

สถานการณ์การนำผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่

อดิษฐ์ อำนวยพรเลิศ¹, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา², สุรศักดิ์ เส้าแก้ว¹

¹ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพและไอศกรรมาณบาล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์การนำผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCD) ที่สูบบุหรี่เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดพะเยาตามหลัก 5A (ask, advise, assess, assist, arrange follow-up) **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคลินิกเลิกบุหรี่ และผู้ป่วย NCDs ที่มารับบริการในคลินิกของโรงพยาบาล 8 แห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดพะเยา ประเด็นหลักของการสัมภาษณ์ คือ กระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วย NCDs ของโรงพยาบาล **ผลการวิจัย:** โรงพยาบาลที่ศึกษาบำบัดผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกจิตเวชซึ่งเป็นคลินิกฟ้าใสจำนวน 4 แห่งจากทั้งหมด 8 แห่ง ผู้ป่วย NCDs ในโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้งหมดได้รับบริการเลิกบุหรี่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ของโรงพยาบาล การเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่เกิดใน 3 ช่องทาง ได้แก่ การคัดกรองจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล การคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสมัครใจขอใช้บริการเอง บุคลากรจะให้คำแนะนำเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ และส่งตัวไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจะได้รับคำปรึกษา ยา และการติดตามผลจนครบ 1 ปี ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดได้แก่ น้ำยาบ้วนปาก nortriptyline ชาชงหญ้าดอกขาว และ vitamin C ตามลำดับ กระบวนการแนะนำผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ที่ดำเนินการเหล่านี้เป็นไปตามหลักการเวชปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป และปรับเปลี่ยนตามบริบทของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ปัญหาประมาณส่งผลกระทบต่อรายการยาที่มีในโรงพยาบาลและความต่อเนื่องในการบำบัดผู้ป่วย การกำหนดตัวชี้วัดบางตัวในกระบวนการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และการติดตามผู้ป่วยด้วยการนัดมายังโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร แม้ว่าจะมีอุปสรรคในการดำเนินการอยู่บ้าง ผู้ป่วย NCDs ที่เข้ารับบริการยังคงมีความพึงพอใจในการรับบริการเลิกบุหรี่จากโรงพยาบาลที่ตนรับบริการอยู่ **สรุป:** โรงพยาบาลที่ศึกษามีการดำเนินการตามหลัก 5A ครบทุกกระบวนการ แต่อาจมีบางแห่งที่ไม่มียาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ การวิจัยในอนาคตควรศึกษาถึงการพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังเข้ารับการบำบัด การเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงบริการ และการปรับเปลี่ยนบริการเป็นคลินิก NCD แบบเบ็ดเสร็จเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเลิกบุหรี่ การส่งเสริมสุขภาพ

รับต้นฉบับ: 9 ก.ค. 2561, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 20 ส.ค. 2561, รับผิดชอบพิมพ์: 16 ก.ย. 2561

ผู้ประสานงานบทความ: สุรศักดิ์ เส้าแก้ว ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพและไอศกรรมาณบาล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา E-mail : saokaew@gmail.com, surasak.sa@up.ac.th

Situation on Bringing Smokers with Non-communicable Diseases to Smoking Cessation Clinic

Adinat Umnuyapornlert¹, Cholada Chaikoolvatana², Surasak Saokaew¹

¹Center of Health Outcomes Research and Therapeutic Safety (Cohorts),
School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao

²Faculty of Nursing, University of Phayao

Abstract

Objectives: To study the situation on bringing smokers with non-communicable diseases (NCDs) to smoking cessation service within the hospitals in Phayao according to the 5A principle (ask, advise, assess, assist, arrange follow-up). **Methods:** This research was a qualitative study collecting the data using in-depth interview. Two groups of informants included healthcare providers working in smoking cessation clinics and NCD patients in 8 hospitals in Phayao affiliated with Ministry of Public Health. Main focus of the interview was on process on smoking cessation of the hospitals in NCD patients, **Results:** Hospitals in the study provided smoking cessation service in psychiatric clinics, 4 out of 8 clinics were Pharsai clinic. NCD patients were treated similarly to general patients within the hospitals. Access to smoking cessation clinics was gained in 3 channels, including screening from various departments in the hospital, screening from the District Health Promotion Hospital and voluntary request of the service by patients. Health staff convinced the patients to stop smoking and refer them to the hospital's smoking cessation clinic. Patients under the treatment received consultation, drugs and follow up until 1 year. The most commonly medications received by patients were mouthwash, nortriptyline, Vernonia cinerea tea and vitamin C, respectively. The process of advising patients to quit smoking followed well-accepted practice principles. However, the budget problem has implications for hospital drug programs and the continuity of patient treatment with some modification to fit the context of the hospitals. However, the budgetary problem affected the availability of drugs within the hospitals and continuity in patient treatment. Setting some performance indicators of treatment outcomes and monitoring of patient during hospital visit may lead to ineffective assessment. Although there were some restriction in service provision, NCD patients receiving the service were still satisfied with the quit smoking service provided by their hospital. **Conclusion:** The studied hospitals provided the services according to all principles delineated within the 5A. However, some hospitals had no medication for smoking cessation. Further study should focus on the development of monitoring system after treatment, promotion of the service to improve accessibility and service redesign to become one-stop service NCD clinic.

Keywords: non-communicable disease, smoking cessation, health promotion

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นภัยคุกคามอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพคนทั่วโลก ในแต่ละปีมีอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ประมาณ 6 ล้านคน ทั้งจากการสูบบุหรี่โดยตรงและจากควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 80 ของผู้ที่สูบบุหรี่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้ประเทศเหล่านั้นต้องรับภาระหนักจากค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCD) และการเสียชีวิตที่มากจากการสูบบุหรี่ (1) องค์การอนามัยโลกประมาณค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูบ เป็นมูลค่าถึง 500 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี จึงถือได้ว่า บุหรี่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลก (2) การประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ของประเทศไทยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมทางการแพทย์ มูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล และมูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร พบว่า มีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่ากับ 74.88 พันล้านบาท (เฉลี่ย 29.39 บาทต่อบุหรี่ 1 ซอง) คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของ GDP หรือเท่ากับร้อยละ 18.19 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุขในปี พ.ศ.2552 ทั้งหมด (3) หากผู้สูบบุหรี่ได้ ร่างกายจะได้รับประโยชน์ อาทิ ภายใน 1-2 วัน ความดันโลหิตและชีพจรจะกลับเข้าสู่ระดับปกติ ภายใน 3 วัน รับประทานอาหารได้ร่อยขึ้นเนื่องจากตุ่มรับรสที่ลิ้นทำงานได้ดีขึ้น ภายใน 3 สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้มากและนานขึ้น เพราะเลือดสามารถไหลเวียนไปสู่แขนและขาได้ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน การหายใจดีขึ้น ระบบการกำจัดสิ่งสกปรกของปอดทำงานได้เป็นปกติ ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลงเหลือเพียงครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เลิกสูบบุหรี่ และภายใน 10-15 ปี อัตราเสี่ยงจากการป่วยลดลง สภาพร่างกายจะมีความใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (4)

NCDs เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยด้วย NCDs นอกจากจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาแล้ว ยังจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคร่วมด้วย เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินไปของโรคที่เป็นอยู่แย่ลงกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจ

อนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในกลุ่มประชากรไทย พบผู้ป่วยด้วย NCDs 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางหายใจเรื้อรัง ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 10.7 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยแรงงานและวัยสูงอายุซึ่งประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมและอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (5)

ในปีพ.ศ.2558 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่จำนวน 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่สูงที่สุดได้แก่ วัยทำงาน อายุระหว่าง 25- 59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2557 โดยเพิ่มจากร้อยละ 22.79 และร้อยละ 14.25 เป็นร้อยละ 23.54 และร้อยละ 16.63 ตามลำดับ (6) ในจังหวัดพะเยา การสำรวจด้วยแบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี พ.ศ.2558 พบการสูบบุหรี่ของคนในครัวเรือนอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์การสำรวจมากถึงร้อยละ 7.01 (7) ตามเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันกลุ่มโรค NCDs พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะต้องลดความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เหลือเพียงร้อยละ 14.95 (8)

แม้ว่าการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ได้ดำเนินการผ่านมาตรการต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมุ่งเน้นให้มีการบำบัดผู้สูบบุหรี่ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับปี 2555-2557 กระทั่งถึงฉบับที่ 2 ซึ่งดำเนินการอยู่ในระหว่างปี 2559-2562 (9) เพื่อลดการบริโภคยาสูบของประชาชน และทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ แต่อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยและในจังหวัดพะเยายังคงลดลงไม่มากนัก ทั้งที่มีการกระจายตัวของหน่วยให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ

การบำบัดผู้ป่วย NCDs ที่สูบบุหรี่มักดำเนินการโดยคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล หรือโดยคลินิกโรคเฉพาะ เช่น ในคลินิก NCD (10-12) แล้วแต่บริบทของพื้นที่ การประเมินผลการดำเนินการตามโครงการเลิกบุหรี่ต่าง ๆ ตามมาตรการที่เกิดขึ้น อาทิเช่น ระบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐยังคงไม่ชัดเจน การศึกษาจึงต้องการทราบสถานการณ์การนำผู้ป่วย NCDs ที่สูบบุหรี่เข้าสูการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดพะเยา ตามหลัก 5A อันได้แก่ ask (A1), advise (A2), assess

(A3), assist (A4) และ arrange follow up (A5) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำไปเป็นพื้นฐานการพัฒนาระบบการบริหารจัดการผู้ป่วย NCDs ในพื้นที่ให้เข้าสู่งการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม 2559 การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย 2/025/59

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลจำนวน 8 แห่งในจังหวัดพะเยาที่มีบริการเลิกบุหรี่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากโรงพยาบาลในจังหวัดทั้งหมด 9 แห่งเนื่องจากโรงพยาบาล 1 แห่ง อยู่ในช่วงการก่อสร้างโรงพยาบาล จึงยังขาดบุคลากรทำงาน และไม่มีคลินิกเลิกบุหรี่

ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ 19 คน ซึ่งมาจากโรงพยาบาลแต่ละ 2-3 คน และผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับบริการเลิกบุหรี่ 30 คน โดยมาจากโรงพยาบาลละอย่างน้อย 2 คน

การเลือกบุคลากรเข้าร่วมการวิจัยใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นบุคลากรที่ดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการบริหารอยู่ในคลินิกหรือบริการเลิกบุหรี่เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และ/หรือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่จริงอยู่ในคลินิกหรือบริการเลิกบุหรี่เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนก่อนการสัมภาษณ์

การเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยใช้การเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งป่วยด้วยโรค NCDs ที่อยู่ระหว่างการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล และสามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ

เครื่องมือ

คณะผู้วิจัยพัฒนาแบบเก็บข้อมูลและทดสอบความถูกต้องของเนื้อหาว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบแบบเก็บข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านวิชาการในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับงานบุหรี่ และ/หรือมีประสบการณ์ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ แบบเก็บข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ชุด จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การนำผู้ป่วย NCDs เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนรายละเอียดการให้บริการตามหลัก 5A และส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกการสังเกตสถานที่ให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยทดลองใช้แบบเก็บข้อมูลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยรวม 10 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เพื่อให้ทราบถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการสัมภาษณ์เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัวระยะเวลาในการสัมภาษณ์โดยประมาณ 30-60 นาที การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำในสัปดาห์เดียวกันในแต่ละโรงพยาบาล ทั้งนี้ไม่มีโรงพยาบาลใดปรับเปลี่ยนนโยบายด้านการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย NCDs ในช่วงที่เก็บข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

การวิจัยนี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการแบบสามเส้า โดยศึกษาประเด็นเดียวกันแต่จะใช้ข้อมูลที่ไดมาจากบุคคลหลายคนในแต่ละโรงพยาบาล และยังใช้วิธีการอย่างน้อย 2 วิธีเก็บข้อมูลในประเด็นเดียวกันในการศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมประชุมรับทราบผลการศึกษา (member checking) และให้ความเห็นเพื่อปรับปรุงผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปด้วยกันจนกว่าจะเกิดการอิ่มตัวของผลการวิจัย การศึกษาใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกต

ผลการวิจัย

โรงพยาบาลและบุคลากร

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง ข้อมูลจากแบบบันทึกการสังเกต พบว่า จุดให้บริการเลิกสูบบุหรี่ของโรงพยาบาลทั้งหมดตั้งอยู่ในคลินิกจิตเวช มีป้ายตาม

ทางเดินของโรงพยาบาลแสดงให้เห็นทางไปคลินิก โรงพยาบาลบางแห่งมีแถบสีตรงทางเดินแสดงเส้นทางไปคลินิกเลิกบุหรืเพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตได้โดยสะดวก จุดให้บริการเลิกบุหรืในแผนกจิตเวชประกอบด้วยห้องให้คำปรึกษา โต๊ะ เก้าอี้ สื่อประกอบการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรื อาทิเช่น แผ่นพับ วีดิทัศน์ โปสเตอร์ สมุดให้คำแนะนำ ปฏิทินนัดหมาย และผลทางห้องปฏิบัติการ แม้คลินิกเลิกบุหรืที่อยู่ในแผนกจิตเวชมิได้แยกสัดส่วนกับพื้นที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างชัดเจน แต่พื้นที่ให้บริการยังคงมีความเหมาะสม คือ เป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยที่จะปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรืกับบุคลากรทางการแพทย์ได้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานคลินิกเลิกบุหรืของโรงพยาบาลในการศึกษานี้ ได้แก่ แพทย์ (ขั้นตอนสั่งจ่ายยา) เภสัชกร (ขั้นตอนให้คำปรึกษา/จ่ายยา/แก้ไขปัญหาการใช้ยา) พยาบาล (ขั้นตอนให้คำปรึกษา/บำบัด/ติดตามผู้ป่วย) และนักจิตวิทยา (ขั้นตอนให้คำปรึกษา/บำบัด) โครงสร้างในหน่วยงานบริการเลิกบุหรืมีแพทย์เป็นหัวหน้า และมีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการหลัก มีเพียงบางโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรและนักจิตวิทยาเข้าร่วมดำเนินการในคลินิกด้วย ผู้ป่วย NCDs ในโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้งหมดได้รับการบริการเลิกบุหรืเป็นมาตรฐานการปฏิบัติเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 19 คน เป็นหญิง 18 คน และมีอายุเฉลี่ย 44.21 ± 8.62 ปี ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 17 คน เภสัชกร 1 คน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้บำบัดในคลินิกเลิกบุหรื 16 คน (พยาบาล 14 คน นักจิตวิทยา 1 คน และเภสัชกร 1 คน) เป็นรองผู้จัดการคลินิกฟ้าใส 1 คน และเป็นพยาบาลในคลินิก NCD ที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกเลิกบุหรื 2 คน บุคลากร 11 คนมีประสบการณ์ในวิชาชีพของตนมากกว่า 20 ปี แต่ส่วนใหญ่ (9 คน) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรืไม่เกิน 5 ปี

การให้บริการเลิกบุหรื

แนวทางการให้บริการเลิกบุหรืของโรงพยาบาลทุกแห่งในการศึกษาเป็นไปตามหลัก 5A โดยมีมาตรฐานโครงสร้างและบริการไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ จุดคัดกรองผู้สูบบุหรืมีอยู่ทุกจุดให้บริการของโรงพยาบาล เช่น คลินิก NCD แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉิน และ

แผนกทันตกรรม เป็นต้น ผู้ป่วยมีช่องทางเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรื 3 ช่องทาง ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจากแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยจากการคัดกรองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้สมัครใจขอใช้บริการด้วยตนเอง

ผู้ป่วย NCDs จะได้รับการสอบถามถึงประวัติการเสพยาเสพติดยาสูบทุกชนิด (A1) หากไม่เคยสูบ จะดำเนินการด้วยการขึ้นชมและป้องกันการสูบของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และจะสอบถามประวัติการสูบบุหรี่อีกครั้งเมื่อผู้ป่วยรายนี้เข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล กรณีพบว่า ผู้ป่วยสูบบุหรี่ บุคลากรจะให้การแนะนำ (A2) เพื่อโน้มน้าวให้เลิกบุหรืและส่งตัวไปยังคลินิกเลิกบุหรืของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจะได้รับการประเมินการติดบุหรืและสอบถามความพร้อมในการเลิกสูบ (A3) ได้รับคำปรึกษาและยา (A4) และการติดตามผลการเลิก (A5) เมื่อเลิกบุหรืได้สำเร็จมากกว่า 1 ปี ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการติดตามเรื่องการเลิกบุหรืจากคลินิกเลิกบุหรื แต่เมื่อเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามถึงประวัติการสูบบุหรี่เพื่อเป็นการคัดกรองใหม่อีกครั้ง ส่วนผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดและยังไม่สามารถเลิกได้เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี ผู้ป่วยจะยังคงได้รับการติดตามจากบุคลากรในคลินิกเลิกบุหรืต่อไป

A1: Ask

บุคลากรที่เป็นผู้รับผิดชอบในขั้นตอนการซักถาม (ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ทุกชนิด) ของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ พยาบาล จุดคัดกรองผู้สูบบุหรื (รวมทั้งการคัดกรองในผู้ป่วย NCD) กระจายอยู่ทุกจุดให้บริการของโรงพยาบาล รูปแบบการบันทึกข้อมูลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยมีหลายรูปแบบ อาทิเช่น บันทึกในเวชระเบียน ดิจิตัลเกอรัลในเวชระเบียน บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ตามรหัส ICD-10 (F17) ระบบ HosXP เป็นต้น รูปแบบการบันทึกที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ตามรหัส ICD-10 (F17) นอกจากนี้ในขั้นตอน A1 โรงพยาบาลทุกแห่งมีการซักประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยร่วมด้วย โดยซักประวัติญาติที่มาส่งผู้ป่วย และถามถึงบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ที่มีประวัติการสูบบุหรี่เมื่อพบว่าคนใกล้ชิดของผู้ป่วยสูบบุหรี่ บุคลากรจะแนะนำหรือจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่พร้อมกับผู้ป่วย ดังคำกล่าว

“ในคลินิกเพื่อถาม เพราะว่าบางครั้งคนไข้ไม่สูบบุหรี่แต่ยังมีอาการไอหรือว่าเหนื่อยไม่หายอะไรพวกนี้ มันก็

ต้องดูด้วยว่าคนรอบข้างเค้ายังสูบบุหรี่เปล่า รึว่าเค้าสัมผัสควันอะไรไปจากที่ไหนรึเปล่า ส่วนใหญ่ก็จะซัก โดยเฉพาะเด็กที่เป็นหอบหืดพวกนี้เยอะ ต้องซักประวัติบิดามารดา พวกนี้ถ้าสัมผัสควันบุหรี่ อากาศมันจะไม่ดีขึ้น เรายังจะแนะนำเค้าไปด้วย...มันก็ต้องให้คำแนะนำนะ แล้วก็ดูด้วยว่าเค้าอยากเลิกสูบบุหรี่ ถ้าอยากเลิกก็แนะนำมา...แต่ว่าถ้ายังไม่อยากเลิกเราก็แนะนำโทษของบุหรี่ไปก่อน โทษกับลูกของเค้า คนข้างตัวของเค้า อะไรประมาณนี้" (บุคลการ 1)

A2: Advise

บุคลการที่แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (จำนวน 6 แห่ง) ได้แก่ พยาบาลและแพทย์ ส่วนเภสัชกรและนักจิตวิทยามีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล 1 แห่งเท่านั้น สถานที่ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ คือ บริเวณจุดคัดกรองผู้สูบบุหรี่ (ก่อนส่งมาที่คลินิกเลิกบุหรี่) และในคลินิกเลิกบุหรี่ คำแนะนำที่บุคลการให้กับผู้ป่วยจะปรับให้เหมาะกับบริบทผู้ป่วยแต่ละราย เช่น หากมีโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจที่เป็นอยู่ เป็นต้น หลังจากขั้นตอนการแนะนำ ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่โดยมีป้ายตามทางเดินของโรงพยาบาลแสดงให้เห็นทางไปคลินิกเลิกบุหรี่เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตได้โดยสะดวก

"A1 A2 จะอยู่ตรงพยาบาลจุด screening ของ OPD ทุกจุด ไม่ว่าจะเป็น med คลินิก เด็ก...หน่วยงานอื่นรวมทั้งเวิร์ดด้วยแค่ A1 A2" (บุคลการ 2)

"ส่วนใหญ่แล้วถ้าเราเจอคนไข้ที่สูบบุหรี่ พี่ทำงานอยู่ผู้ป่วยนอก ก็คือเราจะเจอหน้าอยู่แล้ว เราก็จะถามทุกครั้งว่าคนไข้สูบบุหรี่หรือว่าดื่มสุราหรือเปล่า ถ้าคนไหนสูบบุหรี่เราจะแนะนำให้ไปเลย โทษของการสูบบุหรี่ จะไม่เลิกก็แล้วแต่เค้า แต่ว่าในคลินิกนี้โรคหอบหืดหรือว่าถุงลมโป่งพองก็คือเราแนะนำถึงโทษทุกครั้ง ละก็ส่งคลินิกอดบุหรี่ ต้องดูด้วยว่าเค้าอยากเลิกจริง ๆ รึเปล่า บางครั้งสูบบุหรี่มานาน ไม่อยากเลิก รู้สึกหงุดหงิดอะไรประมาณนี้ ก็ต้อง advise ให้เป็นครั้ง ๆ ไป..." (บุคลการ 3)

ประเด็นในการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ได้แก่ ข้อมูลเรื่องโทษของบุหรี่ต่อสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รองลงมาคือ ผลกระทบในเรื่องเศรษฐกิจ และ

สุขภาพของบุคลกลไกชีวิต วิธีการที่บุคลการเลือกใช้ในการให้คำแนะนำ ได้แก่ ทางวาจา แผ่นพับ ผ่านวีดิทัศน์ โปสเตอร์ ผลทางห้องปฏิบัติการ และสมุดให้คำแนะนำตามลำดับ

A3: Assess

พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบเป็นหลักในขั้นตอนการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ในการติดตามและประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ มีโรงพยาบาลเพียง 1 แห่งที่เภสัชกรร่วมทำการประเมินสภาวะการติดนิโคตินเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การประเมินความพร้อมของผู้เข้ารับบริการที่จะเลิกสูบบุหรี่มักใช้ transtheoretical model (TTM) หรือ stage of change ในกรณีที่ประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วยไม่พร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ บุคลการจะสร้างแรงจูงใจตามหลัก 5R เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการเลิกบุหรี่ ส่วนการประเมินความพร้อมของการเสพติดนิโคตินนั้น โรงพยาบาล 7 แห่งใช้คำถามจากแบบประเมิน Fagerstorm test อีก 1 แห่ง ใช้ heaviness of smoking index เพื่อให้เกิดความสะดวกในการทำงาน เนื่องจากมีข้อคำถามจำนวนน้อยกว่า อย่างไรก็ตามขั้นตอนอื่น ๆ ของการบำบัดใน โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มิได้มีความแตกต่างกันมากนัก ในขั้นตอน A3 นี้ ดำเนินการในคลินิกเลิกบุหรี่ของแต่ละโรงพยาบาล

"ถ้าเค้ายังไม่สนใจ มีอะไรที่ยังกังวลอยู่ พี่ก็จะเอาไปรื้อข้อดี ข้อเสียให้เค้า...อ้อ ๆ แล้วก็ถ้าเค้าอยู่ใน stage ลังเลนะ...ให้ข้อมูลเชิงบวกแก่เค้า ไม่เป็นไรถ้าคิด จะพร้อม จะเลิกเมื่อไหร่ก็ตาม"(บุคลการ 4)

A4: Assist

ผู้รับผิดชอบหลักในขั้นตอนการบำบัดของโรงพยาบาล 4 แห่งที่เข้าร่วมการศึกษาได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ส่วนโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง บางแห่งมีแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา เป็นผู้ให้การบำบัดหลัก จุดบริการบำบัดอยู่ในคลินิกเลิกบุหรี่ซึ่งทั้งหมดอยู่ในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาล ในผู้ป่วย NCDs การบำบัดจะมีมาตรฐานเหมือนการให้บริการผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทั่วไปของโรงพยาบาล คือ การให้คำปรึกษาและการใช้ยาควบคู่กันไป ความแตกต่างมีเฉพาะเรื่องการหาแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย NCD ซึ่งมักสัมพันธ์กับภาวะโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งการเลิกบุหรี่จะทำให้เห็นผลต่อสุขภาพได้อย่างชัดเจน

รูปแบบการให้คำปรึกษา

รูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ในการศึกษานี้ขึ้นกับความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งประกอบด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) แบบสังเขป 2) แบบเข้มข้น (intensive counseling) ซึ่งแบบเข้มข้นแบ่งย่อยได้อีก 2 แบบ ได้แก่ แบบตัวต่อตัว และแบบกลุ่ม 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และ 4) การให้คำปรึกษาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือข้อความสั้น (SMS & MMS)/การส่งต่อ Quitline 1600 รูปแบบที่ใช้มากที่สุดในการศึกษานี้ ได้แก่ แบบเข้มข้นตัวต่อตัว รองลงมาได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบสังเขป ส่วนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะขึ้นกับโอกาสพิเศษที่มีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างมาก เช่น ในวันงดสูบบุหรี่โลก ในคลินิก NCD ในการลงชุมชนหรือการออกพื้นที่ สำหรับการเข้ารับการบำบัดครั้งแรก ผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นทุกราย ส่วนการให้การบำบัดผ่านทาง Quitline 1600 ยังไม่เป็นที่นิยม บุคลากรจะเลือกแนะนำสำหรับผู้ป่วยบางรายที่เหมาะสมเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่สามารถรอสายเป็นระยะเวลาหลายนาที่เพื่อปรึกษาเจ้าหน้าที่ได้ ผู้ป่วยที่สามารถโทรศัพท์ได้ด้วยตนเอง ผู้มีทุนทรัพย์ในการจ่ายค่าโทรศัพท์ เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการหมายเลข 1600 ให้ข้อมูลว่าขาดความสะดวกในการติดต่อ

“ถ้าคัดกรอง เราจะคัดกรองรวม แล้วสำหรับคนที่พร้อมอยากจะเลิก แล้วมาพร้อมกันเยอะ ๆ เราจะใช้ระบบกลุ่มนะครับ แล้วก็ขึ้นกับว่าคนไข้ในช่วงนั้นที่มาจะเยอะหรือไม่ คือมีทั้งสองแบบเลยครับ...มันก็ดีทั้งสองแบบครับไม่มีอะไรดีกว่ากัน แต่ถ้าเป็นแบบกลุ่มแล้ว ผู้ป่วยที่เค้าอยากเลิกเป็นคนแก่เฒ่า เค้าก็จะชอบแชร์กันเพราะบางคน

สูบแค่มวนสองมวน เค้าก็บอกว่าเลิกได้ มันก็เป็นแรงจูงใจให้คนอื่นอยากเลิกด้วยครับ” (บุคลากร 5)

รายการยา

รายการยาที่นิยมใช้เพื่อเลิกบุหรี่ ได้แก่ น้ำยาบ้วนปาก รองลงมาได้แก่ nortriptyline ชาชงหย้าดอกขาว และ vitamin C ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 อย่างไรก็ตาม บุคลากรบางส่วนให้ข้อมูลว่า รายการยาที่มีในโรงพยาบาลขึ้นกับช่วงเวลาและงบประมาณของโรงพยาบาลในแต่ละปี ในสถานการณ์ที่โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน ยาเลิกบุหรี่จะไม่ได้รับงบประมาณในการจัดซื้อ จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา การบำบัดผู้ป่วยจึงทำได้เพียงการให้คำแนะนำเพื่อจูงใจในการเลิกบุหรี่เท่านั้น การส่งจ่ายยากรณีเป็นยา varenicline, bupropion และ nortriptyline นั้น แพทย์จะเป็นผู้สั่งจ่ายในครั้งแรก หากเป็นกลุ่มยาสมุนไพรและน้ำยาบ้วนปาก พยาบาลเป็นผู้จ่ายยาให้ผู้ป่วยได้โดยตรง

“(ในส่วนของยา nortriptyline นี่เราจ่ายโดยใครคะ) เราจ่ายโดยแพทย์ แพทย์เป็นคนสั่งจ่ายในครั้งแรก ถ้าครั้งต่อไป พยาบาลสามารถจ่ายต่อได้ แต่ถ้าเป็นชาหย้าดอกขาว พยาบาลก็สามารถส่งจ่ายได้เลย” (บุคลากร 6)

“ถ้าเรามีความพร้อมในการรักษา เราคงทำอะไรได้มากขึ้น เพราะคนไข้ บางคนบอกว่าพอเค้าเลิกสูบแล้ว เค้าจะหงุดหงิด เค้าอยากได้ยาเข้ามาช่วย ซึ่งเราก็ช่วยเค้าในตรงนี้ไม่ได้... (แล้วเราได้มีการประสานงานกับส่วนที่เกี่ยวข้องกับยา ว่ายาหมดนะ อะไรแบบนี้มั้ยคะ) ค่ะ เราได้มีการแจ้งไปแล้วว่ายาหมด เราแจ้งไปในส่วนของห้องยานะ แต่ห้องยาเค้าก็บอกว่า ยาหมดสต็อก เค้าก็ไม่ได้จ่ายมาให้ ก็ยังไม่มีมีการได้รับยามาเพิ่ม” (บุคลากร 7)

ตารางที่ 1. รายการยาที่โรงพยาบาลใช้ในขั้นตอนการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่

โรงพยาบาล	รายการยา
01	nortriptyline, แคปซูลรางจืด, มะแว้ง, น้ำยาบ้วนปาก, varenicline*, bupropion*
02	nortriptyline, แคปซูลรางจืด, มะแว้ง, น้ำยาบ้วนปาก
03	ชาชงหย้าดอกขาว, น้ำยาบ้วนปาก
04	nortriptyline, น้ำยาบ้วนปาก, bupropion*
05	nortriptyline, vitamin C, น้ำยาบ้วนปาก
06	nortriptyline, vitamin C, น้ำยาบ้วนปาก
07	nortriptyline, น้ำยาบ้วนปาก
08	vitamin C, มะแว้ง, น้ำยาบ้วนปาก

* ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล

A5: Arrange to follow up

การติดตาม

บริการที่ให้แกผู้ป่วยเมื่อมาตามนัดในขั้นตอน A5 ได้แก่ การให้คำปรึกษาเพื่อลดอาการถอนยา การจ่ายยาเพิ่มเติม (กรณียังจำเป็นใช้ยา) การให้กำลังใจและชื่นชมยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถเลิกได้ เป็นต้น โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีพยาบาลเป็นผู้ติดตามผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย พบโรงพยาบาลเพียง 1 แห่งที่มีเภสัชกรช่วยติดตามผลการใช้ยา ร่วมกับพยาบาล ช่องทางที่บุคลากรใช้ติดตามผู้ป่วย NCDs ที่มารับบริการเลิกบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ การนัดติดตามที่โรงพยาบาล (8 แห่ง) รองลงมาได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ (7 แห่ง) การติดตามผ่าน รพ.สต. (5 แห่ง) การติดตามทางไปรษณีย์ (1 แห่ง) และบริการส่งข้อความสั้นๆ ผ่านทางโทรศัพท์ (Short Message Service : SMS)

1 แห่ง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติบุคลากรของโรงพยาบาลมักใช้หลายช่องทางในการติดตามผู้ป่วยร่วมกัน

เพื่อให้สะดวกกับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย NCDs การนัดหมายเพื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะเป็นวันเดียวกับนัดหมายของผู้ป่วยในคลินิก NCD (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม การนัดในลักษณะเช่นนี้ อาจทำให้การติดตามการเลิกบุหรี่ในบางห้วงเวลาไม่เหมาะสม เช่น ควรนัดผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังการเลิกสูบ แต่กำหนดนัดของคลินิก NCD เป็น ครั้งละ 3 เดือน เป็นต้น การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยรายนั้นจึงขาดความต่อเนื่อง โรงพยาบาลบางแห่งแก้ไขโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ติดตามผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ร่วมด้วย ก่อนถึงวันนัดหมายในคลินิก NCD

ตารางที่ 2. ระยะเวลาการติดตามผลการบำบัดและช่องทางการติดตามผู้ป่วย

โรงพยาบาล	ระยะเวลาที่ใช้ติดตามผลในแต่ละครั้ง	ช่องทางการติดตาม
01	นัดติดตามทุก 2 สัปดาห์ จนครบ 6 เดือน	นัดที่โรงพยาบาล+โทรศัพท์
02	นัดติดตามทุก 2 เดือน จนครบ 1 ปี	นัดที่โรงพยาบาล+โทรศัพท์+รพ.สต.
03	กรณี OPD: นัดติดตาม 2 สัปดาห์ในครั้งแรก และนัดติดตามทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน กรณี NCD: นัดติดตามตามวันนัดของคลินิก NCD	นัดที่โรงพยาบาล+โทรศัพท์+รพ.สต.
04	กรณี OPD: นัดติดตาม 1 สัปดาห์ในครั้งแรก และนัดติดตามทุก 1 เดือน จนกว่าจะเลิกได้ กรณี NCD: นัดติดตาม 1 สัปดาห์ในครั้งแรก และนัดติดตามตามวันนัดของคลินิก NCD	นัดที่โรงพยาบาล+รพ.สต.
05	กรณี OPD: นัดติดตามทุก 2 สัปดาห์จนเลิกได้ และนัดติดตามทุก 1 เดือน จนครบ 3 เดือน กรณี NCD: นัดติดตามตามวันนัดของคลินิก NCD	นัดที่โรงพยาบาล+ไปรษณีย์+โทรศัพท์+รพ.สต.
06	กรณี OPD: นัดติดตามที่ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 2 เดือน กรณี NCD: นัดติดตามตามวันนัดของคลินิก NCD	นัดที่โรงพยาบาล+โทรศัพท์+ SMS+รพ.สต.
07	กรณี OPD: นัดติดตามที่ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 1 ปี กรณี NCD: นัดติดตามตามวันนัดของคลินิก NCD	นัดที่โรงพยาบาล+โทรศัพท์
08	กรณี OPD: นัดติดตามที่ 2 สัปดาห์, 3 สัปดาห์, 1 เดือน และ 1 ปี กรณี NCD: นัดติดตามตามวันนัดของคลินิก NCD	นัดที่โรงพยาบาล+โทรศัพท์+รพ.สต.

OPD = Out Patient Department, NCD = non-communicable diseases

จำนวนครั้งของการติดตามผลการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามหลังกำหนดเลิกสูบไปแล้ว 2 สัปดาห์ แล้วติดตามผลไปจนครบ 6 เดือนหรือ 1 ปี ในกรณีเป็นผู้ป่วย NCDs ระยะเวลาในการติดตามผลเป็นไปตามวันนัดหมายของในคลินิก NCD ส่วนการยืนยันผลหลังการบำบัดทำโดยการสอบถามจากผู้ป่วยเป็นหลัก มิได้มีการยืนยันผลด้วยเครื่องวัดคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ และ/หรือผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ไม่ทราบผลการเลิกบุหรี่ได้อย่างแท้จริง

“คือตั้งแต่พี่ที่เคยดูแลเรื่องบุหรี่ไป ไม่ได้ใช้ ไม่มีคู่มือ เมื่อก่อนเอาเครื่องออกมาดู ยังอยู่อย่างเดิม สวยอยู่เลย คือตัวต่อตัวเป่ามันต้องไปส่งซื้อไง คือ พอแต่ก่อนพี่เค้าเป็นตัวเชื่อมใจ พอขาดพี่เขาไป พี่เลยไม่ค่อยได้ไปเข้าร่วมประชุมที่เค้าเชิญมาไม่มี แต่พี่ก็ไม่ว่าจะหาตัวเป่ามาจากไหนดี ก็อยากได้มาเป่าเหมือนกัน...มีตรวจก๊าซแต่เพิ่งได้มายังบะใช้เตื่อ” (บุคลการ 8)

ระหว่างกระบวนการ A1 จนถึง A5 โรงพยาบาลมิได้กำกับดูแลผู้ป่วย NCD ที่เข้ารับการบำบัดอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยผ่านการคัดกรอง A1 จนกระทั่งได้รับการบำบัดติดตาม A5 จำนวนทั้งสิ้นกี่คน และมีความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้จำนวนมากน้อยเท่าใด อย่างไรก็ตาม ความไม่สะดวกในเรื่องระยะเวลาการรอรับบริการน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดไม่มากเท่าที่ควร

“.....คนไข้ NCDs ที่เข้าสู่ระบบเราน้อยมาก.....N ในการที่รักษาเราแค่ 34...น้องคิดว่าในคนไข้เราตลอดปีงบประมาณ COPD เนี่ยมีเยอะมาก คนไข้โรค hyperten-

sion ก็เยอะมาก แต่คนไข้พวกนี้ที่เข้าสู่ระบบการบำบัดเรามีเพียงแค่ 6 รายเท่านั้น...ถ้าแยกโรคนะ ในคนไข้ NCDs ทั้งหมดที่มาบำบัดเนี่ยในคลินิกอดบุหรี่มีเพียง 34 รายคะ ส่วนหนึ่งมันก็คือคนไข้แล้วมีแอตมิต อาการทางกายที่เป็น exacerbate อะไรของเค้า...บุหรี่ยังไม่ใช้ข้อสรุปของการที่บำบัดนะ.....ละอีกอย่างหนึ่งนะ สมมติว่าพวกนี้มา OPD... COPD มา OPD hypertension หรือ DM เนี่ยระยะเวลารอคอยเจอแพทย์เนี่ยจะนานมาก สมมติว่าเป็น DM แล้วจะเลิกบุหรี่ เนี่ยเสร็จ visit ที่ med ข้างล่างการที่เค้าจะขึ้นมาข้างบนเพื่อมาต่ออีก 1 visit เนี่ยนั้นเป็นอะไรที่ยากมาก” (บุคลการ 9)

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดในการประเมินผลสำเร็จของการเลิกบุหรี่ในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน การศึกษานี้พบทั้งสิ้น 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ จำนวนคนที่ได้รับการคัดกรองจำนวนผู้เข้ารับบริการ อัตราการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่ลดลง อัตราการเลิกบุหรี่ได้ จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามได้หลังการเข้าคลินิกและจำนวนผู้ที่บำบัดได้จนครบกระบวนการ ตัวชี้วัดที่นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ รองลงมาได้แก่ จำนวนผู้รับบริการ จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามได้หลังเข้ารับบริการ และอัตราการสูบบุหรี่ลดลง (ตารางที่ 3)

เวลาให้บริการ

โรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง มีบริการเลิกบุหรี่ทุกวัน เฉพาะในเวลาราชการ 8.30 น - 16.30 น. โรงพยาบาลที่เหลืออีก 4 แห่ง จะมีบริการเฉพาะบางวันที่โรงพยาบาลกำหนด อย่างไรก็ตาม บุคลากรในคลินิกเลิกบุหรี่จะพยายามนัดครั้งถัดไปให้ตรงกับนัดของคลินิก NCD เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกที่สุดในการเข้ารับบริการ

ตารางที่ 3. ตัวชี้วัดความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	โรงพยาบาล							
	01	02	03	04	05	06	07	08
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง			✓					✓
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด	✓	✓	✓	✓		✓		
จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามได้	✓	✓			✓			
อัตราการสูบลดลง		✓			✓	✓		
อัตราการเลิกได้		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
จำนวนผู้ป่วยที่บำบัดครบกระบวนการ						✓		✓

“ปกติเรื่องบุหรี่ยี่เรากำหนดเฉพาะ คือ วันศุกร์ แต่
ว่าถ้าคนไข้ โดยส่วนใหญ่นัดพร้อม DM วันอังคาร
hypertension มีวันจันทร์ heart มีวันพุธ เราจะขออุบัตินัด
คนไข้ว่าครั้งต่อไปหมอนัดคนไข้เมื่อไหร่ คนไข้จะได้ไม่
เดินทางบ่อย มาแล้วก็ได้หลายจุด...(คือพยายามนัดคนไข้
ให้ตรงกับวันที่หมอนัด) ของเราจะบอกเลยว่า ที่นี้ไม่ต้อง
ห่วงนะ จัดการอะไรนั่นให้เสร็จก่อน เรามันไม่ยาก เรามันไม่
ต้องรอใครด้วยแหละ มากี่คุยกัน มาสั่งยาให้” (บุคลการ 10)

งบประมาณและทรัพยากร

งบประมาณของคลินิกเลิกบุหรี่ เป็นส่วนหนึ่งของ
งบประมาณงานด้านยาเสพติดของโรงพยาบาล บางแห่ง
ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในขณะที่
มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ จะให้การสนับสนุนสื่อ
สำหรับการให้คำปรึกษา เช่น แผ่นพับ กรณีที่โรงพยาบาล
เข้าร่วมเป็นเครือข่ายคลินิกฟ้าใส (โครงการของเครือข่าย
วิชาชีพแพทย์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ) จะได้รับ
ค่าตอบแทนการติดตามผลการรักษาโรคติดบุหรี่จาก
โครงการ

การศึกษา มีโรงพยาบาลเข้าร่วมเครือข่ายคลินิก
ฟ้าใส 4 แห่ง จากการสัมภาษณ์พบว่า โรงพยาบาลเหล่านี้
ดำเนินการด้านการควบคุมยาสูบทั้งในเชิงรุก (งานใน
ชุมชน) และเชิงรับ (งานบริการเลิกยาสูบ) งานเชิงรับนั้น
ดำเนินการโดยบำบัดผู้ป่วย NCDs ในลักษณะที่ไม่แตกต่าง
ไปจากคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นเครือข่าย
คลินิกฟ้าใส แต่โรงพยาบาลในเครือข่ายจะได้รับอุปกรณ์
อำนวยความสะดวกในการทำงานเพิ่มเติม อาทิเช่น
แบบฟอร์มกรอกข้อมูลประวัติและติดตามผลการรักษา
ผู้ป่วย (หรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง) เอกสารให้ความรู้ในเรื่อง
พิษภัยบุหรี่และการเลิก ยาช่วยเลิกบุหรี่และวิธีการส่งยา
และเครื่องตรวจคาร์บอนมอนอกไซด์ ถือเป็นข้อได้เปรียบที่
มีทรัพยากรที่เอื้อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น
อย่างไรก็ตาม ยังต้องขึ้นกับบุคลากรและโรงพยาบาลว่าจะ
สามารถนำข้อได้เปรียบที่เป็นเครือข่ายฟ้าใสมาใช้ให้เกิด
ประโยชน์สูงสุดได้หรือไม่

“(แล้วเครื่อง PICO นี่เราได้จัดซื้อมาจะเจ้า) บ่อ
เป็นของคลินิกฟ้าใส เขาเป็นสมาชิก เป็นก๋อห้อมมา ในจังหวัด
มีโรงพยาบาลขึ้นกับโรงพยาบาลเรา ที่เป็นสมาชิกฟ้าใส เลย
ได้เครื่องมาฟรี” (บุคลการ 11)

“คลินิกที่นี้เป็นคลินิกฟ้าใสเนาะ บางทีคลินิกฟ้า
ใสที่โน่นเค้าจะให้หมากฝรั่งให้มา..... มีบางช่วงที่เค้ายังมี
ค่าตอบแทนให้สมัยก่อน พี่ก็ขอแลกไม่เอาค่าตอบแทน
เจ้าหน้าที่ แต่ขอเป็นหมากฝรั่งเลิกบุหรี่แทนนะ...(การติดต่อกับ
คลินิกฟ้าใสส่วนกลางยังงี้ละ) เค้าก็ติดต่อมา เชิญ
ประชุมโรยอย่างเงี้ย 1 วัน 2 วัน กรุงเทพ มันเหนื่อย ไม่ไหว
หรอก มีพยาบาลอยู่ 3 คนเท่านั้น แล้วบางช่วงต้องไปคุมยา
เสพติด มันไปได้คนเดียวอะ ถ้าพี่ไปอีกคน เหลือพยาบาล
คนเดียวอะ ทำงานไม่ได้นะ ถ้าเกิดมี emergency มีคนไข้
อาละวาดอะไรสักคน มันไม่ได้ งานที่นั่นบางทีคือมองเหมือน
ไม่มีไร แต่ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเมื่อไหร่ เพราะมีคลินิกโรคจิต
เกิดตาขวางขึ้นมา ถ้าไม่จำเป็นจะไม่ให้พยาบาลอยู่ที่นั่น
คนเดียว อย่างน้อยต้องมีพยาบาล 2 คน และอย่างนักจิตหลาย
เรื่อง งานพยาบาลเค้าก็ไม่ได้” (บุคลการ 12)

0511 “(แล้วมีการเป่าก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
หรือตรวจแลว่าเป็นเลิกได้ก้อละ) มีตรวจก๊าซแต่เพิ่งได้มา
ยังบะใช้เตื่อ” (บุคลการ 13)

ข้อมูลจากบุคลการทำให้ทราบว่า มีการดำเนินการ
A1 ถึง A5 โดยโรงพยาบาลทุกแห่ง ขึ้นตอน A1 ถึง A3 ทุก
โรงพยาบาลไม่มีปัญหาอุปสรรค อย่างไรก็ตามในขั้นตอน
A4 พบปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดหาในการ
บำบัดรักษา จึงทำให้การจ่ายยาแก่ผู้ป่วยในรายที่
จำเป็นต้องใช้หยุดชะงัก และอาจส่งผลให้การบำบัดไม่มี
ประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่วนขั้นตอน A5 การนัดหมายและ
วันเวลาในการให้บริการของคลินิกเลิกบุหรี่ยังคงต้องมีการ
พิจารณาให้เกิดความสะดวกในการติดตามผลการเลิกบุหรี่
ให้ได้มากที่สุด การติดตามการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยยังขาด
ระบบที่ชัดเจน ทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่สามารถ
สรุปผลการให้บริการ (อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 1 ปี) ได้
นอกจากนี้ พบว่า การใช้ตัวชี้วัดที่มีความหลากหลาย และ
บางตัวชี้วัดไม่สะท้อนอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยได้อย่าง
แท้จริง อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการ อันจะนำมา
ซึ่งค่าใช้จ่ายและภาระงานที่ไม่จำเป็น

ผลการศึกษาในผู้ป่วย NCD

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ป่วย NCDs ในการศึกษาครั้งนี้มี 30 คน เป็น
เพศชาย 24 คน มีอายุเฉลี่ย 58.36 ± 11.95 ปี ผู้ให้ข้อมูล
ประกอบอาชีพเกษตรกร (13 คน) มีอาชีพค้าขาย/

เจ้าของกิจการ (7 คน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (7 คน) รับจ้างทั่วไป (2 คน) และเป็นข้าราชการ (1 คน) มีรายได้ส่วนตัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (21 คน) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (18 คน) ไม่ได้ศึกษา (3 คน) ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีโรคประจำตัว NCDs เพียงโรคเดียว เช่น ความดันโลหิตสูง (11 คน) ฤกษ์มโป่งพอง (5 คน) เบาหวาน (3 คน) หลอดเลือดและหัวใจ (4 คน) และส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัว NCDs ร่วมกันหลายโรค เช่น เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและฤกษ์มโป่งพอง เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในหลอดเลือด ผู้ป่วย 18 คน ในการศึกษาสูบบุหรี่ยังเป็นระยะเวลานานมากกว่า 40 ปี ทุกคนสูบบุหรี่ยากกว่า 10 ปี ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ยู่ทุกวันระหว่างการบำบัด (17 คน) หยุดสูบ (10 คน) และ สูบเป็นครั้งคราว (3 คน) ประเภทบุหรี่ย่อยผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบเป็นบุหรี่ย่อย (13 คน) บุหรี่มวนเอง (10 คน) และใช้ทั้งสองประเภท (7 คน) เหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการเลิกบุหรี่ คือ เพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (17 คน) ได้รับคำแนะนำ (5 คน) สังคมไม่ยอมรับ (4 คน) ห่วงสุขภาพของบุคคลใกล้ชิด (3 คน) และเบื่อหน่ายการสูบบุหรี่ย่อย (1 คน)

บริการเลิกบุหรี่

ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับการให้ข้อมูลของบุคลากร ในการดำเนินการ A1 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและ A2 ได้รับคำแนะนำเพื่อให้เลิกบุหรี่ ณ จุดคัดกรองของคลินิก NCD โดยพยาบาลและแพทย์ เมื่อรับบริการในขั้นตอน A3 ถึง A5 ผู้ป่วยได้รับการในคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ A3 ถึง A5 ระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยได้รับการถามถึงบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ย่อยเพื่อชักชวนให้มาเลิกบุหรี่ เช่นเดียวกับผู้ป่วย ประเด็นคำแนะนำส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเอง บุคคลใกล้ชิด และเศรษฐกิจตามลำดับ ผู้ป่วยได้คำแนะนำจากบุคลากรทางวาจาเท่านั้น จำนวน 19 คน ได้รับทางวาจา แจกแผ่นพับ และสื่อโปสเตอร์ร่วมกัน จำนวน 4 คน ทางวาจาและให้แผ่นพับ จำนวน 3 คน ทางวาจาและและดูวีดิทัศน์ จำนวน 2 คน ทางวาจา สมุดให้คำแนะนำ และแจกแผ่นพับ จำนวน 1 คน ทางวาจา สมุดให้คำแนะนำ และดูวีดิทัศน์ จำนวน 1 คน

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่และความรุนแรงในการเสพติดสารนิโคตินทุกราย

คำถามประกอบด้วยจำนวนมวนบุหรี่ย่อยที่สูบต่อวัน และหลังตื่นนอนตอนเช้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ย่อยมวนแรกเมื่อไหร่ ในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วย NCDs จำนวน 28 คนได้รับคำปรึกษาแบบเข้ม (แบบตัวต่อตัว) ได้รับคำปรึกษาแบบเข้ม (แบบกลุ่ม) จำนวน 1 คน และได้รับคำปรึกษาแบบเข้ม และ Quitline 1600 จำนวน 1 คน

รายการยาที่ผู้ป่วย NCDs ส่วนใหญ่ได้รับ ได้แก่ น้ำยาบ้วนปาก (น้ำยาบ้วนปากทั่วไป และ/หรือ น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของโซเดียมไนเตรต) จำนวน 13 คน รองลงมา ได้แก่ ชาชงหญ้าดอกขาวจำนวน 12 คน และสมุนไพรอื่น ๆ เช่น รากจิต มะแว้ง เป็นต้น เมื่อตรวจสอบข้อมูลที่ให้กับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ารายการยาหรือสมุนไพรที่ผู้ป่วยได้รับตรงกับที่บุคลากรให้สัมภาษณ์ไว้ข้างต้น

การนัดติดตามผู้ป่วยใน A5 เป็นการนัดผู้ป่วยที่โรงพยาบาล มีโรงพยาบาลเพียง 1 แห่งโทรหาผู้ป่วยเพื่อเตือนเรื่องการนัดก่อนถึงวันนัด และโรงพยาบาล 1 แห่ง มีสมุดนัดระบุวันที่นัดครั้งถัดไปสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ไม่มีโรงพยาบาลใดที่ยืนยันผลการเลิกบุหรี่โดยการตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น การตรวจวัดสาร cotinine ในปัสสาวะหรือน้ำลาย การตรวจวัดสาร thiocyanate พบเพียงแต่การซักถามพูดคุยกับผู้ป่วยว่าเลิกได้หรือไม่ จึงสรุปได้ว่า การติดตามการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใช้เพียงการติดตามทางวาจา ไม่ได้ยืนยันจากการผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ความคิดเห็นของผู้ป่วย

เมื่อสอบถามถึงความพึงพอใจในการรับบริการเลิกบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดรู้สึกพึงพอใจ ผู้ป่วยประทับใจการให้บริการของบุคลากร ตั้งแต่ขั้นตอนการซักประวัติ การแนะนำ และการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่

“(แล้วเวลาบ๊อบมาตีนี้บ๊อบไปใจในการบริการเกาะหมอนน้อยนี้หือบริการดีเกาะ) ดีๆ อู๊ดี...(ซักอะหยังดีเินะ) ซักประวัติดี...(แล้วหมอใหญ่เลาะ) หมอใหญ่ก่อดี...หือบริการดีอยู่...อธิบายละเอียด ทุกอย่าง...ดีหมดเลยอะ...บางมันก็ไวย บางมันก็ช้าเตื่อ...ถ้าไปโงบาลหลวงมันก่อ โอว มันบ่ได้มางายอะ คนเป็นเยอะ...นี้ คนบ่ัก...ดีคับผม” (ผู้ป่วย 1)

“ผมให้เต็มเลยครับ เพราะจริง ๆ มันไม่ใช่เรื่องของหมอนนะ มันเป็นเรื่องส่วนตัวของคนไข้ แต่เค้าก็พยายาม

แนะนำ พยายามให้มัน ให้มัน หมดว่เกิน 5 เลยครับ (คะแนนเต็ม 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด) เพราะว่าเค้าเป็นห่วงชีวิตคนจริง ๆ เลยครับ ผมเข้าใจหมอยเลย แต่ผมเองทำตัวเองไม่ได้ แล้วแบบก็มีของให้ด้วย มีซามืออะไร ผมก็อยากขอบคุณ คุณหมอยมาก ๆ ครับ" (ผู้ป่วย 2)

ประเด็นที่ผู้ป่วยอยากให้คลินิกเลิกบุหรี่แก้ไข ปัญหาหรือพัฒนา ได้แก่ การเพิ่มบริการโทรศัพท์เตือนผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการจดจำวันนัด และการประชาสัมพันธ์บริการเลิกบุหรี่ให้เข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยในการศึกษานี้ 21 คน จาก 30 คน ได้รับการประชาสัมพันธ์เรื่องคลินิกเลิกบุหรี่โดยบุคลากรแนะนำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพียงอย่างเดียว รองลงมา คือ การที่บุคลากรแนะนำบริการต่อผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับป้ายประชาสัมพันธ์ (3 คน) และบุคลากรแนะนำโดยตรงร่วมกับเสียงตามสายภายในชุมชน (2 คน) ส่วนการประชาสัมพันธ์ด้วยวิธีการอื่น ๆ นั้นมีค่อนข้างน้อย

"ผมก็ว่า ถ้าเป็นไปได้ ก็อยากให้หมอประชาสัมพันธ์ไปหาขังพี่น้องที่อยู่ตามบ้าน ลูก ๆ หลาน ๆ ที่เค้ายังเล็กไม่ได้ ให้มาบ่บัต เพราะว่ามันเป็นผลดีต่อสุขภาพร่างกาย เป็นผลดีต่อค่าใช้จ่าย...มันจะไปกระทบกับลูก ๆ หลาน ๆ อยู่ที่บ้าน มันอันตราย" (ผู้ป่วย 3)

ดังนั้นการคัดกรองและการประชาสัมพันธ์ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ด้วยบุคลากรในโรงพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงป้ายประชาสัมพันธ์ และเสียงตามสายภายในชุมชน จึงเป็นช่องทางที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของคลินิกเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วย

การอภิปรายผล

การศึกษาการนำผู้ป่วย NCDs เข้าสู่อการบ่บัตเพื่อเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลของจังหวัดพะเยา พบว่า การบริการคลินิกเลิกบุหรี่ มีการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A ซึ่งประกอบด้วย ask (A1), advise (A2), assess (A3), assist (A4) และ arrange follow up (A5) กระบวนการปฏิบัติมีครบถ้วนตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบ่บัตโรคเสพติดในในประเทศไทย พ.ศ. 2555 (11) แต่การดำเนินการมีความแตกต่างกันตามบริบทของการทำงานในโรงพยาบาล

ผู้รับผิตชอบในบริการช่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาล รองลงมา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และ

นักจิตวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาที่พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้รับผิตชอบงานเลิกบุหรี่เป็นพยาบาล รองลงมาได้แก่ แพทย์ เภสัชกร ทันแพทย และนักจิตวิทยา ตามลำดับ (12)

โรงพยาบาลในงานวิจัยมีบริการช่วยเลิกบุหรี่เฉพาะในวันและเวลาราชการ เช่นเดียวกับคลินิกเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ที่พบในประเทศไทย คือ ร้อยละ 68.5 ให้บริการเฉพาะวันเวลาราชการเท่านั้น (12) จึงมีความเป็นไปได้ว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยด้วย NCDs ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการบ่บัตจะไม่สามารถเข้ารับการบ่บัตได้โดยสะดวก เนื่องจากติดภาระในงนประจำ หรือการเดินทางไม่สะดวก ต้องพึ่งพาให้ลูกหลานมาส่ง ผู้ป่วย NCDs เหล่านี้อาจเข้าถึงบริการ ที่มีคลินิกเลิกบุหรี่กระจายอยู่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ (13) เป็นที่น่าสังเกตว่า การส่งผู้ป่วยเพื่อรับคำปรึกษา Quitline 1600 ไม่เป็นที่นิยมในการแนะนำผู้ป่วย NCDs ของโรงพยาบาลในจังหวัดพะเยา เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล (ทั้งตัวผู้ป่วยและบริการ Quitline 1600) และช่วงเวลาในการติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งมีเฉพาะเวลา 07.30 - 20.00 น. ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ และ 07.30- 17.00 น. ในวันเสาร์และอาทิตย์ ส่วนนอกเวลาหรือวันหยุด ผู้ใช้บริการต้องฝากข้อความและหมายเลขโทรศัพท์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดต่อกลับ และเสียค่าใช้จ่ายตามอัตราค่าบริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ ในขณะที่ ข้อมูลจากต่างประเทศ พบมีการให้บริการในลักษณะนี้ทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (13)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนุรัช ทิพวงษ์ ที่พบว่า ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นบริการร่วมกับคลินิกโรคทั่วไป (12) โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีคลินิกเลิกบุหรี่ตั้งอยู่ในแผนกจิตเวช ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ ไม่ได้แสดงถึงความกังวลใจในการเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลใจในเรื่องของภาพลักษณ์ เกรงว่าการไปพบจิตแพทย์จะทำให้ภาพลักษณ์ตนเองดูไม่ดี กลัวคนรู้จักจะรู้ว่า ตนเข้ารับการบ่บัตที่คลินิกจิตเวชซึ่งอาจจะเข้าใจผิตว่า ผู้ป่วยมีความผิตปกติทางจิต และอาจส่งผลทำให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยต่ำลง (14) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับการสัมภาษณ์ เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมคลินิก หาก

สัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ อาจได้ผลการวิจัยที่แตกต่างออกไป

ในการเข้ารับบริการที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยต้องเดินจากจุดให้บริการแรก เช่น คลินิก NCD ไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ โดยมีป้ายตามทางเดินของโรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลบางแห่งมีแถบสีตรงทางเดินแสดงเส้นทางไปคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตได้ ผู้ป่วย NCDs บางส่วนไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ เนื่องจาก การเข้าถึงบริการยุ่งยากซับซ้อน และใช้เวลานาน จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับบริการหรือขาดความต่อเนื่องในการบำบัด หากมีการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) น่าจะช่วยให้มีจำนวนผู้ป่วย NCDs เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ดังเช่น ตัวอย่างจากการให้บริการผู้ป่วยในคลินิก NCD ที่แยกออกมาจากงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ไม่เสียเวลารอคอย เกิดความประทับใจ และเห็นถึงความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ในอัตราที่สูงขึ้น ผู้ป่วย NCDs ที่เข้ารับบริการใน คลินิก NCD แบบเบ็ดเสร็จ สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 68.07 (10)

ทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในการศึกษา มีระบบคัดกรองและการให้คำแนะนำเบื้องต้นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลผ่านกระบวนการ A1 และ A2 ทุกราย บัณฑิตแห่งความสำเร็จที่พบจากการสำรวจในระบบคัดกรอง คือ การมีนโยบายการชกประวัติในเวชระเบียน และการนำโปรแกรม HosXP มาใช้เก็บข้อมูลการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ปี พ.ศ.2554 ในโรงพยาบาลต้นแบบที่มีความสำเร็จในการบริการเลิกบุหรี่ พบว่า การดำเนินการในกระบวนการ A1 และ A2 มีความครอบคลุมในทุกจุดให้บริการในโรงพยาบาลและสามารถทำได้ไม่ขาดตกบกพร่อง เนื่องจากการใช้ระบบการชกประวัติและโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการดำเนินการ (13) นอกจากนี้ ในขั้นตอน A2 บุคลากรของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยยังมีการชกถามถึงประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วย เพื่อชักชวนให้เลิกบุหรี่เช่นเดียวกับผู้ป่วย NCDs เป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาพทั้งของผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิดด้วยการกระทำเช่นนี้ เป็นส่วนเสริมให้มีการให้ความช่วยเหลือทางสังคม เพื่อเอื้อให้บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น ครอบครัว

เพื่อน หรือคนสำคัญอื่น ๆ เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง (13)

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดสูบบุหรี่ แนะนำบำบัดผู้ป่วยด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐาน ซึ่งได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน แผ่นติดนิโคติน bupropion SR, varenicline หรือ nortriptyline (11) แต่การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ร้อยละ 93 ของคลินิกเลิกบุหรี่ มีรูปแบบเป็นการให้คำปรึกษาก่อนการใช้ยา ส่วนการใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มีเพียงร้อยละ 50.1 เท่านั้น ทั้งนี้มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันได้ว่า การให้สารนิโคตินทดแทน และการจ่ายยา bupropion เพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และรายการยาส่วนใหญ่ที่มีการใช้ในคลินิกเลิกบุหรี่ในประเทศไทย ได้แก่ ชาหญ้าดอกขาว รองลงมาได้แก่ ยามอบัวปากก หมากฝรั่งนิโคติน และ nortriptyline (12-13) การศึกษานี้พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งยังขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดซื้อยา และรายการยาในบัญชียาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ในบัญชียาโรงพยาบาลยังมีอยู่เพียงรายการเดียว ได้แก่ ยา nortriptyline ซึ่งยังไม่เพียงพอ และ/หรือไม่เหมาะสมที่สุดในการรักษาการติดบุหรี่สำหรับผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งที่จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อช่วยให้ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สูงขึ้น (15) ปัญหาการขาดงบประมาณสนับสนุนในด้านยาเลิกบุหรี่นี้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลรัฐของไทยมาเป็นเวลาพอสมควร (12) ทั้งที่ในท้องตลาดมีรายการยาที่มีประสิทธิภาพอีกหลายรายการ (16) และที่ผ่านมา ทั้งบุคลากรและผู้ป่วย ขอให้มีการผลักดันให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เช่น bupropion และหมากฝรั่งนิโคติน เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากยานี้ยังไม่ได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ (12-13)

การติดตามผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดสูบบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และ Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update (17) กล่าวว่า ควรมีการติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 2-4 สัปดาห์ จนครบ 3 เดือน แล้วจึงนัดติดตามทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน และ 1 ปี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาติดตามไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ โดยเวลานัดติดตามมีความแตกต่างกันขึ้นกับโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีการติดตาม

หลังจากที่ได้รับการบำบัดครั้งแรกเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ต่อมาจะนัดห่างออกไปประมาณ 1 เดือน การนัดผู้ป่วยจะสัมพันธ์กับวันนัดที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก NCD จากนั้นติดตามจนครบ 6 เดือน และติดตามห่างขึ้นจนครบ 1 ปี เต็ม ยกเว้นบางโรงพยาบาลติดตามไม่ครบ 1 ปี (ติดตามเพียง 6 เดือน) เพื่อให้ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลให้น้อยครั้ง เนื่องจากการติดตามผู้ป่วยทั้งหมด กระทำโดยการนัดผู้ป่วย มาที่โรงพยาบาลเป็นหลัก และยังไม่มียุทธศาสตร์การส่งต่อ ผู้รับบริการที่ดี ทำให้ผลการติดตามผู้ป่วยได้ค่อนข้างต่ำ หรือติดตามไม่ได้ ซึ่งแตกต่างกับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่ใช้การติดตามทางโทรศัพท์เป็นหลัก เนื่องด้วยบุคลากรประจำคลินิกส่วนใหญ่ทำงานหลายหน้าที่และมีงานประจำต้องรับผิดชอบ การติดตามจึงปรับตามเหมาะสม เช่น ทางโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน การส่งไปรษณียบัตรในการติดตามและให้กำลังใจ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในขั้นตอนการดูแลติดตามหลังการบำบัด คือ การกำหนดให้ระบบการติดตามหลังการบำบัดเป็น ตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินผลการดำเนินงาน การใช้ทรัพยากร บุคลากรภายนอกช่วยประสานเครือข่ายสมาชิกในชุมชนให้ ช่วยติดตามดูแล (12-13) หากโรงพยาบาลใช้หลายวิธีการ ร่วมกันในการติดตามผู้ป่วย และมีกระบวนการกำกับ ติดตามการทำงานที่ดี น่าจะช่วยให้การดำเนินงานมี ประสิทธิภาพมากขึ้น รูปแบบการติดตามผู้ป่วยที่พบใน การศึกษานี้ประกอบด้วยหลายแบบร่วมกัน แต่การติดตาม ผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร จึงยังไม่สามารถประเมินได้ ว่า วิธีการติดตามผู้ป่วยแบบใดดีกว่ากัน

การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของคลินิกเลิกบุหรี่ ของโรงพยาบาลในจังหวัดพะเยามีความหลากหลาย บาง แห่งใช้ตัวชี้วัดที่อ้างอิงจากสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2555 (18) จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) จำนวนผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรัง 2) จำนวนผู้รับบริการที่ไม่ได้เป็นโรคเรื้อรัง 3.) จำนวนผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถเลิกบุหรี่ สำเร็จได้ติดต่อกัน 1 เดือน 4.) จำนวนผู้รับบริการที่ไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จได้ติดต่อกัน 1 เดือน 5.) ร้อยละเวชระเบียนผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่มีการซักและ บันทึบทันทีประวัติการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามตัวชี้วัด จำนวน ผู้รับบริการที่สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จได้ติดต่อกัน 1 เดือน ดังกล่าว แตกต่างจากคำนิยามของแนวเวชปฏิบัติการบำบัด เลิกเสพยาสูบในประเทศไทยที่กำหนดให้ผู้เลิกบุหรี่ได้

สำเร็จ คือ ผู้สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จได้ติดต่อกัน 1 ปีขึ้นไป การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของคลินิกเลิกบุหรี่เหล่านี้ ขึ้นกับแหล่งอ้างอิงที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้ในการกำหนด ตัวชี้วัด แต่สิ่งที่โรงพยาบาลควรระลึกถึงเสมอเมื่อมีการ พิจารณากำหนดตัวชี้วัด คือ หากตัวชี้วัดไม่เหมาะสม ไม่ สะท้อนและก่อให้เกิดการทราบข้อเท็จจริงว่าอัตราการเลิก บุหรี่ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร อาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการ ดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ และนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายและภาระ งานที่ไม่จำเป็นของบุคลากร ซึ่งระบบการจัดเก็บข้อมูล และการประเมินผลที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเหล่านี้ เป็น ปัญหาของโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย เช่นเดียวกันกับที่พบในการศึกษานี้ ที่การประเมินผล สมฤทธิ์การให้บริการยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากยังไม่มี การควบคุมกำกับและการประเมินผลอย่างเป็นระบบ (12)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่งในการวิจัย มีการให้บริการ เลิกบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ A1 ถึง A5 ทั้งด้านระบบการคัดกรอง การแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ การประเมินความพร้อมและความรุนแรงในการเสพยาสูบ นิโคติน และการส่งต่อผู้ป่วย NCDs ที่สูบบุหรี่เข้าสู่การ บำบัด และการติดตามผู้ป่วย รายละเอียดในขั้นตอนของ การบำบัดจะมีความแตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล ปัญหาเรื่องงบประมาณส่งผลต่อรายการยาที่มีใน โรงพยาบาลและความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ขั้นตอนการติดตามผลการเลิกสูบในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมี ความแตกต่างกันตามการกำหนดตัวชี้วัด ซึ่งอาจส่งผลให้ กระบวนการประเมินผลผลลัพธ์การบำบัดและการติดตาม ผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร การพัฒนาให้ผู้ป่วย NCDs ได้รับบริการที่ดีขึ้น จึงควรมีระบบการนัดหมายเพื่อ ติดตามผู้ป่วยหลังเข้ารับการบำบัดให้รัดกุมยิ่งขึ้น ควรเพิ่ม ช่องทางการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการ รวมทั้งอาจมีการปรับเปลี่ยนบริการเป็นการให้บริการเลิก บุหรี่ในคลินิก NCD แบบเบ็ดเสร็จ การวัดผลความสำเร็จใน การนำผู้ป่วย NCDs ที่สูบบุหรี่เข้าสู่การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ด้วยตัวชี้วัดซึ่งมีใช้อัตราการเลิกบุหรี่ อาจส่งผลต่อคุณภาพ การประเมินผลผลลัพธ์การบำบัดและการติดตามผู้ป่วยไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีความพึง พอใจในการรับบริการเลิกบุหรี่ แม้จะยังมีปัญหาและ

อุปสรรคเรื่องงบประมาณการจัดซื้อยาและรายการยาช่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลบางแห่ง

การศึกษาในอนาคตอาจมีการทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จในคลินิกเลิกบุหรี่ให้ดียิ่งขึ้น สร้างตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานในระดับประเทศ และตรวจสอบการวัดผลของตัวชี้วัดที่สร้างขึ้น เพราะตัวชี้วัดที่ดี จะช่วยหรือประเมินผลการดำเนินงานซึ่งสะท้อน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างแท้จริง อันจะทำให้ระบบการบริหารจัดการในการนำผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าสู่การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ดีขึ้นเป็นลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศกย.) ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นคณะกรรมการบริหาร ผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการเลิกบุหรี่ และผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ป่วยที่อนุเคราะห์ข้อมูลและให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Tobacco [online]. 2015 [cited Jul 6, 2017]. Available form: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/.
- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship Geneva 2013 [online]. 2013 [cited Jul 6, 2017]. Available form: apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf.
- Thai Health Promotion Foundation. Situation of NCDs in 2016 [online]. 2016. [cited August 8, 2018]. Available from: www.thaihealth.or.th/microsite/content/5/ncds/.html.
- Thai Health Promotion Foundation. The advantages of smoking cessation [online]. [cited Aug 8, 2018]. Available from: www.thaihealth.or.th/Content.html
- Manawatthanawong A, Chaivasong S, Limwattananon S, Limwattananon C, Tisayaticom K, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. How many NCD patients have risky health behaviors?: Report from Health and Welfare Survey. Journal of Health Systems Research 2017; 11:345-54.
- Pitayarangsarit S, Punkrajang P, Chotbenjamaporn P, editors. The situation of tobacco control in Thailand, 2016. Bangkok: Jaroendeemankongkarn pim; 2015.
- Community Development Department, Phayao Province. Phayao: Basic minimum needs information/village basic information. Phayao: Community Development Department; 2014.
- Karnjanapiboonwong A. NCDs "kick off to the goals". Bangkok: Thai NCD network. 2016.
- Bureau of Tobacco Consumption Control, Ministry of Public Health. Second nation strategic plan for tobacco control 2016-2019. Nonthaburi: Nice Earth Design; 2016.
- Wongyai P. Development of smoking cessation services: NCD clinic [online]. 2011 [cited Jul 6, 2017]. Available from: www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads/?p=461
- National Alliance for tobacco free Thailand. Treatment guidelines for smoking cessation in Thailand for doctors and health professionals. Bangkok: Medical Association of Thailand; 2009.
- Tipyawong T, Ratanasaeng P. Smoking cessation services system in Thailand. Department of Medical Services Journal. 2015; 40: 94-102.
- Hathaichanok S, Pitayarangsarit S, Iamanan P, Tangcharoensathien V. Assessment of smoking cessation services in Public Health Ministry-Affiliated hospitals. Journal of Health systems research. 2015; 9: 241- 52.
- Wannasewok K. Preparing before going to meet a psychiatrist [online]. 2012 [cited Mar 4, 2017]. Available form: www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=941.
- Pimpak T, Chaikoolvatana A, Pheunpha P. Quit smoking behavior of current smokers: A case study at Pharsai Clinic, Ubon Ratchathani University. Srinagarind Medical Journal. 2015; 30: 282-91.

16. Ministry of Public Health. Drug use in smoking cessation [online]. Bangkok: National Drug Policy Group; 2017 [cited Apr 2, 2018]. Available from: ndi.fda.moph.go.th/uploads/evidence_file/20170503183600.pdf.
17. U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update [online]. 2008 [cited Jun 18, 2018].

Available from: bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf

18. National Health Security Office. Support for smoking cessation services for the year 2012 [online]. 2017 [cited Mar 22, 2017] Available from: www.nhso.go.th/eng/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?ContentID=NTkwMDAwMTI5