

ผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอกาฬ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นริศกาญจน์ ชันติวรพงศ์¹, ชวนชม ธนานิธศักดิ์²

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมชุมชน) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอกาฬ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วม **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบทดลองที่มีตัวอย่างสองและมีการวัดผลก่อน-หลัง อสม. ที่เข้าร่วมโครงการได้รับการอบรมจากเภสัชกรในด้านความรู้เกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี่และขั้นตอนการดำเนินงานก่อนจะลงปฏิบัติงานจริง กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวน 66 รูป ใน 8 ตำบล ผู้วิจัยสุ่มแยกตำบลเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่ละกลุ่มมีพระสงฆ์ 33 รูป กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมโดยได้รับการติดตามโดย อสม. ทุกสัปดาห์ ระยะเวลาในการศึกษา คือ 12 สัปดาห์ การศึกษาเก็บข้อมูลปริมาณการสูบบุหรี่ประจำวัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินโดยใช้ Fagerstrom Test For Nicotine Dependence **ผลการวิจัย:** เมื่อประเมินจากการเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด 7 วัน พบว่า กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 (6 รูปหรือร้อยละ 18.2 และ 1 รูปหรือร้อยละ 3.0 ตามลำดับ, $P=0.105$) และในสัปดาห์ที่ 12 (เลิกได้ 21 รูปหรือร้อยละ 63.6 และ 7 รูปหรือร้อยละ 21.2 ตามลำดับ, $P=0.001$) ทั้งนี้ ไม่มีพระสงฆ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 4 และ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 8.85 ± 2.01 ($P<0.001$) โดยลดลงจาก 25.52 ± 4.47 เหลือ 12.97 ± 7.62 ($P<0.001$) และ 26.58 ± 4.64 เหลือ 21.82 ± 8.73 ($P=0.002$) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ระดับการติดนิโคตินในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.61 ± 0.61 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ระดับการติดนิโคตินลดลงจาก 4.61 ± 1.66 เหลือ 1.36 ± 2.19 คะแนน ($P<0.001$) และจาก 5.06 ± 1.83 เหลือ 3.97 ± 2.73 คะแนน ($P=0.003$) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ **สรุป:** โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทำให้พระสงฆ์มีระดับการติดนิโคตินและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ลดลงทั้งในกลุ่มที่มีและไม่มี อสม. มีส่วนร่วมในการติดตามดูแลพระสงฆ์ อย่างไรก็ตาม ผลการเลิกบุหรี่สำเร็จที่ 12 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ อสม. มีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรสนับสนุนโปรแกรมเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ และสนับสนุน อสม. ให้มีส่วนร่วมในโปรแกรมเลิกบุหรี่ด้วย

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่ อาสาสมัครสาธารณสุข พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พระสงฆ์

รับต้นฉบับ: 14 พ.ย. 2561, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 25 ธ.ค. 2562, รับผิดชอบพิมพ์: 7 ม.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: ชวนชม ธนานิธศักดิ์ ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 E-mail: chuanchomt@yahoo.com

Effect of Village Health Volunteers Based-Smoking Cessation Program on Smoking Behavior of Monks at Phachi District, Phra Nakon Sri Ayutthaya Province

Nitikan Kuntiworapong¹, Chuanchom Thananithisak²

¹Student in Master of Pharmacy (Community Pharmacy), Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

Objective: To compare the outcomes of smoking cessation program for monks between that with and without the participation of village health volunteers (VHVs) at Phachi District, Phra Nakon Sri Ayutthaya Province. **Method:** This study was an experimental trial with the two groups and pre-post test. VHVs in the program attended the training on knowledge regarding the help for smoking cessation and operating procedures from pharmacists before implementation of the program. The subjects consisted of 66 monks in 8 sub-districts who smoked regularly. The researchers randomly allocated sub-districts into control and experimental groups with 33 monks in each group. The experimental group received smoking cessation program which included weekly follow up by VHVs. Duration of study was 12 weeks. The study collected the data on daily smoking, smoking behavior and severity of nicotine dependence using Fagerstrom test. **Results:** When evaluated from 7-day point prevalence abstinence, experimental group had a higher rate of abstinence than control group at the 4th week (6 monks (18.2%) and 1 monk (3%), respectively, $P=0.105$) and at the 12th week (21 monks (63.6 %) and 7 monks (21.2%), respectively, $P=0.001$). However, no monks had a continuous abstinence at the 4th and 12th week. The means of smoking behavior in the experimental group decreased more than the reduction in control group for 8.85 ± 2.01 points ($P<0.001$). The means of smoking behavior decreased from 25.52 ± 4.47 to 12.97 ± 7.62 ($P<0.001$) and from 26.58 ± 4.64 to 21.82 ± 8.73 ($P=0.002$) in the experimental group and the control group respectively. Nicotine dependence in the experimental group decreased more than that in the control group for 2.61 ± 0.61 points ($P<0.001$). The means of nicotine dependence decreased from 4.61 ± 1.66 to 1.36 ± 2.19 ($P<0.001$) and from 5.06 ± 1.83 to 3.97 ± 2.73 ($P=0.003$) in the experimental group and the control group respectively. **Conclusion:** Smoking cessation program with and without the participation of VHVs in monitoring reduced dependence level and smoking behavior of monks. However, the effect on smoking cessation at the 12th week in the program with VHVs participation was significantly higher than that in the program without VHVs. Therefore the smoking cessation program for monks should be supported and VHVs should be encouraged to participate in the program.

Keywords: smoking cessation, village health volunteers, smoking behavior, monks

บทนำ

การเจ็บป่วยและการตายของคนไทยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งชนิดอื่น ๆ โรคหัวใจและหลอดเลือด และถุงลมโป่งพอง เป็นต้น (1) ปัญหาการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญ ในยุคปัจจุบัน แม้มีการรณรงค์ให้ทราบถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่และมีมาตรการป้องกันต่าง ๆ เช่น การออกกฎหมายห้ามผู้ประกอบการแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือซองบุหรี่ ณ จุดขายปลีกที่ทำให้ผู้บริโภคมองเห็น แต่ยังมีผู้สูบบุหรี่ต่อเนื่องและไม่สามารถเลิกสูบได้ (2) ในปี พ.ศ. 2557 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีทั้งสิ้น 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคน และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน (3)

คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ปีละ 41,185 คน ซึ่งการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย โดยสามลำดับแรกที่มีการเสียชีวิตสูงสุดต่อปี ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10,427 คน โรคมะเร็งปอด จำนวน 9,979 คน และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 7,907 คน ตามลำดับ (4) จากข้อมูลของโรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่ามีพระสงฆ์ที่อาพาธจากการสูบบุหรี่ประมาณ 18,000 รูป (คิดเป็นร้อยละ 30 ของความเจ็บป่วยทั้งหมด) และยังพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้พระสงฆ์มีรณภาพที่โรงพยาบาลสงฆ์ สามอันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และวัณโรคปอด ตามลำดับ (1)

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญในประชากรทุกกลุ่มรวมถึงพระสงฆ์ ซึ่งเป็นผู้นำทางศาสนา ทำให้พุทธศาสนิกชนเกิดความไม่เลื่อมใส และยังก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การก่อให้เกิดโรคแก่พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ สำหรับในบุคคลทั่วไป การสูบบุหรี่ยังเป็นสัญญาณสำคัญที่บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ คือ การเสพยาเสพติดอื่น ๆ เช่น แอลกอฮอล์ กัญชา เฮโรอีน เป็นต้น (1) ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะรู้สึกไม่สบายจากการที่ร่างกายต่อต้านนิโคติน ทำให้ต้องสูบบุหรี่ต่อไปเพื่อระงับอาการถอนนิโคติน จึงทำให้ยากต่อการเลิกบุหรี่ (5)

การศึกษาในอดีตพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับรู้กฎและข้อห้ามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการขาดความรู้ด้านพิษภัยของบุหรี่ เป็นต้น (6) การสำรวจพระสงฆ์และสามเณรในปี 2547

จำนวน 6,213 รูป พบความชุกของการสูบบุหรี่ในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 24.4 ภาคที่มีอัตราความชุกค่อนข้างสูง ได้แก่ ภาคตะวันออก ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า ในภาคเหล่านี้ ผู้สูบบุหรี่เป็นพระสงฆ์มากกว่าสามเณรและค่อนข้างมีอายุ แม้ว่าพระสงฆ์จะทราบและตระหนักถึงกฎระเบียบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในศาสนสถาน การสูบบุหรี่ส่งผลให้พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคจากการสูบบุหรี่และเกิดภาพลักษณ์ในทางลบ แต่ก็มีพระสงฆ์จำนวนมากที่ยังติดบุหรี่อยู่ (7)

ในปี 2546-2558 มีพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาคณิกคลินิกเลิกบุหรี่ ของโรงพยาบาลภาษี ทั้งหมด 35 รูป สามารถเลิกบุหรี่ได้เพียง 6 รูปเท่านั้น การสอบถามพระสงฆ์ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ พบว่า มีสาเหตุมาจากความไม่สะดวกในการเดินทาง การไม่ต้องการมารักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากระยะเวลาในการตรวจรักษานาน และไม่ได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้พระสงฆ์ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า การจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้กับพระสงฆ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์กับคนในพื้นที่ ให้มีส่วนช่วยในการรณรงค์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ น่าจะส่งผลให้พระสงฆ์เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น เนื่องจาก อสม. สามารถเข้าไปดูแลและให้ความรู้พระสงฆ์เกี่ยวกับเรื่องพิษภัยของบุหรี่ และทำให้พระสงฆ์ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาสูบใหม่ (8) นอกจากนี้ อสม. ยังสามารถช่วยให้พระสงฆ์ตัดสินใจเลิกบุหรี่และเลิกได้อย่างยั่งยืน และสามารถแนะนำให้เลิกและการติดตามระดับประคองป้องกันการกลับมาสูบใหม่ (9) ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ จึงเล็งเห็นความสำคัญของ อสม. ในการมีส่วนช่วยให้พระสงฆ์เลิกบุหรี่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์ในอำเภอภาษี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มี อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเชิงสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรในวันที่ 4 สิงหาคม 2560 (IRB No. 0269/60) การศึกษานี้ดำเนินการ

ในเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2560- กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561 ในอำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตัวอย่างพระสงฆ์

ตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่สอบบวชเป็นพระจำของวัดต่าง ๆ ในอำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 66 รูป บวชในการศึกษานี้หมายถึงบวชของท่านั้น เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าการวิจัย คือ สอบบวชมากกว่าหรือเท่ากับ 1 มวน/วัน และมีโทรศัพท์เพื่อให้สะดวกแก่การติดตาม

ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ พระสงฆ์ต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ พระสงฆ์ที่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่มาก่อน เนื่องจากอาจทำให้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่า ผลที่เกิดเป็นผลจากโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้หรือไม่ และพระสงฆ์ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและพระสงฆ์ที่ลาสิกขาระหว่างการเก็บข้อมูล

พระสงฆ์ทั้งหมดอาศัยใน 8 ตำบล ผู้วิจัยจับสลากแบ่งตำบลเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม คือ พระสงฆ์ 33 รูปในตำบลกระวี หนองน้ำใส ดอนหญ้านาง และพระแก้ว ส่วนกลุ่มทดลอง คือ พระสงฆ์ 33 รูปในตำบลระโสม กาฬสินธุ์ โคม่วง และไผ่ล้อม กลุ่มควบคุมไม่มี อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่มี อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ อสม. 1 คนดูแลพระสงฆ์ 1 รูป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพ (อัตราการเลิกบุหรี่) ของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน การศึกษาของ ปรีดา เบญจนาทกุล (11) ที่พบอัตราการเลิกบุหรี่ที่ร้อยละ 43.7 และ 75 ในกลุ่มควบคุมและทดลอง ตามลำดับ แต่เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวมีการติดตามทางโทรศัพท์และแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้ อสม. ติดตามดูแลพระสงฆ์ด้วยตนเองทุกสัปดาห์ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การติดตามอย่างใกล้ชิดน่าจะช่วยให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงขึ้น ทางผู้วิจัยจึงได้ปรับอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะสิ้นสุดการรักษาของกลุ่มศึกษาจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 80 และให้อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มควบคุมเท่ากับการศึกษาเดิม คือ ร้อยละ 43.7 การคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 28 รูป ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 15 ดังนั้น จึงใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 33 รูป

อสม. ในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือก อสม. 33 คนเพื่อช่วยเหลือพระสงฆ์ให้เลิกบุหรี่ในการวิจัยนี้ คือ 1) ต้องมีความสมัครใจในการปฏิบัติงานในครั้งนี้ 2) ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีความรู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 4) ผ่านการอบรมงานด้านบวชจากเภสัชกรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้สามารถช่วยเหลือพระสงฆ์ให้เลิกบุหรี่

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมวิจัย ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเองของพระสงฆ์ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ ซึ่งประยุกต์จากแบบวัดของ สรายุทธ นามเมือง (12) แบบวัดมี 8 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง (4 คะแนน) เกือบทุกครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) คำถาม 8 ข้อมีดังนี้ 1) หลังตื่นนอน ท่านสูบบุหรี่ภายในครึ่งชั่วโมง 2) ก่อนออกบิณฑบาต ท่านสูบบุหรี่ 3) ก่อนฉันอาหาร ท่านสูบบุหรี่ 4) หลังฉันอาหาร ท่านสูบบุหรี่ 5) ก่อนนอน ท่านสูบบุหรี่ 6) เมื่อออกไปปฏิบัติศาสนกิจนอกวัด ท่านพกบุหรี่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ 7) ท่านสูบบุหรี่จนถึงก้นมวนหรือเกือบหมดมวน และ 8) เวลาว่าง ท่านสูบบุหรี่ เครื่องมือนี้นอกจากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) (13) ได้เท่ากับ 0.87 การทดสอบความเที่ยงพบ Cronbach's coefficient 0.75

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence) ฉบับที่ดัดแปลงโดยวันดี ไตรภพสกุลและฉันทสิทธิ์พันธ์ (14) คะแนนที่สูงบ่งบอกระดับการติดนิโคตินที่มาก เกณฑ์ในการแปลผล มีดังนี้ 7-10, 4-6 และ <4 หมายถึงการติดนิโคตินมาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ

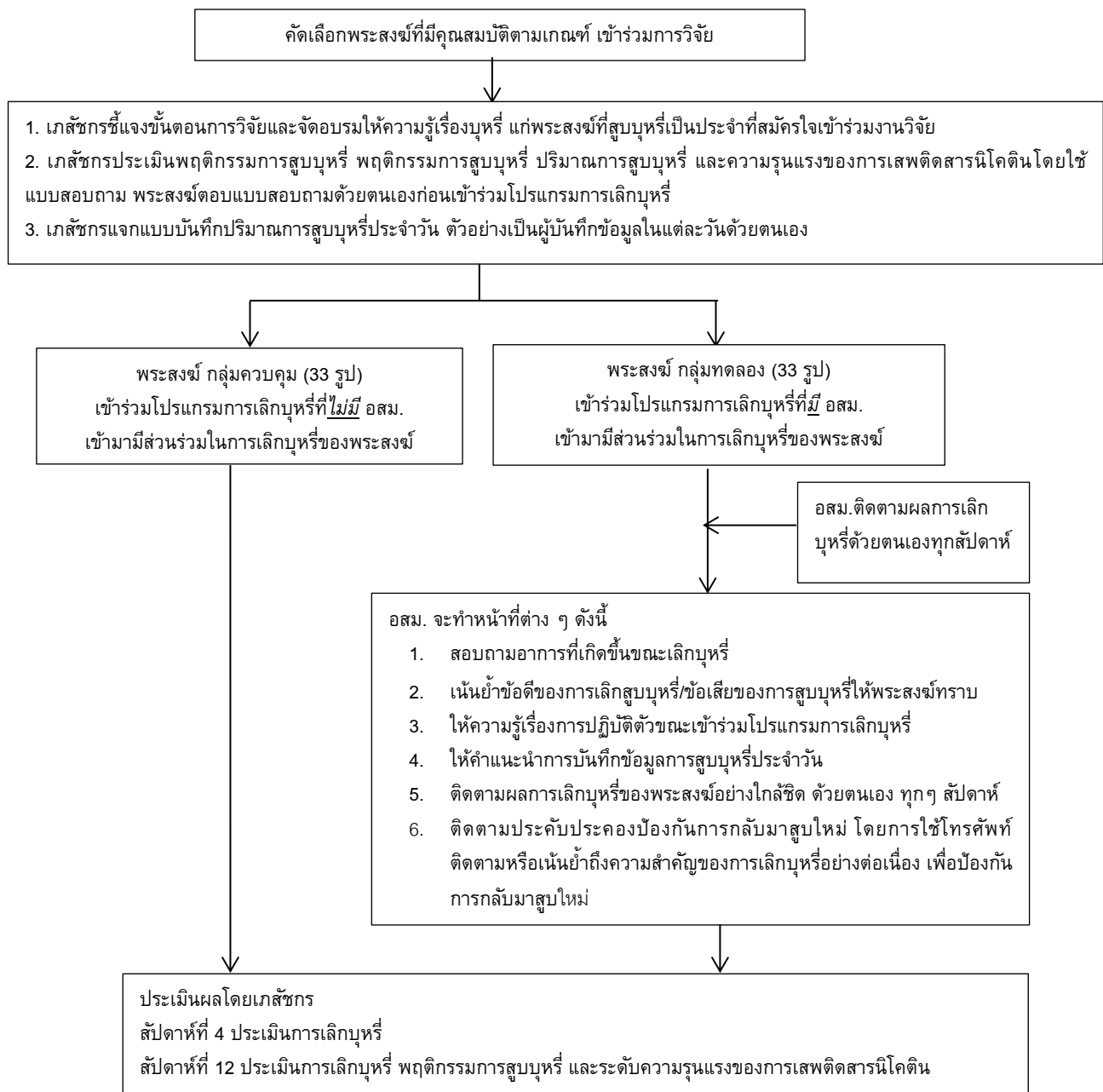
การดำเนินการวิจัย

การแทรกแซงในการศึกษานี้ใช้หลักการ 5A (10) โดย A1-A4 (ask, advise, assess, assist) เป็นบทบาทของเภสัชกร โดยมีการถามประวัติการสูบบุหรี่ การแนะนำโทษพิษภัย การประเมินระดับการติดนิโคติน ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ และการจัดเตรียมความช่วยเหลือ พิธีการกำหนด

วิธีการบำบัดและจัดหาเอกสารที่เกี่ยวข้องให้กับผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ส่วน อสม. จะมีบทบาทในขั้นตอน A5 (arrange follow-up) คือ การติดตามดูแลพระสงฆ์อย่างใกล้ชิดทุก ๆ สัปดาห์ ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ รูปที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิจัยเริ่มโดยเภสัชกรชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่พระสงฆ์ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นให้พระสงฆ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน

ต่อมา เภสัชกรอบรมให้ความรู้เรื่องสารพิษที่สำคัญในควันบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่ โรคที่เกิดจากบุหรี่ เหตุผลที่ต้องควบคุมการบริโภคยาสูบ การสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในวัด การบำบัดโรคติดบุหรี่โดยไม่ใช้ยา การให้คำแนะนำพระสงฆ์เรื่องการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ทั้งกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง และ อสม. พร้อมกัน การให้ความรู้ใช้สื่อวีดิทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น PowerPoint และสื่อสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ



รูปที่ 1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและกิจกรรมที่ทำในพระสงฆ์แต่ละกลุ่ม

หนังสือ ไปสเตอร์ ที่แสดงถึงโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่ โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่และเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

หลังจากนั้น เกสัชกรชี้แจงขั้นตอนการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ประจำวันแก่พระสงฆ์ที่เข้าร่วมวิจัย เวลาที่ใช้ในการสอนและแนะนำทั้งหมด คือ 3 ชั่วโมง

พระสงฆ์กลุ่มทดลองได้รับการติดตามโดย อสม. ทุกสัปดาห์ รวม 12 ครั้ง อสม. 33 คนที่ช่วยเหลือพระสงฆ์ให้เลิกสูบบุหรี่ มีหน้าที่ได้แก่ ให้คำแนะนำพระสงฆ์ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ การเน้นย้ำถึงข้อดีของการเลิกบุหรี่ ข้อเสียของการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำการบันทึกข้อมูลการสูบบุหรี่ประจำวัน การติดตามผลการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ อสม. อาจไปติดตามด้วยตนเอง หรือติดตามทางโทรศัพท์ ทุก ๆ สัปดาห์ และติดตามระดับประคองป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่โดยการใช้โทรศัพท์ติดตามหรือเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น อสม. ที่ผ่านการอบรมจะได้รับเกียรติบัตร จากโรงพยาบาลภาษีเพื่อแสดงว่า มีความรู้และความสามารถที่พร้อมปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ ส่วนพระสงฆ์กลุ่มควบคุม จะไม่ได้รับการติดตามจาก อสม.

การประเมินผล

การประเมินผลการเลิกบุหรี่ทำโดยเกสัชกรที่สัปดาห์ที่ 4 และ 12 ในพระสงฆ์ทั้ง 2 กลุ่ม โดยประเมินจากแบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การศึกษาประเมินการไม่สูบบุหรี่เลยตลอด 7 วัน (point prevalence abstinence) ก่อนวันประเมิน หรือการเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันที่กำหนดเลิกบุหรี่ (ในการวิจัยนี้ คือ วันถัดไปนับจากวันเข้าร่วมโปรแกรม) จนถึงวันประเมินผล (continuous abstinence) เมื่อสิ้นสุดการวิจัยที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พระสงฆ์ทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์และแบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Statistic Package for the Social Science (SPSS) Version 20.0 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 การศึกษาใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact test เปรียบเทียบความ

แตกต่างของข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือน ผลการเลิกบุหรี่ที่สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 การศึกษาใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมและระดับการติดนิโคตินระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบทั้งค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและระดับการติดนิโคตินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน

พระสงฆ์เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ 66 รูป แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 รูป และกลุ่มทดลอง 33 รูป การศึกษาในครั้งนี้ไม่มีพระสงฆ์ออกจากการศึกษาก่อนครบกำหนด ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันในเรื่องอายุ จำนวนพรรษาที่บวช ปริมาณบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ และค่าใช้จ่ายการซื้อบุหรี่/เดือน

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน คือ วันละ 15.36±4.78 มวน และ 16.36±5.63 มวน ตามลำดับ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ คือ 18.82±15.41 ปี และ 21.18±13.30 ปี ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ร้อยละ 30.3 และ 24.2 สูบบุหรี่มากกว่า 500 บาทต่อเดือน

ผลของโปรแกรมฯ ต่อการเลิกบุหรี่

ตารางที่ 2 แสดงผลการเลิกบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อประเมินจากความสามารถเลิกบุหรี่ตลอด 7 วันก่อนวันประเมินผล พบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (6 รูปหรือร้อยละ 18.2 และ 1 รูปหรือร้อยละ 3.0 ตามลำดับ) ส่วนในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (21 รูปหรือร้อยละ 63.6 และ 7 รูปหรือร้อยละ 21.2 ตามลำดับ) ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีพระสงฆ์ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

ผลของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ หมายถึง ความถี่ของการสูบบุหรี่น้อยใน

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (n =66)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		P
	กลุ่มควบคุม (n=33)	กลุ่มทดลอง (n=33)	
อายุเฉลี่ย (ปี)±SD	47.09±15.95	46.97±15.02	0.422 ¹
จำนวนพรรษาที่บวชเฉลี่ย (พรรษา)±SD	10.64±11.22	8.12±11.53	0.360 ¹
ปริมาณบวชที่สูบเฉลี่ย (มวน)±SD	15.36±4.78	16.36±5.63	0.440 ¹
ระยะเวลาที่สูบบวชเฉลี่ย (ปี)±SD	18.82±15.41	21.18±13.30	0.491 ¹
ค่าใช้จ่ายการสูบบวช/เดือน			
ญาติโยมนำมาถวาย	2(6.1)	3(9.1)	0.694 ²
ต่ำกว่า 100 บาท	2(6.1)	3(9.1)	
101-200 บาท	4(12.1)	2(6.1)	
201-300 บาท	3(9.1)	1(3.0)	
301-400 บาท	8(24.2)	13(39.4)	
401-500 บาท	4(12.1)	3(9.1)	
500 บาทขึ้นไป	10(30.3)	8(24.2)	

1: independent t-test, 2: chi's square

ช่วงเวลาต่าง เช่น หลังตื่นนอน ก่อนออกบิณฑบาต ก่อนฉันอาหาร ก่อนนอน เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบวชของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าสู่โปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน หลังเข้าโปรแกรมฯ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พระสงฆ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบวชลดลง 4.76±8.21 และ 12.55±6.51 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.002 และ <0.001 ตามลำดับ)

หลังเข้าโปรแกรมฯ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พระสงฆ์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบวชหรือน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อยู่ 8.85±2.01 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

ผลของโปรแกรมฯ ต่อการติดนิโคติน

ตารางที่ 4 แสดงระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์พระสงฆ์

ที่เข้าโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินลดลง 1.09±1.94 และ 3.24±2.09 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.003 และ <0.001 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ที่ 12 สัปดาห์หลังการแทรกแซง กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.61±0.61 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P<0.001)

การอภิปรายผล

ตัวอย่างในการศึกษานี้สูบบวชประมาณ 15 มวนต่อวัน โดยเริ่มสูบบวชตั้งแต่ก่อนที่จะบวช ซึ่งสอดคล้องกับที่สรายุทธ นามเมือง (12) รายงานว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ที่มารักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์สูบบวช 10-19 มวนต่อวัน

ตารางที่ 2. ผลการเลิกบวชหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การประเมินผล	สัปดาห์ที่	กลุ่มควบคุม (n=33)	กลุ่มทดลอง (n=33)	P
เลิกบวชตลอด 7 วัน	4	1 (3.0)	6 (18.2)	0.105 ¹
	12	7 (21.2)	21 (63.6)	0.001 ²
เลิกบวชอย่างต่อเนื่อง	4	0 (0)	0 (0)	-
	12	0 (0)	0 (0)	-

1: Chi square test, 2: Fisher's exact test

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย(SD) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์

ตัวแปร ¹	กลุ่มควบคุม (n=33)		P	กลุ่มทดลอง		P
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	26.58±4.64	21.82±8.73		25.52±4.47	12.97±7.62	
ผลต่างในช่วงก่อนและหลัง	4.76±8.21		0.002 ¹	12.55±6.51		<0.001 ¹
ผลต่างระหว่างกลุ่มในช่วงหลังเข้าร่วมโปรแกรม				8.85±2.01		<0.001 ²

1: คะแนนมีพิสัยที่เป็นไปได้ คือ 8-32

2: paired t-test

3: independent t-test

การประเมินผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วันในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นที หลีกชัยและชวนชม ธนา นิสิตศักดิ์ (14) ที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของการสูบบุหรี่และประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ และการติดตามให้คำปรึกษาแนะนำ กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ การศึกษาดังกล่าวประเมินผลจากแบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่า ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วันของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม

ในงานวิจัยนี้ ไม่มีพระสงฆ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก งานวิจัยนี้ เป็นการให้ความรู้พระสงฆ์เพียงอย่างเดียว แต่หากใช้วิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ราชชนกญาดอกขาว ญาดอกขาวแคปซูล เป็นต้น อาจส่งผลให้มีการเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องได้ งานวิจัยของ ปรีดา เบญจนาภาศกุล (11) และ วันดี ไตรภพสกุลและฉันทชัย สิทธิพันธ์ (14) พบว่า การใช้ญาดอกขาวร่วมด้วย ช่วยให้ตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องได้

การศึกษาของ นุสรณ์ ฐนระวนิชพงษ์และคณะ (16) พบว่า ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้วัดปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน โดยการกำหนดนโยบายจากมหาเถรสมาคมและขับเคลื่อนในพื้นที่โดยเจ้าอาวาสอย่างจริงจังต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ อีกทั้งการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจรัสกุลและคณะ (17) พบว่า หากมีการติดตามผู้สูบบุหรี่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จะสามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้ การศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำขาว (18) ได้มีการเสนอให้มีกิจกรรมอื่น ๆ ทำทดแทน ไม่อยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ และให้รับประทานผลไม้รสเปรี้ยวจะเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากยิ่งขึ้น

ในการศึกษานี้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการให้ความรู้กับพระสงฆ์ทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพันธ์ภา ดิสรินทร์ไตรภาดา (19) ที่พบว่า ที่สัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เดือนทิพย์ เขษมโอภาสและพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (20)

ตารางที่ 4. ระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์

คะแนนจากแบบวัดของ Fagerstrom	กลุ่มควบคุม (n=33)		P	กลุ่มทดลอง		P
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
7-10 คะแนน	10(30.3)	7(21.2)		3(9.1)	1(3.0)	
4-6 คะแนน	17(51.5)	15(45.5)		20(60.6)	4(12.1)	
น้อยกว่า 4 คะแนน	6(18.2)	11(33.3)		10(30.3)	28(84.8)	
ค่าเฉลี่ย±SD	5.06±1.83	3.97±2.73		4.61±1.66	1.36±2.19	
ผลต่างก่อนและหลัง	1.09±1.94		0.003 ¹	3.24±2.09		<0.001 ¹
ผลต่างระหว่างกลุ่มในช่วงหลังเข้าร่วมโปรแกรม				2.61±0.61		<0.001 ²

1: paired t-test, 2: independent t-test

ซึ่งพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากได้รับกำลังใจและคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่โดยใช้กลยุทธ์ 5A จากพยาบาล ถึงแม้ว่าในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างจะเป็นพระสงฆ์ แต่ก็ได้รับการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวโดยใช้หลักการ 5A ซึ่ง A1-A4 (ask, advise, assess, assist) เป็นบทบาทของเภสัชกร และ A5 (arrange follow-up) เป็นบทบาทของ อสม. ในการติดตามดูแลพระสงฆ์ทุกสัปดาห์ มาตรการนี้ส่งผลให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงได้เช่นเดียวกัน การศึกษาของเดือนทิพย์ เขษมโอภาสและพรทิพย์ ชีวะพัฒน์ (20) ยังพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น และส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มที่ใช้ศึกษาไม่ใช่พระสงฆ์ แต่ก็ยังให้ผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษานี้ วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะฯ (21) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหลาย ๆ ครั้งมีผลต่อความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ การเพิ่มเวลาและจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรึกษาตัวต่อตัวจะเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการให้ความรู้กับพระสงฆ์ทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินที่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพนิภา ดิสรินทร์ไทรภาดา (19) ในพนักงานขายในอุตสาหกรรมบันทอด้ายที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า ที่สัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ความรุนแรงของการติดนิโคตินของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยนี้ พบว่า การมี อสม. เข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมฯ ทำให้สามารถติดตาม สอบถาม และกำกับดูแลได้อย่างใกล้ชิด อสม.เป็นบุคคลในพื้นที่ ประกอบกับมีความสัมพันธ์ภายในชุมชน โดย อสม. สามารถเข้าถึงได้มากกว่าและได้รับความไว้วางใจจากพระสงฆ์ในชุมชน อาจเป็นผลให้พระสงฆ์ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินที่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรองจิต วาทีสารกกิจ (9) และณัฐฤดา ทุมวงศ์(22) ที่กล่าวว่า อสม.มีส่วน

ช่วยและเป็นกำลังสำคัญในการคัดกรองและส่งเสริมทำให้เกิดการเลิกบุหรี่ได้ดียิ่งขึ้น ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรัชพร กลีบประทุมและคณะ(23) ที่ศึกษาในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง และพบว่า การมี อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ ตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวเป็นประชาชนที่สูบบุหรี่ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยนี้ที่ทำในพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่ แต่ก็ยังให้ผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูติท เตชาดิวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (24) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ อสม. อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ อสม. มีความกระตือรือร้น มีทักษะในการประสานงาน เข้ากับประชาชนได้ง่าย และเกิดความไว้วางใจของคนในพื้นที่อีกด้วย

ในส่วนของกลุ่มควบคุม พฤติกรรมการสูบบุหรี่และความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกันนั้น แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรเพียงอย่างเดียวเฉพาะครั้งแรกก็มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน ถึงแม้จะไม่มี อสม. ไปติดตามดูแลก็ตาม แต่หากมี อสม. ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจะยิ่งทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินที่ลดลงได้อีก

จากการประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ตามหลักการของ transtheoretical model และตามการบำบัดโรคเสพติดสำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิกในแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 ของสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (10) พบว่า ในงานวิจัยนี้ พระสงฆ์ทั้ง 66 รูปที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ จัดอยู่ในกลุ่ม preparation คือ เตรียมพร้อมจะเลิกบุหรี่ และเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ เนื่องจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมได้มีการสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่จากพระสงฆ์มาก่อนแล้ว โดยพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องเป็นพระสงฆ์ที่พร้อมจะเลิกบุหรี่เท่านั้น ผู้วิจัยให้ตัวอย่างกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในแบบสอบถามอีกครั้งในวันที่เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้เชื่อว่าพระสงฆ์ทุกรูปมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ที่จะเลิกบุหรี่ จึงส่งผลให้พระสงฆ์ที่มีความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงในการเลิกบุหรี่

การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ทำให้ลดอคติในการศึกษาและเกิดความเชื่อมั่นใน

ผลลัพธ์ของการแทรกแซงที่พบ การศึกษานี้ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินที่เป็นสากลและใช้ทั่วโลก ทำให้สามารถคัดแยกระดับการติดนิโคตินได้

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือในการติดตาม และสอบถามอาการต่าง ๆ ของพระสงฆ์จาก อสม. ของแต่ละท้องที่เป็นอย่างดี การศึกษาสามารถตรวจสอบว่า อสม. ปฏิบัติงานจริงหรือไม่ โดยการตรวจสอบจากแบบบันทึกปริมาณการสูบบุหรี่ประจำวันของพระสงฆ์ ซึ่งจะมีการลงลายมือกำกับทุกครั้ง ที่ อสม. ออกติดตามผลการเลิกบุหรี่ของพระสงฆ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ เก็บข้อมูลในระยะสั้นที่ 4 และ 12 สัปดาห์ จึงมีควรติดตามการเลิกบุหรี่สำเร็จในระยะยาวด้วย ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจการทดสอบมากขึ้น และสามารถทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องผลของการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน ที่ สัปดาห์ที่ 4 และการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องจนถึงวันประเมินผล จากงานวิจัย พบว่า จำนวนพระสงฆ์ที่เลิกบุหรี่ที่ สัปดาห์ที่ 4 มีจำนวนไม่มากพอที่จะทำให้พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่พบพระสงฆ์ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องในการศึกษานี้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

เมื่อประเมินจากผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วันใน สัปดาห์ที่ 12 หลังการแทรกแซงพบว่า กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือความถี่ในการสูบบุหรี่ หลังตื่นนอน ก่อนออกบิณฑบาต ก่อนฉันอาหาร ก่อนนอน ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งยังมีความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลต่าง ๆ ควรนำเสนอผลการศึกษานี้ต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มาบำบัดเลิกบุหรี่ โดยเพิ่มบทบาทการให้บริการทางเภสัชกรรม และการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ อสม. ในแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดแนวปฏิบัติ และพัฒนาศักยภาพให้ อสม. มีทักษะช่วยเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการให้บริการเลิกบุหรี่เชิงรุกในชุมชน

นอกจากนี้ ควรมีการนำเสนอผลการวิจัยเพื่อใช้กำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในชุมชนอย่างจริงจัง เช่น รมรณรงค์ให้วัดเป็นเขตปลอดบุหรี่และรณรงค์ไม่ให้ญาติโยมถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์ เป็นต้น ในอนาคตข้างหน้าอาจนำงานวิจัยนี้ไปปรับใช้ให้เป็นงานประจำกับ อสม. เพื่อดำเนินงานควบคู่ไปกับงานประจำอื่น เพื่อช่วยให้มีการติดตามการเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์และชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การศึกษาในครั้งนี้ต่อไป ควรศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยประเมินผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม ได้แก่ ด้านเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ลดลง และผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) อาทิ คุณภาพชีวิต สภาวะทางจิตใจ เป็นต้น เพื่อแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมเลิกบุหรี่จะให้ประโยชน์ในด้านอื่น ๆ หรือไม่ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น เช่น การปฏิบัติศาสนกิจของพระสงฆ์ช่วยลดการสูบบุหรี่ได้หรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกร หุณจันดา สุรพันธ์ เกสัชกรหญิงจุไรรัตน์ คงล้อมญาติ และนางสาวฉวีวรรณ เหลืองชัยวัฒนา ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม และขอขอบคุณนายแพทย์ฐาปนกร จิตตุนนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภาษี เกสัชกรหญิงพุดธิดา วิชัยวิทย์ เกสัชกรเกียรติศักดิ์ ขจรโกวิทย์ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ของโรงพยาบาลภาษี และคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยให้สามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Vathesatogkit P, editor. Information of cigarette and health for monks. Bangkok: Rakpim Publishers; 2009.
2. Pitayarangarit S, Iamanun P, Punkrajung P and Sommit K. Summary of Thai tobacco smoking situation in 2012. Bangkok: Charoendeemunkong Publishers; 2012.

3. National Statistical Office. The smoking and drinking behavior survey 2014. Bangkok: Text and Journal Publication Publishers; 2014.
4. Thai Health Promotion Foundation. Diseases caused by cigarettes [online]. 2011 [cited Jul 20, 2015]. Available from: www.thaihealth.or.th/Content/20828โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่.html
5. Smoking Cessation Call Center. Smoking Cessation guideline. Bangkok: Pre-wan Publishers; 2010.
6. Champat C. Factors related to smoking of buddhist monks in Meuang district, Surat Thani province. The 9th Hatyai National and International Conference; 2018 Jul 20; Songkla: Hatyai University; 2018. p. 814-22.
7. Charoenca N, Kungskulniti N, Kengkanphanit T, Kusolvisitkul W, Pichainarong N, Kerdmongkol P, et al. Smoking prevalence among monks in Thailand. Bangkok: Mahidol University; 2004.
8. Bussaratid S, Siripaiboonkij A. Study of smoking cessation rate at smoking cessation clinic, Siriraj Hospital, Thailand. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57: 305-12.
9. Vathesatogkit K. How can village health volunteers help people quit smoking? Bangkok: Action on Smoking and Health Foundation; 2012.
10. Rungruanghiranya S. Smoking disease therapy for patients who wanted to quit smoking. In: Rungruanghiranya S, Suntorntham S, editors. Guideline for evidence-based treatment of tobacco in Thailand. Bangkok; 2012. p. 28-57.
11. Benjanakaskul P. Effectiveness of Vernonia Cinerea for smoking cessation [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
12. Nammuang S. Factors relating to cigarette smoking behavior of sick monks and novices utilizing health services in the Priest Hospital [dissertation]. Bangkok: Kasetsart University; 2003.
13. Phongsri P. Creating and developing research instrument. 4th ed. Bangkok: Dansutta Publishing; 2014.
14. Leegchur N, Thananithisak C. Effectiveness of pharmacist-based smoking cessation program in the conscripts at the Wing 5 Air Base. Isan J of Pharmaceutical Sciences 2018; 14: 21-34.
15. Thripopskul W, Sittipunt C. Efficacy of Vernonia Cinerea for smoking cessation in Thai active smokers. Bangkok: Tobacco Control Research and Thai Health Promotion Foundation; 2011.
16. Kootanavanichpong N, Poomriew R, Leyatikul P, Petliap W. Cigarette smoking situation among monks, novices, nuns and followers and effects of program for development of temple smoke-free area Nakhorn Ratchasima Province, Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 2014;37:94-107.
17. Luksamijarulkul S, Luengektin P, Wongvijitsuk S. The evaluation of smoking cessation project of personnel in Huachiew Chalermprakiet University. APHEIT Journal (Science and Technology) 2015; 4: 46-57.
18. Imnamkhao S. Behavioral patterns of smokers at the smoking cessation clinic in Mahasarakham. Journal of Nursing Division 2012; 39: 7-20.
19. Ditsarintripada P. The effectiveness of a smoking cessation program among workers in textile industry, Nakorn Pathom Province [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2010.
20. Khasemophas D, Cheewapat P. the effectiveness of a counseling program for smoke-free families. Kuakarun Journal of Nursing 2012; 19: 103-17.
21. Phumsawat W, Suthisisang C, Suksomboon N, Montakantikul P, Choosangthong P, Korsanan S, et al. Clinical practice guideline in smoking cessation. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2003.
22. Thumwong N. Developing role of community health volunteer for mental health disorders screening in Thakuntho Hospital Thakuntho District, Kalasin. Research and Development Health System Journal 2009; 2: 51-65.

23. Kleebratoom P. Effect of the smoking cessation program for quit smoking behavior among smokers at Bangkaew Subdistrict, Muang Angthong District, Angthong Province [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2016.
24. Tetjativaddhana P, Kitreerawutiwong N. Performance assessment of village health volunteer working in district health network, Pompiram district, Phitsanulok province. *Journal of Public Health Nursing* 2014; 28: 6-28.