

ผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่[1]

EFFECTS OF THE INTEGRATED SMOKING CESSATION SERVICE SYSTEM IN PRIMARY HEALTHCARE SERVICE ON SMOKING STATUS

กมลภู ถนอมสัตย์[2] จินตนา ยูนิพันธุ์[3] สุนิดา ปรีชาวงษ์[4]

Kamollabhu Thanomsat Jintana Yunibhand Sunida Preechawong

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

This research was funded by Thai Health Promotion Foundation and Nakhon Pathom Rajabhat University

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม 73000

Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, 73000, Thailand

[3]รองศาสตราจารย์ ดร. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ กรุงเทพฯ 10400

Associate Professor, Ph.D., Thailand National Quitline, Bangkok, 10400, Thailand

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

[4]Corresponding author E-mail: kamollabhu@webmail.npru.ac.th

Received: *August 6, 2023*	Revised: *December 3, 2023*	Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังการให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่าง คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเอง อายุ 18 - 75 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม แบ่งเป็นกลุ่มเข้าร่วมบริการเลิกบุหรี่ 3 รูปแบบ รูปแบบละ 72 คน ได้แก่ 1) ระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) การให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ และ 3) การพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุและระดับการติดนิโคติน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความชุกของการเลิกบุหรี่ ณ จุดเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ กลุ่มที่รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 55.56, 40.28 และ 5.56 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มพบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่

แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21.25 เท่า (*OR* = 21.25, *95%CI* = 7.00 - 64.50) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 11.47 เท่า (*OR* = 11.47, *95%CI* = 3.77 - 34.89) ดังนั้น สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการไปใช้เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในชุมชน

คำสำคัญ : การบูรณาการ, เลิกบุหรี่, บริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This quasi - experimental research aimed 1) to compare the smoking status of smokers after receiving services from the integrated smoking cessation program in primary healthcare services with a group that receives standard nursing care, and 2) to compare the smoking status of smokers after receiving counseling from the national telephone smoking cessation service with a group that receives standard nursing care. The sample of the study consisted of smokers aged 18 to 75 who smoked either cigarettes or roll-your-own cigarettes in Nakhon Pathom province. Participants were stratified into three groups, each comprising 72 individuals: 1) those receiving the integrated smoking cessation service system in primary health services, 2) those undergoing counseling from the Thailand National Quitline (TNQ) counselor, and 3) those receiving standard nursing care. Matching was performed based on age and nicotine addiction levels. The research utilized the Integrated Smoking Cessation Service System in Primary Health Services as the experimental tool, and data collection involved a questionnaire assessing smoking cessation prevalence at the 6-month mark. Descriptive statistics and bivariate logistic regression analysis were employed for data analysis.

The research revealed successful smoking cessation rates as follows: 55.56% for the group receiving the integrated smoking cessation service system, 40.28% for the TNQ counseling group, and 5.56% for the standard nursing care group. Comparing the smoking status of each group, individuals in the integrated smoking cessation service system group exhibited a 21.25 times higher likelihood of successful quitting compared to those receiving usual care (*OR* = 21.25, *95%CI* = 7.00 - 64.50). Similarly, the group receiving counseling only from the TNQ had an 11.47 times higher chance of successful quitting compared to the standard nursing care group (*OR* = 11.47, *95%CI* = 3.77 - 34.89). Therefore, the implementation of an integrated smoking cessation service system in primary healthcare facilities is recommended to enhance smoking cessation efforts in the community.

Keywords: integration, smoking cessation, primary health services

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547 และ 2564 พบว่าคนไทยเกือบ 9.9 ล้านคน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.0 และ 17.4 ตามลำดับ (National Statistical Office: NSO, 2021) สถานการณ์การสูบบุหรี่ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่กำหนดตัวชี้วัดไว้ว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่จะต้องน้อยกว่าร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2570 (Bureau of Tobacco Control Department of Disease Control, 2022) ดังนั้น การดำเนินงานควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 50,000 คน ถึงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรร้อยละ 14.20 (NSO, 2021) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดบริการเลิกบุหรี่สำหรับประชากรในพื้นที่

การจัดบริการเลิกสูบบุหรี่ในบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งผู้สูบบุหรี่และคนรอบข้างที่อาศัยอยู่อย่างใกล้ชิด เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อ (World Health Organization: WHO, 2022) การจัดบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยมีการดำเนินการตามคำแนะนำของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (The WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) มาตรา 14 (WHO, 2010) มีข้อเสนอแนะการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพว่าต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มงวดในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยต้องมีการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ จัดบริการนิโคตินทดแทน และบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Thanomsat & Yunibhand, 2019) ที่พบว่าการจัดบริการเลิกบุหรี่ในระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เชิงรุกและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าการจัดบริการการเลิกบุหรี่ในสถานบริการปฐมภูมิเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ (Cope, 2023) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งบริการเลิกบุหรี่ที่ให้บริการโดยบุคลากรด้านสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเริ่มจากการเปลี่ยนสถานภาพการสูบบุหรี่ (Papadakis et al., 2015; Park et al., 2015) และการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพโดยผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นกลุ่มผู้สูบที่มีขนาดใหญ่ที่สุดทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย (Úbeda et al., 2019) การประเมินผลการควบคุมยาสูบตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ภาพรวมของประเทศไทยยังมีการดำเนินการที่ขาดการบูรณาการระหว่างบริการเลิกบุหรี่ที่จัดโดยภาคส่วนต่าง ๆ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2017) จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูบบุหรี่ในชุมชนควรได้รับการส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมที่เน้นการเปลี่ยนสถานภาพการสูบบุหรี่โดยมีการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาที่มีการพัฒนาระบบการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนครปฐม และยังประสบปัญหาการให้บริการเลิกบุหรี่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น บุคลากรยังมีสมรรถนะในการช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่เพียงพอ ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการเลิกบุหรี่ การให้บริการเลิกบุหรี่โดยศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติไม่สามารถติดตามผู้รับบริการในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง จนถึง 6 เดือน และขาดระบบการสื่อสารระหว่างภาคส่วนที่

เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่ที่ดำเนินการโดยพยาบาลและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิทั้ง 2 กลุ่ม (Bright & Burdett, 2019; Thanomsat, Yunibhand, & Preechawong, 2022) และเพื่อให้ระบบบริการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีนิเวศวิทยาของ McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988) ร่วมกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Prochaska and Velicer (1997) ตลอดจนใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่ยืนยันว่าสามารถใช้ทั้ง 2 ทฤษฎีดังกล่าวมาร่วมกันเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Siewchaisakul et al., 2020; Zhou et al., 2021) ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการวางแผนการให้บริการเลิกบุหรี่ ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย การขยายเครือข่ายในการสร้างสังคมปลอดบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงและมีสุขภาพดีแบบองค์รวมที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังการให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Socio-ecological model) (McLeroy et al., 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพราะมีความเกี่ยวข้องกับระบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจเจกบุคคลที่อาศัยอยู่ในระบบมีความสัมพันธ์ในลักษณะพึ่งพิงซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกหรือองค์ประกอบของระบบ หากส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงจะกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ของระบบ ซึ่งการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเมื่อนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Prochaska and Velicer (1997) ที่คำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มาพัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับต่าง ๆ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับชุมชน ระดับองค์กร และระดับบุคคล ผู้สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระชับเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (motivation to quit) และได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบเข้มข้นโดยสายด่วน 1600 เพื่อเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง (process of change) (Prochaska & Diclemente, 1982; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 2013) ประกอบด้วย การสร้างดุลภาพในการตัดสินใจ (decisional balance) ให้รู้สึกว่าการเลิกบุหรี่มีประโยชน์มากกว่าโทษ และสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการเลิกบุหรี่ (self - confident) เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเลิกบุหรี่อย่างถูกวิธี รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน และค้นหากำลังใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ทำให้เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง แล้วนำไปสู่การตัดสินใจลงมือเลิกบุหรี่ (quit attempt) ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าทั้ง 2 ทฤษฎีดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Siewchaisakul et al., 2020; Zhou et al., 2021)

อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นิยามสถานภาพการสูบบุหรี่ หมายถึง การใช้บุหรี่ซิกาแรตและ/หรือบุหรี่มวนเองต่อเนื่อง 7 วันณ ช่วงเวลา 6 เดือน หลังลงมือเลิกบุหรี่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการกึ่งทดลองแบบวัดผลหลังการทดลองอย่างเดียว (quasi - experimental research, posttest - only design)

ประชากร คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเอง อายุ 18 - 75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครปฐม จำนวน 99,986 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและ/หรือบุหรี่มวนเอง อายุ 18 - 75 ปี ที่ได้จากการเลือกอาสาสมัครวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 4 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันและสูบมานานต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี 2) ประเมินระยะของการสูบบุหรี่อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) 3) ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจรุนแรงและ/หรือผู้ป่วยจิตเวช 4) สื่อสารกับผู้วิจัยเป็นภาษาไทย 5) ไม่มีปัญหาการติดสุราเรื้อรัง และ 6) ไม่มีความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และพิการทางออทิสติก

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย และ 2) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือวิกฤตในช่วงดำเนินโครงการ

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) กำหนดทิศทางการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติเป็นแบบ 1 ทาง (one - tailed test) กำหนดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ในการวิจัยเท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งได้มากจากการคำนวณค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยของ Piper et al. (2018) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 60 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) จึงได้ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มละ 72 คน เมื่อกำหนด 3 กลุ่ม จะได้ตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 216 คน และเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการแบ่งกลุ่ม ผู้วิจัยได้มีการจับคู่ตัวอย่างแต่ละกลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุและระดับการติดนิโคติน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมร่วมกับผู้ให้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมพัฒนาความศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยเลิกบุหรี่ 2) คู่มือการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับ อสม. 3) วิดีโอสอนการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับ อสม. 4) คู่มือเลิกบุหรี่ ชีวิตปลอดบุหรี่ การเตรียมตัวและชีวิตใหม่ (Yunibhand et al., 2015) และ 5) ปฏิทินเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ไว้บันทึกการเลิกบุหรี่เป็นประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

2.2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ ได้แก่ 1) ประเภทของบุหรี่ที่ใช้ 2) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 3) ดัชนีการสูบบุหรี่ (heaviness of smoking index: HSI) ซึ่งพัฒนาโดย Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert, and Robinson (1989) ใช้ตรวจสอบระดับการติดนิโคติน 4) แบบสอบถามระยะของการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาตามทฤษฎี Stage of change โดย Prochaska and DiClemente (1982) ใช้ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และ

5) แบบวัดความพยายามเลิกบุหรี่ ที่พัฒนาโดย Zhou et al. (2009) ใช้วัดว่า “ท่านหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 วัน (24 ชั่วโมง) หรือนานกว่านี้กี่ครั้งแล้ว”

2.3 ข้อคำถามประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ (smoking status) พัฒนาโดย เวลิเซอร์ และคณะ (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992) เป็นข้อคำถามที่ใช้รายงานตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ข้อคำถามประเมินความชุกของการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง 7 วัน ณ ช่วงเวลา 6 เดือนหลังลงมือเลิกบุหรี่ (7 - day point prevalence abstinence: PPA at 6 months) โดยจะถามว่า “ในช่วง 7 วันที่ผ่านคุณสูบบุหรี่สักครั้งหรือไม่”

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินความสามารถของ อสม. ในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นว่าโปรแกรมการวิจัยมีคุณภาพเพียงพอ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) อันตรายจากยาสูบและผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ควันบุหรี่มือสอง ควันบุหรี่มือสาม 2) ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ 3) การช่วยเลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำแบบกระชับ 4) อาการถอนนิโคตินและการแก้ไข และ 5) การส่งต่อผู้สูบบุหรี่ไปยังศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) และการติดตามเยี่ยมผู้สูบบุหรี่หลังลงมือเลิกบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแบบรายงานด้วยตนเอง ใช้ก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ครอบคลุม 7 มิติ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การชวนให้เลิก 3) การประเมินแรงจูงใจ 4) การช่วยให้เลิกบุหรี่โดยการส่งต่อไปยังศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) 5) การลงแบบบันทึกข้อมูล 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน สำหรับแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) ในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้านเท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ สำหรับแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ มีการวิเคราะห์ค่าความยาก - ง่าย อยู่ในช่วง .35 - .72 และอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .29 - .68

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม รหัสโครงการวิจัย COA 016/2021 วันที่รับรอง 29 เมษายน พ.ศ. 2564 ก่อนเก็บข้อมูลกับตัวอย่างที่ศึกษาผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้ตัวอย่างที่ศึกษาตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง ไม่มีการบังคับเมื่ออาสาสมัครวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากอาสาสมัครวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล การวิเคราะห์ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม ไม่มีผล กระทบต่ออาสาสมัครวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยเริ่มจากการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 ตั้งแต่วันจันทร์ - ศุกร์ ซึ่งมีการคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์ และป้องกันการปนเปื้อนของอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มโปรแกรมทีละกลุ่ม โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน แล้วจึงเริ่มโปรแกรมกับกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยเลิกบุหรี่ 1 วัน โดยผู้วิจัย 2) อสม.ให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่โดยบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามปกติ 3) ส่งข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไปยังสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 ผ่านระบบ U - refer เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นด้วยวิธีการหักดิบ โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600 แบบ Stage - based proactive multi - session telephone counseling และติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600 4) ติดตามเยี่ยม ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 หลังให้คำปรึกษาโดย 1600 โดยอสม.เยี่ยมบ้าน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียว ประกอบด้วยกิจกรรม 1) พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยเลิกบุหรี่ 1 วัน โดยผู้วิจัย 2) อสม.ให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่โดยบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามปกติ 3) ส่งข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไปยัง 1600 ผ่านระบบ U - refer เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นด้วยวิธีการหักดิบ โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600 แบบ Stage - based proactive multi - session telephone counselling และติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ได้รับคู่มือการช่วยเลิกบุหรี่ตามมาตรฐาน 2) ได้รับตัวช่วยเลิกบุหรี่จาก รพ.สต. เช่น ผลิตภัณฑ์หญ้าดอกขาว เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การวิเคราะห์ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเองในกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 93.06, 94.44 และ 93.06 ตามลำดับ) อยู่วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 97.22, 95.83 และ 97.22 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา (ร้อยละ 80.56, 81.94 และ 81.94 ตามลำดับ) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (51.96, 50.00 และ 51.96 ตามลำดับ) แต่ละกลุ่มมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยใกล้เคียงกัน (*M* = 24.36, 22.66 และ 23.99 ปี ตามลำดับ) สำหรับระดับการติดนิโคตินพบว่าส่วนใหญ่มีนิโคตินในระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.22, 95.83 และ 97.22 ตามลำดับ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ (*n* = 216)

ข้อมูลทั่วไป	รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ (*n* = 72)	รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว (*n* = 72)	รับการพยาบาลตามปกติ (*n* = 72)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	67 (93.06)	68 (94.44)	67 (93.06)
หญิง	5 (6.94)	4 (5.56)	5 (6.94)
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 41 ปี	39 (54.16)	35 (48.61)	30 (41.67)
45 – 59 ปี	31 (43.06)	34 (47.22)	40 (55.55)
60 ปีขึ้นไป	2 (2.78)	3 (4.67)	2 (2.78)
อายุเฉลี่ย (ปี)	*M* = 41.83 (*SD* = 9.15)	*M* = 42.50 (*SD* = 11.58)	*M* = 42.65 (*SD* = 9.24)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	14 (19.44)	13 (18.06)	13 (18.06)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	58 (80.56)	59 (81.94)	59 (81.94)
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	37 (51.96)	36 (50.00)	37 (51.96)
มีโรคประจำตัว	35 (48.61)	36 (50.00)	35 (48.61)
ความดันโลหิตสูง	25 (71.43)	24 (66.67)	27 (77.14)
เบาหวาน	7 (20.00)	8 (22.22)	6 (17.14)
อื่น ๆ	6 (17.14)	5 (13.89)	8 (22.86)
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่			
ค่าเฉลี่ย (ปี)	*M* = 24.36 (*SD* = 7.74)	*M* = 22.66 (*SD* = 7.28)	*M* = 23.99 (*SD* = 7.93)
ระดับการติดนิโคติน			
ต่ำ (HSI <3)	2 (2.78)	3 (4.17)	2 (2.78)
ปานกลาง (HIS = 3 - 4)	70 (97.22)	69 (95.83)	70 (97.22)

2. หลังการทดลอง 6 เดือน ผลการประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ (7 - day PPA ณ เวลา 6 เดือน) ของผู้สูบบุหรี่พบว่า กลุ่มที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 55.56, 40.28 และ 5.56 ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21.25 เท่า (*OR* = 21.25, *95%CI* = 7.00 - 64.50) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 11.47 เท่า (*OR* = 11.47, *95%CI* = 3.77 - 34.89) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ประสิทธิผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว ต่อสถานภาพการสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (*n* = 216)

รูปแบบการพยาบาล	สถานภาพการสูบบุหรี่ (7 - day PPA ณ เวลา 6 เดือน)		*B*	*SE*	*Wald*	*OR* (*95%CI*)
	เลิกบุหรี่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	เลิกบุหรี่ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)				
รับการพยาบาลตามปกติ (Reference)	4 (5.56)	68 (94.44)			29.17	
รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว	29 (40.28)	43 (59.72)	2.439	.568	18.45	11.47 (3.77 - 34.89)
รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ	40 (55.56)	32 (44.44)	3.056	.567	29.11	21.25 (7.00 - 64.50)
Constant			- 2.833	.514	30.33	.06

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21.25 เท่า ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 11.47 เท่า การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้ทฤษฎีนิเวศวิทยาร่วมกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน โดยสร้างการมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)จึงช่วยให้เกิดการดำเนินการช่วยผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างทั่วถึง โดยการบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามภารกิจปกติของ อสม. อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานำร่องของ Thanomsat, Yunibhand, and Preechawong (2022) พบว่า อสม. ยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ที่เพียงพอ การศึกษานี้จึงมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับประมาณ 3 - 5 นาที และมีการฝึกทักษะในการส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ U - Refer ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ในการส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่ตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มาตรา 14 (WHO, 2010)

เมื่อ อสม. ส่งข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไปยัง 1600 ผ่านระบบ U - refer คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้น ด้วยวิธีการหักดิบ แบบ Stage - based proactive multi - session telephone counselling (Cahill, Lancaster, & Green, 2010) เป็นการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนผ่านของผู้สูบบุหรี่ ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุก (Proactive telephone counseling) โดยมีการโทรกลับไปยังผู้รับบริการตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ ตามเวลาที่นัดหมาย หรือกรณีที่ไม่แจ้งเวลาจะมีการโทรกลับภายในเวลา 72 ชั่วโมง โดยเริ่มต้นจากการประเมินระยะของการสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จ หรือปัจจัยที่อาจกระตุ้นทำให้เกิดการกลับมาสูบซ้ำ เมื่อให้คำปรึกษาจะมีการลงข้อมูลผลการให้คำปรึกษาในระบบ โดย อสม. และพยาบาลชุมชนจะสามารถเข้าไปดูข้อมูลได้โดยใช้ชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านที่ลงทะเบียนไว้ ในขั้นตอนนี้จะส่งเสริมให้ผู้ที่ลงมือเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากมีการให้คำปรึกษาที่มีความสอดคล้องกับระยะของการสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Prochaska & DiClemente, 1982) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จ เพื่อให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Siewchaisakul et al., 2020) ที่พบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการตามระยะของการเปลี่ยนผ่าน และให้บริการตามระยะของการเปลี่ยนผ่าน และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Delle et al., 2022; Piñeiro et al., 2019; Scheffers-van Schayck, Otten, Engels, & Kleinjan, 2019) ที่พบว่าการคำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกเป็นการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการให้บริการเลิกบุหรี่ตามปกติ

เมื่อผู้รับบริการลงมือเลิกบุหรี่แล้วจะมีการติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 โดยผู้ให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) และติดตามเยี่ยมบ้าน อสม. เนื่องจากในระยะแรกหลังการลงมือเลิกบุหรี่ จะมีอาการถอนนิโคติน และอาการอยากบุหรี่ (Torre, 2015) ทำให้มีโอกาสในการกลับมาสูบซ้ำได้สูงจึงต้องมีความถี่มากในการติดตามเยี่ยมในช่วงแรก เพื่อให้กำลังใจ รวมถึงให้ความช่วยเหลือเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ดังนั้นการเยี่ยมบ้านตามระยะที่กำหนดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมา (Chu et al., 2023) ที่พบว่า การติดตามเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ต้องมีการติดตามหลายครั้ง ตามระยะของการเปลี่ยนแปลงระดับนิโคตินในร่างกาย โดยเฉพาะช่วงแรกต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถผ่านอาการถอนนิโคตินไปได้ และไม่กลับมาสูบซ้ำอีก

การศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีข้อจำกัดในการศึกษา ได้แก่ ศูนย์บริการทางโทรศัพท์แห่งชาติติดต่อกับผู้รับบริการไม่ได้ตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากปัญหาสัญญาณโทรศัพท์ และผู้รับบริการมีภารกิจสำคัญในช่วงที่ทำการนัดหมายไว้

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลผู้ให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิควรนำระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ตลอดจนเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน นอกจากนั้นยังสามารถในการจัดการศึกษาพยาบาลและพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ โดยเริ่มจากการให้คำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับและมีการส่งต่อไปรับบริการโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพประชาชนในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Bright, T., & Burdett, T. (2019). Smoking cessation and the health promotion role of community nurses. *The Journal of Community Nursing, 33*, 56-60.

Bureau of Tobacco Control Department of Disease Control. (2022). *The third national strategic plan for tobacco control.* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Cahill, K., Lancaster, T., & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11.*

Chu, S., Feng, L., Zuo, Y., Jing, H., Zhang, D., Tong, Z., . . . Liang, L. (2023). Evaluation of an innovative mHealth-based integrated modality for smoking cessation in Chinese smokers: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 23*(1), 1-13.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd). New York, NY: Routledge.

Cope, G. F. (2023). Managing smoking cessation in primary care. *Journal of Prescribing Practice, 5*(4), 152-156.

Delle, S., Kraus, L., Maspero, S., Pogarell, O., Hoch, E., & Lochbühler, K. (2022). Effectiveness of the national German Quitline for smoking cessation: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 22*(1), 1-9.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W., & Robinson, J. (1989). Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction, 84*(7), 791-799.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351-377.

National Statistical Office. (2021). *The 2021 health behavior of population survey*. Bangkok: Pimdeekarnpim.

Papadakis, S., Pipe, A. L., Reid, R. D., Tulloch, H., Mullen, K. - A., Assi, R., . . . Wells, G. (2015). Effectiveness of performance coaching for enhancing rates of smoking cessation treatment delivery by primary care providers: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials, 45*(Part B), 184-190.

Park, E. R., Gareen, I. F., Japuntich, S., Lennes, I., Hyland, K., DeMello, S., . . . Rigotti, N. A. (2015). Primary care provider-delivered smoking cessation interventions and smoking cessation among participants in the national lung screening trial. *JAMA Internal Medicine, 175*(9), 1509-1516.

Piñeiro, B., Wetter, D. W., Vidrine, D. J., Hoover, D. S., Frank - Pearce, S. G., Nguyen, N., . . . Vidrine, J. I. (2019). Quitline treatment dose predicts cessation outcomes among safety net patients linked with treatment via ask-advise-connect. *Preventive Medicine Reports, 13*, 262-267.

Piper, M. E., Cook, J. W., Schlam, T. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Collins, L. M., . . . Baker, T. B. (2018). A randomized controlled trial of an optimized smoking treatment delivered in primary care. *Annals of Behavioral Medicine, 52*(10), 854-864.

Prochaska, J., & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 19*(3), 276.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia, 19*(2), 10-15.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38-48.

Scheffers-van Schayck, T. S., Otten, R., Engels, R. C., & Kleinjan, M. (2019). Proactive telephone smoking cessation counseling tailored to parents: Results of a randomized controlled effectiveness trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(15), 2730.

Siewchaisakul, P., Luh, D-L., Chiu, S. Y., Yen, A. M., Chen, C-D., & Chen, H-H. (2020). Smoking cessation advice from healthcare professionals helps those in the contemplation and preparation stage: An application with transtheoretical model underpinning in a community-based program. *Tobacco Induced Diseases, 18*.

Thanomsat, K., & Yunibhand, J. (2019). Effective behavioral interventions for smoking cessation in the primary care setting: A meta-analysis. *Interdisciplinary Research, 14*(6), 1-6.

Thanomsat, K., Yunibhand, J., & Preechawong, S. (2022). An integrated smoking cessation intervention in the primary care service system: An intervention mapping. *The Open Public Health Journal, 15*(1).

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2017). Assessment of the framework convention on tobacco control: Implementation Thailand, 2016. Bangkok: Jareonkarnmunkong.

Torre, G. L. (2015). *Smoking prevention and cessation*. New York, NY: Springer.

Úbeda, J. F. S-V., Rodríguez-Vázquez, S., Barranco, J. A. O., Caldera, G. V., Alvárez, P. P. P., Buitrago, F., . . . Pérez Alvárez, P. P. (2019). Effectiveness of individual and group multicomponent interventions for smoking cessation in primary care: A quasi-experimental study. *Family practice, 36*(5), 627-633.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological bulletin, 111*(1), 23.

World Health Organization (WHO). (2022). *Tobacco*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2010). *WHO guidelines for implementation of article 14 of the WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO.

Yunibhand, J. (2015). *Smoking cessation booklet, life without smoking, and preparation for new life*. Bangkok: Pre-One.

Zhou, S., Levinson, A. H., Zhang, X., Portz, J. D., Moore, S. L., Gore, M. O., Ford, K. L., Li, Q., & Bull, S. (2021). A pilot study and ecological model of smoking cues to inform mobile health strategies for quitting among low-income smokers. *Health Promotion Practice, 22*(6), 850-862.

Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors, 34*(4), 365-373.