–S31.
25. กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. นนทบุรี: กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2535.
26. พรบ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 [online]. [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา:URL:<http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538974052&Ntype=19>
27. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [online]. 2556[สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา: URL: <http://th.wikipedia.org/wiki/>
28. แผนงานเภสัชอาสาเพื่อควบคุมยาสูบ. ความเป็นมาเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ [online]. [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา:URL:<http://www.smokefreepharmacy.com/about.php>
29. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ประวัติมูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ [online]. [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา: URL:http://www.ashthailand.or.th/th/aboutus_page-1.html
30. บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ [online]. 2555 พฤษภาคม 22[สืบค้น 2557 ธันวาคม 10]; แหล่งที่มา: URL:
<http://trc.or.th/th/ศูนย์ข้อมูล/ประชุมวิชาการบุหรี่แห่งชาติ.html>

31. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 1600 ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ [online]. 2556 พฤษภาคม 15 [สืบค้น 2556 สิงหาคม 15]; แหล่งที่มา: URL:<http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/situations/34505>
32. Tobacco Control Resource Center. About SEATCA [Online]. [cited 2012 Aug 15]; Available from: URL:http://seatca.org/?page_id=2
33. Martin BA, Chewing BA. Evaluating pharmacists' ability to counsel on tobacco cessation using two standardized patient scenarios. Patient Education and Counseling 2011;83:319–24.
34. Franks AS, Givens CB, Barger-Stevens A. Pharmacy residents and students as an adjunct to current smoking cessation education. Pharmacy Practice 2012;10[2]: 92-6.
35. ฐิตารัตน์ อัจฉุภา และคณะ. ผลการให้คำแนะนำและการใช้ยาในการเลิกบุหรี่ในร้านยา มหาวิทยาลัย โดยความร่วมมือของหน่วยบริการ [โครงการวิจัยปริญญาโทฉบับชาติ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
36. จินตหลา เกณศิริ, นวนจันทร์ นันทะศรี, สิริกัญญา มหาลวเลิศ, อุไร บุชาอินทร์. การศึกษาผลการบริการเลิกบุหรี่ในเขตชุมชนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ่างทองกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม [โครงการวิจัยปริญญาโทฉบับชาติ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
37. ทศพล ไชยราช, วจี มารมย์, ศจาวุธ ทาญ. ผลการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยาวิทยาลัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [โครงการวิจัยปริญญาโทฉบับชาติ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
38. ฐิตีรัตน์ คำอินทร์. ผลของการให้บริหารเภสัชกรรมแบบเพื่อนคู่คิด พิษภัยบุหรี่ค่อนันติค มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [โครงการวิจัยปริญญาโทฉบับชาติ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

หนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา
ผลการให้บริการเด็กหูหนวกในร้านยามหาวิทยาลัยจากกิจกรรมการเรียนการสอน
วิชาเภสัชกรรมบำบัด 2

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมี
ความเข้าใจดีแล้ว

โดยผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จน
ข้าพเจ้าพอใจ ทั้งนี้ข้าพเจ้าก็จะให้ข้อมูลที่เป็นจริง และปฏิบัติตามขั้นตอนของการศึกษาตามคำแนะนำ
ของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด โดยข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ หรือไม่
ตอบคำถามใดก็ได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะใน
รูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับ
ดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยแจ้งด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย.....
ได้ที่.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว เข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในหนังสือแสดงความ
ยินยอมฉบับนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมงานวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ภาคผนวก ข

แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่ และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอนโดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่

และความคิดเห็นของนิสิตต่อการเรียนการสอนโดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....เพศ()ชาย,()หญิง รหัสประจำตัวนิสิต.....

นิสิตชั้นปีที่..... GPAX.....เบอร์โทรศัพท์.....วันเกิด.....อายุ.....ปี

2. ความมั่นใจในการให้บริการเลิกบุหรี่

ความมั่นใจในการให้บริการเลิก บุหรี่	ไม่มั่นใจเลย (1)	มั่นใจ เล็กน้อย (2)	มั่นใจ ปานกลาง(3)	มั่นใจ มาก (4)	มั่นใจมาก ที่สุด(5)
ก่อนให้บริการเลิกบุหรี่					
หลังให้บริการเลิกบุหรี่					

3. ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนโดยการให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

- ความคิดเห็นต่อการเรียนภาคบรรยาย

.....
.....
.....

- ความคิดเห็นต่อการเรียน โดยให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

.....
.....
.....

- ความคิดเห็นต่อการให้บริการเลิกบุหรี่

.....
.....
.....

ภาคผนวก ค
แบบเก็บข้อมูลทักษะ

แบบเก็บข้อมูลทักษะ

1.ทักษะการให้บริการเลิกบุหรี่ (รวม.....คะแนน)

5 A's	ทำได้สมบูรณ์(2)	บกพร่อง(1)	ไม่ปฏิบัติ(0)
Ask			
Advice			
Assess -สาเหตุ(ภาวะเสพติดทางจิตใจ ภาวะเสพติดทางสังคมหรือ ความเคขจีน)			
-Fagerstrom test for Nicotine Dependent			
Assist -Set a quit date			
-Tell			
-Anticipate			
-Remove			
-การเลิกใช้ยา			
-หลัก 5D's Delay			
Deep breath			
Drink water			
Do something else			
Destination			
Arrange -F/U			

หมายเหตุ : ทำได้สมบูรณ์ (2) คือ พูได้ครบถ้วน เหมาะสม

 บกพร่อง (1) คือ ขาดบางประเด็น

 ไม่ปฏิบัติ (0) คือ ไม่ปฏิบัติในส่วนนั้นๆ

ชื่อ.....รหัสบันทึก.....

ภาคผนวก ง
แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยามหาวิทยาลัย

ชื่อ..... นามสกุล.....
 ชั้น..... ปี เกอร์จัดพิมพ์.....

แบบสอบถาม Fagerstrom สำหรับประเมินระดับการติดสารนิโคติน

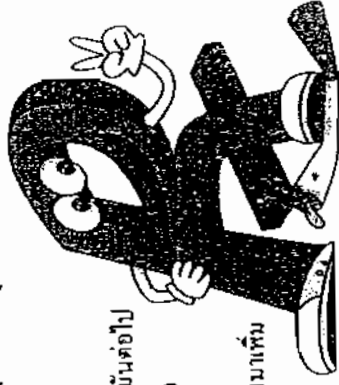
- 1) หลีกคั่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่หรือวันแรกเมื่อใด
 - ภายใน 5 นาที (3) ภายใน 6-30 นาที (1)
 - ภายใน 31-60 นาที (1) มากกว่า 60 นาทีหนึ่งสัปดาห์ (0)
- 2) คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงพยาบาล ห้องสมุด
 - รู้สึกลำบาก (1) ไม่รู้สึกลำบาก (0)
- 3) บุหรี่วันใดที่คุณไม่เอายกเลิกมากที่สุด
 - วันแรกในตอนนี้ (1) วันอื่นๆ (0)
- 4) คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - 10 มวนหรือน้อยกว่า (0) 11-20 มวน (1)
 - 21-30 มวน (2) 31 มวนขึ้นไป (3)
- 5) คุณสูบบุหรี่จิตใจเข้าใจในครั้งแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน
 - ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)
- 6) คุณยังคงสูบบุหรี่อยู่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักตลอดบนเตียงนอน
 - ใช่ (1) ไม่ใช่ (0)

หมายเหตุ
 ระดับคะแนนของการติดนิโคติน : 0 - 2 Very Low 3 - 4 Low 5 - 6 Medium 7 high (heavy)
 8 - 10 Very High
 โดยทั่วไปได้ระดับคะแนนน้อยกว่า 7 บ่งชี้ว่าผู้ประเมินการติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง
 ได้ระดับคะแนนมากกว่า 7 บ่งชี้ว่าผู้ประเมินการติดนิโคตินในระดับสูง

ถ้าได้ผลครบถ้วนแล้วไม่บันทึก อาจเลือกใช้ข้อ 1 และข้อ 4 แทนได้โดย
 ถ้าระดับคะแนนน้อยกว่า 5 บ่งชี้ว่าผู้ประเมินการติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง
 ถ้าระดับคะแนนน้อยกว่า 4 บ่งชี้ว่าผู้ประเมินการติดนิโคตินในระดับสูง

ข้อความนี้ได้ตรงกับคุณบ้าง (ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เลือก)

- ฉันมีสมาธิหรืออยู่ได้ทั้งวันโดยไม่สูบบุหรี่
- บางครั้งฉันพบว่า คิ้วขมวดกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยยังไม่รู้ตัว ฉันได้จุดธูปนับตั้งแต่เมื่อไหร่
- ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ชัดเจน มีชีวิตชีวาขึ้น
- ฉันชอบที่จะมองภรรยาหรือเพื่อนที่ฉันพ่นออกมา
- ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่มานานประมาณ 2-3 ชั่วโมง
- การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ดีที่สุดที่ฉันพอใจในชีวิต
- ฉันมีความสุขใจกับคอมพิวเตอร์หรือเครื่องนาฬิกา เช่น การสัมผัสตัวหรือ และการได้ดูทีวี
- ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
- เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ดีต้องการสูบบุหรี่มากที่สุด
- ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของงานหรือหลังอาหาร
- ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธและทุกใจ
- ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบบุหรี่ต่อไป
- การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ดีถึงเครียด
- ฉันรู้สึกสบายใจและผ่อนคลายมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
- เมื่อบุหรี่หมด มันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้อีกมวน



ผลคะแนน นับจำนวนสัญลักษณ์ที่เลือก
 คะแนนรวม = = =

หมายถึง ภาวะเสพติดนิโคติน
 หมายถึง ภาวะเสพติดทางสังคม และ)
 หมายถึง ภาวะเสพติดทางจิตใจ
 หรือนี้ด้วยความเคยชิน

ถ้าได้สัญลักษณ์ใดเป็นจำนวนมากที่สุดถือว่าเป็นเหตุผลที่ทำให้คุณนั้นยังสูบบุหรี่อยู่
ในการที่จะประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้วัยผู้ใหญ่
เภสัชกรควรที่จะให้ความสนใจเป็นอย่างมากกับผู้ป่วยในการเกี่ยวข้องเหล่านี้

ภาคผนวก จ

**แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมสำหรับปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน**



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพติดยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

บ้านยา..... รหัส.....

แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ A1-A2

(ให้ใช้ร่วมกับแบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า
ของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน)

- * วันที่ให้บริการ (วันที่พบผู้ป่วยที่บ้าน).....
- * ชื่อ-สกุล ผู้สูบบุหรี่.....
บัตรประชาชนเลขที่.....
- ที่อยู่ผู้สูบบุหรี่ เลขที่..... ถนน.....
แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์.....
- หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... เวลาที่สะดวกนัดติดต่อกลับ.....
- * เพศ ชาย หญิง
- * อายุ..... (ปี)
- เป็นโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนลงพุง
 โรคซึมเศร้า อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- มีความเสี่ยงเป็นโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ประเมินโดยใช้แบบฟอร์มคัดกรอง
 - โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนลงพุง
 โรคซึมเศร้า อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 - ไม่มีโรคประจำตัว
- ยาที่ใช้ประจำตัว.....
- สูบบุหรี่.....ปี ปัจจุบันสูบบุหรี่จะ.....มาน
- ค่า %PEFR อัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด.....
- สภาวะของผู้สูบบุหรี่
 - ตั้งครรภ์/ให้นมบุตร อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 - ไม่ได้มีสภาวะข้างต้น
- ดื่มสุรา ดื่ม ไม่ดื่ม
- พฤติกรรมการดื่มสุรา ดื่มทุกวัน ดื่มเฉพาะ.....

ผู้รายงาน.....

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่บ้านยา 1 ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

- 133/3 อาคารออร์มเพลส ห้อง 107 ซอยลาดพร้าว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
- โทรสารมาที่ : 02-933-4642
- ส่งงานเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smokefreepharma@gmail.com



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

ร้านยา..... รหัส.....

แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ A3

ประเมินภาวะการติดยาสูบ ประเมินความตั้งใจ ประเมินแรงจูงใจ แรงต้าน

ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่

- * วันที่ให้บริการ (วันที่พบผู้ป่วยที่ร้าน).....
- * ชื่อ-สกุล ผู้สูบบุหรี่.....
บัตรประชาชนเลขที่.....
- ประเภทบุหรี่ที่สูบ (กรุณาระบุประเภทที่สูบ) บุหรี่ซอง บุหรี่มวนเอง อื่นๆ.....
- ในอดีตเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่
 ไม่เคย.....
 เคยเลิก..... ครั้ง เลิกได้นานสุด วัน เดือน ปี
- เคยเลิกโดยวิธี (ตอบได้หลายข้อ)
 หักดิบ
 ค่อย ๆ ลด
 ใช้น้ำ..... (โปรดระบุ) ยาหรือสมุนไพรที่ใช่.....
 อื่น ๆ
- บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ไม่มี มี ระบุบุคคลใกล้ชิด
- ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเลิกครั้งที่ผ่านๆ มา (ระบุ)
- ครั้งที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ที่ระดับ
 ยังไม่สนใจที่จะเลิก (Pre-contemplation)
 คิดจะเลิกบุหรี่/ยาสูบ แต่ยังไม่มีความชัดเจน (Contemplation)
 กำลังวางแผนเลิกบุหรี่/ยาสูบ ภายใน 1 เดือน หรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ (Preparation)
 กำลังเลิกบุหรี่/ยาสูบมาได้ไม่เกิน 6 เดือน (Action)
 เลิกบุหรี่/ยาสูบ มาได้เกิน 6 เดือน (Maintenance)

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่ร้านยา 1 ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

- 133/3 อาคารออร์มเพลส ห้อง 107 ซอยลาดพร้าว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
- โทรสารมาที่ : 02-933-4642
- ส่งเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smokefreepharma@gmail.com



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

6. ค่า %PEFR อัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด.....
7. ทำานสูบบุหรี่/ยาสูบ มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน
- ภายใน 5 นาที (3 คะแนน)
 - 6-30 หลังตื่นนอน (2 คะแนน)
 - มากกว่า 30 นาที หลังตื่น (1 คะแนน)
8. ประเมินภาวะการติดนิโคติน โดย Heaviness Smoking Index
- 5-6 คะแนน ติดนิโคตินรุนแรง
 - 3-4 คะแนน ติดนิโคตินปานกลาง
 - 0-2 คะแนน ติดเล็กน้อย
9. การประเมินการเสียดังใจ (ระบุรายละเอียด)
-
-
10. การประเมินเสียดังใจทางความเครียด (ระบุรายละเอียด)
-
-
11. แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ครอบครัว
 - สุขภาพ
 - เศรษฐกิจ
 - สังคม
 - อื่น ๆ

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่บ้านยา 1 ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

1. 133/3 อาคารอิมเพลส ห้อง 107 ซอยลาดพร้าว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310

2. โทรสารมาที่ : 02-933-4642

3. สแกนเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smokefreepharma@gmail.com



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพติดยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

บ้าน..... รหัส.....

แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ A4

วางแผนการรักษา และการบริการเลิกบุหรี่ทั้งการให้ยาและไม่ให้ยา (พฤติกรรมบำบัด)

1. * วันที่ให้บริการ (วันที่พบผู้ป่วยที่บ้าน).....
2. * ชื่อ-สกุล ผู้สูบบุหรี่.....
บัตรประชาชนเลขที่.....
3. ที่อยู่ผู้สูบบุหรี่ เลขที่..... ถนน.....
แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์.....
4. หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... เวลาที่สะดวกให้ติดต่อกลับ.....

จากข้อมูลการประเมินการติดยาสูบของผู้สูบบุหรี่นี้ (เลือก)

ความรุนแรงการติดนิโคติน

รุนแรง

ปานกลาง

เล็กน้อย

ติดทางจิตใจ ติด ไม่ติด

ทางความเคยชิน ติด ไม่ติด

1. แผนการเลิกบุหรี่

หักดิบ

กำหนด Quitdate.....วัน

2. ค่า %PEFR อัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด.....

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่บ้านยา 1 ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

1. 133/3 อาคารออร์มิมเทส ห้อง 107 ซอยลาดพร้าว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310

2. โทรสารมาที่ : 02-933-4642

3. สแกนเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smokefreepharma@gmail.com



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพติดยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

3. ยาที่ช่วยเลิกบุหรี่ที่จ่าย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- Nicomild 2 mg จำนวนแผง
- Nortriptyline 10 mg จำนวนเม็ด
- Nortriptyline 25 mg จำนวนเม็ด
- สมุนไพรขงหน้้าดอกขาว.....ของ

หมายเหตุ ควรจ่ายเพียงพอสำหรับ 3 วัน แล้วนัดครั้งต่อไป หลังรับประทานยา 3 วัน

ใบกรณี กำหนด Quitdate วันหยุดสูบบุหรี่ ให้ผู้สูบบุหรี่ประเมินตนเองว่า พบกันครั้งต่อไปจะเหลือบุหรี่.....มวน

นัดครั้งต่อไปวันที่.....เวลา.....

มาตามนัดวันที่.....เวลา.....

ค่า %PEFR อัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด.....

ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่จ่ายต่อจนครบ 7 วัน

- Nicomild 2 mg จำนวน.....แผง
- Nortriptyline 10 mg จำนวน.....เม็ด
- Nortriptyline 25 mg จำนวน.....เม็ด
- สมุนไพรขงหน้้าดอกขาว จำนวน.....ของ

หมายเหตุ ควรจ่ายเพียงพอสำหรับ 7 วัน แล้วนัดครั้งต่อไปวันที่ 14 หลังเริ่มยา

มาตรฐานการจ่ายยา ควรจ่าย 4-6 อาทิตย์

การตอบแทนค่ายา จ่ายตามจ่ายจริง หรือทดแทนค่ายาไม่เกิน 300 บาท

- Nicomild 2 mg
- Nortriptyline 10 mg
- Nortriptyline 25 mg
- สมุนไพรขงหน้้าดอกขาว

คำแนะนำพิเศษเฉพาะราย.....

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่ร้านยา 1 ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

1. 133/3 อาคารอริยมหุสดี ห้อง 107 ซอยลาดพร้าว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
2. โทรสารมาที่ : 02-933-4642
3. สแกนเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smokelreepharma@gmail.com



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

บ้านยา..... รหัส.....

1. ประเด็นที่ควรติดตามในแต่ละครั้ง

1.1 ถั่วหัดดิบ สามารถหยุดสูบหรือได้

- ได้
- ไม่ได้

1.2 ถ้า Set Quitdate

- ปฏิบัติตามได้เหลือ..... มวน
- ปฏิบัติตามไม่ได้ลดเหลือ.....มวน

1.3 อาการถอนนิโคติน

- ยังพบอยู่มาก.....
- พบอยู่แต่ทนได้.....
- พบเล็กน้อย

1.4 ปัญหาจากอาการข้างเคียงจากยาเลิกบุหรี่

1.5 ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเครียด หรือความเชื่อ

2. คำแนะนำจากเภสัชกรผู้ที่ติดตาม

ปัญหาจากอาการถอนนิโคติน.....

ปัญหาจากอาการข้างเคียงจากยาเลิกบุหรี่.....

ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเครียด หรือ ความเชื่อ.....

อื่นๆ เช่น การเสริมแรง การให้กำลังใจผู้ป่วย.....

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่บ้านยา ! ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

1. 133/3 อาคารอรัญมณฑล ห้อง 107 ซอยสาทรพราว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
2. โทรสารมาที่ : 02-933-4642
3. สแกนเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smoketreepharma@gmail.com



โครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพติดยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน

บ้านยา รหัส.....

แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการ A5
ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12, 24)

ติดตามครั้งที่ 1 (ภายในสัปดาห์ที่ 2) วันที่ติดตาม..... เวลา.....

- วิธีการติดตาม
 - โทรศัพท์
 - ที่ร้าน
 - อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- พฤติกรรมการสูบบุหรี่
 - ยังสูบอยู่เท่าเดิม
 - จำนวนมวนลดลง จาก.....มวนต่อวัน เหลือ.....มวนต่อวัน
 - เลิกสูบลำเร็จ ตั้งแต่วันที่.....
- ค่า %PEFR อัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด.....
- ยาที่ช่วยเลิกบุหรี่ที่จ่ายต่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - Nicomild 2 mg จำนวน.....แผง
 - Nortriptyline 25 mg จำนวน.....เม็ด
 - สมุนไพรขมิ้นชัน.....ซอง
- คำแนะนำจากเภสัชกรผู้ติดตาม

ปัญหาจากอาการถอนนิโคติน.....

.....

ปัญหาจากอาการข้างเคียงจากยาเลิกบุหรี่.....

.....

ปัญหาเชิงพฤติกรรม สังคมและความเครียด หรือ ความเชื่อ.....

.....

คำแนะนำอื่น ๆ เช่น การเสริมแรง การให้กำลังใจผู้ป่วย.....

.....
- นัดครั้งต่อไป..... เวลาที่สะดวก
- เภสัชกรผู้จัดบันทึก.....

หมายเหตุ : ให้ทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ที่บ้านยา 1 ชุด แล้วส่งเอกสารฉบับจริงมาที่

1. 133/3 อาคารออร์มเทส ห้อง 107 ซอยลาดพร้าว 81 ถนนลาดพร้าว เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
2. โทรสารมาที่ : 02-933-4642
3. สแกนเอกสารเป็น PDF file แล้วส่งอีเมลมาที่: smokstreaopharma@gmail.com

ภาคผนวก ฉ
แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมบริการเลิกบุหรี่ของร้านยา

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ของร้านยา

วันที่เก็บข้อมูล.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับระดับความพึงพอใจมากที่สุด

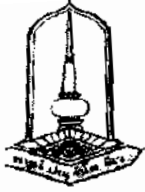
ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของท่านที่มีต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา ในแต่ละข้อความจะมีระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

- มากที่สุด หมายความว่า ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุดกับข้อความนั้น
- มาก หมายความว่า ท่านมีความพึงพอใจมากกับข้อความนั้น
- ปานกลาง หมายความว่า ท่านมีความพึงพอใจปานกลางหรือไม่แน่ใจ
- น้อย หมายความว่า ท่านมีความพึงพอใจน้อยกับข้อความนั้น
- น้อยที่สุด หมายความว่า ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุดกับข้อความนั้น

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ความสะดวกรวดเร็ว					
1. ระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการในแต่ละครั้ง					
2. จำนวนเภสัชกร/นิสิตเภสัชศาสตร์ที่ให้บริการ					
การบริการ					
3. การให้คำอธิบายและคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการ					
4. ท่าทางของผู้ให้บริการ					
5. ความเป็นกันเองของผู้ให้บริการ					
6. ระบบการนัดติดตาม					
อุปกรณ์/สถานที่ให้บริการ					
7. จุดที่ให้บริการ					
8. ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริการ					
9. สื่อ/เอกสารให้ความรู้ที่ได้รับ					
การบริการในภาพรวม					
10. การบริการเลิกบุหรี่ในภาพรวมที่ได้รับ					

รวมคะแนน.....

ภาคผนวก ข
ใบรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์



มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0156 / 2556

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการจัดการเรียนการสอนหัวข้อการให้บริการเลิกบุหรี่ในนิสิตเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิกานดา อุดมเด่น

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 22 พฤศจิกายน 2556

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัยคนที่ 1

ชื่อ นามสกุล	นางสาวลภัสรดา อุดมเด่น
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลอุดรธานี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 289/2 หมู่ 14 ซอยเชิดทอง ถนนนิคโย ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประจักษ์ศิลปาคาร ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
พ.ศ. 2558	ปริญญาเกศาสตรบัณฑิต (บริหารเกษตรกรรม) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
E-mail	laphutfaizz@gmail.com
เบอร์โทรศัพท์	0833633008

ประวัติย่อของผู้วิจัยคนที่ 2

ชื่อ นามสกุล	นางสาวดวงพร บุระทิศ
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ถนนปราจีนอนุสรณ์ ตำบลท่าแกม อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี 25000
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 234 หมู่ 11 ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 41130
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอุดรพัฒนาการ ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
พ.ศ. 2558	ปริญญาเกศาสตรบัณฑิต (บริหารเกศาสตรกรรม) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
E-mail	konukung@gmail.com
เบอร์โทรศัพท์	0894169226