ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5

นที หลีกชั่ว

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
เมษายน 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5”
ของ เรืออากาศเอกนที หลีกชั่ว
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ)

.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(อาจารย์ ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(อาจารย์ ดร.ภญ.ดารณี เชี่ยวชาญธนกิจ)

อนุมัติ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
11 ต.ค. 2561

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ อาจารย์ ดร.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุตส่าห์สละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อันประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.อัญชลี เพิ่มสุวรรณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และ อาจารย์ ดร.ดารณี เชี่ยวชาญธนกิจ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณ นาวาเอกสรวิชญ์ สุรกุล ผู้บังคับการกองบิน 5 ที่ได้อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยภายในกองบิน ขอขอบพระคุณ เรือโททศพล ศรีมณี ผบ.ร้อย.ทย.พัน.อย.บน. 5 ที่รวบรวมและควบคุมระเบียบวินัยของทหารกองประจำการที่เข้ามาในการศึกษานี้ และเรืออากาศเอกพิระพงษ์ คงนาวัง นายทหารสุขาภิบาล โรงพยาบาลกองบิน กองบิน 5 ที่ช่วยรวบรวมข้อมูลประวัติการคัดกรองสุขภาพของทหารกองประจำการ ตลอดจน ขอขอบพระคุณทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือในการศึกษานี้จนสำเร็จด้วยดี

นที หลีกชั่ว

ชื่อเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5
ผู้วิจัย นที หลีกชั่ว
ประธานที่ปรึกษา ดร.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์
ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ภ.ม. สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2561
คำสำคัญ โปรแกรมเลิกบุหรี่, เภสัชกร, ทหารกองประจำการ

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ ในด้านอัตราการเลิกบุหรี่, จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง รวมถึงสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2559

วิธีการวิจัย คัดเลือกทหารกองประจำการที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ซึ่งประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โทษของการสูบบุหรี่และประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ ตลอดจนวางแผนการเลิกบุหรี่ ติดตามให้คำปรึกษาแนะนำ จำนวน 3 ครั้ง ในครั้งที่ 1 ตอนเริ่มเข้าการศึกษา, ครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 8 โดยแบ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เฉพาะครั้งแรก ประเมินผลจากรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและยืนยันด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ที่ระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือน

ผลการวิจัย พบว่ามีทหารกองประจำการเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 173 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 85 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 88 คน มีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีอัตราเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 1 เดือน ร้อยละ 25.9 และร้อยละ 4.5 ที่ 3 เดือน ร้อยละ 16.5 และร้อยละ 2.3 ตามลำดับ ($p<0.05$) ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน ที่ 1 เดือน ร้อยละ 31.8 และ ร้อยละ 8.0 ที่ 3 เดือน 29.4 และร้อยละ 5.7 ตามลำดับ ($p<0.05$) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลดลงจาก 12.42 $\pm$ 7.67 มวน เหลือ 3.75 $\pm$ 3.80 มวน และ 11.00 $\pm$ 7.84 มวน เหลือ 6.83 $\pm$ 4.69 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่มากที่สุด คือสูบบุหรี่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือ การเห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่

สรุปผลการวิจัย โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร มีประสิทธิผลในการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับทหารกองประจำการ กองบิน 5 ทั้งในด้านอัตราการเลิกบุหรี่ และมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง

Title	EFFECTIVENESS OF PHARMACIST-BASED SMOKING CESSATION PROGRAM IN THE CONSCRIPTS AT WING 5 AIR BASE.
Author	Natee Leegchur
Advisor	Chuanchom Thananithisak, Ph.D.
Academic Paper	Thesis M.Pharm in Community Pharmacy, Naresuan University, 2018
Keywords	smoking cessation program, pharmacist, conscripts

ABSTRACT

Introduction: The study of effectiveness of pharmacist-based smoking cessation program in the conscripts at wing 5 air base was an experimental study with control group aiming to assess the effectiveness of smoking cessation program in terms of abstinence rate and number of cigarettes per day at 1 and 3 months. Moreover, factors that influenced smoking and quitting smoking among the conscripts were also evaluated. The data was collected during May to August 2016.

Methods: The current smokers in the conscript army were divided into two groups which were experimental and control group. The experimental group received smoking cessation program which included educating about risk of cigarettes and benefit of quitting, motivating to avoid smoking, setting quit smoking plan and providing them thrice counseling therapy according to transtheoretical model, first time was when recruited to the study. Second and third time was at 2nd and 8th week respectively. The control group was given an advice only at the first visit. Outcome was measured by self-report questionnaire and was assured by breath CO.

Results: 173 conscripts participated in this study, 85 were in the experimental group and 88 were in the control group. No difference in baseline characteristic was found between both groups. The outcome of this study showed that the experimental group had significantly higher continuous abstinence rate then the control group which was 25.9% and 4.5% at first month and 16.5% and 2.3% at third month in experimental

and control group respectively ($p<0.05$). In aspect of 7-day point prevalence abstinence rate, it was found that the experimental group had significantly higher than control group which was 31.8% and 8.0% at first month and 29.4% and 5.7% at third month in experimental and control group respectively ($p<0.05$). Numbers of cigarettes per day were decreased from 12.42 ± 7.67 and 11.00 ± 7.84 at the baseline to 3.75 ± 3.80 and 6.83 ± 4.69 at the end of study in experimental and control group respectively. The most influencing factor to smoke was relaxing and relieving stress. On the contrary, the most influencing factor to quit smoking was realizing the benefits of smoking cessation.

Conclusion: Pharmacist-based smoking cessation program has a promising clinical outcome in term of higher abstinence rate and lower number of cigarettes smoked per day.

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ความเป็นมาของปัญหา	1
	จุดมุ่งหมายของการวิจัย	3
	ความสำคัญของการวิจัย	3
	ขอบเขตของการวิจัย	4
	ข้อตกลงเบื้องต้น	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ	4
	สมมุติฐานของการวิจัย	5
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	6
	ความรู้เรื่องบุหรี่	6
	การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation)	17
	โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (pharmacist-based smoking cessation)	24
	งานวิจัยเลิกบุหรี่ในทหาร	29
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	32
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	39
	โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร	45
	การวิเคราะห์ข้อมูล	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	**ผลการวิจัย**	47
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5	47
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5	50
	ส่วนที่ 3 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่าง ยังสูบบุหรี่อยู่	54
	ส่วนที่ 4 ผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5	55
	ส่วนที่ 5 ผลจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่อลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5	56
	ส่วนที่ 6 อัตราการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5	59
	ส่วนที่ 7 ผลจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรต่อจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5	64
	ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5	67
5	**บทสรุป**	69
	สรุปผลการวิจัย	69
	อภิปรายผลการวิจัย	72
	ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม		79
ภาคผนวก		87

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

ประวัติผู้วิจัย..... 118

สารบัญตาราง

ตาราง หน้า

1 แสดงแนวทางแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในการกระตุ้นให้ยังคงเสพยาสูบ 22

2 แสดงการศึกษาโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยเภสัชกร ในต่างประเทศ..... 27

3 แสดงชนิดเครื่องมือวิจัย และการใช้งานเครื่องมือวิจัย..... 36

4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5 48

5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5 51

6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของสาเหตุที่ทหารกองประจำการ ยังสูบบุหรี่อยู่ 54

7 แสดงคะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เปรียบเทียบก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องบุหรี่ 55

8 แสดงเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ หลังให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ..... 55

9 แสดงเปรียบเทียบ ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ก่อนเริ่มวิจัย และที่เวลา 3 เดือน 58

10 แสดงเปรียบเทียบ ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ที่เวลา 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ..... 58

11 แสดงลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ที่เปลี่ยนแปลง เมื่อจบงานวิจัยที่เวลา 3 เดือน..... 59

12 แสดงความแตกต่างของค่า ร้อยละ จำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 60

13 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระดับการติดนิโคติน ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 61

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

14 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามประวัติการพยายามเลิกสูบบุหรี่ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 63

15 แสดงอัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate) 64

16 แสดงเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงหลังจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร 65

17 แสดงเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่เวลา 1 เดือนและ 3 เดือน 66

18 แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5 67

19 แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5 68

สารบัญภาพ

ภาพ **หน้า**

1 แสดงการประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) 18

2 แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ ตามแนวทาง 5 A 19

3 แสดงขั้นตอนการวิจัยและเก็บข้อมูล 42

4 แสดงขั้นตอนวิธีวิจัย (กลุ่มทดลอง) 43

5 แสดงขั้นตอนวิธีวิจัย (กลุ่มเปรียบเทียบ) 44

6 แสดงร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ (TTM) ก่อนเริ่มวิจัยและที่เวลา 3 เดือน (กลุ่มทดลอง) 57

7 แสดงร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ (TTM) ก่อนเริ่มวิจัยและที่เวลา 3 เดือน (กลุ่มเปรียบเทียบ) 57

8 แสดงอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เวลา 1 เดือน และ 3 เดือน 60

9 แสดงจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่เวลา 1 เดือน และ 3 เดือน 66

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

บุหรี่ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยในปี 2557 พบว่า มีผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.7 โดยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เมื่อเทียบกันระหว่างเพศจะพบว่าจำนวนผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมากกว่าเพศหญิงที่สูบบุหรี่ถึง 18.4 เท่า และมีผู้สูบบุหรี่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 23.0 มากกว่าในเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 18.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เป็นที่ทราบกันว่าการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่นั้นมีอันตรายและเพิ่มโอกาสการเป็นโรคต่างๆ ได้ เช่น การเป็นโรคถุงลมโป่งพอง, ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็ง (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2004) และในปัจจุบันมีการศึกษาโทษของบุหรี่โดยพบหลักฐานยืนยันว่าบุหรี่สามารถเป็นสาเหตุของโรคถึง 25 โรคด้วยกัน เช่น ปอดอุดกลั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานยืนยันว่าบุหรี่สามารถทำให้เกิดมะเร็งได้ 10 ชนิด คือ lungs, laryngeal, esophageal, pancreatic, renal and bladder, cervical, endometrial and stomach, oral cavity, pharynx และ acute myeloid leukemia (Siegel et al., 2015) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าบุหรี่ได้ฆ่าคนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2008) การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ในปี 2554 ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ประมาณ 6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอีก 6 แสนคน ประเทศที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากสารพิษในบุหรี่สูงสุดคือ สาธารณรัฐประชาชนจีน (จำนวน 1.2 ล้านคน) (Eriksen, Mackay & Ross, 2012) สำหรับประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ปีละ 41,185 คน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554)

ควันบุหรี่มีสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด และมีจำนวนมากกว่า 250 ชนิด ที่เป็นสารพิษที่วงการแพทย์ระบุว่าเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนไดซัลไฟด์ คาร์บอนมอน-นอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์แอมโมเนีย ผู้ที่รับควันบุหรี่มือสอง

จะได้รับสารพิษเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม โรคหัวใจและโรคอื่น ๆ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลเสียต่อการเจริญเติบโตและวิวัฒนาการของเด็กอีกด้วย (ศิริวรรณ และคณะ, 2555)

ถึงแม้ว่าผลการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่รอบ 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534–2554) จะมีการสูบบุหรี่ลดลง แต่ในช่วงหลังพบการเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มลดลงช้ากว่าช่วงแรก จากการคาดการณ์แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยใน 15 ปีข้างหน้า (ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปี 2568) ประเทศไทยยังทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงน้อยกว่าเป้าหมายของมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ที่ตั้งเป้าหมายระดับโลก (Global target) (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2557)

การช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น เป็นหน้าที่อย่างหนึ่งของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะนโยบายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่เน้นบทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพในเชิงรุกซึ่งจะเน้นการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การเลิกบุหรี่เป็นการสร้างสุขภาพที่จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ในอนาคต (จิตติมา ทุ่งพรวญ, 2547) ซึ่งการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ นั้นมีโอกาสสำเร็จน้อยมาก คือประมาณร้อยละ 95 ของผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ และการเลิกบุหรี่ที่มีการวางแผนไว้ก็จะสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าไม่ได้วางแผน (บุปผา ศิริรัศมี และคณะ, 2556) และจากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่าการได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ถือว่ามีความสำคัญ เพราะคำแนะนำที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปด้วยดี ส่งผลให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบผลสำเร็จมากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

การที่เภสัชกรคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดจนวางแผนและติดตามการเลิกบุหรี่ พบว่ามีประสิทธิภาพ ช่วยให้สามารถช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่ติดบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าการให้ผู้ที่ติดบุหรี่เลิกได้เองด้วยตนเอง (สุภกิจ ดำรงค์พิวัฒน์, 2552) โดยมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนใน New Mexico โดยมีผู้เข้าร่วม 364 คน พบว่ามีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่ 1, 3 และ 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 25, 26 และ 25 ตามลำดับ โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่มวนแรกในเวลาเฉลี่ยไม่เกิน 30 นาทีหลังจากตื่นนอน (Khan et al., 2012) ซึ่งพบว่าเภสัชกรมีบทบาทในการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ได้

มีการสำรวจถึงปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลทหาร ในส่วนของกองทัพบก ทั้ง 4 กองทัพภาค ทุกชั้นยศ พบว่าทางด้านการสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุดถึงร้อยละ 68.07 (กมลพร สวนสมจิตร และคณะ, 2538)

และการสำรวจเบื้องต้นของ ลลิดา เขตต์กุฎี (2547) พบว่า ทหารกองประจำการ ต่อสู้อากาศยานที่ 1 มีการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 90

ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จึงเห็นความสำคัญของสถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จึงได้อยากที่จะนำโปรแกรมเลิกบุหรี่ เข้าไปใช้กับทหารกองประจำการ ซึ่งถือเป็นมาตรการเชิงรุกในการเลิกบุหรี่ โดยจะไม่เหมือนกับคลินิกเลิกบุหรี่โดยทั่วๆ ไปจะต้องรอให้ผู้ที่สนใจจะเลิกบุหรี่มาเข้าร่วมโครงการ และในกองบิน 5 นั้นถือเป็นกองบินท่องเที่ยว มีผู้คนจากภายในหน่วยและภายนอกหน่วยเข้าออกกองบินอย่างต่อเนื่อง ถ้าทหารกองประจำการยังมีพฤติกรรมที่สูบบุหรี่ ก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพและภาพลักษณ์ของทางกองบิน ฉะนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

จุดมุ่งหมายหลัก คือ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร สำหรับทหารกองประจำการ กองบิน 5 ในด้าน

1. อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 1 เดือนและ 3 เดือน
2. จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง

จุดมุ่งหมายรอง คือ เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการ กองบิน 5

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งหวังที่จะใช้โปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ช่วยให้ทหารกองประจำการที่เข้าประจำการอยู่ในกองบิน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จะได้เป็นกำลังพลทหารที่มีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากบุหรี่หรือโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องตามความต้องการของกองทัพ สังคมและประเทศชาติ และสามารถทราบถึงปัจจัยหรืออิทธิพลต่างๆ ที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ กองบิน 5 เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษา เลิกบุหรี่ที่เฉพาะเจาะจง เหมาะสมกับทหารกองประจำการต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่ออัตราการเลิกบุหรี่ ของทหารกองประจำการ กองบิน 5 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีการประเมินและติดตามผลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน คือประเมินผลในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการเลิกบุหรี่โดยที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ประเมินการสูบบุหรี่ของตนเอง และผู้วิจัยจะใช้เครื่องวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจเป็นการยืนยันผลการเลิกสูบบุหรี่ต้องมีค่าน้อยกว่า 10 ppm (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555; Huang, Jiao, Zhang, Lei, & Zhang, 2015) และในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาประเมินตนเองว่าเลิกบุหรี่แต่ผลการวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 10 ppm จะถือว่ายังสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งผลการเลิกสูบบุหรี่ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ทำการศึกษา อาจจะไม่ได้สะท้อนถึงการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในอนาคต

ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กับผู้บังคับบัญชา และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการวิจัยนี้อาสาสมัครที่เป็นทหารกองประจำการ มีสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ซึ่งการเข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนั้น ไม่มีผลต่อการปฏิบัติราชการทหารใดๆ ทั้งสิ้น โดยที่ผู้บังคับบัญชามีหน้าที่ควบคุมระเบียบวินัยทางการทหารเท่านั้น ไม่มีการบังคับให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทหารกองประจำการ หมายถึง ผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนกองประจำการ และได้เข้ารับราชการในกองประจำการจนกว่าจะได้ปลดประจำการ (หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน, 2556)

โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร หมายถึง โปรแกรมที่เภสัชกรจะช่วยให้คำปรึกษาแนะนำ กำหนดวางแผนการเลิกบุหรี่ ติดตามผลการเลิกบุหรี่ และช่วยแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยประกอบไปด้วย 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่อเริ่มโครงการ, ครั้งที่ 2 เมื่อสัปดาห์ที่ 2 และ ครั้งที่ 3 เมื่อสัปดาห์ที่ 8

อัตราการเลิกบุหรี่ภายใน 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) หมายถึง จำนวนคนที่ในช่วง 7 วันก่อนที่จะมีการประเมินผลการเลิกบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ต่อจำนวนจำนวนคนทั้งหมด

อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate) หมายถึง จำนวนคนที่ตั้งแต่เมื่อเริ่มโครงการจนถึงวันประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด ต่อจำนวนคนทั้งหมด

จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง หมายถึง จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนเข้าร่วมโครงการ – จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันหลังจบโครงการ

อัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate) คือ ร้อยละของคนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันที่เคยเลิกบุหรี่แล้วกลับมาสูบบุหรี่อีก ซึ่งคำนวณได้จากจำนวนของคนที่เคยเลิกบุหรี่ (ทั้งเลิกบุหรี่แบบภายใน 7 วันและเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง) แต่ปัจจุบันกลับมาสูบบุหรี่/ จำนวนคนที่เลิกบุหรี่ตลอด 3 เดือน รวมกับจำนวนของคนที่เคยเลิกบุหรี่แต่ปัจจุบันกลับมาสูบบุหรี่

ครูฝึกผู้ควบคุมกองร้อย หมายถึง ทหารที่มีหน้าที่ควบคุมระเบียบวินัยของทหารกองประจำการในกองร้อยนั้นๆ โดยมีคุณสมบัติ เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีความเป็นผู้นำทางทหารและเคร่งครัดในเรื่องระเบียบวินัยทางทหาร

สมมุติฐานของการวิจัย

1. โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร มีประสิทธิผลทำให้ทหารกองประจำการมีอัตราการเลิกบุหรี่ ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร มีประสิทธิผลทำให้ทหารกองประจำการมีจำนวนบุหรี่ที่สูบ ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่ออัตราการเลิกบุหรี่ ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 และได้สำรวจปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ กองบิน 5 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เรื่องบุหรี่
   - 1.1 สารประกอบในบุหรี่
   - 1.2 ผลจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ
   - 1.3 ผลกระทบของบุหรี่กับสังคม
   - 1.4 ผลกระทบบุหรี่กับสิ่งแวดล้อม
   - 1.5 กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่
   - 1.6 ผลจากการเลิกสูบบุหรี่
2. การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation)
   - 2.1 แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก
   - 2.2 แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเลิก
3. โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (pharmacist-based smoking cessation)
4. งานวิจัยเลิกบุหรี่ในทหาร

ความรู้เรื่องบุหรี่

1. สารประกอบในบุหรี่

บุหรี่มีสารประกอบต่างๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด บางชนิดเป็นสารเคมีที่มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย บางชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง โดยมีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิดซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตรายต่อร่างกายที่สำคัญ ดังนี้ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2547)

1.1 **นิโคติน** มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง โดยเป็นทั้งตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบมากๆ หลายๆ มวนจะกดระบบประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้าลง โดยนิโคตินประมาณร้อยละ 95 จะไปจับอยู่ที่

ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อบุช่องปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิต (blood pressure) สูงขึ้น หัวใจเต้น (heart rate) เร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด และในบุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคตินประมาณ 1 มิลลิกรัม ซึ่งความร้ายแรงของพิษนี้เทียบได้กับการได้รับสารไซยาไนด์ แต่เหตุที่ผู้สูบบุหรี่ไม่เสียชีวิตทันทีเพราะสูบเข้าไปทีละเล็กทีละน้อย และร่างกายเผาผลาญนิโคตินที่รับเข้าไปค่อนข้างเร็ว และขับออกจากร่างกายตลอดเวลา ทำให้ระดับนิโคตินในร่างกายไม่สูงพอที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตในทันทีได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555)

1.2 **ทาร์** มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน มีสีน้ำตาลดำ เหนียว เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวน และส่วนประกอบอื่นๆ ในบุหรี่ ทาร์ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิดผสมรวมกันเช่น เบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้ละอองของเหลวของทาร์ จะเข้าไปติดอยู่ตามระบบทางเดินหายใจ เช่นหลอดลม และถุงลมปอด โดยประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดและ เมื่อทาร์รวมตัวกับฝุ่นต่างๆ ที่หายใจเข้าไปก็จะขังอยู่ในถุงลมปอด ทาให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมทั้งโรคมะเร็งปอด และมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2547)

1.3 **ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์** เป็นก๊าซที่มีความไวต่อการจับกับเฮโมโกบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนถึง 200 เท่า จึงเป็นสาเหตุทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายขาดออกซิเจน ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่เริ่มหัดสูบบุหรี่บางมีอาการตาลายมึนงง คล้ายคนเมาบุหรี่ สำหรับนักกีฬาที่สูบบุหรี่จัดจะหายใจไม่ค่อยทัน หรือหอบเหนื่อยเร็วกว่านักกีฬาที่ไม่สูบบุหรี่เลย นอกจากนี้มารดาที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนขึ้นไปต่อวัน ในระหว่างการตั้งครรภ์ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จะเป็นตัวการสำคัญในการทำให้จำนวนออกซิเจนที่ไปบำรุงเลี้ยงเด็กลดน้อยลง (สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2549)

1.4 **ไนโตรเจนไดออกไซด์** เป็นก๊าซพิษที่ทาลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ซึ่งทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549)

1.5 **ไฮโดรเจนไซยาไนด์** เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนต้น ซึ่งหลอดลมส่วนต้นนี้จะทำหน้าที่คอยช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ไม่ให้เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ โดยการได้รับ

ก๊าซชนิดนี้จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอมีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549)

1.6 **สารกลุ่ม** polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH) ตัวอย่างของสารในกลุ่มนี้ เช่น เบนโซไพรีน เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะหลายแห่ง เช่น ปอด กล่องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน กระเพาะอาหาร และช่องปาก โดยเมื่อสารกลุ่ม PAH ผ่านกระบวนการเมตาบอลิซึม จะทำให้โครงสร้างของดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ และส่งเสริมให้เกิดมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ (รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยพรหม, 2550)

1.7 **สารอนุมูลอิสระ** ในกระบวนการเผาไหม้ของใบยาสูบ ทำให้เกิดสารพวกอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น peroxy radical, hydroxyl radical เป็นต้น ซึ่งอนุมูลอิสระต่างๆ สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดกระบวนการต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น กระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear cells, สร้างสารกระตุ้น (chemotactic peptide), การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนท์ และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิด ไปเป็นไขมันที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดง ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) และพวกสารอนุมูลอิสระยังทำให้ระบบทางเดินหายใจก่อให้เกิดภาวะ oxidative stress ภายในปอด ทำให้เกิดมีการอักเสบมีการทำลายเซลล์และทำให้เซลล์ตาย (รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยพรหม, 2550)

1.8 **สารกัมมันตรังสี** ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตรังสีต่างๆ เช่น Polonium 210 ที่มีรังสีแอลฟา ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และในควันบุหรี่มีสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2547)

1.9 **สารปรุงแต่งต่างๆ** นอกจากสารเคมีที่มีอยู่ในใบยาสูบตามธรรมชาติ บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ก็ได้เติมสารเคมีอื่นๆ เข้าไปในบุหรี่ โดยผสมรวมเข้าไปกับใบยาสูบและในกระดาษมวนบุหรี่ สารเหล่านี้เรียกรวมๆ ว่าสารปรุงแต่ง (additives) เพื่อเพิ่มรสชาติ ทำให้ลำคอโล่ง รสชาตินุ่มนวลไม่บาดคอ (เช่น น้ำตาลเมนทอล กานพลู) เพิ่มเพื่อให้มีกลิ่นหอม (เช่น ลิ้นกวาง-coumarin) เพิ่มเพื่อให้เก็บได้ทนนาน (เช่นสารกันบูด สารกันเชื้อราสารกันชื้น) สารบางชนิดเป็นตัวเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน (แอมโมเนีย)สารปรุงแต่งเหล่านี้บางชนิดโดยตัวเองไม่มีอันตราย แต่เมื่อนำมาใส่ในบุหรี่และถูกเผาไหม้ร่วมกับสารเคมีอื่นๆ อีกหลายชนิด จะกลายเป็นสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ สารปรุงแต่งที่พบว่ามีการนำมาใส่ในบุหรี่มีจานวนมากกว่า 2,000 ชนิด บุหรี่แต่ละตราจะผสมสารปรุงแต่งประมาณไม่เกิน 100 ชนิด ในจำนวนนี้พบว่ามีสารบางชนิดที่เป็นอันตรายร้ายแรง ในจำนวนสารปรุงแต่งกลิ่นรสบุหรี่ 700 ชนิดที่บริษัทบุหรี่สหรัฐอเมริการายงานต่อรัฐบาลมีสารเคมี 13 ชนิดที่คณะกรรมการอาหารและยาสหรัฐฯ ห้ามใช้ผสมในอาหาร และจำนวน 5 ชนิด

เป็นสารอันตรายระดับที่องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมประกาศห้ามนำไปทิ้งในบริเวณกำจัดขยะ บริษัทบุหรี่ยุโรปและบริษัทบุหรี่นิวซีแลนด์รายงานต่อรัฐบาลนิวซีแลนด์ว่า มีสารปรุงแต่งกลิ่นรสถึงกว่า 2,000 ชนิด ขณะที่โรงงานยาสูบของประเทศไทยรายงานว่า มีการเติมสารปรุงแต่งในบุหรี่แต่ละตรา 15-20 ชนิด (วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

2. **ผลจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ** (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560; วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

การสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดผลกระทบหรือปัญหาด้านสุขภาพมากมาย โดยทั่วไปสามารถจำแนกผลกระทบ หรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลกระทบระยะสั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการและอาการแสดงจากการสูบบุหรี่ และผลกระทบระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มมะเร็งและกลุ่มโรคเรื้อรังของระบบต่างๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ ดังนี้

2.1 **ผลกระทบระยะสั้น**

2.1.1 ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรส ทำหน้าที่ได้ลดลง

2.1.2 แสบตา น้ำตาไหล

2.1.3 ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบกเพื่อกาจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง

2.1.4 ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูงขึ้น

2.1.5 มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น

2.1.6 เกิดกลิ่นที่น่ารังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า

2.1.7 ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปาก

2.2 **ผลกระทบระยะยาว**

2.2.1 โรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล่องเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะ-อาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก

2.2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2.3 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ

2.2.4 โรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ

2.2.5 โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

2.2.6 โรคตา เช่น จอประสาทเสื่อม/ลอกหลุด ต้อกระจก เป็นต้น

2.2.7 โรคกระดูก เช่น กระดูกสะโพกหักง่าย กระดูกพรุน เป็นต้น

2.2.8 โรคแผลในกระเพาะอาหาร

2.2.9 โรคเบาหวาน

2.2.10การสูบบุหรี่ของมารดาที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และทารก ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด แท้งง่าย มีบุตรยาก ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (< 2,500 กรัม) อัตราตายทารกแรกเกิดสูง และภาวะเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของทารก

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคที่คุกคามชีวิตประชากรโลกอย่างน้อย 25 โรค โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ หรือสามารถลดความรุนแรงลงได้ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่อายุเฉลี่ยของคนในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มมากขึ้น แต่อัตราการเกิดโรคและอัตราตายจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และ โรคมะเร็งก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โรคเรื้อรังเหล่านี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการสูบบุหรี่ องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ชัดเจนว่า 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากบุหรี่จะมีผลต่อสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่โดยตรงแล้วควันบุหรี่ยังส่งผลกระทบไปยังผู้ใกล้ชิดที่ต้องสูดดมควันบุหรี่ด้วย โรคร้ายแรงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น

โรคหัวใจและหลอดเลือด

โดยปกติหัวใจของคนเราจะเต้นประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที เมื่อสูบบุหรี่เข้าไปสารนิโคตินและ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือดเกิดการจับตัวของไขมันในรูปคอเรสเตอรอล เส้นเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง ทำให้เลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้และหากเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองเสื่อม นำไปสู่การเป็นอัมพฤตอัมพาตได้ ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 5 เท่า และได้มีประมาณการว่าบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเฉียบพลันร้อยละ 80 ในผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี

โรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอดจัดว่าเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชายมีประวัติสูบบุหรี่เฉลี่ยถึงร้อยละ 94 การเกิดมะเร็งปอดในระยะแรกๆ จะไม่มีอาการ เมื่อใดที่มีอาการแสดงว่าโรคเป็นมากแล้วอาการที่พบคือ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลด หอบเหนื่อย ปวดกระดูกซี่โครง ไหปลาร้า ปวดกระดูกสันหลังจากมะเร็งกระจายไปกระดูก บวมบริเวณหน้า คอ แขนและอกส่วนบนเนื่องจากก้อนมะเร็งกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ กลืนอาหารลำบาก ฯลฯ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังเริ่มมีอาการประมาณ 6 เดือน และร้อยละ 80 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี หากผู้สูบบุหรี่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในปอด ความเสี่ยง

ของการเกิดมะเร็งปอดจะสามารถลดลงได้ ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันและขึ้นกับระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ 1-14 มวนต่อวันจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 8 เท่า และหากสูบมากกว่า 25 มวนต่อวัน โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจะมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 25 เท่า ในกรณีที่เป็นมะเร็งปอดแล้ว แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี อัตราการรอดชีวิต 5 ปีจะมีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง)

โรคนี้เป็นหนึ่งในสามโรคสำคัญที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมาก เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ไปทำให้เนื้อเยื่อบุภายในทางเดินหายใจ และถุงลมปอดเกิดความระคายเคืองเรื้อรัง ส่งผลให้มีการสร้างเสมหะมากทำให้ผู้ป่วยไอมาก มีการสลายตัวของโปรตีนภายในทางเดินหายใจเป็นผลให้เยื่อบุหลอดลมหนาขึ้น หลอดลมตีบเล็กลง ทำให้ต้องออกแรงมากขึ้นในการหายใจในขณะที่ถุงลมปอดก็เกิดการอักเสบ ผนังถุงลมบวมอักเสบ เปราะบางแตกฉีกขาดมารวมกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่แต่ไม่สามารถฟอกเลือดได้ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงมีอาการหอบเหนื่อยง่าย ในระยะที่เป็นมากผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงาน เดิน หรือดำรงชีวิตประจำวันตามปกติได้เพราะจะเหนื่อยมาก ต้องได้รับออกซิเจนช่วยตลอดเวลา แต่การให้ออกซิเจนก็ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง หากให้ในปริมาณสูงอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ในบางครั้ง หากผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากๆ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ปีเป็นส่วนใหญ่ โรคนี้แก้ไขกลับคืนได้ยาก การตอบสนองต่อการรักษามีจำกัดผู้ป่วยแต่ละรายตอบสนองการรักษาต่างกัน

โรคในช่องปาก

ผลการศึกษาระบุว่า บุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปริทันต์ สารเคมีในควันบุหรี่ทำให้โรคปริทันต์และแผลการผ่าตัดในช่องปากหายช้าลง ผู้สูบบุหรี่จะมีคราบหินปูนฝังแน่นที่ฟัน ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟันและเหงือก มีกลิ่นปาก ฟันเหลือง เหงือกร่น ภายในคอมีการระคายเคือง ความชุกในการเกิดโรค ปริทันต์ในผู้สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ไม่สูบ 2 เท่า และหากยิ่งสูบปริมาณมาก ความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์ยิ่งสูงขึ้น สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี มักเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุช่องปาก เพราะควันบุหรี่เข้าไปทำลายเส้นเลือดที่ส่งไปหล่อเลี้ยงเยื่อบุช่องปาก ทำให้การรับรู้รสชาติของอาหารเปลี่ยนไป ปากแห้ง เจ็บบริเวณขากรรไกร ทำให้กลืนอาหารและพูดลำบาก

3. **ผลกระทบของบุหรี่กับสังคม**

บุหรี่ถือว่าเป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมายและมีราคาถูกกว่าสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ เมื่อมีการติดบุหรี่แล้วมักเป็นหนทางที่นำสู่การทดลองใช้สารเสพติดชนิดอื่นตามมา โดยร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชา และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการสูบบุหรี่มาก่อน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะสามารถนำไปสู่ปัญหาเรื่องยาเสพติดชนิดต่างๆ ซึ่งจะส่งผลทำให้สร้างปัญหาต่อสังคมตามมา (รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550)

4. **ผลกระทบบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม**

การสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรกเนื่องมาจากการทิ้งก้นบุหรี่ไม่เป็นที่ ถ้าผู้สูบบุหรี่ไม่ระวังในการทิ้งบุหรี่ ก็จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การเกิดไฟไหม้ในอาคารบ้านเรือน และการเกิดไฟป่าได้ ซึ่งอาจจะสร้างความสูญเสียต่อทรัพย์สินและทรัพยากรธรรมชาติได้ และในขั้นตอนการปลูกใบยาสูบจะต้องมีการใช้สารเคมีเพื่อฆ่าวัชพืชและแมลง ทำให้เพิ่มสารพิษตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้ที่สูบบุหรี่ อีกทั้งควันจากบุหรี่ยังมีส่วนทำให้เพิ่มก๊าซพิษให้กับสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณสถานที่แออัดและในห้องที่มีการใช้เครื่องปรับอากาศ (รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550)

5. **กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่** (พระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560, 2560; ปรุฬห์ รุจนธำรง, 2560)

กฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2560 ซึ่งจะมีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 90 วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป (ใช้บังคับ 4 กรกฎาคมพ.ศ. 2560) กฎหมายใหม่นี้ได้ยกเลิกกฎหมายที่ใช้ก่อนหน้า 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อนำมารวมเป็นกฎหมายฉบับเดียวกัน ซึ่งมีสาระสำคัญในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังนี้

5.1 แก้ไขนิยามผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อขยายขอบเขตการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กำหนด "ผลิตภัณฑ์ยาสูบ" หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ หรือพืชนิโคเทียนา ทาแบกกุ้ม (Nicotiana tabacum) และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กินเป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา โดยผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็น

ส่วนประกอบ เช่น ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าบารากู่ หรือผลิตภัณฑ์รูปแบบใหม่ในอนาคตได้ แต่สิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยยา เช่น หมากฝรั่งที่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ แผ่นแปะผิวหนังที่มีนิโคติน ซึ่งเป็นยาจะไม่อยู่ภายใต้การควบคุมตามกฎหมายนี้

5.2 **การกำหนดมาตรการควบคุมผู้ขาย**

การห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อบุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่าที่กำหนด โดยห้ามผู้ใดขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ จากเดิมกฎหมายกำหนดที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

5.3 **การกำหนดวิธีการขาย**

ในการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ห้ามผู้ขายปลีกกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้คือ ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดย ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบ ถ้าฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ยาสูบกับสินค้าอื่น การให้บริการหรือสิทธิประโยชน์อื่น แล้วแต่กรณี ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยกระทำการในลักษณะที่แสดงถึงการลดราคา ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย ขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ แล้วแต่กรณีเร่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการการชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแก่ผู้นำหีบห่อหรือสลากหรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ แสดงราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายในลักษณะจูงใจให้บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ถ้าฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 40,000 บาท

5.4 **การกำหนดสถานที่ห้ามขาย**

โดยห้ามผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ดังต่อไปนี้คือ วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาสถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติสวนสาธารณะ สวนสัตว์ และสวนสนุก สถานที่อื่นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ และอาจประกาศกำหนดระยะห่างจากสถานที่ขายเพื่อมิให้มีการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบภายในระยะห่างดังกล่าวก็ได้ ในการนี้ให้มีการจัดทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ให้ทราบถึงเขตพื้นที่ที่กำหนดดังกล่าวด้วยฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 40,000 บาท

5.5 **การกำหนดปริมาณการขาย**

ห้ามไม่ให้มีการแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิกาแรต ฝ่าฝืน ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 40,000 บาท

5.6 **การห้ามแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ**

ห้ามแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะการแจกที่เป็นการจูงใจให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 40,000 บาท ถ้าเป็นการกระทำของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องระวางโทษเป็น 3 เท่า

5.7 **การห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ**

การโฆษณาการประชาสัมพันธ์ การสร้างข่าว การเผยแพร่ข่าวสารการส่งเสริมการขาย การแสดง ณ จุดขาย การตลาดแบบตรงการขาย หรือส่งเสริมการขายโดยใช้บุคคลเป็นการเฉพาะและการตลาดในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขายสินค้าหรือบริการหรือสร้างภาพลักษณ์ ถ้าฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากเป็นการกระทำของผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ส่งออกผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้รับทำการโฆษณาหรือผู้ทำการสื่อสารการตลาด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกินกึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาด ทั้งนี้ค่าปรับต้องไม่น้อยกว่า 1,500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับอีกวันละไม่เกิน 50,000 บาท ตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืนหรือจนกว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง

5.8 **การห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบ**

กฎหมายใหม่ฉบับนี้ชื่อสถานประกอบการก็จะถูกห้าม ไม่ว่าจะทำในสื่อหรือสถานที่ใดก็ตาม ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากเป็นการกระทำของผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ส่งออกผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้รับทำการโฆษณา หรือผู้ทำการสื่อสารการตลาด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกินกึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาด ทั้งนี้ค่าปรับต้องไม่น้อยกว่า 1,500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับอีกวันละไม่เกิน 50,000 บาท ตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืนหรือจนกว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง

5.9 **การห้ามชื่อหรือเครื่องหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นชื่อผลิตภัณฑ์อื่นหรือโฆษณาอื่น**

โดยห้ามผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์นั้น หรือโฆษณาโดยการนำชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบมาตัด ต่อเติม หรือดัดแปลงข้อความให้เป็นส่วนหนึ่งของชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์

นั้น ทั้งนี้ในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าหมายความถึงการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท ถ้าเป็นการกระทำของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องระวางโทษเป็น 3 เท่า

5.10 **การห้ามให้การอุปถัมภ์ หรือให้การสนับสนุนบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรเอกชน**

ห้ามผู้ประกอบการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้การอุปถัมภ์ หรือให้การสนับสนุนบุคคลหรือหน่วยงานเพื่อสร้างภาพลักษณ์ต่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อส่งผลหรือที่อาจส่งผลต่อการแทรกแซงนโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเพื่อส่งเสริมการบริโภคยาสูบ แต่ไม่ห้ามกรณีการบริจาค หรือการช่วยเหลือตามมนุษยธรรมในกรณีที่เกิดสาธารณภัยร้ายแรง หากผู้ประกอบการหรือผู้รับจ้าง หรือผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกินกึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ค่าปรับต้องไม่น้อยกว่า 1,500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้ก็ห้ามเผยแพร่กิจกรรมหรือข่าวสารเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรมข้างต้นด้วย ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 500,000 บาท

5.11 **การห้ามแสดง ณ จุดขาย**

ห้ามผู้ขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบแสดงหรือยินยอมให้แสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ สถานที่ขายปลีก ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 40,000 บาท

5.12 **การรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิก การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ**

ให้ผู้ขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบแสดงสื่อรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิก การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้น ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท

สถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน หรือยานพาหนะใด เป็นเขตปลอดบุหรี่ ต้องมีเครื่องหมายแสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจนว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่ ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 50,000 บาท และต้องเป็นไปตามลักษณะและวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตาม ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท

5.13 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

กำหนดสภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่ และเขตสูบบุหรี่ให้มีความชัดเจน เพื่อให้ตีความกฎหมาย ถูกต้องตามเจตนารมณ์ และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยห้ามผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท

6. ผลจากการเลิกสูบบุหรี่ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2553)

การเลิกบุหรี่ได้ จะทำให้ชีวิตเปลี่ยนไป เช่น มีบุคลิกดีขึ้น เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ผิวหนังได้รับออกซิเจนไม่เต็มที่ ผิวหนังแห้ง เหี่ยวย่นก่อนวัย ฟันและริมฝีปาก จะมีสีเหลืองของทาร์ ในด้านการเงินดีขึ้น เพราะการเลิกสูบบุหรี่ (วันละ 1 ซอง) จะมีรายได้จากค่าบุหรี่เป็นเงินเก็บมากกว่า 20,000 บาทต่อปี ผลดีต่อสุขภาพจากการเลิกบุหรี่ในระยะสั้น และระยะยาวมีดังนี้

6.1 ภายใน 20 นาที ความดันโลหิตและชีพจรจะเต้นในระดับปกติ

6.2 8 ชั่วโมง ระดับออกซิเจนในเลือดจะคืนสู่ระดับปกติ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายจะลดลง

6.3 1 วัน คาร์บอนไดออกไซด์ที่จับแน่นกับเม็ดเลือดแดงจะถูกขจัดออก ปอดเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่างๆ ออก ลดโอกาสที่จะเกิดหรือตายจากหัวใจล้มเหลว

6.4 2 วัน นิโคตินจะไม่เหลือในร่างกาย การรับรู้รสและกลิ่นจะดีขึ้น โอกาสจะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง

6.5 2-12 สัปดาห์ การไหลเวียนของเลือดสู่แขนขาดีขึ้น การหายใจจะคล่องมากขึ้น ร่างกายจะรู้สึกมีพลังมากขึ้น

6.6 3 เดือน ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติ ในผู้ชายอสุจิจะแข็งแรงขึ้น ในผู้หญิงภาวการณ์มีบุตรยากจะลดลง การทำงานของปอดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30

6.7 6 เดือน ปัญหาการไอลดลง การหายใจดีขึ้น ความเสี่ยงต่อปอดอักเสบลดลง

6.8 1 ปี ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจลดลงเหลือครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังไม่เลิกสูบ

6.9 5 ปี โอกาสการเกิดมะเร็งปอด และที่อื่นๆ หรือเป็นอัมพาต จะเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

6.10 10 ปี ความเสี่ยงที่จะตายด้วยโรคมะเร็งปอด ลดลงครึ่งหนึ่ง

6.11 15 ปี ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจล้มเหลวเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation)

แนวทางการเลิกบุหรี่นั้น ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม (2555, หน้า 28-58) ได้กำหนดแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ ไว้ 2 ทางคือ 1. แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก และ 2. แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเลิก

1. **แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก**

1.1 **แนวทาง** 5 A แนะนำให้ใช้มาตรการ 5 A ในการค้นหาผู้เสพยาสูบและดำเนินการบำบัดให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ ประกอบด้วย

ASK: A 1 สอบถามประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด

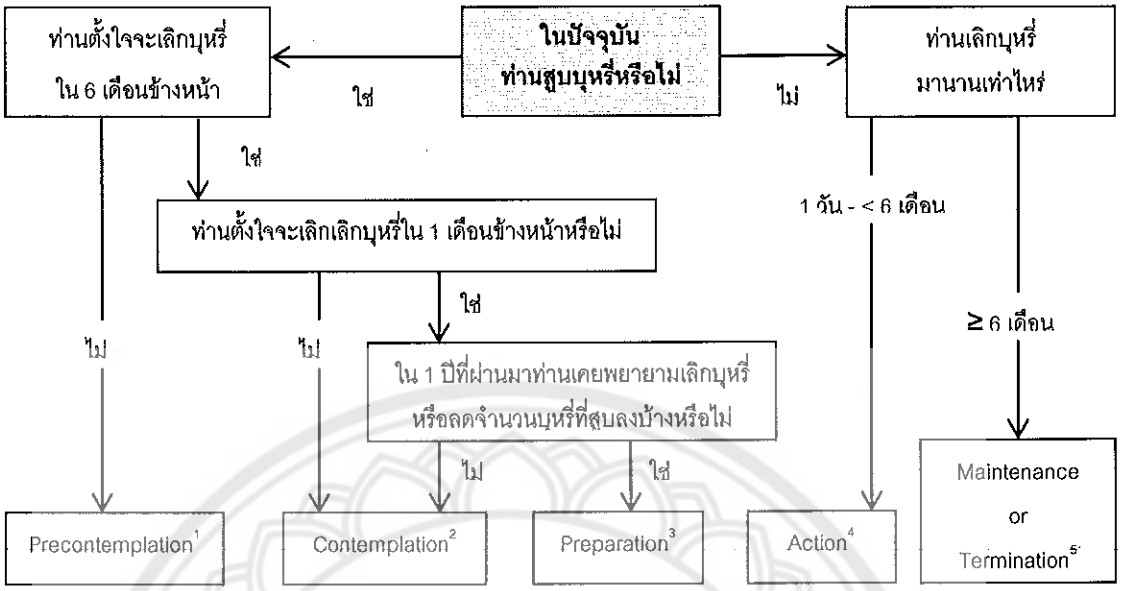
ADVISE: A 2 แนะนำให้ผู้เสพเลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาด

ASSESS: A 3 ประเมินความรุนแรงในการเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพโดยประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพโดยใช้ TRANSTHEORETICAL (TTM) หรือ STAGE OF CHANGE MODEL รายละเอียดแสดงใน ภาพ 1

ASSIST: A 4 บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพได้สำเร็จ โดยการบำบัดโรคเสพยาสูบ ไม่ว่าชนิดใด ควรยึดหลักการเบื้องต้น ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนการเลิกเสพร่วมกันเสมอ เพื่อให้การบำบัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. แผนการบำบัดควรมีเป้าหมายการเลิกเสพที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดวันและลำดับขั้นในการลดและเลิกเสพ
3. แผนการบำบัดที่ร่วมกับผู้ป่วยจัดทำขึ้นต้องสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงสำหรับทั้งฝ่ายผู้ป่วย และผู้บำบัดโดยไม่กระทบต่อผลการบำบัด

ARRANGE: A 5 ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพทุกราย (FOLLOW UP) โดยแนะนำนัดติดตามผลการบำบัดทุกราย โดยควรมีการติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์สำหรับรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนของแนวทาง 5 A นั้นแสดงใน ภาพ 2



ภาพ 1 แสดงการประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM)

ที่มา: ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2546

ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ประกอบด้วย 5 ลำดับ

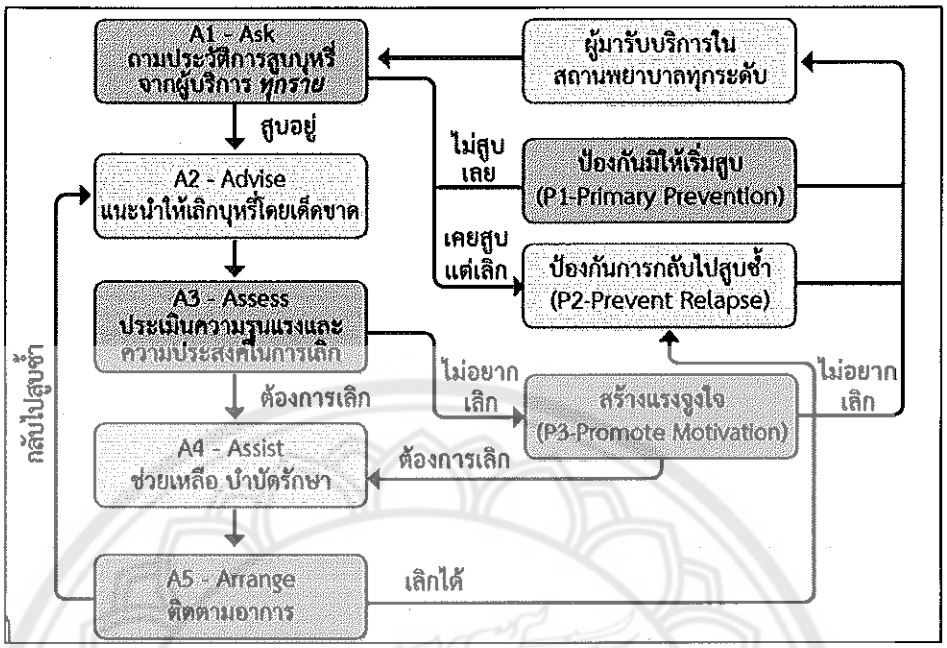
1. Precontemplation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า

2. Contemplation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า โดยยังไม่มีการวางแผนที่แน่นอน ผู้ป่วยแสดงความลังเลในการเลิกบุหรี่และยังไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนี้

3. Preparation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และในอดีต 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีความพยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

4. Action Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 1 วัน ถึง 6 เดือน

5. Maintenance Stage หรือ Termination คือภาวะที่ผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน



ภาพ 2 แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ ตามแนวทาง 5 A

ที่มา: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม, 2555, หน้า 30

1.2 **การให้คำปรึกษา** (Counseling) เพื่อเลิกยาสูบ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกเสพยาสูบนั้น แบ่งเป็น 4 ชนิดได้แก่

1.2.1 การให้คำปรึกษา แบบสั้งเขป (Brief Intervention)

การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแม้เพียงระยะเวลาสั้นๆ (1-3 นาที) ที่เรียกว่า brief intervention ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพยาสูบสำเร็จได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการเลิกด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยคำพูดของการนิเทศชนิดนี้ต้องกระชับได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจน หนักแน่น และเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย เนื้อหาที่ใช้พูดอาจประกอบด้วย 4 ประการหลักๆ ตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR27-28 หรือ "4ล"

1) เลือกวัน (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกเสพ ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก ซึ่งวิธีการหลังนี้ บุคลากรจะต้องเป็นผู้กำหนดวันเลิกเสพที่เป็นไปได้จริงสำหรับผู้ป่วยนั้นๆ (ไม่ควรเกิน 2-4 สัปดาห์นับจากครั้งแรก) จากนั้นกำหนดปริมาณการเสพที่ต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละเวลาและแต่ละวัน เช่น ลดการเสพวันละ 1 มวน และห้ามเสพจนกว่าจะผ่านมื้ออาหารเช้าหรือเที่ยงในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น

2) ลั่นวาจา (Tell family and others): บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน

3) พร้อมลงมือ (Anticipate challenges): วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน นำเทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else และ destination เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

4) ละอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products): กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ

1.2.2 การให้คำปรึกษา แบบเข้ม (Intensive counseling) ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก ได้แก่ แบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling) การให้คำปรึกษาแบบเข้มที่ดี ควรเน้น 2 ประเด็น ได้แก่

1) การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical/problem solving skill counseling) ประกอบด้วย

1.1) ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสพ

1.2) เน้นย้ำการเลิกเสพอย่างแท้จริง เด็ดขาดและรวดเร็วที่สุด

1.3) ทบทวนประสบการณ์การเลิกเสพในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ

1.4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตประจำวัน (เช่น อาหาร การออกกำลังกาย)

1.5) วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น และวางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เสพยาสูบต่อไปอีก

1.6) หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เลิกเสพยาสูบด้วย

1.7) แนะนำ ให้ชวนคนที่เสพในบ้านให้เลิกเสพด้วยพร้อมกัน หรืออย่างน้อยขอร้องให้อย่าเสพต่อหน้า

1.8) จัดให้มีบุคลากรที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจ

1.9) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาลด้วยเช่น จากกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบที่จัดตั้งขึ้นในสถานพยาบาลหรือในชุมชนซึ่ง

มักประกอบด้วย แกนนำในชุมชน และกลุ่มคนที่เลิกเสพได้แล้ว ร่วมกับญาติพี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว

โดยปัจจัยเสี่ยงและปัญหาที่จะกระตุ้นให้ยังคงเสพยาสูบต่อ จะมีแนวทางแก้ไขและปฏิบัติ รายละเอียดแสดงในตาราง 1

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจสุ่มเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก สอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (trigger) และรู้จักเบี่ยงเบนความคิด เมื่อเกิดอาการหรือคิดอยากเสพอีก

3) การให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์ (Telephone counseling)

4) การให้คำปรึกษาทางอินเตอร์เน็ต หรือ ข้อความสั้น (SMS & MMS) (Interactive counseling)

แนะนำให้ดำเนินการให้คำปรึกษาอย่างน้อยหนึ่งอย่างแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงเสพยาสูบโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการใดก็ตาม

1.3 **การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ** (Tobacco cessation medications)

ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้น ยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1.3.1 สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) เป็นยาที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ พบว่าการใช้ NRT อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพมีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จมากขึ้น ในปัจจุบันประเทศไทยมี NRT อยู่ 2 รูปแบบ เท่านั้น ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และหมากฝรั่ง (nicotine gum)

1.3.2 ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropion SR, varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำ ให้ผู้สูบสามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น

1.4 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและประสงค์จะเลิกเสพ

แนะนำ อย่างยิ่งให้บำบัดโรคเสพยาสูบควบคู่กันไปกับการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ และแนะนำให้ตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ และประสงค์จะเลิกเสพเหล่านี้ทุกรายที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง หากยังไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัด แนะนำให้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า

1.5 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัด

หากสถานพยาบาลใดยังขาดความพร้อมในการบำบัดโรคเสพยาสูบ แนะนำให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่าโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการบำบัดโรคเสพยาสูบ และถ้าบัดโรคเสพยาสูบอย่างเหมาะสมแล้วแต่ยังเลิกเสพยาสูบไม่ได้ ภายใน 3 เดือน หลังเริ่มการบำบัด ให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า

ตาราง 1 แสดงแนวทางแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในการกระตุ้นให้ยังคงเสพยาสูบ

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางแก้ไข
อาการถอนนิโคติน เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เวียนศีรษะ ไม่มีสมาธิ ใจสั่น	ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานผลไม้รสเปรี้ยว
ความเครียด จากชีวิตประจำวัน	รู้จักปล่อยวาง ฝึกจิต ไม่จริงจังกับชีวิตจน เกินไป ฝึกมองปัญหาต่างๆ ในมุมบวก
ความเครียด จากการทำงาน	ทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด หากยังถูกตำหนิก็ รับฟัง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข มองสิ่งต่างๆ รวมทั้งคำตำหนิในมุมบวก
คนใกล้ชิดหรือกลุ่มเพื่อนเสพยาสูบ	หลีกหนีชั่วคราวให้ไกลจากกลุ่มผู้ที่เสพยาสูบ โดยเฉพาะใน 2-3 สัปดาห์แรก รู้จักปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ดีแก่ตน
พฤติกรรมความเคยชินและสถานที่ที่เคยเสพเป็นประจำ เช่น ที่โต๊ะอาหารหลังอาหารแต่ละมื้อ ในห้องน้ำ เป็นต้น	เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม สร้าง พฤติกรรมใหม่ที่ไม่สุ่มเสี่ยง เช่น หลีกเลี่ยงการนั่งที่โต๊ะอาหารนานๆ จัดห้องทำงานหรือห้องนอนให้ดูแปลกตามจากเดิม ย้ายเฟอร์นิเจอร์ไปตามมุมใหม่ๆ ติดโปสเตอร์เตือนสติไว้ตามพื้นที่สุ่มเสี่ยง
อุปกรณ์การเสพ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ไฟแช็ค	กำจัดอุปกรณ์ทั้งหมดในการเสพยาสูบโดย ไม่ต้องเสียดาย จำไว้ว่าอุปกรณ์เหล่านี้เป็นเครื่องมือที่ทำให้ชีวิตเราสั้นลง

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางแก้ไข
การเที่ยวกลางคืน	เลิกพฤติกรรมนี้ อย่างน้อยชั่วคราว 1-2 เดือน หาพฤติกรรมอื่นๆ ที่สร้างสรรค์มาทดแทน เช่น การออกกำลังกาย ไปฟิตเนส เต้นแอโรบิค ฝึกนั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ ดูหนัง หรือทำกิจกรรมเพื่อชุมชน เป็นต้น
การดื่มสุรา	เลิกพฤติกรรมนี้ กล้าปฏิเสธ รู้จักทดแทนด้วยพฤติกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ ที่สร้างสรรค์มาทดแทน หรืออาจทดแทนสุราด้วย เครื่องดื่มที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น โคล่า โซดา

2. **แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเลิก**

2.1 **การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ** (Motivational Interviewing)

เมื่อพบผู้ป่วยที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ แนะนำให้ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ชักจูงให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใจหันมาอยากเลิกเสพด้วยแนวทาง 5R อันประกอบด้วยการพูดคุยใน 5 ประเด็น ได้แก่ relevance, risks, rewards, roadblock และ repetition

2.1.1 Relevance ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้เสพเองอย่างไร หรือเจาะจงในสิ่งที่ผู้เสพให้ความสำคัญ

2.1.2 Risks เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลที่จะเกิดแก่คนรอบข้างด้วย

2.1.3 Reward เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย

2.1.4 Roadblock วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจ เกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมเสาะหาแนวทางแก้ไข

2.1.5 Repetition ควรให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบและยังคงเสพยาสูบอยู่

2.2 **แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังแต่ไม่ประสงค์จะเลิกเสพ**

แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทุกรายได้รับการสอบถาม พร้อมสถานการณ์เสพยาสูบลงในแฟ้มประวัติทุกๆ ครั้งที่เข้ารับบริการ

แนะนำให้ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในบริการเลิกยาสูบในโรงพยาบาลนั้นๆ ทุกครั้งจนกระทั่งผู้ป่วยเปลี่ยนใจอยากเลิกเสพ

แนะนำให้ส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ หรือได้เปลี่ยนใจอยากเลิกเสพแล้ว แต่ยังไม่สามารถเลิกได้สำเร็จหลังจากได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วอย่างน้อย 1 เดือน

แนะนำให้ตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทุกรายที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปหากยังไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ได้รับการบำบัดแล้วภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัดให้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า

โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (pharmacist-based smoking cessation)

โดยในแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. 2555 ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม (2555, หน้า 88-92) ได้มีแนวทางช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยใช้แนวทาง 5A & 3P

A1-Ask: ให้เภสัชกรสอบถามสถานการเสพยาสูบของผู้ที่เข้ามารับบริการที่แผนกเภสัชกรรมของสถานบริการสุขภาพหรือสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนทุกราย โดยให้ปฏิบัติเหมือนกันกับการสอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการ

A2-Advise: ให้เภสัชกรพูดแนะนำให้ผู้เสพยาสูบต้องเลิกเสพโดยเด็ดขาด โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)

A3-Assess: สำหรับเภสัชกรให้ประเมินความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกเสพยาสูบโดยใช้ TTM model ในกรณีที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบ ในรายที่พร้อมหรือสนใจจะเลิกเสพ (preparation) ให้ทำการสัมภาษณ์ประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน พร้อมซักถามปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือกระตุ้นเร้าให้เกิดการเสพยาสูบ

A4-Assist: ให้เภสัชช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการเลิกยาสูบ โดยใช้ STAR techniques และแนะนำข้อดี ข้อเสียของยาแต่ละชนิดให้ผู้ป่วยทราบเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ยา โดยกำหนดแบบแผนการบำบัด (dosage regimen) ของยาเลิกยาสูบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อธิบายวิธีการใช้ยาอย่างถูกวิธี อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเฝ้าระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับยาสูบที่อาจเกิดขึ้นได้ และควรทำร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิค 5D

A5-Arrange: ให้เภสัชกรนัดติดตามอาการและผลการบำบัดผู้เสพยาสูบที่เข้ารับการรักษาทุกราย โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกหรือส่งต่อศูนย์ติดตามของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม

P1-Primary prevention: ป้องกันมิให้เริ่มเสพ ควรให้เภสัชกรสนับสนุน ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ที่ไม่เสพให้ยังคงไม่เสพยาสูบต่อไป พร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของการเสพยาสูบที่จะเกิดขึ้นหากทดลองเสพ

P2- Prevent relapse: ป้องกันการ กลับไปสูบซ้ำ ให้เภสัชกรสอบถามสถานการณ์เสพยาสูบของผู้ที่เข้ามารับบริการที่แผนกเภสัชกรรม/สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนทุกราย ซึ่งจะปฏิบัติเหมือนกันกับการสอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการ และในกรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะกลับไปเสพซ้ำ แนะนำให้ใช้ยาป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ คือ varenicline (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้) ร่วมกับเน้นย้ำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิค 5D

P3- Promote motivation: สร้างแรงจูงใจในการเลิก โดยเภสัชกรจะใช้เทคนิค 5R เพื่อสร้างแรงจูงใจ ชักจูงให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใจหันมาอยากเลิกเสพ หรือในรายที่สามารถเลิกเสพยาสูบได้แล้วก็จะเป็นการเสริมกำลังใจในการเลิกเสพยาสูบ

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาได้พบว่าเภสัชกรถือเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ที่ติดบุหรี่โดยตรง โดยการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญของเภสัชกร (Rojanasthien, N. et al., 2007) ในขณะนี้ยังมีเภสัชกรจำนวนน้อยที่ได้รับการอบรม การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามถือได้ว่าเป็นโอกาสที่เภสัชกร จะได้รับการฝึกอบรบ การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่มากขึ้นและสามารถให้คำปรึกษา ได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ (Hudmon, K. S. Et al. 2006) (Hudmon, K.S. et al., 2004) นอกจากนี้กฎหมายในประเทศไทยยังสามารถให้เภสัชกรเริ่มต้นให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ รวมทั้งจ่ายยาเลิกบุหรี่ให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้

Smith, M. D. et al. (1995) ได้ศึกษาแบบสำรวจถึงผลของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้ nicotine patch แก่ผู้ที่สูบบุหรี่ในโครงการ pharmacists educating patients program (PEPP) โดยมีจำนวนเภสัชกรที่เข้าร่วมโครงการ 6,651 แห่ง และผู้สูบบุหรี่ในโครงการจำนวน 40,220 คน หนึ่งปีหลังเริ่มโครงการ ผู้ติดบุหรี่จำนวน 1,925 คนซึ่งได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากเภสัชกรจำนวน 1,246 คนได้รับการประเมินผลการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่มีอายุเฉลี่ย 44.5 ± 11.7 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยหลังตื่นนอนจนถึงบุหรี่มวนแรกของวัน 20.0 ± 120.8 นาที และจำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 30 มวน/วัน ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มได้รับการรักษาจนถึงวันที่ถูกประเมินผล 9.6 ± 2.9 เดือน ผลการเลิกบุหรี่พบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ที่ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากเภสัชกรสามารถเลิกบุหรี่ได้หลังสิ้นสุดการรักษามานาน 10 เดือน และร้อยละ 45 ของผู้ที่ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากเภสัชกรร่วมกับการเข้าร่วมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสามารถเลิกบุหรี่ได้หลังสิ้นสุดการรักษามานาน 10 เดือน นอกจากนั้น ผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แสดงความเห็นว่าเภสัชกรช่วยให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ได้

Kennedy, D. T. et al. (2002) ได้ศึกษาถึงผลของการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรต่ออัตราการเลิกบุหรี่และคุณภาพชีวิตของผู้ติดบุหรี่ ทำการศึกษาแบบ single group, unblinded ผลของเภสัชกรจำนวน 7 แห่งในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบรายบุคคลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 48 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 55.3 ของผู้ติดบุหรี่มีคะแนนจาก Fagerstrom test อยู่ในช่วง 0-5 ผู้ติดบุหรี่ส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกมาแล้ว 1 ครั้ง และร้อยละ 72.9 ของผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 1-20 มวน ผลการเลิกบุหรี่พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 เป็นร้อยละ 43.8, 31.3 และ 25 ตามลำดับ และร้อยละ 25 ของผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้นานมากกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน นอกจากนั้น ผู้ต้องการเลิกบุหรี่มีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากเภสัชกร

Dent, L. A. et al. (2007) ได้ทำการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (pharmacist-based smoking cessation) ที่เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 1980 ถึงปี ค.ศ. 2006 พบว่ามี 5 งานวิจัยเป็นแบบ randomized controlled trials และ 10 งานวิจัยที่เป็น cohort studies โดยผลการศึกษาใน cohort study แสดงให้เห็นว่าเภสัชกร สามารถให้คำปรึกษาในโครงการเลิกบุหรี่ได้ และมี 3 งานวิจัยที่เป็น controlled studies พบว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอีก 2 งานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรนั้นมีประสิทธิผล

Dent, L. A. et al. (2009) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เป็น open-label, prospective, randomized controlled trial เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่แบบ face to face กับทีมเภสัชกร เปรียบเทียบกับการที่เภสัชกรโทรศัพท์ไปแนะนำ พบว่าเมื่อถึง 6 เดือนหลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ (quit date) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบ face to face กับเภสัชกร มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เท่ากับร้อยละ 28.0 ส่วนอีกกลุ่มพบว่ามีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 7 วัน ร้อยละ 11.8 ($p<0.041$) ซึ่งในการศึกษานี้แนะนำให้เภสัชกรได้มีบทบาทในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยการศึกษาที่ผ่านๆ มาในต่างประเทศที่เภสัชกร ได้จัดทำโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ แสดงในตาราง 2

มีการศึกษาในประเทศไทยถึงโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรใน สุภกิจ ดำรงค์พิวัฒน์ (2552) ได้มีการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในเยาวชนที่กระทำความผิด พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ (7-day point prevalence abstinence rate)

เมื่อติดตามที่ 24 สัปดาห์ ในกลุ่มบังคับและกลุ่มสมัครใจเท่ากับร้อยละ 35.6 และ 15.2 ตามลำดับ ($p = 0.002$) และในกลุ่มบังคับมีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อสัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มสมัครใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ (2557) ได้ศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเภสัชกรใช้เทคนิค 5A ("Ask-Advise-Assess-Assist-Arrange") พบว่ามีร้านยาคุณภาพเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 23 ร้าน และให้บริการแนะนำการเลิกบุหรี่แก่ผู้มารับบริการ 203 คน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 15.47 ± 9.89 มวน ผู้มารับบริการที่สนใจรับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ (A4) 119 คน มีร้อยละ 52.9 เลือกใช้การหยุดสูบบุหรี่ทันที โดยร้อยละ 90.8 ได้รับทั้งคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่และได้รับยาร่วมด้วย ได้แก่ Nicomild® (Nicotin) 2 mg (ร้อยละ 71.3), Nortriptyline 25 mg (ร้อยละ 29.6) และสมุนไพรหญ้าดอกขาว (ร้อยละ 27.8) อาการข้างเคียงของยาที่พบ เช่น ปากแห้ง มึน และเหงื่อออกมากอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 2 แสดงการศึกษาโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในต่างประเทศ

Study	Age (years)	Interventions (N)	Research design	Duration	% Abstinence rate
(Dent. Et al., 2009)	36.7 ± 9.8	Pharmacist-delivered program (50)	RCT	6 months	PA 6 months: 28.0
	55.0 ± 9.5	Standard care (51)			11.8
(Vial et al., 2002)	N/A	Pharmacy hospital (35)	RCT	1 year	PA 1 year: 22.9
		Pharmacy community (34)			14.7
		Standard care (33)			3.0
(Maguire et al., 2001)	17-72	Pharmacist-delivered program (256)	RCT	1 year	CA 1 year: 14.3
		Standard care (259)			2.7
(Howard Pitney et al., 1999)	N/A	Nicotine patch + Counseling by pharmacist	RCT	6 months	PA 6 months: 38.0
		Placebo patch + Counseling by pharmacist			34.0

ตาราง 2 (ต่อ)

Study	Age (years)	Interventions (N)	Research design	Duration	% Abstinence rate
(Sinclair et al., 1998)	17-77	Pharmacist-delivered program (224)	RCT	9 months	CA 9 months: 11.6
		Standard care (268)			7.1
(Sonderskov et al., 1997)	38.2 ± 12.9	Nicotine patch + Counseling by pharmacist (136)	RCT	6 months	PA 6 months: 11.0
		Placebo patch + Counseling by pharmacist (142)			4.0

หมายเหตุ: CA = Continuous abstinence, PA = Point prevalence abstinence, RCT = randomized controlled trial

Chaijandee และ Lertsinudom (2016) ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อการเลิกบุหรี่โรงพยาบาลจัตุรัส โดยเป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบกึ่งทดลองในกลุ่มเดียว ในผู้ที่สนใจเข้ารับบริการจากคลินิกเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามแบบตัวต่อตัวหรือผ่านโทรศัพท์เป็นระยะเวลาอย่าง น้อย 6 เดือน และติดตามในสัปดาห์ที่ 1, 2 ,4 ,8 ,12 และ 24 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 72 คน จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 20 มวนต่อวัน (SD=9.70) เป็น 4 มวนต่อวัน (SD=6.33) ($p<0.001$) ค่าระดับ Fagerstrom score ลดลงจาก 6.00 (SD=2.00) เป็น 0.00 (SD=1.58) ($p<0.001$) อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ณ สัปดาห์ที่ 24 เท่ากับร้อยละ 43.06 ค่าปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออก ลดลงหลังรับบริการจาก 14.50 ppm (SD=9.11) เป็น 8 ppm (SD=12.45) ($p<0.001$) ค่าสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นจาก 72.09 %(SD=16.86) เป็น 82.24%(SD=17.21) ($p<0.001$) โดยสรุปแล้วเภสัชกรสามารถให้บริการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและมีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น

งานวิจัยเลิกบุหรี่ในทหาร

มีการศึกษาของ Prommobol (2003) ได้ศึกษา ประสิทธิผลของการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาทักษะชีวิตในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ ในค่ายอดิศร จังหวัดสระบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นทหารเกณฑ์ จำนวน 120 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 70 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลที่ระยะเวลา 1 เดือน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค ทักษะการตัดสินใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค ทักษะการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบว่ารายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และทักษะการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลอง สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาของ Pantaewan (2011) ได้ศึกษา การประยุกต์แบบจำลองเชิงนิเวศสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในทหารเกณฑ์ กองทัพบกไทย โดยการออกแบบกลวิธีและกิจกรรมใน 3 ระดับ คือระดับบุคคลระดับระหว่างบุคคลและระดับองค์กร ในระดับบุคคลใช้เทคนิคกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระดับระหว่างบุคคลใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญกับทหารเกณฑ์ และในระดับองค์กรใช้นโยบาย คำสั่ง และการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานให้ปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารเกณฑ์ผลัดที่ 1/52 ของกรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์ ที่สูบบุหรี่ก่อนเข้ามาประจำการ จำนวน 89 คน โดยได้รับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่เป็นเวลา 6 เดือน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ทหารเกณฑ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในทางที่ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 4.5% สูบบุหรี่ลดลง 62.9 % ปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถของตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่และมีพฤติกรรมการพยายามเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.002$, $p < 0.001$ ตามลำดับ และการให้โปรแกรมในระดับองค์กรมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การศึกษาของ วิไลพร สว่าง และ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ (2554) ได้ศึกษา การปรึกษากลุ่มแบบจัดการตนเองเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจ่าทหารเรือ โดยเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจ่าทหารเรือ เปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มประชากรเป็นนักเรียนจ่าทหารเรือที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำมีระดับการติดนิโคตินเล็กน้อย จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยให้โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบจัดการตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประจำวันด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะการทดลอง และระยะหลังการทดลอง วิเคราะห์ความแปรปรวนขอพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะของการทดลอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นรายคู่ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนจ่าทหารเรือกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะการทดลองและหลังทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑานันท์ หุ่นดี และคณะ (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของข้าราชการทหารชั้นประทวน สังกัด กรมการทหารช่าง โดยเป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารชั้นประทวน จำนวน 35 คน ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 29 และระดับการติดสารนิโคตินลดลงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยมาศ สวนกูล และคณะ (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองคือทหารเกณฑ์ผลัดที่ 1/2550 ค่ายวิภาวดีรังสิต สังกัดกองพันทหารราบที่ 3 กรมทหารราบที่ 25 จังหวัด สุราษฎร์ธานี จำนวน 78 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม การใช้ตัวแบบ การระดมความคิดอภิปรายปัญหา กำหนดวิธีการปฏิบัติตัว การกระตุ้นและการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ที่ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ทหารเกณฑ์กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนทดลอง และมีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลอง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนที่สูบต่อวันน้อยลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุนนที นวลสุวรรณ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของทหารราบ โดยได้สำรวจทหารชายทุกชั้นยศ เหล่าทหารราบ ในกรุงเทพมหานคร ที่สามารถเลิก

สูบบุหรี่ได้สำเร็จอย่างน้อย 6 เดือนนับถึงวันสำรวจ มีจำนวน 115 คน พบว่าเหตุผลที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุด เนื่องจากผลกระทบต่อการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 43.5 และวิธีการที่ทำให้ทหารเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคือ การบังคับใจตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 47.8 ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุดคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุดคือ การมีเพื่อนร่วมงานที่ใกล้ชิด

อภิชาติ เชื้อสีดา (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจ่าทหารเรือและการตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือในโรงเรียนจ่าทหารเรือ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Precede Proceed Model) ในนักเรียนจ่าทหารเรือ จำนวน 509 คน พบว่านักเรียนจ่าทหารเรือไม่สูบุหรี่ ร้อยละ 84.1 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.9 โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่มีเหตุผลในการเริ่มสูบบุหรี่คือ อยากลอง ทำตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน และเหตุผลในการลดบุหรี่คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ คือการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ โดยปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องคือ ภูมิหลังการศึกษา บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ พบเห็นร้านจำหน่ายบุหรี่ในโรงเรียน และสถานที่ในการซื้อบุหรี่

สายสมร เฉลยกิตติ และสมพิศ พรหมเดช (2556) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกองประจำการ กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลัดที่ 1/2555 จำนวน 180 นาย ผลการศึกษาพบว่า ทักษะชีวิตของทหารกองประจำการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก ทักษะชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์ทักษะชีวิตรายด้านต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรผันของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการมี 3 ตัวแปรย่อย ได้แก่ ด้านการตัดสินใจและแก้ปัญหา ด้านการแสวงหาความรู้ และด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ โดยร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการได้ร้อยละ 37.2 (R^2 = 0.372) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองมีกลุ่มควบคุม (experimental study with control group) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 ต่ออัตราการเลิกบุหรี่ที่ 1 เดือน และ 3 เดือน รวมถึงจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ให้โปรแกรมเลิกบุหรี่ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้โปรแกรมเลิกบุหรี่ (กลุ่มเปรียบเทียบ) ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2559 ถึงเดือน สิงหาคม 2559 โดยการให้กิจกรรมต่างในโปรแกรมเลิกบุหรี่นั้น กระทำโดยผู้วิจัย และครูฝึกผู้ควบคุมกองร้อยช่วยในการเก็บข้อมูลการประเมินการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และมีหน้าที่ควบคุมระเบียบวินัยของทหารกองประจำการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ทหารกองประจำการ ที่อยู่ประจำในกองพันทหารอากาศโยธิน กองบิน 5 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่มีอายุระหว่าง 21 – 25 ปี และปัจจุบันยังมีการสูบบุหรี่อยู่ โดยการเข้าร่วมของอาสมัครจะให้เจ้าหน้าที่สุขาภิบาลของโรงพยาบาลกองบิน กองบิน 5 เป็นผู้รับสมัครจากทหารกองประจำการในผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

โดยการเลือกตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจะเป็นการเลือกตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก โดยให้กองร้อยอากาศโยธินที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (กลุ่มทดลอง) และกองร้อยอากาศโยธินที่ 2 เป็นกลุ่มไม่ได้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (กลุ่มเปรียบเทียบ)

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) คือ

1. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ยังมีการสูบบุหรี่อยู่ ≥ 1 มวน/วัน ตลอดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

2. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่สามารถฟัง พูด อ่านและเขียน ภาษาไทยได้

3. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหรือจากโครงการเลิกบุหรี่ที่อื่น ๆ

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

1. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ไม่ยินยอมจะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์ถอนออกจากการศึกษา (Withdrawal criteria) คือ

1. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่กระทำความผิดจนต้องได้รับการควบคุมความประพฤติในเรือนจำทหารอากาศ

2. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ต้องไปปฏิบัติราชการนอกหน่วย หรือไปช่วยราชการนอกหน่วย ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย

3. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล

4. ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงที่ทำการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของสุภกิจ ดำรงพิวัฒน์ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร สำหรับเยาวชนที่กระทำความผิด ซึ่งพบว่าการศึกษานี้มีลักษณะประชากรที่คล้ายกันและเป็นการศึกษาที่เภสัชกรให้โปรแกรมเลิกบุหรี่กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 15.2 และ 35.6 ในกลุ่มควบคุมและทดลอง ตามลำดับ (สุภกิจ ดำรงค์พิวัฒน์, 2552) และการคำนวณตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent groups) โดยที่ผลลัพธ์เป็นสัดส่วน จะใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง (ชนากานต์ บุญนุช และคณะ, 2554)

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2\, 2P'(1-P')}{D^2} \; ; P' = \frac{P_1 + P_2}{2} \; , D = P_2 - P_1$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

α = Type I error

β = Type II error

Z_α = ค่าสถิติที่เปิดจากตารางสถิติ กำหนดตามค่า α

Z_β = ค่าสถิติที่เปิดจากตารางสถิติ กำหนดตามค่า β

P_1 = ค่าสัดส่วนของผลการศึกษากลุ่มที่ 1

P_2 = ค่าสัดส่วนของผลการศึกษากลุ่มที่ 2

แทนค่าตัวแปร

Z_α = 1.96 ; เมื่อกำหนด α = 0.05

Z_β = 0.84 ; เมื่อกำหนด β = 0.2

P_1 = 0.15

P_2 = 0.36

P' = (0.15 + 0.36)/2 = 0.25

D = 0.36 – 0.15 = 0.21

ดังนั้น $n = \frac{(1.96+0.84)^2\ 2(0.25)(1-0.25)}{(0.21)^2}$ = 66.67

เผื่อการ drop out 10% = 74.08 ~ 75 คน/กลุ่ม

เพราะฉะนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยชุดเครื่องมือสำเร็จรูปที่ได้ขอสนับสนุนจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และจากเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (คภยส.) และมีเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยรายละเอียดเครื่องมือและการใช้งานของเครื่องมือแต่ละชนิดแสดงดังตาราง 2 และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 9 ชนิด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
2. แบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่"
3. แบบสอบถามปัจจัยหรืออิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่
4. แบบบันทึกการประเมินภาวะติดนิโคติน (Fagerstrom test)
5. แบบบันทึกประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change
6. แบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง
7. แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องบุหรี่
8. สื่อและวีดีทัศน์ที่แสดงถึงโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่
   - 8.1 คู่มือเลิกบุหรี่ "คุณทำได้" เล่มเล็ก
   - 8.2 แผ่นพับ 10 เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่
   - 8.3 แผ่นพับ ข้อมูลต้องรู้ การเสพติดบุหรี่

8.4 แผ่นพับ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคต่างๆ

8.5 โปสเตอร์ สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

8.6 โปสเตอร์ สถานที่ต้องห้ามสูบ

8.7 โปสเตอร์ บุหรี่ทุกมวนทำร้ายอะไรคุณบ้าง

8.8 โปสเตอร์ สูบแล้วได้อะไร

8.9 โปสเตอร์ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

8.10 โปสเตอร์ สารพิษในควันบุหรี่

8.11 โปสเตอร์สูบบุหรี่ สูญชีวิต สูญเงิo

8.12 PowerPoint สอน ข้อมูลดี สำหรับคนสูบบุหรี่

8.13 PowerPoint สอน ผลกระทบของบุหรี่ต่อวัยรุ่น

8.14 PowerPoint สอน ผลกระทบของบุหรี่ต่อวัยรุ่น

8.15 DVD สปอตโทรทัศน์

9. เครื่องวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (piCO+ Smokerlyzer®)

เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นจะให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจะให้คะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น -1, 0 และ 1 แล้วนำคะแนนแต่ละข้อคำถามมาคำถามค่า IOC (Index of Item Objective Conguence) ต้องไม่ต่ำกว่า 0.5 โดยในการศึกษานี้มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 และ 1 ซึ่งหมายความว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหากับหัวข้อที่ทำงานวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญมี คุณวุฒิจบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีความชำนาญทางด้านให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ หรือพฤติกรรมบำบัด

2. เป็นอาจารย์ระดับมหาวิทยาลัย หรือทำงานในหน่วยงานด้านรณรงค์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น

ตาราง 3 แสดงชนิดเครื่องมือวิจัย และการใช้งานเครื่องมือวิจัย

ชื่อเครื่องมือ	ลักษณะเครื่องมือ	การใช้งานเครื่องมือ
1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยชุดคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอนคือ ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่	ใช้เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเข้าเริ่มงานวิจัย
2. แบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่"	เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยชุดคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ให้เลือกตอบในข้อมูลที่เห็นตรงกับตัวเอง	ใช้เพื่อเก็บข้อมูล หาสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่อยู่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามตอนเริ่มงานวิจัย
3. แบบสอบถามปัจจัยหรืออิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่	เป็นแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบ ในข้อมูลที่เห็นตรงกับตัวเอง	ให้เพื่อเก็บข้อมูล หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่ โดยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
4. แบบบันทึกการประเมินภาวะติดนิโคติน (Fagerstrom test)	เป็นแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบประกอบด้วยชุดคำถาม 6 ข้อ	ให้เพื่อประเมินสภาวะการติดนิโคติน ของผู้เข้าร่วมวิจัย ว่ามีการติดนิโคตินน้อย ปานกลาง หรือมาก โดยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามตอนเริ่มงานวิจัย
5. แบบบันทึกประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change	เป็นแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบ ในลักษณะการตัดสินใจ ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย	ให้เพื่อประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามก่อนเริ่มงานวิจัย และตอนสิ้นสุดการวิจัย

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อเครื่องมือ	ลักษณะเครื่องมือ	การใช้งานเครื่องมือ
6. แบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง	เป็นแบบบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของผู้เข้าร่วมวิจัย	ใช้เพื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันตลอดช่วงทำการวิจัย โดยผู้วิจัยจะประเมินผลการเลิกบุหรี่จากแบบบันทึกนี้ ที่ระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือน
7. แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องบุหรี่	เป็นแบบทดสอบ ประกอบไปด้วย คำถาม 20 ข้อ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามในแต่ละข้อ	ใช้เพื่อทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนที่ได้รับการสอนและแนะนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ และหลังจากได้รับการสอนเรื่องบุหรี่ โดยจะใช้เมื่อตอนเริ่มโครงการวิจัย
8. สื่อและวีดีทัศน์ที่แสดงถึงโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่	ประกอบไปด้วยสื่อพิมพ์ เช่น แผ่นพับ หนังสือ และโปสเตอร์ รวมถึงสื่ออีเล็คทรอนิกส์ เช่น PowerPoint และ DVD	ใช้เพื่อสอน แนะนำความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงแนวทางในการเลิกบุหรี่ วิธีปฏิบัติตัวเมื่อเลิกบุหรี่ โดยจะแจกให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตอนเริ่มโครงการวิจัย และจะนำมาสอนหรือแนะนำเพิ่มเติมในกลุ่มทดลองในวันที่มีการนัดให้โปรแกรมเลิกบุหรี่

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อเครื่องมือ	ลักษณะเครื่องมือ	การใช้งานเครื่องมือ
9. เครื่องวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ ในลมหายใจ (piCO+ Smokerlyzer®)	เป็นเครื่องที่ใช้หาปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ ในลมหายใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยตัวเครื่องได้ผ่านการการสอบเทียบเครื่องมือวัด (Calibration) ให้เป็นไปตามมาตรฐานและพร้อมใช้งาน ก่อนนำมาใช้ในการวิจัย	ใช้ทดสอบหาปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ ในลมหายใจของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการยืนยันผลการเลิกสูบบุหรี่ โดยผลการเลิกสูบบุหรี่ต้องมีค่า CO น้อยกว่า 10 ppm จึงถือว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ โดยจะใช้วัดผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ครั้งคือ 1. เริ่มวิจัย 2. ที่ระเวลา 1 เดือน และ 3. ที่ระยะเวลา 3 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจะเก็บโดยให้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ผลการเลิกบุหรี่จะให้ทหาร เป็นผู้ประเมินการสูบบุหรี่ของตนเอง และยืนยันด้วยปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ซึ่งผลการเลิกสูบบุหรี่ต้องมีค่าน้อยกว่า 10 ppm และในกรณีที่ทหารประเมินตนเองว่าเลิกบุหรี่แต่ผลการวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 10 ppm จะถือว่าไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และจะทวนถามซึ่งจำนวนบุหรี่ที่สูบอีกครั้ง โดยจะมีลำดับการเก็บของข้อมูลดังนี้

1. ก่อนให้โปรแกรมเลิกบุหรี่ (เริ่มต้นวิจัย)
   - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
   - 1.2 แบบบันทึกการประเมินภาวะติดนิโคติน (Fagerstrom test)
   - 1.3 แบบบันทึกประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change
   - 1.4 แบบทดสอบความรู้เรื่องบุหรี่ (ก่อนและหลังให้ความรู้)
   - 1.5 แบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่"
2. ระหว่างให้โปรแกรมเลิกบุหรี่ (สัปดาห์ที่ 4 หรือ 1 เดือน)
   - 2.1 ประเมินการเลิกสูบบุหรี่

3. สิ้นสุดโปรแกรมเลิกบุหรี่ (สัปดาห์ที่ 12 หรือ 3 เดือน)

4. ประเมินการเลิกสูบบุหรี่

5. แบบบันทึกประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change

6. แบบสอบถามปัจจัยหรืออิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. คัดเลือกทหารกองประจำการ กองบิน 5 ในกองร้อยที่ 1 และกองร้อยที่ 2 ที่เข้าตาม inclusion criteria โดยให้เจ้าหน้าที่สุขาภิบาลโรงพยาบาลกองบิน กองบิน 5 เป็นผู้ช่วยในการรับสมัครทหารกองประจำการที่เข้าร่วมงานวิจัย

2. แบ่งกลุ่มทหารกองประจำการออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ตามกองร้อยที่ทหารประจำการ โดยกองร้อยที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และกองร้อยที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้ทหารกองประจำการ ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ให้ทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามและกรอกข้อมูลในเครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

3.2 แบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่"

3.3 แบบบันทึกการประเมินภาวะติดนิโคติน (Fagerstrom test)

3.4 แบบบันทึกประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change

3.5 แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องบุหรี่ (ทดสอบก่อนสอน)

โดยรายละเอียดในแต่ละแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอธิบายให้ทหารกองประจำการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามให้ครบถ้วน

4. สอนความรู้เรื่องบุหรี่ อันตรายของการสูบบุหรี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ แนะนำให้ทหารกองประจำการทุกเลิกสูบบุหรี่ แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ให้กับทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สื่อและวีดีทัศน์ที่แสดงถึงโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วยสื่อพิมพ์ เช่น แผ่นพับ หนังสือ และโปสเตอร์ รวมถึงสื่ออีเล็คทรอนิกส์ เช่น PowerPoint และ DVD (ใช้เวลาในการสอนแนะนำ 1 ชั่วโมง 30 นาที)

5. ทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบทดสอบวัดความรู้เรื่องบุหรี่ (ทดสอบหลังสอน) หลังจากนั้นให้ทหารกองประจำการ กรอกข้อมูลใน แบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการกรอกข้อมูล และให้นำแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองมาทุกครั้งที่มีการนัดวัดผลการเลิกสูบบุหรี่ (1 เดือน และ 3 เดือน)

6. ทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่ม วัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO+ Smokerlyzer® โดยใช้ mouthpieces กระดาษ (ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง) แล้วบันทึกค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ลงในแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

7. ทหารกองประจำการกลุ่มทดลอง มาเข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร โดยในครั้งที่ 1 เป็นครั้งแรกที่เริ่มโปรแกรม เภสัชกรจะกำหนดวันเลิกบุหรี่ วางแผนการเลิกบุหรี่ และจะนัดติดตามผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนแนะนำให้คำปรึกษาข้อสงสัยเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยแบ่งกลุ่มย่อยการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (กลุ่มละประมาณ 30 คน) ใช้เวลาในการให้โปรแกรมครั้งที่ 1 ประมาณ 1 ชั่วโมง

8. นัดติดตามและให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ครั้งที่ 2 ในทหารกองประจำการกลุ่มทดลอง ที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากเริ่มวิจัย โดยแบ่งกลุ่มย่อยให้คำปรึกษา ตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นเน้นย้ำถึงการเลิกบุหรี่ เสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และชมเชยให้กำลังใจในผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ คอยช่วยให้คำปรึกษาในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยการอภิปรายกลุ่ม ให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่บอกประสบการณ์เทคนิควิธีการที่เลิกบุหรี่ได้ หรือจัดการกับปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ โดยใช้เวลาในการให้โปรแกรมครั้งที่ 2 ประมาณ 2 ชั่วโมง

9. ประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 1 เดือน ในทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่ม โดยประเมินจากแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และยืนยันผลด้วยเครื่อง piCO+ Smokerlyzer® หาปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ โดยผลการเลิกสูบบุหรี่ต้องมีค่าคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 10 ppm จึงถือว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

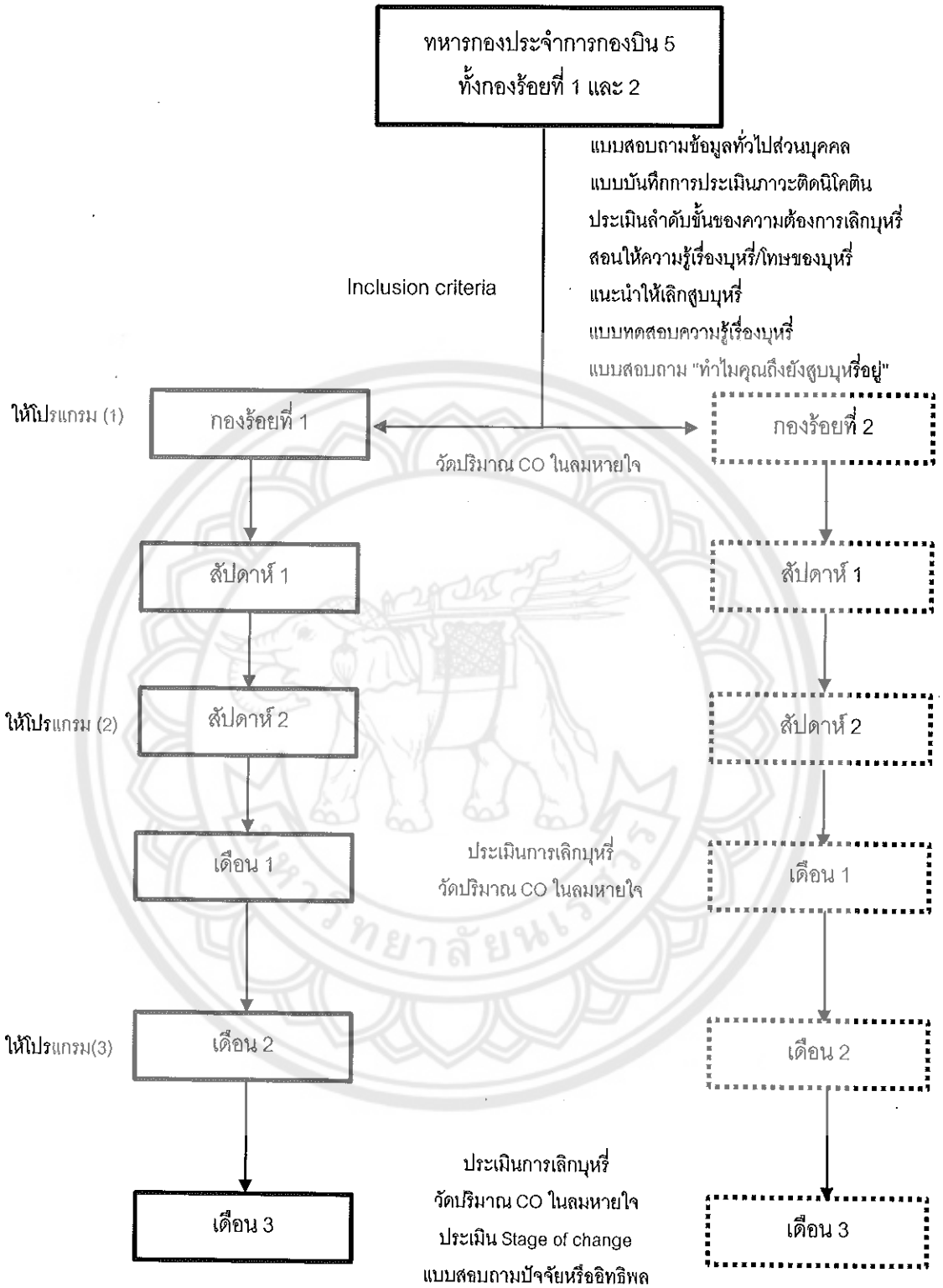
10. นัดติดตามและให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ครั้งที่ 3 ในทหารกองประจำการกลุ่มทดลอง ที่ระยะเวลา 2 เดือนจากเริ่มวิจัย โดยแบ่งกลุ่มย่อยให้คำปรึกษาตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ซึ่งมุ่งเน้นให้กำลังใจเสริมสร้างพลังในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ และค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมถึงร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา อภิปรายกลุ่มให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้บอกประสบการณ์เทคนิควิธีการที่เลิกสูบบุหรี่ได้

และแนวทางจัดการกับปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ได้อีก โดยใช้เวลาในการให้โปรแกรมครั้งที่ 3 ประมาณ 2 ชั่วโมง

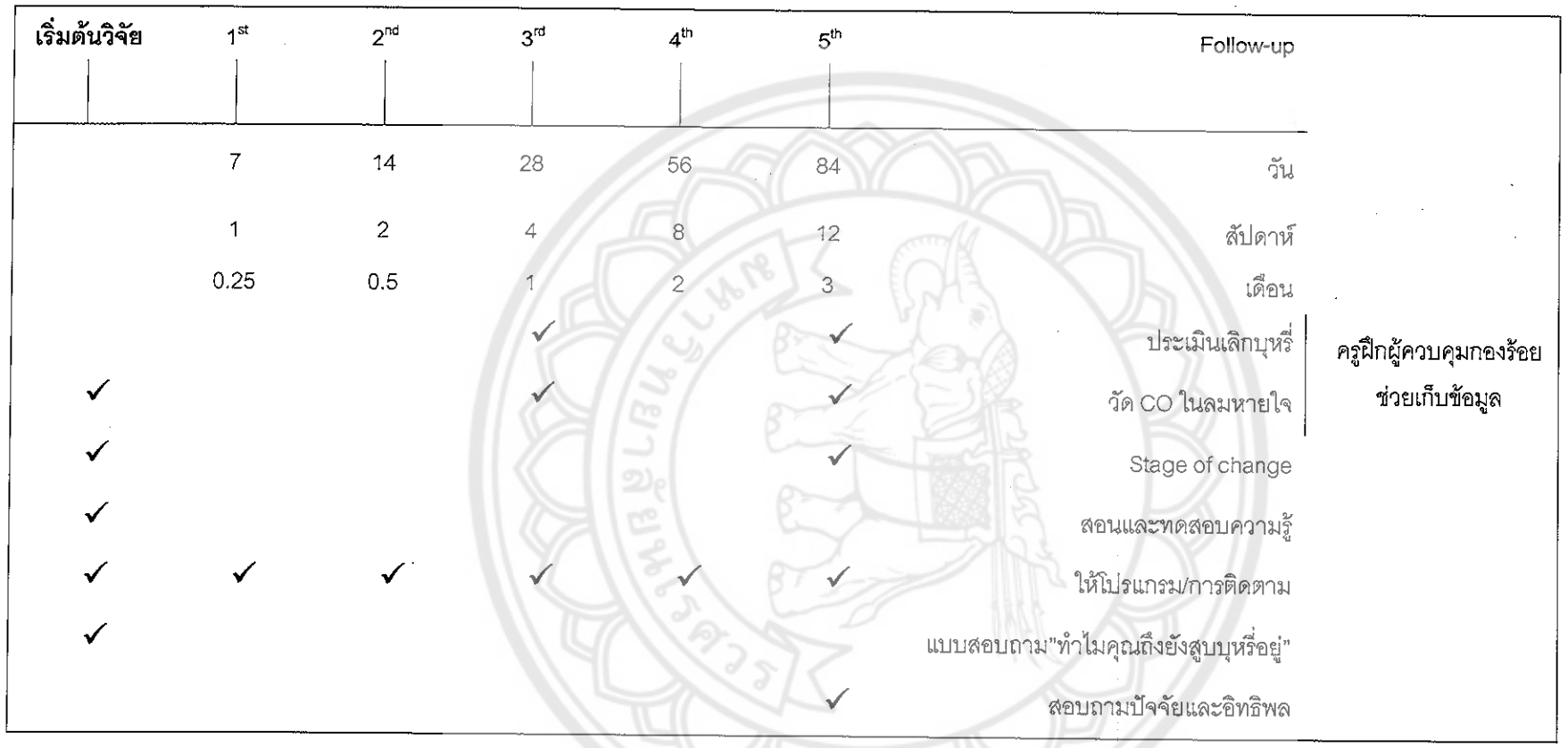
11. ประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 3 เดือน ในทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่ม โดยประเมินจากแบบบันทึกการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และยืนยันผลด้วยเครื่อง piCO+ Smokerlyzer® หาปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ โดยผลการเลิกสูบบุหรี่ต้องมีค่าคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 10 ppm จึงถือว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

12. ให้ทหารกองประจำการทั้ง 2 กลุ่มเมื่อสิ้นสุดวิจัยที่เวลา 3 เดือน ทำแบบสอบถามและกรอกข้อมูลในเครื่องมือวิจัย แบบบันทึกประเมินลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change และ แบบสอบถามปัจจัยหรืออิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่

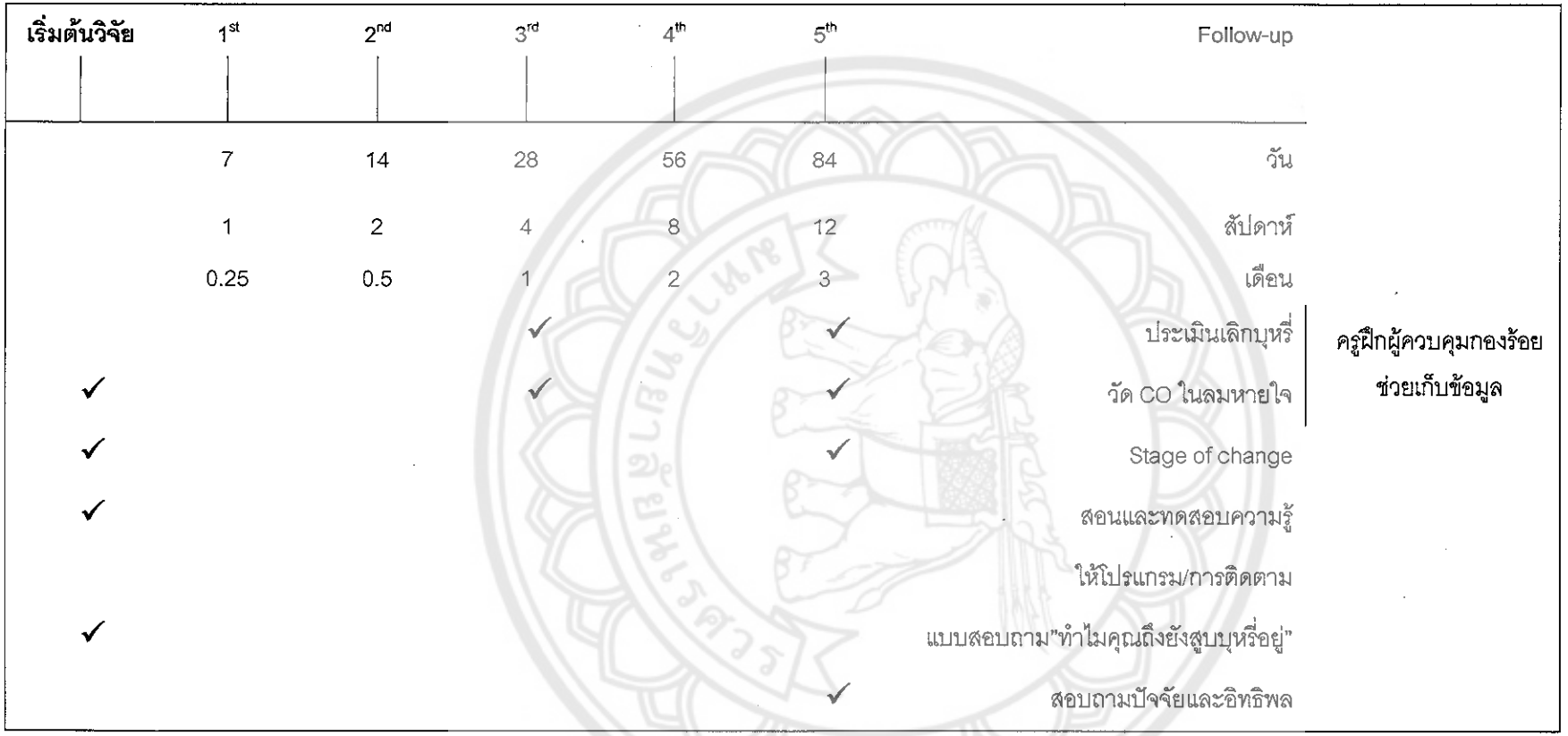
13. นัดทหารกองประจำการ กลุ่มเปรียบเทียบ มารับทราบข้อมูลผลการวิจัยของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร เพื่อให้ทหารกองประจำการกลุ่มเปรียบเทียบทราบประโยชน์และความสำเร็จในการเลิกบุหรี่เมื่อได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร



ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการวิจัยและเก็บข้อมูล



ภาพ 4 แสดงขั้นตอนวิธีวิจัย (กลุ่มทดลอง)



ภาพ 5 แสดงขั้นตอนวิธีวิจัย (กลุ่มเปรียบเทียบ)

โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร

1. โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (1) กำหนดวันเลิกบุหรี่ วางแผนการเลิกบุหรี่ และติดตามผล ตลอดจนแนะนำให้คำปรึกษาข้อสงสัยเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยแบ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change

2. โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (2) จะเป็นการกระตุ้นเน้นย้ำถึงการเลิกบุหรี่ เสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่ยังเลิกไม่ได้ ชมเชยให้กำลังใจในผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ ให้คำปรึกษาในรายที่มีปัญหาอภิปรายกลุ่ม บอกประสบการณ์เทคนิควิธีการที่เลิกบุหรี่ได้ หรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยแบ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change

3. โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร (3) มุ่งเน้นให้กำลังใจเสริมสร้างพลังในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ และค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ในผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้รวมถึงร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา อภิปรายกลุ่ม บอกประสบการณ์เทคนิควิธีการที่เลิกบุหรี่ได้ หรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยแบ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change

โดยการให้คำปรึกษา ตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change จะมีแนวให้คำปรึกษาดังนี้

กลุ่ม precontemplation และกลุ่ม contemplation จะใช้หลักของการสร้างความตระหนัก และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยเน้นการให้ข้อมูล ข่าวสารเรื่องพิษภัยของบุหรี่ เน้นการให้ทหารกองประจำการได้คิด ทบทวนตัวเอง โดยกระตุ้นความคิด ความรู้สึก และการให้ข้อมูลเพื่อขจัดความไม่แน่ใจการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

กลุ่ม preparation จะให้ตั้งเป้าหมายและพัฒนาทักษะการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ การตั้งเป้าหมายช่วยให้เกิดแรงจูงใจและเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ให้กลุ่มเพื่อนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับและมีข้อตกลงเลิกบุหรี่ร่วมกัน สอนทักษะการปรับตัว การแก้ปัญหาและการจัดการกับความเครียด ซึ่งสามารถทำให้กลุ่มทหารกองประจำการที่อยู่ในขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ เคลื่อนไปสู่ระยะปฏิบัติได้

กลุ่ม action ใช้หลักการควบคุมตนเอง การเสริมแรง การช่วยเหลือให้ทหารกองประจำการ สามารถคงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยไม่กลับไปสูบอีก ต้องอาศัยการควบคุมและการกำกับคนเอง และให้ทำกิจกรรมอื่นๆ แทนการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistic Package for the Social Science (SPSS) Version 17.0 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. **สถิติพรรณนา**

ใช้ในการแสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไปส่วนบุคคล, สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่อยู่จากแบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่", ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่, ระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom test), ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of change, อัตราการเลิกบุหรี่,จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และคะแนนของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยจะแสดงผลออกมาในรูปแบบ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. **สถิติวิเคราะห์**

ใช้สถิติ Chi-square test ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล, สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่อยู่, ระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom test), ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM), อัตราการเลิกบุหรี่ และอัตราการกลับมาสูบซ้ำ (relapse rate) ในการเปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ใช้สถิติ Dependent T-test (Paired T-test) คะแนนของแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลัง และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน

ใช้สถิติ Independent T-test คะแนนของแบบทดสอบความรู้ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากจุดมุ่งหมายหลักของการวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร สำหรับทหารกองประจำการ กองบิน 5 ในด้าน อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 1 เดือน, อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 3 เดือน และจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง โดยในวัตถุประสงค์รองเป็นการสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการ กองบิน 5 ซึ่งผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 3 สาเหตุที่ทหารกองประจำการ ยังสูบบุหรี่อยู่

ส่วนที่ 4 ผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 5 ผลจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่อลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 6 อัตราการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 7 ผลจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่อจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5

กลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5 ได้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 173 คน โดยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามกองร้อย ในกองร้อยที่ 1 อยู่ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 85 คน และกองร้อยที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวน 88 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 21.51 $\pm$ 0.07 ปีและ 21.61 $\pm$ 0.09 ปี ในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 51 – 60 กิโลกรัม รองลงมาคือช่วงน้ำหนัก 61 – 70 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 64.32 $\pm$ 12.22 กิโลกรัม

และน้ำหนักตัวเฉลี่ย 62.72 ± 10.54 กิโลกรัม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 171 – 180 เซนติเมตร รองลงมาคือช่วง 161 – 170 เซนติเมตร โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 172.01 ± 6.46 เซนติเมตร และส่วนสูงเฉลี่ย 171.90 ± 5.68 เซนติเมตร ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.3 และ 89.8 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองคือ จบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.) ร้อยละ 32.9 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.6 และในกลุ่มเปรียบเทียบจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.9 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 29.5 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ คือดื่มน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 42.4 และ 51.1 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพก่อนเข้ามาเป็นทหารกองประจำการ คือร้อยละ 71.8 และ 78.4 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ สถานภาพการสมรสของบิดา มารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน คือร้อยละ 48.2 และ 45.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ามาเป็นทหารกองประจำการ เข้ามาด้วยวิธีสมัคร คือร้อยละ 65.9 และ 68.2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ± S.D.	21.51 ± 0.07		21.61 ± 0.09	
น้ำหนัก				
น้อยกว่าเท่ากับ 40 kg	1	1.2	-	0.0
41 – 50 kg	8	9.4	8	9.1
51 – 60 kg	32	37.6	36	40.9
61 – 70 kg	22	25.9	25	28.4
71 – 80 kg	15	17.6	15	17.0
มากกว่า 80 kg	7	8.3	4	4.5
น้ำหนักเฉลี่ย (kg) ± S.D.	64.32 ± 12.22		62.72 ± 10.54	

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนสูง				
น้อยกว่าเท่ากับ 160 cm	2	2.4	-	0.0
161 – 170 cm	36	42.4	36	40.9
171 – 180 cm	40	47.0	47	53.4
มากกว่า 180 cm	7	8.2	5	5.7
ส่วนสูงเฉลี่ย (cm) ± S.D.	172.01 ± 6.46		171.90 ± 5.68	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	81	95.3	79	89.8
มี	4	4.7	9	10.2
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	-	0.0	-	0.0
ประถมศึกษา	20	23.5	13	14.8
ม.ต้น	26	30.6	36	40.9
ม.ปลาย/ปวช.	28	32.9	26	29.5
อนุปริญญา/ปวส.	8	9.4	7	8.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	3.5	6	6.8
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	20	23.5	25	28.4
ดื่ม ≤ 2 วัน/สัปดาห์	36	42.4	45	51.1
ดื่ม 3 – 5 วัน/สัปดาห์	17	20.0	10	11.4
ดื่ม ≥ 6 วัน/สัปดาห์	12	14.1	8	9.1
อาชีพก่อนเป็นทหารกองประจำการ				
ไม่ประกอบอาชีพ	26	28.2	19	21.6
ประกอบอาชีพ	61	71.8	69	78.4

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสมรสของบิดามารดา				
อยู่ด้วยกัน	41	48.2	40	45.5
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	30	35.3	33	37.5
บิดา/มารดา เสียชีวิต	14	16.5	15	17.0
วิธีการเข้ามาเป็นทหาร				
สมัคร	56	65.9	60	68.2
จับฉลาก	29	34.1	28	31.8

หมายเหตุ: S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
kg คือ กิโลกรัม
cm คือ เซนติเมตร
ม. ต้น คือ มัธยมศึกษาตอนต้น
ม. ปลาย คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย
ปวช. คือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
ปวส. คือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5

กลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน โดยคิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 68.2 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งค่าเฉลี่ยของบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ที่ 12.42 $\pm$ 7.68 มวน และ 11.00 $\pm$ 7.84 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 14 – 16 ปี คือร้อยละ 51.8 และ 56.8 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ โดยเฉลี่ยแล้วอายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ที่ 15.28 $\pm$ 2.40 ปี และ 15.10 $\pm$ 2.15 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ ชนิดของบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่จะสูบทั้งบุหรี่มวนเองและบุหรี่ซอง ร้อยละ 65.9 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 68.2 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ยี่ห้อบุหรี่ที่นิยมสูบส่วนใหญ่เป็นยี่ห้อกรองทิพย์ รองลงมาคือยี่ห้อ L&M

เวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในช่วง 6 – 30 นาทีหลังตื่นนอน คิดเป็นร้อยละ 48.2 และ 40.9 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ ประวัติการได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะให้เลิกสูบบุหรี่ โดยคิดเป็นร้อยละ 83.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 83.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหน้านี้ โดยคิดเป็นร้อยละ 75.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 83.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับการติดนิโคตินของทหารกองประจำการเมื่อใช้แบบประเมินตาม Fagerstrom test ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ติดนิโคตินปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาคือติดนิโคตินในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42.4 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ติดนิโคตินต่ำ คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาคือติดนิโคตินในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองได้คะแนนเฉลี่ย 12.61 $\pm$ 4.25 คะแนน และในกลุ่มเปรียบเทียบได้คะแนนเฉลี่ย 12.17 $\pm$ 3.68 คะแนน ในส่วนลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ส่วนใหญ่อยู่ในขั้น Preparation คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และในอดีต 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีความพยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 51.1 ในกลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง ทหารกองประจำการ กองบิน 5

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)				
10 มวนหรือน้อยกว่า	51	60.0	60	68.2
11 – 20 มวน	30	35.2	21	23.9
21 – 30 มวน	2	2.4	6	6.8
31 มวนขึ้นไป	2	2.4	1	1.1
จำนวนเฉลี่ย (มวน) $\pm$ S.D.	12.42 $\pm$ 7.68		11.00 $\pm$ 7.84	

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบหรี่ (ปี)				
13 ปีหรือน้อยกว่า	16	18.8	18	20.5
14 – 16 ปี	44	51.8	50	56.8
17 – 19 ปี	20	23.5	17	19.3
20 ปีขึ้นไป	5	5.9	3	3.4
อายุที่เริ่มสูบหรี่เฉลี่ย (ปี) ± S.D.	15.28 ± 2.40		15.10 ± 2.15	
ชนิดบุหรี่ที่สูบ				
บุหรี่มวนเอง	1	1.2	2	1.7
บุหรี่ซอง	28	32.9	24	30.1
บุหรี่มวนเองและซอง	56	65.9	62	68.2
ยี่ห้อบุหรี่				
กรองทิพย์	47	55.3	43	48.9
L&M	21	24.7	26	29.5
SMS	9	10.6	9	10.2
Marlboro	3	3.5	2	2.3
สายฝน	1	1.2	1	1.1
Wonder	1	1.2	1	1.1
กรุงทอง	3	3.5	2	2.3
ยาเส้น	0	0.0	4	4.5

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เวลาสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน				
ภายใน 5 นาที	23	27.1	5	17.0
6 – 30 นาที	41	48.2	36	40.9
31 – 60 นาที	11	12.9	17	19.3
61 นาทีขึ้นไป	10	11.8	20	22.7
การได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่				
เคยมีผู้แนะนำ	71	83.5	73	83.0
ไม่เคยมีผู้แนะนำ	14	16.5	15	17.0
เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหน้านี้				
เคยเลิกสูบ	64	75.3	73	83.0
ไม่เคยเลิกสูบ	21	24.7	15	17.0
ระดับการติดนิโคติน				
ติดระดับต่ำ*	36	42.4	57	64.8
ติดระดับปานกลาง*	40	47.0	24	27.2
ติดระดับสูง	9	10.6	7	8.0
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (คะแนน)[a] $\pm$ S.D.	12.61 $\pm$ 4.25		12.17 $\pm$ 3.68	
ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่				
Precontemplation Stage	23	27.1	27	30.7
Contemplation Stage*	28	32.9	16	18.2
Preparation Stage	34	40.0	45	51.1
Action Stage	-	0.0	-	0.0
Maintenance Stage	-	0.0	-	0.0

หมายเหตุ: S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

a คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 สาเหตุที่ทหารกองประจำการ ยังสูบบุหรี่อยู่

จากแบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่" พบว่าทหารกองประจำการส่วนใหญ่ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ สูบโดยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 62.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 72.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ รองลงมาคือสูบบุหรี่เพราะความเคยชินคิดเป็นร้อยละ 21.2 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 17.1 ในกลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของสาเหตุที่ทหารกองประจำการ ยังสูบบุหรี่อยู่

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยติดสารนิโคตินในบุหรี่	14	16.5	9	10.2
ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่	53	62.3	64	72.7
ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน	18	21.2	15	17.1

หมายเหตุ: ผู้ป่วยติดสารนิโคตินในบุหรี่ แสดงถึง ผู้ป่วยติดสารนิโคตินในบุหรี่ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ จะทำให้เกิดอาการถอนยา เช่นปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย เป็นต้น

ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่ แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่เนื่องจากรู้สึกเครียด เป็นทุกข์หรือกระวนกระวายใจ เมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกสบายใจมีชีวิตชีวาขึ้น

ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน แสดงถึง ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะความเคยชินหรือมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่นต้องสูบบุหรี่หลังจากรับประทานอาหารเสร็จหรือภายหลังดื่มกาแฟ ตอนเช้าหรือระหว่างโทรศัพท์ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคะแนนเต็มอยู่ที่ 20 คะแนน โดยหลังจากได้รับการสอนความรู้เรื่องบุหรี่ พบว่ามีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อเทียบกับคะแนนความรู้ก่อนสอนให้ความรู้ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.61 $\pm$ 4.25 คะแนนเป็น 14.96 $\pm$ 3.39 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.17 $\pm$ 3.68 คะแนนเป็น 14.44 $\pm$ 2.52 คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตาราง 7

คะแนนความรู้หลังการให้ความรู้เรื่องบุหรี่เป็น 14.96 $\pm$ 3.39 คะแนน และ 14.44 $\pm$ 2.52 คะแนน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้หลังจากให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.251$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 7 แสดงคะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เปรียบเทียบก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องบุหรี่ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

กลุ่มที่ศึกษา	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง (85)	12.61	4.25	14.96	3.39	$p < 0.001$*
กลุ่มเปรียบเทียบ (88)	12.17	3.68	14.44	2.52	$p < 0.001$*

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Mean คือ ค่าเฉลี่ย

ตาราง 8 แสดงเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หลังให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
คะแนนความรู้หลังให้ความรู้เรื่องบุหรี่	14.96	3.39	14.44	2.52	$p = 0.251$

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

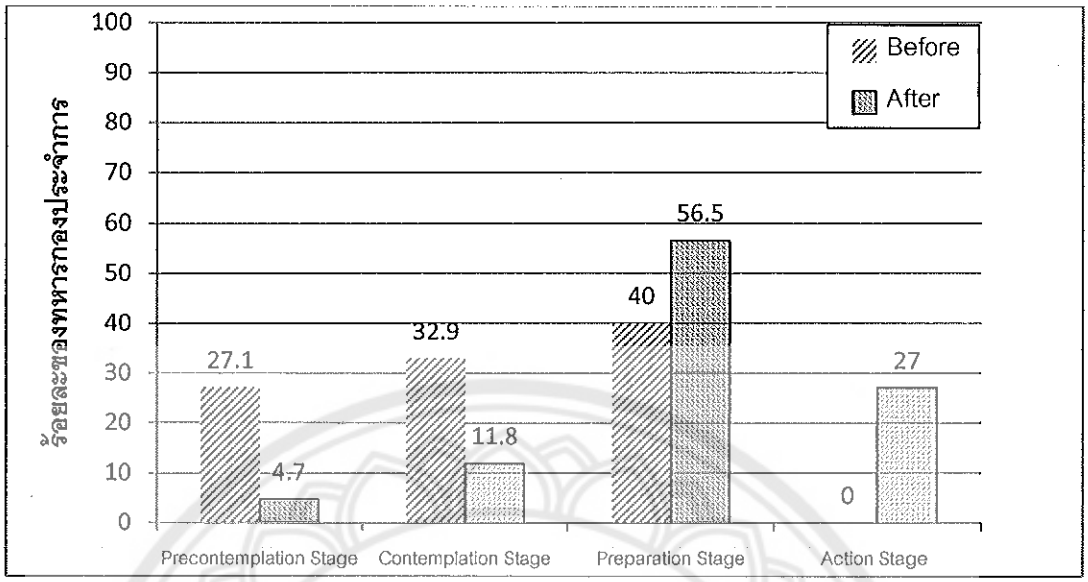
S.D. คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Mean คือ ค่าเฉลี่ย

ส่วนที่ 5 ผลจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่อลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) **ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน** 5

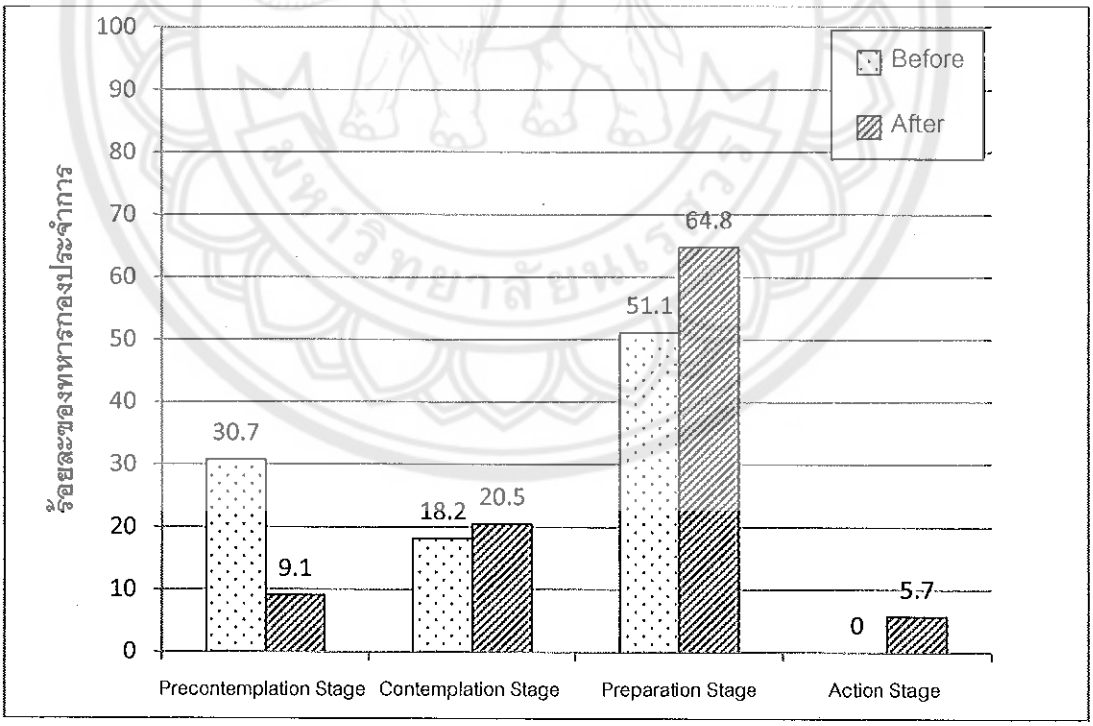
ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ ในกลุ่มทดลองก่อนเริ่มงานวิจัยพบว่ามีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้น Precontemplation, Contemplation และ Preparation ที่ร้อยละ 27.1, 32.9 และ 40.0 ตามลำดับ และ เมื่อสิ้นสุดงานวิจัยที่ระยะเวลา 3 เดือน มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้น Precontemplation, Contemplation, Preparation และ Action ที่ร้อยละ 4.7, 11.8, 56.5 และ 27.0 ตามลำดับ ซึ่งทุกลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเริ่มงานวิจัยพบว่ามีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้น Precontemplation, Contemplation และ Preparation ที่ร้อยละ 30.7, 18.2 และ 51.1 ตามลำดับ และ ที่ระยะเวลา 3 เดือน มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้น Precontemplation, Contemplation, Preparation และ Action ที่ร้อยละ 9.1, 20.5, 64.8 และ 5.7 ตามลำดับ ซึ่งลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในขั้น Contemplation รายละเอียดดังแสดงในตาราง 9 และภาพ 6 – 7

ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ ที่ระยะเวลา 3 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีสัดส่วนในแต่ละลำดับขั้นไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในลำดับขั้น Action พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนที่มากว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 10

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ เมื่อสิ้นสุดงานวิจัยที่ระยะเวลา 3 เดือนกับก่อนเริ่มงานวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองที่มีลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ลดลง ร้อยละ 1.18 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 5.68 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเปลี่ยนแปลงลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่เท่าเดิม ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 34.12 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.55 และมีลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นหลังจากจบการการวิจัย ที่เวลา 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 64.70 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 39.77 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงในตาราง 11



ภาพ 6 แสดงร้อยละของทหารกองประจำการ จำแนกตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ (TTM) ก่อนเริ่มวิจัยและที่เวลา 3 เดือน (กลุ่มทดลอง)



ภาพ 7 แสดงร้อยละของทหารกองประจำการ จำแนกตามลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่(TTM) ก่อนเริ่มวิจัยและที่เวลา 3 เดือน (กลุ่มเปรียบเทียบ)

ตาราง 9 แสดงเปรียบเทียบ ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) **ก่อนเริ่มวิจัยและที่เวลา 3 เดือน**

กลุ่มที่ศึกษา	ก่อนเริ่มวิจัย		ที่เวลา 3 เดือน		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (85)					
Precontemplation Stage	23	27.1	4	4.7	p < 0.001*
Contemplation Stage	28	32.9	10	11.8	p = 0.002*
Preparation Stage	34	40.0	48	56.5	p = 0.040*
Action Stage	-	0.0	23	27.0	p < 0.001*
Maintenance Stage	-	0.0	-	0.0	
กลุ่มเปรียบเทียบ (88)					
Precontemplation Stage	27	30.7	8	9.1	p < 0.001*
Contemplation Stage	16	18.2	18	20.5	p = 0.845
Preparation Stage	45	51.1	57	64.8	p = 0.045*
Action Stage	-	0.0	5	5.7	p = 0.025*
Maintenance Stage	-	0.0	-	0.0	

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 แสดงเปรียบเทียบ ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) **ที่เวลา 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่	กลุ่มทดลอง (85)		กลุ่มเปรียบเทียบ (88)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Precontemplation Stage	4	4.7	8	9.1	p = 0.256
Contemplation Stage	10	11.8	18	20.5	p = 0.121
Preparation Stage	48	56.5	57	64.8	p = 0.264
Action Stage	23	27.0	5	5.7	p < 0.001*
Maintenance Stage	-	0.0	-	0.0	

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 11 แสดงลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) **ที่เปลี่ยนแปลง เมื่อจบงานวิจัยที่เวลา 3 เดือน**

ขั้นตอนเปลี่ยนแปลง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ลดลง	1	1.18	5	5.68	p = 0.105
ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่เท่าเดิม	29	34.12	48	54.55	p = 0.007*
ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น	55	64.70	35	39.77	p = 0.001*

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลองที่มีลำดับความต้องการเลิกบุหรี่ลดลง 1 คน โดยมีลำดับความต้องการเลิกบุหรี่ก่อนเริ่มการวิจัยอยู่ในขั้น Preparation และหลังจากสิ้นสุดการวิจัยที่เวลา 3 เดือนมีลำดับความต้องการเลิกบุหรี่ลดลงอยู่ในขั้น Contemplation เมื่อไปดูถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่พบว่า ที่ยังสูบอยู่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด

ส่วนที่ 6 อัตราการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

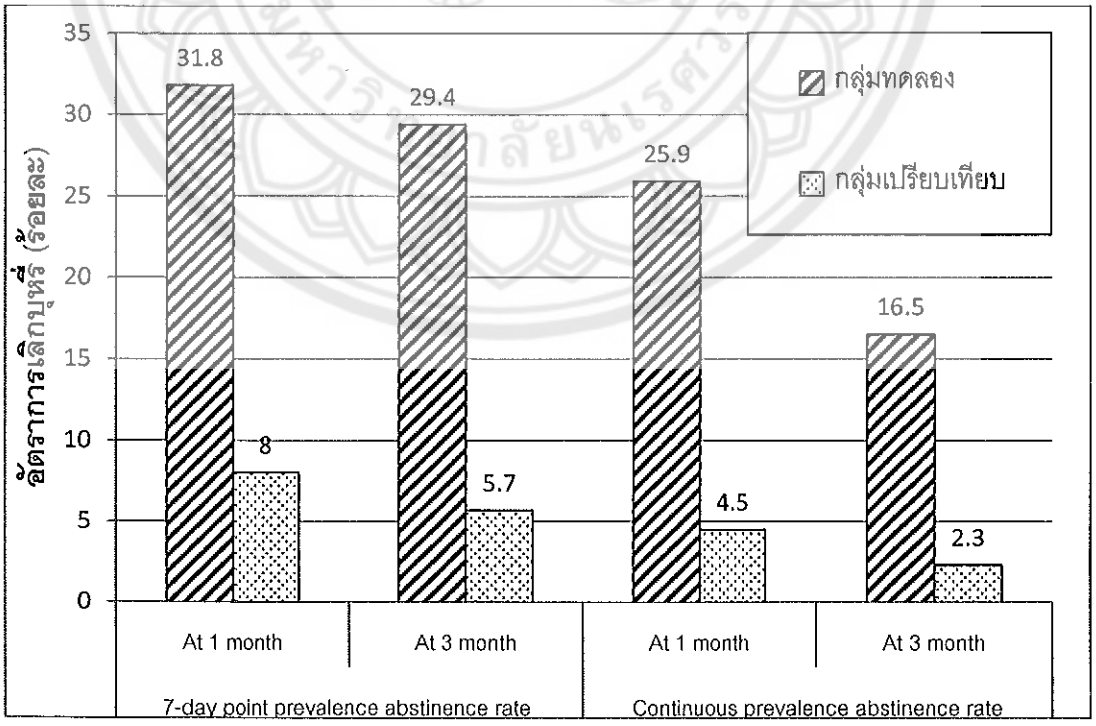
อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลอง สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกช่วงเวลาที่วัดผล โดยผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 31.8 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 8.0 และผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน เมื่อติดตามผลที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 29.4 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 5.7

ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 25.9 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 4.5 และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่องตลอด 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 16.5 และกลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 2.3 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 12 และภาพ 8

ตาราง 12 แสดงความแตกต่างของค่า ร้อยละ จำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในทหารกองประจำการ กองบิน 5

ผลการเลิกบุหรี่	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	P-value
7-day point prevalence abstinence rate			
At 1 month	27 (31.8)	7 (8.0)	p < 0.001*
At 3 month	25 (29.4)	5 (5.7)	p < 0.001*
Continuous abstinence rate			
At 1 month	22 (25.9)	4 (4.5)	p < 0.001*
At 3 month	14 (16.5)	2 (2.3)	p = 0.001*

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพ 8 แสดงอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระดับการติดนิโคติน ในทหารกองประจำการ กองบิน 5

ระดับการติดนิโคติน	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	P-value
7-day point prevalence abstinence rate at 1 month			
ติดนิโคตินระดับต่ำ	11 (30.6)	6 (10.5)	p = 0.015*
ติดนิโคตินระดับปานกลาง	16 (40.0)	0 (0.0)	p < 0.001*
ติดนิโคตินระดับสูง	0 (0.0)	1 (14.3)	p = 0.243
7-day point prevalence abstinence rate at 3 month			
ติดนิโคตินระดับต่ำ	14 (38.9)	5 (8.8)	p < 0.001*
ติดนิโคตินระดับปานกลาง	10 (25.0)	0 (0.0)	p = 0.008*
ติดนิโคตินระดับสูง	1 (11.1)	0 (0.0)	p = 0.362
Continuous abstinence rate at 1 month			
ติดนิโคตินระดับต่ำ	9 (25.0)	4 (7.0)	p = 0.150
ติดนิโคตินระดับปานกลาง	13 (32.5)	0 (0.0)	p = 0.002*
ติดนิโคตินระดับสูง	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Continuous abstinence rate at 3 month			
ติดนิโคตินระดับต่ำ	8 (22.2)	2 (3.5)	p = 0.005*
ติดนิโคตินระดับปานกลาง	6 (15.0)	0 (0.0)	p = 0.046*
ติดนิโคตินระดับสูง	0 (0.0)	0 (0.0)	-

หมายเหตุ: * มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ผลการเลิกบุหรี่ โดยวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระดับการติดนิโคตินเมื่อประเมินตาม Fagerstrom test พบว่าผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 30.6 และ 10.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 38.9 และ 8.8 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 13

ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระปานกลาง ร้อยละ 32.5 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 22.2 และ 3.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 15.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 13

ผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อยของอัตราการเลิกบุหรี่ ตามประวัติการพยายามเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทหารกองประจำการ กองบิน 5 พบว่าเมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยแล้ว อัตราการเลิกสูบบุหรี่กับประวัติของทหาร ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่และไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกช่วงเวลาที่มีการวัดผลการเลิกบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มเดียวกัน รายละเอียดดังแสดงในตาราง 14 และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 3 เดือนในทหารที่มีประวัติไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามประวัติการพยายามเลิกสูบบุหรี่ในทหารกองประจำการ กองบิน 5

ประวัติการสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	P-value[a]
7-day point prevalence abstinence rate at 1 month			
เคยเลิกสูบบุหรี่	22 (34.4)	6 (8.2)	p < 0.001*
ไม่เคยเลิกบุหรี่	5 (23.8)	1 (6.7)	p = 0.174
P-value[b]	p = 0.367	p = 0.840	
7-day point prevalence abstinence rate at 3 month			
เคยเลิกสูบบุหรี่	18 (28.1)	5 (6.8)	p = 0.001*
ไม่เคยเลิกบุหรี่	7 (33.3)	0 (0.0)	p = 0.013*
P-value[b]	p = 0.649	p = 0.297	
Continuous abstinence rate at 1 month			
เคยเลิกสูบบุหรี่	18 (28.1)	4 (5.5)	p < 0.001*
ไม่เคยเลิกบุหรี่	4 (19.0)	0 (0.0)	p = 0.073*
P-value[b]	p = 0.410	p = 0.353	
Continuous abstinence rate at 3 month			
เคยเลิกสูบบุหรี่	10 (15.6)	2 (2.7)	p = 0.008*
ไม่เคยเลิกบุหรี่	4 (19.0)	0 (0.0)	p = 0.073
P-value[b]	p = 0.714	p = 0.517	

หมายเหตุ: P-value[a] คือ การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

P-value[b] คือ การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มเดียวกัน

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate) ของกลุ่มตัวอย่างที่ 3 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลองมีคนที่กลับมาสูบซ้ำ 13 คน ร้อยละ 48.1 และในกลุ่มเปรียบเทียบมีคนที่กลับมาสูบซ้ำ 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.4 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 แสดงอัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง ร้อยละ	กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ	P-value
อัตราการกลับมาสูบซ้ำ	48.1	71.4	p = 0.252

หมายเหตุ: อัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate) คือ ร้อยละของคนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันที่เคยเลิกบุหรี่แล้วกลับมาสูบบุหรี่ ซึ่งคำนวณได้จากจำนวนของคนที่เคยเลิกบุหรี่แต่ปัจจุบันยังสูบอยู่ / จำนวนคนที่เลิกบุหรี่ตลอด 3 เดือน รวมกับ จำนวนคนที่เลิกบุหรี่แต่ปัจจุบันยังสูบอยู่

กลุ่มทดลอง = 13 / (14 + 13) x 100

กลุ่มเปรียบเทียบ = 5 / (2 + 5) x 100

ส่วนที่ 7 ผลจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่อจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงจาก 12.42 $\pm$ 7.67 มวน เหลือ 4.66 $\pm$ 4.47 มวน และ 3.75 $\pm$ 3.80 มวน ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ตามลำดับ โดยในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจาก 11.00 $\pm$ 7.84 มวน เหลือ 6.60 $\pm$ 4.93 มวน และ 6.83 $\pm$ 4.69 มวน ในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ตามลำดับซึ่งมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม ซึ่งทั้งสองกลุ่มจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม รายละเอียดดังแสดงในตาราง 16 และภาพ 9

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งที่ระยะเวลา 1 เดือนและ 3 เดือน โดยที่ระยะเวลา 1 เดือน มีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง 7.76 ± 7.48 มวน และ 4.40 ± 6.90 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ และ ที่ระยะเวลา 3 เดือน มีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง 8.67 ± 7.33 มวน และ 4.17 ± 6.83 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 17

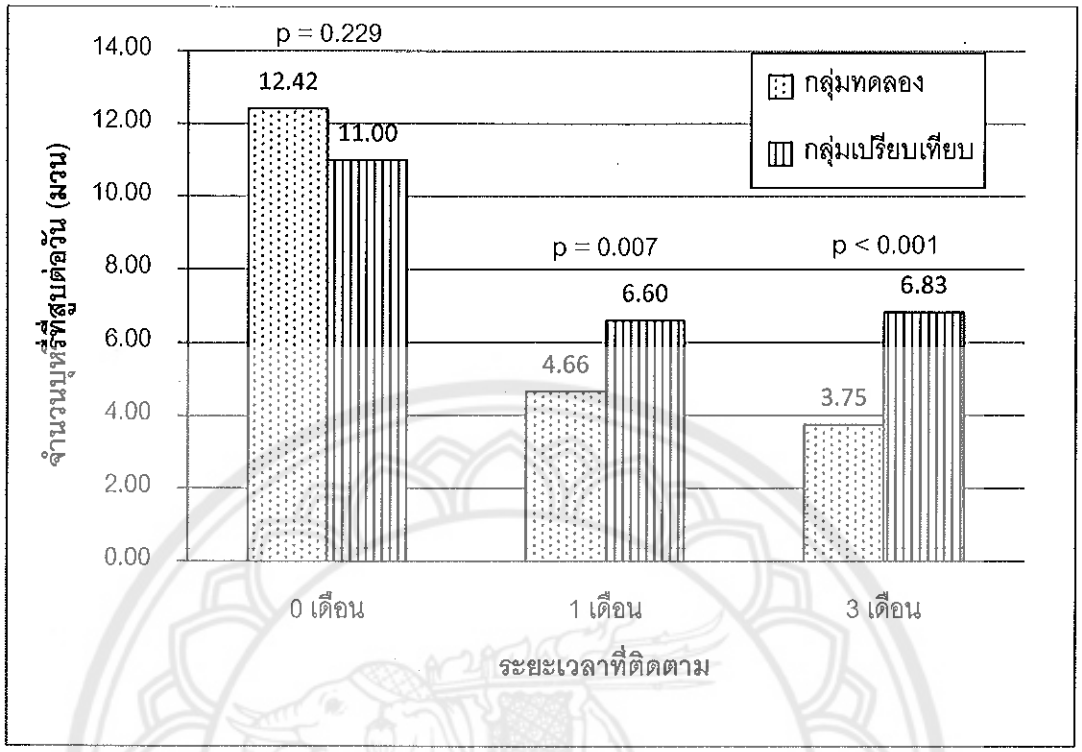
ตาราง 16 แสดงเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงหลังจากการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		P-value[a]
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
0 เดือน					
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	12.42	7.67	11.00	7.84	p = 0.229
1 เดือน					
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	4.66	4.47	6.60	4.93	p = 0.007*
P-value[b] (before-after)	p < 0.001*		p < 0.001*		
3 เดือน					
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	3.75	3.80	6.83	4.69	p < 0.001*
P-value[b] (before-after)	p < 0.001*		p < 0.001*		

หมายเหตุ: a คือ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test

b คือ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างเริ่มต้น (0 เดือน) กับเดือนที่ติดตาม (1 เดือน และ 3 เดือน) โดยใช้สถิติ paired t-test

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพ 10 แสดงจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่เวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

ตาราง 17 แสดงเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่เวลา 1 เดือนและ 3 เดือน

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		P-value[a]
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1 เดือน					
จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง	7.76	7.48	4.40	6.90	p = 0.002*
3 เดือน					
จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง	8.67	7.33	4.17	6.83	p < 0.001*

หมายเหตุ: จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง หมายถึง จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย – จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันหลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัย

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5

ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จากการสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ โดยปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีอิทธิพล คือ สูบบุหรี่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 74.83 และลองลงมาคือ อยากทดลองสูบร้อยละ 62.24, เพื่อนชวนให้สูบ ร้อยละ 35.66 และสูบเพื่อทำให้สมองปลอดโปร่ง ร้อยละ 24.48 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 18

ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จากการสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีอิทธิพล คือ เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ลองลงมาคือ กลัวอันตรายจากสารพิษของบุหรี่ ร้อยละ 66.67, รู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี ร้อยละ 63.33 และราคาของบุหรี่ที่แพงขึ้น ร้อยละ 56.67 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 18 แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5 (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ปัจจัย	จำนวน (n = 143)	ร้อยละ
เพื่อพักผ่อน คลายเครียด	107	74.83
อยากทดลองสูบ	89	62.24
เพื่อนชวนให้สูบ	51	35.66
เพื่อทำให้สมองปลอดโปร่ง	35	24.48
เพราะบุหรี่หาซื้อได้ง่าย	30	20.98
เพราะผิดหวังในความรัก	29	20.28
ทำให้เกิดความสนุกสนาน	27	18.88
เพื่อแก้ความเขินอายหรือประหม่า	17	11.89
เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง	16	11.19
เพื่อเพิ่มสมาธิในการเรียนหรือทำงาน	14	9.79
เพราะผิดหวังจากการเรียน	11	7.69
เพราะบุหรี่มีราคาถูก	9	6.29
เพื่อความโก้เก๋	8	5.59
สูบตามพี่น้อง	6	4.20
สูบเพราะต้องการการยอมรับจากเพื่อน	6	4.20

ตาราง 18 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (n = 143)	ร้อยละ
สูบตามบุคลในครอบครัว	5	3.50
เพราะสุขภาพยังแข็งแรงอยู่	5	3.50
สูบเพราะต้องการยอมรับว่าเป็นผู้ใหญ่	4	2.80
สูบตามผู้ใหญ่หรือผู้บังคับบัญชา	3	2.10
สูบตามละครโทรทัศน์หรือภาพยนตร์	3	2.10
เลียนแบบจากโฆษณา	2	1.40
เลียนแบบดารา นักร้อง	1	0.70
อื่นๆ	1	0.70

ตาราง 19 แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทหารกองประจำการ กองบิน 5 (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ปัจจัย	จำนวน (n= 30)	ร้อยละ
เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่	21	70.00
กลัวอันตรายจากสารพิษของบุหรี่	20	66.67
รู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี	19	63.33
ราคาของบุหรี่ที่แพงขึ้น	17	56.67
ผู้บังคับบัญชากวดขันเรื่องการสูบบุหรี่	8	26.75
ระเบียบข้อบังคับที่ห้ามสูบ	7	23.33
พ่อแม่ช่วยส่งเสริมให้เลิก	6	20.00
แฟนหรือภรรยาส่งเสริมให้เลิก	4	13.33
มีโปรแกรมช่วยในการเลิกบุหรี่	4	13.33
อยู่ในสังคมที่ไม่มีใครสูบบุหรี่	2	6.67
บทลงโทษที่รุนแรงเมื่อฝ่าฝืน	2	6.67
หาซื้อบุหรี่ได้ยากขึ้น	2	6.67
เพื่อนส่งเสริมให้ช่วยกันเลิก	0	0.00
อื่นๆ	0	0.00

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร สำหรับทหารกองประจำการ กองบิน 5 โดยมีจุดมุ่งหมายหลักของการวิจัย คือ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่ออัตราการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน และประเมินจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง โดยเปรียบเทียบระหว่างทหารกองประจำการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ กับกลุ่มเปรียบเทียบ และจุดมุ่งหมายรองคือ เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการกองบิน 5 โดยมีทหารกองประจำการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 173 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามกองร้อย คืออยู่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ (กลุ่มทดลอง) 85 คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ (กลุ่มเปรียบเทียบ) 88 คน ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistic Package for the Social Science (SPSS) Version 17.0 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยใช้สถิติ Chi-square test สำหรับเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ และใช้สถิติ Independent T-test สำหรับเปรียบเทียบ จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง และใช้สถิติสถิติพรรณนาในรูปแบบ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการ กองบิน 5 สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และมีข้อเสนอแนะต่างๆ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ทหารกองประจำการ กองบิน 5 ทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 21.51 $\pm$ 0.07 ปี และ 21.61 $\pm$ 0.09 ปี ในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ที่ 12.42 $\pm$ 7.68 มวน และ 11.00 $\pm$ 7.84 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) ระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้แบบประเมินตาม Fagerstrom test ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ติดนิโคตินปานกลาง ร้อยละ 47.0 รองลงมาคือติดนิโคตินในระดับต่ำ ร้อยละ 42.4 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ติดนิโคตินต่ำ ร้อยละ 64.8 รองลงมาคือติดนิโคตินในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.2 และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ก่อนที่จะได้รับความรู้เรื่องบุหรี่ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ซึ่งทำได้ 12.61 $\pm$ 4.25 คะแนน และ 12.17 $\pm$ 3.68 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ หลังจากได้รับความรู้

เรื่องบุหรี่แล้วได้คะแนน 14.96 ± 3.39 คะแนน และ 14.44 ± 2.52 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มสามารถทำคะแนนได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และคะแนนความรู้หลังการให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05) ในส่วนลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ส่วนใหญ่อยู่ในขั้น Preparation คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และในอดีต 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีความพยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40.0 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 51.1 ในกลุ่มเปรียบเทียบ และหลังจากได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรจนสิ้นสุดการวิจัย ที่เวลา 3 เดือน พบว่า ลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มทดลองที่มีการเปลี่ยนแปลงลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ลดลง ร้อยละ 1.18 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 5.68 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่มีลำดับความต้องการเลิกบุหรี่ลดลง 1 คน โดยมีลำดับความต้องการเลิกบุหรี่ก่อนเริ่มการวิจัยอยู่ในขั้น Preparation และหลังจากสิ้นสุดการวิจัยที่เวลา 3 เดือน มีลำดับความต้องการเลิกบุหรี่ลดลงอยู่ในขั้น Contemplation เมื่อไปดูถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่พบว่า ที่ยังสูบอยู่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด ส่วนลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่ที่เท่าเดิม ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 34.12 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.55 และที่มีการเปลี่ยนแปลงลำดับขั้นความต้องการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 64.70 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 39.77 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001)

1. **อัตราการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ กองบิน 5**

อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลอง สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกช่วงเวลาที่วัดผล

ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 31.8 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 8.0 (P<0.001) และผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน เมื่อติดตามผลที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 29.4 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 5.7 (P<0.001)

ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous prevalence abstinence rate) ที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 25.9 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 4.5 (P<0.001) และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่องตลอด 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 16.5 และกลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 2.3 (P=0.001)

ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ผลการเลิกบุหรี่ โดยวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระดับการติดนิโคตินเมื่อประเมินตาม Fagerstrom test พบว่า ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน

(7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 30.6 และ 10.5 และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 38.9 และ 8.8 และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 25.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระปานกลาง ร้อยละ 32.5 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 22.2 และ 3.5 และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 15.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อยของอัตราการเลิกบุหรี่ ตามประวัติการพยายามเลิกสูบบุหรี่ พบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่กับประวัติของทหาร ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่และไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกช่วงเวลาที่มีการวัดผลการเลิกบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ภายในกลุ่มเดียวกัน และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 3 เดือนในทหารที่มีประวัติไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate) ของกลุ่มตัวอย่างที่ 3 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคนที่กลับมาสูบซ้ำ 13 คน ร้อยละ 48.1 และในกลุ่มเปรียบเทียบมีคนที่กลับมาสูบซ้ำ 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.4

2. จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่เวลา 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าลดลงจาก 12.42 ± 7.67 มวน เหลือ 4.66 ± 4.47 มวน และกลุ่มเปรียบเทียบ ลดลงจาก 11.00 ± 7.84 มวน เหลือ 6.60 ± 4.93 มวน โดยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

มีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง 7.76 ± 7.48 มวน และ 4.40 ± 6.90 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.002)

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันที่เวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าลดลงจาก 12.42 ± 7.67 มวน เหลือ 3.75 ± 3.80 มวน และกลุ่มเปรียบเทียบ ลดลงจาก 11.00 ± 7.84 มวน เหลือ 6.83 ± 4.69 มวนโดยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง 8.67 ± 7.33 มวน และ 4.17 ± 6.83 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

3. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการ กองบิน 5**

จากการสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีอิทธิพล คือ สูบบุหรี่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด ร้อยละ 74.83 ลองลงมาคือ อยากทดลองสูบร้อยละ 62.24 และเพื่อนชวนให้สูบ ร้อยละ 35.66

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ ในผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่ คือ เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ลองลงมาคือ กลัวอันตรายจากสารพิษของบุหรี่ ร้อยละ 66.67 และรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี ร้อยละ 63.33

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร สำหรับทหารกองประจำการ กองบิน 5 ต่ออัตราการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ระยะเวลา 1 เดือนและระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร สามารถเลิกสูบบุหรี่ ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน (7-day point prevalence abstinence rate) เมื่อติดตามผลที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 31.8 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 8.0 เมื่อติดตามผลที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 29.4 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 5.7 และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous prevalence rate) ที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 25.9 กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 4.5 และผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่องตลอด 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 16.5 และกลุ่ม

เปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 2.3 ซึ่งผลการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุภกิจ ดำรงค์พิวัฒน์ (2552) ได้มีการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในเยาวชนที่กระทำความผิด พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่จากเภสัชกร มีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ (7-day point prevalence abstinence rate) ในกลุ่มทดลอง เท่ากับร้อยละ 12.2, 24.4 และ 35.6 ที่ระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือนตามลำดับ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 15.2, 14.1 และ 15.2 ที่ระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือนตามลำดับ ซึ่งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Phanucharas และ Chalongsuk (2012) ที่ได้สำรวจการปฏิบัติงานให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรอาสาพาเลิกบุหรี่ ผู้ที่ให้บริการเลิกบุหรี่ทั้งหมด 166 คน พบว่า ผู้เข้ารับบริการเลิกบุหรี่มีอัตราเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ (7-day point prevalence abstinence rate) ร้อยละ 11.5 และอัตราเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่องที่ระยะเวลา 1 เดือน (continuous abstinence rate) ร้อยละ 9.7 ซึ่งจะเห็นว่าอัตราการเลิกบุหรี่จากโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการกองบิน 5 มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่า เนื่องจากว่าในกลุ่มประชาการที่ศึกษาเป็นกลุ่มประชากรที่ที่จำเพาะ ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งอายุ เพศ และกิจวัตรประจำวัน จึงมีการให้คำปรึกษาและติดตามผลได้ง่ายกว่าส่วนในการศึกษาของ Phanucharas และ Chalongsuk (2012) กลุ่มประชาการมีความหลากหลาย และระยะเวลาการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จขึ้นกับประสบการณ์และทักษะของผู้ให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ โดยผู้ที่มาประสบการณ์ในการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่มากกว่า 12 เดือนจะสามารถทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จสูงขึ้น

ผลการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ของทหารกองประจำการกองบิน 5 หลังจากได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยเภสัชกร ที่ 1 เดือน และ 3 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 25.6 และ 16.5 นั้นสอดคล้องและได้ผลไม่ได้แตกต่างกันกับการศึกษาของ Kuwalairat, Somkate และ Lertsinudom (2016) มีการศึกษาถึงความสำเร็จในการเลิกบุหรี่และระดับของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยนอกภายใต้การนำของเภสัชกร พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เลิกการสูบบุหรี่ในระหว่างการศึกษานี้ ร้อยละ 25.6 ที่ระยะเวลา 1 เดือน และการศึกษาของ Chaikoolvatana (2015) ได้มีการประเมิน การให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลทหาร พบว่า อัตราเลิกสูบบุหรี่ที่ 3 เดือนได้ร้อยละ 18.95 แต่เมื่อเทียบกับผลการเลิกบุหรี่ ของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการกองบิน 5 กับการศึกษาการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในต่างประเทศ พบว่า มีอัตราการเลิกบุหรี่ต่ำกว่า ซึ่ง Kennedy, D. T. et al.

(2002) ได้ศึกษาถึงผลของการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรต่ออัตราการเลิกบุหรี่และคุณภาพชีวิตของผู้ติดบุหรี่ ผลของเภสัชกรจำนวน 7 แห่งในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบรายบุคคลแก่ผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 48 คน พบว่า ผู้ติดบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 เป็นร้อยละ 43.8, 31.3 และ 25 ตามลำดับ การที่อัตราการเลิกบุหรี่ต่ำกว่าในต่างประเทศ เนื่องจากการศึกษาของ Kennedy, D. T. et al. (2002) จะเป็นการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยแบบรายบุคคล โดยมีการติดตามและให้คำปรึกษาจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาพร้อมที่จะเลิกบุหรี่อยู่แล้ว เมื่อประเมินลำดับขั้นตามต้องการเลิกบุหรี่ จะอยู่ในขั้น preparation จึงทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงกว่าการศึกษานี้ และในการศึกษานี้กลุ่มประชากรเป็นทหารกองประจำการ ซึ่งต้องมีการฝึก การออกกำลังกาย และการทดสอบความอดทนต่างๆ ทำให้ทหารมีความเครียด ความกดดัน และจากการที่สำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ ในทหารกองประจำการ กองบิน 5 ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ก็พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่คือ สูบบุหรี่เพื่อพักผ่อน คลายเครียด ถึงร้อยละ 74.83 และในการศึกษาของ Zillich et al. (2002) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ pharmacist-based smoking-cessation program และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พบว่า มีอัตราการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง ร้อยละ 42 และ 26 ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่าการศึกษานี้ เนื่องจากการศึกษาของ Zillich et al. (2002) โดยมีการใช้ nicotine replacement therapy (patch, gum) ร่วมด้วย และโปรแกรมเลิกบุหรี่ประกอบได้ด้วยการให้คำปรึกษา ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์ จำนวน 12 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. (2555) แนะนำว่าการใช้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่สามารถการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้น

ผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ผลการเลิกบุหรี่ กับระดับการติดนิโคติน เมื่อประเมินตาม Fagerstrom test ผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่อง (continuous abstinence rate) ที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับการติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 22.2 และ 3.5 และติดนิโคตินระดับปานกลาง ร้อยละ 15.0 และ 0.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ ส่วนผลการเลิกบุหรี่ในกลุ่มติดนิโคตินระดับสูง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากผู้ที่ติดนิโคตินระดับสูงหากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก ทำให้เป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ (สิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์, 2552) และในการศึกษานี้โปรแกรมเลิกบุหรี่ ไม่ได้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เช่น nicotine replacement therapy ที่จะช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง

เวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. (2555) แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่สามารถการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้ผลของงานวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ คือกลุ่มประชากรที่เป็นทหารกองประจำการ โดยกลุ่มประชากรนี้จะมีลักษณะที่เหมือนๆ กัน เช่น อายุ เพศและมีกฎระเบียบ การปฏิบัติกิจวัติประจำวันที่คล้ายๆ กัน ซึ่งจะง่ายต่อการให้ intervention เป็นกลุ่มและสามารถนัดติดตามผลได้ง่ายเนื่องจากกลุ่มทหารกองประจำการยังอาศัยอยู่ในค่ายทหาร ส่วนในการศึกษาอื่นๆ กลุ่มประชากรก็จะแตกต่างกัน ทั้งเพศ อายุ กิจกรรมหรือหน้าที่การงาน ทำให้ในการนัดติดตามเพื่อวัดผลจะทำได้ยาก หรือบางครั้งไม่สามารถติดตามผู้เข้าร่วมงานวิจัยมาวัดผลได้ และในส่วนโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ศึกษานี้ที่จะให้แค่คำปรึกษาแนะนำ ร่วมกับการวางแผนการเลิกบุหรี่ ส่วนในโปรแกรมการเลิกบุหรี่อื่นๆ ที่สามารถทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูง พบว่า ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่จะมีการใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย ซึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ก็ได้แนะนำ การบำบัดผู้ติดบุหรี่ให้มีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วยจะสามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น และการวัดผลเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้จะใช้ การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-report) ร่วมกับการยืนยันผลด้วยปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO จะทำให้มีผลการเลิกบุหรี่ที่น่าเชื่อถือกว่า การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ซึ่งในหลายๆ การศึกษาก็จะใช้การยืนยันผลด้วยเครื่อง piCO หรือใช้การวัดปริมาณนิโคตินในปัสสาวะ เป็นการยืนยันผลเลิกบุหรี่

มีผลการศึกษาของ Joseph et al. (2011) แสดงให้เห็นว่าหากไม่มีการให้คำแนะนำอย่างจริงจังและปล่อยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยตนเองอัตราการเลิกบุหรี่จะต่ำมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการสูบบุหรี่ต่อวันจำนวนมาก และใน บุปผา ศิริรัศมี และคณะ (2556) การเลิกบุหรี่ด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ นั้นมีโอกาสสำเร็จน้อยมาก คือประมาณร้อยละ 95 ของผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ และการเลิกบุหรี่ที่มีการวางแผนไว้ก็จะสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าไม่ได้วางแผน และจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าทหารกองประจำการ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงในตาราง 13 ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ซึ่งเภสัชกรจะช่วยให้คำปรึกษา แนะนำ วางแผนการเลิกบุหรี่ ตลอดจนช่วยเหลืออาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากการเลิกบุหรี่ มีประโยชน์และมีประสิทธิผลต่ออัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่าให้ผู้ที่ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ด้วย

ตัวเองและในการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่เข้าไปคัดกรองการติดบุหรี่ของทหารกองประจำการ และให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่ของทหารทั้งหมดที่สูบบุหรี่อยู่ ถือเป็นการให้การเลิกบุหรี่เชิงรุก ไม่เหมือนกับการให้บริการเลิกบุหรี่ทั่วไป ที่จะเป็นมาตรการเชิงรับรอให้ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่เข้ามารับบริการ ซึ่งกลุ่มประชากรเหล่านั้นมีความพร้อมหรือเห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่อยู่แล้ว จึงทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าในงานวิจัยนี้

อัตราการกลับมาสูบซ้ำ (Relapse rate) ของกลุ่มตัวอย่างที่ 3 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองร้อยละ 48.1 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 71.4 ซึ่งสอดคล้องกับคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Pimsak, Chaikoolvatana และ Pheunpha (2015) มีการศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่: กรณีศึกษา คลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยได้การติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลาในการติดตาม 6 เดือน ซึ่งพบว่า มีอัตราการกลับมาสูบซ้ำในคลินิกบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ อยู่ที่ ร้อยละ 35.86, 47.18 และ 54.78 ในเดือนที่ 1, เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไม่ประสบผลสำเร็จนั้น เนื่องจากทนอาการถอนบุหรี่ไม่ไหว เช่นหงุดหงิดรุนแรง ขาดสมาธิ อารมณ์ฉุนเฉียว บางรายอาจนอนไม่หลับ ซึ่งอาการทั้งหมดนี้ส่งผลการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมาก และอาจทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่หันกลับมาสูบอีกครั้ง (อรสา พันธ์ภักดี, 2551) และการที่กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมาสูบซ้ำต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ซึ่งจะคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและวิธีการจัดการกับอาการถอนบุหรี่ที่เกิดขึ้น

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในทหารกองประจำการ ก่อนเข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร กลุ่มทดลอง 12.42 $\pm$ 7.67 มวน กลุ่มเปรียบเทียบ 11.00 $\pm$ 7.84 มวน หลังจากให้โปรแกรมเลิกบุหรี่และวัดผลที่ระยะเวลา 3 เดือน เหลือจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน 3.75 $\pm$ 3.80 มวน ในกลุ่มทดลอง และ 6.83 $\pm$ 4.69 มวน ในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง 8.67 $\pm$ 7.33 มวน และ 4.17 $\pm$ 6.83 มวน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaikoolvatana (2015) ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ที่ 12.37 มวน และหลังจากได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ไปแล้วที่ระยะเวลา 3 เดือนจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงเหลือ 5.58 มวน และคล้องกับผลการวิจัยของ สุภกิจ ดำรงพิวัฒน์ (2552) ที่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบจะลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการให้โปรแกรม และในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีจำนวนมวนที่สูบ

ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และการศึกษาของ Kuwalairat, Somkate และ Lertsinudom (2016) การให้โปรแกรมเลิกบุหรี่ทำให้จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจาก 12.4 มวน ลดลงเหลือ 3.6 มวน ที่ระยะเวลา 1 เดือน และการที่กลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนบุหรี่ที่สูบลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ เนื่องจากในการวิจัยนี้ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ และคำแนะนำให้เลิกหรือลดการสูบบุหรี่ ในช่วงการวิจัยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้รับการวางแผน และติดตามให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ ที่มีอยู่ในโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร

การสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการกองบิน 5 เพื่อเป็นการทราบถึงปัจจัยที่สามารถจะพัฒนาโปรแกรมเลิกบุหรี่ หรือวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะข้อมูลของกลุ่มประชากรที่จะให้คำปรึกษา โดยทหารกองประจำการนั้นจะอยู่ในช่วงวัยรุ่น อิทธิพลจากเพื่อนจะมีบทบาทต่อการทำกิจกรรมต่างๆ มาก และการเป็นทหารจะต้องมีข้อบังคับ กฎระเบียบต่างๆ รวมถึงการฝึกทางการทหาร ทำให้มีภาวะเครียด กดดัน ซึ่งผลการสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่นั้น พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่คือ เพื่อพักผ่อน คลายเครียด, อยากทดลองสูบ และเพื่อนชวนให้สูบ ซึ่งเข้ากับลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากรที่ศึกษา และสอดคล้องกับ สายสมร และสมพิศ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยสาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ พบว่า อยากรู้อยากลอง เห็นเพื่อนๆ ในกลุ่มสูบก็อยากทำแบบเพื่อนเพื่อให้เกิดการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยมาศ สวนกูล และคณะ (2552) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี สาเหตุที่พบว่า ทำให้สูบบุหรี่มากที่สุดคือ อยากทดลองสูบความเครียด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่นั้นพบว่า ส่วนใหญ่ คือ เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่, กลัวอันตรายจากสารพิษของบุหรี่ และรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ เชื้อสีดา (2550) ได้ศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจ่าทหารเรือและการตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือในโรงเรียนจ่าทหารเรือ ซึ่งเป็นกลุ่มประชาการที่คล้ายคลึงกัน พบว่า เหตุผลในการลดหรือเลิกบุหรี่ คือ การได้รับขอมูลข่าวสารที่อันตรายต่อสุขภาพของบุหรี่ และการศึกษาของนนทรี สัจจาธรรม (2555) ได้ศึกษาทัศนคติ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา วิทยาลัยราชพฤกษ์ นักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่จะเลิกสูบบุหรี่โดยมีแรงจูงใจ ซึ่งจะกระตุ้นหรือผลักดันให้เลิกสูบบุหรี่ได้ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญ คือ ความต้องการของนักศึกษาเองเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากสารพิษที่เกิดจากการ

สูบบุหรี่ และการเจ็บป่วยจากโรคทางเดินหายใจ มะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง โดยส่วนใหญ่แล้วจะเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการเลิกบุหรี่ได้จะมีผลดีต่อสุขภาพ และในการศึกษาของกุนนที นวลสุวรรณ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของทหารราบ โดยได้สำรวจทหารชายทุกชั้นยศ เหล่าทหารราบ ในกรุงเทพมหานคร ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จอย่างน้อย 6 เดือนนับถึงวันสำรวจ มีจำนวน 115 คน พบว่า เหตุผลที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุด เนื่องจากผลกระทบต่อการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 43.5

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงหรือพัฒนางานวิจัยให้มีความเหมาะสมหรือเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น ดังนี้

1. งานวิจัยนี้เป็นช่วงระยะเวลาติดตามผลการเลิกบุหรี่ แค่ช่วง 3 เดือน เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของกิจกรรม ที่ทหารกองประจำการต้องออกไปปฏิบัติภารกิจในหน่วยต่างๆ ถ้าเป็นไปได้ควรที่จะติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือน หรือ 1 ปี และติดตามผลการเลิกบุหรี่หลังจากปลดประจำการ

2. วิธีการเลิกบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาแนะนำอย่างเดียวยังไม่ใช่วิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ถ้าสามารถให้คำปรึกษาร่วมกับยาเลิกบุหรี่จะส่งผลต่อความสำเร็จมากขึ้น

3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร ที่มีความจำเพาะ ซึ่งในทหารกองประจำการ จะต้องมีระเบียบข้อปฏิบัติ หรือการฝึกต่างๆ อาจจะมารบกวนกิจกรรมการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่ ซึ่งบางครั้งต้องใช้ช่วงเวลาพักของทหารให้มาเข้าร่วมกิจกรรม

4. จากผลของการศึกษานี้จะเห็นว่าการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่ สามารถทำให้ทหารกองประจำการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าไม่ได้ให้โปรแกรม และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงได้ จึงแนะนำให้มีการขยายผลให้ไปใช้กับ ทหารกองประจำการ ในกองบินต่างๆ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลพร สวนสมจิตร. (2538). *โครงการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลกองทัพบก.* กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2549). *พยาบาลกับบุหรี่.* กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

กุนนที นวลสุวรรณ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของทหารราบ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 10*(1), 81-90.

คทา บัณฑิตานุกูล, วิไล บัณฑิตานุกูล, และระพีพรรณ ฉลองสุข. (2557). ผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *ไทยไภษัชยนิพนธ์, 9*(2), 1-17.

จิตติมา ทุ่งพรวญ. (2547). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2553). *คู่มือเลิกบุหรี่ การคิดเลิกบุหรี่: แนวทางการตัดสินใจ.* กรุงเทพฯ: พรี-วัน.

จุฑานันท์ หุ่นดี, นงพิมล นิมิตอานันท์, สุพัฒนา คำสอน, และกีรดา ไกรนุวัติ. (2553). ประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน สังกัดกรมการทหารช่าง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 11*(1), 58-66.

ชนากานต์ บุญนุช, ยุวดีเกต สัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพันธุรัก, จุฬาภรณ์ พูลเอี่ยม, ปรีชญา พลเทพ, และสมาชิก CoP วิจัย. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ. ใน *เอกสารชุมชนนักปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.* กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.

นนทรี สัจจาธรรม. (2555). *ทัศนคติ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.

บุปผา ศิริรัศมี, อารี จำปากลาย, จรัมพร โห้ลำยอง, ทวิมา ศิริรัศมี, ธีรนุช ก้อนแก้ว, และปริยา เกนโรจน์. (2556). *รายงานสำรวจระดับประเทศ เรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ รอบที่ 5 ปี 2554.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประกิต วาทีสาธกกิจ, และกรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2547). บุหรี่. ใน *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่มที่ 28.* กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

ปรุฬห์ รุจนธำรงค์. (2560). ประเด็นที่น่าสนใจในพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. *วารสารวงการยา, 17*(226), 13-16.

ปิยมาศ สวนกูล, นิรัตน์ อิมามี, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. (2552). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายวิภาวดีรังสิต จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขศึกษา, 32*(3), 33-47.

พระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. (2560). *ราชกิจจานุเบกษา.* 134(39ก). หน้า 27-47.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2557). *แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยใน 15 ปีข้างหน้าลดลงช้ากว่าเป้าหมาย.* สืบค้น 21 สิงหาคม 2557, จาก http://www.ashthailand.or.th/th/news_page.php?id=486

รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล, และกาญจนา สุริยะพรหม. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากร และนักศึกษา วิชาชีพด้านสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.

ลลิดา เขตต์กุฎี. (2547). *ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของทหารกองประจำการ กองพลทหารปืนใหญ่ ต่อสู้อากาศยานที่ 1* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มนทกานติกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรัณย์ กอสนาน, และอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่.* กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิไลพร สว่าง, และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. (2554). การปรึกษากลุ่มแบบจัดการตนเองเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจ่าทหารเรือ. *วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยบูรพา, 7*(2), 85-99.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง, และกุมภการ สมมิตร. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555.* กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ. (2546). บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ใน บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, และเนติ สุขสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), *ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก* (หน้า 157-74). กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).

สายสมร เฉลยกิตติ, และสมพิศ พรหมเดช. (2556). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก, 14*(3), 77-86.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ความรู้พื้นฐานและประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ.* สืบค้น 13 มกราคม 2560, จาก http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/datacenter/data16.pdf

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554). *โรคที่เกิดจากบุหรี่.* สืบค้น 30 สิงหาคม 2557, จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). *นิโคตินในบุหรี่มีอันตรายจริงหรือ.* สืบค้น 13 มกราคม 2560, จาก http://www.thaihealth.or.th/Content/1257-นิโคตินในบุหรี่มีอันตรายจริงหรือ.html

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557.* สืบค้น 17 พฤษภาคม 2560, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeFullReport57-1.pdf

สิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์. (2552). *ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคติน ของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2555). *โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส (SMART Quit Clinic Program).* กรุงเทพฯ: เฮลธ์ เวิร์ค.

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และสุรจิต สุนทรธรรม. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.

สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. (2549). *ยาแลสิ่งเสพติดให้โทษ* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพาณิช.

สุภกิจ ดำรงค์พิวัฒน์. (2552). *การพัฒนาและประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรสำหรับเยาวชนที่กระทำความผิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน. (2556). *พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497*. สืบค้น 19 ธันวาคม 2556, จาก http://www.tdd.mi.th/pdf/พ.ร.บ.รับราชการทหาร%202497.pdf

อภิชาติ เชื้อสีดา. (2550). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจ่าทหารเรือ และการตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือในโรงเรียนจ่าทหารเรือ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรสา พันธ์ภักดี. (2551). *การส่งเสริมแรงจูงใจและการประเมินระดับการเสพติดบุหรี่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008, 57*(45), 1226-1228.

Chaijandee, P., & Lertsinudom, S. (2016). Clinical Outcome of Pharmaceutical Care for Smoking Cessation in Chatturat Hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences, 12*(3), 24-34.

Chaikoolvatana, A. (2015). The Evaluation of Initiating Tobacco Cessation Services in the Military-Based Hospital, Northeastern Thailand. *Siriraj Medical Journal, 67*(4), 160-167.

Dent, L. A., Harris, K. J., & Noonan, C. W. (2007). Tobacco interventions delivered by pharmacists: A summary and systematic review. *Pharmacotherapy, 27*(7), 1040-1051.

Eriksen, M., Judith, M., & Hana, R. (2012). Dying from smoking is rarely quick and never painless. *The Tobacco Atlas, 2012*, 16-17.

Howard-Pitney, B., Killen, J.D., & Fortmann, S.P. (1999). Quitting chew: results from a randomized trial using nicotine patches. *Exp Clin Psychopharmacol, 7*(4), 362-371.

Huang, F. F., Jiao, N. N., Zhang, L. Y., Lei, Y., & Zhang, J. P. (2015). Effects of a family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. *Patient education and counseling, 98*(8), 984-990.

Hudmon, K. S. (2004). Training future pharmacists at a minority educational institution: Evaluation of the Rx for change tobacco cessation training program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 13*(3), 477-481.

Hudmon, K. S., Prokhorov, A. V., & Corelli, R. L. (2006). Tobacco cessation counseling: Pharmacists' opinions and practices. *Patient Educ Couns, 61*(1), 152-160.

Joseph, A. M., Fu, S. S., Lindgren, B., Rothman, A. J., Kodl, M., Lando, H., & Hatsukami, D. (2011). Chronic disease management for tobacco dependence: A randomized, controlled trial. *Archives of internal medicine, 171*(21), 1894-1900.

Kennedy, D. T., Giles, J. T., Chang, Z. G., Small, R. E., & Edwards, J. H. (2002). Results of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *J Am Pharm Assoc (Wash), 42*(1), 51-56.

Khan, N., Anderson, J. R., Du, J., Tinker, D., Bachyrycz, A. M., & Namdar, R. (2012). Smoking cessation and its predictors: results from a community-based pharmacy tobacco cessation program in New Mexico. *Ann Pharmacother, 46*(9), 1198-1204.

Kuwalairat, P., Sornkate, R., & Lertsinudom, S. (2016). Smoking cessation outcome in NCD clinic of Thailand community hospital: Pharmacist-led. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences, 11*(4), 83-103.

Maguire, T. A., McElnay, J. C., & Drummond, A. (2001). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction, 96*(2), 325-331.

Pantaewan, P. (2011). *An application of ecological model for improving smoking behavior among the conscripts in the royal thai army*. Bangkok: Mahidol University.

Phanucharas, D., & Chalongsuk, R. (2012). Survey on Trained Pharmacists' Practice in Smoking Cessation Counseling - สำรวจการปฏิบัติงานให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 7*(3), 115-120.

Pimsak, T., Chaikoolvatana, A., & Pheunpha, P. (2015). Quit Smoking Behavior of Current Smokers: A Case Study at Pharsai Clinic, Ubon Ratchathani University. *Srinagarind Medical Journal, 30*(3), 282-291.

Prommobol, J. (2003). *The effectiveness of an application of a health belief model and life skill education to quit smoking cigarettes among the conscripts in Adisorn Fort.* Bangkok: Mahidol University.

Rojanasthien, N., Chaichana, N., Teekachunhatean, S., Kumsorn, B., Sangdee, C., & Chankrachang, S. (2007). Effect of doses on the bioavailability of phenytoin from a prompt-release and an extended-release preparation: single dose study. *J Med Assoc Thai, 90*(9), 1883-1893.

Siegel, R. L., Jacobs, E. J., Newton, C. C., Feskanich, D., Freedman, N. D., Prentice, R. L., & Jemal, A. (2015). Deaths due to cigarette smoking for 12 smoking-related cancers in the United States. *JAMA internal medicine, 175*(9), 1574-1576.

Sinclair, H. K., Bond, C. M., Lennox, A. S., Silcock, J., Winfield, A. J., & Donnan, P. T. (1998). Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: A randomised controlled trial in Scotland. *Tob Control, 7*(3), 253-261.

Smith, M. D., McGhan, W. F., & Lauger, G. (1995). Pharmacist counseling and outcomes of smoking cessation. *Am Pharm, 35*(8), 20-29, 32.

Sonderskov, J., Olsen, J., Sabroe, S., Meillier, L., & Overvad, K. (1997). Nicotine patches in smoking cessation: A randomized trial among over-the-counter customers in Denmark. *Am J Epidemiol, 145*(4), 309-318.

Vial, R. J., Jones, T. E., Ruffin, R. E., & Gilbert, A. L. (2002). Smoking Cessation Program Using Nicotine Patches Linking Hospital to the Community. *Journal of Pharmacy Practice and Research, 32*, 2003-2157.

World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic 2008.* Retrieved August 21, 2014, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf

Zillich, A. J., Ryan, M., Adams, A., Yeager, B., & Farris, K. (2002). Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy. *The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy,* 22(6), 759-765.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก หนังสืออนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รับที่ 1205/58 วันที่ 1/4/58
เวลา 10 น. จัดเสิร์มเหล็ก วิชย

ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิสิตระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๐๙๒/๒๕๕๘

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ เรืออากาศโทหนที หลีกชั่ว รหัสประจำตัว ๕๖๐๖๓๐๔๗ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน ๕"
ภาษาอังกฤษ "EFFECTIVENESS OF PHARMACIST-BASED SMOKING CESSATION PROGRAM IN THE CONSCRIPTS AT WING 5 AIR BASE"
โดยมี ดร.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๘

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองบริหารการวิจัย งานบริหารมาตรฐานและเครือข่ายโทร.8637

ที่ ศธ 0527.01.33(1)/NU-IRB 1037 วันที่ 7 เมษายน 2560

เรื่อง แจ้งผลพิจารณารายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุโครงการวิจัย

เรียน เรืออากาศโทหนึ่ หลีกขั่ว สังกัด : คณะเภสัชศาสตร์

ตามที่ ท่านได้ส่งรายงานความก้าวหน้าและขอต่ออายุใบรับรองของโครงการวิจัย เรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองทัพ 5" (หมายเลขสำคัญโครงการ : 481/57) มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับการพิจารณา นั้น

ในการนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 03/60 เมื่อวันพุธที่ 05 เมษายน พ.ศ. 2560 ได้พิจารณารายงานความก้าวหน้าของการวิจัยแล้ว และได้มีมติ รับรองต่อเนื่อง ตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 12 มีนาคม 2561

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการส่งรายงานปิดโครงการเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิพนธ์หญิงสุธาทิพย์ พงษ์เจริญ)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 060/2015
IRB No. 481/57

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8637

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 5
Study Title : Effectiveness of pharmacist-based smoking cessation program in the conscripts at wing 5 air base

ผู้วิจัยหลัก : เรืออากาศโทนที หลีกชั่ว
สังกัดหน่วยงาน : คณะเภสัชศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย (AF01-14) เวอร์ชั่น 2.0 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2560

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงสุธาทิพย์ พงษ์เจริญ)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 12 มีนาคม 2558
วันหมดอายุ : 12 มีนาคม 2559
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 17 มีนาคม 2559
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 12 มีนาคม 2560
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 2 : 12 มีนาคม 2560
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 2 : 12 มีนาคม 2561

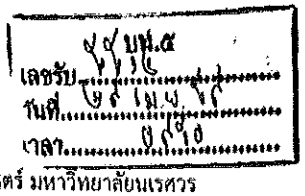
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรก (ถ้าเกี่ยวข้อง) มาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 060/2015)

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย (หากร้องขอล่วงหน้า) เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล



ที่ ศธ ๐๕๖๗.๐๘/๓๒๙๕

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย

เรียน ผู้บังคับการกองบิน ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ
๒. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย เรืออากาศโทนที หลีกชั่ว นิสิตรหัส ๕๖๐๖๓๐๔๗ หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในทหารกองประจำการ กองบิน ๕" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี อาจารย์ ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ เรืออากาศโทนที หลีกชั่ว เบอร์มือถือ ๐๘-๗๖๑๒-๐๒๖๔ เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่านเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สำนักงานเลขานุการ
โทร. ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๐๒
โทรสาร. ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๓๓

- รอง ผบ.บน.๕ ทราบ
- สนง.ฉบ. ให้การสนับสนุนต่อไป

น.อ.
ผบ.บน.๕
๑๗ มิ.ย.๕๙

ทราบแล้ว
น.อ.
รอง ผบ.บน.๕
๒๓ มิ.ย. ๕๙

ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ยืมเครื่องวัดปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์

ที่ ศธ ๐๕๒๐๗.๐๘/๑๒๘๓

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ยืมเครื่องวัดปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO)

เรียน ประธานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ
๒. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย เรืออากาศโทหนที หลีกชั่ว นิสิตรหัส ๕๖๐๖๓๐๔๗ หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน ๕" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี อาจารย์ ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใคร่ขอความอนุเคราะห์ยืมเครื่องวัดปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) จำนวน ๒ เครื่อง จากหน่วยงานของท่านเพื่อนำไปใช้ในการวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ในระบบทางเดินหายใจของการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้ได้มอบหมายให้ เรืออากาศโทหนที หลีกชั่ว เบอร์มือถือ ๐๘-๗๖๑๒-๐๖๒๔ เป็นผู้ประสานงานการยืม-คืน ทั้งนี้หากเกิดความเสียหายต่อเครื่องมือผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รายละเอียดโครงการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สำนักงานเลขานุการ
โทร. ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๐๒
โทรสาร. ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๓๓

ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โทร.๐ ๕๕๙๖ ๓๗๐๒

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๘/ **วันที่** มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน อ.ดร.ภญ.ดร.ดารณี เชี่ยวชาญธนกิจ

ด้วย เรืออากาศโท เภสัชกรนที หลีกชั่ว นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน ๕" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี อาจารย์ ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้พิจารณาประเมินความตรงเชิงเนื้อหาการศึกษาวิจัย ตามเอกสารแนบมาพร้อมนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๘/๙๔๓

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๐๐๐

๑๔ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ
๒. โครงร่างงานวิจัย จำนวน.....ฉบับ

ด้วย เรืออากาศโท เภสัชกรนที หลีกชั่ว นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในหน่วยกองประจำการ กองบิน ๕" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี อาจารย์ ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ เภสัชกรคหทา บัณฑิตานุกูล บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้พิจารณาประเมินความตรงเชิงเนื้อหาการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สำนักงานเลขานุการ
โทร. ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๐๒
โทรสาร ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๓๑
สำเนาเรียน เภสัชกรคหทา บัณฑิตานุกูล

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๘/ ๘๔๒

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๐๐๐

๒๔ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน บุคลิกวิเคราะห์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....๑.....ฉบับ
๒. โครงร่างงานวิจัย จำนวน.....๑.....ฉบับ

ด้วย เรืออากาศโท เภสัชกรนที หลีกชั่ว นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน ๕" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน โดยมี อาจารย์ ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิสักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองจิต วาทีสาธกกิจ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้พิจารณาประเมินความตรงเชิงเนื้อหาการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.จันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สำนักงานเลขานุการ
โทร. ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๐๒
โทรสาร ๐ ๕๕๙๖ ๓๗๓๓
สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ

ภาคผนวก ฉ ใบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ

ใบรับรองการตรวจเครื่องมือวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ
โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตามที่ เรืออากาศโทนที หนึกชั่ว

นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน ได้ดำเนินการวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ในทหารกองประจำการ กองบิน 6 (EFFECTIVENESS OF PHARMACIST-BASED SMOKING CESSATION PROGRAM IN THE CONSCRIPTS AT WING 6 AIR BASE) เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าว โดยมีการส่งแบบประเมินเครื่องมือวิจัยไปยัง ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังรายนามต่อไปนี้

1. ดร.ภญ.ดารณี เชี่ยวชาญชนวิจ
2. ผศ.กรองจิต วาทีสาธกกิจ
3. ภก.ดหา บัณฑิตานุกูล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่านิสิตได้ดำเนินการปรับแก้เครื่องมือเพื่อให้ได้คุณภาพ โดยแนบแบบประเมินเครื่องมือที่พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือต้นฉบับ และเครื่องมือฉบับแก้ไข มาพร้อมกันนี้

ลงชื่อ .....

(ดร.ภญ.ชวนชม ธนานิธิศักดิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ภาคผนวก ช เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่

วันที่บันทึก..... รหัส.....

I). ข้อมูลทั่วไป

1. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. โรคประจำตัว.....

2. การศึกษา O ต่ำกว่าประถมศึกษา O ประถมศึกษา O ม.ต้น
O ม.ปลาย/ปวช. O อนุปริญญา/ปวส. O ปริญญาตรีขึ้นไป

3. ดื่มแอลกอฮอล์ O ไม่ดื่ม O ดื่ม ปริมาณที่ดื่มต่อวัน.....ขวด/แก้ว/แบน
ความถี่ในการดื่ม.....วัน/สัปดาห์

4. อาชีพก่อนเข้ามาเป็นทหารกองประจำการ.....

5. สถานภาพการสมรสของบิดามารดา O อยู่ด้วยกัน O แยกกันอยู่/หย่าร้าง
O บิดา/มารดา เสียชีวิต

6. ท่านเข้ามาเป็นทหารกองประจำการโดยวิธี O สมัคร O จับฉลาก

II). ประวัติการสูบบุหรี่

7. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน.....มวน

8. อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่.....ปี

9. ชนิดบุหรี่ที่สูบ O บุหรี่มวนเอง O บุหรี่ซอง O บุหรี่มวนเองและบุหรี่ซอง

10. ยี่ห้อบุหรี่ที่นิยมสูบ.....

11. ท่านสูบบุหรี่มวนแรกของวันหลังตื่นนอนนานกี่.....นาที.....ชั่วโมง

12. เคยมีผู้มาแนะนำบอกให้ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ O ไม่เคย O เคย ใครเป็นผู้บอกท่าน.....

13. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ O เคย (ให้ตอบคำถามต่อ ข้อ 14., 15. และ 16.)
O ไม่เคย

14. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน จำนวน.....ครั้ง
ระยะเวลาที่เลิกได้นานที่สุด.....วัน

15. วิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ O เลิกสูบด้วยตนเองทันที O ค่อยๆ ลดปริมาณ
O ใช้ยาบูโพรพิออน O ใช้แผ่นแปะนิโคติน
O ใช้หมากฝรั่งนิโคติน O ใช้ยาน้ำอมอดบุหรี่
O วิธีอื่นๆ.....

16. สาเหตุที่ทำให้ต้องกลับมาสูบบุหรี่อีก.....

^^^ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม^^^

แบบทดสอบวัดความรู้เรื่องบุหรี่

วันที่ทดสอบ..... รหัส.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่เลือก

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. สารสำคัญในบุหรี่ที่ทำให้เสพติดคือ "คาแฟอีน"			
2. สารในควันบุหรี่ ทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง			
3. ในควันบุหรี่มีสารที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้			
4. การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดแต่ไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ			
5. การสูบบุหรี่ช่วยลดการติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจเนื่องจากควันบุหรี่ ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค			
6. การสูบบุหรี่ทำให้หน้าใส แก่ช้าลง			
7. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง			
8. สตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยได้			
9. ผู้ที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ จะทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จทุกคน			
10. เมื่อเลิกสูบบุหรี่สำเร็จแล้ว หากนึกอยากสูบสามารถสูบได้ไม่เกิน 2 มวน			
11. ผู้ที่เลิกบุหรี่จะมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่			
12. เมื่อหยุดสูบบุหรี่อาจจะทำให้น้ำหนักตัวลดลง			
13. การให้กำลังใจตนเองว่าต้องเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เป็นวิธีสำคัญที่จะเลิกบุหรี่ได้			
14. การได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้างเช่น พ่อแม่ เพื่อน ไม่มีส่วนช่วยในการเลิกบุหรี่			
15. การปฏิเสธไม่รับบุหรี่จากผู้อื่น ถือเป็นการเสียมารยาท			
16. ไม่ควรออกกำลังกายหลังจากเลิกบุหรี่ เพราะจะทำให้อ่อนเพลียง่าย			
17. การดื่มน้ำมากๆ หลังจากเลิกบุหรี่แล้ว จะทำให้อยากสูบบุหรี่ลดลง			
18. การขายบุหรี่ในร้านสะดวกซื้อ ไม่สามารถวางตั้งโชว์ซองบุหรี่ได้			
19. รัฐบาลกำหนดให้หน้าซองบุหรี่ ต้องมีรูปภาพและคำเตือนถึงอันตรายของบุหรี่			
20. การฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในพื้นที่ห้ามสูบ เช่น รถโดยสารประจำทาง โรงพยาบาล จะมีโทษปรับไม่เกิน 2000 บาท			
รวม			

แบบบันทึกการประเมิน Fagerstrom test

วันที่บันทึก..... รหัส.....

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน

☐ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0) ☐ 11 – 20 มวน (1)

☐ 21 – 30 มวน (2) ☐ 31 มวนขึ้นไป (3)

2. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร

☐ ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3) ☐ 6 – 10 นาที หลังตื่นนอน (2)

☐ 31 – 60 นาที หลังตื่นนอน (1) ☐ มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน (0)

3. ท่านสูบบุหรี่จัดในชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าเวลาอื่นของวัน)

☐ ใช่ (1) ☐ ไม่ใช่ (0)

4. บุหรี่มวนไหนที่ท่านคิดว่าเลิกยากที่สุด

☐ มวนแรกในตอนเช้า (1) ☐ มวนอื่นๆ ระหว่างวัน (0)

5. ท่านรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจไหม ที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร

☐ รู้สึก (1) ☐ ไม่รู้สึก (0)

6. ท่านคิดว่าท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะป่วยนอนพักตลอดในโรงพยาบาล

☐ ใช่ (1) ☐ ไม่ใช่ (0)

รวมคะแนน.....

<u>หมายเหตุ</u>

7 - 10 ติดนิโคตินในระดับสูง

4 - 6 ติดนิโคตินในระดับปานกลาง

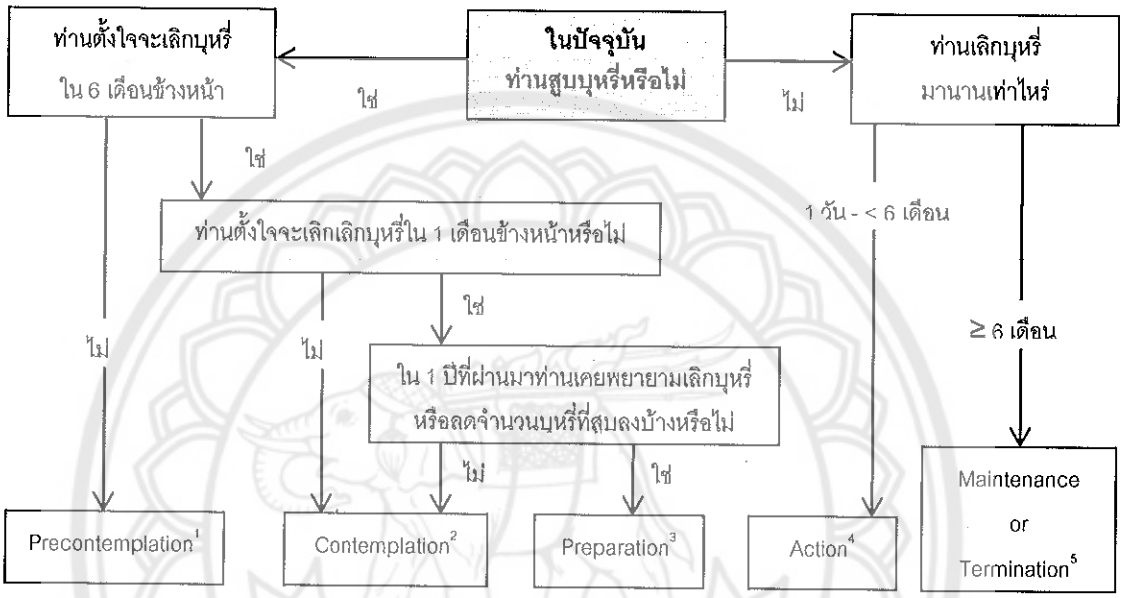
< 4 ติดนิโคตินในระดับต่ำ

ที่มา : ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย);2546. หน้า 153-74

แบบคำถามคัดกรองผู้สูบบุหรี่ ตามลำดับความต้องการการเลิกบุหรี่ (Stage of change)

วันที่บันทึก..... รหัส.....

Transtheoretical Model



ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ประกอบด้วย 5 ลำดับ

1. Precontemplation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
2. Contemplation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า โดยยังไม่มีการวางแผนที่แน่นอน ผู้ป่วยแสดงความลังเลในการเลิกบุหรี่และยังไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนี้
3. Preparation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และในอดีต 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีความพยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
4. Action Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 1 วัน ถึง 6 เดือน
5. Maintenance Stage หรือ Termination คือภาวะที่ผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน

<u>ผลการประเมิน</u>

อยู่ในระดับ.....

ที่มา : ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, ปรีชา มนทกานดิกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย);2546. หน้า 153-74

แบบบันทึกการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง

วันที่บันทึก..... ระดับ CO..... Quit date =.....

รหัส.....

ให้ใส่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันตามความเป็นจริง

สัปดาห์ที่	จำนวนบุหรี่ที่สูบ (จำนวนมวน/วัน)							การตรวจวัดระดับ CO จากลมหายใจ
	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1								
2								
3								
4								ระดับ CO.....
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								ระดับ CO.....

การประเมินผลการเลิกบุหรี่

การประเมินผลการเลิกบุหรี่ สัปดาห์ที่ 4

การเลิกบุหรี่ภายใน 7 วัน ☐ เลิกได้☐ เลิกไม่ได้

การเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ☐ เลิกได้☐ เลิกไม่ได้ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

การประเมินผลการเลิกบุหรี่ สัปดาห์ที่ 12

การเลิกบุหรี่ภายใน 7 วัน ☐ เลิกได้☐ เลิกไม่ได้

การเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ☐ เลิกได้☐ เลิกไม่ได้ ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

***** โปรดนำมาทุกครั้งเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ *****

หากมีข้อสงสัย ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม หรือต้องการคำแนะนำในการเลิกบุหรี่
สามารถติดต่อได้ที่ ร.ท.นที หลีกชั่ว โทร. 0876120224

แบบสอบถาม "ทำไมคุณถึงยังสูบบุหรี่อยู่"

วันที่บันทึก..... รหัส.....

ข้อความใดที่ตรงกับท่านบ้าง (ทำเครื่องหมาย / หน้าข้อที่เลือก)

- ☐ ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
- ☐ บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไหร่
- ☐ ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
- ☐ ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมา
- ☐ ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าไม่ได้สูบมันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
- ☐ การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
- ☐ ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่น การสัมผัสบุหรี่ และการได้จุดไฟแช็ค
- ☐ ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
- ☐ เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
- ☐ ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
- ☐ ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
- ☐ ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันจะรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันต้องสูบมันอีก
- ☐ การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลาย ในช่วงเวลาที่ฉันตึงเครียด
- ☐ ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
- ☐ เมื่อบุหรี่หมดมวน มันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่มเติม

<u>รวมคะแนน</u> ☐..... ◯..... △ .....

แบบสอบถามปัจจัยและอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่

วันที่บันทึก..... รหัส.....

สถานะการสูบบุหรี่ O สูบ O เลิกสูบบุหรี่มาแล้ว.....วัน

ทำเครื่องหมาย / หน้าข้อที่เลือกที่คิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. ปัจจัยใดมีอิทธิพลที่ทำให้ท่านสูบบุหรี่ (เลือกตอบได้หลายข้อ)

O อยากทดลองสูบ
O ทำให้เกิดความสนุกสนาน
O เพื่อความโก้เก๋
O เพื่อพักผ่อน คลายเครียด
O เพราะผิดหวังในความรัก
O เพราะผิดหวังจากการเรียน
O เพื่อเพิ่มสมาธิในการเรียน/การทำงาน
O เพื่อทำให้สมองปลอดโปร่ง
O เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง
O เพื่อแก้ความเขินอายหรือประหม่า
O เพราะบุหรี่หาซื้อได้ง่าย
O อื่นๆ(ระบุ).....

O เพื่อนชวนให้สูบ
O สูบตามบุคคลในครอบครัว
O สูบตามพี่น้อง
O สูบตามผู้ใหญ่/ผู้บังคับบัญชา
O เลียนแบบจากการโฆษณา
O เลียนแบบดารา/นักร้อง
O สูบตามละครโทรทัศน์/ภาพยนตร์
O สูบเพราะต้องการการยอมรับจากเพื่อน
O สูบเพราะต้องการยอมรับว่าเป็นผู้ใหญ่
O เพราะบุหรี่มีราคาถูก
O เพราะสุขภาพยังแข็งแรงดีอยู่
O อื่นๆ(ระบุ).....

2. ปัจจัยใดมีอิทธิพลที่ทำให้ท่านตัดสินใจ <u>เลิกสูบบุหรี่</u> (เลือกตอบได้หลายข้อ)

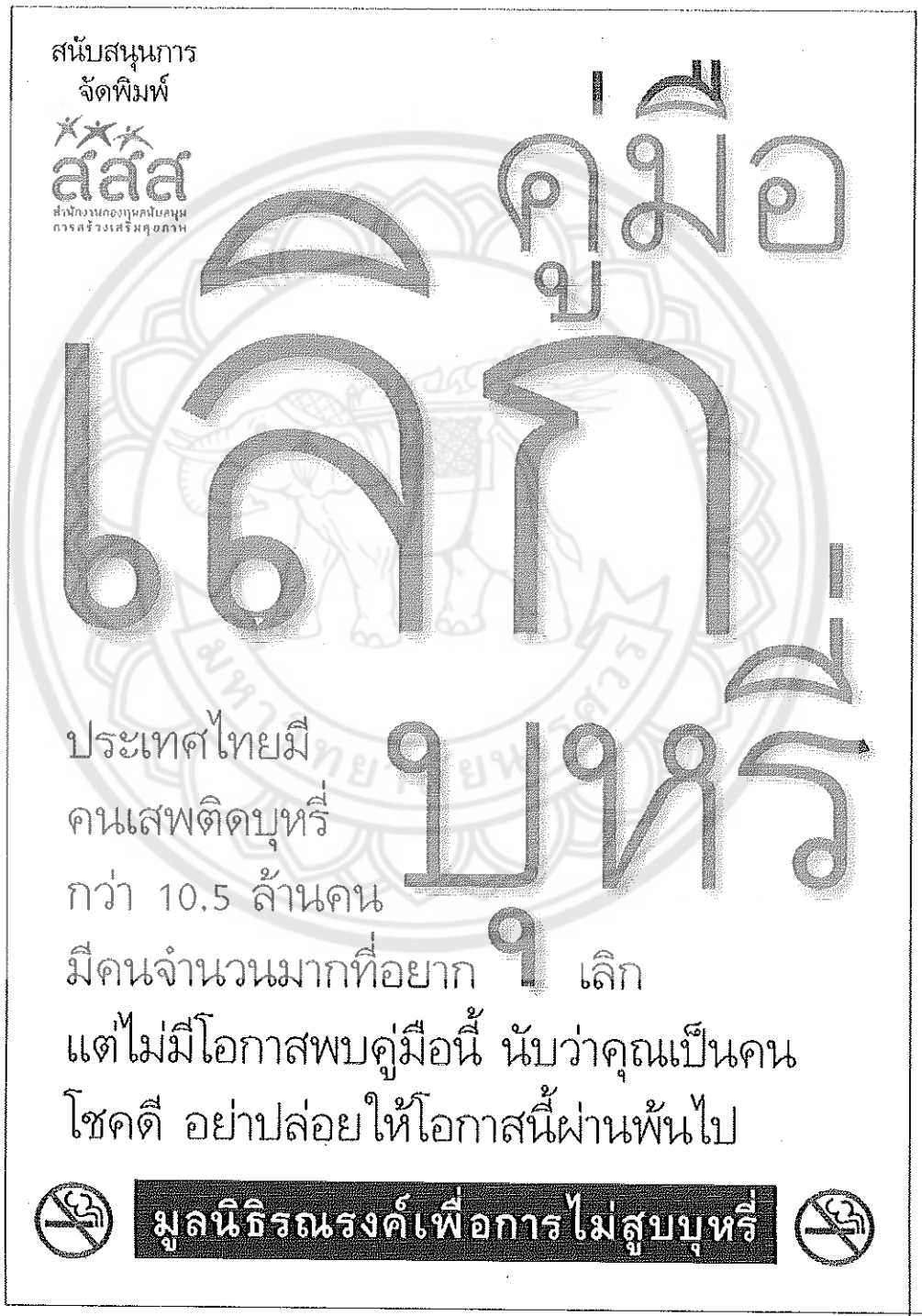
O กลัวอันตรายจากสารพิษของบุหรี่
O เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่
O พ่อ/แม่ช่วยส่งเสริมให้เลิก
O อยู่ในสังคมที่ไม่มีใครสูบบุหรี่
O ระเบียบข้อบังคับที่ห้ามสูบ
O ผู้บังคับบัญชากวดขันเรื่องการสูบบุหรี่
O หาซื้อบุหรี่ได้ยากขึ้น
O อื่นๆ.....

O รู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี
O เพื่อนส่งเสริมให้ช่วยกันเลิก
O แฟน/ภรรยา ส่งเสริมให้เลิก
O ราคาของบุหรี่ที่แพงขึ้น
O บทลงโทษที่รุนแรงเมื่อฝ่าฝืน
O มีโปรแกรมช่วยในการเลิกบุหรี่
O อื่นๆ.....
O อื่นๆ.....

^^^ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม^^^

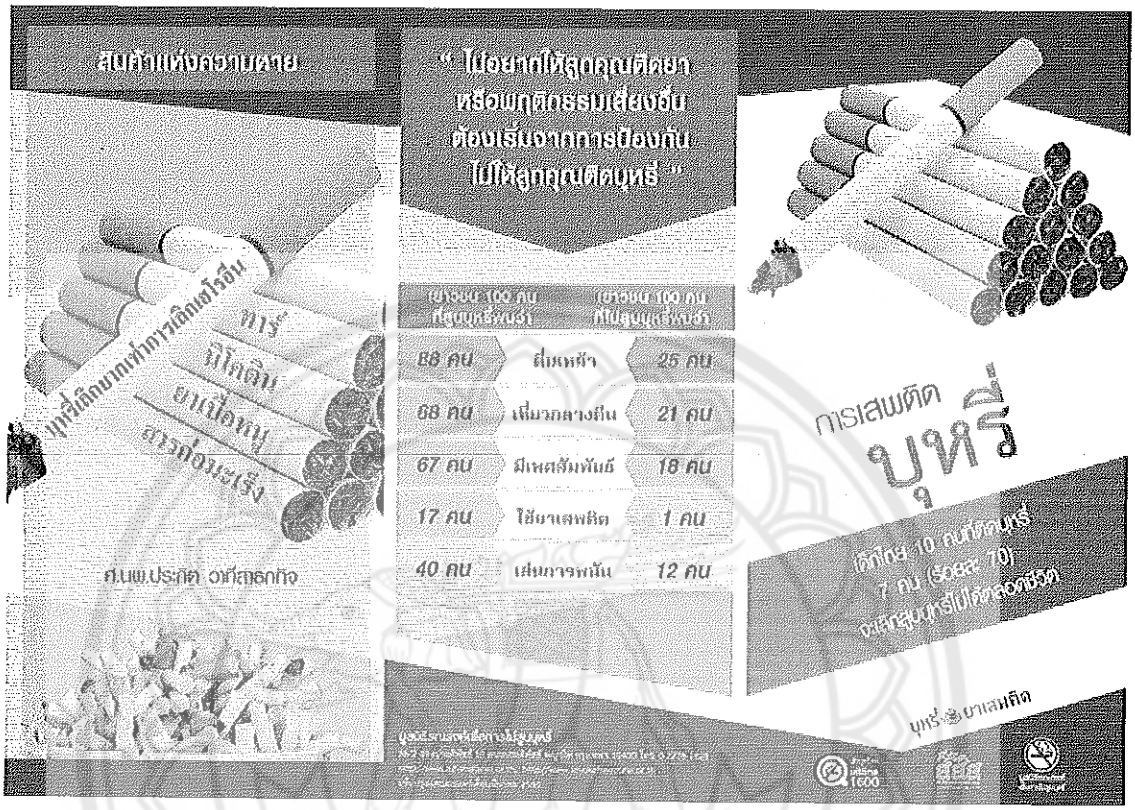
ภาคผนวก ซ สื่อและวีดีทัศน์ที่แสดงถึงโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่

1. คู่มือเลิกบุหรี่ "คุณทำได้" เล่มเล็ก



2. แผ่นพับ 10 เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่

3. แผ่นพับ ข้อมูลต้องรู้ การเสพติดบุหรี่



4. แผ่นพับ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคต่างๆ

สูบบุหรี่ = หลอดเลือดในสมองแตก

- สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือดหัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตครึ่งซีกหรือเสียชีวิตได้
- การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ (เส้นเลือดในสมองตีบ) ถึง 2 เท่า ซึ่งโรคนี้เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกหรือเสียชีวิตได้
- สมองเสื่อมสมรรถภาพ เป็นสมองส่วนสำคัญที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ผู้สูบบุหรี่ทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปสู่สมอง
- บุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ซึ่งจะทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดจากหัวใจไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง
- บุหรี่มีผลทำให้เลือดในร่างกายเกิดลิ่มเลือดได้ง่าย

- สารพิษต่าง ๆ ในควันบุหรี่ทำให้
  - ความดันโลหิตสูงขึ้น 5 - 10 มิลลิเมตรปรอท
  - เลือดมีความเข้มข้น มีความหนืดมากขึ้น
  - ชีพจรเต้นเร็วขึ้น
  - ออกซิเจนในเลือดลดลง
  - เกล็ดเลือดจะเกาะตัวกันง่ายขึ้น
  - เกิดการอักเสบของผนังเส้นเลือด ทำให้ตีบแข็งได้เร็วขึ้น
- บุหรี่จะลดการสร้างไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลง ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดตีบ ขณะเดียวกันบุหรี่ก็ทำให้ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เพิ่มขึ้น ผล LDL จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบเร็วขึ้นและรุนแรงขึ้น

คนไทยตายเพราะบุหรี่ ปีละ 50,710 คน
วันละ 138 คน
ชั่วโมงละ 5.7 คน

การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ

สูบบุหรี่ = โรคหัวใจ

- สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย
- โดยทำให้รูหลอดเลือดตีบลง จากการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จนเกิดการคั่งค้างของเส้นเลือด เป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง
- หากหลอดเลือดที่ตีบอุดตันโดยสิ้นเชิง ก็จะทำให้อวัยวะส่วนนั้นขาดเลือด ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดตีบที่เป็นกันมากที่สุด

โรคหัวใจ โดยเส้นใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่หัวใจวายตายในอายุ 30 – 40 ปี สูงกว่าผู้ไม่สูบเกือบเท่า

สูบบุหรี่ = อัมพาต

โรคหลอดเลือดในสมองตีบ การเสื่อมของหลอดเลือดในสมองมีผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ทำให้เส้นเลือดตีบ และอาจมีลิ่มเลือดอุดตันที่เกิดกับเส้นเลือดหัวใจ และอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยจะเป็นอัมพาตครึ่งซีกจากเส้นเลือดในสมองตีบหรือมีความจำเสื่อม

สูบบุหรี่ = ถุงลมปอดพอง

- ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และเยื่อปอดจะเสื่อมสมรรถภาพ เกิดมีการสะสมสารพิษของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ

ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมาก เนื่องจากถุงลมถูกทำลายไปจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงอากาศเข้าไปได้ ผู้ป่วยจะเหนื่อยง่าย ทำอะไรไม่ได้ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจต้องใช้ถังออกซิเจนจากภายนอก

ผู้ป่วยที่อาการจะสูงในระยะสุดท้ายจะมีอาการเหนื่อยหอบมากจนน่าสงเคราะห์ ผู้สูบบุหรี่จะเป็นโรคนี้เกือบทั้งหมด

สูบบุหรี่ = เสื่อมสมรรถภาพ

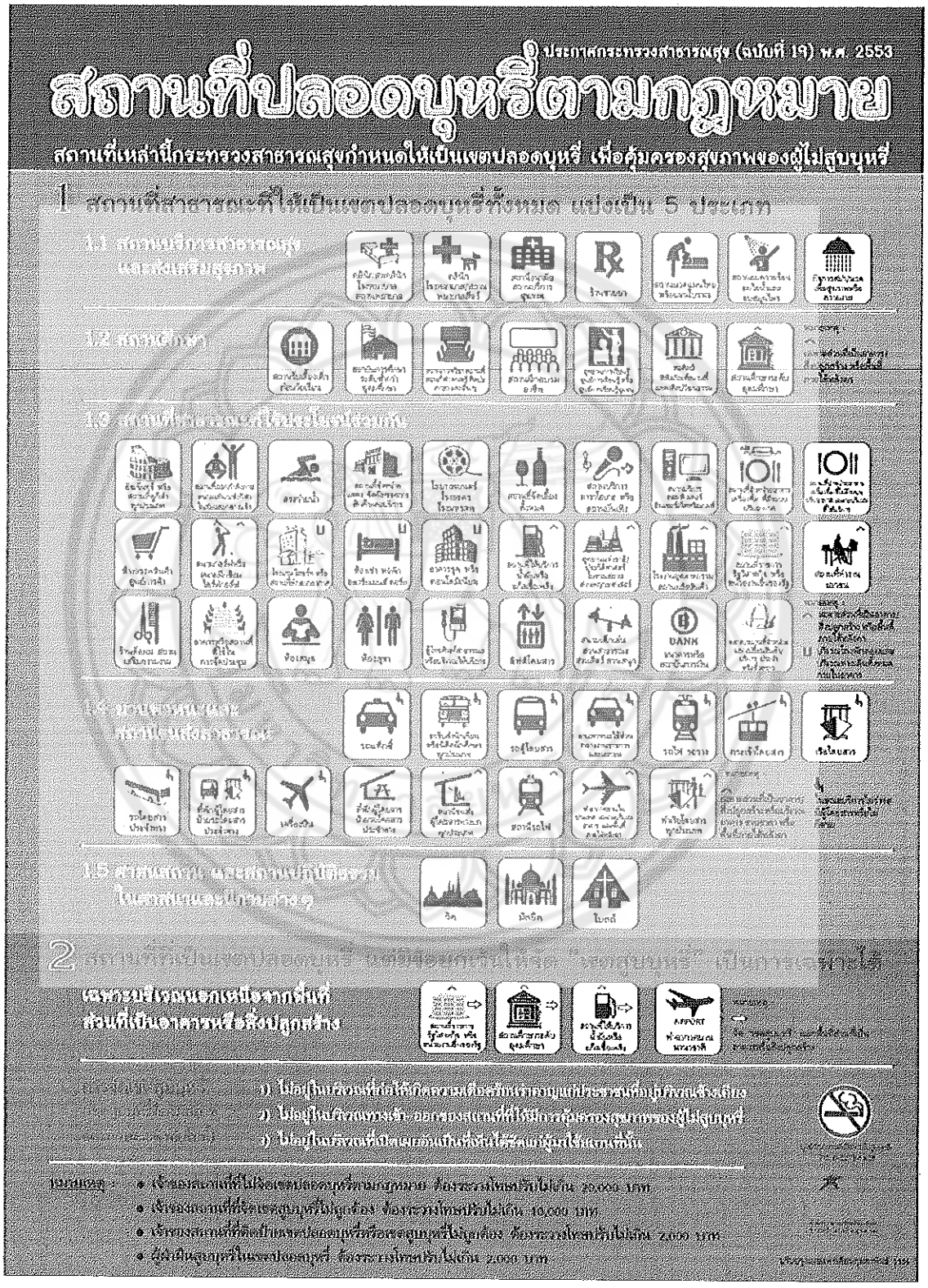
โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเกิดจากเส้นเลือดแดงและเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม เนื่องจากหลอดเลือดตีบเพราะสารพิษจากควันบุหรี่ ทำให้องคชาตแข็งตัวได้ไม่ดี ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ร่วมทั้งจำนวนอสุจิลดลง

สูบบุหรี่ = ทำร้ายปากและฟัน

- คนสูบบุหรี่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งในช่องปากมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 6 เท่า
- ฟันสีเหลือง ฟันเป็นคราบหินปูน และเป็นฝ้า หมดกลิ่นปากเหม็นติดตัว
- ทำลายเหงือกในช่องปาก จะทำให้เหงือกร่นง่าย เพราะควันบุหรี่ไปทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกและช่องปาก ผลสุดท้ายเสี่ยงที่จะเป็นโรคเหงือกอักเสบขั้นรุนแรง
- บุหรี่เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้ฟันผุและฟันหลุดได้ง่าย และระดับรุนแรงขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่ เพราะบุหรี่ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดลง

5. โปสเตอร์ สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

6. โปสเตอร์ สถานที่ต้องห้ามสูบ



7. โปสเตอร์ บุหรี่ทุกมวนทำร้ายอะไรคุณบ้าง

บุหรี่ทุกมวนทำร้ายทุกอวัยวะคุณ

1 ผม
- คลื่นบุหรี่ติดผม
- ผมเปลี่ยนสี

2 สมอง
- อัมพฤกษ์ / อัมพาต
- เสพติด / เสื่อมยา
- เซลล์สมองเสื่อม

3 ตา
- ต้อกระจก
- ตาบอด (จอตาเสื่อม)
- ระคายเคืองตา

4 หู
- หูดึง
- หูอักเสบ

5 จมูก
- มะเร็งโพรงจมูก
- ไซนัสอักเสบเรื้อรัง
- รับรู้กลิ่นได้น้อยลง

6 ฟัน
- โรคเหงือก
- ฟันร่วงเร็ว
- คราบหินปูนเกิดเร็ว
- ฟันสีเหลือง

7 ปากและลำคอ
- มะเร็งช่องปากและลำคอ
- กลิ่นปาก
- รับรู้รสน้อยลง
- เจ็บคอเรื้อรัง

8 ปอด
- มะเร็งหลอดลม-ปอด
- ถุงลมปอดโป่งพอง
- หลอดลมอักเสบเรื้อรัง
- ติดเชื้อหายเติบหายใจง่าย
- ทอนฟิต
- ไอเรื้อรัง
- มีเสมหะมาก

9 หัวใจ
- เส้นเลือดหัวใจตีบ
- หัวใจวายเฉียบพลัน

10 ตับ
- มะเร็งตับ

11 กรวยอกและช่องท้อง
- มะเร็งหลอดอาหาร
- มะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน
- แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้
- เส้นเลือดใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง
- อาจเพิ่มความเสี่ยงมะเร็งเต้านม

12 ระบบทางเดินปัสสาวะ
- มะเร็งของไตและหลอดไต
- มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

13 อวัยวะเพศชาย
- สเปิร์มผิดปกติ/จำนวนน้อยลง
- สเปิร์มเคลื่อนไหวน้อยลง
- สมรรถภาพทางเพศลดลง
- เสี่ยงชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมาก

14 อวัยวะสืบพันธุ์หญิง
- มะเร็งปากมดลูก รังไข่
- รังไข่หยุดทำงานก่อนเวลา
- ระดูหมดเร็ว
- มีบุตรยาก
- ปวดท้องเวลามีระดู

15 มือ
- เส้นเลือดส่วนปลายขาดเลือด

16 ผิวหนัง
- รอยเหี่ยวย่นเพิ่มขึ้น
- ขาดความยืดหยุ่น
- ตื่นกลบบในหน้าชัด
- โรคสะเก็ดเงิน
- กลิ่นบุหรี่

17 กระดูก
- กระดูกหรุน
- มีปัญหากระดูกหักง่าย
- มะเร็งในกระดูก
- กระดูกสะโพกหัก
- ไขสันหลังอักเสบ

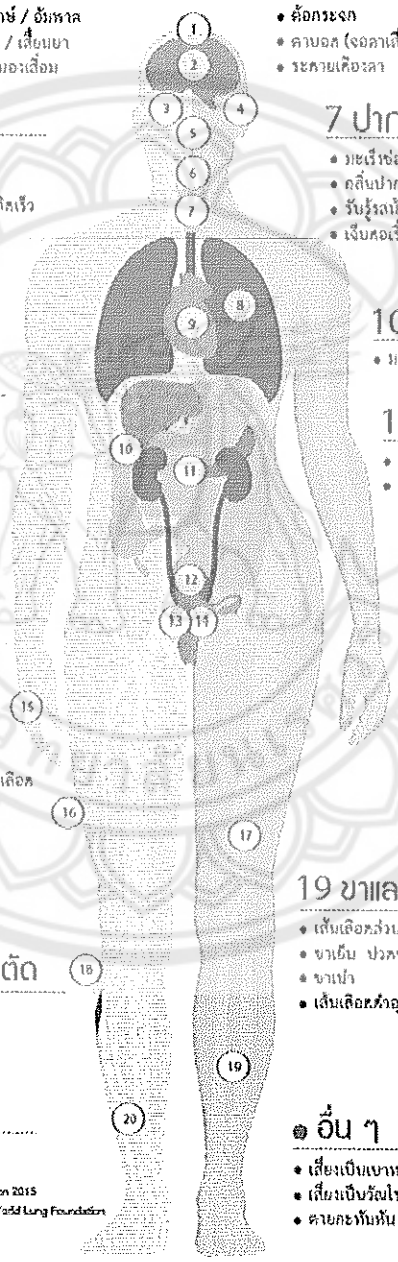
18 แผลและการผ่าตัด
- แผลหายช้า
- หายจากการผ่าตัดช้า
- แผลจากไฟไหม้ที่เกิดจากบุหรี่

19 ขาและเท้า
- เส้นเลือดส่วนปลายตีบ
- ขาเย็น ปวดขา
- ขาเป็น
- เส้นเลือดแข็งอุดตัน

ระบบภูมิคุ้มกัน
- ภูมิต้านทานต่อการติดเชื้อลดลง
- เพิ่มความเสี่ยงโรคภูมิแพ้
- เสี่ยงเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้น

20 ระบบไหลเวียนของเลือด
- มะเร็งเม็ดเลือดขาว
- หลอดเลือดอักเสบ
- เส้นเลือดแข็งตัว

อื่น ๆ
- เสี่ยงเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น
- เสี่ยงเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้น
- ตายกะทันหัน



The Tobacco Atlas : 5th Edition 2015
American Cancer Society / World Lung Foundation

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
36/2 ซอยประดิษฐ์ 10 ถนนงามวงศ์วาน แขวงบางเขน กรุงเทพฯ 10100 โทร.0-2278-1828 โทรสาร.0-2278-1830
http://www.ashthailand.or.th E-mail: info@ashthailand.or.th
ตุลาคม 2558

8. โปสเตอร์ สูบแล้วได้อะไร

9. โปสเตอร์ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

พิษของควันบุหรี่...ทำให้เกิดโรคและความทรุดโทรมกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย

โรคมะเร็ง

- ช่องปาก
- คอหอย
- กล่องเสียง
- หลอดลม
- ปอด
- หลอดอาหาร
- กระเพาะอาหาร
- ตับอ่อน
- ลำไส้ใหญ่
- ไต/กรวยไต
- กระเพาะปัสสาวะ
- ปากมดลูก (ผู้หญิง)
- เม็ดเลือดขาว

ฯลฯ

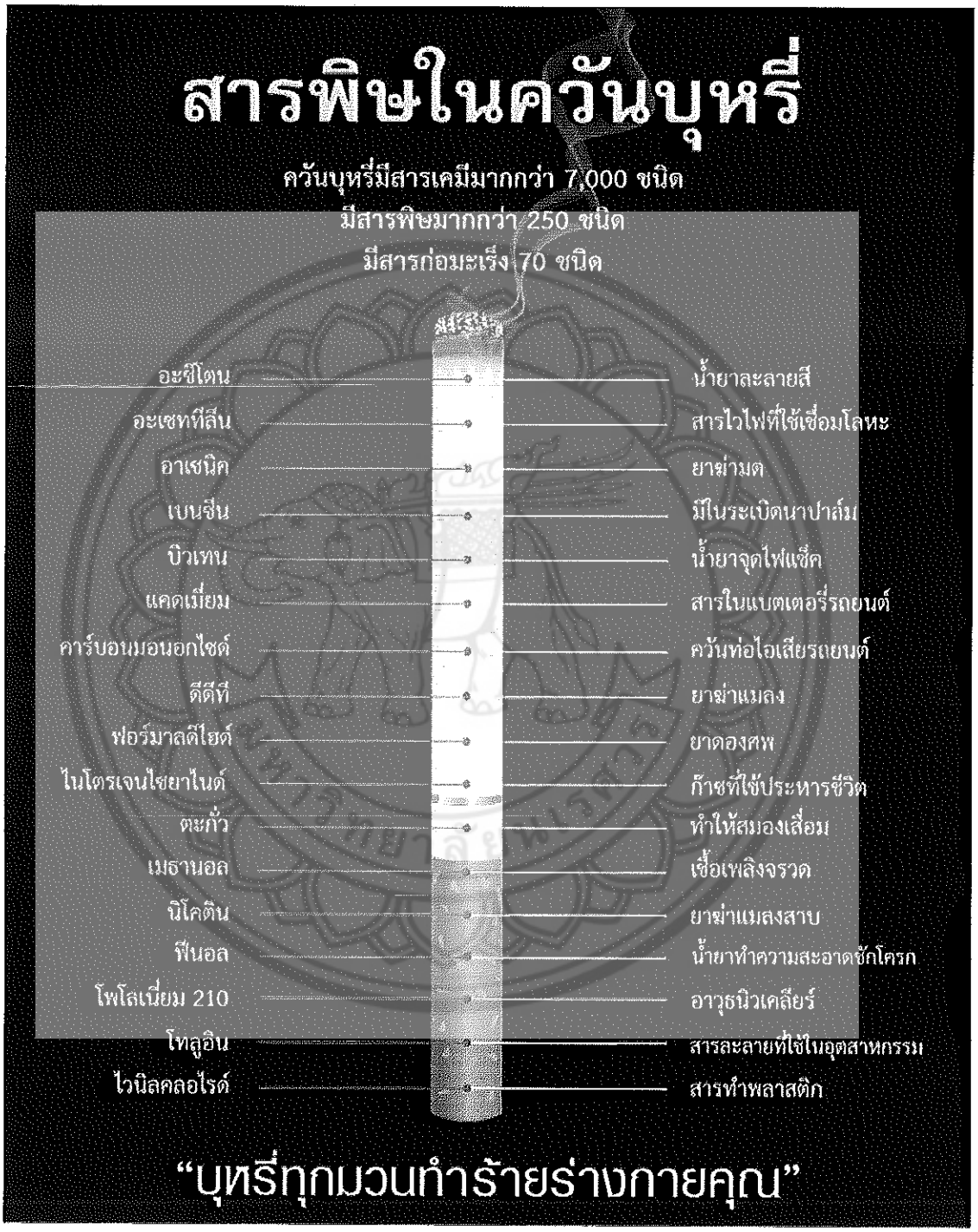
โรคเรื้อรัง

- อัมพฤกษ์/อัมพาต
- โรคหัวใจ
- ต้อกระจก/จอตาเสื่อม
- เหงือกอักเสบ
- เส้นเลือดใหญ่โป่ง
- เส้นเลือดส่วนปลายตีบ
- ปอดบวม
- ถุงลมปอดโป่งพอง
- หอบหืด
- ภาวะกระดูกพรุน
- ผลต่อระบบสืบพันธุ์ (รวมถึงเป็นหมัน)

ฯลฯ

ควันบุหรี่...เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด
ทำลายบุคลิกและสุขภาพ

10. โปสเตอร์ สารพิษในควันบุหรี่



ที่มาแปลจาก The Tobacco Atlas Fourth Edition 2012

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
36/2 ซอยประดิษฐ์ 10 ถนนสามเสน แขวงวัดสามเสน กรุงเทพฯ 10400 โทร.0-2278-1828 โทรสาร.0-2278-1830
http://www.ashthailand.or.th E-mail:info@ashthailand.or.th
พิมพ์ครั้งที่ พฤศจิกายน 2558

สูบบุหรี่ : สูญชีวิต สูญเงิน
บุหรี่ ผิดกฎหมาย
13 ล้านคน
คนไทยทั่วประเทศ
สูบบุหรี่ประมาณ 13 ล้านคน
70 ชนิด
ควันบุหรี่
ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด
7 นาที
สูบบุหรี่ 1 มวน อายุสั้นลง 7 นาที
10-12 ปี
อายุขัยเฉลี่ยของ
ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ
จะสั้นลง 10-12 ปี
10 ชนิด
บุหรี่
เป็นสาเหตุของมะเร็ง ในมนุษย์ 10 ชนิด
8-1 หมื่น แสน
ทั่วโลกมีวัยรุ่นใหม่
ติดบุหรี่วันละ 8 หมื่น ถึง 1 แสนคน
1 ใน 5 ของวัยรุ่นทั่วโลก ติดบุหรี่
ครึ่งหนึ่งของคนที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง
จะสูญเสียชีวิตด้วยโรคจากการสูบบุหรี่
โดยเฉลี่ยคน 1 คน
สูบบุหรี่วันละ 10 มวน
คิดเป็นเงิน 35 บาท หรือเท่ากับข้าว 1 มื้อ
15,000 บาท
ถ้าไม่ซื้อบุหรี่
แต่ละคนจะมีเงินเพิ่ม
15,000 บาทต่อปี
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
1600
สสส

12. PowerPoint สอน ข้อมูลดี สำหรับคนสูบบุหรี่

13. PowerPoint สอน ผลกระทบของบุหรี่ต่อวัยรุ่น

14. PowerPoint สอน ผลกระทบของบุหรี่ต่อวัยรุ่น

พิษภัยจากการสูบบุหรี่

ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ

เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ที่ปรึกษาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

1 กันยายน 2555

Action on Smoking and Health Foundation มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

15. DVD สปอตโทรทัศน์