Thai Journal of Pharmacy Practice

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ

ทิพย์ฤทัย ธงศรี[1], พยอม สุขเอนกนันท์[2], สันติภาพ สุขเอนกนันท์[3]

[1]นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[2]หน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[3]คณะการบัญชีและการจัดการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิในผู้สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองซึ่งวัดผลก่อนและหลังการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จำนวน 6 ครั้ง (วันที่ 0, 7, 14, 30, 60 และ 90) และได้รับยาเม็ดอมสมุนไพรหญ้าดอกขาว ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรจำนวน 2 ครั้ง (วันที่ 0 และ 90) ผลลัพธ์ที่ศึกษา ได้แก่ อัตราการเลิกบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ในลมหายใจออก และระดับความพึงพอใจ **ผลการศึกษา:** หลังการศึกษา อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง (n=32) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (n=31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 65.63 และ 0 ตามลำดับ, P<0.001) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มทดลอง (3.66±4.01 มวนต่อวัน) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (16.13±8.03 มวนต่อวัน) (P<0.001) ระดับ CO ในลมหายใจออกของกลุ่มทดลอง (7.06±3.46 ppm) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (12.30±3.11 ppm) (P<0.001) ส่วนระดับความดันโลหิตและน้ำหนักตัวไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง **สรุป:** โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 65.63 ผู้สูบบุหรี่มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในระดับมากและครอบครัวในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษา ครอบครัวปลอดบุหรี่ เภสัชกรปฐมภูมิ

รับต้นฉบับ: 5 ส.ค. 2562, **ได้รับบทความฉบับปรับปรุง**: 20 ต.ค. 2562, **รับลงตีพิมพ์**: 24 ต.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: ทิพย์ฤทัย ธงศรีกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเขื่องใน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี
E-mail: thipam_phioxus@hotmail.com

TJPP วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 13
เล่มที่ 1 ม.ค.-มี.ค. 2564

PSU PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY
Thai Journal of Pharmacy Practice

Research article

Effectiveness of a Counseling Program for Smoke-Free Families by Primary Care Pharmacists

Thipruthai Tongsri[1], Phayom Sookaneknun[2], Santiparp Sookaneknun[3]

[1]Master of Pharmacy Student (Primary Care Pharmacy), Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University,
[2]Primary Care Practice Research Unit (PCPRU), Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University
[3]Mahasarakham Business School, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To compare the effectiveness of a smoke-free family counseling program by primary pharmacists in smokers between the experimental group and the control. **Methods:** This study was a quasi-experimental study with pre-test and posttest design. The experimental group received the counseling program together with the visit by pharmacists for 6 times (day 0, 7, 14, 30, 60 and 90) and received Vernonia cinereatablets. The control received 2 visits from pharmacists (day 0 and 90). Study outcomes were smoking cessation rates, number of cigarettes smoked per day, blood pressure, body weight, exhaled carbon monoxide (CO) levels and satisfaction. **Results**: After the intervention, the smoking cessation rate of the experimental group (n=32) was significantly greater than that of the control (n=31) (65.63 and 0 percent, respectively, P<0.001). The number of cigarettes smoked per day in the experimental group (3.66±4.01 cigarettes per day) was lower than that of the control group (16.13±8.03 cigarettes per day) (P<0.001). The level of exhaled CO of the experimental group (7.06±3.46 ppm) was lower than that of the control group (12.30±3.11 ppm) (P<0.001). Blood pressure and body weight showed no significant difference between groups. The experimental group had a high level of satisfaction with the pharmacist's participation in helping to quit smoking. The satisfaction with the family participation was at a medium level. **Conclusion**: The counseling program for non-smoking family by primary care pharmacists helps 65.63% of smokers to quit. The smokers were satisfied with the participation of the pharmacists at a high level and with the participation of their families at a moderate level.

Keywords: counseling program, non-smoking family, primary pharmacist

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบเองแต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงแม้ไม่ได้สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (second-hand smoking) โดยเฉพาะเด็ก สตรีมีครรภ์ หรือสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่ (1) ผลการศึกษาใน 192 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2547 พบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มือสอง 6 แสนคน โดยร้อยละ 47 พบในเพศหญิง ร้อยละ 28 พบในเด็ก และร้อยละ 26 พบในเพศชาย (2)

ในการปฏิบัติทางคลินิกได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่โดยสามารถช่วยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 24.67-39.1 (1, 3) จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม (social learning theory) (3) โดยจัด 6 กิจกรรม ได้แก่ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การกระตุ้นเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการจัดสภาพแวดล้อม ในสัปดาห์ที่ 8ผลการศึกษาพบว่ามีผู้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 39.1

การประยุกต์ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาพฤติกรรมบำบัด และการดูแลแบบองค์รวม การสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ การเสริมทักษะชีวิต การสร้างความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อลดการถอนนิโคติน การเยี่ยมเสริมกำลังใจ การฝึกคิดเชิงบวกช่วยคลายเครียด และการเป็นพี่เลี้ยงภายหลังการติดตาม 6 เดือน พบว่ามีผู้เลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 24.67 (1) การศึกษาผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ โดยการให้คำปรึกษาอย่างมีส่วนร่วมโดยหลัก 5A's และติดตามระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ 166 คนมีความรู้และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถเลิกบุหรี่ (action) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.9 เป็น 18.1 (4) การประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของPender ในการเลิกบุหรี่ 4ขั้นตอน คือการให้สุขศึกษารายกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อตั้งเป้าหมาย การให้คำปรึกษารายครอบครัว และการเตือนตนเอง ในข้าราชการทหาร จำนวน 35 คน พบว่าภรรยามีบทบาทมากต่อการเลิกบุหรี่ และตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 29 ใน 12 สัปดาห์ (5)

โรงพยาบาลเขื่องใน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้บริการเลิกบุหรี่ผ่านการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ พบว่าในระหว่างปีงบประมาณ2559-2560 ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่มีแนวโน้มของการขาดนัดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 90.91 เป็น ร้อยละ 95.24 สำหรับผู้ที่มาตามนัดอย่างต่อเนื่องและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนเพียง 2 ราย (ร้อยละ 4.76) (6) จากการซักถามผู้มารับบริการ พบว่า ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลและมีภาระหน้าที่ต้องประกอบอาชีพส่งผลทำให้การมารับบริการไม่ต่อเนื่อง ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เป็นเพศชาย เมื่อเข้ามารับบริการที่คลินิกจะเดินทางมาเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวไม่รับรู้ว่า ตนเองอยู่ในกระบวนการเลิกบุหรี่ซึ่งในการเลิกสูบบุหรี่สิ่งสำคัญที่สุด คือ การได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคนในครอบครัวในการมีส่วนร่วมวางแผนและการตัดสินใจร่วมกันในการเลิกบุหรี่ (7) สมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (8)

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Pender ในการให้คำปรึกษาโดยสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และแนวคิดของ Gibsonในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้คนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาที่มีเภสัชกรปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่และการเสริมสร้างแนวคิดให้กับผู้สูบบุหรี่และครอบครัว รวมทั้งงานวิจัยก่อนหน้านี้ มีข้อจำกัดในการวัดผลลัพธ์ในเชิงคลินิกผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรปฐมภูมิและการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ผลลัพธ์ที่ศึกษาได้แก่อัตราการเลิกบุหรี่จำนวนมวนบุหรี่น้ำหนักตัวระดับความดันโลหิตและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออกตลอดจนระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการศึกษา งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วันที่ 30 เมษายน 2561 เลขที่รับรอง 053/2561

ตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านเสียม ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 6 จำนวน 53 คนและหมู่ที่ 7 จำนวน 50 คนที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแขม (รพ.สต.แขม) อำเภอเขื่องใน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความชุกของผู้สูบบุหรี่สูงเป็น 2 อันดับแรกจากทั้งหมด 11 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 6 และ 7 (ความชุกร้อยละ 17.1 และ15.8 ตามลำดับ) จากนั้นทำการสุ่มเลือกหมู่บ้านเพื่อแบ่งกลุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ได้บ้านเสียมหมู่ที่ 6 เป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 7 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากรายงานฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2560 พบความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตตำบลหัวดอน ได้แก่ หมู่ที่ 1 และ 2 บ้านหัวดอน, หมู่ที่ 3 บ้านหัวดูน, หมู่ที่ 4 บ้านท่าวารี, หมู่ที่ 5 บ้านแขม, หมู่ที่ 6 และ 7 บ้านเสียม, หมู่ที่ 8 และ 9 บ้านวังถ้ำ, หมู่ที่ 10 บ้านเสียม และหมู่ที่ 11 บ้านแขม คือ ร้อยละ 4.82, 3.68, 3.54, 6.60, 17.1, 15.8, 7, 6.44, 4.8 และ 10.96 ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วย ผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 เดือนก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 1 มวนต่อวันขึ้นไป เป็นผู้มีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่อาศัยในบ้านเดียวกับผู้สูบบุหรี่ เป็นผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนด้วยภาษาไทยได้ และเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกประกอบด้วย ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยปัญหาทางสายตา การเขียนหรือการได้ยิน เป็นผู้สูบบุหรี่ที่อยู่อาศัยตามลำพัง และหญิงตั้งครรภ์

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร $n = 2(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2 P(1-P) /(P_1- P_2)^2$ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ร้อยละ 5 และกำหนดอำนาจจำแนกที่ร้อยละ 95 สัดส่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จอ้างอิงจากการศึกษาในอดีต (9) คือ ร้อยละ 38.5 และ 0 ตามลำดับ (กลุ่มเปรียบเทียบไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้) และคิดอัตราการออกจากการศึกษา (drop out) ร้อยละ 20 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง ประกอบด้วยในวันที่ 0, 7, 14, 30, 60 และ 90 ร่วมกับการทำกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 2การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และกิจกรรมที่ 3การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง คือ วันที่ 0 และ 90 โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ในลมหายใจออกทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน

สำหรับการจัดกิจกรรมรายบุคคลในกลุ่มทดลองผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Pender และ Gibsonร่วมกับกระบวนการ 5A และ 5R กระบวนการ 5A มีดังนี้ ask การสอบถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่, advise การให้คำแนะนำถึงอันตรายและวิธีลดเลิกบุหรี่, assess การประเมินว่าบุคคลนั้นติดบุหรี่ด้านจิตใจหรือด้านร่างกาย, assist การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจ และ arrange follow up การติดตามผล ส่วนกระบวนการ 5R ได้แก่ relevance การสร้างกิจกรรมจูงใจเลิกบุหรี่ให้สอดคล้องกับสิ่งที่เป็นจุดสนใจของผู้สูบบุหรี่, risks การให้ข้อมูลกับผู้สูบบุหรี่และคนในครอบครัวเพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายจากบุหรี่, rewards การบอกข้อดีที่จะได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่, road blocks การค้นหาอุปสรรคปัญหาและให้คำแนะนำ และ repetition การปฏิบัติซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 0 (เริ่มต้นการศึกษา) ใช้ระยะเวลา 45 นาที เภสัชกรตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ชั่งน้ำหนักตัว ด้วยเครื่องชั่งระบบดิจิตอล ยี่ห้อ Beurerdesin glass scale รุ่น GS210วัดระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดแบบอัตโนมัติ ยี่ห้อ Omron รุ่น HEM-7130 วัดระดับ CO ในลมหายใจออกด้วย PICO smokerlyzerและเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้สูบบุหรี่ที่อ้างอิงจากแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยามหาวิทยาลัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปผลลัพธ์ทางคลินิก (น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิตระดับ CO) ประวัติครอบครัวโรคประจำตัวพฤติกรรมสุขภาพประวัติการเลิกสูบบุหรี่อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาในอดีตบุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่ (stage of change model) และการประเมินระดับการเสพติด

นิโคตินโดยใช้ Fagerstrom test ผู้ช่วยเก็บข้อมูลสอบถามความพึงพอใจของตัวอย่างก่อนการวิจัยด้วยแบบสอบถามซึ่งพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ (Cronbach's alpha=0.937) แบบสอบถามนี้จำนวน21 ข้อประกอบด้วย คำถามประเมินความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่ (9 ข้อ) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่ (6 ข้อ) และความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ และวีดิทัศน์ต่างๆในการช่วยเลิกบุหรี่ (6 ข้อ) แบบประเมินอยู่ในรูปของLikert scale 5 ระดับจาก 5= พึงพอใจมากที่สุดถึง1=พึงพอใจน้อยที่สุด

ในระหว่างการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-5 กลุ่มทดลองได้รับยาเม็ดอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวยี่ห้อชาวหินฟ้า โดยให้อมครั้งละ 1-2 เม็ด เมื่อมีอาการอยากบุหรี่เภสัชกรติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-6 ทั้งนี้การใช้ยาอยู่ภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา)

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2ในวันที่ 7 เภสัชกรตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นระยะเวลา 30 นาทีเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้ถึงอันตรายจากบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ทั้งต่อตนเองและคนในครอบครัว รวมถึงอาการถอนนิโคตินและแนวทางการแก้ไข โดยเภสัชกรใช้การพูดสื่อสารกับผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัวร่วมกับการใช้สื่อให้ความรู้ แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ (10, 11)

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3-4ในวันที่ 14 และ 30 เภสัชกรตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยใช้ระยะเวลา 30 นาทีเภสัชกรใช้การพูดคุยสื่อสารร่วมกับการใช้สื่อให้ความรู้ แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคของวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมา โดยผู้สูบบุหรี่และคนในครอบครัวร่วมกันวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งมีเภสัชกรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำปรึกษา ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4วันที่ 30 เภสัชกรสอบถามถึงผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการที่ได้วางแผนร่วมกันในครั้งที่ผ่านมาในกรณีที่ผู้สูบบุหรี่สามารถปฏิบัติตามวิธีการที่เลือกได้เหมาะสมแล้วให้ดำเนินการตามวิธีดังกล่าวเพื่อการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จต่อไป ส่วนกรณีที่ไม่สามารถทำตามแผน เภสัชกรให้คำแนะนำและทบทวนแนวทางการเลิกสูบบุหรี่และร่วมกันวางแผนตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้ง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 วันที่ 60 เภสัชกรตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมกับการทำกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ระยะเวลา30 นาทีเภสัชกรใช้การพูดคุยสื่อสารร่วมกับการใช้สื่อให้ความรู้ แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ เภสัชกรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อผู้สูบบุหรี่สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการสื่อสารทางบวกร่วมกับการหากิจกรรมยามว่างทำกับผู้สูบบุหรี่

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 ในวันที่ 90 (สิ้นสุดการศึกษา) ใช้ระยะเวลา 30 นาที เภสัชกรวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มและผู้ช่วยเก็บข้อมูลความพึงพอใจในผู้สูบบุหรี่ภายหลังการวิจัยด้วยแบบสอบถาม

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่แก่กลุ่มเปรียบเทียบทั้งผู้สูบบุหรี่และคนในครอบครัวด้วยสื่อให้ความรู้แผ่นพับ โปสเตอร์และวีดิทัศน์ จากนั้นสะท้อนความคิดเห็นด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ สอบถามถึงปัญหาอุปสรรค วิธีการเลิกสูบบุหรี่ในอดีตที่ผ่านมาและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของคนในครอบครัว วางแผนเพื่อค้นหาแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้สูบบุหรี่และคนในครอบครัวร่วมกันวางแผนตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ตลอดจนเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสำหรับผลลัพธ์การศึกษาชนิดตัวแปรแบบนามบัญญัติ (nominal variable) ใช้ Chi square test ส่วนการเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มใช้ McNemar's test การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสำหรับผลลัพธ์การศึกษาชนิดตัวแปรต่อเนื่องที่เป็นค่าเฉลี่ย หากการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติ ใช้ Student's t-test สำหรับการทดสอบตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน กรณีที่การกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นปกติใช้ Mann-Whitney U test การเปรียบเทียบภายในแต่ละกลุ่มสำหรับผลลัพธ์การศึกษาชนิดตัวแปรต่อเนื่องที่เป็นค่าเฉลี่ย ใช้สถิติ Paired t-test (กรณีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติ) และ Wilcoxon signed-rank test (กรณีการกระจายตัวของข้อมูลไม่ปกติ) กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ในระหว่างการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบย้ายที่อยู่อาศัย1คนจึงทำให้เหลือ 31 คน คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ประวัติการสูบบุหรี่

ประวัติการสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ในช่วงวัยรุ่น สูบบุหรี่ซอง และสูบบุหรี่บริเวณบ้านภายในตัวอาคาร เช่น ห้องรับแขก ห้องนอน ห้องน้ำ และใต้ถุนบ้าน คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือบิดา ขณะสูบบุหรี่มีบุคคลที่อยู่ใกล้เคียง คือ ภรรยา ส่วนใหญ่มีการติดนิโคตินระดับปานกลางและมีความตั้งใจ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

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

1: independent t-test 2: chi-square test

ตารางที่ 2. ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)		P
	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)	
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย±SD)	17.72±1.25	17.81±1.30	0.786[1]
ประเภทบุหรี่ที่สูบ			0.482 [2]
มวนเอง	5 (15.62)	7 (22.58)	
บุหรี่ซอง	27 (84.38)	24 (77.42)	
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (ค่าเฉลี่ย±SD)	16.88±7.80	16.45±7.55	0.828[2]
เหตุจูงใจให้สูบบุหรี่			0.918[2]
อยากลอง	19 (59.38)	17 (54.84)	
เพื่อนชวน	6 (18.75)	7 (22.58)	
เครียด	7 (21.88)	7 (22.58)	
สถานที่สูบบุหรี่			
บริเวณบ้าน	24 (75)	23 (74.19)	0.941[2]
ภายในตัวอาคารบ้าน	20 (62.50)	19 (61.3)	
ภายนอกตัวอาคารบ้าน	4 (12.50)	4 (12.9)	
ที่ทำงาน/สถานศึกษา	8 (25)	8 (25.81)	
ห้องน้ำในสถานศึกษา	7 (21.88)	6 (19.35)	
บริเวณสถานที่ทำงาน (นอกตัวอาคาร)	1 (3.12)	2 (6.45)	
บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่			0.731[2]
บิดา	14 (43.74)	12 (38.71)	
เพื่อน	11 (34.38)	10 (32.26)	
ญาติพี่น้อง	7 (21.88)	9 (29.03)	
บุคคลที่อยู่ใกล้เคียงขณะสูบบุหรี่			0.918[2]
ภรรยา	15 (46.88)	13 (41.94)	
เพื่อน	11 (34.38)	12 (38.71)	
บุตร	6 (18.74)	6 (19.35)	
ภาวะติดบุหรี่ด้านความเคยชิน/ด้านสังคม			0.319[2]
สูบบุหรี่เวลาดื่มเหล้า	20 (62.5)	23 (74.19)	
สูบบุหรี่หลังอาหาร	12 (37.5)	8 (25.81)	
ระดับการติดนิโคติน			0.932[2]
ระดับปานกลาง (< 7 คะแนน)	22 (68.75)	21 (67.74)	
ระดับสูง (≥ 7 คะแนน)	10 (31.25)	10 (32.26)	
ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่			0.490[2]
คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่	19 (59.38)	21 (67.74)	
เตรียมพร้อมเลิกสูบบุหรี่	13 (40.62)	10 (32.26)	

1: Independent t-test2: Chi-square test

ในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับ contemplation คือ คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่มีแผนการชัดเจน (ตารางที่ 2)

ประวัติการเลิกสูบบุหรี่

ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เคยมีประสบการณ์เลิกบุหรี่มาก่อน และร้อยละ 70 ใช้วิธีหักดิบ เหตุผลสำคัญที่ต้องการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ คือ ปัญหาสุขภาพของตนเอง รองลงมาคือ ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 3

อัตราการเลิกสูบบุหรี่

อัตราการเลิกสูบบุหรี่คือ อัตราการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (7-days point abstinence rate; PAR) ในกลุ่มทดลองมีการวัดผล 6 ครั้ง ในวันที่0 (เริ่มต้นการศึกษา), 7, 14, 30, 60 และ 90 (สิ้นสุดการศึกษา) พบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 คน (ร้อยละ 31.25), 17 คน (ร้อยละ 53.13), 18 คน (ร้อยละ 56.25), 21 คน (ร้อยละ 65.63) และ 21 คน (ร้อยละ 65.63) ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการวัดผล 2 ครั้งในวันที่ 0 และ 90 พบว่า ไม่มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ส่วนระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองอยู่ในระยะ action คือ เลิกสูบบุหรี่ได้แต่ไม่เกิน 6 เดือนจำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะ action (ตารางที่ 4)

ผลลัพธ์อื่น ๆ

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างช่วงก่อนและหลังการศึกษา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) คือ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตค่าบน หรือ systolic blood pressure (SBP) ลดลง ส่วนระดับความดัน

ตารางที่ 3. ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

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

1: Independent t-test2: Chi-square test

ตารางที่ 4. อัตราการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 7 วัน (7-days point abstinence rate)

การเลิกบุหรี่	กลุ่มทดลอง (n=32), จำนวน (ร้อยละ)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31), จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา
อัตราการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 7 วัน	0	21 (65.63)	0	0
ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่				
คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่	19 (59.38)	0	21 (67.74)	20 (64.52)
เตรียมพร้อมเลิกสูบบุหรี่	13 (40.62)	11 (34.38)	10 (32.26)	11 (35.48)
เลิกสูบบุหรี่ได้	0	21 (65.63)	0	0

โลหิตค่าล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ลดลง และระดับ COลดลง เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการศึกษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกผลลัพธ์ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการศึกษา พบว่าจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและระดับ CO ของกลุ่มศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) (ตารางที่ 5

อาการถอนนิโคตินและอาการไม่พึงประสงค์

ก่อนการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการติดนิโคตินระดับปานกลาง 22 คน (ร้อยละ 68.75) และ 21 คน (ร้อยละ 67.74) ตามลำดับ และมีการติดนิโคตินระดับสูง 10 คน (ร้อยละ 31.25) และ 10 คน (ร้อยละ 32.26) ตามลำดับในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองทุกคนได้รับยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-5 และติดตามการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-6 (การใช้ยาอยู่ภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา) โดยพบว่า กลุ่มทดลอง 32 คน มีการใช้ยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1ม 2 และ 3 จำนวน 25, 10 และ 6 คน ตามลำดับ ส่วนการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 และ 5 ไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาใช้ยาต่อเนื่อง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบส่วนใหญ่ คืออาการชาลิ้น (ร้อยละ 44.23) รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 19.23) และปวดท้อง (ร้อยละ 11.54) ภายหลังการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการติดนิโคตินระดับสูงลดลงเหลือ 7 คน ระดับปานกลางลดลงเหลือ 4 คน และระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็น 21 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการติดนิโคตินระดับสูง 10 คน (ร้อยละ 32.26) และระดับปานกลาง 21 คน (ร้อยละ 67.74) เท่า

ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ย (±SD) ของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน น้ำหนักตัว ความดันโลหิตและระดับ CO

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)			P^2	P^2
	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา	P^1	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา	P^1	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	16.88±7.80	2.66±4.01	<0.001	16.45±7.55	16.13±8.03	0.745	0.828	<0.001
จำนวนมวนบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลง	-14.22±9.45			-0.32±7.73				
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	58.93±6.78	59.49±6.58	0.004	58.8±6.73	58.74±6.7	0.155	0.936	0.656
ความดันโลหิตค่าบน (มิลลิเมตรปรอท)	130.81±10.04	128.00±8.12	0.001	130.13±13.08	129.71±11.93	0.353	0.816	0.507
ความดันโลหิตค่าล่าง {มิลลิเมตรปรอท)	82.59±7.33	78.56±3.72	0.002	80.32±4.21	80.35±4.05	0.889	0.139	0.072
ระดับก๊าซ CO ในลมหายใจออก (พีพีเอ็ม)	12.03±3.67	7.06±3.46	<0.001	12.06±3.83	12.03±3.11	0.936	0.972	<0.001

1: paired samples t-test2: independent samples t-test

ตารางที่ 6. ค่าเฉลี่ย (±SD) ของความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกร ครอบครัวและสื่อในการช่วยเลิกบุหรี่

มิติความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง (n=32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)			P^2	P^2
	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา	P^1	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา	P^1	เริ่มต้น	สิ้นสุดการศึกษา
เภสัชกร	3.08±0.55	4.12±0.48	<0.001	2.96±0.44	3.11±0.40	0.003	0.463	<0.001
ครอบครัว	2.80±0.33	3.31±0.47	<0.001	2.75±0.36	2.79±0.36	0.102	0.583	<0.001
สื่อ	2.98±0.45	3.50±0.43	<0.001	2.93±0.47	2.96±0.43	0.317	0.349	<0.001

1: Wilcoxon Signed-Rank Test2: Mann-Whitney U test

เดิม ส่วนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองที่พบส่วนใหญ่ คือ อยากสูบบุหรี่ (ร้อยละ 36.51) รองลงมาคือ หงุดหงิด/โมโหง่าย (ร้อยละ 30.16) หิวบ่อย/อยากอาหาร (ร้อยละ 19.05) วิตกกังวล (ร้อยละ 6.35) ซึมเศร้า (ร้อยละ 4.76) และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 3.17) เภสัชกรได้ให้คำแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้ กรณีเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ แนะนำให้สร้างแรงบันดาลใจให้ตนเองเช่นนึกถึงสุขภาพที่ดีขึ้นของตนเองและคนในครอบครัว เชื่อมั่นว่าตนเองต้องทำได้ รับผิดชอบต่อคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เคยชินกับการสูบบุหรี่ รวมทั้งอาจใช้เทคนิคการอมน้ำไว้แล้วค่อยบ้วนทิ้งเมื่อความรู้สึกอยากบุหรี่หายไปกรณีที่ผู้สูบบุหรี่รู้สึกหงุดหงิด/โมโหง่าย แนะนำให้หายใจลึกๆโดยหายใจเข้าลึกๆกลั้นไว้ซักครู่แล้วหายใจออก 10 ครั้ง อาบน้ำให้สดชื่น ออกกำลังกาย หรือหากิจกรรมยามว่างทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้นกรณีที่ผู้สูบบุหรี่รู้สึกหิวบ่อย/อยากอาหาร ส่งผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้งขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเนื่องจากอาจทำให้อยากสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นรวมทั้งควรออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวและเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

ความพึงพอใจ

ภายหลังการศึกษาพบว่าระดับคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามมิติ (P<0.001) โดยระดับคะแนนมากที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อเภสัชกร (4.12±0.48 จากคะแนนเต็ม 5) รองลงมาคือ สื่อ (3.50±0.43 จากคะแนนเต็ม 5) และครอบครัว (3.31±0.47 จากคะแนนเต็ม 5) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการศึกษา พบว่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.003) ในมิติเดียวคือ ด้านเภสัชกร (3.11±0.40 จากคะแนนเต็ม 5) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

การอภิปรายผล

อาสาสมัครในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายทั้งหมด โดยร้อยละ 60 มีการติดนิโคตินระดับปานกลาง และเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อนแต่ไม่สำเร็จส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ใช้วิธีการหักดิบ สาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ คือ ภาวะเครียด การถูกกระตุ้นโดยเพื่อน/สังคม/สิ่งแวดล้อม และอาการอยากบุหรี่ ส่วนเหตุผลในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ คือ ปัญหาสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว รวมทั้งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษานี้ได้มุ่งเน้นการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่องและแนะนำให้มีการใช้ยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวภายใต้ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ภายหลังการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ (PAR) จำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) โดยเป็นกลุ่มที่มีการติดนิโคตินระดับสูง จำนวน 3 คน และระดับปานกลาง จำนวน 18 คน ซึ่งทั้งหมดเลือกใช้วิธีการหักดิบและมีการใช้ยาอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวเฉพาะช่วง 2 สัปดาห์แรกของกระบวนการเลิกบุหรี่ เมื่อสอบถามถึงอาการหลังจากหยุดสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองเกิดอาการอยากบุหรี่ โดยอาการเกิดสูงสุดในช่วง 1-2 วัน และอยู่นาน 1-2 สัปดาห์ซึ่งการใช้ยาอมสมุนไพรสอดคล้องกับช่วงเวลาที่เกิดอาการถอนนิโคตินในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่มีการติดนิโคตินระดับสูง สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ติดนิโคตินระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการเกิดอาการถอนนิโคตินซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ล้มเหลวต่อการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยบางรายจึงมีความจำเป็นต้องได้รับ

รักษาด้วยยามาตรฐานร่วมด้วย เช่น นิโคตินชนิดหมากฝรั่ง นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนัง bupropion hydrochloride และ varenicline เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในระยะเวลาเดียวกันที่ 90 วัน เช่น การศึกษาของวรรัตน์ สุรพัฒน์ และน้องเล็ก บุญจูงคัดกรองและให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 35 คน เลิกบุหรี่ได้ 7 คน (ร้อยละ 20) (12) การศึกษาของสนทรรศ บุษราทิจและอภิญญา สิริไพบูลย์กิจ ที่พบอัตราการเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 37.2 (13) การศึกษาของพาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม ที่ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิในผู้ป่วย72 คน ซึ่งเลิกบุหรี่ได้ 36 คน (ร้อยละ 50) (14) การศึกษาของวันดี ไตรภพสกุล และฉันชาย สิทธิพันธุ์ ที่ศึกษาประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวที่คลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 90 วัน (ร้อยละ 34.3) (15) และการศึกษาของศศิธร กิจไพบูลย์ทวี ที่ศึกษาประสิทธิภาพของยาเม็ดอมสมุนไพรหญ้าดอกขาวร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบร้อยละ 47.1 (16) อัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ค่อนข้างสูงกว่าการศึกษาอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาใช้เพียงการติดตามทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยในคลินิกอดบุหรี่ ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมรายบุคคลร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรและการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเลิกบุหรี่

การทำกิจกรรมรายบุคคลได้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในบุคคลโดยเฉพาะความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวและการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเภสัชกรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำปรึกษาและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกับผู้สูบบุหรี่และคนในครอบครัว ซึ่งส่งเสริมให้กลุ่มทดลองที่อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ (preparation) เคลื่อนเข้าสู่ระยะปฏิบัติ (action) ได้เร็วขึ้น ซึ่งพบว่า เมื่อเข้าสู่วันที่ 14 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เริ่มเข้าสู่ระยะ action (18 คนหรือร้อยละ 56.25) และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในวันที่ 90 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพาณี ชัยจันดีและสุณี เลิศสินอุดมที่ พบว่าที่สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ action 19 คน (ร้อยละ 26.4) และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 31 คน (ร้อยละ 43.1) (14) การให้คำแนะนำและติดตามเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างถี่และต่อเนื่องของเภสัชกรสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักและตื่นตัวในระหว่างการเข้าร่วมกระบวนการเลิกบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chouinard และ Robichaud ที่พบว่า การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่า (17) และสอดคล้องกับการศึกษาของน้องเล็กคุณวราดิศัยและวรรัตน์ สุรพัฒน์ที่พบว่าเภสัชกรสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้โดยการติดตามการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (18)

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ: ภายหลังการศึกษา พบว่าจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบของกลุ่มทดลองลดลงจาก 16.88±7.80 มวนต่อวัน เป็น 2.66±4.01 มวนต่อวัน ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ คฑา บัณฑิตานุกูลวิไล บัณฑิตานุกูล และระพีพรรณ ฉลองสุข ที่ศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้รับบริการมีจำนวนมวนบุหรี่ลดลงจากวันแรกที่เข้ารับบริการจาก 17.4±9.5 มวนต่อวัน เป็น 6.5±5.3 มวนต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) (19) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ระพีพรรณ ฉลองสุข และวิไล บัณฑิตานุกูล (20) ที่พบว่า ภายหลังการให้บริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชน ผู้สูบบุหรี่มีจำนวนมวนบุหรี่ลดลงจากจำนวนที่สูบเมื่อรับบริการครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

น้ำหนักตัว: ภายหลังการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P= 0.004) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยจาก 58.93±6.78 กิโลกรัมเป็น 59.49±6.58 กิโลกรัมส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ น้ำหนักตัวก่อนและหลังการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.155) เมื่อพิจารณาถึงอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ (21) เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย สมาธิลดลง อยากอาหาร หิวบ่อย ย่อมส่งผลทำให้กลุ่มทดลองที่อยู่ในกระบวนการเลิกบุหรี่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

ระดับความดันโลหิต: ภายหลังการศึกษา พบว่าระดับ SBP และ DBP ของทั้ง2กลุ่มไม่พบความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ SBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001) จาก 130.81±10.04 มิลลิเมตรปรอทเป็น 128±8.12 มิลลิเมตรปรอทและระดับ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.002) จาก 82.59±7.33 มิลลิเมตรปรอทเป็น 78.56±3.72 มิลลิเมตรปรอทซึ่งระดับความดันโลหิตที่ลดลงของกลุ่มทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของ พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดมที่พบว่า การเลิกสูบบุหรี่มีส่วนลดระดับความดันโลหิตทั้งในระดับ SBP และ DBP แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มลดลง (14) และสอดคล้องดับการศึกษาของ Komiyama และคณะ ที่พบว่า การเลิกสูบบุหรี่ส่งผลทำให้ระดับ SBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) และระดับ DBP ลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) (22) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Shah และ Cole ที่ได้รายงานผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ไว้ว่า หลังหยุดสูบบุหรี่ ภายใน 20 นาที ระดับความดันโลหิตจะลดลงมาเทียบเท่ากับความดันโลหิตก่อนสูบบุหรี่มวนสุดท้าย (23) ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ แต่สารนิโคตินในบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (24) ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีผลเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว

ระดับก๊าซCO ในลมหายใจออก: ภายหลังการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับก๊าซ COต่ำกว่าก่อนการศึกษาจาก 12.03±3.67 ppm เป็น 7.06±3.46 ppm และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พาณี ชัยจันดี และสุณี เลิศสินอุดม ที่พบว่าระดับก๊าซ CO ลดลงต่ำกว่าก่อนการศึกษาจาก 14.50±9.11 ppm เป็น 8±12.45 ppm อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) (14) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รินดา เจวประเสริฐพันธุ์ และคณะ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับก๊าซ CO ต่ำกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001) (15)

ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่: ภายหลังการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) ดังนี้ ตัวอย่างพึงพอใจต่อคำแนะนำของเภสัชกรในการให้ข้อมูลเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญาที่กล่าวว่า การสร้างกำลังใจและกระตุ้นความฮึกเหิมในการเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นสิ่งสำคัญ แต่การบอกผู้สูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ย่อมส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเลิกได้ต่ำ (26)

ดังนั้นการให้ข้อมูลเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการให้กำลังใจ รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อการที่เภสัชกรให้ข้อมูลและคำอธิบายผลการตรวจวัดระดับก๊าซ CO และระดับความดันโลหิต ซึ่งช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา ปรีชาวงษ์ และคณะ ที่พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เช่น สมรรถภาพปอดและความเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้มในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (27)

ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพึงพอใจที่เภสัชกรออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถึงแม้ว่ากลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพียง 2 ครั้ง คือ วันที่ 0 และสิ้นสุดการศึกษาในวันที่ 90 แต่พบว่า คะแนนความพึงพอใจที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเพียงมิติเดียวคือเภสัชกร ซึ่งบ่งบอกได้ว่า การติดตามเยี่ยมบ้านถือว่ามีความสำคัญในกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร มาลีวรรณ์สมเสาวนุช จมูศรี และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 8 สัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวและค่าความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28) การออกติดตามเยี่ยมบ้านช่วยทำให้ผู้วิจัยทราบถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเลิกบุหรี่: ภายหลังการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดย

พบว่า ความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ความพึงพอใจที่ครอบครัวห่วงใยใส่ใจคอยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการเลิกบุหรี่ความพึงพอใจที่ครอบครัวให้กำลังใจชื่นชมในระหว่างที่กำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่และความพึงพอใจที่ครอบครัวมีความเข้าใจถึงอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจในระหว่างการเลิกบุหรี่ ตามลำดับ บุคคลในครอบครัวที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ 3 อันดับแรก คือ ภรรยา รองลงมา คือ บุตรและบิดามารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์ ที่พบว่า การมีภรรยาคอยให้คำปรึกษารับฟังปัญหาอุปสรรคต่าง ๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการเลิกบุหรี่ช่วยทำให้เกิดกำลังใจในการอยากเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ (29) สมาชิกในครอบครัวถือเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการเลิกสูบบุหรี่ (8)

ระดับความพึงพอใจต่อการมีสื่อให้ความรู้ แผ่นพับ และวีดิทัศน์: ภายหลังการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อสื่อเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นมาก และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดยความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ความพึงพอใจที่สื่อทำให้เข้าใจพิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่ได้มากขึ้น ความพึงพอใจที่สื่อสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้จริงและความพึงพอใจที่สื่อช่วยทำให้จดจำความรู้ได้ง่ายขึ้น ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เภสัชกรได้จัดเตรียมอุปกรณ์สื่อให้ความรู้ แผ่นพับ วีดิทัศน์ต่าง ๆเพื่อประกอบการทำกิจกรรมรายบุคคล ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ดนิตา ภาณุจรัสและระพีพรรณ ฉลองสุข ที่สำรวจการปฏิบัติงานในบริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรอาสาพาเลิกบุหรี่ พบว่า ขณะให้บริการเลิกบุหรี่ เภสัชกรส่วนใหญ่ใช้สื่อให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ (ร้อยละ 88.6) รองลงมา คือ โปสเตอร์/บอร์ด (ร้อยละ 58.4) และวีดิทัศน์ (ร้อยละ 10.1) (30) โดยเภสัชกรจะอธิบายและให้ความรู้ความเข้าใจรวมทั้งตอบข้อซักถามแก่ผู้สูบบุหรี่ในระหว่างการทำกิจกรรมซึ่งอุปกรณ์สื่อให้ความรู้ต่าง ๆสามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ สามารถทำให้กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 65.63) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวนมวนบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูบเฉลี่ยลดลงส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิม ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ระดับก๊าซ CO ในลมหายใจออกของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) ส่วนน้ำหนักตัวและระดับความดันโลหิต ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อเภสัชกรในการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับมากซึ่งบ่งบอกได้ว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเชิงรุกของแต่ละพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ผลการวิจัยสามารถใช้อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพศชายเท่านั้นการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลา 3 เดือน จึงทำให้ไม่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาอยู่ในระยะ maintenance (การเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป) ดังนั้น จึงควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเป็น 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ในระยะยาวและป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขื่องในและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแขมที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการวิจัยขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนสนับสนุนเพื่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Srimoragot P, Sanamthong P, Chainun J, Hongthong Y, Sawangdee P, Auckarawacharangkul O. Effectiveness of nurse managed tobacco cessation program in Thailand. Thai Journal of Nursing 2013; 62: 32-43.
2. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective

analysis of data from 192 countries. Lancet 2011; 377: 139-46.

3. Chaisalee W, Benjakul S, Kengganpanich T, Kengganpanich M. Effects of promoting smoking cessation programin drug dependence disorder patients at a hospital in Songkhla province. Journal of Public Health. 2017; 47: 164-76.
4. Khasemophas D, Cheewapat P. The effectiveness of a counselling program for smoke- free families. Kuakarun Journal of Nursing. 2012; 19: 103-17.
5. Hoondee J, Nongpimol Nimit- arnun, Chomson S, Krainuwat K. The effectiveness of smoking cessation program among non - commissioned officers in engineer department. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2010; 11: 58-66.
6. Khueang Nai Hospital. Annual report Khueang Hospital in 2015-2017. Ubon Ratchathani: Office of Information; 2017.
7. Uppayothin P. Social control model for smoking cessation: Integration of cooperation between community networks and community health service systems at the community level. MFU Connexion Journal of Humanities and Social Sciences. 2014; 3: 47-68.
8. Imnamkhao S. Behavioral patterns of smokers at the smoking cessation clinic in Mahasarakham. Journal of Nursing Division. 2012; 39: 7-20.
9. Kleebpratoom P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of the smoking cessation program for smokers at Bangkaew subdistrict, Muangangthong district, Angthong province. E-Journal Science and Technology Silpakorn Univer-sity. 2016; 3: 30-43.
10. Action on Smoking and Health Foundation. Health campaign media with cigarettes [online]. 2016 [cited Apr 4, 2017]. Available from: www.smokefreezone .or.th/media/2/Healthcampaignmediawithcigarettes/ general.htm.
11. Action on Smoking and Health Foundation. Media health campaign with cigarettes [online]. 2014 [cited Apr 10, 2017]. Available from: www.smokefreezon e.or.th/media/12/video clip.htm.
12. Surapat W, Boonjung N. Screening and counseling on smoking cessation by pharmacist in the out-patient service Sappasitthiprasong hospital [master thesis] . Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University; 2011.
13. Bussaratid S, Siripaiboonkij A. Study of smoking cessation rate at smoking cessation clinic, Siriraj hospital, Thailand. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2012; 57: 305-12.
14. Chaijandee P, Lertsinudom S. Clinical outcome of pharmaceutical care for smoking cessation in Chatturat Hospital. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2016; 12: 24-34.
15. Thripopskul W, Sittipun C. Efficacy of Vernonia Cinerea for smokeing cessation in Thai active smokes. [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
16. Kitpaiboontawee S. Efficacy of Vernonia Cinerea lozenge as an adjunct to pharmacist counseling on smoking abstinence rate: a randomized controlled trial. [master thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2012.
17. Chouinard M, Robichaud S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. J Nurs Res 2005; 54: 243-254.
18. Kunawaradisai N, Surapat W. Screening and counseling on smoking cessation by hospital pharmacist in the outpatient service. Thai Journal of Hospital Pharmacy. 2011; 21: 126-37.
19. Bunditakul K, Bunditakul W, Chalongsuk R. Effectiveness of smoking cessation program by the community pharmacist in Bangkok. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences. 2014; 9: 1-17.
20. Chalongsuk R, Bunditanukul W. Success rates for smoking cessation service by community pharmacist. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences. 2016; 11: 17-29.

21. Klumchim S, Kornpetpanee S, Juntapremjit S, Jantakin Y. Decreasing nicotine withdrawal symptoms and increasing relaxation by using foot reflexology combined with a Thai essential aroma oils program in smoking cessation. Research Methodology and Cognitive Science. 2017; 15: 147-61.
22. Komiyama M, Wada H, Ura S, Yamakage H, Satoh-Asahara N, Shimada S, et al. The effects of weight gain after smoking cessation on atherogenic α1-antitrypsin-low-density lipoprotein. Heart Vessels 2015; 30: 734-39.
23. Shah RS, Cole JW. Smoking and stroke the more you smoke the more you stroke. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2010; 8: 917-932.
24. Karoonngamphan M, Suvaree S. Reducing the risk of hypertension: The important role of nurses in empowering clients. Songklanagarind Journal Nursing. 2016; 36: 222-33.
25. Jewprasertpan R, Tipwareerom W, Oba N, Lincha roen A. The effects of empowerment and counselling program on smoking behaviors and the level of exhaled carbonmonoxide of smokers. Journal of Nursing and Health Sciences. 2013; 7: 37-46.
26. Rungruanghirunya S. Toxicity & management of tobacco dependence. Bangkok: Saha Pracha Commercial; 2009.
27. Preechawong S, Nuchsongsin F, Pittayarangsarit S. Reviews on effectiveness of smoking cessation interventions among patients with chronic diseases. Journal of Public Health. 2015; 45: 324-33.
28. Maleewan S, Chamusri S, Wongpiriyayothar A. Effects of home visit program on health beliefs behaviors and blood pressure among patients with hypertension in community. Journal of Nursing and Health Care. 2016; 34: 63-72.
29. Thepthiamthat M. The experience of successfulness in smoking cessation: a case study in a community at Nakhon Chaisri district in Nakhon Pathom province. [master thesis]. Nakhon Pathom: Chris tian University; 2007.
30. Phanucharas D, Chalongsuk R. Survey on trained pharmacists' practice in smoking cessation counseling. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2012; 7: 115-20.