อัตราการสูบบุหรี่ซ้ำ และสาเหตุการสูบซ้ำในผู้ที่ลงมือเลิกบุหรี่โดยการได้รับคำแนะนำแบบกระชับโดยอสม.: กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดระยอง[1]

กมลภู ถนอมสัตย์[2*], พรอุษา เมืองสมัย[2], อาภัสรา ศรีสุวรรณ์[2], หทัยภัทร เกียรตินอก[2] และพิมพ์อัปสร โถปัญญา[2]

[1]ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม
*ผู้รับผิดชอบบทความ: kamollabhu@webmail.npru.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ซ้ำ และสาเหตุการสูบซ้ำในผู้ที่ลงมือเลิกบุหรี่โดยการได้รับคำแนะนำแบบกระชับโดยอสม. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสูบบุหรี่ประจำจำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่โดยอสม. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่ ดัชนีการสูบบุหรี่ ระยะของการสูบบุหรี่ ข้อคำถามประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ และแบบสอบถามสาเหตุการกลับมาสูบซ้ำ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (SCVI/Ave) เท่ากับ 0.89 และความเที่ยงเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับโดยอสม. หลังได้รับคำแนะนำ 3 เดือน มากกว่าครึ่งหนึ่งกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (ร้อยละ 52.78) สำหรับสาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ สิ่งกระตุ้นทางสังคม สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต และอื่น ๆ (ร้อยละ 100.00, 98.42, 52.63 และ 42.11 ตามลำดับ) ผลการศึกษา พยาบาลชุมชนสามารถนำข้อมูลสาเหตุการสูบซ้ำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการพัฒนาระบบการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: อัตราการสูบบุหรี่ซ้ำ เลิกบุหรี่ คำแนะนำแบบกระชับ

Relapse smoking rate and causes of relapse smoking among smokers provided brief advice by Village health volunteers: a case study of communities in Nakhon Pathom and Rayong provinces [1]

Kamollabhu Thanomsat[2 *], Pornusa Muangsama [2], Apasara Srisuwan[2],
Hathaiphat Kiatnok[2] and Pimupsorn Thopanya [2]

[1]Supported by Nakhon Pathom Rajabhat University
[2]Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom
* corresponding author: kamollabhu@webmail.npru.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the relapse smoking rate and the reasons for the relapse smoking among smokers provided brief advice by the Village health volunteers (VHVs). The sample consisted of 36 regular smokers. Research instruments consist of the smoking cessation assisting program by the VHVs demographic data questionnaire, smoking information questionnaire, Heaviness of Smoking Index (HSI), 7-day point prevalence abstinence at 90 days, and the relapse smoking questionnaire. The scale content validity (S-CVI/Ave) and the reliability were 0.89, 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research results illustrated that 52.78% of participants provided brief advice for smoking cessation by the VHVs at three months relapsed to use tobacco smoking. For a return to smoking cause, the most common factors triggering relapse were emotional triggers (100%), social triggers (98.42%), pattern triggers (52.63%), and others (42.11%). Therefore, the study results can be implemented to develop a smoking cessation service system by eliminating the causes of relapse smoking by community nurses.

Keywords: Relapse smoking rate, smoking cessation, brief advice

1. บทนำ

การเลิกบุหรี่ถือเป็นลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อ และทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเช่น โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) โรคถุงลมโป่งพอง รวมถึงโรคร้ายแรงอย่างมะเร็ง (World Health Organization; WHO, 2020) ในทางตรงข้ามกันพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า (โควิด-19) ที่มีประวัติการสูบบุหรี่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (Patanavanich & Glantz, 2020) ปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจุบันทั่วโลกมีปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่จำนวน 1,300 ล้านคน ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ราว 6 ล้านคนและ คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิต เนื่องจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 8 ล้านคน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสูบบุหรี่เป็นการเสพติด ดังนั้นเมื่อลงมือเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีอาการตอบสนองจากระบบต่าง ๆ ที่เรียกว่า “อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal)” เช่น มีอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ เป็นต้น (Mirjana, 2018) ส่งผลให้เกิดอัตราการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ จากการรณรงค์ให้มีการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยที่ผ่านมามีการส่งเสริมรูปแบบที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่บรรลุตัวชี้วัดของแผนการควบคุมยาสูบระดับชาติ โดยเฉพาะจังหวัดนครปฐม และจังหวัดระยองยังมีอัตราการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 16.00 และ 20.72 ตามลำดับ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2020)

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อสถานภาพการสูบบุหรี่ ศึกษาในชุมชนในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดระยอง โดยผู้สูบบุหรี่จะได้รับการคำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอสม.เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดในการดำเนินงานสาธารณสุข จากการดำเนินงานของประเทศไทยที่ผ่านมาพยายามให้อสม.ชวนประชาชนเลิกบุหรี่ จากการศึกษานำร่องในพื้นที่ 2 จังหวัดดังกล่าวพบว่า อสม.ยังมีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่ไม่เพียงพอ อสม.ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (Logan, Press, & Siegel, 2017; Nutbeam, 2008) ในการช่วยเลิกบุหรี่และทักษะการให้คำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับโดยผู้วิจัยหลังจากนั้นอสม.ให้คำแนะนำแบบบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามภารกิจปกติประมาณ 1-5 นาที และมีการเยี่ยมติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ในวันที่ 7, 14, 30 และ 90 เพื่อให้กำลังใจและป้องกันกลับมาสูบซ้ำ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่และตกลงเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ซ้ำ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ซ้ำ และสาเหตุการสูบซ้ำในผู้ที่ลงมือเลิกบุหรี่โดยการได้รับคำแนะนำแบบกระชับโดยอสม. ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการกลับมาเสพซ้ำ และการช่วยเหลือผู้ที่ลงมือเลิกบุหรี่ในอนาคตต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำจำนวน 183 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) โดยกำหนดค่า Alpha เท่ากับ .05, Power=.70 โดยมีการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Bonevski et al. (2018) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกันคำนวณจากสูตร (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม และตำบลวังหว้า อำเภอ

เมืองแกลง จังหวัดระยอง ตำบลละ 18 คน โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจรุนแรงและ / หรือผู้ป่วยจิตเวช ยินดีที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่นี้ มีการสื่อสารกับผู้วิจัยเป็นภาษาไทย อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ไม่มีปัญหาการติดสุราเรื้อรัง ไม่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย และสามารถอยู่ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้ตลอดการศึกษา

2.2 เครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ ดำเนินการโดยอสม.ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (Logan et al., 2017; Nutbeam, 2008) ในการช่วยเลิกบุหรี่และทักษะการให้คำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับโดยผู้วิจัยด้วยหลักสูตร 1 วัน หลังจากนั้นอสม.ให้คำแนะนำแบบบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามภารกิจปกติประมาณ 1-5 นาที และมีการเยี่ยมติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ในวันที่ 7, 14, 30 และ 90 เพื่อให้กำลังใจและป้องกันกลับมาสูบซ้ำ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจำนวน 3 ท่าน

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

2) ข้อมูลการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 1) ประเภทของบุหรี่ที่ใช้ 2) ระยะเวลาการสูบบุหรี่

3) ดัชนีการสูบบุหรี่ (Heaviness of Smoking Index: HSI) ประกอบด้วยสองคำถามที่พัฒนาโดย Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert, and Robinson (1989) ใช้สำหรับการตรวจสอบระดับการติดนิโคติน

4) แบบสอบถามระยะของการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาตามทฤษฎี Stage of change โดย Prochaska and DiClemente (1982) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

5) ข้อคำถามประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามที่ใช้ในการรายงานตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ข้อคำถามประเมินความชุกของการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง 7 วัน ณ ช่วงเวลา 90 วันหลังลงมือเลิกบุหรี่ (7-day point prevalence abstinence: PPA at 90 days) 1 ข้อ พัฒนาโดย เวลิเซอร์ และคณะ (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992)

6) แบบสอบถามสาเหตุการกลับมาสูบซ้ำ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นทั้งหมด 4 ด้านได้แก่ สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ สิ่งกระตุ้นทางสังคม สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต และอื่น ๆ จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Scale-Content Validity Index/Average: SCVI/Ave) เท่ากับ 0.89 ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.87

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือประสานงานจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อและตำบลวังหว้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย คัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า และขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยมีอสม.เป็นผู้ช่วยวิจัย

ผู้สูบบุหรี่จะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมโครงการโดยอสม. เมื่อตอบตกลงอสม.จะรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่ ดัชนีการสูบบุหรี่ และระยะของการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้สูบบุหรี่จะได้รับการคำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับจากอสม. ซึ่งได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (Logan et al., 2017; Nutbeam, 2008) ในการช่วยเลิกบุหรี่จากผู้วิจัยแล้ว โดยการให้คำแนะนำแบบบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามภารกิจปกติประมาณ 1-5 นาที และมีการเยี่ยมติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ในวันที่ 7, 14, 30 และ 90 เพื่อให้กำลังใจและป้องกันกลับมาสูบซ้ำ ในวันที่ 90 อสม.จะมีการประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ และสอบถามอาการถอนนิโคตินและการกลับมาสูบซ้ำ

2.4 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่ใบรับรอง 004/2563 การศึกษานี้มีอสม.เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยอสม.เข้าพบอาสาสมัครวิจัย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทราบ การเข้าร่วมในการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลต่อสวัสดิการหรือรับการรักษาพยาบาลอื่น ๆ สำหรับในโครงการนี้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากอาสาสมัครวิจัยจะถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่ในลักษณะของรายบุคคล โดยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นรายงานสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวอาสาสมัครวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน เอกสารข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในตู้ที่ล็อคกุญแจ ที่ผู้วิจัยสามารถเปิดได้เพียงผู้เดียว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถาม จะถูกทำลายทันที

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ และร้อยละ โดยการแจกแจงข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่ ดัชนีการสูบบุหรี่ ระยะของการสูบบุหรี่ สถานภาพการสูบบุหรี่ อาการถอนนิโคติน และสาเหตุการกลับมาสูบซ้ำ

3. ผลการวิจัย

สำหรับข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.89) มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 35-59 ปี) (ร้อยละ 52.78) เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 44.44 และ 22.22 ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 52.78) ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.67) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวพบว่า ร้อยละ 50 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 36)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	88.89
หญิง	4	11.11
อายุ		
น้อยกว่า 35 ปี	9	25.00
35-59 ปี	19	52.78
60 ปีขึ้นไป	8	22.22
(Max-Min = 29-64 ปี; $\bar{X}$ =40.82, SD =1.45)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	44.44
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	8	22.22
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	7	19.45
ปริญญาตรี	5	18.89

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	19	52.78
พ่อบ้านแม่บ้าน	10	27.78
ค้าขาย	6	16.67
รับราชการ	1	2.78
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	24	66.67
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	12	33.33
โรคความดันโลหิตสูง	6	50.00
โรคเบาหวาน	4	33.33
โรคหัวใจและหลอดเลือด	5	41.67

สำหรับข้อมูลการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่โรงงาน รองลงมาเป็นบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 47.22 และ 27.78) ส่วนระยะเวลาที่สูบบุหรี่พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี รองลงมาสูบ 6-10 ปี (ร้อยละ 41.67 และ 36.11 ตามลำดับ) จำนวนมวนที่สูบต่อวัน (บุหรี่โรงงานและบุหรี่มวนเอง) พบว่า ส่วนมากสูบบุหรี่น้อยกว่า 11-20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 61.11) สำหรับดัชนีการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่มีการติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง (3-4 คะแนน) และระยะของการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นการประเมินความพร้อมในเลิกบุหรี่พบว่า ส่วนมากอยู่ในระยะลังเลใจ (ร้อยละ 88.89) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการสูบบุหรี่และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (n = 36)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของบุหรี่ที่สูบ		
บุหรี่โรงงาน	17	47.22
บุหรี่มวนเอง	10	27.78
บุหรี่ไฟฟ้า	3	8.33
ใช้หลายชนิดร่วมกัน	6	16.67
จำนวนปีที่สูบบุหรี่		
น้อยกว่า 2 ปี	3	8.33
2-5 ปี	5	13.89
6-10 ปี	13	36.11
มากกว่า 10 ปี	15	41.67
(Max-Min = 1-26 ปี; $\bar{X}$ =12.39, SD =3.58)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนมวนที่สูบต่อวัน (บุหรี่โรงงานและบุหรี่มวนเอง)		
น้อยกว่า 10 มวน	9	25.00
11-20 มวน	22	61.11
มากกว่า 20 มวน	5	13.89
(Max-Min = 3-30 มวน; $\bar{X}$ =14.26, SD =3.62)		
ดัชนีการสูบบุหรี่ (Heaviness of smoking index)		
ติดนิโคตินระดับปานกลาง (3-4 คะแนน)	27	75.00
ติดนิโคตินระดับเล็กน้อย (0-2 คะแนน)	9	25.00
ระยะของการสูบบุหรี่		
ลังเลใจ (Precontemplation)	32	88.89
ลงมือเลิกบุหรี่ (Action)	4	11.11

หลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (ร้อยละ 47.22) กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำร้อยละ 52.78) สำหรับสาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ สิ่งกระตุ้นทางสังคม สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต และอื่น ๆ (ร้อยละ 100.00, 98.42, 52.63 และ 42.11 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับมาสูบซ้ำได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ พบว่า ทุกคนมีอาการอยากบุหรี่ (ร้อยละ 100.00) 2) สิ่งกระตุ้นทางสังคมพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องอยู่สิ่งแวดล้อมเดิม (ร้อยละ 62.39) 3) สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่าส่วนมากมีอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 62.39) และ 4) อื่น ๆ พบว่า ร้อยละมีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเช่น ท้องผูก ท้องเสีย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่และสาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ (n = 36)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสูบบุหรี่ (7-day PPA at 90 days)		
เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	17	47.22
กลับมาสูบซ้ำ	19	52.78
สาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ (n=19**)** (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์	19	100.00
อยากบุหรี่	19	100.00
หงุดหงิด	15	78.95
เครียด	13	68.42
โกรธ โมโหง่าย	9	47.37

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ (ต่อ)		
สิ่งกระตุ้นทางสังคม	13	98.42
ต้องอยู่สิ่งแวดล้อมเดิม	9	69.23
คนรอบข้างชวน	7	63.64
สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต	10	52.63
นอนไม่หลับ	6	60.00
ไม่มีสมาธิในการทำงาน	5	50.00
อื่น ๆ	8	42.11
มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเช่น ท้องผูก ท้องเสีย	4	50.00
หายใจไม่เต็มปอด	3	37.50
เหงื่อออกตลอดเวลา	2	25.00

4. สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า มีผลให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับโดยอสม. มากกว่าครึ่งของจำนวนหลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำร้อยละ 52.78 ประเมินโดย 7-day PPA at 90 days (ร้อยละ 47.22) สำหรับสาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ สิ่งกระตุ้นทางสังคม สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต และอื่น ๆ (ร้อยละ 100.00, 98.42, 52.63 และ 42.11 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับมาสูบซ้ำได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ พบว่า ทุกคนมีอาการอยากบุหรี่ (ร้อยละ 100.00) 2) สิ่งกระตุ้นทางสังคมพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องอยู่สิ่งแวดล้อมเดิม (ร้อยละ 62.39) 3) สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่าส่วนมากมีอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 62.39) และ 4) อื่น ๆ พบว่า ร้อยละมีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเช่น ท้องผูก ท้องเสีย

5. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษานี้ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีการช่วยเลิกบุหรี่โดยการได้รับคำแนะนำแบบกระชับโดยอสม.ที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่โดยผู้วิจัย มีผลให้กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จประเมินโดย 7-day PPA at 90 days (ร้อยละ 47.22) ซึ่งโดยปกติอสม.มีบทบาทในด้านการช่วยเลิกบุหรี่ ดังนี้ 1) ทำความเข้าใจหลักการและแนวปฏิบัติตามโครงการ 2) คัดกรองและจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จะชวนให้เลิกบุหรี่ 3) พยายามหาแรงจูงใจเพื่อชวนให้ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีที่ง่ายและได้ผล 4) ให้ข้อมูลด้านลบของการสูบบุหรี่และผลดีของการไม่สูบบุหรี่ 5) แนะนำอุปกรณ์ที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น 6) ติดตามเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ 7) แนะนำบริการช่วยเลิกบุหรี่ 8) ทำกิจกรรมสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ 9) ส่งข้อมูลให้รพ.สต./รพช. และ 10) จัดกิจกรรมชื่นชมบุคคลต้นแบบ (The Quit for King Project, 2016) ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยคือ ให้ความสำคัญกับการทำงานเชื่อมโยงประสานกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (World Health Organization, 2010) สำหรับบริบทของประเทศไทยพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีจำนวนจำกัด

และมีภาระงานจำนวนมาก อสม.เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และทำงานเชิงรุกในด้านการดูแลสุขภาพที่มีความเข้าใจ และมีความใกล้ชิดประชาชนที่อยู่ในความดูแลของตนเองดีที่สุด ทำให้สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่เดิมมาเชื่อมโยงให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการเลิกบุหรี่ ซึ่งสัมพันธ์การศึกษาที่ผ่านมา (Chaikoolvatana, Wongphan, & Chaikoolvatana, 2021; Seangpraw & Tonchoy, 2019; Zulkiply, Ramli, Fisal, Tabassum, & Abdul Manaf, 2020) ที่ระบุว่า อาสาสมัครด้านสุขภาพมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่สำเร็จ เนื่องจากมีการทำงานใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด

สำหรับสาเหตุที่กลับมาสูบซ้ำ เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ สิ่งกระตุ้นทางสังคม สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต และอื่น ๆ (ร้อยละ 100.00, 98.42, 52.63 และ 42.11 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายละเอียดแล้วพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับมาสูบซ้ำได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ พบว่า ทุกคนมีอาการอยากบุหรี่ (ร้อยละ 100.00) 2) สิ่งกระตุ้นทางสังคมพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องอยู่สิ่งแวดล้อมเดิม (ร้อยละ 62.39) 3) สิ่งกระตุ้นทางแบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่าส่วนมากมีอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 62.39) และ 4) อื่น ๆ พบว่า ร้อยละมีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเช่น ท้องผูก ท้องเสีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Ferguson, Shiffman, & Blizzard, 2017; Piñeiro et al., 2017) ที่พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่ลงมือเลิกบุหรี่หวนกลับมาสูบซ้ำคือ สิ่งกระตุ้นทางอารมณ์และความรู้สึก โดยเฉพาะอาการอยากบุหรี่ การกลับไปในสิ่งแวดล้อมเดิมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการมีอาการผิดปกติทางกายอื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองในการหยุดสูบบุหรี่ได้ สำหรับการกลับมาสูบซ้ำ มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากผู้ที่สูบบุหรี่มีการติดนิโคติน ซึ่งมีผลต่อระบบประสาท จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายได้ว่า สาเหตุของอาการเหล่านี้เกิดจาก โดยปกติสารนิโคตินในบุหรี่จะดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตและผ่านไปยังสมองอย่างรวดเร็วภายในเวลาเพียง 6 วินาทีเท่านั้น ผู้สูบจึงรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลลงได้ในทันที แต่ก็เป็นผลระยะสั้นเท่านั้น เพราะเมื่อระดับนิโคตินลดลง อารมณ์ทางบวกนั้นก็หายไป หากต้องการความสบายอีกก็ต้องสูบอีกจนกลายเป็นการเสพติดในที่สุด เมื่อติดบุหรี่แล้ว การจะเลิกมักทำได้ยาก เพราะสิ่งที่ตามมาคืออาการถอนยาหรืออาการขาดนิโคติน ซึ่งจะเริ่มภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังการหยุดบุหรี่ โดยผู้สูบจะมีอาการดังนี้ คือ อาการด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ อยากยา ซึมเศร้า วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย สมาธิลดลง นอนไม่หลับ อาการด้านร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นช้าลง อยากอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ไม่มีเรี่ยวแรง ปวดศีรษะ ท้องผูก เหงื่อออก เป็นต้น (Mirjana, 2018) สาเหตุเหล่านี้เป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้มีการกลับมาสูบซ้ำได้ง่าย ซึ่งสัมพันธ์การศึกษาที่ผ่านมา (Ashare et al., 2016; Hall et al., 2015; Robinson et al., 2019) ที่ระบุว่าอาสาสมัครด้านสุขภาพมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่สำเร็จ

6. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้กลับมาสูบซ้ำโดยเฉพาะอาการถอนนิโคติน รวมไปถึงการจัดระบบในการติดตาม ช่วยเหลือ และการเพิ่มความตั้งใจ ความมั่นใจ และให้กำลังใจเพื่อการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องต่อไป โดยมีการเน้นย้ำการกำจัดอาการอยากบุหรี่เฉพาะรายด้วยการใช้เทคนิค 5น. (Wateesatokkit, 2016) และการสนับสนุนการเลิกบุหรี่จากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะบุคคลที่เป็นที่รักในครอบครัว

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป พัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้กลับมาสูบซ้ำ โดยการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

7. กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยโครงการวิจัยบูรณาการนักศึกษาและอาจารย์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นและความเป็นเลิศทางวิชาการ ปีงบประมาณ 2563 ในครั้งนี้

8. เอกสารอ้างอิง (References)

Ashare, R. L., et al. (2016). Nicotine withdrawal alters neural responses to psychosocial stress. **Psychopharmacology**, 233(13), 2459-2467.

Bonevski, B., et al. (2018). Smoking cessation intervention delivered by social service organisations for a diverse population of Australian disadvantaged smokers: A pragmatic randomised controlled trial. **Preventive Medicine**, 112, 38-44.

Chaikoolvatana, A., Wongphan, T., & Chaikoolvatana, C. (2021). The Effectiveness Analysis of 'Quit-Calendar'Related to Current Smokers under 'Quit-For-King'Project (Phase II). **JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND,** 104(2), 176-184.

Cohen, M. A. (1988). Some new evidence on the seriousness of crime. **Criminology**, 26(2), 343-353.

Hall, F. S., Der-Avakian, A., Gould, T. J., Markou, A., Shoaib, M., & Young, J. W. (2015). Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 58, 168-185.

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

Logan, R. A., Press, I. O. S., & Siegel, E. R. (2017). **Health Literacy: New Directions in Research, Theory and Practice.** Amsterdam: IOS Press.

Mirjana, R. (2018). **Smoking Prevention and Cessation**. Ontario: IntechOpen.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, 67(12), 2072-2078. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608004577

Patanavanich, R., & Glantz, S. A. (2020). Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. **Nicotine and Tobacco Research**, 22(9), 1653-1656.

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

Robinson, J. D., Li, L., Chen, M., Lerman, C., Tyndale, R. F., Schnoll, R. A., . . . Cinciripini, P. M. (2019). Evaluating the temporal relationships between withdrawal symptoms and smoking relapse. **Psychology of Addictive Behaviors**, 33(2), 105.

Seangpraw, K., & Tonchoy, P. (2019). Factors related intention to smoking cessation among Thai people who joined quit smoking project for the king: A cross-sectional study of Northern Thailand. **Journal of Ayub Medical College Abbottabad**, 31(4), 512-516.

The Quit for King Project. (2016). **Role of the Village health volunteer for helping quit smoking**. Retrieved from http://www.quitforking.com/pages/view/history

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2020)**. Tobacco Consumption Control Situation in Thailand, 2019.** (2nd ed.). Bangkok: Sinthaveekit printing.

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

Wateesatokkit, K. (2016). **1 VHV help 1 smoker quit**. Nonthaburi: Nonthakan graphic.

World Health Organization. (2010). **WHO Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Retrieved from http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_14/en/.

World Health Organization. (2020). **Tobacco.** Retrieved from https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

Zulkiply, S. H., Ramli, L. F., Fisal, Z. A. M., Tabassum, B., & Abdul Manaf, R. (2020). Effectiveness of community health workers involvement in smoking cessation programme: A systematic review. **PLoS ONE,** 15(11), e0242691.