

GENERAL ARTICLE

The quit rate among smokers with chronic illnesses who have received smoking cessation counseling from the Thailand National Quitline

Jintana Yunibhand¹ Waraporn Chaipayat² Sunida Preechawong¹ and Suwimon Rojnowee³

¹ Ph.D. Faculty of Nursing Chulalongkorn University

² D.N.S Faculty of Nursing Chulalongkorn University

³ BNS. Faculty of Nursing Chulalongkorn University

Corresponding Author: Jintana Yunibhand Email: Yuni_jintana@hotmail.com

Received: 19 November 2012 Revised: 21 May 2013 Accepted: 29 May 2013

Available online: August 2013

Abstract

Yunibhand J, Chaipayat W, Preechawong S and Rojnowee S.

The quit rate among smokers with chronic illnesses who have received smoking cessation counseling from the Thailand national quitline

J Pub Health Dev. 2013; 11(2): 49-61.

Smoking is a global health problem. It is a leading cause of death, and chronic illness. Smokers with chronic illnesses have a higher risk of recurrence or death than those who have never smoked. This study aimed to determine the continuous abstinence rate (CAR) at one, three, and six month(s), the quit attempt rate at seven days, and the motivation to quit of patients with chronic illnesses after they received smoking cessation counseling from the Thailand National Quitline (TNQ). Secondary data sources from a study of the effectiveness of the TNQ were used in this study.

The subjects were 91 smokers, the top five chronic illnesses were allergic rhinitis (15.4%), hypertension (14.3%), asthma (9.9%), peptic ulcer (9.9%), and diabetes mellitus (6.6%). Thirty-six (39.6%) smokers continued to abstain from smoking continuously for one month, while 25 participants (27.5%), and 22 participants (24.2%) continued to refrain from smoking for three and six months, respectively. Furthermore, 37 participants (40.7%) abstained from smoking continuously for seven days, but 54 participants (59.3%) did not abstain from smoking. Most participants who succeeded in quitting were motivated to quit by themselves (70.3%).

In conclusion, the TNQ provides effective counseling to help people stop smoking. However, half of those who received counseling were unsuccessful in quitting. Many factors may have influenced the failure rate. So, health care professionals need to provide effective smoking cessation intervention and continuous monitoring.

Keywords: continuous abstinence rate, quit attempt rate, chronic illness, quitline

อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังได้รับ คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ แห่งชาติ

จินตนา ยูนิพันธุ์¹ วราภรณ์ ชัยวัฒน์² สุนิดา ปรีชาวงษ์¹ และ สุวิมล โรจนาวี³

¹ Ph.D. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² D.N.S คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ BNS. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

จินตนา ยูนิพันธุ์ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ สุนิดา ปรีชาวงษ์ และ สุวิมล โรจนาวี

อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

ว.สาธารณสุขและการพัฒนา. 2556; 11(2): 49-61.

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเกิดโรคเรื้อรังมากมาย สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคกำเริบ และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องที่ระยะเวลา 1, 3, และ 6 เดือน อัตราความพยายามเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิภาพของการบริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ที่ทำการเก็บข้อมูลผู้ใช้บริการของศูนย์ฯ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึงกรกฎาคม 2553

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ 91 ราย ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดย 5 อันดับแรกที่พบได้แก่ ภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง หืด แผลในกระเพาะอาหาร และเบาหวาน ร้อยละ 15.4 14.3, 9.9, 9.9, และ 6.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย (ร้อยละ 39.6) หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย (ร้อยละ 27.5) และ 22 ราย (ร้อยละ 24.2) หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ 37 ราย (ร้อยละ 40.7) หยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วัน คิดเป็นอัตราความพยายามเลิกบุหรี่ 0.4 และ 54 ราย (ร้อยละ 59.3) ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ กลุ่มตัวอย่างที่หยุดบุหรี่ได้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) มีแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการเลิกด้วยตนเอง

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ มีประสิทธิภาพในการช่วยให้บุคคลเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งก็ยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ อาจเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

คำสำคัญ: อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง อัตราความพยายามเลิกบุหรี่ โรคเรื้อรัง ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรังมากมาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง เป็นต้น¹⁻²

โรคเรื้อรัง (Chronic illness) เป็นภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์³ ทำให้เกิดการเสียหายที่ หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมาก หรือมีความพิการเหลืออยู่ ไม่สามารถกลับคืนได้ดังเดิม⁴ ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาพยาบาล⁵

สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่พบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น⁶ เช่น ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบลง⁷ เพิ่มปริมาณโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยเบาหวาน⁸⁻⁹ ลดประสิทธิภาพการทำงานของ T-cell ในผู้ป่วยภูมิแพ้¹⁰⁻¹¹ ลดประสิทธิภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคหืดและถุงลมโป่งพอง¹²⁻¹³ เป็นต้น จากการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. 2555¹⁴ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่จำนวน 11.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีผู้สูบบุหรี่จำนวนไม่น้อยที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549¹⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 624,309 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 52,605 ราย และโรคมะเร็งปอด จำนวน 5,299 ราย เป็นผู้สูบบุหรี่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมมากมาย

ดังนั้นการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่หรือการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพให้เลิกบุหรี่จึงถือเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูบบุหรี่

ประมาณร้อยละ 80 เคยพยายามที่จะเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหลายครั้ง แต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากไม่รู้วิธี ขาดความตั้งใจ หรือแรงจูงใจที่จะเลิก¹⁶ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่ว่าโรคอะไรก็ตาม เมื่อหยุดสูบบุหรี่แล้วจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น มากกว่าการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว หรือแม้กระทั่งในบุคคลที่ยังไม่เกิดโรค การเลิกบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจได้¹⁷ นอกจากนี้ การให้คำแนะนำโดยบุคลากรทางสุขภาพ เป็นวิธีที่สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ถึง 1.7 เท่า¹⁸ การบำบัดรักษาโรคติดบุหรือนั้นมีด้วยกันหลายวิธี ซึ่งวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพวิธีการหนึ่งคือ การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก เข้าถึงได้ง่าย ประหยัด และครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม¹⁹

สำหรับประเทศไทยมีหน่วยงานที่ให้บริการดังกล่าวคือ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือ 1600 สายเลิกบุหรี่ (Thailand National Quitline หรือ Quitline 1600) เป็นโครงการของมูลนิธิสร้างสุขไทยและความร่วมมือกับ 3 องค์กร ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการควบคุมการบริโภคยาสูบแก่ประชาชนทั่วประเทศ ด้วยการให้บริการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม การบริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติมีหลายรูปแบบ ทั้งบริการเชิงรุก (Proactive call back services) และเชิงรับ (Reactive services) โดยคำนึงถึงบริบทของสังคมไทยเป็นสำคัญ ซึ่งวางแผนให้เกิดระบบการบริการและการส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม (ดังแผนภาพที่ 1) เพื่อให้บริการประชาชนได้ทั่วประเทศ จัดระบบให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ประหยัด และต่อเนื่อง²⁰

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องที่ระยะเวลา 1, 3, และ 6 เดือน อัตรา

ความพยายามเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังได้รับการบริการเลิกบุหรี่จากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data sources) จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของการบริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ²¹

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate -CAR) หมายถึง ร้อยละของผู้ใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมิได้สูบบุหรี่ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ต่อ จำนวนผู้ใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ติดตามได้จริง

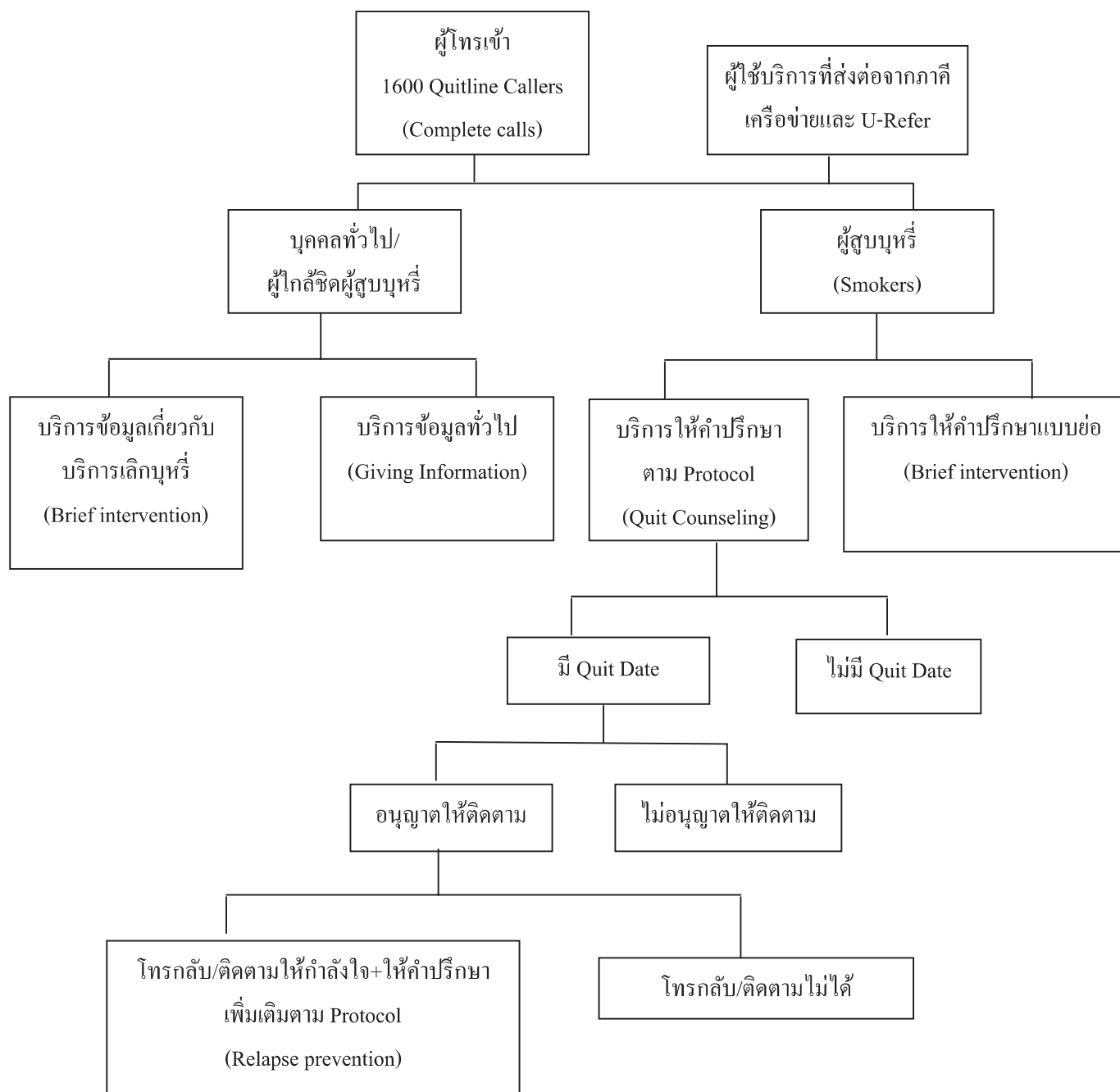
อัตราความพยายามเลิกบุหรี่ (Quit attempt rate) หมายถึง ร้อยละของผู้ใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมิได้สูบบุหรี่ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 7 วัน ต่อจำนวนผู้ใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ติดตามได้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของการบริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ²¹ จำนวนทั้งหมด 4,194 รายการที่ทำการเก็บข้อมูลผู้ใช้บริการของ

ศูนย์ฯ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึงกรกฎาคม 2553 ได้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากข้อมูลทุติยภูมิจำนวน 366 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเรื้อรัง 91 รายที่ได้รวมเข้าในการศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยในการศึกษาดังกล่าวสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการบริการของศูนย์ฯ สำหรับประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีภาวะหรือการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติอย่างถาวร หรือมีความพิการเหลืออยู่ ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิม หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวัน หรือมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 6 เดือน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคภูมิแพ้ โรคหืด เป็นต้น จากข้อมูลพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 91 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 366 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.9 ซึ่งได้รับการเลิกบุหรี่จากผู้ให้คำปรึกษา (ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมศาสตร์) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของศูนย์ฯ และผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล

กระบวนการบริการประชาชนของ 1600 Quitline (1600 สายเลิกบุหรี่) สรุปได้ดังแผนภาพ ต่อไปนี้



ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (Participant's characteristics)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ราย ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นานกว่า 6 เดือน ได้แก่ โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 15.4 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.3, 9.9, 9.9 และ 6.6 ตามลำดับ ร้อยละ 87.9 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชาย มีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง

(ร้อยละ 27.5) และ พนักงานโรงงาน/บริษัท (ร้อยละ 17.6) ระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 22.4 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน 2-40 มวน ($\bar{x} = 15.3$ มวน) เริ่มสูบบุหรี่มวนแรก อายุ 10-39 ปี ($\bar{x} = 18.5$ ปี) ร้อยละ 11.0 ของกลุ่มตัวอย่างดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 54.9 สูบบุหรี่ขณะมีอาการเจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ร้อยละ 84.0 สูบบุหรี่โรงงาน และร้อยละ 46.2 ดินนิโคตินในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 91)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	80	87.9
- หญิง	11	12.1
อาชีพ		
- รับจ้าง	25	27.5
- พนักงานโรงงาน/บริษัท	16	17.6
- ธุรกิจส่วนตัว	11	12.1
- อื่นๆ	39	42.8
ระดับการติดนิโคติน (Heaviness of Smoking Index)		
- ต่ำ	18	19.8
- ปานกลาง	42	46.2
- สูง	31	34.0
การสูบบุหรี่ขณะเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล		
- สูบ	50	54.9
- ไม่สูบ	41	45.1
ชนิดบุหรี่ที่สูบ		
- บุหรี่โรงงาน	84	92.3
- บุหรี่มวนเอง	5	5.5
- อื่นๆ	2	2.2
การใช้สิ่งเสพติดอื่น ๆ ร่วมกับการสูบบุหรี่		
- ไม่ใช้	81	89.0
- ใช้ (ดื่มแอลกอฮอล์)	10	11.0

2. อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate - CAR)

จากกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย ร้อยละ 39.6 (36 ราย) สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง (CAR) เท่ากับ 0.4 ร้อยละ 27.5 (25 ราย) สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน CAR เท่ากับ 0.3 และร้อยละ 24.2 (22 ราย) สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน CAR เท่ากับ 0.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง 54 ราย (ร้อยละ 59.3) ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้เลย

จากการศึกษาแยกตามโรค 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคหืด มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 1 เดือน มากที่สุดเท่ากับ 0.4 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดัน

โลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.4, 0.3, 0.3, และ 0.2 ตามลำดับ

แต่จากการศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคหืดไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือนได้ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน CAR เท่ากับ 0.3, 0.2, 0.2, และ 0.1 ตามลำดับ

สำหรับอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ มีอัตราการเลิกบุหรี่มากที่สุดเท่ากับ 0.3 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่าง ที่ป่วยด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.2 และ 0.1 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคหืดและเบาหวานไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราเลิกบุหรี่และอัตราความพยายามเลิกบุหรี่แยกตามโรค

โรค	จำนวน	ระยะเวลาในการเลิกบุหรี่							
		7 วัน		1 เดือน		3 เดือน		6 เดือน	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ภูมิแพ้	14	6	0.4	6	0.4	4	0.3	4	0.3
ความดันโลหิตสูง	13	4	0.3	4	0.3	2	0.1	2	0.1
หืด	9	4	0.4	4	0.4	0	0	0	0
แผลในกระเพาะอาหาร	9	3	0.3	3	0.3	2	0.2	1	0.2
เบาหวาน	6	1	0.2	1	0.2	1	0.2	0	0
ไทรอยด์	5	2	0.4	1	0.2	1	0.2	0	0
หลอดเลือดสมอง	5	4	0.8	4	0.8	4	0.8	4	0.8
หัวใจ	4	2	0.5	2	0.5	2	0.5	2	0.5
จิตเภท	3	0	0	0	0	0	0	0	0
ไตวาย	3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3
โลหิตจาง	2	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5
อื่นๆ ได้แก่ โรคเรื้อรังร่วมกัน มากกว่า 2 โรคขึ้นไป	18	9	0.5	9	0.5	7	0.4	7	0.4

3. อัตราความพยายามเลิกบุหรี่ (Quit attempt rate)

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.7 (37 ราย) สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน คิดเป็นอัตราความพยายามเลิกบุหรี่ (Quit attempt rate) 0.4

จากการศึกษาแยกตามโรค 5 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคหืดและโรคภูมิแพ้ มีอัตราความพยายามเลิกบุหรี่มากที่สุด เท่ากับ 0.4 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วย โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราความพยายามเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.3, 0.3, และ 0.2 ตามลำดับ

4. แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (Motivation to quit)

จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้อย่างน้อย 7 วัน ได้แก่ แรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการเลิกด้วยตนเอง เฉลี่ยร้อยละ 70.3 รองลงมาคือ คนในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน คนรัก/คนใกล้ชิด/ญาติ และเพื่อน เฉลี่ยร้อยละ 62.2, 5.4, และ 2.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ (n = 37)

แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
คนในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน	23	62.2
คนรัก/คนใกล้ชิด/ญาติ	2	5.4
บุคลากรวิชาชีพสุขภาพแนะนำ	0	0
แพทย์ผู้ทำการรักษาโรคแนะนำ	0	0
ต้องการเลิกด้วยตนเอง	26	70.3
ตนเองเนื่องจากกำลังตั้งครรภ์	0	0
เพื่อน	1	2.7

* หมายเหตุ: เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. อัตราการเลิกบุหรี่ (Quit rate)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 39.6 สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน CAR เท่ากับ 0.4 Chan และคณะ (2011)²² ทำการศึกษาการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 1,860 ราย ในประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 938 รายที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ตามขั้นตอนความพร้อมที่จะเลิก (readiness to quit) จากการติดตาม 12 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.4 สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน สำหรับการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 1 เดือนสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้า อาจเนื่องมาจากการบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติของประเทศไทยมีทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการบริการแบบเชิงรับ นั้นหมายถึงผู้ใช้บริการมีความตั้งใจในการโทรศัพท์เข้ามาในครั้งแรกเพื่อรับบริการการเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska และคณะ (1983)²³ ที่กล่าวว่า บุคคลจะไม่เปลี่ยนพฤติกรรมเว้นแต่บุคคลนั้นจะได้แสดงออกว่าต้องการเปลี่ยนหรืออยากเปลี่ยน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ที่กำหนดวันเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่โทรศัพท์เข้ามาติดต่อกับศูนย์ฯ ครั้งแรก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation stage) ตามทฤษฎีดังกล่าว พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะ Preparation stage ร้อยละ 66.7 มีความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะชังใจ (contemplation) ในระยะเวลาติดตามเดียวกัน²⁴⁻²⁵ อีกทั้งศูนย์ฯ มีการติดตามและให้กำลังใจผู้ใช้บริการในการเลิกบุหรี่เป็นระยะ ทำให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจในการเลิกบุหรี่

สำหรับการศึกษานี้ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.7 สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน CAR เท่ากับ 0.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker และคณะ (2006)²⁶ ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 298 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 151

รายและกลุ่มทดลองที่ได้รับคำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจ และการปรับพฤติกรรม จำนวน 147 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.0 สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน (point-prevalence rates at 3 months) คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ 0.3

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.2 สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน CAR เท่ากับ 0.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Canga และคณะ (2000)⁸ ที่ทำการศึกษาระยะผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 280 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 133 รายและกลุ่มทดลองที่ได้รับคำปรึกษา การให้ความรู้ และการติดตามจากพยาบาล ครั้งละ 40 นาที จำนวน 147 ราย ผลการติดตาม 6 เดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 25 ราย (ร้อยละ 19.0) ที่ได้รับการยืนยันจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ 0.2

2. อัตราความพยายามเลิกบุหรี่ (Quit attempt rate)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.7 สามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน คิดเป็นอัตราความพยายามเลิกบุหรี่ (Quit attempt rate) 0.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ de Azevedo และคณะ (2010)²⁸ ที่ทำการเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 353 ราย ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการเลิกบุหรี่ที่ระดับความเข้มข้นที่ต่างกัน กลุ่มที่ 1 ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการเลิกบุหรี่ในระดับต่ำ (Low intensity Intervention) จำนวน 132 ราย และกลุ่มที่ 2 ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเข้มข้นในระดับสูง (High intensity Intervention) จำนวน 221 ราย จากผลการติดตามเป็นเวลา 6 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มสามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วันคิดเป็นร้อยละ 44.9 และ 41.7 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามผลจากการวิจัยครั้งนี้มีอัตราการเลิกบุหรี่และอัตราความพยายามเลิกบุหรี่ที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งอธิบายเพิ่มเติมได้

คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาการและความรุนแรงของโรคเป็นหนึ่งปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความต้องการเลิกบุหรี่ และข้อมูลพฤติกรรมที่ได้มานี้เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการศูนย์ฯตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนกรกฎาคม 2553 ทางโทรศัพท์ด้วยวาจา อาจทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ ที่ได้จากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง (self-report) มีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tomson และคณะ (2005)²⁹ ที่พบว่าคำบอกเล่า (self report) ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่นั้นจะมีค่าที่มากกว่าความเป็นจริง (Overestimate quit rates) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับว่าสามารถช่วยให้บุคคลเลิกบุหรี่ได้จริง¹⁹

3. แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (Motivation to quit)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยร้อยละ 69.4 มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่เกิดจากความต้องการเลิกด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stoktosa และคณะ (2010)³⁰ ที่ทำการประเมินแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยจำนวน 111 ราย (ระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 40 ราย ระบบทางเดินหายใจ จำนวน 22 ราย ระบบกล้ามเนื้อ จำนวน 8 ราย และจิตเวช จำนวน 11 ราย) ที่มาใช้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ในประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 83.0 (92 ราย) ของกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่เกิดจากตนเองในด้านสุขภาพ (Health reasons)

การศึกษครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความพร้อมและต้องการจะเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง อีกทั้งปัญหาสุขภาพยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการที่จะเลิกบุหรี่ แต่กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งที่

ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ อาจเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการ เช่น ระดับการตัดสินใจที่มั่นคง แรงจูงใจ อาการของโรค ภาวะซึมเศร้าจากโรค เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการศูนย์ฯตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึง เดือนกรกฎาคม 2553 ทางโทรศัพท์ด้วยวาจา อาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง กลุ่มตัวอย่างต้องย้อนความคิดกลับไปในการตอบแบบสัมภาษณ์ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกาหยุดสูบบุหรี่ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement =CQI) ศูนย์ฯ ควรมีการประเมินประสิทธิภาพของการบริการเป็นระยะ
2. ควรมีการประเมินอัตราการเลิกบุหรี่ในระยะเวลานานขึ้น เช่น 1 ปี

References

1. Vathesatogkit K. 5A Smoking Cessation in Daily Work. Bangkok: No smoking club; 2009. (in Thai).
2. Bureau of Tobacco Consumption Control. The situation and trend of tobacco consumption among Thai population in 1991-2009. Bureau of Tobacco Consumption Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; ISBN 978-974-297-980-5. (in Thai).

3. LeMone P, Burke KM. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 2000.
4. Phipps WJ. Chronic illness and rehabilitation. St. Louis: Mosby; 1999.
5. Adelman AM. Managing Chronic Illness. Boston: McGraw-Hill; 2001.
6. Althuis M, Sexton M, Prybylski D. Cigarette smoking and asthma symptom severity among adult asthmatics. J Asthma. 1999; 36: 257-64.
7. Cohen DJ, Doucet M, Cutlip DE, Ho KKL, Popma JL, Kuntz RE. Impact of smoking on clinical and angiographic restenosis after percutaneous coronary intervention: another smoker's paradox? Circulation. 2001; 104: 773-8.
8. Canga N, de Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martínez-González M A. Intervention Study for Smoking Cessation in Diabetic Patients: A randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. Diabetes care. 2000; 23(10): 1455-60.
9. MacFarlane I, Gill G, Grove T, Wallymahmed M. Trends in the smoking habits of young adults with Diabetes. Postgrad Med J. 2001; 77: 461-63.
10. Mcallister-Sistilli CG, Caggiula AR, Knopf S, Rose CA, Miller AL, Donny EC, et al. The Effects of Nicotine on The Immune System. Psychoneuroendocrinology. 1998; 23: 175-87.
11. Tercyak KP. Brief Report: Social risk factors predict cigarette smoking progression among adolescents with asthma. Journal of Pediatric Psychology. 2006; 31(3): 246-51.

12. Gold DR, Wang X, Wypij D, Speizer FE, Ware JH, Dockery DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med*. 1996; 335: 931-37.
13. Marsh S, Aldington S, Shirlcliffe P, Weatherall M, Beasley R. Smoking and COPD: what really are the risks?. *Eur Respir J*. 2006; 28: 883-6.
14. Thipphayarangsanit S, Aim-a-nan P, Pankrajang P, Sommit K. Summary report of Tobacco consumption situation of Thai people in 2012. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Centre; 2012. (in Thai).
15. Leartsakulpanitch J, Nganthavee W, Salole E. The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Base Analysis. *J Med Association Thailand*. 2007; 90(9): 1925-9.
16. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 1: CD001188.
17. Hennrikus DJ, Lando HA, McCarty MC, Klevan D, Holtan N, Huebsch JA, et al. The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation interventions with hospital patients. *Preventive Medicine*. 2005; 40: 249-58.
18. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001; 2: CD000165.
19. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2006; 3: CD002850.
20. Thailand National Quitline. Annual Report of Thailand National Quitline. Thailand National Quitline Publishing; 2010. (in Thai).
21. Yunibhand J, Chaipayat W, Rojnowee S. The effectiveness of the Thailand National Quitline among Diverse Population. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. (in process).
22. Chan SSC, Leung DYP, Wong DCN, Lau CP, Wong VT, Lam TH. A randomized controlled trial of stage-matched intervention for smoking cessation in cardiac out-patients. *Addiction*. 2011; 107: 829-37.
23. Prochaska OJ, DiClemente CC. Stages and process of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 1983; 51(3): 390-5.
24. Engels RC, Knibbe RA, deVries H, Drop MJ. Antecedents of smoking cessation among adolescents: Who is motivated to change?. *Preventive Medicine*. 1998; 27: 348-57.
25. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. John Wiley & Sons, Inc; 2008.
26. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. A Randomized Controlled Trial of a Smoking Cessation Intervention Among People With a Psychotic Disorder. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:1934-42.
27. Nakamura M, Masui S, Oshima A, Okayama A, Ueshima H, the HISLIM Research Group. Effects of Stage-matched Repeated Individual Counseling on Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial for the High-risk Strategy by Lifestyle Modification (HISLIM) Study. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2004; 9: 152-60.

28. de Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, da Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *General Hospital Psychiatry*. 2010; 32: 599–606.
29. Tomson T, Bjornstrom C, Gilljam H, Helgason S. Are non-responders in a quitline evaluation more likely to be smokers? *BMC Public Health*. 2005; 5(52): 1-6.
30. Stoktosa A, Skoczylas A, Rudnicka A, Bednarek M, Krzyzanowski K, Gorecka D. Evaluation of the motivation to quit smoking in outpatients attending a smoking cessation clinic. *Pneumonol Alergol Pol*. 2010; 78(3): 211–5.