

ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF BRIEF ADVICE INTERVENTION ON QUITTING SMOKING AMONG
PATIENTS AT EMERGENCY DEPARTMENT



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิก
	บุหรี่ของผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โดย	นายเอกชัย ฝาใต้
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกชัย ฝาใต้ : ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. (THE EFFECT OF BRIEF ADVICE INTERVENTION ON
QUITTING SMOKING AMONG PATIENTS AT EMERGENCY DEPARTMENT) อ.ที่
ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่
ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยใน
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สูบบุหรี่ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
กลุ่มละ 30 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระดับการ
ติดยาเสพติด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำแบบ
กระชับประมาณ 10-15 นาที และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ประเมินการเลิกบุหรี่จาก
การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วันก่อนระยะเวลาประเมินผลที่ 1 เดือน หลังจากได้รับ
คำแนะนำแบบกระชับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Z (Z-test) และ Mann-
Whitney U test ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 คน คิด
เป็นร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 สัดส่วนการเลิกบุหรี่
ในช่วง 7 วันก่อนประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับสูงกว่ากลุ่ม
ตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877212636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SMOKING CESSATION, ADVICE, EMERGENCY DEPARTMENT

Aekkachai Fatai : THE EFFECT OF BRIEF ADVICE INTERVENTION ON
QUITTING SMOKING AMONG PATIENTS AT EMERGENCY DEPARTMENT.

Advisor: Asst. Prof. Sunida Preechawong, Ph.D.

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of brief advice intervention on quitting smoking among emergency department patients. Sixty study samples were recruited in the emergency department at Kanthaluk Hospital.

The first 30 study samples were assigned to a control group and the latter 30 were assigned to the experimental group. The groups were matched in term of age, gender, and level of nicotine dependence. The control group was given usual care while the ones in the experimental group were individually given 10-15 min of brief advice for smoking cessation and two follow-up phone calls. Smoking cessation outcome was assessed by 7-day point prevalence abstinence using the self-reported questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney u test and Z-test. The major finding showed that six patients in the experimental group (20.0%) and only one in the control group (3.3%) could quit smoking. The proportion of patients who quit smoking of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$)

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและเสนอแนะตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในทุกขั้นตอนที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอกคณะฯ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยมากขึ้น และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้ความเมตตาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆที่มีคุณค่า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกต่างๆในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ที่คอยเป็นแรงผลักดัน คอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษา กำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยเสมอมา จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกชัย ฝาใต้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	10
2. การรักษาโรคติดบุหรี่.....	17
3. การเลิกบุหรี่.....	26
4. โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ.....	30
5. บทบาทของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่.....	33
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36

7. กรอบแนวคิดการวิจัย	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	50
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	53
การดำเนินการทดลอง	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	77
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก ประกาศหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย	92
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	94
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ภาคผนวก ง ตัวอย่างหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย	99
ภาคผนวก จ ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	101

ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารรับรองโครงการวิจัยและ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	104
ภาคผนวก ช ตัวอย่างหนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย.....	107
ภาคผนวก ซ ประกาศนียบัตรอบรมผู้ให้การรักษาโรคเสพยาสูบ.....	110
ภาคผนวก ฅ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	112
ประวัติผู้เขียน.....	121



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 รายละเอียดการแนะนำส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามสถานที่ที่ปฏิบัติงาน	22
ตารางที่ 2 การจับคู่ (matched pair) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยตัวแปร เพศ อายุ และระดับ การติดยาโคโคติน.....	48
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว	59
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่.....	61
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุและการเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ ผ่านมา.....	63
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการติดยาโคโคติน และการเลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา.....	64
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	65
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1=n_2=30$).....	66
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วม โปรแกรม ($n_1=n_2=30$)	67
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายคู่.....	68
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	70

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	42
แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	57



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริโภคยาสูบเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,600 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 การสูบบุหรี่ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน หากไม่มีการควบคุมการบริโภคยาสูบที่จริงจัง ในศตวรรษที่ 21 อาจมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่าหนึ่งพันล้านคน (World Health Organization, 2018; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และคณะ, 2555) ในประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผลจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 52,000 คน (ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, 2561) สร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจเท่ากับ 74,884 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross domestic product: GDP) (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560) แม้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมาอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราผู้สูบบุหรี่ยังไม่ลดลงตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) กำหนดอัตราการเลิกบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2557 ต้องลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปี 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 18.7 แต่จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในปีพ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 19.9 ซึ่งยังลดลงไม่ถึงค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559-2562) กำหนดอัตราความชุกของการเสพยาสูบของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ต้องไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นจึงนับว่าเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการผลักดันให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการศึกษาระบบการให้บริการเลิกบุหรี่ของประเทศไทย พบว่าสถานพยาบาลร้อยละ 91.4 ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.6 ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในรูปแบบของผู้ป่วยนอก ร้อยละ 30.8 ให้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และร้อยละ 0.6 แบบผู้ป่วยใน ลักษณะของการบริการเป็นคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ร้อยละ 55.5 ให้บริการร่วมกับคลินิกทั่วไปร้อยละ 22 และบริการช่วยเลิกบุหรี่นอกสถานพยาบาลร้อยละ 1.7 (ธัญรช ทิพย์วงศ์ และ พัชรี รัตนแสง, 2558) ในบริบททั่วไปโรงพยาบาลของรัฐมีคลินิกเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เปิดทำการ 1-2 วัน ในแต่ละสัปดาห์ ส่งผลให้ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง เช่น ผู้รับบริการไม่สะดวกที่จะเข้าไปรับบริการหรือไม่แน่ใจในช่องทางการติดต่อ เป็นต้น

แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีการให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์หรือที่รู้จักกันในชื่อ “สายด่วนเลิกบุหรี่ (Quitline 1600)” เป็นบริการที่ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงได้ง่าย แต่พบว่า ยังมีประชาชนเข้ารับบริการจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดบุหรี่/ยาสูบในประเทศไทย (โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน 2557) อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานว่ามีการให้บริการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้ในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559-2562) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ข้อที่ 3 คือ “ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ” มีแนวทางการดำเนินงานประการหนึ่งคือ การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่และสายด่วนเลิกบุหรี่ อาทิ การส่งเสริมให้มีการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้การให้คำแนะนำแบบกระชับ (brief advice) 5A's ฯลฯ ตลอดจนการพัฒนาระบบบริการเลิกยาสูบในแผนกต่างๆของโรงพยาบาล ดังนั้นการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน น่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในระบบบริการเลิกบุหรี่ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการการสูบบุหรี่ให้เป็นไปตามเป้าหมาย โรงพยาบาลในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพซึ่งมีบทบาทในการเสริมสร้างการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การดูแลฟื้นฟูสภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า มีการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งในแผนกผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้ มีรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2010 ในสหรัฐอเมริกา ประชาชนร้อยละ 20 เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 12 เดือน (Rabe และคณะ อ้างใน National Center for Health, 2011) แสดงให้เห็นว่า แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ประชาชนเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก (Rabe et al., 2013) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Katz et al. (2012) ว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่สำคัญในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลาที่พร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) คือช่วงเวลาที่หมายถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lawson Peter, Flocke Susan, & Casucci Brad, 2009) จากการศึกษาของ Ersel et al. (2010) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับ 5 นาที ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 14.7 และร้อยละ 7.5 ในแผนกผู้ป่วยนอก และในทำนองเดียวกัน Berndt et al. (2014) สนับสนุนว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นสถานที่แรกที่เหมาะสมในการให้โปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ที่มีประสบการณ์เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสนใจที่จะเลิกบุหรี่ (McBride, Emmons, & Lipkus, 2003) และยอมรับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในระหว่างรอหรือหลังการรับบริการ (Boudreaux, Baumann, Friedman, & Ziedonis, 2005; Ersel et al., 2010;

Klinkhammer, Patten, Sadosty, Stevens, & Ebbert, 2005) นอกจากนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระชับ (brief intervention) ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้นมีประสิทธิผล เช่น งานวิจัยในผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่จำนวน 543 คนที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า หลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ มีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 16.8 และร้อยละ 27.3 ตามลำดับ (Bock et al., 2008) ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ (Choi, Kim, & Lee, 2013) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในวัยแรงงานอายุ 19 ปีขึ้นไปในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahab, West, and McNeill (2011) ศึกษาในผู้สูบบุหรี่ 160 ราย ในกลุ่มทดลองโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ อันตรายจากการสูบบุหรี่ โรคทางระบบหายใจ และการแนะนำแบบกระชับ พบว่าโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ดีขึ้น จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลง

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นแผนกที่รักษา บำบัด พิ้นฟู และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เปิดตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันทำการไม่มีวันหยุด เป็นสถานที่ที่ไม่เพียงแต่รักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น แต่ยังให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทอีกด้วย (Boudreaux, Hunter, Bos, Clark, & Camargo, 2006) โดยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยทุกประเภท เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน ผู้ป่วยมาฉีดยาตามนัด ทำแผลเดิม มาฉีดยัดฟันตามนัด ตลอดจนตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปที่มารักษานอกเวลาราชการ เป็นต้น มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยแยกตามระดับความเร่งด่วน ระบบคัดแยกที่นิยมใช้ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขคือระบบ Emergency Severity Index :ESI ระบบ ESI จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ คือประเภทที่ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (ใช้สัญลักษณ์สีแดง) ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (ใช้สัญลักษณ์สีชมพู) ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง) ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (ใช้สัญลักษณ์สีเขียว) และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (ใช้สัญลักษณ์สีขาว) (Saraburi ESI triage,2010) ในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต และผู้ป่วยเจ็บป่วยที่รุนแรงจะได้รับการรักษาทันที ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไป อาจรอการตรวจรักษาได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2558)

การศึกษาเรื่องระยะเวลารอคอยพบว่า ภาสิณี คงเพชร (2557) ได้ศึกษาระยะเวลารอคอยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการตรวจทันที แต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไปต้องรอตรวจในลำดับถัดไป พบว่ามีระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจเป็น 16, 26, 40 นาทีตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ผู้ป่วยมารับบริการจนออกจากแผนกคือ 1 ชั่วโมง 29 นาที (กมลวรรณ เอี้ยงฮง, 2555) Horwitz, Green, and Bradley (2010) ศึกษาระยะเวลารอตรวจและระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ใน

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินใน 364 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน มีระยะเวลารอพบแพทย์ 58.6 นาทีและระยะเวลาที่อยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 3 ชั่วโมง จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าระยะเวลาที่รอตรวจสามารถให้คำแนะนำ ความรู้ในการปฏิบัติตัวต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ด้วย

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการคัดกรองและแยกประเภทผู้ป่วยออกเป็นระดับตามความเร่งด่วน ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ในส่วนของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ พยาบาลจะมีหน้าที่ชักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย เมื่อพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมีประวัติการสูบบุหรี่ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ หรือแจกเอกสารส่งเสริมการเลิกบุหรี่ได้ โดยเป็นการให้คำแนะนำแบบกระชับ ไม่ใช้เวลานานจนเกินไปเพื่อให้เหมาะกับบริบทของหน่วยงาน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานที่ยืนยันว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเหมาะแก่การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ คือ เป็นสถานที่ที่สำคัญในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เป็นหน่วยงานที่ประชาชนเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก (Rabe et al., 2013) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลาพร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) คือช่วงเวลาที่หมายถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lawson Peter et al., 2009) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความเจ็บป่วย โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคที่มากขึ้น ผู้ป่วยจะมีช่วงเวลาที่พร้อมจะรับฟังบุคลากรทางสุขภาพในการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นการให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงน่าจะมีความเป็นไปได้ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ให้แก่ประชาชน และช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยให้ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ลดความพิการ การบาดเจ็บ อาการของโรคที่เลวร้ายลง การต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากผลของการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจะสามารถช่วยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้หรือไม่ กำหนดตัวแปรตามเป็นการเลิกบุหรี่ โดยประเมินการเลิกบุหรี่จากการหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้คือ 1 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรม

คำถามการวิจัย

การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แนวความคิดมาจาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดใน ประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 และการทบทวนวรรณกรรม สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และคณะ, 2555) เป็นแนวทางเวชปฏิบัติแรกที่ได้รับการรับรองโดยนักวิชาการเครือข่ายวิชาชีพ สุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ แนะนำให้ใช้หลักการ 5A's โดยสำหรับแผนกผู้ป่วยนอก แนะนำให้ ใช้หลัก 2A คือ Ask สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ Advise ให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเทียบเคียงแผนกผู้ป่วยนอก

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า Pelletier, Strout, and Baumann (2014) ได้ศึกษารูปแบบโปรแกรมเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง ใช้หลัก 5A's ในการบำบัดคือ Ask, Advice, Assess, Assist และ Arrange follow-up โดยปรับใช้ในแบบกระชับและติดตามทางโทรศัพท์ ใน ขณะเดียวกัน Colby et al. (2005) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรี่ใน วัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 85 คน โดยใช้หลัก 3A's สอบถามประวัติการสู บุหรี่ (Ask) ให้คำแนะนำ (Advice) ติดตามผลทางโทรศัพท์ (Arrange follow-up) พบว่ากลุ่มที่ได้รับ คำแนะนำแบบกระชับ มีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1,3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ Hamilton and Noerachmanto (2007) ใช้หลัก 3A's สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) ให้คำแนะนำ (Advice) โนมน์้าวใจ (motivation interviewing) ติดตามผลทางโทรศัพท์ (Arrange follow-up) เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 18.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Soria, Legido, Escolano, Yeste, and Montoya (2006) ศึกษาการให้คำปรึกษา 20 นาที เทียบกลุ่มกลุ่ม ที่ให้คำแนะนำ 3 นาที ในผู้สูบบุหรี่ 200 คน ผลการศึกษาทั้งในเดือนที่ 6 และ 12 พบว่ากลุ่มทดลอง เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 18.4 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นที่เลิกได้ร้อยละ 3.4

ตามที่กล่าวในเบื้องต้นแล้วว่า แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นสถานที่ที่ประชาชนเข้าถึงเป็น สัดส่วนที่มาก (Rabe et al., 2013) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลาที่พร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) คือช่วงเวลาที่หมายถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ในการให้ข้อมูลเพื่อ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lawson Peter et al., 2009) การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการ

เลิกบุหรี่แบบกระชับในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ เป็นการใช้เวลาที่รอตรวจให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำที่ชี้ให้เห็นถึงอันตรายและความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ที่เชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงอันตรายและความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ เกิดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ตลอดจนการติดตามปัญหา ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ดังนั้น ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้หลัก 3A's เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งประกอบไปด้วย สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) คือ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ที่เข้ารับบริการ และบุคคลในครอบครัว ร่วมกับบันทึกข้อมูลที่ได้ลงในเวชระเบียนผู้ป่วย แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ พูดและแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดโดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (Clear) หนักแน่น (Strong) และเข้ากับสถานะของผู้ป่วยหรือปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย (Personalized) โดยให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) ที่อธิบายถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ (อารยา ทองผิว และคณะ, 2559) และติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ (Arrange) การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (วันที่ 3 หลังได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ) และ ครั้งที่ 2 (วันที่ 10 หลังได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ) เพื่อติดตามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประวัติสูบบุหรี่ ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ประชากร ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ที่มีประวัติสูบบุหรี่ ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรต้น โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ

ตัวแปรตาม การเลิกบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเลิกบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วงระยะ 7 วันที่ผ่านมา ประเมินที่ 30 วัน หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ (7-day point prevalence abstinence) ประเมินโดยแบบสอบถามการเลิกบุหรี่ (Hayford et al., 1999; สุนิตา ปรีชาวงษ์, 2556)

โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ หมายถึง การใช้ 3A's เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งประกอบไปด้วย สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) คือ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ที่เข้ารับบริการ การแนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ การพูดโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลที่เชื่อมโยงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือโอกาสเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหากยังคงไม่เลิกบุหรี่ มีความมั่นใจและมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ และการติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Arrange) เพื่อ ติดตามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ โดยสรุปเป็นการคำแนะนำแบบกระชับ 10-15 นาที ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง ชักประวัติการสูบบุหรี่และบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน ร่วมกับการแจกเอกสารเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (urgency) ใช้สัญลักษณ์ สีเหลือง รอดตรวจรักษาภายใน 30 นาที เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือส่งตรวจที่เพิ่มเติมหลายชนิด ได้แก่ ตรวจเลือด เอ็กซเรย์ หรือฉีดยา (Saraburi ESI triage, 2010)

ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (semi-urgency) ใช้สัญลักษณ์ สีเขียว รอดตรวจรักษาภายใน 60 นาที เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือส่งตรวจเพียงชนิดเดียว ได้แก่ ตรวจเลือด เอ็กซเรย์ หรือฉีดยา (Saraburi ESI triage, 2010)

ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยทั่วไป (non-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีขาว รอดตรวจรักษาภายใน 2 ชั่วโมง เช่นผู้ป่วยที่สามารถรอดตรวจที่คลินิกทั่วไป หรือสามารถนัดมาวันอื่นได้ เช่น ผู้ป่วยทำแผลเก่า, ขอรักษาเดิม, ฉีดยาตามนัด (Saraburi ESI triage, 2010)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำโครงการมาให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยที่มารับบริการ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค ระยะเวลาอนโรพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และงบประมาณที่สูญเสียไปจากการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษานำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน
 - 1.1 ความหมายของบุหรี่
 - 1.2 สารต่างๆในบุหรี่
 - 1.3 กลไกการเสพติดบุหรี่
 - 1.4 ผลกระทบของการเสพติดบุหรี่
2. การรักษาโรคติดบุหรี่
 - 2.1 การรักษาโดยการใช้ยา
 - 2.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา
 - 2.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดผู้ติดบุหรี่
 - 2.4 งานวิจัยการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3. การเลิกบุหรี่
 - 3.1 ความหมายของการเลิกบุหรี่
 - 3.2 ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่
 - 3.3 อาการถอนนิโคติน
4. โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ
5. บทบาทของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

การบริโภคยาสูบเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,600 ล้านคนในปี 2568 ผลจากการสูบบุหรี่ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน หากไม่มีการควบคุมการบริโภคยาสูบที่จริงจัง ในศตวรรษที่ 21 อาจมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่าหนึ่งพันล้านคน (World Health Organization) ในประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 10.9 ล้านคน (อัตราการสูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 19.6) (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มวัย พบว่ากลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 23.5) รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) (ร้อยละ 16.6 และ 14.7 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 18.4 เท่า (ร้อยละ 40.5 และ 22 ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลปี 2552 พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท หรือ 0.78% ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท, ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,168 ล้านบาท, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 731 ล้านบาท, การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 293 ล้านบาท และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 69,219 ล้านบาท (ข้อมูลปี พ.ศ. 2552 ปรับปรุงปี พ.ศ. 2558 โดยโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย) ผลจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 50,737 คน แยกเป็นผู้ชาย 42,989 คน และผู้หญิง 772 คน ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายหลักของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 11,895 คน, รองลงมาคือโรคมะเร็งปอด 11,742 คน, โรคหลอดเลือดสมอง 11,666 คน โดยเฉลี่ยในผู้ชาย 1 ใน 6 คน ผู้หญิง 1 ใน 25 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560)

แม้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง แต่จากอัตราผู้สูบบุหรี่ยังไม่ลดลงตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) กำหนดอัตราการเลิกบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2557 ต้องลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปี 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 18.7 แต่จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 19.9 ซึ่งยังลดลงไม่ถึงค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559-2562) กำหนดอัตราความชุกของการเสพยาสูบของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ต้องไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สอดคล้องกับ

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระยะ 5 ปี (2560-2564) ที่กำหนดเป้าหมาย คือ ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30 เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

1.1 ความหมาย

บุหรี่ ผลิตมาจากใบยาสูบ เป็นพืชน้ำเลี้ยงชนิดหนึ่ง มีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า Nicotiana Tubacum พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ให้ความหมายไว้ว่า เป็นยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ มวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่สร้างขึ้นใช้แทนกระดาษ หรือใบยาแห้ง โดยนำยาสูบมาหั่นเป็นฝอยๆ เรียกว่า “ยาเส้น” แล้วนำมามวนด้วยใบจาก ใบตองแห้ง หรือกระดาษ แล้วจุดสูบ เช่นเดียวกับกับ อรชรธรณ หุ่นดี (2542) ให้ความหมายไว้ว่าบุหรี่หมายถึง ยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวน ยาเส้นที่มวนสูบเองหรือยาเส้นที่ใช้ปล้องยาสูบ และคู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2555 ได้ให้ความหมายของยาสูบว่า หมายถึง ผลิตภัณฑ์ใดๆที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชตระกูลนิโคติเยนากาบากัม (nicotianatabacum) รวมไปถึงสารสกัดหรือสารสังเคราะห์จากพืชตระกูลนี้ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูด ดูด ดม อม เคี้ยว เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจุ่มหรือเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกับกับแบบไฟฟ้าหรือไม่ใช้ก็ตาม (อารยา ทองผิว และคณะ, 2559)

สรุปได้ว่า “บุหรี่” หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ทำมาจากยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวน ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ใช้เสพโดยวิธีสูด ดูด ดม อม เคี้ยว เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจุ่ม

การเสพยาสูบ หมายถึง การเสพ “ยาสูบ” ไม่ว่าจะการเสพนั่นจะเป็นผลมาจากปัจจัยการเสพติดทางกาย จิตใจ หรือทางด้านสังคมและพฤติกรรม (อารยา ทองผิว และคณะ, 2559)

1.2 สารต่างๆในบุหรี่

บุหรี่มีสารประกอบมากกว่า 600 ชนิด คาร์บอนจากบุหรี่ก่อให้เกิดสารเคมีมากกว่า 5,000-7,000 ชนิด (american lung association, 2017; Talhout et al., 2011) และพบว่าสารเคมีมากกว่า 50 ชนิดในควันบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง (Richter, Pechacek, Swahn, & Wagman, 2008) การสูบบุหรี่เพียง 1 ซองต่อวัน ผู้สูบจะต้องสูบมากกว่า 70,000 ครั้งต่อปี ส่งผลให้เนื้อเยื่อในช่องปาก จมูก ช่องคอ และหลอดลมสัมผัสกับควันบุหรี่ ซึ่งสารบางตัวจะมีผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อขณะที่สารบางตัวจะถูกดูดซึมผ่านกระแสเลือด น้ำลาย และโดยการกลืน การตอบสนองต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆต่อควันบุหรี่ในการเกิดโรคต่างๆนั้นค่อนข้างซับซ้อน พบว่าเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับควันบุหรี่โดยตรงจะมีโอกาสเกิดมะเร็งได้มากกว่า เช่น เนื้อเยื่อของหลอดลม สำหรับอวัยวะอื่นที่ไม่สัมผัส

ควันบุหรี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งจากสารในควันบุหรีที่ถูกดูดซึมผ่านกระแสเลือด (John H, 1998) โดยสารต่างๆในบุหรีจะขอยกตัวอย่างที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยุนิพันธ์ และคณะ, 2557)

นิโคติน เป็นสารที่ทำให้คนติดยุหรี ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่นการสูบบุหรี 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบมากหลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆซ้าลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งฮอโมนอิพิเนพริน (epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงซ้า หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรีหนึ่งมวนจะมีนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) และสำหรับบุหรีก้นกรองก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง

ทาร์ เป็นน้ำมันที่เกิดจากการเผาไหม้ของยาเส้นในบุหรี หรือน้ำมันดินประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะกันเป็นสีน้ำตาล เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่นมะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอื่นๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด มีผลทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องจมูก คอ หลอดลม และปอด เป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง เหนื่อยหอบได้ง่าย ในคนที่สูบบุหรีวันละซองจะรับน้ำมันทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัม/มวน หรือ 110 กรัม/ปี บุหรีไทยมีสารทาร์อยู่ระหว่าง 12-24 มิลลิกรัม/มวน

คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่เข้าไปแทนที่ออกซิเจน เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีนงง ตัดสินใจซ้า เหนืออย่างง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ

ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำโดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากขึ้น

ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลาย และถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆหลายอันแตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีถุงลมจำนวนน้อย การยืดหยุ่นในการหายใจซ้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

แอมโมเนีย เป็นสารที่ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบ มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสบตา เสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก

สารกัมมันตรังสี ควันบุหรีมีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรียังเป็นพาหนะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบซ้างที่ไม่สูบบุหรีหายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

แร่ธาตุต่างๆ เป็นสารตกค้างในยาสูบหลังการพ่นยาซ้าแมลง เช่นตะกั่ว ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง และมีผลต่อหลายระบบในร่างกาย ได้แก่ระบบประสาท ทำให้การได้ยินผิดปกติ ไอคว่ำ ผลต่อระบบ

ไหลเวียนโลหิต ทำให้ความดันโลหิตสูง ระบบสืบพันธุ์ ทำให้เป็นหมันในเพศชายและสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

1.3 กลไกการเสพติดบุหรี่

กลไกการเสพติดหรือออกฤทธิ์กระตุ้น nicotinic subtype ของ acetylcholine receptors ทำให้เกิดการเสพติดที่เกิดจากการกระตุ้นระบบ dopamine เกิดอารมณ์เป็นสุข และกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร norepinephrine และ epinephrine ซึ่งทำให้ตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า มีสมาธิมากขึ้น สุขสบาย ลดความรู้สึกซึมเศร้า ผู้เสพยังอาจรู้สึกว่ามีอารมณ์ดีขึ้น และทำให้ความดันเครียด (tension) ลดลง อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่สามารถทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว สัน เหนือออก เป็นต้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณสารสื่อประสาทเหล่านี้จะลดลง ส่งผลให้อารมณ์แห่งความเป็นสุขของผู้สูบหายไป เกิดอาการถอนนิโคติน ได้แก่ ภาวะนอนกระวาย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หิวบ่อย เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่จึงยังคงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน (Benowitz, Hukkanen, & Jacob, 2009)

สารนิโคตินเข้าสู่สมองภายใน 10 - 15 วินาทีภายหลังจากสูบ มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 2 ชั่วโมง นิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่จะไปจับที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด นิโคตินส่วนใหญ่ถูกเมทาบอลไลท์ที่ตับและประมาณร้อยละ 70 ของนิโคตินในกระแสโลหิตจะถูกเมทาบอลไลท์เปลี่ยนเป็นโคตินิน (cotinine) โดย cytochrome P450 และ aldehyde oxidase ในบุหรี่ 1 มวนจะมีสารนิโคตินประมาณ 10 มิลลิกรัม เฉลี่ยเมื่อสูบบุหรี่ 1 มวน ร่างกายจะได้รับสารนิโคตินประมาณ 1 มิลลิกรัมความร้ายแรงของพิษนี้ เทียบได้กับการได้รับสารไซยาไนด์ แต่เหตุที่ผู้สูบบุหรี่ไม่เสียชีวิตทันที เพราะสูบเข้าไปทีละเล็กละน้อย ร่างกายเผาผลาญนิโคตินที่รับเข้าไปค่อนข้างเร็ว และขับออกจากร่างกายตลอดเวลา ส่งผลให้ระดับ นิโคตินในร่างกายไม่สูงพอที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตได้ในทันที และนิโคตินนี้เองที่เป็นสารเสพติดที่เมื่อระดับนิโคตินในเลือดลดลงจะกระตุ้นให้เกิดการอยากสูบบุหรี่มวนต่อไป (สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, 2558)

ประเด็นสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่บุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพจะต้องคำนึงถึงเสมอคือ การเสพติดบุหรี่ไม่ได้เกิดจากการเสพติดจากฤทธิ์ของนิโคติน (nicotine dependence) เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ได้อีก ยกตัวอย่าง เช่น การเสพติดทางอารมณ์และทางจิตใจ (Psychological dependence) ซึ่งเป็นสารเสพติด สาเหตุจากผู้เสพติดใจในผลของการได้รับนิโคติน ซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ลดความวิตกกังวล มีสมาธิในการเรียนหรือทำงาน มีเรี่ยวมีแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ และความรู้สึกดีต่างๆที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ยังมีการเสพติดทางพฤติกรรมและสังคม (socio-cultural or habit dependence) การเสพติดแบบนี้บางครั้งเป็นความเคยชินของผู้สูบ ที่จะต้องหยิบบุหรี่ยี่มาสูบ

เมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย หรือระหว่างการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ในวงเหล้า หรือหลังเลิกเรียนหนังสือ หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการรับประทานชาหรือกาแฟ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบบุหรี่มองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบบุหรี่สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธภาพทางสังคมได้ โดยการเสพติดบุหรี่ยังอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรืออาจเกิดจากหลายสาเหตุก็เป็นได้ (รุจิรา หวังมัน, 2557)

1.4 ผลกระทบของการสูบบุหรี่

มีการศึกษาวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคระบบทางเดินหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ผู้สูบบุหรี่แต่ละรายจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ปริมาณที่สูบบุหรี่ ลักษณะทางพันธุกรรม การมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วยเหล่านี้ เป็นต้น (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2557)

ผลต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 10 ของผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกเกิดจากการสูบบุหรี่ และ คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองตีบตัน ประมาณปีละ 100,000 คน และประมาณ 1 ใน 5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตในกลุ่มนี้ มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ (ครรรชิต ลิขิตธนสมบัติ, 2561) การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจได้หลายวิธี เช่น การช่วยให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) การกระตุ้นให้เกิดภาวะ coronary thrombosis, coronary artery spasm และ cardiac arrhythmias ตลอดจนลดความสามารถในการถ่ายเทออกซิเจนของเลือด เป็นต้น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้มีการประมาณว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณร้อยละ 17-30 ซึ่งโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูบบุหรี่นั้นขึ้นกับปริมาณที่สูบ และการสูบบุหรี่เพียงวันละมวนเป็นประจำพบว่า สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เหมือนผู้ชายจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน ถ้ามีการใช้ยาคุมกำเนิดร่วมด้วยแล้วโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 10 เท่า สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่โดยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆในการเกิดโรคนี้เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง พบว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมามากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเช่น propranolol จะมีระดับของยาในเลือดลดลงในผู้ที่สูบบุหรี่ เป็นต้น การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากการศึกษาของ Framingham heart study พบว่า ผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 65 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ได้ประมาณร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ยังช่วยลดการเกิดโรค restenosis ของหลอดเลือดหัวใจหลังการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty) ได้ และช่วยลด

การเป็นซ้ำของโรคนี้ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (saphenous vein bypass grafts) ได้ (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2557)

ผลต่อโรคมะเร็ง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคมะเร็งปอด พบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดในผู้ชาย และร้อยละ 79 ของมะเร็งปอดในผู้หญิงมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ สำหรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งนั้นขึ้นอยู่กับ ปริมาณการสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่เพียงวันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า สำหรับผู้ชายที่สูบบุหรี่วันละ 2 ซอง จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 25 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ชายที่สูบบุหรี่จะเป็นมะเร็งปอดชนิด squamous cell carcinomas มากขึ้น ส่วนผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเป็นมะเร็งปอดชนิด small cell carcinomas เพิ่มมากขึ้น (Health & Services, 2014) การเลิกบุหรี่จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคมะเร็งปอด มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เลิกบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงได้ร้อยละ 20-90 เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ แต่มีโอกาสร้อยละมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เลยร้อยละ 10-80 (Health & Services, 1990) การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของความเสียหายในการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียง (Larynx) ช่องปากและหลอดอาหาร (esophagus) ร้อยละ 82 ของโรคมะเร็งกล่องเสียงเกิดจากการสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยง 10 เท่า และผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยง 8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และมะเร็งช่องปากพบาร้อยละ 92 ของผู้ชายที่เป็นมะเร็งในช่องปากและร้อยละ 61 ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งในช่องปากเป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 27 เท่า และ 6 เท่าในเพศหญิง แต่หลังจากการเลิกบุหรี่แล้ว 3-5 ปี โอกาสเสี่ยงจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเลิกสูบบุหรี่ 15 ปี โอกาสเสี่ยงจะสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย (Health & Services, 2014) ในกรณีการเกิดมะเร็งที่หลอดอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 8-10 เท่า และหากมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้น (Schottenfeld, 1979, 1984) ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้จะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 หลังจากการเลิกบุหรี่แล้ว 3-5 ปี โอกาสเสี่ยงจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเลิกสูบบุหรี่ 15 ปี โอกาสเสี่ยงจะสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย (Health & Services, 2014) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ไต ตับอ่อน ตับ กระเพาะอาหาร ปากมดลูก ทวารหนัก อวัยวะเพศ มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ (Brandon et al., 2015; Chen et al., 2016; Fauci, 1998)

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease :COPD) จากสถิติในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี ค.ศ. 1991 จำนวนกว่า 80,000 ราย พบว่าร้อยละ 82 เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคนี้นี้มากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 4-25 เท่า นอกจากนี้ยังพบอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หายใจ

ไม่สะดวก เป็นต้น เมื่อตรวจการทำงานของปอด (pulmonary function test) พบเห็นความผิดปกติได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Wain et al., 2015)

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ส่งผลให้การหายของแผลช้า ทำให้แผลที่ลำไส้ส่วนต้นมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังส่งผลให้การใช้ยา histamine H2-receptor antagonists เพื่อยับยั้งการหลั่งกรดของกระเพาะอาหารในเวลากลางคืนไม่ได้ผลดีมากนัก (John H, 1998)

ผลต่อโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีโอกาสเลิกบุหรี่เป็นไปได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคนี้อีก (John H, 1998)

ผลต่อการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์ยากขึ้น ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และสูบบุหรี่จะทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าทารกแรกเกิดที่เกิดจากผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 170 กรัม นอกจากนี้การสูบบุหรี่ ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค abruption placentae , placenta previa , bleeding during pregnancy, premature and prolonged rupture of membranes และ preterm delivery (Banderali et al., 2015)

ผลอื่นๆต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย ผิวหนังเหี่ยวย่นก่อนวัย และการนอนเป็นต้น (Reuther & Brennan, 2014; Sivertsen, Salo, Pentti, Kivimäki, & Vahtera, 2015)

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลต่อสุขภาพแล้ว ยังเกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจด้วยตัวผู้สูบเองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่มาบริโภค ถ้าสูบบุหรี่วันละ 1 ซองราคาประมาณ 60 บาทต่อซอง ผู้สูบจะต้องเสียเงินค่าบุหรี่ปีละกว่า 20,000 บาท โดยยังไม่รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียไปด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สำหรับในระดับชาติแน่นอนว่าภาษีที่เสียไปจากการขายบุหรี่เป็นรายได้ส่วนหนึ่งที่รัฐบาลสามารถจัดเก็บได้ แต่เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ประเทศชาติต้องสูญเสียไปจากการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยเพราะการสูบบุหรี่และการสูญเสียความสามารถในการทำงาน ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่าใช้จ่ายทางการสาธารณสุขถึง 6% ถูกใช้ไปกับการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าบุหรี่ยังนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสังคมตามมาอีกด้วย จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า เยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น ดื่มสุรา เล่นการพนัน มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรตามมา และการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้ที่สำคัญ จากการทิ้งก้นบุหรี่ผิดที่อีกด้วย (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และ สุรจิต สุนทรธรรม, 2553)

2. การรักษาโรคติดยาสูบ

การรักษาโรคติดยาสูรมี 2 วิธี คือ การรักษาโดยการให้ยา (pharmacological treatment) และไม่ให้ยา (non-pharmacological treatment) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2557)

2.1 การรักษาโดยการให้ยา (pharmacological treatment) ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิผลดีกว่ายาหลอกใน การช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จ ให้มากขึ้น ยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1.1 สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) เป็นยาที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่า อาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ NRT อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพยาสูบมีโอกาสเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น ในปัจจุบันประเทศไทยมี NRT อยู่ 2 รูปแบบ เท่านั้น ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และหมากฝรั่ง (nicotine gum) ในอนาคตจะมีแบบเม็ดอม (nicotine lozenges) อีกด้วย มีการศึกษาพบว่าแผ่นติดนิโคตินสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 20-30 เมื่อครบ 6 เดือน และมากกว่าผู้ที่ไม่ให้ยา 2 เท่า (Fiore Michael C, Smith Stevens S, Jorenby Douglas E, & Baker Timothy B, 1994)

2.1.2 ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropionSR, varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ภาครัฐควรส่งเสริมให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่ได้ตามมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เนื่องจากยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, แผ่นติดนิโคติน, bupropionSR, varenicline และ nortriptyline มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้เสพยาสูบสามารถเลิกเสพยาสูบได้มากขึ้นกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว อีกทั้ง มีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้ยามาตรฐานเหล่านี้ในบริการเลิกบุหรี่ยังมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐ และแนะนำว่าควรนิเทศอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การให้คำปรึกษาแบบกระชับ การให้คำปรึกษาแบบเข้ม การติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมกับการให้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ เพื่อประสิทธิภาพที่สูงสุด มีการศึกษาพบว่าเมื่อให้ยา bupropionSR มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 27 ต่างจากการให้ยาหลอกที่เลิกได้ ร้อยละ 16 (Hurt et al., 1997)

2.2 การรักษาโดยไม่ให้ยา (Non-Pharmacological Treatment) การรักษาผู้ติดยาสูบโดยไม่ให้ยามีหลายวิธี แต่วิธีที่บุคลากรสุขภาพนิยมใช้ คือการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาจให้คำปรึกษารายกลุ่ม รายบุคคล หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีศักยภาพ (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2553) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief advice intervention) เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพใช้ระยะเวลาสั้นๆ (Glasgow, Whitlock, Eakin, &

Lichtenstein, 2000) และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยแม่เพียงระยะเวลาสั้นๆ (1-3 นาที) ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่สำเร็จ (Barry & Panel, 1999; M. C. Fiore, 1996; Liaisons, Staff, & Dependence Update, 2008; McRobbie et al., 2008; Stead, Bergson, & Lancaster, 2008) โดยเทคนิคที่นำมาใช้ เช่น เทคนิค 4 ล หรือ STAR ประกอบไปด้วย (Demers, Neale, Adams, Trembath, & Herman, 1990; อารยา ทองผิว และคณะ, 2559)

กำหนดวัน (Set a target quit date) คือการกำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลือกวันที่จะหยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ควรเป็นวันที่มีความสำคัญต่อผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ เช่น วันเกิด วันพระ วันพ่อ วันปีใหม่ เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วจะแนะนำให้ใช้วิธีหักดิบในการเลิกบุหรี่ คือหยุดสูบบุหรี่ทันที จะได้ผลดีกว่าการค่อย ๆ ลดปริมาณการสูบลง เช่น ลดการเสฟวันละ 1 มวนและห้ามเสฟจนกว่าจะผ่านมื้ออาหารเช้าหรือเที่ยงในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น โดยอธิบายหรือเขียนเป็นแผนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด

ล้นวาจา (Tell family and others) คือการให้คำมั่นสัญญากับคนที่เราใกล้ชิดและไว้วางใจ เช่น คนในครอบครัว หรือเพื่อน ว่าเราจะหยุดบุหรี่ ขอให้ช่วยเป็นกำลังใจ และคอยเตือนสติให้ทำตามปณิธานที่ตั้งใจไว้จนสำเร็จ

ลาอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related product) คือการทิ้งอุปกรณ์ที่ใช้การสูบบุหรี่ทั้งหมด เช่น บุหรี่ ไฟแช็ค ที่เขี่ยบุหรี่ รวมถึงหิ้งเสฟสถานที่ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ

พร้อมลงมือ (Anticipate challenges) คือการเตรียมพร้อมรับมือกับอาการถอนบุหรี่ เช่น อาการหงุดหงิด กระวนกระวายใจ อารมณ์เสื่อง่าย รู้สึกเปรี้ยวปากอยากสูบบุหรี่ ให้ผู้ที่สูบบุหรี่เข้าใจว่าเป็นเรื่องปกติหลังหยุดสูบบุหรี่ คนอื่น ๆ ก็มีอาการเช่นเดียวกัน เพียงแต่ต้องมีกำลังใจที่เข้มแข็งเพื่อผ่านพ้นช่วง 1-2 สัปดาห์แรกนี้ไปได้ โดยใช้เทคนิค 5D ได้แก่ Delay, Deep Breathe, Drink Water, Do Something Else, Destination เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น

2) การให้คำปรึกษาแบบเข้ม (intensive counseling) แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่

การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical/problem solving skill counseling) (Tobacco, 2008; West et al., 2000; อารยา ทองผิว และคณะ, 2559) ประกอบด้วย การค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสฟ เน้นย้ำการเลิกเสฟอย่างแท้จริง เต็ดขาด และรวดเร็วที่สุด ทบทวนประสบการณ์การเลิกเสฟในอดีตที่ผ่านมา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตประจำวัน วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคติน หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่ด้วย จัดให้มีบุคลากรที่ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากภายนอกโรงพยาบาลด้วย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) (Fiore, 1996; West et al., 2000) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ต้องใช้ระยะเวลา เนื่องจาก

พฤติกรรมบางอย่างเป็นนิสัยหรือความเคยชินของบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะเรื่องการสูบบุหรี่ซึ่งบุคคลที่ติดบุหรี่จะมีภาวะการเสพติดทั้งด้านร่างกายจากการติดสารนิโคติน ภาวะเสพติดทางจิตใจจากความเชื่อ ความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่มีประโยชน์และภาวะเสพติดทางสังคมหรือความเคยชิน ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการฝึกฝนพัฒนาตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจสุ่มเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก การให้ความรู้และสอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นรู้จักเบี่ยงเบนความคิดเมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่หรืออาจจะแนะนำเทคนิค 5D คือ delay (อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ), deep breathe (หายใจเข้าออกลึกๆ 5-10 ครั้งเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่), drink water (ดื่มน้ำซ้าๆ หรือจิบน้ำ), do something else (หาสิ่งอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ), destination (นึกถึงผลดีของการเลิกบุหรี่)

2.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่

ในต่างประเทศ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่และผู้ติดบุหรี่ ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2551 (Clinical Practice Guideline, The 2008 update to Treating Tobacco Use and Dependence) โดย The U.S. Department of Health and Human Services ได้ประกาศแนวปฏิบัติที่แนะนำสำหรับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 2008 โดยระบุว่าภาวะการเสพติดบุหรี่เป็นโรคอย่างหนึ่ง ที่ต้องได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง แนวปฏิบัติดังกล่าวแนะนำให้ใช้หลักการ 5A's ได้แก่ Ask (สอบถามประวัติการสูบบุหรี่), Advise (แนะนำให้เลิกสูบ), Assess (ประเมินภาวะติดบุหรี่ ความพร้อมในการเลิก ความมั่นใจในการเลิก), Assist (การช่วยเหลือเพื่อให้เลิกบุหรี่), และ Arrange (การติดตามผล) โดยกระบวนการการให้คำปรึกษาอาจจะจัดเป็นรายบุคคล, รายกลุ่ม, หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทั้งนี้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ได้ระบุว่า การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ควรประกอบด้วย

1. การให้คำปรึกษาแบบกระชับ (Brief intervention) เป็นการให้คำปรึกษาแบบสังเขป กระชับ ไม่เกิน 5-15 นาที ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของ Transtheoretical model ซึ่งมีความเชื่อและสมมติฐานว่า การบำบัดแบบกระชับสามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้เป็นจำนวนมากในระยะเวลาที่จำกัด (John, Meyer, Rumpf, & Hapke, 2009) ใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาไม่นาน สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยให้สำเร็จได้ (พรธมนิภา หงษ์อินทร์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558)

2. การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (Intensive Counselling) หลักการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นควรเน้น 2 ประเด็นได้แก่

- 2.1 การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย

- 2.1.1 การค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสพ

- 2.1.2 เน้นย้ำการเลิกเสพออย่างแท้จริง เต็ดขาด และรวดเร็วที่สุด

2.1.3 ทบทวนประสบการณ์การเลิกเสพยาในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัจจัยการกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาหรืออีกครั้ง

2.1.4 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย เป็นต้น

2.1.5 วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น และวางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เสพยาสูบต่อไปอีก

2.1.6 หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่เลิกบุหรี่ด้วย

2.1.7 แนะนำให้คนที่เสพยาในบ้านเลิกบุหรี่พร้อมกันด้วย หรืออย่างน้อยขอรับรองให้อย่าเสพยาหรือสูบบุหรี่ต่อหน้า

2.1.8 จัดให้มีบุคลากรที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจ (intra-treatment support)

2.1.9 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาลด้วย (extra-treatment support) เช่น จากกลุ่มจิตแพทย์อาสาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ที่จัดขึ้นในสถานพยาบาลหรือชุมชนซึ่งมักประกอบด้วย แกนนำชุมชน กลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ได้ ร่วมกับญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัว

3. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone counseling) การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและมีหลักฐานทางวิชาการว่าเป็นวิธีการช่วยให้เลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก เข้าถึงได้ง่ายและประหยัด ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม เช่น ผู้พิการหรืออยู่ห่างไกลจากสถานบริการ โดยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง หรือรอรับบริการที่นานในคลินิก (Zhu & Anderson, 2000)

4. การนิเทศทางอินเทอร์เน็ต หรือข้อความสั้น (sms-mms) (interactive counseling) แนะนำอย่างยิ่งให้ดำเนินการให้คำปรึกษาอย่างใดอย่างหนึ่งแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงสูบบุหรี่โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการใดก็ตาม

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่และผู้ติดบุหรี่ ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2551 ของสหรัฐอเมริกา (Clinical Practice Guideline, The 2008 update to Treating Tobacco Use and Dependence) ได้แนะนำการประเมินการใช้ยาสูบ (Assessing Tobacco Use) เป็นขั้นตอนแรกของการรักษาโรคติดบุหรี่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวต้องพบกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จากข้อมูลผู้สูบบุหรี่ที่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่กว่า 70% (Control & Prevention, 2002) 2 ใน 3 ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ใน 30 วัน (Fu et al., 2006) ดังนั้น การได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่จากเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (Control & Prevention, 2011; Kruger, Shaw, Kahende, & Frank, 2012; Stead et al., 2013;

Whitlock, Orleans, Pender, & Allan, 2002) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิก การได้รับคำแนะนำเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ไม่เพียงแต่จะเป็นประจักษ์ความสำเร็จในการให้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Clinical Practice Guideline, The 2008 update to Treating Tobacco Use and Dependence แนะนำการประเมินโดยใช้หลัก 5A's คือ Ask การถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ โดยทำในขั้นตอนของการซักประวัติและวัดสัญญาณชีพ Assess ประเมินความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ด้วยคำถาม คุณพร้อมที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่

การให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) การให้คำแนะนำแบบกระชับ กระทำโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ให้การพยาบาล และพูดคุยต่อหน้า การให้คำแนะนำแบบกระชับสั้นๆ เพียง 3 นาทีก็ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Aveyard, Begh, Parsons, & West, 2012; Lancaster & Stead, 2017) โดยเฉพาะโปรแกรมที่สามารถให้ได้กับทุกประชากรไม่ว่าจะเป็น วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ทั้งที่มีปัญหาทางสุขภาพทั้งร่างกาย หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต การให้คำแนะนำแบบกระชับใช้หลัก 5A's คือ Advise โดยยึดหลัก clear ต้องอธิบายให้ชัดเจน ตรงประเด็น, strong ต้องหนักแน่น และ personalize เชื่อมโยงอาการทางสุขภาพในผู้ป่วยแต่ละราย

สำหรับในประเทศไทยแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และคณะ, 2555) เป็นแนวทางเวชปฏิบัติแรกที่ได้รับการรับรองโดยนักวิชาการเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ แนวทางเวชปฏิบัตินี้แนะนำให้ใช้หลักการ 5A's เช่นเดียวกัน ได้แก่ Ask (สอบถามประวัติการสูบบุหรี่), Advise (แนะนำให้เลิกสูบ), Assess (ประเมินภาวะติดบุหรี่ ความพร้อมในการเลิก ความมั่นใจในการเลิก), Assist (การช่วยเหลือเพื่อให้เลิกบุหรี่), และ Arrange (การติดตามผล) การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชน จะมีคำแนะนำและรูปแบบที่คล้ายกันจะต่างกันเล็กน้อยในบริบทของแต่ละสถานที่ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ อาจจะมีบริการเลิกบุหรี่เป็นการให้คำปรึกษาแบบเข้ม (Intensive Counselling) มีการติดตามสม่ำเสมอ ในแผนกผู้ป่วยใน อาจจะเป็นการให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) หรือการให้คำปรึกษาแบบเข้ม (Intensive Counselling) เป็นต้น สำหรับแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แนะนำให้ใช้หลัก 2A1P คือ (Ask สอบถามประวัติการสูบบุหรี่-Advise ให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่-prevent new user ป้องกันผู้เสพรายใหม่) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เทียบเคียงแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีรายละเอียดตามตารางแยกตามสถานที่ปฏิบัติงานดังนี้ (อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ, 2555)

OPD ทั่วไป	OPD เฉพาะโรค	หอผู้ป่วยใน	ชุมชน	คลินิกเลิกบุหรี่
A 1 - ask	A 1 - ask	A 1 - ask	A 1 - ask	A 1 - ask
A2 - advice	A2 - advice	A2 - advice	A2 - advice	A2 - advice
P1 -	A3 - assess	A3 - assess	A3 - assess	A3 - assess
prevention	A4 - assist	A4 - assist	A4 - assist	A4 - assist
new users	A5 - arrange	P1 -	A5 - arrange	A5 - arrange
	follow up	prevention	follow up	follow up
	P1 -	new users	P1 -	P1 - prevention
	prevention		prevention	new users
	new users		new users	P2 - prevent
	P2 - prevent		P2 - prevent	relapse
	relapse		relapse	P3 - promote
	P3 - promote		P3 - promote	motivation
	motivation		motivation	
			P5 - promote	
			campaign	

ตารางที่ 1 รายละเอียดการแนะนำส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามสถานที่ปฏิบัติงาน

คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2553) ได้แนะนำแนวทางสำหรับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำดังนี้

1) พยาบาลทุกคนหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ณ จุดบริการต่างๆตามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) กับผู้ป่วยทุกคนและแนะนำให้เลิก (Advise) โดยแนะนำให้ผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ทุกคนเลิกบุหรี่และหรือแนะนำการเลิกบุหรี่แบบสั้นๆ

2) พยาบาลให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เชิงลึกแก่ผู้รับบริการ (ประเมินภาวะการสูบบุหรี่และการติดบุหรี่ Assess สร้างแรงจูงใจและแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ Assist) เมื่อพยาบาลมีความรู้และประสบการณ์มากขึ้น

3) พยาบาลควรตระหนักว่าผู้รับบริการที่ได้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ไปแล้ว อาจจะกลับไปสูบบุหรี่อีกหลายครั้งจนกว่าจะเลิกได้ จึงต้องมีกระบวนการติดตาม (Arrange follow up) อย่างเป็นระบบตลอดระยะเวลาที่เลิกบุหรี่

4) พยาบาลควรทราบแหล่งช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลของตนเอง โรงพยาบาลอื่น หรือในชุมชน เพื่อการส่งต่อหรือติดตาม ตามสภาพหรือความพร้อมของผู้รับบริการ แต่ละคน

5) พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูบบุหรี่กลุ่มต่างๆ เพศ วัย เชื้อชาติ ฐานะ เศรษฐกิจ ว่ามีความแตกต่างกันในกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถดัดแปลงวิธีช่วยให้เลิกบุหรี่ ให้สอดคล้องกับความตั้งการและความสามารถของผู้รับบริการ

6) พยาบาลต้องกระตุ้นผู้รับบริการและญาติ ทั้งคนสูบและคนไม่สูบบุหรี่ให้ทำบ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ เพื่อป้องกันเด็ก คนในครอบครัว รวมทั้งตัวผู้รับบริการจากควันบุหรี่มือสอง

แนวปฏิบัติ พยาบาลทุกคนต้องถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask=A1)

“คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นๆหรือเปล่า”

หากคำตอบคือ ไม่สูบ หรือไม่ได้ใช้ยาสูบชนิดอื่นๆ พยาบาลชมเชยผู้รับบริการ “ยินดีด้วย, คุณโชคดี, ดีใจด้วย” พยาบาลอาจถามต่อตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น ที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝากครรภ์ หรือหน่วยที่ตรวจผู้ป่วยโรคที่มีผลกระทบจากบุหรี่ หรือแผนกผู้ป่วยในทุกประเภท เช่น “มีคนในบ้านสูบไหม, เพื่อสนิทหรือเพื่อนร่วมงานสูบไหม” หากคำตอบว่าไม่มี พยาบาลกล่าวแสดงความยินดีเช่นเดียวกับคำว่า ไม่สูบ

หากคำตอบคือเคยสูบแต่เลิกแล้ว พยาบาลถามระยะเวลาที่เลิกได้ เลิกได้ระยะเวลาานเท่าไร หากคำตอบคือเลิกได้เกินระยะ 6 เดือน พยาบาลชมเชยและประทับใจ “คุณมีความเข้มแข็งมากที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ, คุณโชคดีมากที่เลิกบุหรี่ได้, อย่าเผลอไปลองอีก, อย่าคิดว่ามันยากเลย”

หากคำตอบคือ เลิกได้ แต่ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน พยาบาลชมเชย ประทับใจ “คุณมีความเข้มแข็งมากที่เลิกได้นานเท่านี้แล้ว, พยายามต่อไป, อย่ากลับไปสูบอีก”

หากคำตอบคือสูบ พยาบาลแนะนำให้เลิกหรือส่งต่อ

พยาบาลทุกคนต้องแนะนำ (advise=A2)

เป็นการเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ ซึ่งต้องเชื่อมโยงกับลักษณะที่แตกต่างของกลุ่มคนสูบบุหรี่ “อยากเลิกสูบไหม, พยาบาลคิดว่าคุณควรเลิกสูบบุหรี่, เพราะควันบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ลูกของคุณหอบบ่อยขึ้น, พยาบาลขอแนะนำว่าคุณควรเลิกสูบบุหรี่เพราะบุหรี่มีผลกระทบต่อ การรักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรค..., รีบเลิกเสียแต่ตอนนี้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค.....ก็จะลดลง, ที่ทำงานส่วนใหญ่มีนโยบายไม่รับคนสูบบุหรี่เข้าทำงาน เลิกเสียเถอะ, สูบหรี่แล้ว แก่เร็วขึ้น ผิวหนังหม่นหมอง ไม่ผ่อนคลาย, คุณใช้เงินซื้อบุหรี่ไปเท่าไร ลองนับเป็นเดือน เป็นปี น่าเสียดาย หากเลิกได้ก็จะมีเงินไปใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้อีก”

พยาบาลทุกคนต้องแนะนำแหล่งช่วยให้เลิกบุหรี่แก่ผู้รับบริการที่ช่วยเลิกบุหรี่ทุกคน
 พยาบาลแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่มีทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ที่อยากเลิกบุหรี่
 มีแหล่งสนับสนุนและให้คำปรึกษา ได้แก่

- คลินิกในโรงพยาบาล คลินิกในชุมชน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน
- ร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ
- แผ่นพับวิธีเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง
- 1600 สายด่วนเลิกบุหรี่ โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

การติดตาม (Arrange A=5)

หากเป็นการทำงานในโรงพยาบาลที่เป็นระบบ หน่วยงานรับผิดชอบในการติดตามหรือคลินิก
 เลิกบุหรี่ หรือหน่วยงานให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบหน่วยงานต่างๆ
 จัดระบบติดตามเองได้

2.4 งานวิจัยการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ประชาชนเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก (Rabe et al.,
 2013) เป็นสถานที่ที่สำคัญในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลา
 พร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) (Katz et al., 2012) คือเป็นช่วงเวลาที่สามารถให้
 คำแนะนำเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพได้ (Lawson & Flocke, 2009) Berndt
 et al. (2014) กล่าวว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นสถานที่แรกที่เหมาะสมในการให้โปรแกรมการ
 ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ จากการทบทวนงานวิจัยจากต่างประเทศ พบว่า การบำบัดเพื่อเลิก
 บุหรี่แบบกระชับ (brief intervention) ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นมีประสิทธิผล ดังนี้

Colby et al. (2005) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
 ที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 85 คน โดยใช้หลัก 3A's สอบถามประวัติการสูบ
 บุหรี่ (Ask) ให้คำแนะนำ (Advice) ติดตามผลทางโทรศัพท์ (Arrange follow-up) พบว่ากลุ่มที่ได้รับ
 คำแนะนำแบบกระชับ มีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1,3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงการพยาบาล
 ตามปกติ

Soria et al. (2006) ศึกษาการให้คำปรึกษา 20 นาที เทียบกลุ่มกลุ่มที่ให้คำแนะนำ 3 นาที
 ในผู้สูบบุหรี่ 200 คน ผลการศึกษาทั้งในเดือนที่ 6 และ 12 พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 18.4
 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบสั้นที่เลิกได้ร้อยละ 3.4 โดยสรุปการให้โปรแกรมส่งเสริมการ
 เลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนิยมใช้หลัก 3A's สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) ให้
 คำแนะนำ (Advice) ติดตามผลทางโทรศัพท์ (Arrange follow-up)

Hamilton and Noerachmanto (2007) ใช้หลัก 3A's สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) ให้คำแนะนำ (Advice) โน้มน้าวใจ (motivation interviewing) ติดตามผลทางโทรศัพท์ (Arrange follow-up) เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วัดผลการหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนด คือ 1 เดือน พบว่า 1เดือนหลังได้รับโปรแกรม มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 18.2

Bock et al. (2008) งานวิจัยในผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่จำนวน 543 คนที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า กลุ่มทดลอง ให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivation interviewing (MI) 30 นาทีร่วมกับ ซึ่งกล่าวถึงอันตรายและโทษจากการสูบบุหรี่ที่เชื่อมโยงสุขภาพในแต่ละบุคคล การโน้มน้าวให้เลิกบุหรี่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 กลุ่มควบคุม ได้เป็นการพยาบาลปกติคือ เอกสารแนะนำการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการแนะนำส่งต่อไปคลินิกเลิกบุหรี่ วัดผล การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดคือ 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถเลิกบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 27.3 เทียบกับกลุ่มการพยาบาลตามปกติที่เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 16.8

Greenberg, Weinstock, Fenimore, and Sierzega (2008) กลุ่มทดลองจำนวน 150 คน ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ 2-3 นาที วัดผลหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนวันที่ประเมินผล ณ จุดที่กำหนดไว้ (point prevalence abstinence) ในเดือนที่ 3 ผลการทดลองกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 4% และ 6.7% สูบบุหรี่ลดลง

Ersel et al. (2010) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับ 5 นาที ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เทียบกับแผนกผู้ป่วยนอก โดยให้โปรแกรมเหมือนกันทั้งสองแผนก ผลการศึกษาพบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 14.7 และร้อยละ 7.5 ในแผนกผู้ป่วยนอก

Shahab et al. (2011) ศึกษาในผู้สูบบุหรี่ 160 ราย ในกลุ่มทดลองโดยให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ โรคทางระบบหายใจ และการแนะนำให้เลิกบุหรี่แบบกระชับ วัดผล หยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนวันที่ประเมินผล ณ จุดที่กำหนดไว้ (point prevalence abstinence) พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ส่งผลให้มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ดีขึ้น จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลง

Simerson and Hackbarth (2018) ศึกษาการให้คำแนะนำแบบกระชับโดยพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 83 คน โดยการอบรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับใน

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื้อหาประกอบไปด้วย Ask Advise และ refer กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 7,465 ราย ผลการทดลองพบว่า 6.3% ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับคำแนะนำแบบกระชับยินยอมในการส่งเพื่อเพื่อช่วยบำบัดเลิกยาสูบ (accept smoking-cessation referrals)

จากงานวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการใช้หลัก 3A's มาใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งประกอบไปด้วย **Ask** สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ คือ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ที่เข้ารับบริการ และบุคคลในครอบครัวร่วมกับบันทึกข้อมูลที่ได้ลงในเวชระเบียนผู้ป่วย **Advise** แนะนำให้เลิกบุหรี่ คือ พูดและแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดโดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (Clear) หนักแน่น (Strong) และเข้ากับสถานะของผู้ป่วยหรือปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย (Personalized) โดยให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) ที่อธิบายถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง (อารยา ทองผิว และคณะ, 2559) จะเป็นการให้ความรู้แบบกระชับแต่ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพยาสูบสำเร็จได้ เมื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (M. Fiore et al., 1996; McRobbie et al., 2008; C Silagy & Stead, 2001; Stead et al., 2008; US Department of Health and Human Services, 2014; เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, 2552) **Arrange** ติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (วันที่ 3 หลังได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ) และ ครั้งที่ 2 (ระหว่างวันที่ 10-14 หลังได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ) เพื่อติดตามอาการ ปัญหา อุปสรรค ในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีมีการวิจัยโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ว่าจะสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้หรือไม่

3. การเลิกบุหรี่

3.1 ความหมายของการเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่ หมายถึง การหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 7 วันที่ผ่านมา (Seven-day point prevalence) (Hayford et al., 1999; Moore et al., 2009; Strecher et al., 2008; Whittaker et al., 2009)

การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่สอบถามเป็นระยะตั้งแต่ 30 วันขึ้นไป (Hughes, Keely, & Naud, 2004) การเลิกบุหรี่เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงประสิทธิผล

ของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992) ได้จำแนกผลลัพธ์การเลิกบุหรี่ได้ดังนี้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

1) การเลิกบุหรี่ ณ จุดเวลาที่กำหนด (point prevalence abstinence) หมายถึง การวัดว่าเลิกบุหรี่ได้หรือไม่จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 24 ชั่วโมงที่ผ่านไป 7 วันที่ผ่านมา ก่อนวันประเมิน (Velicer et al., 1992)

2) การหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) หมายถึงการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องโดยทั่วไปสามารถได้ทั้ง 24 ชั่วโมง 7 วัน หรือ 30 วัน (Velicer et al., 1992)

3) การเลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน (prolonged abstinence) หมายถึงการหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 7 เดือนขึ้นไป (Velicer et al., 1992)

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินการหยุดสูบบุหรี่จากการสอบถามว่า ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันต่อเนื่องกันประเมิน ณ จุดที่กำหนดไว้คือ 1 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3.2 ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่

การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่และการส่งเสริมให้เลิกบุหรือนั้นต้องพิจารณาหลายประการ อาทิ เพศ อายุ การศึกษา เพื่อจะได้ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเหมาะสม โดยมีปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถทำนายความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556) ได้ดังต่อไปนี้

1) เพศ เพศนับเป็นปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ แต่ผลการวิจัยยังไม่สอดคล้องกัน โดยพบว่าเพศชายมีแนวโน้มจะเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้หญิง (Ferguson et al., 2003; Monso, Campbell, Tønnesen, Gustavsson, & Morera, 2001; Nollen et al., 2006) แต่งานวิจัยในประเทศเยอรมันและในประเทศไทย กลับพบว่าในเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จมากกว่าเพศชาย (Haug et al., 2010)

2) อายุ อายุที่แตกต่างกันจะมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่แตกต่างกัน พบว่าช่วงอายุ 31-35 ปี เป็นช่วงที่เลิกยากที่สุด ซึ่งมักอ้างความเครียดจากการทำงานและภาวะเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่เลิกได้ในช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป สาเหตุจากสุขภาพเริ่มเสื่อมลง เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของHonjo, Iso, Inoue, and Tsugane (2010) พบว่า ผู้สูบบุหรี่อายุน้อยมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ยากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

3) สถานภาพสมรส บุคคลที่มีครอบครัวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด ถึง 1.63 เท่า (สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2551)

4) อาชีพ ผู้สูบบุหรี่ที่มีงานทำมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า

(Pisinger, Vestbo, Borch-Johnsen, & Jørgensen, 2005) และลักษณะงานที่ต้องอยู่ใกล้กับคนสูบบุหรี่ เช่น พนักงานขับ บาร์ ส่งผลให้มีอาการอยากสูบบุหรี่มากกว่าอาชีพอื่นๆ (พรรณนิภา หงษ์อินทร์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2558)

5) ภาวะติดยาโคติน ระดับการติดยาโคตินนิยามวัดด้วย The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ซึ่งค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับการติดยาโคตินที่สูง (Tanriover, Karamustafalioglu, Tezvaran, Kaplan, & Tomruk, 2013) การติดยาโคตินเป็นปัจจัยที่ทำนายการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือยิ่งติดยาโคตินมากโอกาสเลิกได้ยิ่งน้อยกว่าคนที่ติดยาโคตินในระดับที่ต่ำกว่า (Ferguson et al., 2003; Grandes, Cortada, Arrazola, & Laka, 2003; Hagimoto, Nakamura, Morita, Masui, & Oshima, 2010; Haug et al., 2010; Lacasse, Lamontagne, Martin, Simard, & Arsenault, 2008)

6) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอน จากการศึกษาระยะเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน (Lando, Henrikus, McCarty, & Vessey, 2003) ศึกษาปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย 1,477 คน พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มวนแรกหลัง 60 นาทีที่ตื่นนอน มีแนวโน้มจะเลิกบุหรี่สำเร็จมากกว่าคนที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน 5 นาที

7) จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกบุหรี่เพียงครั้งเดียว มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จมากกว่าคนที่พยายามเลิกตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็น 2.76 เท่า (สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ, 2551) และการพยายามเลิกบุหรี่มากกว่า 1 ครั้ง มีอิทธิพลในทางลบต่อการเลิกบุหรี่ (Lee & Kahende, 2007)

8) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็น พบว่าผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงคือ มีความเชื่อมั่นว่าจะเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จคิดเป็น 9.8 เท่า (MacKenzie, Pereira, & Mehler, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2010) พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่มั่นใจมากกว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความมั่นใจ 1.94 เท่า

9) ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จ (Borrelli, Hayes, Gregor, Lee, & McQuaid, 2011) และหากผู้สูบบุหรี่ไม่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าจะมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า (Helgason et al., 2004)

10) แรงจูงใจ จากการศึกษาของ Colby et al. (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระซิบต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 85 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจแบบกระซิบ มีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamilton and Noerachmanto (2007) ที่ใช้ motivation interviewing เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการวัยรุ่นที่เข้า

รับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 18.2

3.3 อาการถอนนิโคติน

สารนิโคตินเป็นสารเคมีที่ไม่มีรสชาติ ซึ่งยาสูบและพืชชนิดอื่นๆจะสร้างขึ้นเพื่อเป็นสารในการไล่แมลง โดยสารนิโคตินนั้นมีความสามารถในการเสพติดเทียบเท่าเฮโรอินหรือโคเคน ผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินนำความอยากที่มีมากให้กับผู้เสพบุหรี่ และทำให้ผู้สูบบุหรี่นั้นเสพติดไปกับคุณสมบัติของ สารนิโคติน ในแต่ละครั้งที่สูดดมควันจากบุหรี่ สารนิโคตินได้ดูดซึมเข้าปอดและดูดซึมเข้าไปในกระแส เลือด (John H, 1998) และสารนิโคตินยังกระจายไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกายไปพร้อมกับคาร์บอน โมนออกไซด์และสารพิษอื่นๆ ซึ่งสารพิษเหล่านั้นจะส่งผลกระทบต่อหัวใจ เส้นเลือด ฮอโมน สมอ และส่วนต่างๆของร่างกายอีกมาก สารนิโคตินที่สูดดมสามารถเดินทางเข้าสู่สมองได้รวดเร็วกว่ายาที่ ฉีดผ่านหลอดเลือดดำ โดยสารนิโคตินมีผลข้างเคียงดังต่อไปนี้

- กระตุ้นประสาทระบบส่วนกลาง ทำให้มีการตื่นตัวมากกว่าปกติ
- ยกระดับอารมณ์ ให้ความรู้สึกดี มีความสุข
- ลดความอยากอาหาร
- เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ 10-20 ครั้งต่อนาที
- เพิ่มความดันโลหิตที่ 5-15 มิลลิเมตรปรอท
- ก่อให้เกิดอาการเหงื่อออก คลื่นไส้ ท้องเสีย
- ร่างกายผลิตน้ำลายและเสมหะมากขึ้น

การสูบบุหรี่เป็นการเสพติดอย่างสูง เนื่องจากสารนิโคตินจะทำให้ผู้เสพรู้สึกมีความสุขและยัง เป็นที่พึงทางร่างกายและจิตใจได้ด้วย นอกจากนี้ ยิ่งเพิ่มขนาดการสูบบุหรี่มากเท่าไรก็จะเกิดความชิน ากับสารนิโคตินมากขึ้นเท่านั้น นั่นคือผู้เสพจะต้องสูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลาเพื่อรักษาระดับนิโคตินให้อยู่ใน ปริมาณเท่าเดิม

อาการถอนนิโคติน ร้อยละ 70-90 ของผู้ที่สูบบุหรี่บอกว่าอาการขาดนิโคตินเป็นเหตุผล สำคัญที่ทำให้ไม่ยอมเลิกบุหรี่ ซึ่งจะเริ่มรู้สึกถึงผลข้างเคียงของการขาดสารนิโคตินเร็วและรุนแรงกว่าผู้ ที่สูบบุหรี่ไม่จัด อาการถอนนิโคตินจะเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 2-3 วันแรกหลังจากสูบบุหรี่มวนสุดท้าย ซึ่ง อาการที่พบได้บ่อยดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2557)

- อาการอยากนิโคตินเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง
- วิตกกังวล กระสับกระส่าย เบื่อ
- มีอาการซึมเศร้า เครียด หงุดหงิดง่าย
- มีอาการร่งวงซึม ไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร
- รู้สึกเครียด กระวนกระวาย หรือสิ้นหวัง

- ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน
- มีอาการอยากอาหารมากขึ้น อาจจะทำให้มีน้ำหนักตัวมากขึ้นจากการรับประทานอาหารบ่อยๆ มีอาการท้องผูกหรือมีลมในกระเพาะอาหาร
- ไอ ปากแห้ง เจ็บคือ น้ำมูกไหล

การรับมือกับอาการถอนนิโคติน อาการถอนนิโคตินจะเริ่มมีอาการ 2-3 ชั่วโมงแรกทันทีที่ร่างกายรับรู้ว่าคุณขาดสารนิโคติน การพยายามอดทนและหากิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการถอนนิโคตินสรุปรวๆได้ดังนี้ (ครรชิต ลิขิตธนสมบัติ, 2561; จีรภา ชุมจันทร์, 2551)

- อาการอยากบุหรี่ หงุดหงิด วิธีการแก้ไขคือ ยึดเวลาออกไปโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ ด้วยการทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน อย่าให้มีว่าง หายใจเข้าออกลึกๆอย่างน้อย 3 ครั้ง ให้สมองได้รับออกซิเจนสมองจะได้ผ่อนคลาย ดื่มน้ำ โดยอมไว้ในปากสักครู่แล้วค่อยกลืน หามะนาวที่มีเปลือกค่อยๆดูดความเปรี้ยวอย่างช้าๆนานๆ 3-5 นาที จากนั้นเคี้ยวทั้งเปลือกจะทำให้ลิ้นขม เพื่อน จะช่วยลดความอยากลงได้ และสามารถใช้เวลาไม่ชนิดอื่น เช่น ส้ม มะขาม มะยม มะดัน มะม่วง เป็นต้น ซึ่งมีความเปรี้ยวมากๆอมไว้ทุกครั้งที่มีอาการอยากบุหรี่

- อาการโกรธง่าย ขุ่นเคือง วิธีแก้ไข คือ หยุดพักสักครู่ นวดคอ ศรีษะ หรือเปลี่ยนอิริยาบถ หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ หรือทำสมาธิ ย้ำเตือนตนเองเสมอว่าความเครียดเป็นธรรมชาติของคนที่ยพยายามเลิกบุหรี่ ต้องบอกตนเองให้อดทน อีกไม่นานจะดีขึ้นเอง

- เศร้า หดหู่ วิธีแก้ไข คือ คิดถึงความสุขที่เกิดขึ้นในอนาคตเมื่อสามารถเลิกบุหรี่ได้พักผ่อนด้วยการนอนหลับหรือออกไปสูดอากาศบริสุทธิ์

- ปวดมีนศีรษะ อาบน้ำ เช็ดตัวด้วยผ้าเย็น ดมยาดมสมุนไพร นอนพัก หรือออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินเล่น แกว่งแขน

- นอนไม่หลับ กระจกกระสาย วิธีแก้ไขคือ จัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนให้สงบ เงียบ แสงสว่างไม่มาก ก่อนนอนอาบน้ำอุ่น ดื่มนม น้ำอุ่นๆ งดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือสารกระตุ้นทุกชนิดหลังเที่ยงวัน เข้านอนทันทีที่รู้สึกง่วง หากนอนไม่หลับให้ลุกไปทำกิจกรรมอย่างอื่นที่สบายใจเมื่อง่วงจึงกลับมาอนใหม่

- ท้องผูก วิธีแก้ไขคือ ดื่มน้ำ 1-2 แก้ว ทันทีที่ตื่นนอน เข้าห้องน้ำเวลาเดิมให้สม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น เช่น ผลไม้สด ผักสด ข้าวกล้อง ธัญพืช เป็นต้น

4. โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ

โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างมีแบบแผน ประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และ

สาธารณสุข (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และคณะ, 2555) และการทบทวนวรรณกรรม ใช้ 3A's (Ask, Advise-Arrange follow up) โดยคำแนะนำแบบกระชับ 10-15 นาที แจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ บันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ ประเมินแบบทดสอบการติดบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) เพื่อประเมินระดับการเสพติดนิโคตินว่าอยู่ในระดับใด ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ แนวทางปฏิบัติคือ ชักประวัติการสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยมาขึ้นบัตร หรือมารับบัตรนัด หรือเมื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจรักษาด้วยคำถาม

ตัวอย่างคำพูด เช่น “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่” “เรามาคุยกันนะคะ/ครับ ว่าคุณติดบุหรี่ในระดับใด” “ตอนนี้คุณมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับใด”

แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ ให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) ที่อธิบายถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิดอย่างไร ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ พูดและแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดโดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (Clear) หนักแน่น (Strong) และเข้ากับสถานะของผู้ป่วยหรือปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย (Personalized)

ตัวอย่างคำพูด เช่น “พยายามคิดว่าคุณต้องเลิก บุหรี่/ยาสูบ นะ โรคหัวใจของ คุณจะได้ไม่กำเริบแบบนี้อีก” (เชื่อมโยงกับสุขภาพ) “สาเหตุที่ลูกของคุณต้อง มีอาการกำเริบของโรคหืด เป็นประจำแบบนี้ ก็เพราะ คุณสูบบุหรี่/ยาสูบ พยายาม ขอให้คุณเลิกบุหรี่/ยาสูบ โดยทันทีนะครับ/คะ เพื่อ สุขภาพของลูกคุณเอง” (เชื่อมโยงกับคนที่รัก) “พยายามคิดว่าคุณต้องเลิก บุหรี่/ยาสูบ นะครับ/คะ นอกจากจะประหยัดเงินได้ แล้วยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้อง รักษาอาการหอบเหนื่อย ของคุณด้วย” (เชื่อมโยงกับ เศรษฐกิจ) “พยายามขออนุญาตแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากบุหรี่นะครับ/คะ”

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วย เทคนิค Star หรือ 4 ล คือ **เลือกวัน** (Set a target quit date) กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ **ลั่นวาจา** (tell family and other) บอกคนในครอบครัวให้ทราบว่าจะเลิกบุหรี่และขอกำลังใจจากครอบครัว **ละอุปกรณ์** (Remove all tobacco-related product) กำจัดบุหรี่ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด **พร้อมลงมือ** (Anticipate challenges) วางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ การรับมืออาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้น จากนั้นสรุปผลทวนซ้ำวันที่ผู้ป่วยกำหนดเลิกบุหรี่ นัดหมายการติดตาม

ตัวอย่างคำพูด เช่น “เรามากำหนดวันเลิกยาสูบคือ วันนี้เลยนะคะ” “คุณขอเวลาเตรียมตัวเตรียมใจ ขอให้กำหนดวันเลิกยาสูบต้องอยู่ภายใน 2 สัปดาห์ ดั่งนี้นะคะ คือวันที่.....” “...วันนี้คุณ

ตกลงใจจะเลิก บุหรี่/ยาสูบ พยาบาลพร้อมจะ ช่วยเต็มที่ นับจากวันนี้ให้หยุด บุหรี่/ยาสูบ ทันที (Set target date) ขอให้คุณบอกกับคนใน ครอบครัวว่าคุณตัดสินใจจะเลิก บุหรี่/ยาสูบแล้ว ขอให้คุณ ตั้งใจ และไม่ให้ไปเข้า วงเหล้า ใน 2-3 สัปดาห์ต่อจาก นี้ หลีกให้ไกลจากคนที่สูบบุหรี่/ ยาสูบ ออก กำลังกายสม่ำเสมอ และทิ้งอุปกรณ์ที่ ใช้สูบให้หมด”

จากนั้นสรุปผล ทวนซ้ำวันที่ผู้ป่วยกำหนดเลิกบุหรี่ นัดหมายการติดตาม

ตัวอย่างคำพูด เช่น “พยาบาลขอติดตามดูอาการ ของคุณหลังเลิกยาสูบทางโทรศัพท์ ที่ คลินิก หน่วยตรวจแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนะคะ/ครับ” นัดครั้งแรกวันที่ 3 หลังได้รับโปรแกรม และ ครั้งที่ 2 วันที่ 10-14 หลังได้รับโปรแกรม

ครั้งที่ 2 ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลัง กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ เพื่อติดตามอาการอนนิโคตินที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรค ต่างๆที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ

ตัวอย่างคำพูด เช่น “เมื่อเลิกสูบบุหรี่ ระดับนิโคตินในกระแสเลือดจะลดลง ก่อให้เกิดอาการ ขาดสารนิโคติน คือ วิดกกังวล โกรธง่าย หงุดหงิด อารมณ์หลุดง่าย และกระสับกระส่าย ซึ่งอาการจะ มากใน 2-3 วัน จากนั้นอาการจะบรรเทาลง และภายในระยะเวลาเพียง 72 ชั่วโมง หากคุณไม่สูบบุหรี่ และไม่ได้รับควันบุหรี่มือสองเลย อาการต่างๆ ที่สมองกลับมาควบคุมตนเองจะเริ่มปรับตัว นิโคติน หมดไปจากร่างกาย ออกซิเจนกลับเข้าสู่ระดับปกติ แต่ยังต้องใช้เวลาประมาณ 10 – 14 วัน ที่อาการ ไม่สุขสบายต่างๆ จะลดลงเกือบปกติหรือหมดไป” (2-10 นาที)

ครั้งที่ 3 ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2) ในวันที่ 10 – 14 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับเพื่อติดตามอาการ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่ เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจ สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ ควรใช้แนวทาง “3ย” ดังนี้ - ย ยกย่อง ให้กำลังใจ ชมเชย - ย ย้อนรอย ถามถึง ความรู้สึกต่อสภาพ ร่างกายและจิตใจ ปัจจุบัน เทียบกับใน อดีตขณะที่ยังเสพอยู่ - ย ย้ำๆ กระตุ้นให้ ผู้ป่วยบอกวิธีป้องกัน การกลับไปสูบ อีก และ ในรายที่ยังเลิกไม่ได้ หรือกลับมาเสพซ้ำ ควรใช้มาตรการสร้าง แรงจูงใจ “5R” แนวทาง “5R” ซึ่งประกอบด้วย Relevance ชี้ให้เห็น ว่าการเสพยาสูบเป็น ปัญหาและมีความ สัมพันธ์กับ ปัญหาทาง สุขภาพของตัวผู้เสพเอง อย่างไร Risks เน้นย้ำถึงผลเสีย จากการเสพยาสูบทั้งใน ระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งผลต่อครอบครัว ข้างด้วย Reward เน้นย้ำถึงผล ดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดย เฉพาะที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับผู้ป่วย Roadblock วิเคราะห์ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการเลิก เสพ พร้อมเสาะหาแนวทาง แก้ไข Repetition พยาบาล ให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุก ครั้งที่พบผู้ป่วยและยัง คงเสพยาสูบอยู่ (2-10 นาที)

5. บทบาทของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีศักยภาพสูงในการควบคุมการบริโภคยาสูบ จากการเป็นบุคลากรต้นแบบของการไม่สูบบุหรี่ มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ให้การดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนให้บริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบและปฏิบัติตามจรรยาปฏิบัติของวิชาชีพสุขภาพเพื่อการควบคุมยาสูบอย่างเข้มแข็ง ดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการ จึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบรวมทั้งช่วยให้เลิกบุหรี่ โดยบทบาทของพยาบาลสามารถสรุปได้ดังนี้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

1) บทบาทการให้ความรู้ เป็นการผสมผสานระหว่างการนำผลการวิจัยต่างๆมาใช้ในการให้ความรู้อย่างเป็นระเบียบ แบบแผน ให้ข้อมูลพร้อมชี้แนะแนวทาง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่ใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคือเด็ก วัยรุ่น และผู้หญิงวัยทำงาน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่เข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ามารับการบริการในโรงพยาบาล การให้ความรู้ผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้อง

2) บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน เป็นการประสานความร่วมมือในการควบคุมยาสูบระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เป็นการส่งเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้การส่งเสริมการเลิกบุหรี่เกิดขึ้น

3) บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา การเป็นที่ปรึกษาแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในเรื่องประวัติการสูบบุหรี่ การเสพติดบุหรี่ รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่อย่างเป็นกันเอง คำแนะนำที่ใช้ต้องชัดเจน ใช้คำพูดเชิงบวก และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นพิษภัยของบุหรี่ ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้

4) บทบาทผู้ให้การดูแล การให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ช่วยสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

5) บทบาทด้านการวิจัย เป็นแกนนำและมีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิจัย ซึ่งเป็นอีกมาตราหนึ่งในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ที่ประเทศไทยต้องดำเนินการ เผยแพร่งานวิจัย

เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ การนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งจะทำให้การพยาบาลมีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นแผนกที่รักษา บำบัด พับฟู และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เปิดตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันทำการไม่มีวันหยุด เป็นการบริการผู้ป่วยฉับพลันซึ่งผู้ป่วยที่มาด้วยอาการฉุกเฉินที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า อาจจะมาใช้บริการเองหรือนำส่งโดยรถพยาบาล แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงต้องทำการบำบัดรักษาเบื้องต้นเพื่อให้พ้นขีดอันตราย เมื่ออาการดีขึ้น จึงส่งต่อไปที่แผนกผู้ป่วยใน ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าในกรณีที่เกิดศักยภาพโรงพยาบาล หรือจำหน่ายกลับบ้านหากอาการดีขึ้นเป็นปกติ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่ไม่เพียงแต่รักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเท่านั้น แต่ยังให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทอีกด้วย (Boudreaux et al., 2006)

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วย ระบบคัดแยกที่นิยมใช้ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขคือระบบ Emergency Severity Index :ESI ระบบ ESI จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับคือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ใช้สัญลักษณ์สีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใน 0-4 นาที เช่น ผู้ป่วยหมดสติไม่รู้สีกตัว ไม่หายใจ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ใช้สัญลักษณ์สีชมพู หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาใน 10 นาที ระดับความรุนแรงน้อยกว่า) ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) เช่น ผู้ป่วยที่สัญญาณชีพอยู่ในภาวะอันตราย ซึม สับสน เจ็บแน่นหน้าอกปวดมากจนทนไม่ไหว 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเหลืองสามารถรอรักษาได้ใน 30 นาที เช่นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหรือส่งตรวจหลายชนิด ได้แก่ การตรวจเลือด เอ็กซเรย์ ฉีดยา เป็นต้น 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเขียว รอตรวจรักษาภายใน 60 นาที เช่น ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพียงอย่างเดียว ได้แก่ ตรวจเลือด หรือ เอ็กซเรย์ หรือ ฉีดยา 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีขาว รอตรวจรักษาภายใน 2 ชั่วโมงเช่น ผู้ป่วยที่สามารถรอตรวจที่คลินิกทั่วไป หรือสามารถนัดมาวันอื่นได้ เช่น ผู้ป่วยฉีดยา ทำแผลเก่า ขอรับยาเดิม เป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2558) ในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต และผู้ป่วยเจ็บป่วยที่รุนแรงจะได้รับการรักษาทันที ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไป อาจรอการตรวจรักษาได้

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจะได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ (การคัดกรองหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น อย่างรวดเร็วและตัดสินใจระบุประเภทของผู้ป่วย ตามลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย) เมื่อพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยตามระดับ

ความเร่งด่วนแล้ว พยาบาลซักประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญที่มา โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ให้การพยาบาลเบื้องต้น ส่งผู้ป่วยรับการตรวจโดยแพทย์ พยาบาลเฝ้าสังเกตอาการ และให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ในระหว่างรอการตรวจโดยแพทย์ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติได้

การซักประวัติการสูบบุหรี่ พยาบาลวิชาชีพจะซักประวัติการสูบบุหรี่ และลงบันทึกในเวชระเบียนตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หากผู้ป่วยมีประวัติยังคงสูบบุหรี่ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำสั้นๆ หรือแจกเอกสาร แผ่นพับ เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ร่วมด้วยได้ หากมีผู้ป่วยรอตรวจไม่มาก พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ อธิบายโทษของการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้ป่วย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ เพื่อส่งเสริมและจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ตลอดจนการแนะนำหน่วยงานที่บริการช่วยเลิกบุหรี่ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล หรือสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600

การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แม้จะไม่ได้มาด้วยความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ หากเราสามารถใช้เวลาช่วงระหว่างรอตรวจ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลาพร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) คือช่วงเวลาที่เหมาะสมถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lawson Peter et al., 2009) เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค ลดความรุนแรงของอาการหรือโรคที่เป็นอยู่ อันจะส่งผลถึงงบประมาณที่ต้องสูญเสียไปในการรักษาจากโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ ในประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.6) ผลจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 50,737 คน สร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจเท่ากับ 74,884 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2559)

จากข้อมูลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ปีงบประมาณ 2559 (12 เดือน ตุลาคม 2558-กันยายน 2559) มีผู้รับบริการทั้งหมด 74,949 คน เป็นผู้ป่วย emergency ทั้งหมด 5,040 คน ประเภท urgen ทั้งหมด 7,769 คน และผู้ป่วย non urgen ทั้งหมด 62,140 คน โดยมีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทั้งหมด 17,737 คน คิดเป็น 23.7 % ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ที่ทำการศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2554 ของจังหวัดศรีสะเกษพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ 24.98% ของประชากร โดยมาก

เป็นลำดับที่ 17 ของประเทศ ดังนั้น หากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มากขึ้นในทุกๆโอกาส จะช่วยลดงบประมาณของประเทศชาติได้เป็นจำนวนมาก

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่

นันทยาภรณ์ มะละศิลป์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ได้ศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นงานวิจัยแบบทดลอง โดยให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับการนัดจดจุดสะท้อน วัดผลคืออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ที่ยังสูบบุหรี่และนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาสารคาม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะวันแรกของการทดลอง หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3, 4, 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 2. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ (2558) ศึกษาผลของการติดตามให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเลิกสูบบุหรี่ มุ่งศึกษาผลของการติดตามให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ต่ออัตราความพยายามเลิกบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องที่ระยะเวลา 7 วัน, 30 วัน, 3 เดือน, และ 6 เดือน ความพึงพอใจในบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูบบุหรี่ที่มาใช้บริการเลิกบุหรี่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ผลการศึกษา พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องกัน 6 เดือน ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องกัน 6 เดือน (ร้อยละ 51.5) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.5 ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน คิดเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องกัน 6 เดือน เท่ากับ 0.51

พรธณินภา หงษ์อินทร์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวที่แผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับ คำแนะนำแบบกระซิบเพื่อเลิกบุหรี่ 3 ครั้ง ๆ ละ 15-20 นาที ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบไปด้วยการกระตุ้นให้รับรู้ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ การสร้างความคาดหวังของประสิทธิผลการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่ ติดตามการเลิกสูบบุหรี่ 7 วันก่อนวันประเมินผลที่กำหนดคือ 2

เดือน ยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 10 คน กลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้ 1 คน

ศรันยพิชญ์ ปาประลิต (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามผลการเลิกบุหรี่ ของพนักงานอุตสาหกรรมหลังคา จังหวัดสระบุรี เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่ได้รับการคัดกรองว่าพร้อมเลิกบุหรี่หรือกำลังเลิกบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามผลการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า พบว่า 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ในระยะติดตามกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 24 และร้อยละ 3.7 ตามลำดับ)

Colby et al. (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 85 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ คือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตราย ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ และจูงใจให้เลิกบุหรี่ ติดตามผลในเดือนที่ 1, 3, และ 6 รายงานผลโดย รายงานแบบบันทึกการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง Self-report data indicated that 7-day abstinence ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับ มีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้น

Hamilton and Noerachmanto (2007) ที่ทำการศึกษาโดยใช้หลัก motivation interviewing เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการวัยรุ่นอายุ 14-19 ปีที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 75 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม motivation interviewing ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำทั้งหมด 13 ข้อ เกี่ยวกับการสะท้อนกลับข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับบุหรี่ พุดคุยเกี่ยวกับอันตรายและโทษของบุหรี่ โน้มน้าวให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลิกบุหรี่ โดยไม่บังคับผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายที่จะเลิกบุหรี่ร่วมกัน เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (usual care) พบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ร้อยละ 18.2

Bock et al. (2008) ทำการวิจัยแบบทดลอง single- blinded RCT ในหน่วยสังเกตอาการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ จำนวน 543 คนที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และได้รับการรับไว้รักษาที่หน่วยสังเกตอาการ สำหรับสังเกตอาการใน 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มทดลอง ให้

คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ Motivation interviewing (MI) 30 นาทีร่วมกับ ซึ่งกล่าวถึงอันตรายและโทษจากการสูบบุหรี่ที่เชื่อมโยงสุขภาพในแต่ละบุคคล การโน้มน้าวให้เลิกบุหรี่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 กลุ่มควบคุม ได้เป็นการพยาบาลปกติคือ เอกสารแนะนำการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการแนะนำส่งต่อไปคลินิกเลิกบุหรี่ วัดโดยการหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดคือ 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถเลิกบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 27.3 เทียบกับกลุ่มการพยาบาลตามปกติที่เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 16.8

Borglykke, Pisinger, Jørgensen, and Ibsen (2008) ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการเลิกสูบบุหรี่ที่นำเสนอให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 223 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 102 รายและกลุ่มทดลอง 121 ราย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาซึ่งได้จากแบบรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและผลการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับ carbohemoglobin ในเลือด กำหนดระยะเวลาการวัดที่ 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 36 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 13

Ersel et al. (2010) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับ 5 นาที ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของช่วงเวลาที่เหมาะสมจะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เทียบกับแผนกผู้ป่วยนอก โดยให้โปรแกรมเหมือนกันทั้งสองแผนก ผลการศึกษาพบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 14.7 และร้อยละ 7.5 ในแผนกผู้ป่วยนอก

Bernstein et al. (2011) ได้ศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างได้โดยการสุ่ม เก็บข้อมูลในปี ค.ศ. 2006-2007 ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในเขตเมือง ที่รักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กว่า 90,000 คนต่อปี ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับ ได้รับเอกสารเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และกลุ่มทดลองได้รับเพิ่มคือโปรแกรม การเสริมแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ และการโทรศัพท์ติดตาม 3 ครั้ง ติดตาม 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม โดยติดตามทางโทรศัพท์และจดหมาย ผลทดลองพบว่า เมื่อถึงระยะเวลา 3 เดือน เกณฑ์ประเมินคือ การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดคือ 3 เดือน ประสิทธิภาพของโปรแกรมไม่ต่างกันมากนัก โดยกลุ่มทดลองมีส่วนการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 14.7 และ 13.2 ตามลำดับ และใน 24 ชั่วโมงแรก ที่หยุดสูบบุหรี่เมื่อออกมาจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (24-hour quit attempt since ED visit) กลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ได้ 117 คน (ร้อยละ 69.2) กลุ่มควบคุมหยุดสูบบุหรี่ได้ 111 คน

(ร้อยละ 66.1) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผลการวิจัยไม่ต่างกันมากนัก ยังไม่แน่ชัด แต่น่าจะมาจากการคัดกรองที่ได้ผู้ที่สนใจเลิกบุหรี่จริงๆไม่ได้ หรือการที่ intervention ไม่แน่นอนพอทั้งระยะเวลา ความถี่ในการให้ intervention เป็นต้น

Katz et al. (2012) ทำการศึกษางานวิจัยแบบ Quasi-experimental design การดำเนินการทดลองโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นการศึกษาผู้ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่มากกว่า 5 มวนต่อวัน และให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยแพทย์หรือพยาบาล โดยใช้หลัก 5As (ask, advise, assess, assist, arrange) ร่วมกับการให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief-intervention) จากนั้นมีการติดตามทางโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 650 คน ที่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล ในการส่งเสริมสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก 5A's สามารถส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 25 จากเดิมที่เป็นร้อยละ 18 นอกจากนี้ร้อยละ 47 มีความพึงพอใจกับบทบาทของตนในการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ หลังจากการให้โปรแกรม (เมื่อเทียบกับร้อยละ 28 ก่อนได้รับโปรแกรม)

Bernstein et al. (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่และสิ่งเสพติด โดยทำการศึกษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบทดลองในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ฉุกเฉิน (non emergency) จำนวน 48 ราย ที่ติดบุหรี่และสิ่งเสพติด (เน้นที่สุราและบุหรี่) กลุ่มทดลองให้ คำแนะนำแบบกระชับ (brief intervention) โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) และเอกสารส่งเสริมการเลิกบุหรี่สารเสพติด และกลุ่มควบคุมได้เป็นเอกสารส่งเสริมการเลิกบุหรี่สารเสพติด เพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรมวัด พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5

Choi et al. (2013) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในวัยแรงงานอายุ 19 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในกรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ กลุ่มทดลอง 44 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ได้รับความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ 5-10 นาที และได้รับคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง กลุ่มควบคุม 51 คน ได้รับคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว วัดผล 4 สัปดาห์หลังได้รับโปรแกรม ด้วยการสอบถามระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่และผลการเลิกบุหรี่ทางอีเมลล์หรือทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น 22.7% เทียบกับ 5.9% ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 4.5% เทียบกับ 2% ในกลุ่มทดลอง

Berndt et al. (2014) การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โทรศัพท์ติดตามผลและการให้คำปรึกษาต่อหน้าในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เลิกบุหรี่ เป็นงานวิจัยแบบทดลองเก็บข้อมูลระหว่างปี 2009-2012 เก็บข้อมูลจาก 46 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเมืองในประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำการศึกษาการ

เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารี แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มคือ การพยาบาลปกติ 245 ราย กลุ่มให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 223 ราย และกลุ่มให้คำปรึกษาต่อหน้า 157 ราย นิยามคือผู้สูบบุหรี่อายุ 21 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่มากกว่า 21 มวนต่อวัน ติดตามทางโทรศัพท์เมื่อถึงเดือนที่ 6 ผลจากการศึกษาจากการวัดเมื่อเดือนที่ 6 หลังได้รับโปรแกรม (ค่านิยามคือ 7 วัน ก่อนวัดไม่สูบบุหรี่เลย คำถามคือเจ็ดวันที่ผ่านมาคุณสูบบุหรี่หรือไม่) พบว่ากลุ่มที่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และกลุ่มให้คำปรึกษาต่อหน้า สามารถเลิกบุหรี่ได้ในระดับสูงกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มการพยาบาลตามปกติสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 31.5 กลุ่มการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 42.2 และกลุ่มการให้คำปรึกษาต่อหน้าสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 40

Lam, Cheung, Leung, Abdullah, and Chan (2015) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่ไม่ยอมเลิกบุหรี่ง่ายๆ (Hardcore Smokers) โดยใช้การวิจัยแบบทดลองโดยใช้การสุ่มได้กลุ่มตัวอย่าง 1154 คน ในกลุ่มที่ไม่ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ โดยติดตามผลเมื่อ 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรม โปรแกรมเป็นการให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) ในการเลิกบุหรี่ คือ ได้รับ การปรึกษาแบบต่อหน้า 15 นาที จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอธิบายถึงจุดมุ่งหมาย ความสำคัญ ประโยชน์ ที่แม้จะเลิกยากแต่ก็มีวิธีการที่สามารถทำให้เลิกได้ และได้รับนิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy: NRT) ใน 8 สัปดาห์ เครื่องมือวัดการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 6 โดยวัดจากแบบบันทึกการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง ค่านิยามคือ 7 day point prevalence of tobacco abstinence ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 16.67 โดยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ร้อยละ 8.33

Mahabee-Gittens, Khoury, Ho, Stone, and Gordon (2015) ทำการทดลองโดยให้คำปรึกษาแบบกระชับในกลุ่มตัวอย่างที่มีเด็กในการดูแล จำนวน 100 ราย โดยให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ วัดผลเดือนที่ 3 และ 6 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่สูบบุหรี่ เป็นผู้หญิง 50.5% อายุเฉลี่ย 30.8 ปี สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลง อัตราการเลิกบุหรี่เป็น 12.2% ในระยะ 3 เดือน หลังได้รับโปรแกรม และ 14.6% ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรม

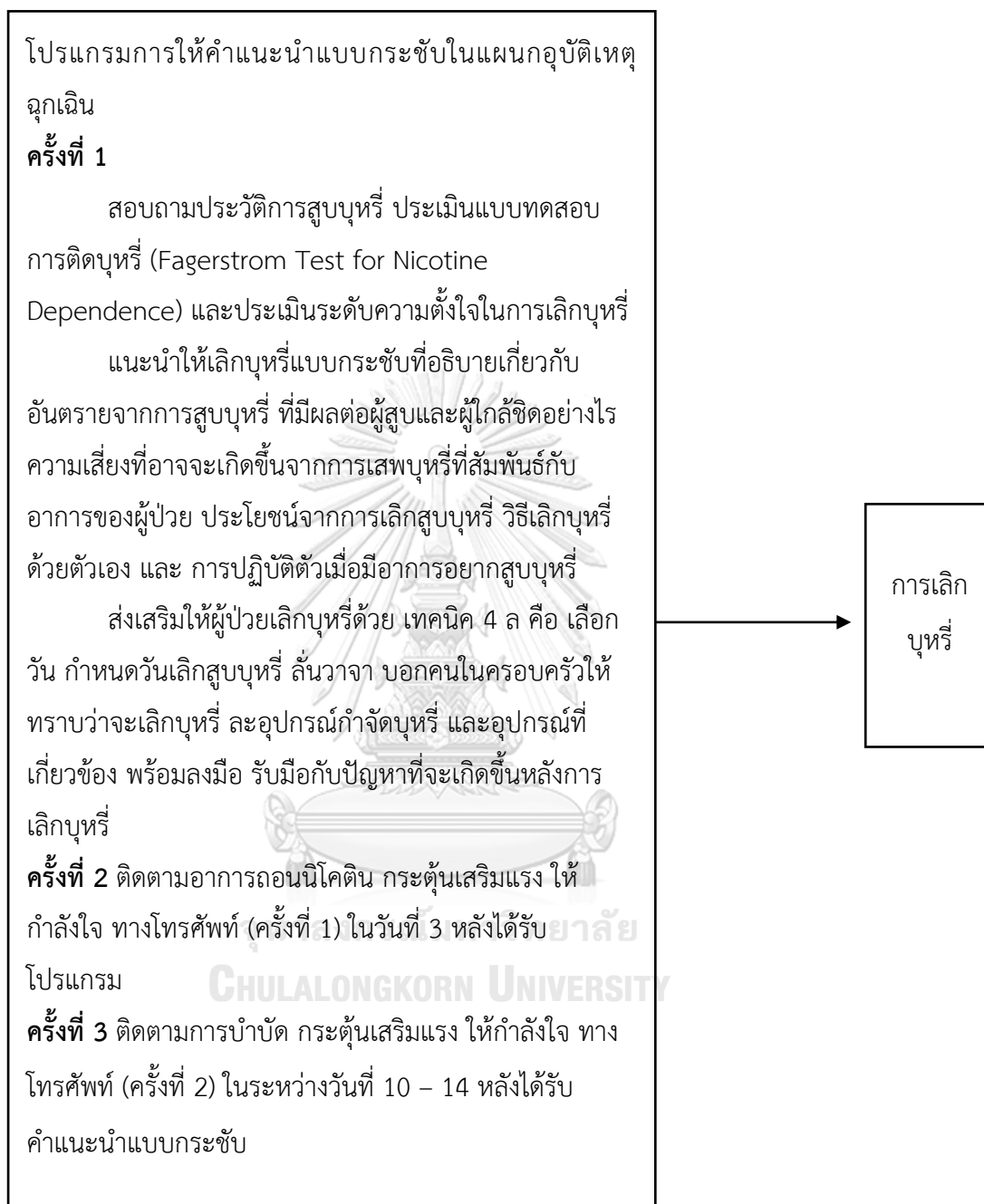
Bartsch, Härter, Niedrich, Brütt, and Buchholz (2016) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากรายงานด้วยตนเองในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ของแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้ 5A's ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 97 เรื่อง คัดเลือกงานวิจัยที่ปรากฏระหว่างปี ค.ศ. 2010-2015 จากผลการศึกษาพบว่า The clinical practice guideline of the US Public Health Service ได้แนะนำให้ใช้ 5A's ในแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการเลิกบุหรี่จะมีประสิทธิภาพมากหากใช้ตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติ แต่ก็ไม่ได้มีการใช้ทั้งกระบวนการในหน่วยงานการแพทย์ปฐมภูมิ แพทย์มีการใช้ “Ask” 65%, “Advise” 63%, “Assess” 36%, “Assist” 44% และ “Arrange” 22% ซึ่ง

จากภาพรวมมีการใช้ ask และ advise มากที่สุด ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้อาจจะแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัยและให้ผลที่แตกต่างกัน อยู่ที่ผู้วิจัยจะเลือกใช้ให้เหมาะกับงานวิจัยที่ตนเองออกแบบจุดประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้ 5A's ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย โดยนิยมใช้ “Ask” 65% , “Advise” 63% มากที่สุด

Marshall et al. (2016) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำแบบกระชับที่ภาคีกรองที่คลินิกโรคปอด โดยให้คำแนะนำแบบกระชับประมาณ 25 นาที กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 55 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 รายและ กลุ่มควบคุม 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ 25 นาที เอกสารส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนเลิกบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับ เอกสารส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนเลิกบุหรี่ วัตถุประสงค์ 1 ปีหลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 14.3 และกลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 18.5

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นนั้นพบว่า งานวิจัยการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการทำวิจัยกันอย่างแพร่หลาย โดยส่วนมากนิยมใช้ 5A's เป็นพื้นฐานแล้วนำมาประยุกต์ในรูปแบบต่างๆในงานวิจัยของตน เช่น 3A's ที่ใช้ ask advise arrange เป็นต้น และนิยมให้คำแนะนำแบบกระชับ (brief intervention) เพื่อช่วยส่งเสริมในการเลิกบุหรี่ โดยให้คำแนะนำ/คำปรึกษาแบบกระชับ มีการติดตามอาการทางโทรศัพท์ การสอบถามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ หรือมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยเพื่อยืนยันผลในการเลิกบุหรี่

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน วัดผลหลังการทดลอง (Two group post test only) มีรูปแบบการทดลองดังนี้

	กลุ่มควบคุม	O_1
	กลุ่มทดลอง	O_2
โดยกำหนด	O_1	หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
	O_2	หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้หลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ
	X_1	หมายถึง การให้คำแนะนำแบบกระชับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์คัดเลือก Inclusion criteria

- ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไปอายุ 18-59 ปี
- สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก
- ไม่มีอาการผิดปกติทางจิต
- ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารนิโคตินทดแทนเพื่อเลิกบุหรี่
- ไม่เข้าร่วมหรืออยู่ในโครงการวิจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

เกณฑ์คัดออก Exclusion criteria ได้แก่

- เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด (4 ครั้งในกลุ่มทดลองและ 2 ครั้งในกลุ่มควบคุม) หรือไม่สามารติดติดต่อได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมี 30 คน และหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 30 คน ซึ่งการศึกษานี้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน (Polit & Beck, 2004) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ อายุ ห่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับการติดนิโคติน คือ แบ่งเป็นติดนิโคตินน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยใช้แบบวัดการติดนิโคตินจาก the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ทรงจิต วาทีสารกิจ, 2553)

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการตอบแบบประเมินที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 1-10 กรกฎาคม 2561 จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 11-31 กรกฎาคม 2561 โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ อายุ และระดับการติดนิโคติน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจับคู่ (matched pair) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยตัวแปร เพศ อายุ และระดับการติดนิโคติน

คู่ที่	กลุ่มควบคุม n=30			กลุ่มทดลอง n=30		
	เพศ	อายุ(ปี)	ระดับการติดนิโคติน	เพศ	อายุ(ปี)	ระดับการติดนิโคติน
1	ช	39	เล็กน้อย	ช	37	เล็กน้อย
2	ช	55	เล็กน้อย	ช	51	เล็กน้อย
3	ช	26	เล็กน้อย	ช	29	เล็กน้อย
4	ช	37	รุนแรง	ช	39	รุนแรง
5	ช	34	รุนแรง	ช	37	รุนแรง
6	ช	52	รุนแรง	ช	51	รุนแรง
7	ช	37	ปานกลาง	ช	37	ปานกลาง
8	ญ	59	เล็กน้อย	ญ	59	เล็กน้อย
9	ช	21	เล็กน้อย	ช	18	เล็กน้อย
10	ช	43	รุนแรง	ช	43	รุนแรง
11	ช	26	เล็กน้อย	ช	27	เล็กน้อย
12	ช	31	เล็กน้อย	ช	28	เล็กน้อย
13	ช	42	เล็กน้อย	ช	44	เล็กน้อย
14	ช	44	ปานกลาง	ช	46	ปานกลาง
15	ช	23	เล็กน้อย	ช	18	เล็กน้อย
16	ช	55	รุนแรง	ช	55	รุนแรง
17	ช	44	รุนแรง	ช	45	รุนแรง
18	ช	43	รุนแรง	ช	43	รุนแรง
19	ช	56	ปานกลาง	ช	59	ปานกลาง
20	ช	40	เล็กน้อย	ช	36	เล็กน้อย
21	ช	40	เล็กน้อย	ช	39	เล็กน้อย
22	ช	30	รุนแรง	ช	25	รุนแรง
23	ช	35	ปานกลาง	ช	37	ปานกลาง
24	ช	49	รุนแรง	ช	47	รุนแรง
25	ช	55	รุนแรง	ช	54	รุนแรง
26	ช	54	รุนแรง	ช	54	รุนแรง

ตารางที่ 2 การจับคู่ (matched pair) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยตัวแปร เพศ อายุ และระดับการติดยาโคติน (ต่อ)

กลุ่มควบคุม n=30				กลุ่มทดลอง n=30		
คู่ที่	เพศ	อายุ(ปี)	ระดับการติดยาโคติน	เพศ	อายุ(ปี)	ระดับการติดยาโคติน
27	ช	42	เล็กน้อย	ช	41	เล็กน้อย
28	ช	20	เล็กน้อย	ช	18	เล็กน้อย
29	ช	45	เล็กน้อย	ช	46	เล็กน้อย
30	ช	58	รุนแรง	ช	57	รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 3 ชุด ประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย

1.2 แบบทดสอบระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) เป็นแบบทดสอบด้วยคำถาม 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนค่าความตรงของเครื่องมือในการประเมินการติดยาโคตินมีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient เท่ากับ .68 (Etter, 2005, 2008) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามฉบับ the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยศูนย์ข้อมูล มูลนิธิธรรมากร์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสารกิจ, 2553)

เกณฑ์ในการแปลผลคือ

- 0-2 คะแนน ติดยาโคตินเล็กน้อย
- 3-4 คะแนน ติดยาโคตินปานกลาง
- 5-10 คะแนน ติดยาโคตินรุนแรง

1.3 แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ของ ฉันทิยา คารมย์ และ สุนิตา ปรีชาวงษ์ (2555) โดยเป็นคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้สำหรับทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตัวอย่างคำถาม เช่น ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ เป็นต้น และส่วนที่ 2 ใช้สัมภาษณ์เฉพาะกลุ่มทดลอง เป็นคำถาม 3 ข้อ ตัวอย่างคำถามเช่น หลังจากได้รับคำแนะนำท่านได้กำหนดวัน

เลิกสูบบุหรี่เป็นวันใด ระบุ..... 2. หลังจากได้รับคำปรึกษาเลิกบุหรี่ ท่านเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่ (ตอบเฉพาะคนที่เลิกได้ไม่เกิน 7 วัน) เป็นต้น

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ของ ฉันทิยา คารมย์ และ สุนิดา ปริชาวงษ์ (2555) ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนค่าความตรงของเครื่องมือในการประเมินการติดยาโคตินมีค่าความเที่ยง Cronbach's coefficient เท่ากับ .83 ใช้ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ก่อน และหลังให้คำแนะนำแบบกระชับ แบบประเมิน visual analogue scale (VAS) เป็นระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 0-10 คะแนน



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ 2) แบบทดสอบระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) และเครื่องมือในการกำกับการทดลองคือ 3) แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณา ภาษาที่ใช้ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ 4 คน และ พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน

1.2 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเห็นว่าสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่และประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ได้ค่า CVI=1

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน (Burns & Grove, 2009) ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าที่ยอมรับได้ คือ $\geq .70$ (Polit & Beck, 2004) โดยได้ค่าความเที่ยงได้ดังนี้

แบบทดสอบระดับการติดยาโคติน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

แบบสอบถามระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการทบทวนวรรณกรรม ใช้หลักการ 3A's (Ask, Advise, Arrange follow up) คือ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

1) ศึกษาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่และผู้ติดยาโคติน ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2551 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Clinical Practice Guideline, The 2008 update to Treating Tobacco Use and Dependence) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2) กำหนดเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการแก้ไขปัญหามีอาการถอนนิโคติน และแนวทางการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

3) สร้างโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยกำหนดเป็นแนวคิด 3A's (Ask, Advise, Arrange follow up)

โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาที

สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ บันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ ประเมินแบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดโดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (Clear) หนักแน่น (Strong) และเข้ากับสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย (Personalized) โดยให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) ที่อธิบายเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิดอย่างไร ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเสพยาสูบที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้ เทคนิค Star หรือ 4 ล คือ **เลือกวัน** (Set a target quit date) กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ (ไม่เกิน 7 วัน นับจากได้รับคำแนะนำ) **ลั่นวาจา** (tell family and other) บอกคนในครอบครัวให้ทราบว่าจะเลิกบุหรี่และขอกำลังใจจากครอบครัว **ละอุปกรณ์** (Remove all tobacco-related product) กำจัดบุหรี่ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด **พร้อมลงมือ** (Anticipate challenges) วางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่อาจจะเกิดขึ้น จากนั้นสรุปผล ทวนซ้ำวันที่ผู้ป่วยกำหนดเลิกบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง นัดหมายการติดตาม

ครั้งที่ 2

ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ อาทิ อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจ (2-10 นาที)

ครั้งที่ 3

ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2) ในระหว่างวันที่ 10 – 14 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ (2-10 นาที)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรม (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แผนกการติดตามทางโทรศัพท์ แผนกกิจกรรมการสอนเรื่องการให้คำแนะนำแบบกระชับ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ 4 คน และ พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน

ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงโปรแกรม ให้เหมาะสมในการนำไปใช้ ดังนี้

1) คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ภาพกราฟฟิกต้องแน่ใจว่าไม่ได้ลอกมาจากที่อื่น ควรเป็นกราฟฟิกที่สร้างหรือวาดขึ้นเอง เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์หรือฟ้องร้อง ปรับลดการใช้ภาษาอังกฤษลง เพิ่มความคมชัดของตัวหนังสือ

2) แผนการติดตามทางโทรศัพท์ ควรเพิ่มเป้าหมายในการติดตามทางโทรศัพท์ และควรกำหนดเป้าหมาย ลักษณะการพูด หรืออาจจะยกตัวอย่างการพูดเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3) แผนกิจกรรมการสอนเรื่องการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ควรมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย กระชับ และครอบคลุม แต่ควรจะใช้เนื้อหาที่ไม่เป็นวิชาการจนเกินไป ลดการใช้ภาษาอังกฤษหรือสถิติที่เป็นตัวเลขลง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจยาก การปรับภาษาให้เหมาะสม

2. การทดลองใช้ ภายหลังจากปรับแก้เครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัด ศรีสะเกษ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และระยะเวลาที่ทำการกิจกรรม พบว่า ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี เวลาที่ใช้เหมาะสม คือประมาณ 15 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2561 เลขที่ โครงการวิจัย 105.1/61 จากนั้นผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ และชี้แจงว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร หนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และ เข้าร่วมอบรม โครงการเสริมวิทยฐานะ (credentials) วิชาชีพแพทย์ พยาบาล และ เกสซ์กร Tobacco Cessation Provider (TCP) รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 25-27 มกราคม 2560

1.2 จัดทำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ แผนการสอน แผนการติดตามทางโทรศัพท์ คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

1.3 ดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2561 เลขที่ โครงการวิจัย 105.1/61 หลังจากผ่านมติ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้บริหารโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง (เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2561)

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน และ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

2.4 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองตามกิจกรรมในโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตระหนักถึงถึงความสำคัญของการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ประเมินแบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ และแจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 10-15 นาที (วันที่ 1 ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน)

ผู้วิจัยได้ประเมินสถานการณ์ในขณะนั้นว่าสามารถดำเนินการวิจัยได้หรือไม่ เช่น ในขณะนั้นมีผู้ป่วยฉุกเฉินเท่าไร ต้องใช้ระยะเวลาโดยประมาณเท่าไร มีเวลาในการรอตรวจและช่วงเวลาที่รอตรวจนานขึ้น มีผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินบาดเจ็บหนักจำนวนมากหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ หากสถานการณ์อยู่ในภาวะปกติ สามารถดำเนินการต่อได้โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ประเมินแบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ และแจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยให้คำแนะนำแบบกระชับ ที่อธิบายเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิดอย่างไร ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

3. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วย เทคนิค Star หรือ 4 ล วางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่อาจจะเกิดขึ้น จากนั้นสรุปผล ทวนซ้ำวันที่ผู้ป่วยกำหนดเลิกบุหรี่ นัดหมายการติดตามครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ) ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ อาทิ อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจ (2-10 นาที)

ครั้งที่ 3 (ในระหว่างวันที่ 10-14 หลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ) ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2) ในระหว่างวันที่ 10 - 14 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ (2-10 นาที)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

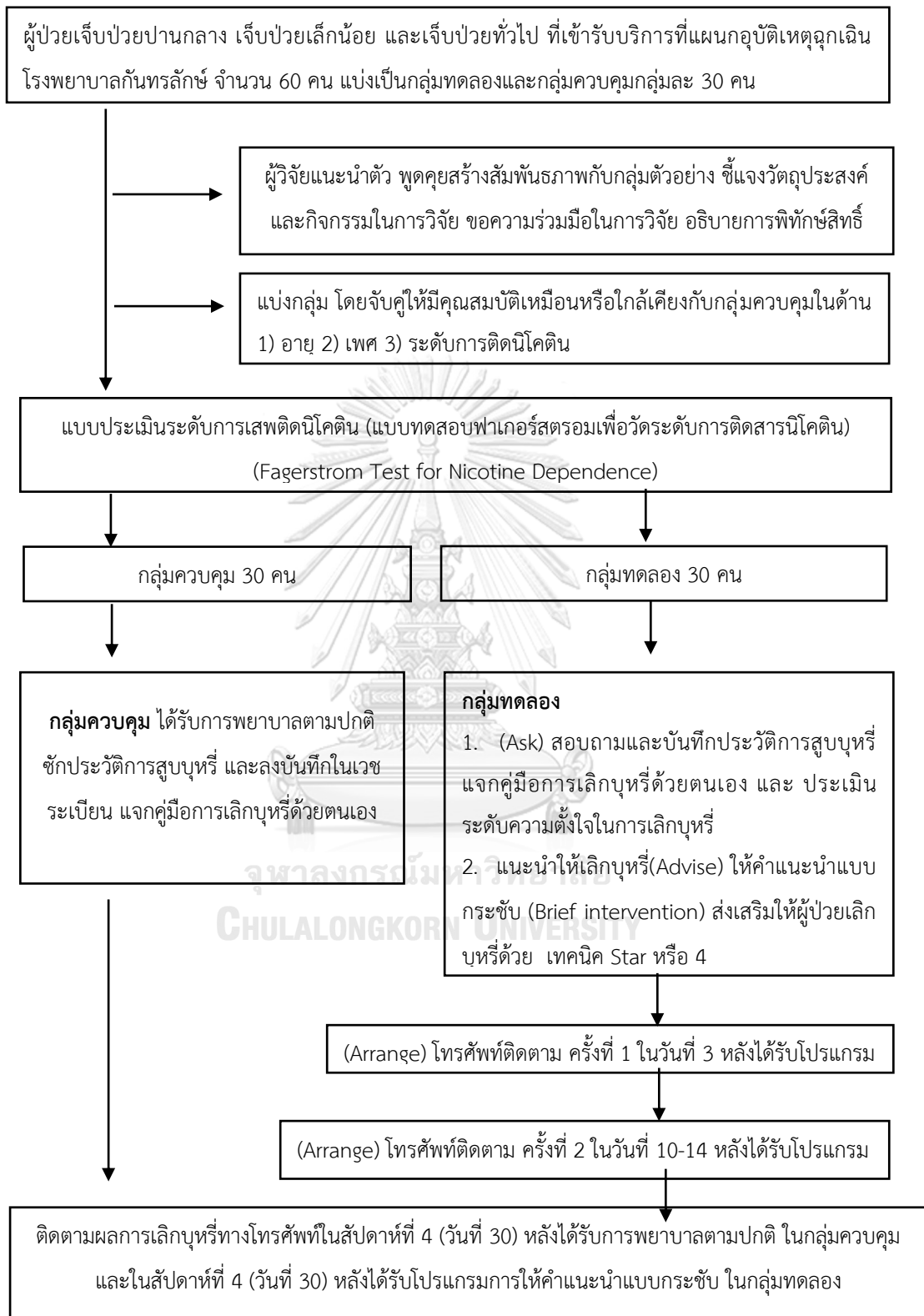
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลการเลิกบุหรี่ระหว่างวันที่ 1-10 สิงหาคม 2561 กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลการเลิกบุหรีระหว่างวันที่ 11-31 สิงหาคม 2561 และประเมินผลการเลิกบุหรีหลังจากครบ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ตัวแปรตามคือการเลิกบุหรี ได้ต่อเนื่องกัน 7 วัน ณ จุดที่กำหนด (7 Day Point Prevalence Abstinence)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบการเลิกบุหรีในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Z test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรีแบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ t test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวันหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และนำเสนอรูปแบบผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 30)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	29	96.7	29	96.7
หญิง	1	3.3	1	3.3
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 20	0	0.0	3	10.0
20 – 29	5	16.7	4	13.3
30 – 39	7	23.3	7	23.3
40 – 49	10	33.3	8	26.7
50 - 59	8	26.7	8	26.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 41.36$ (SD=11.45)		$\bar{X} = 40.63$ (SD=12.02)	
สถานภาพ				
โสด	8	26.7	9	30.0
คู่	18	60.0	17	56.6
หม้าย	4	13.3	2	6.7
อื่นๆ เช่น หย่าร้าง	0	0.0	2	6.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	17	56.6	10	33.3
มัธยมศึกษา	10	33.3	12	40.0
ปวช/อนุปริญญา	2	6.7	7	23.3
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3
อาชีพ				
เกษตรกร	16	53.3	10	33.3
รับจ้างทั่วไป	5	16.7	7	23.3
นักเรียน/นักศึกษา	2	6.7	3	10.0

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 30)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานบริษัท	7	23.3	7	23.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.0	3	10.0
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	23	76.6	19	63.3
เบาหวาน	2	6.7	2	6.7
ความดันโลหิตสูง	2	6.7	4	13.3
โรคหัวใจ	0	0.0	2	6.7
หอบ ไอเรื้อรัง	3	10.0	3	10.0

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.7 มีเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 3.3 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.36 (SD=11.45) ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.63 (SD=12.02) ปี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 56.6 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.6 และกลุ่มทดลองร้อยละ 40 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 53.3 และหนึ่งในสามของกลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.3 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 76.6 และ 63.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 30)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่				
1-5 ปี	2	6.7	3	10.0
6-10 ปี	7	23.3	7	23.3
11-20 ปี	4	12.3	9	30.0
มากกว่า 20 ปี	11	36.7	11	36.7
ค่าเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 22.5$ (SD=11.9)		$\bar{X} = 18.0$ (SD=10.5)	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในปัจจุบัน				
1-10 มวน	15	50.0	18	60.0
11-20 มวน	11	36.7	10	33.3
มากกว่า 20 มวน	4	12.3	2	6.7
ค่าเฉลี่ย (มวน)	$\bar{X} = 12.9$ (SD = 7.7)		$\bar{X} = 11.0$ (SD= 6.5)	
ความพยายามในการเลิกบุหรี่ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา				
ไม่เคย (คน)	20	66.7	20	66.7
เคย (คน)	10	33.3	10	33.3
พยายามเลิก1ครั้ง (คน)	9	90.0	9	90.0
พยายามเลิกมากกว่า 1 ครั้ง	1	10.0	1	10.0
อาการแสดง(ที่สัมพันธ์กับผลกระทบจากการสูบบุหรี่) (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)				
ไม่มีอาการ (คน)	9	30.0	8	27.7
มีอาการ (คน)	21	70.0	22	63.3
ไอ	12	40.0	12	40.0
หายใจหอบ หายใจไม่สะดวก	5	16.6	9	30.0
ใจสั่น	4	13.3	2	6.7
แน่นหน้าอก	4	13.3	4	13.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n ₁ = 30)		(n ₂ = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิงเวียนศีรษะ	4	13.3	2	6.7
หม้ามืด/วูบ	1	3.3	1	3.3
ระดับการติดยาโคติน				
เล็กน้อย	14	46.7	14	46.7
ปานกลาง	4	13.3	4	13.3
รุนแรง	12	40.0	12	40.0

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 22.5 ปี (SD = 11.9) และ 18.0 ปี (SD = 11.9) ตามลำดับ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเฉลี่ยคือ 12.9 (SD = 7.7) และ 11.0 (SD = 6.5) มวนต่อวัน ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพยายามในการเลิกบุหรี่ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเท่ากันคือ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพยายามเลิก 1 ครั้ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 พยายามเลิกมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 อาการแสดง (ที่สัมพันธ์กับผลกระทบจากการสูบบุหรี่) ในกลุ่มควบคุม ไม่มีอาการจำนวน 9 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.0 มีอาการจำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.0 อาการส่วนใหญ่ได้แก่ ไอ ร้อยละ 40.0 ส่วน อาการแสดง (ที่สัมพันธ์กับผลกระทบจากการสูบบุหรี่) ในกลุ่มทดลอง ไม่มีอาการจำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 27.7 มีอาการจำนวน 22 คน คิดเป็น ร้อยละ 63.3 อาการเกือบครึ่งได้แก่ ไอ ร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมเห็นว่าอาการที่มารักษา/โรคประจำตัว น่าจะมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการสูบบุหรี่ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 ส่วนกลุ่มทดลองเห็นว่าอาการที่มารักษา/โรคประจำตัว น่าจะมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการสูบบุหรี่ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และระดับการติดยาโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากัน แบ่งเป็น เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง คือ 14, 4, 12 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 46.7, 13.3, 40.0

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุและการเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ช่วงอายุ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เลิกได้	เลิกไม่ได้	เลิกได้	เลิกไม่ได้
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
18-24 ปี	1 (3.3)	2 (6.7)	3 (10.0)	0 (0)
25-44 ปี	0 (0)	17 (56.7)	3 (10.0)	12 (40.0)
45-59 ปี	0 (0)	10 (33.3)	0 (10.0)	12 (40.0)
รวม	1 (3.3)	29 (96.7)	6 (20.0)	24 (80.0)

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ (กลุ่มอายุ 18-24 ปี กลุ่มอายุ 25-44 ปี และกลุ่มอายุ 45-59 ปี) และการเลิกบุหรี่ (การเลิกบุหรี่ คือ สามารถเลิกบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้ คือ 1 เดือน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ในกลุ่มอายุ 18-24 ปี และในกลุ่มทดลอง กลุ่มอายุ 18-24 ปี และ 25-44 ปี สามารถเลิกบุหรี่ได้กลุ่มละ 3 คน รวมเป็น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าในการทดลองการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่อายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี และ 25-44 ปี มีจำนวนการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มอายุ 45-59 ปี

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการติดนิโคติน และการเลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ระดับการติดนิโคติน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เลิกได้	เลิกไม่ได้	เลิกได้	เลิกไม่ได้
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
น้อย (FTND=0-2)	1 (3.3)	13 (43.3)	6 (20.0)	8 (26.7)
ปานกลาง(FTND=3-4)	0 (0)	4 (13.3)	0 (0)	4 (13.3)
มาก (FTND=5-10)	0 (0)	12 (40.0)	0 (0)	12 (40.0)

จากตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการติดนิโคติน และการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) พบว่าในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน ซึ่งมีระดับการติดนิโคตินในระดับที่น้อย (FTND=0-2) และในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 คน ทั้ง 6 คน มีระดับการติดนิโคตินอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เลิกบุหรี่ได้	1	3.3	6		
เลิกบุหรี่ไม่ได้	29	96.7	24	80.0		

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาจาก การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดที่กำหนดไว้ คือ 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ (Point prevalence abstinence rate) พบว่า กลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Z (Z-test) พบว่า กลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($p=.044$)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองกำหนดวันเลิกบุหรี่หลังได้รับคำแนะนำเร็วสุดคือ 1 วัน ช้าสุดคือ 6 วัน (เฉลี่ย 2.66 วัน) สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 7 วัน จำนวน 12 คน เลิกบุหรี่ได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง จำนวน 12 คน และในกลุ่มทดลองทั้ง 30 คน ไม่ได้ใช้วิธีการเลิกบุหรี่อื่นนอกเหนือจากการให้คำแนะนำแบบกระชับ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1=n_2=30$)

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ	กลุ่มควบคุม \bar{X} (SD)	กลุ่มทดลอง \bar{X} (SD)	df	t
ก่อนการทดลอง	12.93(6.04)	10.33 (6.04)	58	.152
หลังการทดลองที่ 1 เดือน	11.70 (6.22)	7.97 (7.16)	58	.035

*p-value <.05

จากตารางที่ 8 ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.93 (SD=7.72) มวน และ 10.33 (SD=6.04) มวน ตามลำดับ เมื่อนำวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.70 (SD=6.22) และ 7.97 (SD=7.16) มวน ตามลำดับ เมื่อนำวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ (p=.035)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n_1=n_2=30$)

	ผลต่างจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบ	Mean Rank	Sum of Rank	Mann- Whitney-U	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	1.23	26.25	787.5			
				157.500	-2.077	<.001
กลุ่มทดลอง	2.36	34.75	1042.5			

จากตารางที่ 9 แสดงผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสองกลุ่มพบว่า ค่าผลต่างเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.23 มวน ค่าผลต่างเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.36 มวน และเมื่อทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 26.25 ค่าเฉลี่ยอันดับของกลุ่มทดลองเท่ากับ 34.75 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ผลต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($z = -2.077$ $p < .001$)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายคู่

คู่ที่	เพศ	การติดยาโคติน	อายุ	กลุ่มควบคุม n=30		กลุ่มทดลอง n=30		
				ความตั้งใจ		ความตั้งใจ		
				ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1	ช	เล็กน้อย	39	4	4	37	2	3
2	ช	เล็กน้อย	55	3	3	51	5	5
3	ช	เล็กน้อย	25	2	2	29	2	4
4	ช	รุนแรง	37	2	2	41	4	6
5	ช	รุนแรง	34	2	2	37	1	3
6	ช	รุนแรง	52	3	3	51	3	3
7	ช	ปานกลาง	37	5	5	37	1	3
8	ญ	เล็กน้อย	59	3	4	59	4	7
9	ช	เล็กน้อย	21	6	6	18	4	6 (เลิกได้)
10	ช	รุนแรง	43	3	3	43	6	6
11	ช	เล็กน้อย	26	5	5	27	3	7 (เลิกได้)
12	ช	เล็กน้อย	31	3	5	28	3	4
13	ช	เล็กน้อย	42	1	4	44	5	5
14	ช	ปานกลาง	44	2	4	46	2	3
15	ช	เล็กน้อย	23	1	2	18	4	8 (เลิกได้)
16	ช	รุนแรง	55	1	2	55	4	5
17	ช	รุนแรง	44	1	2	45	1	2
18	ช	รุนแรง	43	2	2	43	4	6
19	ช	ปานกลาง	56	1	2	59	3	5
20	ช	เล็กน้อย	40	3	3	36	3	6 (เลิกได้)
21	ช	เล็กน้อย	40	1	1	39	3	3
22	ช	รุนแรง	30	1	1	25	3	4
23	ช	ปานกลาง	35	3	3	37	3	6
24	ช	รุนแรง	49	5	5	47	1	3
25	ช	รุนแรง	55	3	3	54	3	3

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายคู่ (ต่อ)

คู่ที่	เพศ	การติดยาโคติน	อายุ	กลุ่มควบคุม n=30		กลุ่มทดลอง n=30		
				ความตั้งใจ		ความตั้งใจ		
				ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
26	ช	รุนแรง	54	2	2	54	3	4
27	ช	เล็กน้อย	42	3	3	41	3	8
28	ช	เล็กน้อย	20	8	8 (เลิกได้)	18	4	6 (เลิกได้)
29	ช	เล็กน้อย	45	4	4	46	4	6 (เลิกได้)
30	ช	รุนแรง	58	6	6	57	3	6
ก่อนการทดลอง (เฉลี่ย)			2.96 (SD=1.77)		3.36 (SD=1.12)			
หลังการทดลอง (เฉลี่ย)			3.10 (SD=1.63)		4.93 (SD=1.63)			

จากตารางที่ 10 ระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) กลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองเป็น 2.96 (SD=1.77) และ 3.10 (SD=1.63) ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองเป็น 3.36 (SD=1.12) และ 4.93 (SD=1.63) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่	\bar{X}	(SD)	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n=30)					
ก่อนการทดลอง	2.96	1.77	58	-.910	.366
หลังการทดลอง	3.10	1.63			
กลุ่มทดลอง (n=30)					
ก่อนการทดลอง	3.36	1.12	58	-4.986	<.001
หลังการทดลอง	4.93	4.93			

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independence t-test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าในกลุ่มควบคุม ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.96 ภายหลังกการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 3.10 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลอง ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 3.36 ภายหลังกการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.93 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประวัติสูบบุหรี่ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ที่มีประวัติสูบบุหรี่ ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และทั่วไป ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์คัดเลือก Inclusion criteria

- ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไปอายุ 18-59 ปี
- สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก
- ไม่มีอาการผิดปกติทางจิต
- ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาหรือสารนิโคตินทดแทนเพื่อเลิกบุหรี่
- ไม่เข้าร่วมหรืออยู่ในโครงการวิจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

เกณฑ์คัดออก Exclusion criteria ได้แก่

- เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด (4 ครั้งในกลุ่มทดลองและ 2 ครั้งในกลุ่มควบคุม) หรือไม่สามารติดต่อดี

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมี 30 คน และหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 30 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน (Polit & Beck, 2004) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 3 ชุด ประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) และแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระซิบ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แผนการสอนเรื่องการให้คำแนะนำแบบกระซิบ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดบุหรี่ การรักษาโรคติดบุหรี่ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งการใส่ยาและไม่ใส่ยา แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดทางคลินิก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และ เข้าร่วมอบรม โครงการเสริมวิทยฐานะ (credentials) วิชาชีพแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร Tobacco Cessation Provider (TCP) รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 25-27 มกราคม 2560 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10310 โดยเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
- 2) ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงร่างวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) ภายหลังโครงการวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2561 (เลขที่โครงการวิจัย 105.1/61) ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

4) ภายหลังการได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงอาทิตย์ เวลา 08.00-18.00 น. ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 31 สิงหาคม 2561

6) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

7) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง 30 คน รวม 60 คน

8) ภายหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยได้ทำการทดลองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม 30 คน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้วิจัย ซักประวัติการสูบบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ประเมินการติดบุหรี่ด้วยแบบทดสอบการเสพติคินิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เมื่อครบ 1 เดือน (วันที่ 30 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ)

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองทั้งหมด 30 คน ผู้วิจัย ซักประวัติการสูบบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นเวลา 10-15 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้ **ครั้งที่ 1** สอบถามประวัติการสูบบุหรี่

สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ บันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน คอมพิวเตอร์ ประเมินแบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำแบบกระชับ ที่อธิบายเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิดอย่างไร ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ วางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ รวมทั้ง พร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่อาจจะเกิดขึ้น จากนั้นสรุปผล ทวนซ้ำ วันที่ผู้ป่วยกำหนดเลิกบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง นัดหมายการติดตาม **ครั้งที่ 2** ติดตามทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ เพื่อสอบถาม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ อาทิ อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ คำแนะนำและให้กำลังใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-10 นาที **ครั้งที่ 3** ติดตามทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2) ในระหว่างวันที่ 10 - 14 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

5. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. เปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Z test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. เปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อ ช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ t test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
8. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ มีการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐาน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประวัติสูบบุหรี่ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นแผนกที่มีประชากรเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก ในสหรัฐอเมริกา ประชาชนร้อยละ 20 เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 12 เดือน (Rabe และคณะ อ้างใน National Center for Health, 2011) แสดงให้เห็นว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ประชาชนเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลาที่พร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) คือช่วงเวลาที่หมายถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lawson Peter et al., 2009) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแม้จะมาด้วยอาการเจ็บป่วยอย่างอื่น ไม่ได้ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ แต่หากพยาบาลสามารถให้คำแนะนำแบบกระชับที่ไม่ใช้เวลาไม่นานจนเกินไป สามารถอธิบายให้เห็นถึงผลกระทบที่ตามมาจากการสูบบุหรี่ที่เชื่อมโยงกับความเสียหายหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายและความจำเป็นที่ต้องเลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการได้รับคำแนะนำในวิธีการการเลิกบุหรี่แบบกระชับ จะสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ อันจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจากโรคที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลมาจากการการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลสั้นลง การหายของแผลเร็วขึ้น โอกาสกลับมาเป็นซ้ำของโรคลดลง เป็นต้น

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับซึ่งผู้วิจัยใช้หลัก 3A's เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) คือ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ที่เข้ารับบริการ

แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ การพูดโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลที่เชื่อมโยงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือโอกาสเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหากยังคงไม่เลิกบุหรี่ มีความมั่นใจและมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Arrange) เพื่อ ติดตามอาการ ปัญหา อุปสรรค ในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับมือกับอาการต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น มีกำลังใจในการเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

ภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คือ การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดที่กำหนดไว้ คือ 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ (Point prevalence abstinence rate) กลุ่มทดลองสามารถส่งเสริมให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ จำนวน 6 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่เลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับในกลุ่มทดลอง มีการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นตามหลัก 3A's ที่ชี้ให้เห็นถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตนในการเลิกบุหรี่ การรับมือกับอาการถอนนิโคติน ตลอดจนการติดตามอาการทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่มากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ภายหลังได้รับคำแนะนำสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองเป็น 2.96 และ 3.10 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองเป็น 3.36 และ 4.93 ตามลำดับ เพิ่มขึ้น 1.57 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ MacKenzie et al. (2004) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จ 9.8 เท่า

เมื่อพิจารณาถึงผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุมมีผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงเท่ากับ 1.23 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลดลงเท่ากับ 2.36 เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (p-value <.001) จำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลอง 6 คนสามารถเลิกบุหรี่ได้ และอีก 24 คนไม่สามารถเลิก

บุหรี่ได้ และแม้ทั้ง 24 คนจะไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่ผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสามารถเลิกบุหรี่ได้ และแม้จะยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่อาจจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ในอนาคต หากสามารถติดตามหรือปรับโปรแกรมที่เข้มข้นขึ้น หรือส่งต่อสถานบริการเลิกบุหรี่ที่ติดตามและให้คำแนะนำที่ยาวนานและเข้มข้นขึ้น เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาตามระดับการติดยาโคโคตินของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดยาโคโคตินระดับเล็กน้อย ในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้ 1 คน (ร้อยละ 3.3) และในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 คน (ร้อยละ 20) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกัน แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่ติดยาโคโคตินระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Z-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในกลุ่มที่ติดยาโคโคตินในระดับที่สูง คือระดับปานกลางและรุนแรง มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้ยากกว่ากลุ่มที่ติดยาโคโคตินในระดับเล็กน้อย อาจจะต้องได้รับการบำบัดที่เข้มข้นและยาวนานขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่สรุปว่า การติดยาโคโคตินเป็นปัจจัยที่ทำนายการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือยิ่งติดยาโคโคตินมากโอกาสเลิกได้ยิ่งน้อยกว่าคนที่ติดยาโคโคตินในระดับที่ต่ำกว่า (Ferguson et al., 2003; Grandes et al., 2003; Hagimoto et al., 2010; Haug et al., 2010; Lacasse et al., 2008)

ดังนั้น ผลการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ มีการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Colby et al. (2005) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 85 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ รายงานแบบบันทึกการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง Self-report data indicated that 7-day abstinence ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับ มีอัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1,3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้น ในขณะที่ผลวิจัยยังสนับสนุนการศึกษาของ Ersel et al. (2010) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับ 5 นาที ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 14.7 และร้อยละ 7.5 ในแผนกผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 ที่ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงถึง 51.5% (จินตนา ยูนิพันธ์, 2560) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใช้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ส่วนหนึ่งมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่อยู่แล้ว ประกอบกับได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูง ต่างจากงานวิจัยนี้ที่

คัดเลือกรุ่นตัวอย่างจากประวัติการสูบบุหรี่ โดยไม่ได้สนใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจะเลิกบุหรี่หรือไม่ และให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อชักชวนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ให้เลิกบุหรี่

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ การวิจัยครั้งนี้จะทำให้เป็นแนวทางการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ด้วยการให้คำแนะนำแบบกระชับที่ชี้ให้เห็นอันตรายจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการปฏิบัติจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับตนเอง หากสามารถปฏิบัติได้จะเกิดความภาคภูมิใจ สามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดบุหรี่ การรักษาโรคติดบุหรี่ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดทางคลินิก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสมได้

2. พยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ควรพิจารณาหาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยเรื่องโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ครั้งแรกในประเทศไทยที่ทดลองในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมหรือนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเช่น ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น เพื่อมุ่งเจาะจงเฉพาะโรคมากขึ้น หรือการให้คำแนะนำแบบกระชับในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อหน่วยงานส่งเสริมบุหรี่ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคติด
บุหรี่ในประเทศไทย ปี พศ 2552 สำหรับแพทย์และวิชาชีพสุขภาพ.
- โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (2557). รายงานการประชุมเพื่อพิจารณาเครื่องมือคัด
กรองความเสี่ยงและมาตรการช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย.
กมลวรรณ เอี้ยงสง. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินเกิน 4 ชั่วโมง
ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารบาลศรีนครินทร์เวชสาร, 29(1).
- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2553). ถนน ปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ครรชิต ลิขิตชนสมบัติ. (2561). บุหรี่ตัวร้าย ทำลายหัวใจ. ออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2561
<http://www.trc.or.th/th>
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ. (2557). คู่มือเลิกบุหรี่ ชีวิตปลอดจากบุหรี่ การเตรียมตัวและชีวิตใหม่. ห้าง
หุ้นส่วนจำกัด พี-วัน กรุงเทพฯ 10900: ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2560). สถานการณ์ในประเทศไทย , ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ.
สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561
https://www.nurs.chula.ac.th/en/content_page/download/279/299/15.html.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ. (2558). ผลของการติดตามให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ต่อ
คุณภาพชีวิตและอัตราการเลิกสูบบุหรี่ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ.
- จิรภา ชุมจันทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า
กว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณันทยา คารมย์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2555). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ระยะสั้นในผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญรช ทิพย์วงษ์ และ พัชรี รัตนแสง. (2558). ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. วารสาร
กรรมการแพทย์, 40 (มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2558).
- นันทยาภรณ์ มะละศิริ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่

- ร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาล
ตำราจ, 6(1), 30-43.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2557). การเลิกบุหรี่ (smoking cessation). เอกสารประกอบการเรียนการสอน
รายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี.
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์. (2561). นโยบายกระทรวงสาธารณสุขและบทบาทของกรมควบคุมโรคใน
การส่งเสริมการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม
2561 <http://www.trc.or.th/th>
- พรรณนิภา หงษ์อินทร์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิก
บุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาสินี คงเพชร. (2557). ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ของผู้ป่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารวิชาการแพทย์, 28(4), 929-941.
- รุจิรา หวังมั่น. (2557). การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ
จังหวัดสุรินทร์. บริษัท บียอนด์พีบลิชซิง จำกัด กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศรัณยพิชญ์ ปาประลิต. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับร่วมกับการ
ใช้โทรศัพท์ติดตามผลการเลิกบุหรี่ ของพนักงานอุตสาหกรรมหลังคา จังหวัดสระบุรี. สารสาร
พยาบาล, 65(1), 28-38.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2560). สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการ
บริโภคยาสูบของประเทศไทย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2559). สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการ
บริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการ
คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด:
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน สพฉ.
- สรพงษ์ เจริญกฤตยาวุฒิ. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของประชากรไทย. วิทยานิพนธ์

- ปริญญาหมาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระยะ 5 ปี (2560-2564), กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 <http://thaincd.com/2016/mission1>.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2558-2562) บริษัท ไนน์ เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พศ 2557. สืบค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2559 https://www.m-society.go.th/article_attach/13207/17336.pdf
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และ สุรจิต สุนทรธรรม. (2553). การรักษาผู้ติดยาสูบที่เบื้องต้น ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวี ปริ้นติ้ง นครปฐม 73170 เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และคณะ. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดใน ประเทศไทย พศ 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(2), 9-18.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในประชากรวัยผู้ใหญ่ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 24(ฉบับพิเศษการสร้างสุขภาพภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง พ.ศ. 2556), 16-30.
- สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. (2558). การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ เอกสารการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรวรรณ หุ่นดี. (2542). บุหรี่กับมะเร็ง: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี.
- อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล , แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.
- อารยา ทองผิว และคณะ. (2559). คู่มือเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2559.

ภาษาอังกฤษ

- American Lung Association. (2017). What's In a Cigarette? , Smoking Facts from [www.http://www.lung.org/stop-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette.html?referrer=https://www.google.co.th/](http://www.lung.org/stop-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette.html?referrer=https://www.google.co.th/).
- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6), 1066-1073.
- Banderali, G., Martelli, A., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G., . . . Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal of Translational medicine*, 13(1), 327.
- Barry, K. L., & Panel, C. (1999). Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment: Rockwell, MD.
- Bartsch, A.-L., Härter, M., Niedrich, J., Brütt, A. L., & Buchholz, A. (2016). A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PloS one*, 11(12), e0168482.
- Benowitz, N. L., Hukkanen, J., & Jacob, P. (2009). Nicotine Chemistry, Metabolism, Kinetics and Biomarkers. *Handb Exp Pharmacol*(192), 29-60.
- Berndt, Bolman, C., Froelicher, E. S., Mudde, A., Candel, M., de Vries, H., & Lechner, L. (2014). Effectiveness of a telephone delivered and a face-to-face delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a 6-month follow-up. *Journal of Behavior Med*, 37(4), 709-724.
- Bernstein, S. L., Bijur, P., Cooperman, N., Jearld, S., Arnsten, J. H., Moadel, A., & Gallagher, E. J. (2013). Efficacy of an Emergency Department-based multicomponent intervention for smokers with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(1), 139-142.
- Bernstein, S. L., Bijur, P., Cooperman, N., Jearld, S., Arnsten, J. H., Moadel, A., & John Gallagher, E. (2011). A randomized trial of a multicomponent cessation strategy

- for emergency department smokers. *Academic Emergency Medicine*, 18(6), 575-583.
- Bock, Becker, B. M., Niaura, R. S., Partridge, R., Fava, J. L., & Trask, P. (2008). Smoking cessation among patients in an emergency chest pain observation unit: outcomes of the Chest Pain Smoking Study (CPSS). *Nicotine & Tobacco Research*, 10(10), 1523-1531.
- Borglykke, A., Pisinger, C., Jørgensen, T., & Ibsen, H. (2008). The effectiveness of smoking cessation groups offered to hospitalised patients with symptoms of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The Clinical Respiratory Journal*, 2(3), 158-165.
- Borrelli, B., Hayes, R. B., Gregor, K., Lee, C. S., & McQuaid, E. L. (2011). Differences in smoking behavior and attitudes among Puerto Rican, Dominican, and non-Latino white caregivers of children with asthma. *American Journal of Health Promotion*, 25, S91-S95.
- Boudreaux, E. D., Baumann, B. M., Friedman, K., & Ziedonis, D. M. (2005). Smoking stage of change and interest in an emergency department-based intervention. *Academic Emergency Medicine*, 12(3), 211-218.
- Boudreaux, E. D., Hunter, G. C., Bos, K., Clark, S., & Camargo, C. A. (2006). Predicting smoking stage of change among emergency department patients and visitors. *Academic Emergency Medicine*, 13(1), 39-47.
- Brandon, T. H., Goniewicz, M. L., Hanna, N. H., Hatsukami, D. K., Herbst, R. S., Hobin, J. A., . . . Tyne, C. A. (2015). Electronic nicotine delivery systems: a policy statement from the American Association for Cancer Research and the American Society of Clinical Oncology. *Clinical Cancer Research*.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 th ed.). St. Louis: MO; Elsevier Saunders.
- Chen, W., Zheng, R., Baade, P. D., Zhang, S., Zeng, H., Bray, F., . . . He, J. (2016). Cancer statistics in China, 2015. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(2), 115-132.
- Choi, W. Y., Kim, C. H., & Lee, O. G. (2013). Effects of Brief Smoking Cessation Education with Expiratory Carbon Monoxide Measurement on Level of Motivation to Quit Smoking. *Korean Journal of Family Medicine*, 34(3), 190-198.

- Colby, S. M., Monti, P. M., O'Leary Tevyaw, T., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., . . . Lewander, W. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behav*, 30(5), 865-874.
- Control, C. f. D., & Prevention. (2002). Cigarette smoking among adults--United States, 2000. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(29), 642.
- Control, C. f. D., & Prevention. (2011). Quitting smoking among adults--United States, 2001-2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(44), 1513.
- Demers, R. Y., Neale, A. V., Adams, R., Trembath, C., & Herman, S. C. (1990). The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *Journal of Family Practice*, 31(6), 625-630.
- Ersel, M., Kitapcioglu, G., Solak, Z. A., Yuruktumen, A., Karahalli, E., & Cevrim, O. (2010). Are emergency department visits really a teachable moment? Smoking cessation promotion in emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*, 17(2), 73-79.
- Etter, J.-F. (2005). A comparison of the content-, construct-and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(3), 259-268.
- Etter, J.-F. (2008). Comparing the validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), 152-159.
- Fauci, A. S. (1998). *Harrison's principles of internal medicine (Vol. 2)*: Mcgraw-hill New York.
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M., & Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1203-1218.
- Fiore, M., Bailey, W., Cohen, S., Dorfman, S., Goldstein, M., & Gritz, E. (1996). *Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline No. 18*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1-125.
- Fiore, M. C. (1996). *Smoking cessation: Clinical practice guideline*: DIANE Publishing.
- Fiore Michael C, Smith Stevens S, Jorenby Douglas E, & Baker Timothy B. (1994). The

- effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *Jama*, 271(24), 1940-1947.
- Fu, S. S., Partin, M. R., Snyder, A., An, L. C., Nelson, D. B., Clothier, B., . . . Joseph, A. M. (2006). Promoting repeat tobacco dependence treatment: are relapsed smokers interested. *American Journal of Manage Care*, 12(4), 235-243.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Eakin, E. G., & Lichtenstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health*, 90(5), 786-789.
- Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., Oncken, C., Azoulay, S., Billing, C. B., . . . Reeves, K. R. (2006). Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama*, 296(1), 47-55.
- Grandes, G., Cortada, J. M., Arrazola, A., & Laka, J. P. (2003). Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *British Journal of General Practice*, 53(487), 101-107.
- Greenberg, M. R., Weinstock, M., Fenimore, D. G., & Sierzega, G. M. (2008). Emergency department tobacco cessation program: staff participation and intervention success among patients. *Journal of the American Osteopathic Association*, 108(8), 391.
- Hagimoto, A., Nakamura, M., Morita, T., Masui, S., & Oshima, A. (2010). Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction*, 105(1), 164-173.
- Hamilton, C., & Noerachmanto, N. (2007). Efficacy of an emergency department-based motivational teenage smoking intervention.
- Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Rüge, J., Rumpf, H.-J., & John, U. (2010). Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient education and Counseling*, 78(1), 57-64.
- Hayford, K. E., Patten, C. A., Rummans, T. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., . . . Hurt, R. D. (1999). Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers

- with a former history of major depression or alcoholism. *The British Journal of Psychiatry*, 174(2), 173-178.
- Health, U. D. o., & Services, H. (1990). *The health benefits of smoking cessation.*(DHHS Pub. No. CDC 90-8416-1990). Washington, DC: USDHHS, PHS, CDC. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Health, U. D. o., & Services, H. (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 17.
- Helgason, Á. R., Tomson, T., Lund, K. E., Galanti, R., Ahnve, S., & Gilljam, H. (2004). Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 306-310.
- Honjo, K., Iso, H., Inoue, M., & Tsugane, S. (2010). Smoking cessation: predictive factors among middle-aged Japanese. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(3), 143.
- Horwitz, L. I., Green, J., & Bradley, E. H. (2010). US emergency department performance on wait time and length of visit. *Annals of Emergency Medicine*, 55(2), 133-141.
- Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99(1), 29-38.
- Hurt, R. D., Sachs, D. P., Glover, E. D., Offord, K. P., Johnston, J. A., Dale, L. C., . . . Sullivan, C. R. (1997). A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 337(17), 1195-1202.
- John H. (1998). Nicotine addiction. In: Fauci A, et al, ed. *Harrison's Principles of internal medicine*, 14th ed. International: McGraw-Hill, 1998: 2516-2519. .
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H. J., & Hapke, U. (2009). Nicotine dependence criteria and nicotine withdrawal symptoms in relation to pain among an adult general population sample. *European Journal of Pain*, 13(1), 82-88.
- Katz, Vander Weg, M. W., Holman, J., Nugent, A., Baker, L., Johnson, S., . . . Titler, M. (2012). *The Emergency Department Action in Smoking Cessation (EDASC) trial:*

- Impact on delivery of smoking cessation counseling. *Academic Emergency Medicine*, 19(4), 409-420.
- Klinkhammer, M. D., Patten, C. A., Sadosty, A. T., Stevens, S. R., & Ebbert, J. O. (2005). Motivation for stopping tobacco use among emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*, 12(6), 568-571.
- Kruger, J., Shaw, L., Kahende, J., & Frank, E. (2012). Peer reviewed: Health care providers' advice to quit smoking, national health interview survey, 2000, 2005, and 2010. *Preventing Chronic Disease*, 9.
- Lacasse, Y., Lamontagne, R., Martin, S., Simard, S., & Arsenault, M. (2008). Randomized trial of a smoking cessation intervention in hospitalized patients. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(7), 1215-1221.
- Lam, T. H., Cheung, Y. T. D., Leung, D. Y. P., Abdullah, A. S. M., & Chan, S. S. C. (2015). Effectiveness of smoking reduction intervention for hardcore smokers. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 9.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Lando, H., Henrikus, D., McCarty, M., & Vessey, J. (2003). Predictors of quitting in hospitalized smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(2), 215-222.
- Lawson Peter, Flocke Susan, & Casucci Brad. (2009). Development of an Instrument to Document the 5A's for Smoking Cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(3), 248-254.
- Lawson, P. J., & Flocke, S. A. (2009). Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 76(1), 25-30.
- Lee, C.-w., & Kahende, J. (2007). Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1503-1509.
- Li, L., Borland, R., Yong, H.-H., Fong, G. T., Bansal-Travers, M., Quah, A. C., . . . Fotuhi, O. (2010). Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, S34-S44.
- Liaisons, Staff, T. C. P. G. T. T. U., & Dependence Update, P. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S.

- Public Health Service Report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176.
- MacKenzie, T. D., Pereira, R. I., & Mehler, P. S. (2004). Smoking abstinence after hospitalization: predictors of success. *Preventive Medicine*, 39(6), 1087-1092.
- Mahabee-Gittens, E. M., Khoury, J. C., Ho, M., Stone, L., & Gordon, J. S. (2015). A smoking cessation intervention for low-income smokers in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 33(8), 1056-1061.
- Marshall, H. M., Courtney, D. A., Passmore, L. H., McCaul, E. M., Yang, I. A., Bowman, R. V., & Fong, K. M. (2016). Brief tailored smoking cessation counseling in a lung cancer screening population is feasible: a pilot randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(7), 1665-1669.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research*, 18(2), 156-170.
- McRobbie, H., Bullen, C., Glover, M., Whittaker, R., Wallace-Bell, M., & Fraser, T. (2008). New Zealand smoking cessation guidelines. *The New Zealand Medical Journal* (Online), 121(1276).
- Monso, E., Campbell, J., Tønnesen, P., Gustavsson, G., & Morera, J. (2001). Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control*, 10(2), 165-169.
- Moore, D., Aveyard, P., Connock, M., Wang, D., Fry-Smith, A., & Barton, P. (2009). Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 338, b1024.
- Nides, M. (2008). Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine*, 121(4), S20-S31.
- Nollen, N. L., Mayo, M. S., Sanderson Cox, L., Okuyemi, K. S., Choi, W. S., Kaur, H., & Ahluwalia, J. S. (2006). Predictors of Quitting Among African American Light Smokers Enrolled in a Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 590-595.
- Pelletier, J. H., Strout, T. D., & Baumann, M. R. (2014). A systematic review of smoking

- cessation interventions in the emergency setting. *The American Journal of Emergency Medicine*, 32(7), 713-724.
- Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., & Jørgensen, T. (2005). Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 Study. *Preventive Medicine*, 40(3), 285-292.
- Polit, & Beck. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rabe, G. L., Wellmann, J., Bagos, P., Busch, M. A., Hense, H. W., Spies, C., . . . Neuner, B. (2013). Efficacy of emergency department-initiated tobacco control--systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nicotine and Tobacco Research*, 15(3), 643-655.
- Reuther, W. J., & Brennan, P. A. (2014). Is nicotine still the bad guy? Summary of the effects of smoking on patients with head and neck cancer in the postoperative period and the uses of nicotine replacement therapy in these patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 52(2), 102-105.
- Richter, P., Pechacek, T., Swahn, M., & Wagman, V. (2008). Reducing Levels of Toxic Chemicals in Cigarette Smoke: A New Healthy People 2010 Objective. *Public Health Report*, 123(1), 30-38.
- Rollema, H., Chambers, L., Coe, J., Glowa, J., Hurst, R., Lebel, L., . . . Rovetti, C. (2007). Pharmacological profile of the $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. *Neuropharmacology*, 52(3), 985-994.
- Schottenfeld, D. (1979). Alcohol as a co-factor in the etiology of cancer. *Cancer*, 43(S5), 1962-1966.
- Schottenfeld, D. (1984). Epidemiology of cancer of the esophagus. Paper presented at the Seminars in Oncology.
- Shahab, L., West, R., & McNeill, A. (2011). A randomized, controlled trial of adding expired carbon monoxide feedback to brief stop smoking advice: evaluation of cognitive and behavioral effects. *Health Psychological*, 30(1), 49-57.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., & Fowler, G. (2004). Nicotine replacement

- therapy for smoking cessation. The Cochrane Library.
- Silagy, C., & Stead, L. (2001). Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Library.
- Simerson, D., & Hackbarth, D. (2018). Emergency Nurse Implementation of the Brief Smoking-Cessation Intervention: Ask, Advise, and Refer. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 242-248.
- Sivertsen, B., Salo, P., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2015). Use of sleep medications and risk of cancer: a matched case-control study. *Sleep Medicine*, 16(12), 1552-1555.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. L., & Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal General Practice*, 56(531), 768-774.
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Library.
- Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5).
- Strecher, V. J., McClure, J. B., Alexander, G. L., Chakraborty, B., Nair, V. N., Konkel, J. M., . . . Wiese, C. J. (2008). Web-based smoking-cessation programs: results of a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 373-381.
- Talhout, R., Schulz, T., Florek, E., van Benthem, J., Wester, P., & Opperhuizen, A. (2011). Hazardous Compounds in Tobacco Smoke. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 8(2), 613-628.
- Tanriover, O., Karamustafalioglu, N., Tezvaran, Z., Kaplan, A., & Tomruk, N. (2013). Frequency of Cigarette Smoking Among Psychiatric Inpatients Evaluated by the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 579-582.
- Tobacco, T. C. P. G. T. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176.

- US Department of Health and Human Services. (2014). The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: Office on Smoking and Health.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111(1), 23.
- Wain, L. V., Shrine, N., Miller, S., Jackson, V. E., Ntalla, I., Artigas, M. S., . . . Cook, J. P. (2015). Novel insights into the genetics of smoking behaviour, lung function, and chronic obstructive pulmonary disease (UK BiLEVE): a genetic association study in UK Biobank. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(10), 769-781.
- West, R., McNeill, A., & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55(12), 987-999.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach 1 1The full text of this article is available via AJPM Online at www.ajpm-online.net. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.
- Whittaker, R., Borland, R., Bullen, C., Lin, R. B., McRobbie, H., & Rodgers, A. (2009). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systemic Review*, 4(4).
- World Health Organization. Tobacco [data base on the internet]. 2016 [cited 2017 Jan 2]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3339/en/>.
- World Health Organization. (2018). tobacco. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Zhu, & Anderson. (2000). Bridging the clinical and public health approaches to smoking cessation: California Smokers' Helpline (pp. 378-394): University of California Press: Berkeley, CA, USA.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



6

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877211036
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวอุไรวรรณ เทียงสมบุญรัมย์
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีระ สันเตชารักษ์
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลของพ่อแม่เด็กวัยเรียนโรคภูมิแพ้ทางจมูก
 PREDICTING FACTORS OF PARENT'S CARING BEHAVIOR FOR EXACERBATION PREVENTION IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH ALLERGIC RHINITIS
 ครั้งที่อนุมัติ 29/2559
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877212636
 ชื่อ-นามสกุล นายเอกชัย ฝาใต้
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐกมล ชาญสาธิตพร
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับต่อสัดส่วนการเลิก
 บุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 THE EFFECT OF BRIEF ADVICE INTERVENTION TO REDUCE SMOKING AMONG SMOKER IN EMERGENCY DEPARTMENT
 ครั้งที่อนุมัติ 29/2559
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877301836
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวจิรพรรณ สาบุญมา
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. สุนิตา สุขตระกูล
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการดูแลแบบเข้มข้นของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
 ของเด็กสมาธิสั้น
 THE EFFECT OF PARENTS' INTENSIVE CARING SKILLS TRAINING PROGRAM ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER
 ครั้งที่อนุมัติ 29/2559
 ระดับ ปริญญาโท

วิทย์ อินต้อย
 6-6-66



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รศ.ดร. อรสา พันธุ์ภักดี	ข้าราชการบำนาญ
2. รศ.ดร. สมจิต แดนสีแก้ว	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. ดร. พัชรี ใจการุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. ดร. นิสากร วิบูลชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม
5. นางสุภรัตน์ พลายเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายเอกชัย ฝาใต้ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ต่อ สัดส่วนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิตร แดนสีแก้ว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิตร แดนสีแก้ว

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 08-1869-0654

ชื่อนิสิต

นายเอกชัย ฝาใต้ โทร. 09-0235-0777

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรืออากาศโทหญิง จตุพร เฉลิมเรืองรอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิก บุหรี่แบบกระซิบบ ต่อสัดส่วนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 08-1869-0654
นายเอกชัย ฝาใต้ โทร. 09-0235-0777



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)		เลขที่รับ								
เรื่อง	ขอนั่งสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย	วันที่								
เรียน	คณบดี	เวลา น.								
		ผู้รับ								
<p>ข้าพเจ้า นายเอกชัย ฝาใต้ รหัสประจำตัว 5877212636 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 346 ถนน สุขุมวิทซอย 2 หมู่ที่ 13 ตำบล น้ำอ้อม อำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33110 โทรศัพท์ 090-2350777</p> <p>หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับต่อสัดส่วนการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน</p> <p>มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาว ณันติยา คารมย์ 4. ปีของวิทยานิพนธ์ ปีการศึกษา 2555 <p>...</p> <p style="text-align: right;">ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง (นายเอกชัย ฝาใต้) 18 / กันยายน/ 2560</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</th> <th style="width: 50%;">ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;">.....</td> <td style="height: 40px;">.....</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">.....</td> <td style="height: 40px;">.....</td> </tr> <tr> <td>ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)18...../.....กันยายน...../.....2560.....</td> <td>ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)18...../.....กันยายน...../.....2560.....</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>อนุญาต</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์18...../.....กันยายน...../.....2560.....</p> </div>			ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ	ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)18...../.....กันยายน...../.....2560.....	ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)18...../.....กันยายน...../.....2560.....
ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ									
.....									
.....									
ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)18...../.....กันยายน...../.....2560.....	ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)18...../.....กันยายน...../.....2560.....									



ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นายเอกชัย ฝาใต้

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลก้นทศลักษณ์.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจะ *ยินยอม* เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมโปรแกรม.....

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

(นายเอกชัย ฝาใต้)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นายเอกชัย ฝาใต้

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลก้นทรวงอก.....

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจะ *ยินยอม* เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

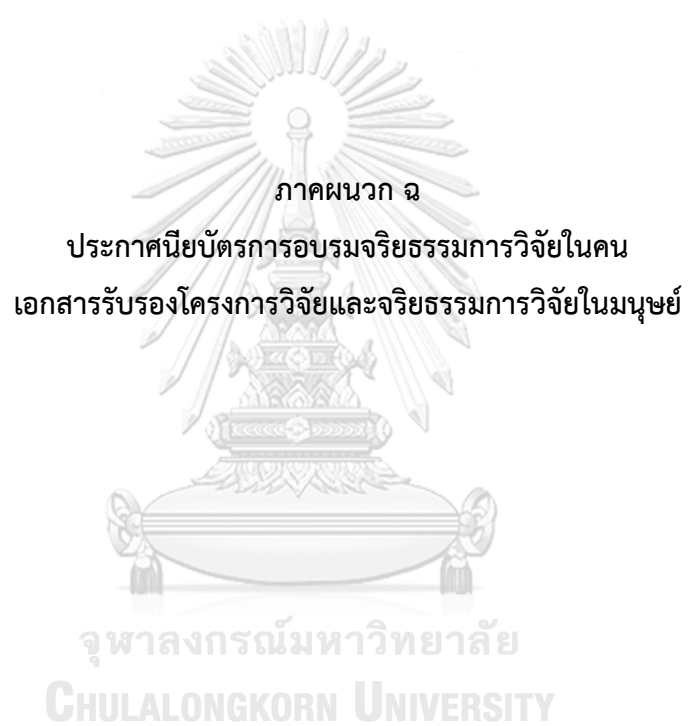
(นายเอกชัย ฝาใต้)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย





ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหิดล

มอบประกาศนียบัตรนี้เพื่อแสดงว่า

นายเอกชัย ฝาใต้

ได้เข้ารับการอบรม

เรื่อง “จริยธรรมการวิจัยในคน สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์”

รุ่นที่ ๒ ประจำปี ๒๕๕๙

วันศุกร์ที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้อง MLC322 ชั้น ๓ อาคารศูนย์การเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรณม แซ่มโหฬารวิยะ)

ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต)

อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริเดช ฉายอรุณ)

อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

(อาจารย์ ดร. กิติรียา กิจเจริญ)

อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

MU-CERT
Center of Ethical Reinforcement for Human Research



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

AF 01-12

COA No. 141/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 105.1/61 : ผลของ โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับต่อสัดส่วน
การเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ผู้วิจัยหลัก : นายเอกชัย ฝาใต้

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทัดสินประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 มิถุนายน 2561

วันหมดอายุ : 18 มิถุนายน 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดขอยุติ หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



ที่ ศธ 0512.11/ 0253



คณะกรรมการข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา
อาครบรรมราชชนนีศรีศรศพรระงษ 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

โรงพยาบาลกัณฑ์
เลขรับ ๒๖๖
วันที่ ๑๐.๑.๖๑
เวลา ๑๖.๒๓

กรุงเทพมหานคร
เลขรับ ๒๗๕
วันที่ ๑๑.๑๐.๖๑
เวลา ๑๖.๕๐ น.

๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกัณฑ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายเอกชัย ฝาใต้ นิสิตชั้นปริญญาโท บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับต่อสัดส่วนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้จัดส่งดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยทั่วไปที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ คู่มือช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ และแผนการสอน เรื่องการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ทั้งนี้มีสถิติจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายเอกชัย ฝาใต้ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกัณฑ์

เพื่อโปรดทราบ

- เพื่อโปรดพิจารณา

สั่งการ อนุมัติ อนุญาต

.....
ป.ส.ค.

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (นิตยภัณฑกร สุวรรณากร)
โทร. 0-2218-1131 โทร.ส่วร: 0-2218-1130
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกัณฑ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริชาวงษ์ โทร. 02-2181-150
นายเอกชัย ฝาใต้ โทร. 09-0235-0777

10 ก.ค. 2561

ขอแสดงความนับถือ

amr par

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

oy ๗๘

๗๗

ที่ ศธ 0512.11/ 1758



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กันยายน 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายเอกชัย ฝ่าใต้ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับต่อสัดส่วนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มีประวัติสูบบุหรี่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 – 59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 10 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Fagerstrom.(1993) แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ คู่มือช่วยเลิกบุหรี่ และแผนกิจกรรมการสอนทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายเอกชัย ฝ่าใต้ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-2181-150

นายเอกชัย ฝ่าใต้ โทร. 09-0235-0777



ภาคผนวก ซ

ประกาศนียบัตรอบรมผู้ให้การรักษาโรคเสพยาสูบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



NTCP 0070/60



โครงการเสริมวิทยฐานะ (credentials) วิชาชีพแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร
 Tobacco Cessation Provider (TCP) รุ่นที่ ๑

ใบประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นายเอกชัย ฝ่าใต้

ได้ผ่านการอบรมในหลักสูตรผู้ให้การรักษาโรคเสพติด

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
 (ตามตราจรรยาบรรณวิชาชีพแพทยหญิงสมาชิรฯ ฝ่ายสวัสดิ์)



ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
- 1.2 แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)
- 1.3 แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 2.1 แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ของ ฉันทิยา คารมย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2558)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

- 3.1 คู่มือช่วยเลิกบุหรี่
- 3.2 แผนการติดตามทางโทรศัพท์
- 3.2 แผนกิจกรรมการสอน

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () อื่นๆ
ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา
() ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ () เกษตรกร () รับจ้างทั่วไป
() นักเรียน นักศึกษา () พนักงานบริษัท

- () รัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ () เจ้าของกิจการ
() อื่นๆ ระบุ.....

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

1. ท่านสูบบุหรี่มานาน.....ปี
2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่จำนวน ระบุ มวน/วัน
3.
4.

1.1.3 โรคประจำตัว/อาการเจ็บป่วย

1. โรคประจำตัวของท่าน
 - () ไม่มี
 - () เบาหวาน
 - () ความดันโลหิตสูง
 -
 -
2.
3.

1.2 แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Fagerstrom (1993)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่
 - ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3คะแนน)
 - 6-30 นาทีหลังตื่นนอน (2คะแนน)
 - 31-60 นาทีหลังตื่นนอน (1คะแนน)
2. ท่านรู้สึกลำบากใจหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่
 - รู้สึกลำบากใจ (1คะแนน)
 - รู้สึกไม่ลำบากใจ (0คะแนน)
3. บุหรี่มวนใดที่ท่านรู้สึกไม่อยากเลิกมากที่สุด
 - มวนแรกตอนเช้า (1คะแนน)

- มวนอื่นๆ (0คะแนน)
4. ท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน
- มากกว่า 31 มวน (3คะแนน)
- 21-30 มวน (2คะแนน)
- 11-20 มวน (1คะแนน)
- 0-10 มวน (0คะแนน)
5. คุณสูบบุหรี่จัดในมวนแรกหลังตื่นนอน
- ใช่ (1คะแนน)
- ไม่ใช่ (0คะแนน)
6. ท่านต้องการสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ใช่ (1คะแนน)
- ไม่ใช่ (0คะแนน)

แปลผลคะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคือ

- 0-2 คะแนน ตีคืนโคตินเล็กน้อย
- 3-4 คะแนน ตีคืนโคตินปานกลาง
- 5-10 คะแนน ตีคืนโคตินรุนแรง

1.3 แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ สัมภาษณ์หลังเข้าร่วมการทดลอง 1 เดือน

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นการถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของท่านในปัจจุบัน กรุณาตอบคำถามตามที่ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่างๆต่อไปนี้ ด้วยความเป็นจริง

ตัวอย่าง ส่วนที่ 1 (ใช้สัมภาษณ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม)

- ปัจจุบันนี้ ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
() สูบ () ไม่สูบ
- ใน 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
-

ส่วนที่ 2 (ใช้สัมภาษณ์เฉพาะกลุ่มทดลอง)

1. หลังจากได้รับคำแนะนำ ท่านได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่เป็นวันใด ระบุ.....
2. หลังจากได้รับคำปรึกษาเลิกบุหรี่ ท่านเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่ (ตอบเฉพาะคนที่เลิกได้ไม่เกิน 7 วัน)
() ไม่ได้.....
3.

แบบประเมินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ชุดที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ของ ฉันทิยา คารมย์ ใช้ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินเป็นระดับคะแนนความตั้งใจ 0-10 คะแนน



0= ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่เลย

10= มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

3.1 โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ

โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้เป็นการใช้แนวคิด 3A's (Ask, Advise, Arrange follow up) คือ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และการติดตามทางโทรศัพท์

โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระยะเวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 10-15 นาที มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (หมายเหตุรายละเอียดในแผนการสอน)

สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ บันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ ประเมินแบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ.....

.....

.....

.....

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วย เทคนิค Star หรือ 4ล คือ.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 2

ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์.....

.....

.....

ครั้งที่ 3

ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2).....

.....

.....

3.2 แผนการติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 1 ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ อาทิ.....

.....

.....

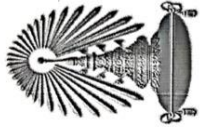
.....

ครั้งที่ 2 ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2) ในระหว่างวันที่ 10 – 14 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ.....

.....

.....

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง

สำหรับ

สถานที่สอน

ผู้สอน

อาจารย์ที่ปรึกษา

ระยะเวลาที่ใช้สอน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

การให้คำแนะนำเพื่อช่วยเด็กหูรับกกระซิบ

ผู้ช่วยเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยทั่วไป ที่มีประวัติหูบวมหู ที่เข้ารับการรักษที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

นายเอกชัย ผาใต้ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางษ์

10-15 นาที

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่หูบวมหูมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอันตรายจากการหูบวมหู ประโยชน์จากการเลิกหูบวมหู วิธีเลิกหูบวมหูด้วยตัวเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อมี อาการออกหูบวมหู

2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่หูบวมหู มีความมั่นใจในการเลิกหูบวมหูและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการเลิกหูบวมหูด้วยตนเองได้

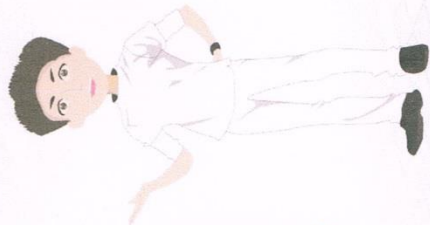
แผนการสอนเรื่อง

การให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือบุพหุแบบกระชับ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจและให้ความสำคัญกับหัวข้อการสอน</p> <p>3. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่</p>	<p>ขั้นนำ (2 นาที)</p> <p>ผู้สอนเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้สอน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และความไว้วางใจ “สวัสดีครับ ผม นายเอกชัย ฝากใต้นิสิทคณพะยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณคุณ.....ที่ได้เสียสละเวลาในการรับฟังการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเหลือบุพหุแบบกระชับครับ” “โดยการให้คำแนะนำเพื่อช่วยบุพหุแบบกระชับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีความมั่นใจในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้..... 	<p>การสนทนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สอนแนะนำตัว ทักทายผู้ฟัง สร้างสัมพันธภาพ และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง - ผู้สอนชี้แจงหัวข้อและวัตถุประสงค์ของการสนทนา - กระตุ้นความพร้อม ความสนใจของผู้ฟัง 	-	<p>- ประเมินสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย ที่แสดงออกถึงความสนใจ ความตั้งใจ เช่น การพยักหน้า จักถาม ข้อสงสัยต่างๆ</p>

ตัวอย่างคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง



ถึงเวลา บอกลาบุหรี่



เลิกบุหรี่ ภัยร้ายทำลายคุณ
เลิกบุหรี่ตั้งแต่วันนี้ เพื่อคนที่คุณรัก
และสุขภาพที่ดีขึ้นของตัวเอง



คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง สำหรับ องค์กร หน่วยงาน และชุมชน สนับสนุนโดย บริษัท ไทยทรี เติปเปอร์ จำกัด
จัดทำโดยกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กรุงเทพมหานคร

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายเอกชัย ฝาใต้
วัน เดือน ปี เกิด	10 พฤษภาคม 2528
สถานที่เกิด	อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
วุฒิการศึกษา	จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เมื่อปีการศึกษา 2551
ที่อยู่ปัจจุบัน	346 หมู่ที่ 13 ตำบล น้ำอ้อม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ 33110