

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือคนหูหนวกสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดหูในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมพงษ์ ลีกลาง

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

นายสมพงษ์ ลีกลาง

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัรดา ไกรนุวัตร,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียทณ,

วท.ม. (วิทยาการระบาด)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียทณ,

วท.ม. (วิทยาการระบาด)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

นายสมพงษ์ ลีกลาง

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติดา ไกรนุวัตร,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันท์วัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นายมนัส วงศ์เสงี่ยม,

พ.บ., ว.ว. อายุรศาสตร์ระบบหายใจ

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียทฤณ,

วท.ม. (วิทยาการระบาด)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณา และช่วยเหลือสนับสนุนอย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ ไรนุวัตร อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและรองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียพจน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา เสนอแนะแนวทาง และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆในการทำสารนิพนธ์ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์และนายแพทย์มนัส วงศ์เสงี่ยม กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์วิชัย ชัดดีวิทยากุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมาและนายชงชัย กุลวิริยะ สาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ ที่สนับสนุน และให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนเพื่อนร่วมงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นาตาวันย์ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก ทำให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสนิท คุณแม่ทองพูน ลีอกลาง และทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือทุกด้านมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ อบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือจนประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอบคุณเพื่อนๆร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รหัส 53 และพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาเวชปฏิบัติชุมชน รหัส 54 ทุกคนที่ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือมาด้วยดีตลอดจนทำให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สมพงษ์ ลีอกลาง

การพัฒนาแบบแผนการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

DEVELOPMENT OF SMOKING CESSATION MODEL FOR ADULT SMOKERS IN A PRIMARY CARE SETTING

สมพงษ์ ลีอกลาง 5337928 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: กิรดา ไกรนุวัตร, Ph.D. (NURSING), ปณิดา ปรียทฤณ, วท.ม.
(วิทยาการระบาด)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแบบแผนการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO แล้วสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็น Systematic review 1 เรื่อง Randomized controlled trials 6 เรื่อง Quasi-experimental studies 3 เรื่อง ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการพัฒนาแบบแผนการช่วยเลิกบุหรี่ซึ่งประกอบด้วย 1) คุณลักษณะผู้ติดบุหรี่ เป็นวัยทำงานอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ติดนิโคตินระดับน้อยถึงปานกลาง 2) วิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การนำแนวคิด/ทฤษฎีพื้นฐานมาใช้ในการจัดกิจกรรม รูปแบบการจัดกิจกรรมมีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม กิจกรรมที่ให้ประกอบด้วย การให้ความรู้โทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาขณะเลิกบุหรี่และการติดตาม 3) การประเมินผลลัพธ์ มีการประเมินผลที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน โดยการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองจากแบบสอบถาม และการตรวจวัดทางด้านชีวเคมี

การศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะว่าการช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เลิกบุหรี่ ควรมีการใช้สื่อ เทคนิควิธีการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวและการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ และควรมีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ด้วย ส่วนรูปแบบเนื้อหาของกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต บริบททางสังคม วัฒนธรรมของผู้ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้พยาบาลชุมชนที่ให้คำแนะนำหรือบริการช่วยเลิกบุหรี่ควรได้รับการฝึกอบรมความรู้และทักษะที่ช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ: ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ / การเลิกบุหรี่/ เลิกบุหรี่

170 หน้า

DEVELOPMENT OF SMOKING CESSATION MODEL FOR ADULT SMOKERS IN A
PRIMARY CARE SETTING

SOMPONG LUEKLANG 5337928 NSCN/M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: KERADA KRAINUWAT,
Ph. D. (NURSING), PANUDDA PRIYATRUK, M. Sc. (EPIDEMIOLOGY)

ABSTRACT

The purpose of this study was to synthesize the evidence-based practices on the development of a smoking cessation model for adult smokers in a primary care setting. The data were retrieved from electronic databases and hand searching using keywords according to PICO framework. Ten relevant articles were found. They consisted of 1 systematic review, 6 randomized controlled trails, and 3 quasi-experimental studies. The analysis revealed three important issues related to developing a smoking cessation model which were described as follows: 1) smokers were working adults who were addicted to nicotine at low to moderate levels; 2) smoking cessation interventions were based on concepts/theories and were delivered by individual or group methods. Intervention activities consisted of providing education in terms of the risks of smoking and benefits of quitting smoking, skills training on problem solving during the quitting period, and follow-up; 3) evaluations were set at the 3, 6, and 12 months of the interventions using self-reported questionnaires and biochemical-markers.

This study suggests that when helping smokers quit smoking, media and communication techniques such as persuasion and motivation should be used for quitting smoking as well as promoting smokers' self-efficacy to quit smoking. The intervention content should be relevant to the smokers' lifestyle, social and cultural context in a primary care setting. Moreover, community health nurses who provide advice and cessation services should be trained for knowledge and cessation skills, counseling, and motivating smokers to quit smoking. These nurses should collaborate their work with multi-disciplinary teams and local administrative organizations to provide effective and efficient smoking cessation interventions.

KEY WORDS: ADULT SMOKERS / SMOKING CESSATION / QUIT SMOKING

170 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	16
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	17
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	17
บทที่ 2 วิธีดำเนินการศึกษา	18
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	18
2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินระดับและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	20
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	23
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	23
3.2 การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	27
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	42
3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)	58
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	62
4.1 สรุปผลการศึกษา	62
4.2 ข้อเสนอแนะ	64
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	82
รายการอ้างอิง	99
ภาคผนวก	105
ประวัติผู้ศึกษา	170

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัด	20
3.1 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	25
3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	32
3.3 Evidence Synthesis Tables	55

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
3.1 ผังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	23
3.2 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	24
3.3 รูปแบบการช่วยเหลือคนหูหนวกสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดหูในหน่วยบริการปฐมภูมิ	61

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

บุหรี่เป็นสินค้าประเภทเสพติดที่สามารถซื้อขายได้อย่างถูกกฎหมาย ภายในวันบุหรี่ประกอบด้วยสารนิโคติน ซึ่งจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ทำให้มีผู้เสพและติดบุหรี่อย่างมากในสังคม (ประกิจ วาทีสารกิจ, 2549) ผลผลิตกัญชาที่จำหน่ายในปัจจุบันมีหลายชนิด ได้แก่ บุหรี่ของยาเส้น ซิการ์ ไปป์ บารากู (การสูบบุหรี่โดยใช้อุปกรณ์จำเพาะของชาวอาหรับ) ชนิดที่นิยมมากที่สุดคือบุหรี่ของ การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว ประเทศชาติและยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของโลกด้วย (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) สำนักงานนายแพทย์ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การสูบบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ โดยให้ชื่อโรคนี้ว่า โรคติดบุหรี่ (Tobacco dependence) โดยมีรหัสจำแนกโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) เป็น F17 (สมศรี เผ่าสวัสดิ์และคณะ, 2552)

ในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,000 ล้านคน (WHO, 2011) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภูมิภาคยุโรปมากที่สุดร้อยละ 29 รองลงมาคือ ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกร้อยละ 25 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 18 ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกร้อยละ 17 ภูมิภาคอเมริการ้อยละ 15 และภูมิภาคแอฟริกาที่มีผู้สูบบุหรือน้อยที่สุดร้อยละ 8 และยังพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา หากเปรียบเทียบตามรายได้ของประชากรโลกพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่ประชาชนมีรายได้ปานกลางและรายได้สูง (WHO, 2010) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าประเทศไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20 สูงเป็นอันดับ 5 รองจากประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ กัมพูชา และมาเลเซียร้อยละ 29, 23, 22 และ 21 ตามลำดับ (WHO, 2011)

สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน(ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันและสูบเป็นครั้งคราว) 11.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 21.36 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2552 ที่มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 10.9 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 20.70 เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดร้อยละ 41.69 จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยอยู่ที่

10.21 มวนต่อวัน กลุ่มอายุ 25-40 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดร้อยละ 24.40 ใกล้เคียงกับกลุ่มอายุ 41-59 ปีซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ร้อยละ 23.40 ระดับการศึกษาของผู้สูบบุหรี่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 23.90 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากที่สุดร้อยละ 23.48 หากเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ตามภาคพบว่าภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุดร้อยละ 25.60 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ตามจังหวัดพบว่าจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุดร้อยละ 30.59 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

สาเหตุและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีสาเหตุหลักมาจากความอยากทดลองสูบ (ร้อยละ 54.5) สูบตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวนสูบ (ร้อยละ 25.83) เข้าสังคมหรือสังสรรค์ (ร้อยละ 5.74) ความเครียด (ร้อยละ 3.3) และความโก้เก๋ (ร้อยละ 2.8) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) นอกจากนั้นยังมีสาเหตุเสริมได้แก่ บุคลิกภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตนเอง ประหม่า วิตกกังวล และบุคคลที่ก้าวร้าว ขอบเข่งขัน ไม่เกรงใจ ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่กระทำต่อผู้อื่น บุคคลดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ นอกจากนี้สภาพแวดล้อม สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากมีความเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้ผู้ไม่สูบบุหรี่สูบบุหรี่ได้ และกระแสของสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์บุหรี่ ทั้งสื่อโฆษณาทางตรงและทางอ้อมล้วนมีอิทธิพลอย่างมาก สามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเชื่อและขึ้นชอบในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณานั้น (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2549) และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชาชนจังหวัดเพชรบุรี ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 40 ปี) จำนวน 1,792 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.7) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 40.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มี 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยด้านการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาจจะมีการเสพยาเสพติดชนิดอื่นอยู่ก่อนแล้วจึงมาสูบบุหรี่ เช่นการดื่มสุราแล้วจึงมาสูบบุหรี่ 2) ปัจจัยที่มาจากด้านสถานการณ์สิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การมีแบบอย่างของบุคคลใกล้ชิดติดสูบบุหรี่และการอยู่ในสถานการณ์ชั่ววูทางสังคม เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเลียนแบบและอยากทดลองสูบ และ 3) ปัจจัยทางด้านชีวสังคมที่เสี่ยง โดยเฉพาะเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า และเพศชายที่เท่वलกลางคืนมักนิยมสูบบุหรี่ควบคู่ไปกับการดื่มเหล้าและเที่ยวหาหญิงบริการ (วิไลรัตน์ เดียวกุลและคณะ, 2549)

จากสาเหตุและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความต้องการที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจึงทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดบุหรี่ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดบุหรี่

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เสพติดบุหรี่มี 3 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยทางร่างกาย การติดยาเสพติดเกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วนคือ สมองชั้นนอก (Prefrontal cortex) ที่เป็นสมองส่วนคิดทำหน้าที่คิดและตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบมีเหตุผลและสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (Limbic system) ที่เป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ จะมีบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกสุขใจเรียกบริเวณนี้ว่า brain reward pathway ซึ่งจะมีการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ และ brain reward pathway จัดเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิด รวมถึงบุหรี่ด้วย สำหรับกระบวนการทำงานของ brain reward pathway เริ่มจากสมองบริเวณที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ส่งสัญญาณประสาทในรูปของสารสื่อประสาทชื่อว่า โดปามีน (dopamine) ไปยังสมองส่วนที่ชื่อว่า nucleus accumbens (NA) แล้วส่งสัญญาณต่อไปยังสมองชั้นนอก (Prefrontal cortex) เพื่อให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจเกิดขึ้น ในสภาวะปกติ brain reward pathway สามารถถูกกระตุ้นได้จากสภาวะต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสุข (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

เมื่อสูบบุหรี่สารนิโคตินที่ได้จากควันบุหรี่จะซึมผ่านเข้าสู่สมองได้ภายในเวลาประมาณ 7 วินาที จากนั้นนิโคตินจะเข้าไปจับกับตัวรับนิโคติน (nicotinic acetylcholine receptor) มีผลทำให้มีการหลั่งสารโดปามีนออกมาจาก ventral tegmental area (VTA) มากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ นอกจากนี้นิโคตินจะมีผลต่อการเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนแล้ว นิโคตินยังมีผลต่อการเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆ อีก เช่น acetylcholine ทำให้รู้สึกตื่นตัว ความจำและสมาธิดีขึ้น, serotonin ทำให้รักษาระดับอารมณ์ ลดความอยากอาหาร, norepinephrine ทำให้มีความตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น, glutamate และ vasopressin ช่วยเพิ่มความจำ, beta-endorphin ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด, gamma-aminobutyric acid ช่วยลดความวิตกกังวล (ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์, 2552; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้สารสื่อประสาทบางชนิดที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นยังมีผลต่ออวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย เช่น มีผลต่อหัวใจจากสาร norepinephrine ที่เพิ่มมากขึ้นไปกระตุ้น sympathetic nervous system ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระเพาะอาหารจากสาร acetylcholine ที่เพิ่มขึ้นไปกระตุ้น parasympathetic nervous system ทำให้กระเพาะอาหารมีการหลั่งกรดออกมามากกว่าปกติ และมีผลต่อลำไส้จากสาร dopamine ที่เพิ่มขึ้นทำให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น สารนิโคตินมีค่าครึ่งชีวิตโดยเฉลี่ยประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังจากนั้นนิโคตินจะถูกเปลี่ยนสภาพที่ตับเป็นส่วนใหญ่และถูกกำจัดออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของโคตินิน (cotinine) ซึ่งทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ยินมใช้การตรวจวัดปริมาณ cotinine เพื่อยืนยันการได้รับนิโคตินในร่างกาย (ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์, 2552)

จากกลไกการติดนิโคติน ผู้ที่ติดบุหรี่คือผู้ที่ต้องการได้รับสารนิโคตินเพื่อให้ไปออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีผลเชิงบวกทางชีวภาพ ดังนั้นผู้ที่ติดบุหรี่มากการเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น ปวดศีรษะ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด ซึมเศร้า ไม่มีแรง สมาธิไม่ดี หิวบ่อย เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal syndrome) และกระตุ้นให้เกิดอาการอยากบุหรี่ (cigarette craving) ผลเชิงลบเหล่านี้มักทำให้ผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ทนนไม่ได้ต้องกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อให้ได้ความรู้สึกเชิงบวกเช่นเดิม (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

2) ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ติดใจในผลของการได้รับนิโคตินที่ทำให้เกิดอารมณ์เป็นสุข (euphoria) เช่น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกพึงพอใจเมื่อได้สูบ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อหรือความรู้สึกที่ดีต่างๆ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) เช่น สูบบุหรี่แล้วทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความโก้เก๋ แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ (ไพรัตน์ อันอินทร์, ศักดิ์ชาย วิษณุสันต์กุล และวิเชียร มีบุญล้ำ, 2551) นอกจากนี้ยังเป็นการเชื่อส่วนบุคคลว่าการสูบบุหรี่ใช้เป็นเพื่อนแก้เหงาได้ แสดงความเป็นมิตร (จินตนา จารุสมบัติ, 2547) และจากการศึกษาการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขสุชาย อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลกพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีความคาดหวังทางบวกจากการสูบบุหรี่ในระดับมากคือสูบบุหรี่แล้วทำให้หายเครียด ทำให้อารมณ์ดี (ไพรัตน์ อันอินทร์ และคณะ, 2551)

3) ปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม การเสพติดทางพฤติกรรมเป็นความเคยชินของผู้สูบบุหรี่ที่เชื่อมโยงการสูบบุหรี่เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันหรือได้รับการกระตุ้นกับสิ่งที่คุณเคยจนเกิดความเคยชิน เช่น สูบบุหรี่ขณะทำงาน ดื่มกาแฟ หรือขณะเข้าห้องน้ำ หรือเมื่อพบเห็นคนสูบก็นึกถึงบุหรี่และเกิดความต้องการสูบ (ฉันทชัย สิทธิพันธุ์, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกครั้งที่มีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ หลังรับประทานอาหาร หลังจากตื่นนอน เมื่อดื่มสุรากับเพื่อน สูบบุหรี่ระหว่างพักการอบรมหรือประชุม และจะเพิ่มปริมาณในการสูบมากขึ้นและต่อเนื่องเมื่อเริ่มมีอาการง่วงนอน เมื่อขับรถระยะทางไกล ขณะทำงานที่ต้องใช้ความคิด ใช้สมาธิ หรือเมื่อเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ ส่วนปัจจัยทางสังคมพบว่าผู้สูบบุหรี่มีความคาดหวังจากการสูบบุหรี่แล้วทำให้สามารถเข้าสังคมได้โดยเฉพาะในหมู่เพื่อนฝูง (ไพรัตน์ อันอินทร์และคณะ, 2551) และยังทำให้เกิดความเพลิดเพลินในวงสนทนาโดยเฉพาะหลังเลิกงานถ้ามีการดื่มเหล้าจะทำให้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (จินตนา จารุสมบัติ, 2547)

ดังนั้นจะเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการเสพติดบุหรี่ยังมีทั้งปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม ซึ่งการเสพติดบุหรี่ยังเกิดจากปัจจัยใด

ปัจจัยหนึ่งหรือเกิดจากปัจจัยทั้งสองหรือสามปัจจัยดังกล่าวรวมกันได้ ทำให้ผู้ที่เสียดินบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

ผลกระทบของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญทั้ง 4 ด้านดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านสุขภาพ การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับตัวผู้สูบโดยตรง เนื่องจากในบุหรี่ 1 มวนมีส่วนประกอบสำคัญ 3 ส่วนคือ กระดาษ ตัวยาสูบ และสารปรุงแต่ง เมื่อเกิดการเผาไหม้ควันของบุหรี่จะประกอบไปด้วยสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ในจำนวนนี้มี 100 ชนิดเป็นสารมีพิษต่อร่างกายและประมาณ 70 ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง ตัวอย่างเช่น สารนิโคตินทำให้เกิดการเสียดินบุหรี่ ทาร์หรือน้ำมันดินเป็นสารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนอกไซด์ไปขัดขวางการลำเลียงก๊าซออกซิเจนทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ไนโตรเจนไดออกไซด์ไปทำลายเยื่อหลอดลม และไฮโดรเจนไซยาไนด์ไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนทำให้เซลล์ขาดออกซิเจนเป็นต้น (Center for Disease Control and Prevention, 2010) ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งในช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งปอดโดยเฉพาะมะเร็งปอดการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอดสูงถึง 23 เท่าในเพศชายและ 13 เท่าในเพศหญิง (American Cancer Society, 2012) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเสื่อม/การเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น ฟันเปลี่ยนสี การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ การมีบุตรยาก แท้งง่าย คลอดก่อนกำหนด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (เสริมทรัพย์ วรระกะวิกิรันต์ และวิยะดา แสนศรีมหากัย, 2552; Williams, 2010) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงการสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (Fagard & Nilsson, 2009)

การสูบบุหรือนอกจากทำให้เกิดโรคต่างๆและความเสื่อมของอวัยวะแล้ว ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกร้อยละ 8.7 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12.8) (WHO, 2009) ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน เฉลี่ยวันละ 16,400 คนหรือนาทีละ 11 คนและอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากการคาดคะเนทางระบาดวิทยาพบว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 8 ล้านคน เฉลี่ยวันละ 22,000 คนหรือนาทีละ 15 คน ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มประเทศที่ประชาชนมีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง (WHO, 2011) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้เสียชีวิตประมาณ 1 ใน 5 ที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ หรือมีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรปีละประมาณ 443,000 คน และมีประชากรประมาณ 8.6 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสูบบุหรี่

(American Cancer Society, 2012) ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง สาเหตุเนื่องจากสารพิษจำพวกไนโตรเจนไดออกไซด์ที่อยู่ในควันบุหรี่ไปทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลมเมื่อมีการสูบบุหรี่เป็นเวลานานจะทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมที่มีขนาดเล็กจะแตกรวมกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่ทำให้จำนวนถุงลมลดลง การยืดหยุ่นของถุงลมและการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ไม่ดี ส่งผลให้ร่างกายมีปริมาณออกซิเจนไม่เพียงพอ มีอาการเหนื่อยหอบง่าย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การทำงานลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมาก และโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากการสูบบุหรี่ช่วยเพิ่มการเกาะกลุ่มของไขมัน (plaque) ตามหลอดเลือด เมื่อมีการสะสมมากขึ้นจะทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัวและตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก อ่อนเพลียและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด (Center for Disease Control and Prevention, 2010)

สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2552 พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 48,244 คนต่อปี เฉลี่ยวันละ 132 คนหรือนาทีละ 2 คนโดยเฉลี่ยเป็นเพศชาย 1 ใน 6 คน และเพศหญิง 1 ใน 25 คนที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตที่ป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 24.07 โรคมะเร็งปอดร้อยละ 23.23 และโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 22.68 และโดยภาพรวมของประเทศไทยยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรค (Burden) สูงสุดเป็นอันดับสามรองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการดื่มแอลกอฮอล์ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555) ซึ่งหากเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มเพศชายพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาระโรค (Burden) สูงสุดเป็นอันดับสองรองจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Burden of Disease Thailand, 2011)

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวต่อผู้สูบเองแล้วยังมีผลกระทบทางอ้อมจากการได้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบหรือเรียกว่าการสูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoke: SHS) (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) ในแต่ละปีควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 600,000 คนทั่วโลก (WHO, 2011) ผู้ใหญ่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดการระคายเคืองที่โพรงจมูกมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 20-30 % และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 25-30 % ส่วนมารดาที่สูบบุหรี่ทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อย เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองถ้าเป็นเด็กเล็กภายหลังคลอดหากทารกได้รับควันบุหรี่ขณะที่อยู่ในครรภ์จะมีโอกาสเกิดภาวะเสียชีวิตเฉียบพลัน (sudden infant death syndrome : SIDS) ได้มากขึ้นในช่วงปีแรก และยังทำให้เกิดโรคติดเชื้อในหูชั้นกลาง โรคของทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น โรคหลอดลมอักเสบ โรคปอดอักเสบ โรคหืด โรคภูมิแพ้ เป็นต้น (Department of Health and Human Services, 2010) และจากการศึกษาสถานที่ของผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองพบว่าสถานที่ที่บุคคลส่วนใหญ่ได้รับควันบุหรี่มือสองบ่อยที่สุดคือที่

บ้าน (ร้อยละ 54.6) รองลงมาในที่สาธารณะ (ร้อยละ 46.4) และในที่ทำงาน (ร้อยละ 30.6) ตามลำดับ หากเปรียบเทียบตามเพศ พบว่าเพศชายส่วนใหญ่ได้รับวันนุหรีมือสองจากที่ทำงาน ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่ได้รับวันนุหรีมือสองจากที่บ้าน (วิชัย เอกพลากร, 2552)

2) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูบบุหรี่จะเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ของสูบเฉลี่ย เดือนละ 585 บาทหรือปีละ 7,020 บาท ดังนั้นเมื่อนำค่าใช้จ่ายของผู้สูบบุหรี่ของเพียงอย่างเดียวทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 6.1 ล้านคนมารวมกันต้องสูญเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันถึง 42,822 ล้านบาทต่อปี (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555) และจากการศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั้ง 3 โรคได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 624,309 คน โรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 52,605 คนและโรคมะเร็งปอดจำนวน 5,299 คน รวมมูลค่ารักษาพยาบาลของทั้งสามโรค เป็นเงิน 9,857 ล้านบาท คิดเป็น 0.48% ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย (Leartsakulpanitch, Nganthavee & Salole, 2007)

3) ผลกระทบทางด้านสังคม การสูบบุหรี่เป็นค่านิยมที่ไม่ถูกต้องในสังคม ก่อให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบ เช่น การเล่นแบบจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จากการศึกษาของวิลโลว์ตัน เดียวกุลและคณะ (2549) พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 69 มีการสูบบุหรี่เนื่องจากมีแบบอย่างของบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ เช่น บุตรเลียนแบบจากพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ นอกจากการเล่นแบบจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดแล้ว ยังเกิดพฤติกรรมการเล่นแบบจากบุคคลต้นแบบทางสังคม เช่น บุคลากรสาธารณสุข พระภิกษุ ครู ผู้นำชุมชน นักการเมือง และดาราที่ชื่นชอบเป็นต้น ผลจากการสูบบุหรี่สามารถนำไปสู่การทดลองสิ่งเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงต่อไปได้ จากการศึกษาของ Wagner และ Anthony (2002) พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น กัญชา โคเคนและเฮโรอีนซึ่งทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา เช่น ปัญหาอาชญากรรม การด้อยคุณภาพของประชากร เป็นต้น

4) ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูบบุหรี่มักทิ้งก้นบุหรี่ตามพื้นทั่วไปทำให้เกิดความสกปรกและหากไม่ได้ทำลายก้นบุหรี่ที่สูบ อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดเพลิงไหม้ตามอาคารบ้านเรือน หากอยู่ตามชนบทก้นบุหรี่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดไฟป่าได้ ผลที่ตามมาทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติอีกด้วย (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ติดบุหรี่พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ซึ่งต้องใช้ความพยายามอย่างมากจึงจะประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย ปี พ.ศ. 2548 ของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ต้องใช้ความพยายามในการ

เลิกสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยถึง 7 ครั้งและใช้เวลาในการเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ย 4-5 ปี จึงจะประสบผลสำเร็จ แสดงให้เห็นว่าบุหรี่ยาเสพติดแล้วเลิกยากแต่เลิกได้ถ้ามีความพยายามในการเลิก (มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนในการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้ติดบุหรี่

มาตรการแก้ไขปัญหามหาการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

การแก้ไขปัญหามหาการสูบบุหรี่ที่ผ่านมาจากอดีตถึงปัจจุบันมี 4 มาตรการดังนี้

1) มาตรการด้านภาษีอากร บุหรี่ซิการ์เรตได้เริ่มมีการเสียภาษีอัตราร้อยละ 45 ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 หลังจากนั้นได้มีการปรับอัตราภาษีบุหรี่ซิการ์เรตเพิ่มขึ้นเป็นระยะ จนถึงปี พ.ศ. 2552 ได้เพิ่มเป็นอัตราร้อยละ 85 ล่าสุดเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 ได้เพิ่มเป็นอัตราร้อยละ 87 และในปีเดียวกันได้มีการปรับเพิ่มอัตราภาษีบุหรี่ในรูปแบบยาเส้นเป็นร้อยละ 10 เนื่องจากผู้สูบบุหรี่หันไปสูบบุหรี่ยาเส้นเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการสูบบุหรี่รวมเองหรือยาเส้นในปี พ.ศ. 2552 และ 2554 พบผู้สูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด (ร้อยละ 43.99 และ 46.50 ตามลำดับ) มีการสูบบุหรี่รวมเองหรือยาเส้นเพิ่มขึ้น (กรมสรรพสามิต, 2555; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555) ผลของมาตรการด้านภาษีทำให้บุหรี่มีราคาสูงขึ้น ผู้สูบบุหรี่ต้องสูญเสียเงินในการซื้อบุหรี่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ด้วยมาตรการเพิ่มภาษีทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 2.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

2) มาตรการทางกฎหมาย ด้วยการออกพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2535 จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

2.1) พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ทำให้เกิดผลต่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ 3 ประการคือ ประการแรกมีผลต่อการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ ด้วยการห้ามโฆษณาหรือแสดงเครื่องหมายในสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกินสองแสนบาท และห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกินสองพันบาท จำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนประการที่สองได้มีการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพบนผลิตภัณฑ์บุหรี่ ซึ่งเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ด้วยการพิมพ์ข้อความบอกว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพบนซองบุหรี่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ได้เริ่มมีการพิมพ์รูปภาพประกอบกับคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพบนซองบุหรี่ซึ่งมีขนาดพื้นที่ร้อยละ 50 และได้มีการปรับปรุงรูปภาพกับคำเตือนในปี พ.ศ. 2552 โดยมีภาพคำเตือนทั้งหมด 10 รูปแบบและขยายขนาดพื้นที่เป็นร้อยละ 55 นอกจากการพิมพ์รูปภาพกับคำเตือนแล้วยังได้มีการระบุชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งบนซองบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 และได้มีการปรับปรุงเพิ่มในปี พ.ศ. 2554 โดยมีการระบุชื่อสารพิษหรือสารก่อมะเร็งบนซองบุหรี่ยี่ห้อทั้งหมด 10 รูปแบบ ผลจากการพิมพ์ข้อความและรูปภาพบน

ของบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่หันมาสูบบุหรี่น้อยลงเนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่มีน้อยกว่าบุหรี่ซอง ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จึงได้พิมพ์รูปภาพและคำเตือนในฉลากของยาสูบซึ่งมีทั้งหมด 2 รูปแบบมีขนาดพื้นที่ของรูปภาพร้อยละ 50 ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเป็น 4 รูปแบบและมีขนาดพื้นที่เป็นร้อยละ 55 และประกาศที่สามเป็นการช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ ด้วยการพิมพ์ข้อความเลิกบุหรี่โทร 1600 บนซองบุหรี่ในปี พ.ศ. 2552 และพิมพ์ข้อความเลิกยาสูบโทร 1600 บนฉลากยาสูบในปี พ.ศ. 2555 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555) จากการใช้ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีมีผลทำให้กลุ่มเยาวชนเข้าถึงบุหรี่ยากขึ้นเป็นการช่วยป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่และการให้ข้อมูลด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่รับทราบเกี่ยวกับสารพิษที่อยู่ในควันบุหรี่และอันตรายต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดความกลัวจึงตัดสินใจเลิกบุหรี่พบอัตราร้อยละ 13.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) และจากการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์(เลิกบุหรี่ เลิกยาสูบ โทร 1600) ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 10.56 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555)

2.2) พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่งผลให้มีการจัดสถานที่สาธารณะและมีการแสดงเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น และขยายเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ล่าสุดในปี พ.ศ. 2553 ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 กำหนดให้สถานที่สาธารณะทั้งหมด 5 ประเภทเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ สถานศึกษา สถานิชนสงฆ์และยานพาหนะสาธารณะ ศาสนสถาน และสถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วม เช่น สถานที่ออกกำลังกายและสนามกีฬา ร้านค้า สถานบริการและสถานบันเทิง บริเวณโรงที่พักคอยและทางเดินภายในโรงแรมและอาคารที่พักต่างๆ สถานบริการทั่วไป สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะทั่วไปเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ยกเว้นท่าอากาศยานนานาชาติและพื้นที่นอกอาคารของสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา สถานที่ให้บริการน้ำมันเชื้อเพลิง สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นๆของรัฐสามารถจัดพื้นที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ได้ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555) จากการใช้ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่ถูกจำกัดพื้นที่ในการสูบและเกิดความไม่สะดวกในการสูบบุหรี่ หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกินสองพันบาท ด้วยมาตรการนี้จึงทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

3) มาตรการทางสังคม ด้วยการใช้อัตราแรงก์ไม่สูบบุหรี่ การจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลก นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ได้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และ

สร้างความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่เพื่อสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ เช่น มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้มีโครงการต่างๆเกิดขึ้น เช่น บ้านปลอดบุหรี่ วัดปลอดบุหรี่ โรงเรียนปลอดบุหรี่ โรงพยาบาลปลอดบุหรี่และสำนักงานปลอดบุหรี่เป็นต้น (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) ผลของมาตรการทางสังคมทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าการไม่ยอมรับผู้สูบบุหรี่จึงทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 1.9 และจากการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่มีผลทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

4) แนวปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคติดยาสูบ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดยาสูบขึ้นฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2552 และได้มีการปรับปรุงล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2555 ทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีประสงค์จะเลิกบุหรี่และผู้ที่ไม่มีประสงค์จะเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ยังเกิดแนวทางในการบำบัดโรคติดยาสูบสำหรับผู้ติดยาสูบให้เลิกบุหรี่ที่มีความเฉพาะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้แก่ แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคติดยาสูบสำหรับแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัดและสำหรับการนิเทศทางโทรศัพท์ ผลของแนวปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคติดยาสูบ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธาณสุขมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาสูบที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ติดยาสูบสามารถเข้าถึงการบริการช่วยเหลือผู้ติดยาสูบได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการแก้ไขปัญหามารยาตการสูบบุหรี่ซึ่งได้ถูกใช้อย่างเป็นทางการตลอดระยะเวลาประมาณ 45 ปีที่ผ่านมาอย่างไรก็ตามอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของคนไทยยังคงลดลงน้อย โดยในปี พ.ศ. 2547, 2550, 2552 พบอัตราการสูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 22.98, 21.22, 20.70 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2552) และอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 21.36 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบยังขาดประสิทธิภาพ ทำให้ผู้จำหน่ายบุหรี่ยังมีการจำหน่ายบุหรี่ให้กับกลุ่มเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้สูบบุหรี่ยังมีการสูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่หรือตามสถานที่สาธารณะ ซึ่งผู้ที่กระทำผิดดังกล่าวไม่ได้รับการลงโทษตามที่กฎหมายกำหนดไว้ นอกจากนี้งบประมาณสำหรับการรณรงค์และประชาสัมพันธ์มีไม่ต่อเนื่อง เช่น สปอร์ตโฆษณาณรงค์ไม่สูบบุหรี่ทางโทรทัศน์เริ่มมีการรณรงค์อย่างจริงจังในช่วงปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาและมีจำนวนสปอร์ตโฆษณาประชาสัมพันธ์มากในช่วง ปี พ.ศ. 2552-2553 หลังจากนั้นจนถึงปัจจุบันในปี พ.ศ. 2555 จำนวนสปอร์ตโฆษณาลดลงและมีไม่ต่อเนื่อง รวมไปถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์หรือการดำเนินกิจกรรมโครงการต่างๆยังมีไม่ต่อเนื่องเช่นกัน ส่วนระบบการให้บริการช่วยเหลือผู้ติดยาสูบยังไม่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพทำให้ผู้สูบบุหรี่

บุหรืไม่สามารถเข้าถึงการบริการเลิกบุหรืได้ (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2554; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555)

เพื่อให้ประชาชนที่ติดบุหรืสามารถเข้าถึงการบริการบำบัดโรคติดบุหรือย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจึงได้จัดให้บริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์สายด่วน 1600 ในปี พ.ศ. 2552 ขณะเดียวกันได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรืสำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพขึ้นเป็นฉบับแรกและปรับปรุงในปี พ.ศ. 2555 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา สำหรับในปี พ.ศ. 2553 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 ขึ้น โดยมีเป้าหมายลดอัตราการสูบบุหรืปัจจุบันลงร้อยละ 10 ในทุกกลุ่มอายุจากอัตราการสูบบุหรืร้อยละ 20.7 ลดลงเหลืออัตราการสูบบุหรืร้อยละ 18.63 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูบบุหรืเพศชายจากอัตราการสูบบุหรืร้อยละ 40.47 ลดลงเหลืออัตราการสูบบุหรืร้อยละ 36.43 ภายในปี พ.ศ. 2557 โดยกำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการสูบบุหรืทั้งหมด 8 ยุทธศาสตร์ และหนึ่งในแปดยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญ คือการส่งเสริมให้ผู้ติดบุหรืเลิกบุหรื เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการช่วยเลิกบุหรื และเพิ่มสถานบริการช่วยเลิกบุหรืโดยการจัดตั้งคลินิกอดบุหรืทุกโรงพยาบาลรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2553; ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ, 2555)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภารกิจในการช่วยควบคุมการสูบบุหรืโดยเน้นการจัดบริการสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรืและทักษะการจัดการปัญหาที่เกิดจากการเลิกบุหรื เช่น อาการถอนนิโคตินและอยากบุหรื การส่งเสริมผู้ติดบุหรืให้เลิกสูบบุหรื รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกบริการเลิกบุหรืให้กับคนที่ต้องการเลิกบุหรืโดยไม่ใช้ยาด้วยการให้บริการด้านความรู้และการปรึกษาช่วยให้เลิกบุหรื (ชูชัย ศุภวงศ์, 2552; กรองจิต วาทีสาธกกิจ และอภิญา ต้นทวิวงศ์, 2553) จากการดำเนินงานพบว่าพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการช่วยเลิกบุหรื ทำให้ขาดความมั่นใจในการให้ความรู้และการปรึกษาช่วยเลิกบุหรืรวมถึงรูปแบบในการให้บริการยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้สามารถช่วยเหลือผู้ติดบุหรืให้เลิกบุหรืได้น้อย (ทัศนีย์ รวีวรกุล, สุรินทร์ กลัมพากร และอรรพรรณ ชาศรียศกุล, 2554) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาหาวิธีการช่วยเลิกบุหรืจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดความรู้และนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรืในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

แนวทางการบำบัดโรคติดบุหรื

โรคติดบุหรื หมายถึง การเสพบุหรืไม่ว่าการเสพนั่นจะเป็นผลมาจากปัจจัยการเสพติดทางร่างกาย จิตใจหรือทางด้านสังคมและพฤติกรรม สำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรืตาม

แนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ได้แบ่งการบำบัดรักษาออกเป็น 2 ประเภท คือ การบำบัดรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

1) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacological therapy) เป็นการบำบัดอาการขาดนิโคติน (withdrawal symptoms) สำหรับยาที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ที่จัดเป็น first-line medications ในปัจจุบัน โดยการรับรองขององค์การอาหารและยาในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งยาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มยาที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคตินมี 2 ชนิด ได้แก่ Bupropion SR และ Varenicline และกลุ่มยาที่มีสารนิโคตินทดแทนมี 5 ชนิด ได้แก่ Nicotine gum, Nicotine inhaler, Nicotine lozenge, Nicotine nasal spray และ Nicotine patch (Fiore, et al., 2008) สำหรับยาช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาและได้แบ่งยาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาที่มีสารนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy-NRT) ปัจจุบันมี 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine patch) และหมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine gum) และกลุ่มยาที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ Bupropion HCl Sustained Release และ Varenicline (first line drug) Nortriptyline (second line drug) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

การบำบัดรักษาด้วยยา มีข้อจำกัดคือต้องได้รับการบำบัดจากแพทย์และผู้ติดบุหรี่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเอง เนื่องจากยาดังกล่าวยังไม่ได้รับการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (พ่องศรี ศรีมรกต, 2552) อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีแพทย์ประจำการ ทำให้มีข้อจำกัดในการส่งยาที่ใช้บำบัดการติดบุหรี่

2) การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) ประกอบไปด้วยการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy)

2.1) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) เป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดหรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าความคิดเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความคิด ความเชื่อ ทัศนคติที่แตกต่างกัน เนื่องจากการตีความและการรับรู้ต่อสิ่งเหล่านั้นต่างกันทำให้เกิดความคิดที่คลาดเคลื่อน (cognitive error) ส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ดังนั้นหากได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อหรือทัศนคติที่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญชัย, 2553)

2.2) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) ที่ได้นำหลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยเน้นการปรับเปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นภายใน ได้แก่ อารมณ์ ความคิดหรือจินตนาการ และปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ อุปกรณ์ สิ่งของ

สถานที่หรือบุคคล และมีการสร้างเงื่อนไขโดยการเสริมแรงบวก (Positive Reinforcement) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

แนวคิดและทฤษฎีที่นิยมใช้ในการจัดกิจกรรมบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมบำบัดที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้แก่

ทฤษฎี Transtheoretical Model ของ Prochaska & Diclement (1992) ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความต้องการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่มี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นไม่สนใจเลิกบุหรี่ (Pre-contemplation) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ไม่สนใจที่จะเลิกบุหรี่ภายในช่วง 6 เดือนข้างหน้า 2) ขั้นลังเลใจที่จะเลิกบุหรี่ (Contemplation) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เริ่มตระหนักถึงความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า 3) ขั้นตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ (Preparation) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ภายใน 30 วัน ข้างหน้า 4) ขั้นเลิกบุหรี่ (Action) เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ตามแผนที่กำหนดไว้แต่ยังไม่สำเร็จซึ่งอยู่ในระยะ 6 เดือนแรก และ 5) ขั้นคงไว้ด้วยการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นช่วงระยะที่ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเกิน 6 เดือน ซึ่งกระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ต้องสอดคล้องกับความต้องการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคลตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าผู้สูบบุหรี่อยู่ในขั้นตอนที่ 1-2 ผู้ช่วยเลิกบุหรี่ต้องให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโทษจากการสูบบุหรี่และประโยชน์จากการเลิกบุหรี่เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามไปอยู่ในขั้นตอนที่ 3 สำหรับในขั้นตอนนี้ผู้ช่วยเลิกบุหรี่ต้องช่วยวางแผน กำหนดเป้าหมายและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ขั้นตอนที่ 4 ผู้ช่วยเลิกบุหรี่ช่วยหาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้เลิกและขั้นตอนที่ 5 ผู้ช่วยเลิกบุหรี่ต้องมีการสนับสนุนและให้กำลังใจในการควบคุมอาการถอนนิโคตินและอยากบุหรี่และสิ่งกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

ทฤษฎี Social Cognitive Theory ของ Bandura (1986) / Self-efficacy Theory ของ Bandura (1977) ทฤษฎีนี้เน้นการสร้างความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และการให้ความรู้ในการบริหารจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้คิดถึงบุหรี่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ เช่น การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่ได้ (vicarious experience) การได้รับความสำเร็จจากอดีตที่ผ่านมา (performance accomplishments) รวมถึงการเสริมแรงช่วยเลิกบุหรี่ (reinforcement) โดยผ่านการพูดโน้มน้าว (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) โดยชี้ให้เห็นประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ การให้คำชมเมื่อเริ่มต้นวางแผนเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ต้องมีการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความเชื่อในความสามารถของตนเองซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อเลิกบุหรี่ได้

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ สำหรับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการที่เน้นผู้สูบบุหรี่เป็นจุดศูนย์กลางในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้สูบบุหรี่สำรวจและแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้พูดถึงปัญหาในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง โดยใช้หลักการสำคัญคือ การแสดงความเอาใจใส่ต่อผู้เลิกบุหรี่ (expressing empathy) ด้วยการฟังและสะท้อนความรู้สึก (reflective listening) การช่วยลดความขัดแย้ง (developing discrepancy) ระหว่างเป้าหมายที่ผู้สูบบุหรี่ต้องการกับปัญหาในปัจจุบันที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือความขัดแย้ง (avoiding argumentation) การต่อต้าน (rolling with resistance) เกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้สูบบุหรี่ และการสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ (support self-efficacy) ด้วยการช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาลึกขณะเลิกบุหรี่ให้กับผู้สูบบุหรี่ ดังนั้นหากผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้หลักการตามที่กล่าวมาในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจและความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้ (Emmons & Rollnick, 2001)

วิธีการบำบัดการติดยาโดยไม่ใช้ยา สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) และการนิเทศแบบเข้ม (Intensive Intervention) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

1) การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) เป็นการช่วยผู้สูบบุหรี่โดยบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ เกษัช ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที เหมาะกับผู้สูบบุหรี่ที่ไม่มีเวลามาก เช่น ขณะที่ผู้สูบบุหรี่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ไปพร้อมกับการให้บริการประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ (วัฒนีย์ ปานจินดา, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, แก้วจิต มากปาน, และปราณี แสงคง, 2551) ขั้นตอนวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ประกอบด้วย Ask (ถาม) ประวัติการสูบบุหรี่ช่วยให้ทราบว่าผู้รับบริการสูบหรือไม่สูบบุหรี่ Advise (แนะนำ) ให้เลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ Assess (ประเมิน) ความต้องการหรือความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ Assist (ช่วยเหลือ) ผู้ติดยาให้เลิกสูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ และ Arrange (จัดการ) ให้มีการติดตามความคืบหน้าของการเลิกบุหรี่ (มณฑา เก่งการพานิช และ ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, 2549) จากรายงานการศึกษาของ Kim, Lee, Hwang, and Lee (2005) พบว่าผู้ที่ได้รับการนิเทศแบบสังเขปจากแพทย์และพยาบาล สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 14 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการแนะนำเลิกบุหรี่ตามปกติสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 9

2) การนิเทศแบบเข้ม (Intensive Intervention) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าการนิเทศแบบสังเขป ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ต้องการเลิกบุหรี่และพร้อมที่

จะเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ (วัตินีย์ ปานจินดา และคณะ, 2551) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งมากกว่า 10 นาที มีจำนวนครั้งตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Fiore, et al., 2008) วิธีการบำบัดอาจเป็นการให้การปรึกษารายบุคคล การให้การปรึกษารายกลุ่มหรือการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ นอกจากนี้อาจให้สื่อข้อมูลที่เป็นความรู้ให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ศึกษาด้วยตนเอง กระบวนการนิเทศแบบเข้มเป็นการให้ความรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการถอนนิโคติน (withdrawal syndrome) และอยากบุหรี่ (craving) การสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) จากรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการนิเทศแบบเข้มจากพยาบาลด้วยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มมีการติดตามเป็นระยะและต่อเนื่องสามารถเลิกบุหรี่ได้สูงในอัตราร้อยละ 32-57 ในระยะ 12 เดือน (Garcia & Becona, 2000; Paulsen & Gallefoss, 2003; Fung, et al., 2005)

จะเห็นว่าการบำบัดโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมบำบัดสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้และเป็นวิธีการเลิกบุหรี่ที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเลิกบุหรี่ได้ และจากหลักฐานเชิงประจักษ์พยาบาลกับการช่วยเลิกบุหรี่ของทานตะวัน สุรเดชาสกุล, ชีรศักดิ์ สาตราและรณชัย คงสกนธ์ (2553) พบว่าพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าวิชาชีพสุขภาพด้านอื่นๆ ถึงร้อยละ 60.2 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rice & Stead (2009) ที่ได้ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าการแนะนำและช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ได้ และจากรายงาน 31 เรื่องที่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัดเลิกบุหรี่โดยพยาบาลระหว่างการบำบัดแบบปกติด้วยวิธีการให้คู่มือหรือแผ่นพับสำหรับช่วยเลิกบุหรี่ด้วยตนเองกับการบำบัดช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการให้คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยพยาบาลแต่ละครั้งมากกว่า 10 นาทีและมีการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มากกว่า 1 ครั้ง มีการประเมินผลลัพธ์ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ด้วยการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมี พบว่าการบำบัดที่มีรูปแบบของโปรแกรมอย่างเป็นระบบนั้น ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเลิกบุหรี่ได้สูงกว่าการบำบัดแบบปกติถึง 1.28 เท่าซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$; 95% CI = 1.18-1.38)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์จะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนื่องจากมีความใกล้ชิดและรู้จักกับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ ทำให้เข้าใจลักษณะและวัฒนธรรมของผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีเครือข่ายของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่คอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูบบุหรี่ในการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาวิธีการช่วยเลิกบุหรี่โดย

ไม่ใช่ยาและหากมีการนำวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

จากรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ดำเนินโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลอดบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยได้จัดทำแผนร่วมกับกองทุนสุขภาพระดับตำบลเพื่อดำเนินโครงการดังกล่าว จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554 พบมีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอัตราร้อยละ 15.34 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศร้อยละ 21.36 และจังหวัดนครราชสีมาร้อยละ 21.55 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์ มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันที่ต่ำกว่า ถึงแม้จะมีอัตราที่ต่ำกว่าแต่พบว่าผู้สูบบุหรี่ยังคงมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องและยังมีกลุ่มวัยรุ่นหรือนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ที่มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 99.58 อยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 65.27 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.36 และช่วงอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 14.37 ตามลำดับ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ให้การช่วยเลิกบุหรี่กับผู้ใหญ่ในกลุ่มที่สมัครใจเลิกบุหรี่ซึ่งมีทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดีด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดแบบเข้มข้นโดยการให้ความรู้แบบกลุ่มๆละ 50 คนใช้เวลา 6 ชั่วโมงในช่วง 1 วันมีเนื้อหาและกิจกรรมประกอบด้วยอันตรายจากการสูบบุหรี่ผ่านสื่อการสอนที่เป็น Power point ที่สร้างขึ้นเอง แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน พร้อมกับแจกเอกสารแผ่นพับซึ่งได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิธรรมรักษ์ไม่สูบบุหรี่ พบว่ามีผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ทั้งหมด 91 คน สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงได้ในระยะเวลา 1 เดือนจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 51.64 และผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ที่ระยะติดตาม 12 เดือนจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 ซึ่งพบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมีน้อย ทำให้หน่วยงานไม่บรรลุตามเกณฑ์

จากการติดตามและประเมินผลพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จเกิดจากตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถทนต่ออาการถอนนิโคติน(withdrawal syndrome) และอยากบุหรี่(craving)ได้ ร้อยละ 80 มีการใช้บุหรี่เพื่อลดความเครียดร้อยละ 74.28 ไม่เชื่อมั่นตนเองว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 66.67 ขาดความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 49.85 ด้านวิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ผู้สูบบุหรี่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนที่ทำงานด้วยกันซึ่งผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 71.42 เป็นผู้ดื่มสุรา หลังเลิกงานจะมีการสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนทำให้มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นขณะดื่มสุรา ด้านผู้ให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เกี่ยวกับ

กระบวนการในการผลักดันให้ผู้สูบบุหรี่ ทำให้วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนและเป็นไปในแนวเดียวกัน ส่วนระบบการจัดให้บริการและการติดตามผลจากเจ้าหน้าที่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าวจึงมีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ไม่สำเร็จ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวัน, 2552)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลชุมชนเป็นผู้ดูแลสุขภาพประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวัน ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูบบุหรี่ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเข้าถึงการบริการช่วยเลิกบุหรี่และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการในการช่วยเลิกบุหรี่ ทำให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นรวมถึงเป็นการตอบสนองต่อนโยบายในการควบคุมการสูบบุหรี่ของหน่วยงานและประเทศชาติอีกด้วย

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

- 1) ได้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่
- 2) มีการนำแนวปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเกิดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อนำไปใช้ในการช่วยผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่
- 3) พยาบาลมีความรู้และทักษะในการบำบัดผู้ติดบุหรี่
- 4) ลดอัตราการติดบุหรี่ในผู้ใหญ่ของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยมีขั้นตอนในการศึกษาประกอบด้วย วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการประเมินระดับและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละวิธีการดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย กรอบการสืบค้นและขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้กรอบ PICO Framework ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) เป็นแนวทางในการสืบค้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

P (Population) : ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ (Adult smoker(s))

I (Intervention) : การเลิกบุหรี่ (Smoking cessation)

C (Comparison) : ไม่มีการเปรียบเทียบ Intervention ในการศึกษาครั้งนี้

O (Outcome) : เลิกสูบบุหรี่ (Quit smoking)

2) ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย

2.1) การกำหนดคำสำคัญ (Key word) ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ จากกรอบการตั้งคำถามเพื่อการสืบค้นสามารถกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้ดังต่อไปนี้ adult smoker(s), ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่, smoking cessation, การเลิกบุหรี่, การงดสูบบุหรี่, quit smoking, เลิกสูบบุหรี่

2.2) การกำหนดฐานข้อมูล/แหล่งการสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้คำสำคัญที่กำหนดไว้มาค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง สามารถทำได้ด้วยวิธีการต่างๆดังนี้

2.2.1) การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ทางอินเทอร์เน็ตโดยทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นบทความ รายงานการวิจัย จากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ CINAHL, Cochrane, PubMed, ScienceDirect ซึ่งถือว่าเป็นฐานข้อมูล ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีบริการผ่านทางระบบข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล และ บทความ วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศ ที่เป็นเอกสารฉบับเต็ม

2.2.2) การสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) โดยทำการ สืบค้นข้อมูลจากวารสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น วารสารยาสูบ วารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสาร พยาบาลศาสตร์

2.3) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

2.3.1) งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่

2.3.2) งานวิจัยที่ให้การช่วยเหลือเลิกบุหรี่ด้วยการบำบัดด้าน ความคิด(Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy)

2.3.3) งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2003-2012 (พ.ศ. 2546-2555) 2.3.4 งานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยและเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ที่สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้

2.3.5) งานวิจัยระดับ 1, 2 และ 3 ซึ่งเป็นหลักฐานจากการ ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) และงานวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (Controlled trials without randomization หรือ Quasi-experimental design)

2.3.6) งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ในการเลิกบุหรี่ (Quit smoking)

2.4) กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2.4.1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เพศหญิง ผู้สูบบุหรี่ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ผู้สูบบุหรี่ที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้สูบบุหรี่ติดสารเสพติด

2.4.2) เป็นงานวิจัยที่ให้การช่วยเหลือเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการ แพทย์ เช่น การใช้ยาช่วยเหลือเลิกบุหรี่ การฝังเข็ม การสะกดจิต เป็นต้น และการใช้โทรศัพท์แบบสาย ค่วน

2.4.3) การวัดผลลัพธ์ไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา

2.4.4) งานวิจัยที่ได้เป็นเรื่องเดียวกันแต่พบในฐานข้อมูลที่ ต่างกัน

2.2 วิธีการประเมินระดับและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกของ Melnyk & Fineout-Overholt (2011) มาพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ตามตาราง 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัด

ระดับงาน	ชนิดของหลักฐาน
ระดับ 1	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ(Systematic Review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized Controlled Trial: RCT)
ระดับ 2	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี (Well-designed Randomized Controlled Trial: RCT)
ระดับ 3	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี (Well-designed controlled trials without randomization หรือ Quasi-experimental design)
ระดับ 4	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า(Cohort studies) หรือย้อนหลัง (Case-control studies) ที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี
ระดับ 5	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ(Systematic review of descriptive or qualitative studies)
ระดับ 6	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (Single descriptive or qualitative studies)
ระดับ 7	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและ/หรือรายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ(Opinion of authorities and/or reports of expert committees)

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ตามแนวคิดของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) ซึ่งมีหัวข้อการประเมินงานวิจัย 3 ประการ ดังนี้

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)

มีประเด็นที่พิจารณาดังนี้ งานวิจัยที่ได้ตรงกับประเด็นหรือมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาการช่วยเหลือนุรรี สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในการแก้ไขปัญหาการช่วยเหลือนุรรี ทำให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือนุรรีเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ยุติการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาการช่วยเหลือนุรรีที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงและผลของงานวิจัยนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ

2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit)

ประเด็นหลักในการประเมินคือ การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสม สอดคล้องกัน ตั้งแต่ ชื่อเรื่อง ตัวแปร คำถามหรือสมมติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย การออกแบบการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ หลักฐานที่แสดงว่าได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยสรุปและอภิปรายผล ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ศึกษาเมื่อประเมินคุณภาพตามขั้นตอนแล้วมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือนุรรีสำหรับวัยผู้ใหญ่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งความน่าเชื่อถือของงานวิจัย คณะผู้วิจัย และงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ

3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ พิจารณาใน 3 ประเด็นดังต่อไปนี้

3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) โดยพิจารณาความเหมาะสมในการนำรูปแบบการช่วยเหลือนุรรีไปใช้กับหน่วยงาน เช่น กลุ่มประชากรในงานวิจัยเป็นผู้สูบบุหรี่ยุติการสูบบุหรี่เหมือนกลุ่มประชากรของหน่วยงาน ขั้นตอนและวิธีการเหมาะสมกับสถานการณ์ในหน่วยงานที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาถึงความพร้อมของหน่วยงาน และรูปแบบการปฏิบัติงานในหน่วยงาน รวมทั้งจำนวนผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่จะได้รับประโยชน์ และมีปรัชญาการดูแลคล้ายคลึงกัน

3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of the finding) โดยพิจารณาถึงความสามารถของพยาบาลในการนำรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ไปใช้ตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ รวมไปถึงกองทุนสุขภาพระดับตำบล ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือในหน่วยงานที่ใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงาน ความยุ่งยากของวิธีการ ซึ่งแนวทางที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงผสมผสานไปกับการปฏิบัติงานประจำโดยไม่เพิ่มภาระงาน

3.3) ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) โดยประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ต้องการเลิกบุหรี่จากวิธีการที่ได้จากงานวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ต้องการเลิกบุหรี่เมื่อเทียบกับการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากการใช้รูปแบบเดิมในการดูแล เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบใหม่ รวมทั้งพิจารณาถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

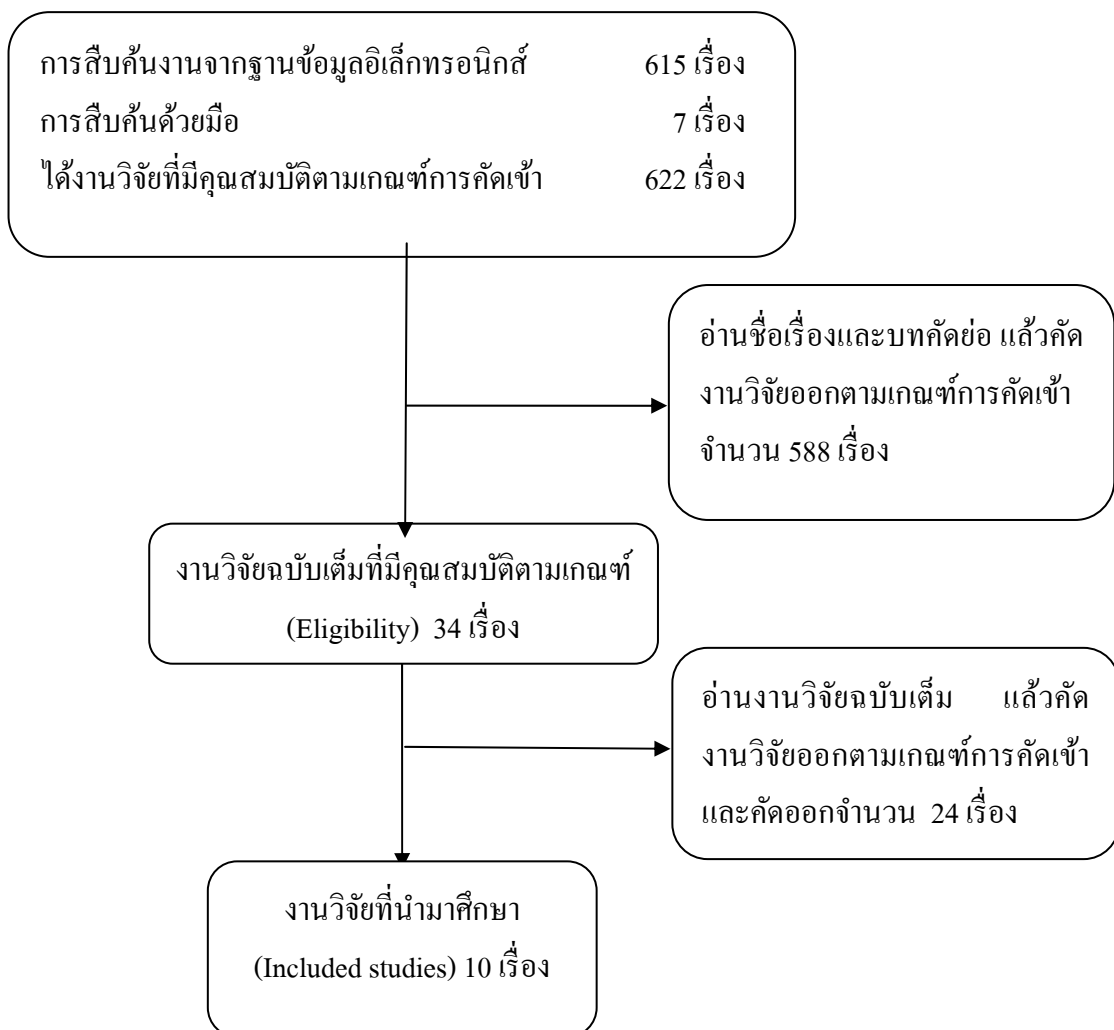
หลังจากประเมินระดับและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างครบถ้วนแล้ว นำงานวิจัยที่ได้มาสกัดข้อมูลและพิจารณาสรุปลงในตารางที่ละเรื่อง ซึ่งประกอบด้วยผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ วัตถุประสงค์ ระดับงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการจัดกิจกรรม ผลการวิจัย สรุปเพื่อนำไปใช้ได้จริงในคลินิก จากนั้นทำการสรุปประเด็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องในภาพรวม ประมวลเรื่องหรือประเด็นสำคัญที่ได้จากงานวิจัยเป็นหมวดหมู่และนำเสนอข้อสรุปประเด็นจากงานวิจัยเป็นความเรียง ซึ่งเป็นข้อแนะนำในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

บทที่ 3

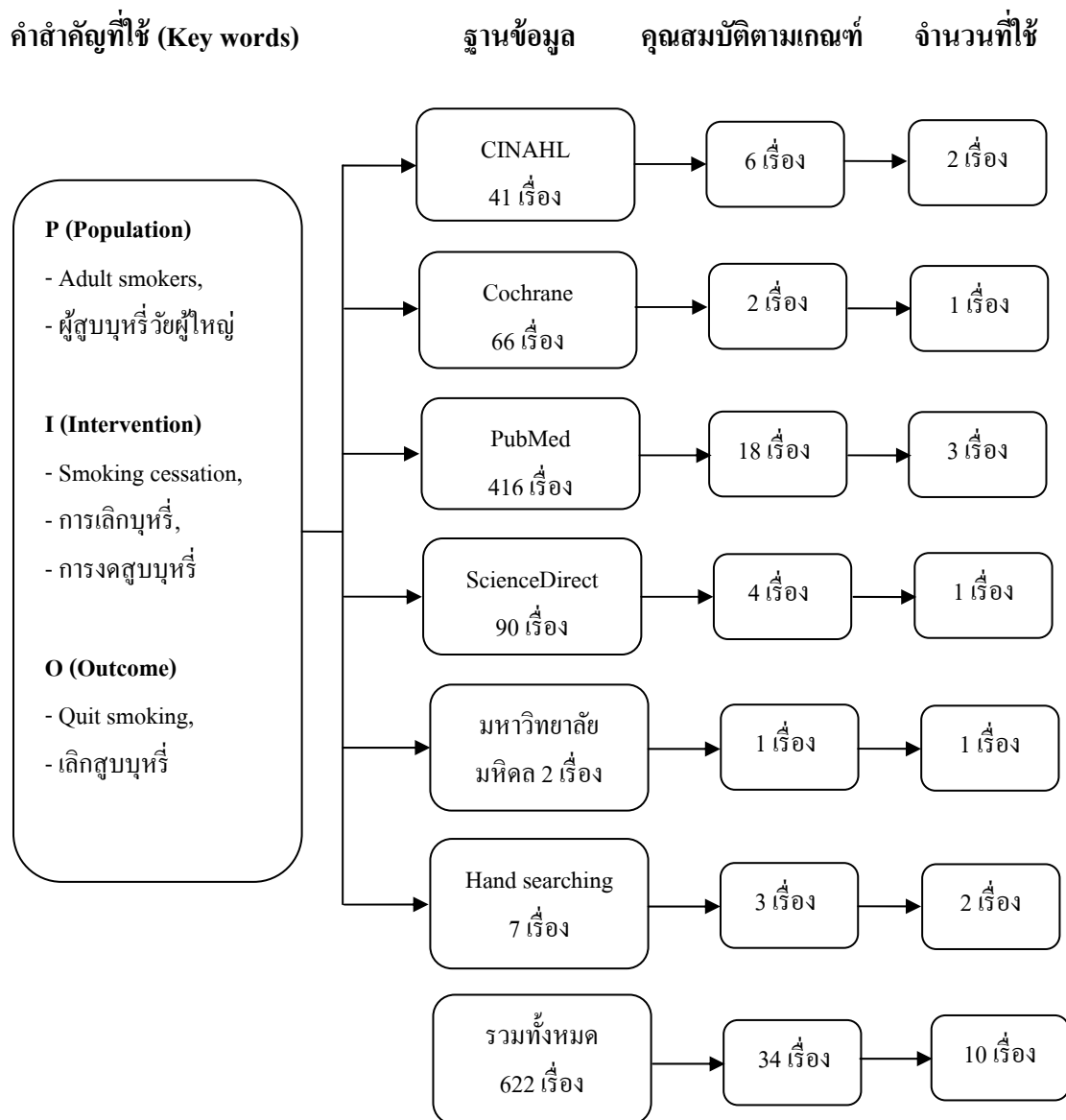
ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

จากการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือลูกหนูสำหรับวัยผู้ใหญ่เพื่อช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยมีขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 3.1 และ 3.2



แผนภาพที่ 3.1 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์



แผนภาพที่ 3.2 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) จำนวน 622 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databases) จำนวน 615 เรื่องและการสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) จำนวน 7 เรื่อง หลังจากนั้นได้ดำเนินการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 34 เรื่อง และดำเนินการอ่านหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดฉบับเต็ม (Full text) โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คงเหลือหลักฐานเชิงประจักษ์ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาจำนวน 10 เรื่อง

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษาทั้งหมด 10 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trial) จำนวน 6 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic searching) จำนวน 8 เรื่อง และจากการสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) จำนวน 2 เรื่อง และเมื่อนำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-overholt (2011) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง และงานวิจัยระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์	ชื่อเรื่องงานวิจัย	วิธีการ/ระดับ ของงานวิจัย	ฐานข้อมูล
1	Borrelli, et al. (2005).	Home health care Nurses as a new Channel for smoking cessation Treatment: Outcomes from Project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking)	Randomized Controlled Trial ระดับ 2	Science Direct
2	Romand, et al. (2005).	A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2	CINAHL
3	Zheng, et al. (2007).	Randomized controlled trial of group intervention based on social cognitive theory for smoking cessation in China.	Randomized Controlled Trial ระดับ 2	PubMed
4	Smith, P. M. & Burgess, E. (2009).	Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease	Randomized Controlled Trial ระดับ 2	PubMed

ตารางที่ 3.1 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์	ชื่อเรื่องงานวิจัย	วิธีการ/ระดับ ของงานวิจัย	ฐานข้อมูล
5	Stead, L. F. & Lancaster, T. (2009).	Group behavior therapy programmes for smoking cessation (Review)	Systematic Review ระดับ 1	Cochrane
6	พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ ไตรภาค, สิรินคร กลัมพากรและ สุณีย์ ละกะปิ่น. (2553).	ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอด้าย จังหวัดนครปฐม	Quasi - Experimental design ระดับ 3	มหาวิทยาลัยมหิดล
7	Chan, et al. (2011).	A randomized controlled trial of stage-matched intervention for smoking cessation in cardiac out-patient	Randomized Controlled Trial ระดับ 2	CINAHL
8	Wangberg, et al. (2011).	Effect of Tailoring in an Internet-Based Intervention for Smoking Cessation: Randomized Controlled Trial	Randomized Controlled Trial ระดับ 2	PubMed
9	กิริดา ไกรนุวัตร และ อรุณรัตน์ คันทา. (2554).	ผลของโปรแกรมและต้นทุนต่อหน่วยของโปรแกรมช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล.	Quasi - Experimental design ระดับ 3	วารสารพยาบาลสาธารณสุข
10	ธนิดา คงสมัย. (2554).	ผลของโปรแกรมหลักกิตติบาท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเลิกสูบบุหรี่.	Quasi - Experimental design ระดับ 3	วารสารพยาบาลศาสตร์

เหตุผลในการคัดออก

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 622 เรื่อง คัดออกจำนวน 612 เรื่อง คงเหลือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 10 เรื่อง เหตุผลในการคัดหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเนื่องจาก

1) ลักษณะของกลุ่มประชากรไม่ตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา เช่น เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่วัยรุ่น วัยผู้สูงอายุ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เพศหญิง เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผู้ต้องขังหญิง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่มีอาการป่วยทางจิต ผู้ที่ติดสารเสพติด เป็นต้น

2) รูปแบบการช่วยเหลือบุหรี่ที่ไม่ใช่การบำบัดทางด้านการคิดและพฤติกรรมบำบัด เช่น การช่วยเหลือบุหรี่ด้วยวิธีการใช้ยา การช่วยเหลือบุหรี่โดยใช้ยาเป็นหลักและเสริมด้วยพฤติกรรมบำบัด การช่วยเหลือบุหรี่โดยใช้โทรศัพท์แบบสายด่วน (Quit line) การฝังเข็ม การใช้โยคะ การออกกำลังกาย การสะกดจิต การให้รางวัลโดยใช้เงินเป็นสิ่งจูงใจ และการใช้รูปแบบผสมผสาน เช่น การใช้พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มร่วมกับการแนะนำให้ซื้อยาช่วยเหลือบุหรี่ตามร้านขายยาและการติดตามดูแลสนับสนุนจากอาสาสมัครในชุมชน

3) การประเมินผลลัพธ์ไม่ตรงกับผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา เช่น ลดการสูบบุหรี่ มีความตั้งใจ หรือมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ มีระดับของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้น

4) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกบุหรี่ ปัจจัยทำนายต่อการช่วยเหลือบุหรี่ การศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ระบุถึงวิธีการช่วยเหลือบุหรี่ให้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา

5) งานวิจัยที่ได้เป็นเรื่องเดียวกันแต่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) มาใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีประเด็นในการพิจารณาดังนี้

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 10 เรื่องพบว่าเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากงานวิจัยทั้ง 10 เรื่องเป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับปัญหาทางคลินิก ส่วนวิธีการช่วยเลิกบุหรี่เป็นวิธีการที่ไม่ใช้ยา ซึ่งมีรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยมีงานวิจัย 4 เรื่องที่ช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้การศึกษาและการแนะนำให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ทั้งต่อหน้าและทางโทรศัพท์ การให้การศึกษาแบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) ตามระยะของความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (stage-matched) และการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลด้วยการส่งข้อความทางอินเทอร์เน็ต (tailored messages) ซึ่งมีผลต่อการช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ (Borrelli, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011; Wangberg, Nilsen, Antypas & Gram, 2011) และมีงานวิจัย 6 เรื่องที่ช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มด้วยวิธีการให้ความรู้ การให้ข้อมูล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะในการเลิกบุหรี่ซึ่งมีผลต่อการช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาดา, สิรินคร กลัมพากร และสุนีย์ ละกำปิ่น, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ธนิดา คงสมัย, 2554; Romand, Gourgou & Sancho-Garnier, 2005; Zheng, et al., 2007; Stead & Lancaster, 2009) และการวัดผลการศึกษา จากงานวิจัยทั้ง 10 เรื่องพบ 6 เรื่องมีการวัดจำนวนการเลิกบุหรี่ด้วยการสอบถามการเลิกบุหรี่ (self-reported) และจากงานวิจัย 6 เรื่องมีการยืนยันผลการเลิกบุหรี่โดยใช้การตรวจวัดทางด้านชีวเคมีจำนวน 4 เรื่องและการสอบถามจากเพื่อนหรือสมาชิกภายในครอบครัว 2 เรื่อง เพื่อยืนยันการรายงานเลิกบุหรี่จาก self-reported ทำให้การประเมินผลการเลิกบุหรี่มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น ดังนั้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จึงมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาการเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ และสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในหน่วยงานได้

2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 10 เรื่องเมื่อนำมาประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-overholt (2011) พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่องและระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จำนวน 1 เรื่องมีการบอกวัตถุประสงค์ในการทบทวนงานวิจัยอย่างชัดเจน มีการรายงานถึงขั้นตอนการสืบค้นงานวิจัยอย่าง

เป็นระบบเพื่อหางานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีการอธิบายเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยเข้าและคัดออก มีการอธิบายถึงการประเมินงานวิจัยที่รวบรวมไว้และเกณฑ์ในการประเมินมีความเหมาะสม มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยในแต่ละเรื่องที่คัดเลือกรมา Review อย่างเพียงพอ มีการอธิบายถึงวิธีการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการช่วยเหลือกบหรีและการวัดผลลัพธ์ รวมถึงขั้นตอนการสกัดและการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างชัดเจน

งานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trial) จำนวน 6 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศทั้งหมด 6 เรื่อง มีการออกแบบการวิจัยที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มีการอธิบายถึงการได้มาอย่างชัดเจน สำหรับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ใช้เครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความตรงแล้ว รวมไปถึงงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีการสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลไว้อย่างชัดเจน

งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) จำนวน 3 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยในประเทศไทยทั้งหมด 3 เรื่อง การออกแบบการวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แม้จะไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ผู้วิจัยได้พยายามลดอคติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลอง โดยมีการทดสอบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มีการอธิบายถึงการได้มาอย่างชัดเจน สำหรับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ใช้เครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความตรงแล้ว รวมไปถึงงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีการสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลไว้อย่างชัดเจน

3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 10 เรื่องเมื่อนำมาประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ โดยพิจารณาใน 3 ประเด็นดังต่อไปนี้

3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 10 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ติดบหรีวัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ติดบหรีของหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ และมีงานวิจัยจำนวน 6 เรื่องที่พยาบาลเป็นผู้ให้การบำบัดช่วยผู้ติดบหรีให้เลิกบหรี โดยพยาบาลต้องได้รับการฝึกอบรมให้

ความรู้ ทักษะในการบำบัดผู้ติดบุหรี่และสามารถให้การปรึกษาและการเสริมสร้างแรงจูงใจในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ และวิธีการที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่เป็นการช่วยเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาด้วยการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถนำรูปแบบวิธีการช่วยเลิกบุหรี่จากงานวิจัยไปช่วยในการตัดสินใจ เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ตลอดจนวิธีการให้ความรู้และกระบวนการในการช่วยเลิกบุหรี่ได้มีการนำแนวคิด/ทฤษฎีต่างๆมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ การใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change model) และการใช้แนวคิดหลักอทิบาท 4 ในการสร้างแรงจูงใจในการช่วยเลิกบุหรี่ ตลอดจนการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ซึ่งผลจากกระบวนการของกิจกรรมช่วยผลักดันให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในบริบทของหน่วยงานได้

3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of the finding)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาทั้ง 10 เรื่อง เป็นการช่วยเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิดหรือการทำพฤติกรรมบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลชุมชนมีเอกสิทธิ์และสามารถนำมาปฏิบัติได้ตามขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล รูปแบบกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่มีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลจากงานวิจัยพบ 1 เรื่องที่มีการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยวิธีการสร้างแรงจูงใจรายบุคคลที่บ้านจากพยาบาล Home health care nurse (Borrelli, et al., 2005) ที่ผ่านการอบรมและมีทักษะในการให้การปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ซึ่งมีความเป็นไปได้สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะนำไปประยุกต์ใช้ช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชนได้ขึ้นให้ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการช่วยเลิกบุหรี่ ส่วนวิธีการช่วยเลิกบุหรี่รายกลุ่มอาจจะต้องมีการปรับจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมาย ส่วนการประเมินผลจากงานวิจัยพบ 1 เรื่องที่ใช้วิธีรายงานการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองและยืนยันการเลิกโดยใช้เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว (Smith & Burgess, 2009) ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานเนื่องจากไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษในการประเมินผลลัพธ์สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้รูปแบบการติดตามและสนับสนุนผู้เลิกบุหรี่หลังจากสิ้นสุดการบำบัดพบว่ามีการวิจัย 2 เรื่องที่มีการใช้โทรศัพท์ติดตามสนับสนุนและให้กำลังใจเป็นระยะส่งผลช่วยให้อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จได้มากขึ้น (Borrelli, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) เป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวกแต่ต้องมีการประสานงานกับกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อจัดทำแผนในการสนับสนุนงบประมาณในการช่วยเลิก

บุหรี ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานเพียงแต่ต้องมีการนำไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่หน่วยงานตั้งอยู่เพื่อสามารถช่วยเหลือบุหรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3) ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 10 เรื่อง เป็นการช่วยเหลือบุหรีโดยไม่ใช้ยา ด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมบำบัดและซึ่งรูปแบบของกิจกรรมภายในโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้โดยไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ต้องการเลิบบุหรี นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดช่วยเหลือบุหรีโดยไม่ใช้ยามีความคุ้มค่า จากงานวิจัยจำนวน 1 เรื่องที่ใช้ต้นทุนในการช่วยเหลือบุหรีในอัตราที่ต่ำเฉลี่ยรายละ 2,266 บาท แต่สามารถช่วยเหลือบุหรีได้ในอัตราที่สูง (กิริดา ไกรนุวัตร และ อรุณรัตน์ คันธา, 2554) หากเปรียบเทียบกับกรเลิบบุหรีด้วยยาซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการช่วยเหลือบุหรีในผู้ป่วย 1 ราย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย 1 เรื่องที่สนับสนุนให้เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยประเมินผลลัพธ์เพื่อยืนยันการเลิบบุหรี (Smith & Burgess, 2009) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัดและเกิดความคุ้มค่ามากกว่าการตรวจวัดทางด้านชีวเคมี ดังนั้นหน่วยงานสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือบุหรีเพื่อให้การปฏิบัติทางการพยาบาลช่วยเหลือบุหรีมีคุณภาพ ปลอดภัย คุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อผู้ต้องการเลิบบุหรีเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆอันเกิดจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลงได้

เมื่อได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับและคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 10 เรื่องมาทำการสกัดข้อมูลแล้วสรุปผลลงตารางที่ละเรื่อง (Collective table) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 1. Bottelli et al., (2005).	เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการเลิก บุหรี่ให้กับผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่บ้าน ด้วยวิธีการเสริม สร้างแรงจูงใจ (ME)กับการดูแล ตามมาตรฐาน(SC) /RCT ระดับ 2	เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อายุมากกว่า 18 ปี สูบบุหรี่ ≥ 3 มวน/วัน นานกว่า 1 ปี จำนวน 273 คน สุ่มเป็นกลุ่ม ME จำนวน 129 คน และกลุ่ม SC จำนวน 144 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการ เลิกบุหรี่ที่บ้าน ด้วยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล จากพยาบาล Home health care nurse ที่ผ่านการ ฝึกอบรมแล้ว จำนวน 3 ครั้งๆละ 20 -30 นาที โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจและสร้างการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการเลิกบุหรี่พร้อมให้สื่อคู่มือเลิกบุหรี่ ด้วยตนเองและมีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ในเวลา 5 นาที ประเมินผลลัพธ์ที่ระยะหลัง สิ้นสุดการบำบัด, 2, 6, 12 เดือน ด้วยวิธีสอบถาม การเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ ด้วยการตรวจวัด CO < 10 ppm ที่ระยะ 12 เดือน	กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิก บุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) ที่ระยะหลังสิ้นสุด การบำบัด, 2, 6 และ 12 เดือน และจากการวัดปริมาณ CO ที่ ระยะ 12 เดือนพบว่ากลุ่ม ทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้ มากกว่ากลุ่มควบคุม (OR= 1.7; 95% CI = 0.7-4.3)	-การช่วยเหลือกันหรือรายบุคคล ให้กับผู้สูบบุหรี่ที่บ้านด้วย วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจและ สร้างการรับรู้ความสามารถของ ตนเองจากพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที พร้อมให้ สื่อคู่มือมีการติดตามให้กำลังใจ ทางโทรศัพท์ และมีการ ประเมินผลเป็นระยะเป็น ช่องทางหนึ่งเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ สามารถช่วยเหลือกันหรือได้ -ผู้บำบัดต้องผ่านการฝึกอบรม ก่อนเพื่อให้มีทักษะการให้การ ปรึกษาและการสัมภาษณ์เพื่อ สร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดการกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 2. Romand, et al. (2005).	เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของ โปรแกรม 5 วัน (FDP) ในการช่วย เลิกบุหรี่ /RCT ระดับ 2	ผู้สูบบุหรี่อายุ 18 ปี ขึ้นไป สมรรถภาพและมี ความตั้งใจในการเลิก บุหรี่ จำนวน 228 คน ถูกสุ่มเป็นกลุ่ม ทดลองจำนวน 119 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 109 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรม 5 วันเลิกบุหรี่ (FDP) แบบกลุ่มจากนักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพ มีสมาชิกกลุ่ม 4-27 คนเข้ากลุ่ม 6 ครั้งๆ ละ 90 นาที ครั้งแรกเป็นการเตรียมความพร้อม โดยอภิปรายบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพยาธิ สรีรวิทยา จิตวิทยาและความคิด 1-2 สัปดาห์ ต่อมาเข้ากลุ่มติดต่อกัน 5 วันในช่วงเย็น เนื้อหา เน้นการให้ข้อมูลเพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ ฝึก ทักษะการจัดการทางร่างกายและพฤติกรรมเมื่อ เกิดอาการขาดนิโคติน การควบคุมความคิดอยาก สูบบุหรี่ การเพิ่มความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ ให้ คำปรึกษาหลังสิ้นสุดการบำบัดติดตามประเมิน ผลลัพธ์ที่ ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน โดยส่ง แบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือรายงานการเลิก บุหรี่ทาง โทรศัพท์(Self-reported) หากไม่ได้รับ จะติดตามเยี่ยมที่บ้าน และที่ระยะ 12 เดือนยืนยัน การเลิกบุหรี่ด้วยการ วัด CO < 10 ppm	กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิก บุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน และ จากการวัดปริมาณ CO ที่ ระยะ 12 เดือนพบว่ากลุ่ม ทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004)	- การช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มด้วย พฤติกรรมบำบัด โดยอบรม ต่อเนื่อง 5 วันติดต่อกันครั้งละ 90 นาที เน้นการให้ข้อมูล ฝึก ทักษะและความคิดในการจัดการ กับอาการขาดนิโคตินและอยาก บุหรี่ มีผลต่อการปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรมในการ เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ สามารถเลิกบุหรี่ได้ - การจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ควร ยึดตามความสะดวกของผู้เลิก บุหรี่ - ควรมีการประสานกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายขอความร่วมมือและสนับสนุนนักจิตวิทยา หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อ ร่วมทีมในการช่วยเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 3. Zheng, et al. (2007).	เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของ โปรแกรมการเลิก บุหรี่แบบกลุ่ม โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเรียนรู้ทาง สังคม (social cognitive theory) / RCT ระดับ 2	สูบบุหรี่ชาวจีนอายุ 18 ปีขึ้นไปและมี ประวัติสูบบุหรี่ มากกว่า 100 มวน ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ จำนวน 225 คนสุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 118 คนและกลุ่มควบคุม 107 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมแบ่งเป็น กลุ่มย่อยกลุ่มละ 13 -15 คน จากนั้นศึกษา จำนวน 3 คนในระยะเวลา 3 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งๆ 2 ชั่วโมง กิจกรรมเน้น การสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและการเรียนรู้ จากบุคคลต้นแบบเพื่อให้เกิดความติดัดดินใจ วางแผนเลิกบุหรี่และมีทักษะในการจัดการกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 6,12 เดือน จาก แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทาง โทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัด Cotinine ในปัสสาวะ < 25 ng/ml	กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ ได้ 6.42 เท่าของกลุ่มควบคุม ที่ระยะ 6 เดือน(OR = 6.42; 95% CI = 2.46 - 13.28; p < 0.001) และปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการเลิกบุหรี่คือความ คาดหวังและการรับรู้ ความสามารถของตนเองด้าน ทักษะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ ได้ได้ในระยะ 6 เดือนควรมีการ ติดตามและกระตุ้นเป็นระยะ -รูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการ เลิกบุหรี่ด้วยการเรียนรู้จาก บุคคลต้นแบบ การกระตุ้นและ เสริมแรงด้วยการให้รางวัล -การบันทึกสถานการณ์ที่ทำให้ สูบบุหรี่ช่วยให้ทราบถึง ตัวกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	-การช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมโดยแบ่งการอบรมเป็นช่วงๆ มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทักษะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ได้ในระยะ 6 เดือนควรมีการติดตามและกระตุ้นเป็นระยะ -รูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ การกระตุ้นและเสริมแรงด้วยการให้รางวัล -การบันทึกสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรี่ช่วยให้ทราบถึงตัวกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดการกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 4. Smith & Burgess. (2009).	เพื่อประเมินผล โปรแกรมการเลิก บุหรี่แบบสังเขป กับแบบเข้ม สำหรับผู้ป่วยในที่ เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลด้วย โรคหัวใจ CABG หรือ MI มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 276 คน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 139 คนและ กลุ่มทดลองจำนวน 137 คน	ผู้ป่วยในที่ได้รับการ รักษาด้วยสาเหตุของ CABG หรือ MI มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 276 คน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 139 คนและ กลุ่มทดลองจำนวน 137 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับการนิเทศแบบสังเกตโดย พยาบาลแนะนำเลิกบุหรี่รายบุคคลข้างเตียงด้วย แผ่นพับอธิบายวิธีการและสถานที่ช่วยเลิกบุหรี่ และบันทึกการแนะนำลงในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อให้ แพทย์ทราบและให้คำแนะนำต่อ จากนั้น ได้รับการนิเทศแบบเข้มจากพยาบาลผู้วิจัยด้วย วิธีการให้ความรู้และคำปรึกษาข้างเตียงประมาณ 45-60 นาทีและมอบสื่อที่เป็นวีดีโอ เทป บันทึกเสียง คู่มือการเลิกบุหรี่กลับไปที่บ้านและ ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 ครั้งในระยะ 2 เดือนครึ่งละ 5-10 นาทีเพื่อป้องกันการกลับมา สูบบุหรี่ซ้ำ ประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 3,6,12 เดือน จากรายงานการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมาและยืนยันการเลิกบุหรี่จากการ สอบถามเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวทาง โทรศัพท์ที่ระยะ 12 เดือน	มีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่ม ทดลองที่ระยะ 3,6 และ 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมี อัตราเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่ม ควบคุม และที่ระยะ 12 เดือน จากการยืนยันการเลิกบุหรี่ จากสมาชิกในครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราเลิก บุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2; 95% CI = 1.3-3.6; p = 0.002)	-การช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลด้วย วิธีการให้ความรู้และคำปรึกษา นาน 45-60 นาทีพร้อมสนับสนุน สื่อคู่มือให้กลับไปศึกษาด้วย ตนเองที่บ้าน -รูปแบบการติดตามทาง โทรศัพท์จากบุคคลเดิมเป็นระยะ และต่อเนื่องในช่วง 2 เดือนมีผล ช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ -รูปแบบการประเมินผล โดยใช้ เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการยืนยันผล การเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 5. Stead & Lancaster. (2009).	1.เพื่อเปรียบเทียบ ผลของโปรแกรม การเลิกลูทรีแบบ กลุ่มกับการให้ คู่มือเลิกลูทรีด้วย ตนเองหรือไม่ ได้รับ โปรแกรม	เป็นงานวิจัยที่สืบค้น จากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์จำนวน 53 เรื่อง เป็นงานวิจัย ที่เปรียบเทียบ โปรแกรมกลุ่มกับ โปรแกรมอื่นๆที่ ไม่ใช่โปรแกรมกลุ่ม หรือไม่ใช่โปรแกรม หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมใดๆจำนวน 34 เรื่อง และเป็นงาน วิจัยที่เปรียบเทียบ โปรแกรมกลุ่มที่มี รูปแบบของ โปรแกรมที่แตกต่างกัน จำนวน 19 เรื่อง	สืบค้นงานวิจัยในเดือน กรกฎาคม 2008 จาก ฐานข้อมูล Cochrane, Medline และ PsycINFO และสืบค้นงานวิจัยด้วยมือจากวารสารด้าน พฤติกรรมศาสตร์ เป็นงานวิจัยเชิงทดลองใน รูปแบบกลุ่ม ลักษณะเป็นการใช้จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทั้งด้านความคิด และพฤติกรรม เลื่อนงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่คัดเลือกเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยนักวิจัย 2 ท่านซึ่งมีอิสระในการคัดเลือกงานวิจัย ถ้า งานวิจัยใดมีความคิดเห็น ไม่สอดคล้องกันจะให้ นักวิจัยคนที่ 3 ตัดสิน การประเมินผลลัพธ์ โดยใช้ Fixed-effect(Mantel-Haenszel) Model	โปรแกรมการเลิกลูทรีแบบ กลุ่มช่วยเพิ่มโอกาสเลิกลูทรี ได้มากกว่า 1.98 เท่าของกลุ่ม ที่ได้รับคู่มือการเลิกลูทรีด้วย ตนเอง นอกนั้นไม่สามารถ สรุปได้เนื่องจากหลักฐานไม่ เพียงพอและรูปแบบของกลุ่ม บำบัดมีความหลากหลาย	-พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มช่วย เลิกลูทรีได้ดีกว่าการให้คู่มือเล็ก นุหรือด้วยตนเอง จำนวนครั้งที่เข้า รับการบำบัดขึ้นอยู่กับช่วง ระยะเวลาและเนื้อหาของ โปรแกรมโดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 6 และ 8 ครั้ง -กิจกรรมภายในโปรแกรมควร สนับสนุนให้มีการควบคุมกับ ตนเองและปัจจัยที่กระตุ้นให้สูบ นุทรี -กิจกรรมภายในกลุ่มควรได้รับ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง ภายในและภายนอกการบำบัด รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา การป้องกันกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และการจัดการอารมณ์และ อยากนุทรี
Systematic review ระดับ 1					

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 6. พิมพ์นิภา ดิศรินทร์ไตร ภาดาและ คณะ (2553)	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม เลิกสูบบุหรี่ต่อ พฤติกรรมการเลิก สูบบุหรี่ของพนักงาน งานในโรงงาน อุตสาหกรรมเป็น ทอดยาว จังหวัด นครปฐม / Quasi - experimental ระดับ 3	เป็นพนักงานชายที่ สูบบุหรี่อายุ 25-59 ปี จำนวน 60 คน เป็น กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ โดย ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ผู้วิจัยและหัวหน้างาน โดยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ 1 ครั้ง เน้นหากิจกรรม ครั้งที่ 1-4 ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที เป็น กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองต่อการเลิกบุหรี่โดยการให้ความรู้ด้วย สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ การพูด โน้มน้าว การเสริม กำลังใจ และการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบเพื่อ กระตุ้น ให้เลิกบุหรี่ กิจกรรมครั้งที่ 5-6 เป็นการ สนับสนุนทางสังคมโดยให้คำปรึกษารายบุคคล คนละ 15 นาทีเพื่อกระตุ้น ให้เลิกบุหรี่ ประเมิน ผลลัพธ์ที่ 1 และ 3 เดือน ด้วยแบบสัมภาษณ์และ แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง	ที่ระยะ 3 เดือนพบว่ากลุ่ม ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้าน พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ความ คาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การ ได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคม และความรุนแรงของ การตัดสินใจตัดสินใจว่ากลุ่ม เปรียบเทียบและก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมี อัตราการเลิกบุหรี่ได้มากกว่า กลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = 0.29$)	-การช่วยเหลือการเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเองแล้ว ควรให้การสนับสนุนทางสังคม รายบุคคลเพื่อให้เกิดความ เชื่อมั่น ในการเลิกบุหรี่ -รูปแบบการให้บริการพยาบาล ชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการจัดให้บริการเชิงรุกใน ชุมชนได้ -การใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับใน การให้ความรู้และใช้แบบบันทึก การสูบบุหรี่รายวันเพื่อกำกับ ตนเองในการสูบบุหรี่มีผลต่อ การช่วยเหลือการเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 7. Chan, et al. (2011).	เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการเลิก บุหรี่โดยให้คำ ปรึกษารายบุคคล ตามทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (stage- matched smoking cessation) สำหรับ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ สูบบุหรี่	เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกมี อายุ ≥ 18 ปี และสูบ บุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ต่อวันในช่วง 7 วันที่ ผ่านมา จำนวน 1,860 คน สุ่มเป็นกลุ่ม ทดลอง 938 คน และ กลุ่มควบคุม 922 คน	กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Transtheoretical Model โดย พยาบาลผู้ให้การปรึกษา ด้วยการประเมินความ พร้อมในการเลิกบุหรี่หลังจากนั้นให้การปรึกษา รายบุคคลแบบ face-to-face นาน 30 นาที การให้ การปรึกษาจะสอดคล้องกับระดับความพร้อมที่ ประเมินได้หลังจากนั้นติดตามผลการให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์นาน 15 นาที ที่ระยะ 1 สัปดาห์และ 1 เดือน ด้วยการประเมินระดับความ พร้อมก่อนแล้วให้การปรึกษาระดับความ พร้อมที่ประเมินได้แต่ละครั้ง ติดตามประเมิน ผลลัพธ์ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน จากระายงานการ เลิกบุหรี่ด้วยตนเองในช่วง 7 และ 30 วันที่ผ่านมา และตรวจวัด $CO \leq 8$ ppm และ Cotinine ใน ปัสสาวะ < 100 ng/ml ที่ระยะ 12 เดือนเพื่อยืนยัน การเลิกบุหรี่	ที่ระยะ 3 เดือนกลุ่มทดลองมี อัตราการเลิกบุหรี่มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = 0.006, p = 0.01$) ที่ระยะ 6 เดือนกลุ่มทดลองมี อัตราการเลิกบุหรี่มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = 0.002, p = 0.05$) ที่ระยะ 12 เดือนกลุ่มทดลอง มีอัตราการเลิกบุหรี่มากกว่า กลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = 0.60, p = 0.55$)	-การช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลด้วย วิธีการให้คำปรึกษาตาม Stage of change และมีการติดตามทาง โทรศัพท์ที่เป็นระยะมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ในระยะ 3 และ 6 เดือนควรมีการ ติดตามกระตุ้นเป็นระยะ - ผู้ให้การบำบัดต้องผ่านการ อบรมและมีความรู้เกี่ยวกับ การ ช่วยเลิกบุหรี่ตาม Stage of change และเทคนิคการให้ คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดการกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 8. Wangberg, et al. (2011).	เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการเลิก บุหรี่ด้วยวิธีการ tailored messages ทางอินเทอร์เน็ต /RCT ระดับ 2	เป็นผู้สูบบุหรี่ มีอายุ > 16 ปี สามารถ เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และมีความพร้อมที่จะ กำหนดวันเลิกบุหรี่ อีก 3 เดือนข้างหน้า จำนวน 2,072 คน สุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 1,029 คนและกลุ่มควบคุม 1,043 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับการช่วยเหลือทาง อินเทอร์เน็ต โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Self-efficacy ประกอบด้วย 1. การให้ข้อมูลในการเลิกบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ โฆษณาการสูบบุหรี่ แนะนำการเลิกบุหรี่ การประเมินระดับการตัดสินใจตัดสินใจด้วยตนเอง 2. การเสริม Self-efficacy ในการเลิกบุหรี่ด้วย การส่งข้อความบน webpage ที่เหมาะสมกับ ปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (Tailored messages) เน้นการส่งข้อความในช่วง 3 เดือนก่อนและหลังกำหนดวันเลิกบุหรี่ เนื่อหา เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิก การกล่าวคำชมที่ เลิกบุหรี่ได้ และจำนวนเงินที่ประหยัดได้ 3. ประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 1, 3, และ 12 เดือน ทางอินเทอร์เน็ตด้วยการสอบถามพฤติกรรม การหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาและการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 1 และ 3 เดือนพบว่ากลุ่ม ทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$, $p = 0.006$) และกลุ่ม ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย เกี่ยวกับการรับรู้ ความสามารถของตนเองใน การเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่ม ควบคุม ($p = 0.01$, $p = 0.002$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระยะ 12 เดือน ($p = 0.91$)	-การช่วยเหลือผู้รายบุคคลด้วย การให้ข้อมูลและส่งข้อความ ช่วยเหลือผู้ที่เหมาะสมกับ ความต้องการของแต่ละบุคคล (tailored-messages) ทาง อินเทอร์เน็ตโดยใช้แนวคิด ทฤษฎี Self-efficacy มีผลช่วยให้ เกิด Self-efficacy ในการเลิก บุหรี่และสามารถช่วยเหลือผู้ ได้ในระยะ short-term การมีการ ติดตามและกระตุ้นเป็นระยะ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่าง ต่อเนื่อง - การใช้อินเทอร์เน็ตช่วยเหลือ ผู้ที่เป็นช่องทางหนึ่งที่เข้าถึงผู้ สูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้นในในยุค ปัจจุบัน

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดการกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 9. กิตดา ไกรนุวัตร และ อรุณ รัตน์ คันธธา. (2554).	เพื่อวิเคราะห์ผล ของโปรแกรมและ วิเคราะห์ต้นทุน ต่อหน่วยของ โปรแกรมเลิกนุหรี	เป็นบุคลากรของ โรงพยาบาลที่สูบ บุหรี มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากกว่า 100 มวนจำนวน 54 คน เป็นกลุ่มทดลอง 27 คนและกลุ่ม เปรียบเทียบ 27 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมช่วยเลิกนุหรีแบบ กลุ่มที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและ ทฤษฎีสัมรรถนะแห่งตนจากพยาบาลจำนวน 5 วันติดต่อกัน วันละ 2 ชั่วโมง เนื้อหากิจกรรมเป็น การฝึกให้มีพลังความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน ต่อการเลิกนุหรี ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการถอนและอยกนุหรี หลังบำบัดนั้น ติดตามเดือนละ 1 ครั้งๆ 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 เดือนด้วยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการเลิกนุหรี ประเมินผลลัพธ์ที่ ระยะ 3 เดือน จากแบบบันทึกการสูบบุหรี่และ แบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	-ระยะ 3 เดือน กลุ่มทดลอง เลิกนุหรี ได้อัตราร้อยละ 59.25 มากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบซึ่ง ไม่มีผู้เลิกนุหรี ได้ -ต้นทุนในการช่วยเหลือเลิกนุหรี รายละ 2,266 บาท เป็นต้นทุน ผู้ให้บริการ 1,987 บาทและ ต้นทุนผู้เข้าร่วม 280 บาท เฉลี่ยวันละ 56 บาท	-การเลิกนุหรีด้วยพฤติกรรม บำบัดแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีการ เรียนรู้ทางสังคมและสมรรถนะ แห่งตนติดต่อกัน 5 วัน มีผลให้ ได้รับการเสริมพลังความคิดบวก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแก้ปัญหาอาการอยกนุหรี ต่อเนื่องช่วยให้เลิกนุหรีได้ -รูปแบบการติดตามประชุมกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง 3 เดือน ติดต่อกันช่วยให้มีกำลังใจ ในการต่อสู้กับอาการอยกนุหรี มีผลช่วยให้เลิกนุหรีได้

ตารางที่ 3.2 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	วัตถุประสงค์/ ระดับงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการจัดการกิจกรรม	ผลการวิจัย	สรุปนำไปใช้
เรื่องที่ 10. ธนิดา คงสมัย, (2554)	เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมหลัก โภชนาการ 4 ในการ เสริมสร้างแรงจูง ใจภายในเพื่อการ เลิกสูบบุหรี่ / Quasi- experimental ระดับ 3	อายุตั้งแต่ 18 ปี สูบ บุหรืมากกว่า 1 มวน ต่อวันและสูบบุหรี่ มากกว่า 1 ปี จำนวน 48 คน เป็นกลุ่ม ทดลอง 24 คนและ กลุ่มควบคุม 24 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วย หลักโภชนาการ 4 จากพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มละ 4-8 คน เข้ากลุ่ม 7 ครั้งๆละ 2-3 ชั่วโมง ใน ระยะเวลา 21 วัน เน้นหากิจกรรมครั้งที่ 1-4 ติดต่อกันเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในโดย การส่งเสริมให้เกิดจินตนาการให้ความรู้จากวิ ดิทัศน์เพื่อกระตุ้นให้กำหนดเป้าหมายเลิกบุหรี่ วิธีการออกพบต่อการออกยากและถอนบุหรี่ จิต ตะกระตุ้นให้ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย และ วิ่งออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต่อการเลิกบุหรี่ รวมถึงการเสริมแรงและให้กำลังใจ กิจกรรมครั้งที่ 5-7 เน้นการติดตามโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาล้างเลิกบุหรี่ประเมินผลลัพธ์ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด(21 วัน) ด้วยแบบวัด แรงจูงใจภายในฉบับผู้ใหญ่	หลังสิ้นสุดการบำบัดที่ระยะ 21 วัน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า คะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจ ภายในมากกว่าก่อนการ ทดลองและกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเลิกบุหรี่ได้อย่างร้อยละ 50 มากกว่ากลุ่มควบคุมอัตรา ร้อยละ 4.16	-การช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มขนาด เล็ก มีการอบรมต่อเนื่อง ติดต่อกัน 4 วัน โดยใช้หลักอิทธิ บาท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ภายในและมีการติดตามโดยใช้ กระบวนการกลุ่มเป็นระยะจะมีผล ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการเลิก บุหรี่และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 10 เรื่อง เพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือคนสูบบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ 3 ประเด็น คือ คุณลักษณะผู้ติดบุหรี่ วิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่ และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) **คุณลักษณะผู้ติดบุหรี่** ก่อนให้การช่วยเหลือคนสูบบุหรี่ควรมีการประเมินลักษณะของผู้ติดบุหรี่ปีก่อน เพื่อทราบถึงข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสูบบุหรี่และระดับการติดนิโคติน ทำให้สามารถวางแผนช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ได้เหมาะสมกับผู้ติดบุหรี่แต่ละบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1) ข้อมูลส่วนบุคคล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง ได้มีการสอบถามถึงข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ติดบุหรี่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและอยู่ในช่วงวัยทำงาน โดยมีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด 33 ปีและมากที่สุด 58 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง(อายุ 25-40 ปี) มากที่สุดจำนวน 5 เรื่อง (พิมพันธ์ภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ธนิตา คงสมัย, 2554; Romand, et al., 2005; Wangberg, et al., 2011) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย(อายุ 41-59 ปี) จำนวน 4 เรื่อง (Borrelli, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) ซึ่งมีทั้งเพศชายและเพศหญิงแต่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับมัธยมปลาย ส่วนด้านสุขภาพมีทั้งภาวะสุขภาพปกติจำนวน 6 เรื่อง มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 เรื่องและอีก 1 เรื่องเป็นผู้สูบบุหรี่ทั้งที่มีภาวะสุขภาพปกติและมีภาวะเจ็บป่วย แต่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารทั้งการพูด การเขียน การมองเห็นและการได้ยิน ไม่มีภาวะบกพร่องทางจิตหรือได้รับยาต้านเศร้า

1.2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง มีการสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้ติดบุหรี่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนต่อวันขึ้นไปแต่พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 9 มวนต่อวัน (พิมพันธ์ภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553) และมากที่สุด 22 มวนต่อวัน (Smith & Burgess, 2009) ส่วนระยะเวลาในการสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ปีก่อนตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป แต่โดยเฉลี่ยพบว่ามีระยะเวลาสูบบุหรี่ปีก่อนน้อยที่สุด 15 ปี(พิมพันธ์ภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553) มากที่สุด 42 ปี (Borrelli, et al., 2005) และเคยพยายามเลิกบุหรี่มากกว่า 1 ครั้ง

1.3) ระดับการติดนิโคติน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง มีการประเมินระดับการติดนิโคตินของผู้ติดบุหรี่ปีก่อนให้การช่วยเหลือคนสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถามของ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ซึ่งพบว่าผู้ติดบุหรี่มีการติดนิโคตินตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับสูง แต่ส่วนใหญ่ติดนิโคตินระดับน้อย (0-3 คะแนน) (พิมพันธ์ภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ,

2553; ธนิตา คงสมัย, 2554; Chan, et al., 2011) ถึงระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007)

2) วิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่ จากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 10 เรื่อง สามารถจัดวิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาได้ 2 ประเภทคือ การบำบัดด้านความคิด และพฤติกรรมบำบัด

2.1) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง พบ 8 เรื่องที่ให้การช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิด ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดทฤษฎี/เทคนิค กิจกรรมที่ให้ และการติดตาม

2.1.1) แนวคิดทฤษฎี/เทคนิค ที่นำมาใช้มีดังนี้

2.1.1.1) ทฤษฎีขั้นตอนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง พบ 1 เรื่อง กิจกรรมที่ให้ เป็นการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) ตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage-matched (Chan, et al., 2011) ด้วยพยาบาลให้การปรึกษา (nurse counseling) ที่ผ่านการฝึกอบรมให้การปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่และมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ และระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ วิธีการที่ให้เริ่มจากการประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ก่อน เพื่อให้ทราบระยะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ซึ่งประกอบด้วย ระยะ pre-contemplation, contemplation, preparation, และ action หลังจากนั้นให้การปรึกษานาน 30 นาที ตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ประเมินได้ (stage-matched) และติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์นาน 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ที่ระยะ 1 สัปดาห์และ 1 เดือน เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาและให้การปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อปรับระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) ระยะ pre-contemplation สำหรับผู้ที่ไม่พร้อมเลิกบุหรี่ พยาบาลผู้ให้การปรึกษาประเมินความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลเพื่อนำมาแก้ไข และเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ พร้อมแนะนำแหล่งข้อมูลและแหล่งสนับสนุนช่วยเลิกบุหรี่

2) ระยะ contemplation สำหรับผู้ที่กำลังคิดถึงการเลิกบุหรี่ พยาบาลผู้ให้การปรึกษาให้ผู้สูบบุหรี่ได้วิเคราะห์ถึงข้อดีข้อเสียของการเลิกบุหรี่ และช่วยสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยการกำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ อธิบายให้ทราบถึงความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยช่วย

ระบุถึงอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่และช่วยหาวิธีการแก้ไข รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้เริ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ เช่น การเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกให้ช้าลง การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ

3) ระยะ preparation สำหรับผู้ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ พยายามผู้ให้การศึกษาช่วยวางแผนในการเลิกบุหรี่ ทำข้อตกลงกับผู้ต้องการเลิกบุหรี่และสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดวันเลิกบุหรี่และวางแผนการเลิกบุหรี่

4) ระยะ action สำหรับผู้ที่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ พยายามผู้ให้การศึกษาควรจัดหาและให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่และหาข้อตกลงเพื่อป้องกันการกลับมาสูบใหม่ การพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่และส่งต่อเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ต่อไป

การประเมินผลลัพธ์การเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Self -reported) ทางโทรศัพท์ในช่วง 7 และ 30 วันที่ผ่านมาใน ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน และตรวจวัดปริมาณ CO และ Cotinine ในปัสสาวะเฉพาะผู้ที่รายงานผลเลิก บุหรี่ได้ช่วง 7 วันติดต่อกันในเดือนที่ 12 เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ มีผลทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ดี ในระยะ 3 และ 6 เดือน ดังนั้นควรมีการติดตามให้การศึกษาเป็นระยะและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการ กลับไปสูบบุหรี่ใหม่และช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง

2.1.1.2) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง (Self-efficacy) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่องพบ 3 เรื่อง ที่ได้มีการนำแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ซึ่งมีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ผู้ให้การศึกษาช่วยเลิกบุหรี่จะต้องใช้แหล่งข้อมูลในการสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลิกบุหรี่ทั้ง 4 แหล่งได้แก่ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ การได้รับความ สำเร็จจากการปฏิบัติในอดีตที่ผ่านมา การพูดจาโน้มน้าวและการกระตุ้นทางอารมณ์ วิธีการ สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่มี 2 รูปแบบคือการให้การศึกษารายกลุ่มและ รายบุคคล

- การให้การศึกษารายกลุ่ม เป็นวิธีการหนึ่ง ที่นำมาใช้ในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ลักษณะการจัดกิจกรรมกลุ่ม มี 2 ลักษณะคือ

- การจัดกิจกรรมกลุ่มแบบต่อเนื่อง โดยมีการ เข้ากลุ่มจำนวน 5 วันติดต่อกันวันละ 2 ชั่วโมง มีสมาชิกกลุ่ม 30 คน ผู้ให้การศึกษาช่วยเลิกบุหรี่เป็น พยาบาลผู้วิจัยจำนวน 2 คน เนื้อหากิจกรรมเป็นการฝึกให้มีพลังความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่อ การเลิกบุหรี่และให้มีความรู้และทักษะการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการถอนและอยากบุหรี่ กิจกรรมที่

ให้มีดังนี้ กิจกรรมวันแรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ อาการถอนยาและวิธีการแก้ไข กิจกรรมวันที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์สำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่หยุดสูบบุหรี่ได้ ร่วมกับการเสริมพลังความคิดบวก การชมเชย และทบทวนอาการถอนยาและวิธีการแก้ไข กิจกรรมวันที่ 3 เป็นการติดตามอาการถอนยา แนะนำวิธีการแก้ไขการซื้อให้เห็นประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ด้านเศรษฐกิจ การดูแลตนเองและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ กิจกรรมวันที่ 4 การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากบุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่ได้ เพื่อเสริมพลังบวกให้เชื่อว่าตนเองสามารถเลิกบุหรี่ได้ กิจกรรมวันที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากอาการอยากสูบบุหรี่ (craving) หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมมีการติดตามด้วยวิธีการประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 เดือนติดต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ให้การช่วยเหลือเลิกบุหรี่ และประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 3 เดือน จากแบบบันทึกการสูบบุหรี่และแบบสอบถามมีผลทำให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเลิกบุหรี่ได้ (กิริดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ กันธา, 2554)

- การจัดกิจกรรมกลุ่มแบบแบ่งเป็นช่วงๆ

โดยมีการเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 27 คน ผู้ให้การช่วยเหลือเลิกบุหรี่เป็นพยาบาลผู้วิจัยและหัวหน้างาน กิจกรรมที่ให้มีดังนี้ สัปดาห์แรก เป็นการให้ความรู้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ด้วยการชมวิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่และความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่พร้อมแจกแผ่นพับที่ให้ความรู้เรื่องบุหรี่ ทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดความคิดและแรงกระตุ้นในการเลิกบุหรี่ สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการพูดโน้มน้าวใจในการเลิกบุหรี่ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยให้คำแนะนำวิธีการงดสูบบุหรี่ร่วมกับวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมติดตามผลการงดสูบบุหรี่ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ในการทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อหาปัญหาและอุปสรรค ฝึกทักษะในการงดสูบบุหรี่และเสริมกำลังใจให้งดสูบบุหรี่ต่อไป สัปดาห์ที่ 4 เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ให้เป็นการนำเสนอตัวแบบที่เลิกบุหรี่ได้ ร่วมกับให้อภิปรายแสดงความคิดเห็น การสำรวจแรงจูงใจและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและหาสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ในการเลิกบุหรี่ สัปดาห์ที่ 5 และ 6 เป็นกิจกรรมการพูดกระตุ้นเตือนโดยหัวหน้างานและให้การปรึกษารายบุคคลนาน 15 นาที มีติดตามประเมินผลในระยะ 1 และ 3 เดือน ด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง และแบบติดตามประเมินผลการสูบบุหรี่ของคณาน โดยหัวหน้างาน มีผลทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้นในระยะ 3 เดือน และยังสามารถช่วยเหลือเลิกบุหรี่ได้ (พิมพ์นิภา ศิรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553)

- การให้การปรึกษารายบุคคล ด้วยวิธีการให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต เป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจในการช่วยเลิกบุหรี่เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ติดบุหรี่ได้มากขึ้นและใช้ต้นทุนในการช่วยเลิกบุหรี่น้อย โดยผู้ให้การช่วยเลิกบุหรี่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลและส่งข้อความที่เหมาะสมตามความต้องการของแต่ละบุคคล (Tailored messages) ด้วยการประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเลิกบุหรี่จากแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ แนะนำการเลิกบุหรี่ ทำแบบประเมินการตัดสินใจและแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ให้การสนับสนุนทางสังคมโดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถพูดคุยและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรืกับสมาชิกคนอื่นๆทาง website เมื่อกำหนดวันเลิกบุหรืจะได้รับการส่งข้อความให้ภายใน 14 วันแรกและจะได้รับข้อความไปเรื่อยๆจนครบ 12 เดือน การส่งข้อความจะได้รับจำนวนบ้อยครั้งในช่วง 3 เดือนแรก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเสพติดบุหรื ประโยชน์ในการเลิกบุหรื การสนับสนุนทางสังคม การเสริมแรงด้วยการแสดงความยินดีเมื่อเลิกบุหรืได้ การสะท้อนข้อมูลถึงจำนวนวันที่เลิกบุหรืได้และจำนวนเงินที่ประหยัดได้ และมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 1, 3, และ 12 เดือน ทางอินเทอร์เน็ตด้วยการสอบถามพฤติกรรม การหยุดสูบบุหรืในช่วง 7 วันที่ผ่านมาและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรื มีผลทำให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรืและสามารถเลิกบุหรืได้ดีในระยะ 1-3 เดือน (Wangberg, et al., 2011)

2.1.1.3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่องพบ 1 เรื่อง กิจกรรมที่ให้เป็นการช่วยเลิกบุหรืแบบกลุ่ม โดยเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆ 2 ชั่วโมง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 13-15 คน ผู้ให้การช่วยเลิกบุหรืเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 3 คน กิจกรรมที่ให้มิดังนี้ ครั้งที่ 1 เป็นการอภิปรายเกี่ยวกับส่วนประกอบของบุหรืและควันบุหรื และมีการเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรืแล้วก่อให้เกิดโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ การเตรียมตัวเลิกบุหรื และการบันทึกสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรืในแต่ละครั้ง ครั้งที่ 2 เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรืทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกบุหรื ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรื การสร้างจินตนาการเพื่อความผ่อนคลาย การวางแผนการเลิกบุหรื ครั้งที่ 3 อภิปรายผลข้างเคียงของบุหรืมือสอง ข้อดี-ข้อเสีย ของการสูบบุหรืและการเลิกสูบบุหรื เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทักษะและเคล็ดลับในการเลิกบุหรื ครั้งที่ 4 ให้คำแนะนำค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสูบบุหรื การตัดสินใจเลิกบุหรื การเขียนจดหมายลาบุหรื และเชิญผู้ที่เลิกบุหรืสำเร็จมาเล่าประสบการณ์ให้กลุ่ม

ฟัง ครั้งที่ 5 กลยุทธ์การจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่ และวิธีป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ เมื่ออบรมครบหลักสูตรจะได้รับมอบใบประกาศนียบัตรและของที่ระลึก มีการติดตามประเมินผลที่ระยะ 6, 12 เดือน จากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจหาปริมาณ Cotinine ในปัสสาวะ หากมีปริมาณน้อยกว่า 25 ng/ml ถือว่าเป็นผู้เลิกบุหรี่ได้ มีผลทำให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความคาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทักษะในการเลิกบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้ดีในระยะ 6 เดือน (Zheng, et al., 2007)

2.1.1.4) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

(Motivational Interviewing) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่อง พบ 1 เรื่อง ที่มีการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลที่ยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยจะได้รับการช่วยเลิกบุหรี่จากพยาบาล Home health care nurses ที่ผ่านการฝึกอบรมการให้การปรึกษาและเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มาแล้ว ให้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านจำนวน 3 ครั้งๆละ 20 - 30 นาที เนื้อหาประกอบไปด้วยการสำรวจความคิดและความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการสูบบุหรี่ อภิปรายข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สำรวจความเชื่อเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพและบุคคลใกล้ชิด อภิปรายผลเกี่ยวกับปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่วัดได้ขณะลมหายใจออก (CO-Feedback) ของผู้สูบบุหรี่และเชื่อมโยงให้ทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อการทำลายอวัยวะของร่างกายและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ด้วยการช่วยผู้ต้องการเลิกบุหรี่ กำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ การวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติในการเลิกบุหรี่ การกระตุ้นให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่เล่าประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา และการเรียนรู้ประสบการณ์เลิกบุหรี่จากบุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่สำเร็จพร้อมกับให้คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อศึกษาเพิ่มเติม มีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งในเวลา 5 นาที และประเมินผลที่ระยะหลังสิ้นสุดการบำบัด, 2, 6, 12 เดือน ด้วยวิธีสอบถามการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจวัด CO < 10 ppm ที่ระยะ 12 เดือน มีผลช่วยทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Borrelli, et al., 2005)

2.1.1.5) หลักอิทธิบาท 4 จากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ 10 เรื่อง พบ 1 เรื่อง ที่ได้นำแนวคิดทางพุทธศาสนาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ กิจกรรมที่ให้เป็นการช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม โดยเข้ากลุ่มจำนวน 7 ครั้งๆละ 2-3 ชั่วโมง ในระยะเวลา 21 วัน มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 4-8 คน ผู้ให้การช่วยเลิกบุหรี่เป็นพยาบาล

กิจกรรมที่ให้ครั้งที่ 1-4 ติดต่อกัน 4 วันเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน โดยส่งเสริมให้เกิดฉันทะด้วยการให้ความรู้จากวีดิทัศน์นาน 10 นาทีเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และตัวอย่างของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากบุหรี่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพและบุคคลใกล้ชิดเพื่อกระตุ้นให้เกิดความพอใจในการเลิกบุหรี่ส่งผลให้กำหนดเป้าหมายและกระทำการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การสร้างวิริยะด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนยาและแนวทางแก้ไข เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการจัดการกับอาการอยากและถอนบุหรี่นับว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ การสร้างจิตตะด้วยการสนับสนุนให้เลือกกิจกรรมทดแทนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ด้วยการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้อื่นและผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมวาดรูป ออกกำลังกาย เต้นรำ แอโรบิก ฟีกโยคะ รำมวยจีน เป็นต้น และการสร้างวิม้งสาด้วยการส่งเสริมให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองถึงการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 5-7 เป็นการติดตามโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการช่วยแก้ไขปัญหาละเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมในวันที่ 21 ด้วยแบบสอบถามวัดแรงจูงใจภายในฉบับผู้ใหญ่ มีผลทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นและสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ชนิดา คงสมัย, 2554)

สรุปแนวคิดทฤษฎี/เทคนิคที่นำมาใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) พบว่ามีการนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้หลากหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีขั้นตอนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดคือ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) นอกจากนี้ยังพบว่ามี การนำแนวคิดของเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และหลักกรรมแห่งความสำเร็จของหลักอิทธิบาท 4 มาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย ซึ่งพบว่ามีผลช่วยให้ผู้ที่ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.1.2) กิจกรรมที่ให้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและอยากบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดและวิธีการดังนี้

2.1.2.1) การให้ความรู้ การให้ความรู้ นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เนื้อหาที่ให้นั้นเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่ให้ความรู้ขึ้นอยู่กับวิธีการช่วยเลิกบุหรี่หากเป็นรายบุคคลใช้เวลา 30-60 นาที (Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) รายกลุ่มใช้เวลา 90-120 นาที (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ชนิดา คงสมัย, 2554; Zheng, et al., 2007) สำหรับเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้มีรายละเอียดดังนี้

- การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ โดยวิธีการบรรยายถึงส่วนประกอบ ของบุหรี่ ควันบุหรี่ กลไกการติดบุหรี่ และเชื่อมโยงให้เห็นถึงโทษของบุหรี่ที่มีผลต่อตัวผู้สูบเองและบุคคลใกล้ชิด เช่น มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ รวมถึงปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Zheng, et al., 2007) นอกจากนี้ควรมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ซึ่งมีความยาวไม่เกิน 10 นาที และให้คำแนะนำด้วยสื่อการเรียนรู้ที่เป็นเอกสารและแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภดา และคณะ, 2553; ธนิตา คงสมัย, 2554) และควรเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ของการสูบบุหรี่เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนทางด้านการคิดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ (Zheng, et al., 2007)

- การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่ทั้งด้านสุขภาพของผู้เลิกบุหรี่เองและบุคคลใกล้ชิด และควรให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ได้ทำกิจกรรมโดยให้บอกถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่และประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจที่ได้จากการเลิกบุหรี่ เช่น การคำนวณเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่ของตนเอง (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันทา, 2554; ธนิตา คงสมัย, 2554; Zheng, et al., 2007) และการสะท้อนกลับของข้อมูล (feedback) เกี่ยวกับจำนวนวันที่ไม่สูบบุหรี่และจำนวนเงินที่ประหยัดได้ (Wangberg, et al., 2011)

2.1.2.2) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและอยากบุหรี่ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดบุหรี่ทราบถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่เพื่อสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่ส่งผลให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ระยะเวลาที่ให้ความรู้ขึ้นอยู่กับวิธีการช่วยเลิกบุหรี่หากเป็นการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลใช้เวลา 45 นาที (Smith & Burgess, 2009) รายกลุ่มใช้เวลา 90-120 นาที (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันทา, 2554; ธนิตา คงสมัย, 2554; Zheng, et al., 2007) โดยมีวิธีการดังนี้

- การจัดการกับอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) โดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายเกี่ยวกับ อาการต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากการถอนนิโคตินและวิธีการแก้ไขซึ่งอาจใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงอาการถอนนิโคตินและการจัดการกับอาการถอนนิโคตินหลังเลิกบุหรี่ (กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันทา, 2554; ธนิตา คงสมัย, 2554) การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxing technique) เพื่อลดความเครียดจากอาการถอนนิโคติน เช่น การสร้างจินตนาการเพื่อการผ่อนคลาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Zheng, et al., 2007) การเลือกกิจกรรมผ่อนคลายร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การวาดรูป ออกกำลังกาย

เดินรำ เดินแอโรบิก ฝึกโยคะ รำมวยจีน เป็นการส่งเสริมการควบคุมพฤติกรรมตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ได้รับการเสริมแรงและการสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว (ธนิดา คงสมัย, 2554) การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อลดความเครียด ได้แก่ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การรับประทานอาหารที่มีความสมดุลระหว่างโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และวิตามิน ในแต่ละมื้อเพื่อช่วยลดความเครียด การพักผ่อนด้วยการเข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลา การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การทำร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลายหลีกเลี่ยงอากาศร้อนจัดเกินไปเพราะจะทำให้หงุดหงิด การสูดอากาศที่บริสุทธิ์เพื่อช่วยเพิ่มความสุข (ธนิดา คงสมัย, 2554) และควรให้สื่อเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เช่น วีดีโอ เทปบันทึกเสียง เอกสาร แผ่นพับหรือคู่มือที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง รวมถึงการแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่สามารถกลับไปอ่านและศึกษาด้วยตนเองที่บ้านได้ (Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009)

- การจัดการกับอาการอยากบุหรี่ (Craving)

ผู้ให้การช่วยเลิกบุหรี่ควรส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการควบคุมกำกับตนเอง (self-monitoring) ด้วยการช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถระบุสถานการณ์และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ได้ โดยการใช้แบบบันทึกสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรี่ในแต่ละครั้ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ทราบสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ เพื่อสามารถวางแผนแก้ไขเหตุการณ์หรือสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง (Zheng, et al., 2007) หรืออาจใช้การบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (พิมพ์นิภา ศิรินทร์ไตรภดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ กันธา, 2554; Stead & Lancaster, 2009) รวมถึงการส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ เช่น การจัดบ้านปลอดบุหรี่ (Smith & Burgess, 2009)

สรุปกิจกรรมที่ให้บริการบำบัดด้านความคิดในการเลิกบุหรี่เน้นกระบวนการให้ความรู้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เกิดความคิดที่จะเลิกบุหรี่ ดังนั้นกิจกรรมการให้ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื้อหาในการให้ความรู้ควรประกอบไปด้วย โทษของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ และทักษะการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและอยากบุหรี่

2.1.3) การติดตาม (Follow-up) ประกอบด้วย

2.1.3.1) ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตาม จาก

งานวิจัย 8 เรื่อง พบมีการติดตามเป็นระยะ ช่วงเวลาที่ใช้ในการติดตามพบตั้งแต่หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรม (21 วัน), 1 เดือน, 2 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน แต่พบมากที่สุดมี 3 เรื่องที่มีการติดตามในช่วงระยะ 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน และมี 5 เรื่องที่ใช้ระยะเวลาในการติดตามนานที่สุดคือระยะ 12 เดือน (Borrelli, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011; Wangberg, et al., 2011)

2.1.3.2) วิธีการที่ใช้ในการติดตาม จากงานวิจัย 8 เรื่อง พบว่าหลังจากสิ้นสุดการจัดกิจกรรมจะมีการติดตามผลการเลิกบุหรี่ วิธีการที่ใช้ในการติดตามประกอบไปด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ ทางอินเทอร์เน็ต และการนัดมาพบที่หน่วยให้บริการ แต่พบมากที่สุดมี 4 เรื่องที่ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ (Borrelli, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011)

สรุปการติดตามหลังจากสิ้นสุดการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) นับว่าเป็นกลวิธีที่มีความสำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่สำเร็จ ซึ่งควรติดตามเป็นระยะและต่อเนื่องที่ 3, 6 และ 12 เดือน วิธีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์ นับว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการติดตามช่วยเลิกบุหรี่ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกในการติดตามสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงาน

2.2) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่องพบ 1 เรื่องที่ใช้การช่วยเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัด (Romand, et al., 2005) จากการศึกษาไม่มียังอ้างอิงถึงแนวทฤษฎี/เทคนิค ที่นำมาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ สำหรับ กิจกรรมที่ให้ มีการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มมีจำนวนสมาชิกประมาณ 4-27 คน เข้ากลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆละ 90 นาที ผู้ให้การช่วยเลิกบุหรี่เป็นนักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ครั้งแรกเป็นการเตรียมความพร้อมโดยอภิปรายเกี่ยวกับบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อกระบวนการทำงานของร่างกาย หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์ต่อมานัดเข้ากลุ่มติดต่อกัน 5 วันในช่วงเย็น เนื้อหาเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อร่างกายเพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ การฝึกอบรมด้านทักษะของพฤติกรรม (Behavioral skills training) เน้นการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ (craving) การลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและภาวะเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลาย รวมถึงลักษณะของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เทคนิคปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม (Buddy system) หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมได้จัดบริการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการงดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ มีการประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือนด้วยวิธีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือรายงานการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Self-reported) หากไม่ได้รับจะติดตามเยี่ยมที่บ้าน และที่ระยะ 12 เดือนยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัด CO < 10 ppm ถือว่าเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

3) การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย

3.1) วิธีการประเมินผลการเลิกบุหรี่มี 2 วิธี ได้แก่

3.1.1) การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-report)

จากงานวิจัย 9 เรื่อง พบ 6 เรื่อง ที่รายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ด้วยวิธีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (Romand, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009) หรือการสอบถามทางโทรศัพท์ (Borrelli, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Chan, et al., 2011) หรือการตอบแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ต (Wangberg, et al., 2011) หากไม่ได้รับทั้ง 3 รูปแบบจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล (Romand, et al., 2005) โดยสอบถามถึงจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันในช่วง 7 และ 30 วันที่ผ่านมา แต่จากงานวิจัย 5 เรื่อง พบ 4 เรื่อง ที่ใช้การสอบถามจำนวนการสูบบุหรี่แต่ละวันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (Borrelli, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011; Wangberg, et al., 2011)

3.1.2) การตรวจวัดทางด้านชีวเคมี (Biochemical-maker)

จากงานวิจัย 9 เรื่อง พบ 4 เรื่อง ที่ประเมินผลการเลิกบุหรี่ด้วยการวัดทางด้านชีวเคมีซึ่งมี 2 วิธี ได้แก่

3.1.2.1) การวัดปริมาณ CO ขณะลมหายใจ

ออก จากงานวิจัย 4 เรื่อง พบ 3 เรื่อง ที่ใช้การวัดปริมาณ CO ขณะลมหายใจออกเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Chan, et al., 2011)

3.1.2.2) การวัดปริมาณ Cotinine ในปัสสาวะ

จากงานวิจัย 4 เรื่อง พบ 2 เรื่อง ที่ใช้การวัดปริมาณ Cotinine ในปัสสาวะเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ (Zheng, et al., 2007; Chan, et al., 2011)

3.2) เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

3.2.1) การประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดบุหรี่

(Demographic data) ก่อนให้การช่วยเหลือเลิกบุหรี่ควรประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดบุหรี่ ด้วยแบบบันทึกประวัติรายบุคคลซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ และข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ เป็นการสอบถามถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ ไตรภาดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ธนิดา คงสมัย, 2554; Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011; Wangberg, et al., 2011)

3.2.2) การประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Smoking behavioral)

ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่และความพยายามในการเลิกบุหรี่ (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ ไตรภาดา และ

คณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ กันธา, 2554; Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011)

3.2.3) การประเมินระดับการติดยาโคติน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามของ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม โดยมีคะแนนรวม 0 -10 คะแนน หากมีคะแนนสูงขึ้นบ่งบอกถึงการติดยาโคตินของร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งระดับการติดยาโคตินออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย มีคะแนน 0-3 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 4-6 คะแนน และระดับสูง มีคะแนน 7-10 คะแนน (พิมพ์นิภา ศิรินทร์ไตรภาดา และคณะ, 2553; ธนิตา คงสมัย, 2554; Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Chan, et al., 2011)

3.2.4) การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง เครื่องมือที่ใช้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่จะเลิกสูบบุหรี่มีทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งระดับความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ออกเป็น 0-5 คะแนน ถ้ามั่นใจเลิกบุหรี่ได้น้อยที่สุด = 1 คะแนน ถ้ามั่นใจเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด = 5 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-130 คะแนนถ้าคะแนนสูงขึ้นบ่งบอกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการงดสูบบุหรี่สูง (พิมพ์นิภา ศิรินทร์ไตรภาดา และคณะ, 2553)

3.2.5) การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Contemplation ladder) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามถึงขั้นตอนของความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ติดยาแต่ละบุคคล ซึ่งมีคำตอบให้เลือกตั้งแต่ระดับ 0 -10 หากผู้ติดยาเลือกคำตอบที่มีค่าระดับคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกถึงการมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Borrelli, et al., 2005)

3.2.6) การประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้มีดังนี้

- แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถาม 1 ข้อคำถาม“ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา คุณมีการสูบบุหรี่หรือเหตุการณ์ที่ทำให้คุณต้องมีการพ่นควันบุหรี่ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปหรือไม่” (Wangberg, et al., 2011)

- แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มี 3 ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆที่เป็นเหตุให้เกิดการสูบบุหรี่ พฤติกรรมที่เป็นวิธีการจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีทั้งหมด 18 ข้อคำถาม ในแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือกคือปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถ้าเป็น

ข้อความด้านบวก ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน และข้อความด้านลบ ปฏิบัติ = 0 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553)

- แบบบันทึกพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นสมุดบันทึกการเลิกสูบบุหรี่รายวัน (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553) หรือแบบบันทึกปริมาณบุหรี่ที่สูบซึ่งมีลักษณะเป็นตารางคล้ายปฏิทินรายเดือนซึ่งมีที่ว่างไว้ให้จดจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน (กิตติ ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554)

3.2.7) การประเมินทางด้านชีวเคมี เครื่องมือที่ใช้มีดังนี้

- เครื่องวัดปริมาณสาร CO เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณสาร CO ในขณะลมหายใจออกซึ่งปริมาณ CO ที่พบต้องมีค่าน้อยกว่า 10 ppm จึงจะถือว่าเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005)

- เครื่องวัดปริมาณสาร Cotinine เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณสารCotinine ในปัสสาวะ ซึ่งปริมาณ cotinine ที่พบต้องมีค่าน้อยกว่า 25 ng/ml จึงจะถือว่าเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ (Zheng, et al., 2007)

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 10 เรื่อง สามารถนำมาสรุปเป็นภาพรวมของการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ ดังแสดงในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 Evidence Synthesis Tables

เรื่องที่	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7	เรื่องที่ 8	เรื่องที่ 9	เรื่องที่ 10
Population										
1. ค่าเฉลี่ยอายุ(ปี)	57	40	56	54		37	58	37	40	33
2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่สูบบุหรี่(ตาม/วัน)	21	20	15	22		9	12			
3. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่สูบบุหรี่(ปี)	42		31	36		15	39		21	
4. ระดับการติดนิโคติน FTND	Middle	Middle	Middle	Middle		Low	Low			Low
Intervention										
1. แนวคิดทฤษฎี/เทคนิค							✓			
- Trans theoretical model						✓		✓		
- Self-efficacy theory									✓	
- Social cognitive theory			✓						✓	
- Motivation interviewing	✓									
- หลักอิทธิบาท 4										✓
2. วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย										
- Cognitive therapy	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- Behavioral therapy		✓								
3. กิจกรรมที่ให้										
3.1 การให้ความรู้		✓	✓	✓		✓	✓			✓
- โทษของผู้ป่วย			✓							
- ประโยชน์ของการเลิก			✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 3.3 Evidence Synthesis Tables (ต่อ)

เรื่องที่	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7	เรื่องที่ 8	เรื่องที่ 9	เรื่องที่ 10
3.2 การฝึกทักษะในการแก้ไข้ปัญหา										
- การจัดการอารมณ์นิโคติน	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
- การจัดการอาการถอนบุหรี่	✓	✓	✓	✓					✓	✓
4. การติดตาม (Follow-up)										
4.1 ระยะเวลาติดตาม										
- 21 วัน										✓
- 1 เดือน						✓		✓		
- 2 เดือน	✓					✓				
- 3 เดือน		✓		✓		✓	✓	✓	✓	
- 6 เดือน	✓	✓	✓	✓	✓		✓			
- 12 เดือน	✓	✓	✓	✓			✓			
4.2 วิธีการติดตาม										
- ทางโทรศัพท์	✓	✓	✓	✓			✓			
- ทางอินเทอร์เน็ต								✓		
- หน่วยบริการ/คลินิก						✓			✓	✓
5. ผู้ให้การช่วยเหลือถอนบุหรี่										
- พยาบาล	✓			✓		✓	✓		✓	✓
- นักสุขภาพ			✓							
- นักจิตวิทยา		✓								

ตารางที่ 3.3 Evidence Synthesis Tables (ต่อ)

เรื่องที่	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5	เรื่องที่ 6	เรื่องที่ 7	เรื่องที่ 8	เรื่องที่ 9	เรื่องที่ 10
- ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	✓									
Out come										
1. วิธีการประเมินผลการเลิกบุหรี่										
- Self-report	✓ *	✓	✓	✓ *			✓ */**	✓ *		
- Biochemical-marker	✓ #	✓ #	✓ ##				✓ # / ##			
2. เครื่องมือที่ใช้										
- แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้สูบบุหรี่	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- แบบประเมินระดับการติดยาโคติน (FTND)	✓	✓				✓	✓			✓
- แบบสอบถาม self-efficacy เลิกบุหรี่						✓				
- แบบสอบถามความพร้อมในการเลิกบุหรี่	✓									
- แบบสอบถามพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่						✓		✓		
- แบบบันทึกการงดสูบบุหรี่ด้วยตนเอง						✓			✓	
- เครื่องวัดปริมาณสาร CO และ urine cotinine	✓	✓	✓				✓			

หมายเหตุ * = 7 day point prevalence of abstinence, ** = 30 day point prevalence of abstinence

= CO ในลมหายใจออก, ## = Urine cotinine

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมด 10 เรื่องเมื่อนำมาสังเคราะห์เพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือบุหรืสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรืในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำมาเสนอเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1) ลักษณะผู้ติดบุหรื เป็นผู้ติดบุหรืวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่การเลิกบุหรืจะได้ผลดีในผู้ใหญ่วัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะสุขภาพปกติหรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรืตั้งแต่ 1 มวนต่อวันขึ้นไปมีระยะเวลาสูบบุหรืมากกว่า 1 ปี และมีการติดนิโคตินตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลางโดยมีช่วงคะแนน 0-6 คะแนน (พิมพัณิภา ศิริรินทร์ไทรภาดา และคณะ, 2553; ธนิตา คงสมัย, 2554) (ระดับ 3) (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Chan, et al., 2011) (level 2)

2) แนวคิดทางทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือบุหรื ประกอบด้วย ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) (Chan, et al., 2011) (level 2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) (Zheng, et al., 2007) (level 2) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (พิมพัณิภา ศิริรินทร์ไทรภาดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ กันธา, 2554) (ระดับ 3) (Borrelli, et al., 2005; Wangberg, et al., 2011) (level 2) ซึ่งในแต่ละแนวคิด/ทฤษฎีมีวิธีการจัดกิจกรรมช่วยเหลือบุหรืแตกต่างกันไปตามแนวคิด/ทฤษฎีนั้นๆ สำหรับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) นับเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือบุหรืมากกว่าทฤษฎีอื่น โดยใช้วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ที่เลิกบุหรืได้สำเร็จทำให้ผู้ติดบุหรืเกิดความรู้และทักษะในการเลิกบุหรืส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรื ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดบุหรืสามารถเลิกบุหรืได้สำเร็จ (Zheng, et al., 2007) (level 2) นอกจากแนวคิด/ทฤษฎียังมีการนำเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการช่วยเหลือบุหรืด้วย (Borrelli, et al., 2005) (level 2)

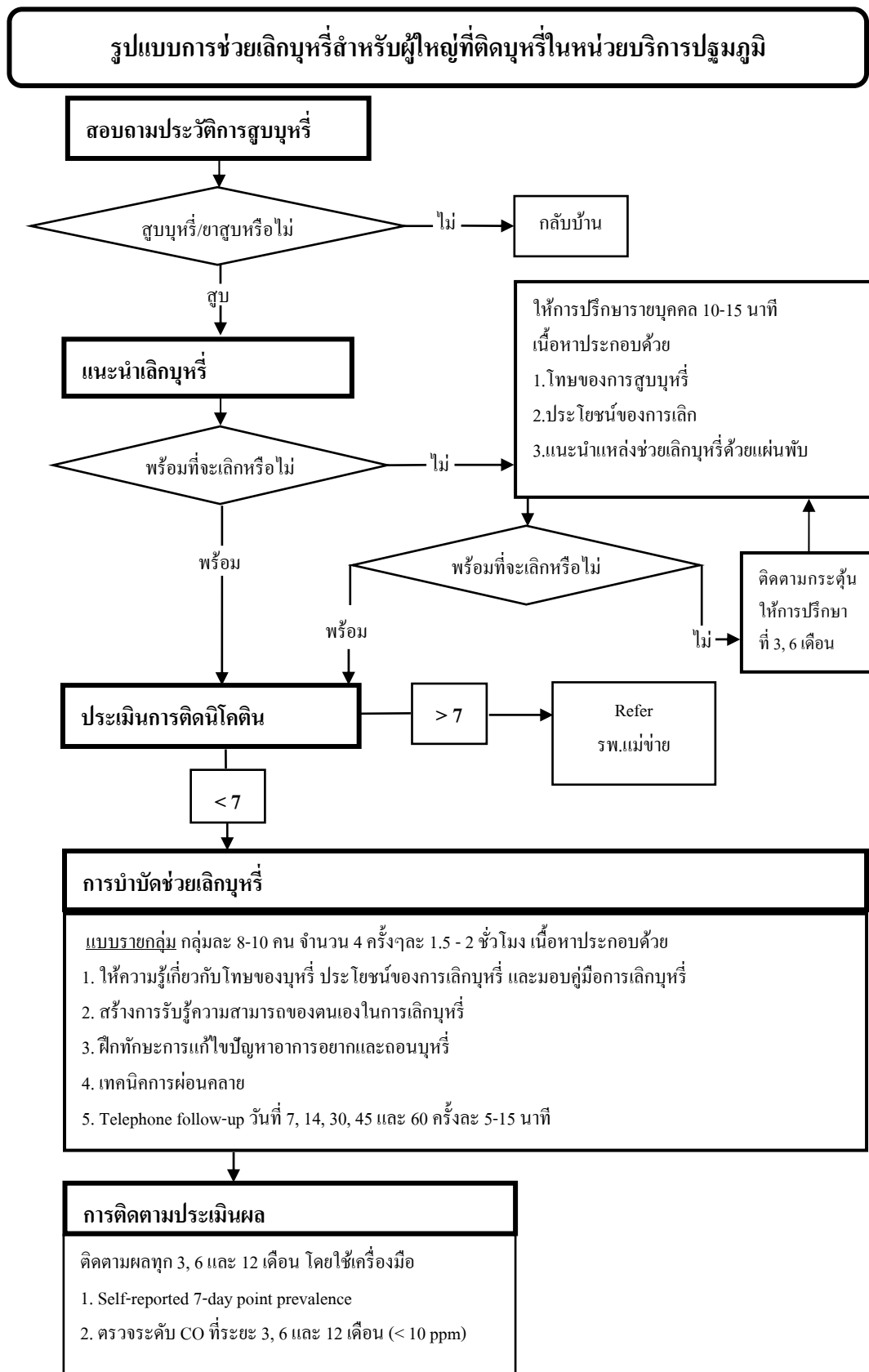
3) รูปแบบการบำบัดโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมบำบัด สำหรับการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) สามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งในลักษณะรายบุคคลและรายกลุ่ม รายบุคคลเหมาะกับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรืที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น โรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน (Borrelli, et al., 2005) (level 2) หรือเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตามนัด (Chan, et al., 2011) (level 2) หรือผู้ป่วยในที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (Smith & Burgess, 2009) (level 2) ส่วนรายกลุ่มเหมาะกับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรืที่มีภาวะสุขภาพปกติ โดยมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 8-10 คน ซึ่งสามารถจัดให้บริการได้ทั้งในชุมชน (Zheng, et al., 2007) (level 2) และในสถานที่ปฏิบัติงาน (พิมพัณิภา ศิริรินทร์ไทรภาดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ กันธา, 2554; ธนิตา

คงสมัย, 2554) (ระดับ 3) โดยกิจกรรมจะเน้นการให้ความรู้ ซึ่งควรมีรูปแบบผสมผสานกันทั้งในลักษณะการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ การฝึกทักษะเพื่อการแก้ไขปัญหาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ต้องการเลิกบุหรี่ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 3 ประเด็นได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การจัดการกับอาการถอนนิโคตินและอยากบุหรี่ และควรมีเอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ให้กลับไปศึกษาเองที่บ้าน นอกจากนี้ควรมีการติดตามไปสแตนท์ที่เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ภายในคลินิกเลิกบุหรี่หรือภายในสถานที่จัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่เพื่อให้เห็นโทษของการสูบบุหรี่และเกิดความต้องการเลิกบุหรี่ (พิมพ์นิภา ศิริรินทร์ไทรภาดา และคณะ, 2553) (ระดับ 3) ส่วนพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นการจัดกิจกรรมในลักษณะกลุ่มโดยมีสมาชิกประมาณ 4-27 คน มีการเข้ากลุ่มแบบต่อเนื่องติดต่อกัน 5 วัน กิจกรรมที่ให้เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อร่างกาย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่และการฝึกอบรมด้านทักษะในการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ การลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรได้รับการเสริมแรงและการสนับสนุนจากสมาชิกภายในและภายนอกกลุ่ม (Romand, et al., 2005) (level 2)

4) การประเมินผลลัพธ์ ควรมีการประเมินผลอย่างน้อยในช่วง 3 เดือนแรก เนื่องจากผู้ที่เลิกบุหรี่มีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ได้สูง และควรมีการประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี (กิริดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554) (ระดับ 3) ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน (Romand, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) (level 2) ด้วยวิธีการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (self-reported 7 days point prevalence abstinence) สำหรับผู้ที่รายงานผลการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาที่ระยะ 12 เดือน ควรได้รับการตรวจทางชีวเคมีเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่จาก self-reported อีกครั้งเพื่อความน่าเชื่อถือ โดยการวัดปริมาณ CO ในลมหายใจออกถ้าลมหายใจมีปริมาณ CO น้อยกว่า 10 ppm (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005) (level 2) หรือการวัดปริมาณสารนิโคตินในปัสสาวะถ้ามีค่าต่ำกว่า 25 ng/ml (Zheng, et al., 2007) ถือว่าเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ได้

5) พยาบาลผู้ให้การบำบัดช่วยเลิกบุหรี่ ควรเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด รวมถึงทักษะการให้การปรึกษา (Chan, et al., 2011) (level 2) และเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (Borrelli, et al., 2005) (level 2)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 10 เรื่องได้รูปแบบการช่วยเหลือคนหูหนวกสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดหูหนวกในหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้ เมื่อผู้ติดหูหนวกมารับบริการที่หน่วยบริการผู้ให้บริการมีการสอบถามประวัติการสูบบุหรี่หากพบว่าสูบบุหรี่แนะนำให้เลิกบุหรี่ หากไม่ต้องการเลิกบุหรี่ให้การศึกษารายบุคคลและถ้าต้องการเลิกบุหรี่ให้ประเมินระดับการติดยาโคตินถ้ามากกว่า 7 คะแนนให้คำแนะนำเพื่อส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย หากมีระดับการติดยาโคตินน้อยกว่า 7 คะแนนให้การช่วยเหลือคนหูหนวกแบบกลุ่มและมีการติดตามเพื่อประเมินผลลัพธ์ ดังแผนภาพที่ 3.3



แผนภาพที่ 3.3 แสดงรูปแบบการช่วยเหลือเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

บุหรี่เป็นสินค้าประเภทเสพติดที่สามารถซื้อขายได้อย่างถูกกฎหมาย ภายในวันบุหรี่ประกอบด้วยสารนิโคตินซึ่งจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ทำให้มีผู้เสพและติดบุหรี่มากในสังคมปัจจุบัน (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2549) องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การสูบบุหรี่เป็นโรคติดบุหรี่ นับเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่สามารถรักษาได้และยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่ง (สมศรี เผ่าสวัสดิ์และคณะ, 2552) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเสพติดบุหรี่ประกอบด้วยปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม การเสพติดบุหรี่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือเกิดจากปัจจัยทั้งสองหรือสามปัจจัยดังกล่าวรวมกันได้ (ฉันทาย สิทธิพันธุ์, 2553) จากปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่ยังคงมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านสุขภาพซึ่งมีผลกับตัวผู้สูบโดยตรงและผลกระทบทางอ้อมสำหรับบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550) สำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ประกอบด้วย การบำบัดรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555) ซึ่งการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่พยาบาลชุมชนมีเอกสิทธิ์ในการให้บริการช่วยเหลือบุหรี่ ดังนั้นจึงมีความสำคัญต่อการศึกษาค้นคว้าเพื่อหาวิธีการช่วยเหลือบุหรี่ให้กับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่มารับบริการในหน่วยงาน

จากการปฏิบัติงานพบว่าหน่วยงานมีรูปแบบการช่วยเหลือบุหรี่ไม่ชัดเจน ขาดการนำแนวปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีการให้บริการช่วยเหลือบุหรี่ในรูปแบบที่แตกต่างกันและไม่ต่อเนื่อง รวมไปถึงขาดการให้ความสนใจฝึกอบรมเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัดช่วยเหลือบุหรี่ ทำให้บุคลากรขาดความรู้เชิงลึกและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมช่วยเหลือบุหรี่ จึงทำให้ไม่ได้นำวิธีการหรือกลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมมาใช้ในการช่วยเหลือบุหรี่ รวมถึงระบบการจัดให้บริการและติดตามจากเจ้าหน้าที่หลังจากสิ้นสุดการช่วยเหลือบุหรี่ไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ทนต่ออาการอยากและถอนบุหรี่ไม่ได้ ส่งผลทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่จึงทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการช่วยเหลือคนหูหนวกให้กับการเลิกบุหรี่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือคนหูหนวกสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 10 เรื่อง สามารถสรุปประเด็นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลได้ดังนี้

1) คุณลักษณะของผู้ติดบุหรี่ ที่เข้ารับการช่วยเหลือคนหูหนวกเป็นผู้สูบบุหรี่ผู้ใหญ่ เพศชาย และหญิง ที่มีภาวะสุขภาพปกติหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนต่อวันขึ้นไป มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีการติดนิโคตินตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลางโดยมีค่าคะแนนระดับการติดนิโคตินอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน

2) วิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยา มี 2 รูปแบบคือ

2.1) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีการช่วยเหลือคนหูหนวกได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี/เทคนิคต่างๆมาใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือคนหูหนวก เช่น ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) นอกจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆแล้วยังมีการนำแนวคิดทางพุทธศาสนาโดยใช้หลักอิทธิบาท 4 และเทคนิคการสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการช่วยเหลือคนหูหนวก ลักษณะการจัดกิจกรรมช่วยเหลือคนหูหนวกประกอบด้วยรายบุคคลและรายกลุ่ม การช่วยเหลือคนหูหนวกประกอบด้วย การให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) การใช้อินเทอร์เน็ตในการช่วยเหลือคนหูหนวก ส่วนรายกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวมถึงทักษะในการเลิกบุหรี่ควรมีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 30 คน สำหรับกิจกรรมที่ให้ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ และมีการประเมินผลหลังจากสิ้นสุดการจัดกิจกรรมช่วยเหลือคนหูหนวกเป็นระยะและต่อเนื่องที่ 3, 6 และ 12 เดือน โดยใช้โทรศัพท์ทาบว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินผลการเลิกบุหรี่ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกสำหรับผู้เลิกบุหรี่ที่เป็นผู้ใหญ่ทำงาน

2.2) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) วิธีการช่วยเหลือคนหูหนวกได้มีการจัดกิจกรรมใน ลักษณะกลุ่มมีสมาชิกประมาณ 4-27 คน มีการเข้ากลุ่มติดต่อกัน 5 วัน กิจกรรมที่ให้นเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อร่างกาย ประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกบุหรี่และการฝึกอบรมด้านทักษะในการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ การลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกภายในกลุ่มและนอกกลุ่ม มีการประเมินผลที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน ด้วยวิธีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือรายงานการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์หากไม่ได้รับจะใช้การติดตามเยี่ยมบ้านประเมินผลการเลิกบุหรี่

3) การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ ด้วยการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-reported) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาจากแบบสอบถามและแบบบันทึกการสูบบุหรี่ และการตรวจวัดทางด้านชีวเคมีประกอบด้วยการวัดปริมาณสาร CO ในขณะลมหายใจออก ต้องมีค่าน้อยกว่า 10 ppm หรือการวัดปริมาณสารนิโคตินในปัสสาวะต้องมีย่าน้อยกว่า 25 ng/ml

4.2 ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

การช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์หากนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยให้เกิดคุณภาพในการช่วยเลิกบุหรี่มากขึ้น ทั้งนี้ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ดังนี้

1) ผู้ติดบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานทั้งเพศชายและหญิง การจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่มีการให้บริการในเวลาราชการแต่สามารถจัดให้บริการเพิ่มเติมในช่วงเย็นหลังเลิกงาน วันหยุด ตามศาลาประชาคมหมู่บ้านหรือในสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อความสะดวกสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่และยังสามารถช่วยให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2) การช่วยเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) จะประสบความสำเร็จสูงในกลุ่มผู้ติดนิโคตินระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นจึงควรประเมินระดับการติดนิโคตินก่อนให้การช่วยเลิกบุหรี่ หากพบว่าการติดนิโคตินระดับสูงคือมีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ควรให้คำแนะนำส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์เพื่อได้รับการพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย

3) ควรมีการนำแนวคิด/ทฤษฎีมาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม สำหรับการจัดการกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ควรจัดหาบุคคลที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพื่อเป็นต้นแบบในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่ตนจะเลิกบุหรี่

4) พยาบาลที่ให้การบำบัดผู้ติดบุหรี่ ควรผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการบำบัดช่วยเลิกบุหรี่และเทคนิคการให้การปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่เพื่อสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ลักษณะการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่มีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม สำหรับการช่วยเลิกบุหรี่รายกลุ่มควรมีจำนวนสมาชิกประมาณ 8-10 คนมีการเข้ากลุ่มจำนวน 4 ครั้งๆละ 60-90 นาที กิจกรรมที่ควรใช้วิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย การชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่

ผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ การฝึกทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการถอนยาและอยากยา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่หรือความล้มเหลวจากการเลิกบุหรี่ไม่ได้ และการติดตามผลการเลิกบุหรี่หากมีการล้มเหลวก็ควรมีการกระตุ้นเป็นระยะ สำหรับเนื้อหาที่ให้ในการเข้ากลุ่มครั้งแรกควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ ครั้งที่ 4 ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมของผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่อยู่ในชุมชนของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการจัดหาสื่อคู่มือ สื่อการสอน ภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และเทคนิควิธีการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

6) การประเมินผลลัพธ์ในการเลิกบุหรี่ ควรมีการประเมินผลที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน โดยใช้วิธีการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Self-reported) ขณะที่ผู้ติดบุหรี่มารับบริการที่คลินิก หากผู้ติดบุหรี่ไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ พยาบาลสามารถใช้โทรศัพท์เป็นทางเลือกในการสอบถามการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ควรใช้การวัดปริมาณ CO ทางลมหายใจออกยืนยันการเลิกบุหรี่ได้แน่นอนซึ่งกระทำได้ในเดือนที่ 12 ตามที่แนวปฏิบัติได้กำหนดไว้ว่าผู้เลิกบุหรี่ได้จริงต้องสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานติดต่อกัน 12 เดือน

7) ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ให้กับประชาชนทั่วไปในชุมชน และพิษภัยของการได้รับควันบุหรี่มือสอง การณรงค์สังคมปลอดบุหรี่เพื่อเป็นการลดอัตราการสูบบุหรี่หน้าใหม่

การพัฒนาแบบการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
DEVELOPMENT OF SMOKING CESSATION MODEL FOR ADULT SMOKERS IN
A PRIMARY CARE SETTING

สมพงษ์ ลีอกลาง 5337928 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : กิรดา ไกรนุวัตร, Ph.D. (Nursing),
ปณัฒดา ปรียทณ, วท.ม. (วิทยาการระบาด)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิก

บุหรี่เป็นสินค้าประเภทเสพติดที่สามารถซื้อขายได้อย่างถูกกฎหมาย ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,000 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 11.5 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เสพติดบุหรี่มี 3 ปัจจัยได้แก่ 1) ปัจจัยทางร่างกาย เป็นการเสพติดสารนิโคตินที่ได้จากควันบุหรี่โดยนิโคตินจะเข้าสู่สมองส่วนกลางภายในเวลา 7 วินาที มีผลให้สมองหลั่งสารต่างๆหลายชนิดเป็นจำนวนมากเช่น โดปามีนทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกพึงพอใจสุขใจ acetylcholine ทำให้รู้สึกตื่นตัว serotonin / beta-endorphin ทำให้รักษาระดับอารมณ์ ลดความอยากอาหาร norepinephrine ทำให้มีความตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น glutamate และ vasopressin ช่วยเพิ่มความจำและ gamma-aminobutyric acid ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552; วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2546) 2) ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากนิโคตินที่ทำให้เกิดอารมณ์เป็นสุข (euphoria) รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ทำให้มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกพึงพอใจเมื่อได้สูบ (ชนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) และ 3) ปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม การเสพติดแบบนี้เป็นความเคยชินของผู้สูบบุหรี่ที่เชื่อมโยงการสูบบุหรี่เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันหรือได้รับการกระตุ้นกับสิ่งที่คุ้นเคยจนเกิดความเคยชิน เช่น สูบบุหรี่

ขณะทำงาน คัมกาแฟ ขณะเข้าห้องน้ำหรือเมื่อพบเห็นคนสูบบุหรี่ก็จะกระตุ้นให้นึกถึงบุหรี่และเกิดความ
ต้องการสูบ (ฉันทชัย สิทธิพันธุ์, 2553)

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ 4 ด้านได้แก่

1) ผลกระทบทางด้านสุขภาพ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะ (การเสื่อม
สมรรถภาพทางเพศ การมีบุตรยาก แท้งง่าย คลอดก่อนกำหนด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง)
และโรคต่างๆ (โรคถุงลมโป่งพอง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งต่างๆ เช่น มะเร็งใน
ช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง โรคมะเร็งปอด) (American Cancer Society, 2012) นอกจากนี้การได้รับ
ควันบุหรี่มือสองจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่โดยตรง (Department of health
and Human Services, 2010)

2) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยตรงจาก
การเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อหรือสูบโดยเฉลี่ยเดือนละ 587 บาทหรือปีละ 7,020 บาท (สำนักควบคุม
การบริโภคยาสูบ, 2555) ส่วนผลกระทบทางอ้อมเกิดจากค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิด
การเจ็บป่วยด้วยสามโรคหลัก ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง มี
ค่าสูงถึง 9,857 ล้านบาท (Leartsakulpanitch, Nganthavee and Salole, 2007)

3) ผลกระทบทางด้านสังคม การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบซึ่งเป็นค่านิยม
ที่ไม่เหมาะสม (วิลโลว์ เดียวกุล และคณะ, 2549) จากการศึกษาของ Wagner & Anthony (2002)
พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น กัญชา โคเคนและเฮโรอีน
ก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมา เช่น ปัญหาอาชญากรรม การด้อยคุณภาพของประชากร

4) ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูบบุหรี่มักทิ้งก้นบุหรี่ตามพื้นทั่วไปทำให้เกิด
ความสกปรกและหากสูบแล้วไม่ได้ทำลายก้นบุหรี่ที่สูบอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดอัคคีภัยผลทำ
ให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติอีกด้วย
(สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ปัจจุบันตามแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยปี พ.ศ.
2555 ได้แบ่งการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ออกเป็น 2 ประเภท คือ การบำบัดรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา
(สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

1) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacological therapy) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่ม
ยาที่มีสารนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) ซึ่งมี 2 รูปแบบคือแบบแผ่นติดผิวหนัง
(Nicotine patch) และหมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine gum) และกลุ่มยาที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน
ได้แก่ Bupropion HCL Sustained Release, Varenicline และ Nortriptyline (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา
และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555) การบำบัดรักษาด้วยยาช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เลิกบุหรี่ได้โดยลดความ

ทรมานจากอาการถอนยา/อยากยา แต่มีข้อจำกัดคือต้องได้รับการบำบัดจากแพทย์และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเอง เนื่องจากยาดังกล่าวยังไม่ได้รับการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติจึงไม่สามารถเบิกจากสิทธิการรักษาพยาบาลได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552)

2) การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) ประกอบไปด้วยการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy)

2.1) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) เป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดหรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้องโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าความคิดเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมหากได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อหรือทัศนคติที่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญชัย, 2553)

2.2) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมผ่านการสร้างเงื่อนไขและการเสริมแรงบวก (Positive reinforcement) ให้คงพฤติกรรมอยู่ได้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550)

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดและทฤษฎีมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ด้วยวิธีการไม่ใช้ยาหลายทฤษฎี ได้แก่

ทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stage of change Model ของ Prochaska & Diclement (1992) ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความต้องการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นไม่สนใจเลิกบุหรี่ (Pre-contemplation) 2) ขั้นลังเลใจที่จะเลิกบุหรี่ (Contemplation) 3) ขั้นตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Preparation) 4) ขั้นเลิกบุหรี่ (Action) 5) ขั้นคงไว้ด้วยการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Maintenance)

ทฤษฎี Social Cognitive Theory/Self-efficacy Theory โดยทฤษฎีนี้เน้นความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และการให้ความรู้ในการบริหารจัดการกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้คิดถึงบุหรี่ ผ่านประสบการณ์ต่างๆ เช่น การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จจากการเลิกบุหรี่ (vicarious experience) การได้รับความสำเร็จจากอดีตที่ผ่านมา (performance accomplishments) รวมไปถึงการเสริมแรง (reinforcement) โดยผ่านการพูดโน้มน้าว (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ทั้งนี้ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความเชื่อในความสามารถของตนเองก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อเลิกบุหรี่ได้ (Bandura, 1977)

การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการช่วยเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการสำคัญคือ การแสดงความเข้าใจและเห็นใจผู้ติดบุหรี่ (expressing empathy) การช่วยลดความขัดแย้ง (developing discrepancy) หลีกเลี่ยงการทะเลาะวิวาท (avoiding argumentation) การต่อต้าน (rolling with resistance) และการสนับสนุนให้ผู้เลิกบุหรี่เกิดความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ (support self-efficacy) ดังนั้นหากผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้หลักการดังกล่าวก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เกิดแรงจูงใจและความพยายามในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้ (Emmons & Rollnick, 2001)

การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆได้แก่

1) การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) การบำบัดนี้ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที โดยบุคลากรสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำช่วยเลิกบุหรี่ไปพร้อมกับการให้บริการประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ (วัฒน์ย์ ปานจินดา และคณะ, 2551) ขั้นตอนวิธีการบำบัดประกอบด้วย Ask (ถาม) ประวัติการสูบบุหรี่ช่วยให้ทราบว่าผู้รับบริการสูบหรือไม่สูบบุหรี่ Advise (แนะนำ) ให้เลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ Assess (ประเมิน) ความต้องการหรือความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ Assist (ช่วยเหลือ) ผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ และ Arrange (จัดการ) มีการติดตามความคืบหน้าของการเลิกบุหรี่ (มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เตมศิริกุลชัย, 2549)

2) การนิเทศแบบเข้ม (Intensive Intervention) การบำบัดแบบนี้เหมาะสำหรับผู้ต้องการเลิกบุหรี่และพร้อมที่จะเข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ซึ่งใช้เวลามากกว่า 10 นาทีและจำนวนครั้งมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป ได้แก่ การให้การปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น (Fiore, et al., 2008)

การบำบัดโดยไม่ใช้ยาคด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมบำบัดเป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเลิกบุหรี่ได้ จากผลการศึกษาของ Rice & Stead (2009) ที่ได้ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดการติดบุหรี่โดยพยาบาลพบว่า การช่วยเลิกบุหรี่ที่มีรูปแบบของโปรแกรมอย่างเป็นระบบสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้สูงกว่าการบำบัดแบบปกติถึง 1.28 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$; 95% CI = 1.18-1.38)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์ อำเภอนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลอดบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554 พบมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 15.34 ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 99.58 อยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 65.27 จากการดำเนินงานช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้ติดบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่สมัครใจเลิกบุหรี่โดยใช้พฤติกรรมบำบัดแบบเข้มข้นรายกลุ่มจำนวน 50 คน เป็นเวลา 6 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่

บุหรี การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการนอนยาผ่านสื่อการสอนที่เป็น power point พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ ติดตามผลที่ระยะ 12 เดือน พบว่าผู้ติดบุหรีสามารถเลิกบุหรีได้เพียงร้อยละ 14.28 สาเหตุที่ทำให้ผู้ติดบุหรีเลิกบุหรีไม่สำเร็จคือ การทนต่ออาการถอนนิโคตินและอยากบุหรีไม่ได้ร้อยละ 80 มีการใช้บุหรีเพื่อลดความเครียดร้อยละ 74.28 ผู้ติดบุหรีไม่มีความเชื่อมั่นตนเองว่าจะเลิกบุหรีได้ร้อยละ 66.67 ขาดความรู้และทักษะที่ใช้ในการเลิกบุหรีร้อยละ 49.85 ด้านวิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ผู้สูบบุหรีได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนในที่ทำงานซึ่งผู้สูบบุหรีร้อยละ 71.42 มีการดื่มสุราในงานเลี้ยงสังสรรค์ทำให้มีการสูบบุหรีเพิ่มขึ้น ด้านผู้ให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการช่วยเลิกบุหรี ขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการในการผลักดันให้ผู้สูบบุหรี มีรูปแบบการช่วยเลิกบุหรีที่ไม่ชัดเจนและเป็นไปในแนวเดียวกัน ส่วนระบบการจัดให้บริการและการติดตามผลไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าวจึงมีผลทำให้ผู้สูบบุหรีเลิกบุหรีได้ไม่สำเร็จ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์, 2552)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลชุมชนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญปัญหาของผู้ติดบุหรีที่ไม่สามารถเลิกบุหรีได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการช่วยเลิกบุหรีจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำความรู้มาพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรีสำหรับวัยผู้ใหญ่ที่ติดบุหรีในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการช่วยเลิกบุหรีวัยผู้ใหญ่ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรีสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรีในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการช่วยเลิกบุหรีเพื่อช่วยให้ผู้ต้องการเลิกบุหรีสามารถเลิกบุหรีได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1) กรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ PICO Framework ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) เป็นแนวทางในการสืบค้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้ P (Population), I (Intervention), C (Comparison), O (Outcome)

2) ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย

2.1) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key words) โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นดังนี้ adult smoker(s), ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่, smoking cessation, การเลิกบุหรี่, quit smoking, เลิกบุหรี่

2.2) กำหนดฐานข้อมูล/แหล่งการสืบค้นข้อมูล โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Cochrane, PubMed, Science Direct ซึ่งถือว่าเป็นฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ให้บริการผ่านทางระบบข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล และบทความ วิทยานิพนธ์สารนิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศที่เป็นเอกสารฉบับเต็ม (Full text) การสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) โดยทำการสืบค้นข้อมูลจากวารสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น วารสารควบคุมยาสูบ วารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารพยาบาลศาสตร์

2.3) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

2.3.1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่

2.3.2) เป็นงานวิจัยที่ให้การช่วยเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรม

บำบัดและความคิด

2.3.3) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2003-2012

(พ.ศ. 2546-2555)

2.3.4) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยและเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ที่สามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้

2.3.5) เป็นงานวิจัยระดับ 1, 2 และ 3 ซึ่งเป็นหลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) และงานวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (Controlled trials without randomization หรือ Quasi-experimental design)

2.3.6) เป็นงานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ในการเลิกบุหรี่ (Quit smoking)

2.4 กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 2.4.1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เพศหญิง ผู้สูบบุหรี่ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และผู้สูบบุหรี่ติดสารเสพติด
- 2.4.2) เป็นงานวิจัยที่ไม่ให้การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์ เช่น การใช้ยาช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ การฝังเข็ม การสะกดจิต เป็นต้น และการใช้โทรศัพท์แบบสายด่วน
- 2.4.3) การวัดผลลัพธ์ไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา
- 2.4.4) งานวิจัยที่ได้เป็นเรื่องเดียวกันแต่พบในฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน

วิธีการประเมินระดับและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินตามระบบจำแนกของ Melnyk & Fineout-Overholt (2011) มาพิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized Controlled Trial: RCT)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี (Well-designed Randomized Controlled Trial: RCT)

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี (Well-designed controlled trials without randomization หรือ Quasi-experimental design)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือย้อนหลัง (Case-control studies) ที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดี

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Systematic review of descriptive or qualitative studies)

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (Single descriptive or qualitative studies)

ระดับ 7 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและ/หรือรายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ (Opinion of authorities and/or reports of expert committees)

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมิน Utilization Criteria ตามแนวคิดของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) ซึ่งมีหัวข้อการประเมิน 3 ประการดังนี้

- 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)
- 2) การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit)
- 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) มีเกณฑ์ในการพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ

- 3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding)
- 3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง (Feasibility of the finding)
- 3.3) ความคุ้มทุน คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

ผลการดำเนินการ

จากผลการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 3 เรื่อง เมื่อนำมาสังเคราะห์สามารถสรุปสาระสำคัญเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดังนี้

1) **คุณลักษณะผู้ติดบุหรี่** เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปโดยมีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด 33 ปีและมากที่สุด 58 ปี อยู่ในช่วงวัยทำงานมีอายุระหว่าง 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงแต่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ด้านสุขภาพมีทั้งผู้ที่มีภาวะสุขภาพปกติหรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่มีภาวะบกพร่องทางจิต มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 มวนต่อวันขึ้นไป มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ยาวนานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีระดับการติดนิโคตินตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับสูง แต่ส่วนใหญ่ติดนิโคตินระดับน้อยถึงระดับปานกลางโดยมีผลการประเมินระดับการติดนิโคตินอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน

2) **วิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่** จากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 10 เรื่อง สามารถจัดวิธีการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาได้ 2 ประเภทคือ

- 2.1) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) มีวิธีการดังนี้

2.1.1) แนวคิดทฤษฎี/เทคนิค ที่นำมาใช้ มีดังนี้

2.1.1.1) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม (Transtheoretical model) เป็นการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) ตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage-matched) ด้วยพยาบาลให้การปรึกษา (nurse counseling) ที่ผ่านการฝึกอบรมให้การปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ โดยประเมินความพร้อมของผู้ติดบุหรี่เพื่อให้ทราบระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) แล้วให้การปรึกษานาน 30 นาทีตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ประเมินได้ (stage-matched) จากนั้นติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์นาน 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ที่ระยะ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนเพื่อประเมินผลการให้การปรึกษาและให้การปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อปรับระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และประเมินผลลัพธ์ด้วยการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-reported) ทางโทรศัพท์ในช่วง วันที่ 7 และ 30 ที่ผ่านมาในระยะ 3, 6, และ 12 เดือนและยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจวัดปริมาณ CO $\leq$ 8 ppm และ Cotinine ในปัสสาวะ $<$ 100 ng/ml ที่ระยะ 12 เดือน (Chan, et al., 2011)

2.1.1.2) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ

ตนเอง (Self-efficacy) เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่โดยผู้ให้การช่วยเลิกบุหรี่ต้องใช้แหล่งข้อมูลในการสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ทั้ง 4 แหล่งได้แก่ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ การได้รับความสำเร็จจากการปฏิบัติในอดีตที่ผ่านมา การพูดจาโน้มน้าวและการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งมีวิธีการ 2 รูปแบบคือการให้การปรึกษารายกลุ่มและรายบุคคล

- การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ลักษณะการ

จัดกิจกรรมกลุ่มมี 2 ลักษณะคือการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบต่อเนื่อง โดยมีการเข้ากลุ่มจำนวน 5 วันติดต่อกันวันละ 2 ชั่วโมงมีสมาชิกกลุ่ม 30 คน เนื้อหากิจกรรมเป็นการฝึกให้มีพลังความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกบุหรี่ ความรู้และทักษะการดูแลตนเองเมื่อมีอาการถอนและอยากบุหรี่ มีการติดตามเดือนละ 1 ครั้งๆ 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 เดือนด้วยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่และประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 3 เดือนจากแบบสอบถามและแบบบันทึกการสูบบุหรี่ (กิริดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554) และการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบแบ่งเป็นช่วงๆ โดยมีการเข้ากลุ่มจำนวน 6 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 27 คน เนื้อหาที่ให้อาหารกิจกรรมครั้งที่ 1-4 ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเลิกบุหรี่โดยการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ การพูดโน้มน้าว การเสริมกำลังใจ และการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ กิจกรรมครั้งที่ 5-6 เป็นการสนับสนุนทาง

สังคมโดยให้คำปรึกษารายบุคคล คนละ 15 นาทีเพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจในเลิกบุหรี่ และประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 1 และ 3 เดือนด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง (พิมพ์นิภา ศิริรินทร์ไตรภาค, สิริรินทร์ กลัมพากร และ สุนีย์ ละกำป็น, 2553)

- การให้การปรึกษารายบุคคล ด้วยวิธีการให้การปรึกษาทางอินเทอร์เน็ต โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ด้วยวิธีการให้ข้อมูลในการเลิกบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ โทษของการสูบบุหรี่ แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ การประเมินระดับการตัดสินใจด้วยตนเอง การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ด้วยการส่งข้อความบน webpage ที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (Tailored messages) เน้นการส่งข้อความในช่วง 3 เดือนก่อนและหลังกำหนดวันเลิกบุหรี่ เนื้อหาที่ส่งให้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิก การกล่าวคำชมที่เลิกบุหรี่ได้ และจำนวนเงินที่ประหยัดได้ และประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 1, 3 และ 12 เดือน ทางอินเทอร์เน็ตด้วยการสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ มีผลช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ที่ระยะ 1 และ 3 เดือน (Wangberg, et al., 2011)

2.1.1.3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) โดยใช้วิธีการช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม มีสมาชิกกลุ่มละ 13 - 15 คน เข้ากลุ่มจำนวน 5 ครั้งๆ 2 ชั่วโมง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ กิจกรรมที่ให้เป็นการอภิปรายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายต่อสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจ การวางแผนการเลิกบุหรี่ ข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ เทคนิคการผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ ทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่และวิธีป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 6 และ 12 เดือนจากแบบสอบถามทางโทรศัพท์และการตรวจ Cotinine ในปัสสาวะ < 25 ng/ml มีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทักษะในการเลิกบุหรี่และสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ดีที่ระยะ 6 เดือน (Zheng, et al., 2007)

2.1.1.4) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคล โดยได้รับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่จำนวน 3 ครั้งๆละ 20 - 30 นาทีจาก home health care nurses ที่ผ่านการฝึกอบรมการให้การปรึกษาและเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ด้วยการสำรวจความคิดและความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการสูบบุหรี่ ข้อดีและข้อเสีย ค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพและบุคคลใกล้ชิด อภิปรายผลเกี่ยวกับปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่วัดได้ขณะลมหายใจออก (CO-Feedback) ของผู้สูบบุหรี่ การเชื่อมโยงให้ทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อการทำลายอวัยวะของร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

และสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ มีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งใช้เวลา 5 นาทีพร้อมให้สื่อคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดการบำบัด, 2, 6 และ 12 เดือน ด้วยการสอบถามทางโทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัด CO < 10 ppm ที่ระยะ 12 เดือน มีผลช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ (Borrelli, et al., 2005)

2.1.1.5) หลักอิทธิบาท 4 โดยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม โดยมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 4-8 คน เข้ากลุ่มจำนวน 7 ครั้งๆละ 2-3 ชั่วโมง ในระยะเวลา 21 วัน กิจกรรมครั้งที่ 1-4 ติดต่อกันเน้นเนื้อหาในการสร้างฉันทะด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ จากวิดิทัศน์เพื่อกระตุ้นให้กำหนดเป้าหมายเลิกบุหรี่ วิริยะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนและอยากบุหรี่ จิตตะกระตุ้นให้ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย และวิมังสาการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่รวมถึงการเสริมแรงและให้กำลังใจ ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 5-7 เป็นการติดตามโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ประเมินผลลัพธ์หลังสิ้นสุดกิจกรรม(วันที่ 21) ด้วยแบบวัดแรงจูงใจภายใน ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในต่อการเลิกบุหรี่ส่งผลให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (ธนิดา คงสมัย, 2554)

2.1.2) กิจกรรมที่ให้ ประกอบด้วย

2.1.2.1) การให้ความรู้ การให้ความรู้ นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดแรง จูงใจและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เนื้อหาที่ให้นั้นเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ โดยใช้การบรรยายร่วมกับการใช้สื่อวิดิทัศน์และเอกสารประกอบการให้ความรู้หากเป็นรายบุคคลใช้เวลา 30-60 นาที (Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) รายกลุ่มใช้เวลา 90 -120 นาที (พิมพ์นิภา ศิรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553; กिरดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ธนิดา คงสมัย, 2554; Romand, Gourgou & Sancho-Garnier, 2005; Zheng, et al., 2007)

2.1.2.2) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการถอน(nicotine withdrawal)และอยากบุหรี่(craving) เป็นการช่วยให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ทราบถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่เพื่อสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่ โดยใช้การบรรยายและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ รายบุคคลใช้เวลา 45 นาที (Smith & Burgess, 2009) รายกลุ่มใช้เวลา 90-120 นาที (พิมพ์นิภา ศิรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553; กिरดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ธนิดา คงสมัย, 2554; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007)

2.1.3) การติดตาม (Follow up) หลังจากสิ้นสุดการจัดกิจกรรมช่วยเหลือเด็กด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) การติดตามนับว่าเป็นกลวิธีที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือเด็กสำเร็จ ซึ่งควรมีการติดตามเป็นระยะและต่อเนื่องที่ 3, 6 และ 12 เดือน (Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) ด้วยวิธีทางโทรศัพท์ ทางอินเทอร์เน็ต และการนัดมาพบที่หน่วยให้บริการหรือคลินิก แต่วิธีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์นับว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการติดตามช่วยเหลือเด็กมากกว่าวิธีอื่น เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกในการติดตามสำหรับผู้ใหญ่ทำงาน (Borrelli, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011)

2.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) จากการศึกษาไม่มีการอ้างอิงถึงแนวคิด / ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือเด็กด้วยพฤติกรรมบำบัด กิจกรรมที่ให้มีการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มจำนวนสมาชิก 4-27 คน เข้ากลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆละ 90 นาที ครั้งแรกเป็นการเตรียมความพร้อมโดยอภิปรายเกี่ยวกับบุหรีมีผลกระทบต่อกระบวนการทำงานของร่างกาย หลังจากนั้น 1-2 สัปดาห์นัดเข้ากลุ่มติดต่อกัน 5 วันในช่วงเย็น เนื้อหาเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรีที่มีต่อร่างกายเพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี การฝึกอบรมด้านทักษะของพฤติกรรม (Behavioral skills training) เน้นการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี การลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและภาวะเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลาย รวมถึงลักษณะของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี เทคนิคปฏิเสธการสูบบุหรี และการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม (Buddy system) หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมได้จัดบริการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการงดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี มีการประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือนด้วยวิธีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์หรือรายงานการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์ (Self-reported) หากไม่ได้รับจะติดตามเยี่ยมที่บ้าน และที่ระยะ 12 เดือนยืนยันการเลิกบุหรีด้วยการวัด CO < 10 ppm ซึ่งสามารถช่วยเหลือเด็กได้สำเร็จ (Romand, et al., 2005)

3) การประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย

3.1) การประเมินผลการเลิกบุหรีมี 2 วิธีได้แก่

3.1.1) การรายงานผลการเลิกบุหรีด้วยตนเอง (self-reported) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี (Wangberg, et al., 2011) แบบสอบถามพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553) และแบบบันทึกพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีด้วยตนเอง (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554)

3.1.2) การตรวจวัดทางด้านชีวเคมี (Biochemical-maker) ด้วยการวัดปริมาณสาร CO ขณะลมหายใจออกซึ่งต้องมีค่าน้อยกว่า 10 ppm (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005) และการวัดปริมาณสาร Cotinine ในปัสสาวะต้องมีค่าน้อยกว่า 25 ng/ml (Zheng, et al., 2007) จึงจะถือว่าเลิกบุหรี่ได้

3.2) เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

3.2.1) แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ต้องการเลิกบุหรี่

3.2.2) แบบประเมินพฤติกรรมกาสูบหรี่

3.2.3) แบบประเมินการติดนิโคติน

3.2.4) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.2.5) แบบประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

3.2.6) แบบประเมินพฤติกรรมกาเลิกสูบหรี่

3.2.7) เครื่องวัดผลการเลิกบุหรี่ทางด้านชีวเคมี

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1) ลักษณะผู้ติดบุหรี่ เป็นผู้ติดบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป แต่การเลิกบุหรี่จะได้ผลดีในผู้ใหญ่ทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะสุขภาพปกติหรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมกาสูบหรี่ตั้งแต่ 1 มวนต่อวันขึ้นไปมีระยะเวลาสูบบุหรี่มากกว่า 1 ปี และมีการติดนิโคตินตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลางโดยมีช่วงคะแนน 0-6 คะแนน (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภดา และคณะ, 2553; ธนิตา คงสมัย, 2554) (ระดับ 3) (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Chan, et al., 2011) (level 2)

2) แนวคิดทางทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) (Chan, et al., 2011) (level 2) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) (Zheng, et al., 2007) (level 2) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภดา และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554) (ระดับ 3) (Borrelli, et al., 2005; Wangberg, et al., 2011) (level 2) ซึ่งในแต่ละแนวคิด/ทฤษฎีมีวิธีการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่แตกต่างกันไปตามแนวคิด/ทฤษฎีนั้นๆ สำหรับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) นับเป็นทฤษฎีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าทฤษฎีอื่น โดยใช้วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จทำให้ผู้ติดบุหรี่เกิดความรู้และทักษะในการเลิกบุหรี่ส่งผลให้เกิดความ

เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Zheng, et al., 2007) (level 2) นอกจากนี้แนวคิด/ทฤษฎียังมีการนำเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย (Borrelli, et al., 2005) (level 2)

3) รูปแบบการบำบัดโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมบำบัด สำหรับการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) สามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งในลักษณะรายบุคคลและรายกลุ่ม รายบุคคลเหมาะกับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น โรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน (Borrelli, et al., 2005) (level 2) หรือเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตามนัด (Chan, et al., 2011) (level 2) หรือผู้ป่วยในที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (Smith & Burgess, 2009) (level 2) ส่วนรายกลุ่มเหมาะกับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ โดยมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 8-10 คน ซึ่งสามารถจัดให้บริการได้ทั้งในชุมชน (Zheng, et al., 2007) (level 2) และในสถานที่ปฏิบัติงาน (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553; กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554; ธนิตา คงสมัย, 2554) (ระดับ 3) โดยกิจกรรมจะเน้นการให้ความรู้ ซึ่งควรมีรูปแบบผสมผสานกันทั้งในลักษณะการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ การฝึกทักษะเพื่อการแก้ไขปัญหาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ต้องการเลิกบุหรี่ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 3 ประเด็นได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การจัดการกับอาการถอนนิโคตินและอยากบุหรี่ และควรมีเอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ให้กลับไปศึกษาเองที่บ้าน นอกจากนี้ควรมีการติดตามไปสแตนท์ที่เกี่ยวข้องกับพิษภัยของบุหรี่ภายในคลินิกเลิกบุหรี่หรือภายในสถานที่จัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่เพื่อให้เห็นโทษของการสูบบุหรี่และเกิดความต้องการเลิกบุหรี่ (พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาค และคณะ, 2553) (ระดับ 3) ส่วนพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นการจัดกิจกรรมในลักษณะกลุ่ม โดยมีสมาชิกประมาณ 4-27 คน มีการเข้ากลุ่มแบบต่อเนื่องติดต่อกัน 5 วัน กิจกรรมที่ให้เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อร่างกาย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่และการฝึกอบรมด้านทักษะในการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ การลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรได้รับการเสริมแรงและการสนับสนุนจากสมาชิกภายในและภายนอกกลุ่ม (Romand, et al., 2005) (level 2)

4) การประเมินผลลัพธ์ ควรมีการประเมินผลลัพธ์อย่างน้อยในช่วง 3 เดือนแรก เนื่องจากผู้ที่เลิกบุหรี่มีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ได้สูง และควรมีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี (กิรดา ไกรนุวัตร และอรุณรัตน์ คันธา, 2554) (ระดับ 3) ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน (Romand, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) (level 2) ด้วยวิธีการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (self-reported 7 days point prevalence abstinence) สำหรับผู้ที่รายงานผลการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาที่ระยะ 12 เดือน

ควรได้รับการตรวจทางชีวเคมีเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่จาก self-reported อีกครั้งเพื่อความน่าเชื่อถือ โดยการวัดปริมาณ CO ในลมหายใจออกถ้าลมหายใจมีปริมาณ CO น้อยกว่า 10 ppm (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005) (level 2) หรือการวัดปริมาณสารนิโคตินในปัสสาวะถ้ามีค่าน้อยกว่า 25 ng/ml (Zheng, et al., 2007) ถือว่าเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ได้

5) พยาบาลผู้ให้การบำบัดช่วยเลิกบุหรี่ ควรเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ รวมถึงทักษะการให้การปรึกษา (Chan, et al., 2011) (level 2) และเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (Borrelli, et al., 2005) (level 2)

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1) ผู้ติดบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานทั้งเพศชายและหญิง การจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่มีการให้บริการในเวลาราชการแต่สามารถจัดให้บริการเพิ่มเติมในช่วงเย็นหลังเลิกงาน วันหยุด ตามศาลาประชาคมหมู่บ้านหรือในสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อความสะดวกสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่และยังสามารถช่วยให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2) การช่วยเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) จะประสบความสำเร็จสูงในกลุ่มผู้ติดนิโคตินระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นจึงควรประเมินระดับการติดนิโคตินก่อนให้การช่วยเลิกบุหรี่ หากพบว่าการติดนิโคตินระดับสูงคือมีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ควรให้คำแนะนำส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์เพื่อได้รับการพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย

3) ควรมีการนำแนวคิด/ทฤษฎีมาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม สำหรับการจัดการกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ควรจัดหาบุคคลที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพื่อเป็นต้นแบบในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่ตนจะเลิกบุหรี่

4) พยาบาลที่ให้การบำบัดผู้ติดบุหรี่ ควรผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการบำบัดช่วยเลิกบุหรี่และเทคนิคการให้การปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่เพื่อสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ลักษณะการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่มีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม สำหรับการช่วยเลิกบุหรี่รายกลุ่มควรมีจำนวนสมาชิกประมาณ 8-10 คนมีการเข้ากลุ่มจำนวน 4 ครั้งๆละ 60-90 นาที กิจกรรมที่ให้ความรู้วิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่

ผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ การฝึกทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการถอนยาและอยากยา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่หรือความล้มเหลวจากการเลิกบุหรี่ไม่ได้ และการติดตามผลการเลิกบุหรี่หากมีการล้มเหลวก็ควรมีการกระตุ้นเป็นระยะ สำหรับเนื้อหาที่ให้ในการเข้ากลุ่มครั้งแรกควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนและอยากบุหรี่ ครั้งที่ 4 ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมของผู้ต้องการเลิกบุหรี่ที่อยู่ในชุมชนของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการจัดหาสื่อคู่มือ สื่อการสอน ภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และเทคนิควิธีการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่เกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

6) การประเมินผลลัพธ์ในการเลิกบุหรี่ ควรมีการประเมินผลที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน โดยใช้วิธีการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Self-reported) ขณะที่ผู้ติดบุหรี่มารับบริการที่คลินิก หากผู้ติดบุหรี่ไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ พยาบาลสามารถใช้โทรศัพท์เป็นทางเลือกในการสอบถามการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ควรใช้การวัดปริมาณ CO ทางลมหายใจออกยืนยันการเลิกบุหรี่ได้แน่นอนซึ่งกระทำได้ในเดือนที่ 12 ตามที่แนวปฏิบัติได้กำหนดไว้ว่าผู้เลิกบุหรี่ได้จริงต้องสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานติดต่อกัน 12 เดือน

7) ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ให้กับประชาชนทั่วไปในชุมชน และพิษภัยของการได้รับควันบุหรี่มือสอง การณรงค์สังคมปลอดบุหรี่เพื่อเป็นการลดอัตราการสูบบุหรี่หน้าใหม่

DEVELOPMENT OF SMOKING CESSATION MODEL FOR ADULT SMOKERS IN A PRIMARY CARE SETTING

SOMPONG LUEKLANG 5337928 NSCN/M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: KERADA KRAINUWAT,
Ph.D. (NURSING), PANUDDA PRIYATRUK, M.Sc. (EPIDEMIOLOGY)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of Clinical Problem.

Cigarette is an addictive product which can be purchased legally. Approximately 1,000 million people smoke in the world at present and most of them live in developing countries (WHO, 2011). In Thailand, there are 11.5 million current smokers (National Statistical Office, 2012).

There are three factors related to cigarette addiction. The first factor is a physical factor. Nicotine from cigarette smoke can be spread to the central brain within seven seconds resulting in increasing dopamine releasing from the ventral tegmental area (VTA). This makes smokers feel satisfied and happy. Nicotine also increases other neurotransmitters secretion such as acetylcholine and norepinephrine which makes smokers feel alert; serotonin and beta-endorphin helps smokers control their moods and reduce appetite; glutamate and vasopressin enhances memory; gamma-aminobutyric acid decreases anxiety and stress (Sualsaneh, 2009; Phumsawad, et al., 2003). The second factor is emotional and psychological factor. Nicotine makes smokers stay in their good mood (euphoria), feel less anxious, relaxed, and concentrate. These satisfactions keep people smoke (Sualsaneh, 2009). The third factor is behavioral and social factor. For this type of addiction, smokers link their

smoking with their daily life style/habits and get used to those linked conditions, for example, smoking and working, smoking and drinking coffee, or smoking and toileting. Some smokers urge to smoke when they see others smoke. Those set-up conditions keep smokers light up their cigarettes on their daily life basis (Sithipun, 2010).

Cigarette smoking has four major effects describes as follows:

1) Effects on health: Smoking causes organs' deterioration (sexual impotency, infertility, susceptibility to miscarriage, and premature childbirth, and reduced immunity) as well as diseases (chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular diseases, and cancers such as lung cancer, oral cancer, and laryngeal cancer) (American Cancer Society, 2012). Besides cigarette smoke (direct smoke), secondhand smoke (SHS) also has an impact on health as well as direct smoke does (Department of Health and Human Services, 2010).

2) Effects on the economy: Cigarette smokers directly suffer from economic effects because of the cost of cigarettes. Smokers pay 587 baht for per month on average for cigarettes, or 7,020 baht per year (Office of Tobacco Consumption Control, 2012). Indirect economic effects are medical costs from three major diseases related with chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular diseases, and cancers. This indirect cost were 9,857 million baht per year (Leartsakulpanitch, Nganthavee, & Salole, 2007).

3) Effects on society: Cigarette smoking leads to imitative behavior, so smokers are inappropriate social role models (Diewkool, et al., 2006). A study conducted by Wagner and Anthony (2002) showed that there was a relationship between cigarette smoking and the use of other addictive substances including marijuana, cocaine, and heroine, which can lead to other social problems such as crimes, low quality population, etc.

4) Effects on the environment: Smokers are likely to throw cigarette butts away on the floor, which cause dirtiness and mess. If the butts are not put off properly, a fire can break out, which can cause a loss of life and properties of oneself and others, including national resources (Wattanasirichaikul, 2007).

At present, treating smokers based on a national practice guideline on treating tobacco use and dependence 2012. The treatment can be divided into two

types: pharmacological therapy and non-pharmacological therapy (Rungruanghiranchai & Sunthrontum, 2012).

1) Pharmacological therapy: Two groups of medicine were used to treat tobacco dependence. One was nicotine replacement therapy (nicotine patch and nicotine gum), The other was non nicotine replacement therapy (Bupropion HCL Sustained Release, Varenicline, and Nortriptyline) (Rungruanghiranchai & Sunthrontum, 2012). Pharmacological therapy can be used to treat tobacco dependence when smokers do not have any contraindication for using those drugs. However, smokers need to pay for these medicines out of their pocket because they are not covered by the National List of Essential Medicines, so they could not be reimbursed (Srimorakot, 2009).

2) Non-pharmacological therapy consists of a cognitive therapy and a behavioral therapy.

2.1) Cognitive therapy is a psychosocial therapy that emphasizes changes of incorrect or inappropriate thinking or attitudes based on the fundamental belief that thinking is a determinant of behaviors. If individuals have undergone adjustment of their thinking, beliefs, or attitudes, they can eventually adopt appropriate behaviors (Rungruanghiranchai, 2010).

2.2) Behavioral therapy is a psychosocial therapy that emphasizes helping people act appropriately through setting up conditions and positive reinforcement to maintain desirable behaviors (Wattanasirichaikul, 2007).

To date, a number of concepts and theories have been implemented to induce smoking cessation described as follows:

The Transtheoretical Model or the Stage of Change Model by Prochaska and DiClement (1992) is based on the belief that individuals can quit smoking successfully when they are ready to do that. Smoking cessation activities based on this theory are composed of the following steps: 1) pre-contemplation, 2) contemplation, 3) preparation, 4) action, and 5) maintenance.

The Social Cognitive Theory/Self-efficacy Theory emphasizes on helping individuals' perceive their self-efficacy to quit smoking through cognitive management both internal and external stimuli related to cigarette smoking. Smokers can enhance their self-efficacy from various experiences such as vicarious

experiences, performance accomplishments, and reinforcement through verbal persuasion and emotional arousals. When individuals change their behavior and environment according to their perception of self-efficacy, they will be able to quit smoking (Bandura, 1977).

Motivational interviewing can be used to help individuals quit smoking. The major principle is expressing empathy, reducing discrepancy, avoiding argumentation, rolling with resistance, and supporting self-efficacy. Counselors use this approach to motivate smokers quit smoking (Emmons & Rollnick, 2001).

Non-pharmacological therapy are divided into two major types:

1) Brief intervention: This intervention takes approximately three to five minutes. Public health providers provide advice on smoking cessation while offering healthcare services at a primary health care setting (Panchinda, et al., 2008). The steps involved in the intervention consist of Ask (asking for history of smokers to determine if service users are smokers or non-smokers), Advise (giving advice to smokers to help them quit smoking), Assess (assessing needs or intention of smokers to quit smoking), Assist (assisting smokers to quit based on the smoking cessation steps), and Arrange (monitoring progress of smoking cessation) (Kengkarnpanich & Termsirikulchai, 2006).

2) Intensive intervention: This intervention is for smokers who wish to quit smoking and they are ready to attend a smoking cessation. The intervention takes more than ten minutes and smokers need to attend this activity more than four times. Examples of an intensive intervention includes individual counseling, group counseling, telephone counseling, etc. (Fiore et al., 2008).

Non-pharmacological intervention of cognitive or behavioral therapy can be implemented by nurses. A systematic review conducted by Rice and Stead (2009) revealed that specific smoking cessation interventions providing by nurses were 1.28 times more effective to help smokers quit smoking than normal interventions statistical significantly ($p = 0.001$; 95%CI = 1.18-1.38).

A health promoting hospital of Tambon Natawong, Chalermprakiat District, Nakhon Ratchasima Province, has implemented a smoking-free hospital policy since 2009. A survey of smoking behavior in 2011 shown that 15.34% of local the population aged over 15 years old used tobacco. Of these smokers, 99.58% were

male, and almost two-thirds of them (65.27%), aged between 25 and 59 years old. The hospital provided a smoking cessation program for 50 adult smokers. All smokers attended the program on a voluntary basis. The cessation program based on an intensive behavioral therapy. It took six hours to provide the whole program, and the program contents were related to the danger of smoking and self management on withdrawal symptoms. Nurses provided the program contents by teaching using PowerPoint presentation and pamphlets. At the 12-month follow-up, it was found that only 14.28% of participants were able to quit smoking. The reasons why they were unable to quit smoking were described as follows: 80% of smokers were unable to tolerate nicotine withdrawal symptoms and craving; 74.28% of them used smoking to reduce stress; 66.67% of smokers did not feel confident to quit smoking; 49.85% of smokers lacked of knowledge and skills for quitting smoking. Lifestyles and cultures had an impact on quitting smoking, some smokers could not quit smokers because of peers pressure. 71.42% of smokers could not quit smoking because they enjoyed drinking and smoking at a party resulting in unsuccessful quitting smoking. Moreover, some healthcare providers were lack of knowledge and skills to provide cessation services, and also lack of standard cessation protocol leading to in-continuing services and unclear follow-up and evaluation. For these reasons, smokers were unable to quit smoking successfully (Tambon Natawong Health Promoting Hospital, 2009).

The researcher, a community nurse practitioner, realized the important of a smoking problem and unsuccessful cessation services. Therefore, the researcher conducted a present study aimed to synthesize smoking cessation programs from evidence based practice which helped the researcher develop a smoking cessation model for a local hospital at a primary care setting.

Objective of the Study

The present study aimed to synthesize a body of knowledge of smoking cessation intervention from evidence based practice for adult smokers and to develop a smoking cessation model in adult smokers at a primary care setting.

Methodology

In this study, research evidence related to smoking cessation was reviewed and synthesized as follows:

Search for evidence

1) The PICO framework proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005) was employed as the framework for searching in terms of P (Population), I (Intervention), C (Comparison), and O (Outcome).

2) The scope of the search was described as follows:

2.1) Keywords used in the search were adult smoker(s), smoking cessation, and quit smoking.

2.2) Databases used in the search were electronic databases including CINAHL, Cochrane, PubMed, and Science Direct. These databases were health science databases available through Mahidol University library network system. In addition, hand searching with full texts was also conducted for journal articles, theses, and dissertations. Examples of relevant academic journals used in the search were Tobacco Control Journal, Public Health Nursing Journal, and Nursing Journal.

2.3) The inclusion criteria were set as follows:

2.3.1) They were research studies conducted with adult smokers.

2.3.2) They were related to smoking cessation with cognitive- behavioral therapy.

2.3.3) They were published between 2003 and 2012.

2.3.4) They were published either in Thai or in English, with the full text available for retrieval, and could be downloaded from the Internet.

2.3.5) They were research studies categorized as evidence in levels 1, 2, or 3, meaning a systematic review or a meta-analysis, a randomized controlled trial (RCT), and a controlled trial without randomization or a quasi-experimental research study respectively.

2.3.6) The outcome evaluation was quitting smoking.

2.4) The exclusion criteria were described as follows:

2.4.1) Research studies conducted with female smokers, smokers who had mental health problems, or smokers with other substance abuse.

2.4.2) Studies that related to pharmacological therapy by physician, acupuncture, hypnosis, or hotline telephone service.

2.4.3) The outcomes evaluation that was not relevant to the topic of interest of the present study.

2.4.4) The same study found from a different databases.

Evaluation of the levels and quality of evidence

The evaluation of the levels of evidence was conducted based on the criteria proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2011), There were 7 levels of evidence:

Level 1: A systematic review or a meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs)

Level 2: A well-designed randomized controlled trial (RCT)

Level 3: A well-designed controlled trial without randomization or a quasi-experimental design

Level 4: A well-designed cohort study or a case-control study

Level 5: A systematic review of descriptive or qualitative studies

Level 6: A single descriptive or qualitative study

Level 7: An opinion of authorities and/or reports of expert committee

The researcher assessed the quality of evidence according to the research utilization based on Polit and Beck (2012). The research utilization was focus on three aspects:

1) Clinical relevance

2) Scientific merit

3) Implementation potential, which was further divided into three issues as follows:

- 3.1) Transferability of the findings
- 3.2) Feasibility of the findings
- 3.3) Cost-benefit ratio

Findings

Based on the retrieval of evidence, ten research studies that met the inclusion criteria were selected. Of these, one was a systematic review, six were randomized controlled trials, and three were quasi-experimental studies. The selected research studies were analyzed and synthesized to derive a body of knowledge for developing a smoking cessation model at a primary care setting which was described as follows:

1) Characteristics of cigarette smokers

They were adults aged 18 years old or older. The minimum age was 33 years old and the maximum age was 58 years old. Smokers were working adults aged between 25 and 59 years old. Smokers were either male or female, but most of them were male. Smokers were healthy adults or those with chronic illnesses. All smokers had no communication problems or mental health illnesses. Smokers took up at least 1 cigarette per day and the length of smoking was more than a year. Levels of nicotine dependence ranged from mild to severe, but most smokers had a moderate level of nicotine dependence. The scores of nicotine dependence were ranged from 0 to 6 points.

2) Methods to assist smokers who wanted to quit smoking

According to the evidence, methods to assist smokers quit smoking could be categorized into two types.

- 2.1) Cognitive therapy

2.1.1) The concepts and theories used in cognitive therapy were described as follows:

2.1.1.1) The transtheoretical model which was a face-to-face stage-matched counseling provided by nurses who had undergone training on smoking cessation. The readiness to quit smoking was assessed according to stage of change, and then counseling was provided for 30 minutes based on the stage-matched result. Fifteen minutes telephone counseling and fellow-up was provided two times at one week and one month for outcomes evaluation. Additional counseling was provided to assess and adjust smoking behavior regarding to the stage of change. The outcomes of smoking cessation in the past seven and 30 days were assessed using self-reported questionnaire via telephone calls. Evaluation was also conducted at the 3rd, 6th, and 12th months after the counseling. The outcome of smoking cessation was confirmed at the 12th month by using bio-markers such as CO (target result ≤ 8 ppm) and urine cotinine (target result < 100 ng/ml) (Chan et al., 2011).

2.1.1.2) The self-efficacy theory could be used to assist smokers quit smoking. The therapists provided information to foster smokers' self-efficacy to quit smoking including vicarious experiences, performance accomplishments, and reinforcement through verbal persuasion and emotional arousals. This could be done by means of individual counseling and group counseling.

- Group counseling could be organized in two approaches. The first approach was a continuous group activity. Smokers had to attend five daily group sessions conducted consecutively for two hours a day. There were about 30 people in each group. The contents of the activities emphasized training to develop self-efficacy perception for quitting smoking through provision of knowledge and skills to perform appropriate self-care practices when experiencing craving and withdrawal symptoms. The follow-ups were conducted once a month, each lasting two hours, for three months, by means of group meetings to exchange experience with smoking cessation. The outcomes were evaluated in the third month using questionnaires and smoking records (Krainuwat & Kantha, 2011). In the second type of group activities, the group activities were conducted intermittently. There were six sessions in the program, conducted once a week. The number of group members was 27. The first to fourth sessions of the program lasted

90 to 120 minutes to make program participants develop perceived self-efficacy to quit smoking through the use of videos, pamphlets, verbal persuasion, reinforcement, and vicarious experience. The fifth and sixth sessions of the program provided social support through individual counseling, for 15 minutes each, to stimulate and encourage program participants to quit smoking. The outcomes were evaluated at one and three months by means of an interview and a self-administered smoking behavior record (Dissarintraipada, Kalampakorn, & Lakampan, 2010).

- Individual counseling was provided through the Internet based on the self-efficacy theory. The information provided via the Internet consisted of dangers of smoking, methods to quit smoking, self-evaluation of nicotine addiction level, and promotion of perceived self-efficacy to quit smoking the use of tailored messages on web blogs. The messages were sent in three months before and after the designated smoking cessation date. The contents of the messages were related to benefits of smoking cessation, compliments on successful smoking cessation, and the amount of money saved. The outcomes were evaluated at one, three, and 12 months by means of an Internet-based interview to elicit data regarding cigarette smoking behavior and perceived self-efficacy, which enabled program participants to quit smoking at one and three months (Wangberg et al., 2011).

2.1.1.3) The social cognitive theory was used to promote group smoking cessation. There were 13 to 15 members in the group. There were five group sessions, each lasting two hours, for three weeks. The activities used in the group sessions were discussion and dissemination of information about cigarettes and danger on health so as to create motivation to plan for smoking cessation, as well as advantages and disadvantages of cigarette smoking, relaxation techniques, group exchange of learning, learning from role models, management skills of situations during smoking cessation, and prevention of relapses. The outcomes were evaluated at six and 12 months by means of a telephone interview and an examination of urine cotinine of < 25 mg/ml. It was also found that the program had an effect on expectation and perceived self-efficacy of program participants to quit smoking and enabled them to successfully quit smoking in the sixth month (Zheng et al., 2007).

2.1.1.4) Motivational interviewing enabled smokers to quit smoking on an individual basis. Motivational interviewing was used

with each program participant who was interviewed three times, each lasting 20 to 30 minutes, by home healthcare nurses who had undergone training on how to provide counseling and use interviewing techniques to create motivation. Smokers' thinking and feelings were explored about the effects of smoking, both positive and negative effects, incorrect value about smoking, and beliefs about effects of smoking on health and close persons. In addition, the CO-Feedback was discussed to make program participants aware of adverse effects of smoking on the body and risks of diseases, as well as to promote perceived self-efficacy to quit smoking. There was one telephone follow-up which lasted approximately five minutes, and a manual on self-initiated smoking cessation was distributed. The outcomes were assessed at the third, sixth, and 12th months after the program implementation using telephone interviews, and confirmation of quitting smoking was done by measuring CO. CO level < 10 ppm was interpreted as quitting smoking successfully (Borrelli et al., 2005).

2.1.1.5) The Buddhist principle of Iddhipada, or Path of Accomplishments or Basis for Success, could be used to create internal motivation to quit smoking. It was conducted as a group activity, with group members ranging from four to eight. There were seven sessions, each lasting two to three hours, within a period of 21 days. The first to fourth activities emphasized creating Chanda, or aspiration, by providing knowledge of dangers of smoking using a video to stimulate goal setting to quit smoking; Viriya, or perseverance, by giving knowledge of withdrawal symptoms and craving; Citta, or dedication, by stimulating program participants to do activities for relaxation; and Vimamsa, or investigation, by solving problems and obstacles when trying to quit smoking, including offering reinforcement and encouragement. The fifth to seventh activities were follow-ups using a group process to help solve problems and prevent relapses. The outcomes were evaluated after the program ended, on the 21st day, using the internal motivation questionnaire. It was found that the program could enable smokers to successfully quit smoking (Kongsamai, 2011).

2.1.2) The activities included the following:

2.1.2.1) Provision of knowledge:

Knowledge was considered important to create motivation and intention to quit smoking. The contents emphasized dangers of smoking and benefits of smoking.

Lectures were used together with videos and written documents. Individual sessions lasted 30 to 60 minutes (Smith & Burgess, 2009; Chan et al., 2011), while group sessions took 90 to 120 minutes (Dissarintraipada, et al., 2010; Krainuwat & Kantha, 2011; Kongsamai, 2011; Romand, Gourgou & Sancho-Garnier, 2005; Zheng, et al., 2007).

2.1.2.2) Skills to manage nicotine withdrawal and craving: This was done to make smokers realize the problems that they would have to encounter while trying to quit smoking so as to enable them to deal with these problems. Lectures and skill practices were used to manage nicotine withdrawal and craving. Individual sessions lasted 45 minutes (Smith & Burgess, 2009), whereas group sessions took 90 to 120 minutes (Dissarintraipada, et al., 2010; Krainuwat & Kantha, 2011; Kongsamai, 2011; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007).

2.1.3) Follow-up was conducted after the cognitive therapy. Follow-up was considered an important strategy that enabled program participants to successfully quit smoking. It should be conducted periodically and continuously in the third, sixth, and 12th months (Smith & Burgess, 2009; Chan et al., 2011) using telephone calls, the Internet, and appointments the healthcare setting or clinic. However, it could be seen that telephone follow-ups were more commonly used than any other technique because they were easy and convenient to do for working adults (Borrelli, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011).

2.2) Behavioral therapy

In the selected studies, there was no reference made to concepts or theories of behavioral therapy that could be used for smoking cessation. The activities conducted could be organized as group activities with four to 27 members, and there were six sessions in the program, each lasting 90 minutes. The first session was preparation to ensure readiness with discussion of the effects of smoking on physical functioning. One to two weeks after that, group activities were organized for five consecutive days in the evening. The contents were provision of information regarding the effects of smoking on the body so as to create motivation to quit smoking. Behavioral skill training was conducted with an emphasis on

withdrawals and craving, reduction of risk factors and stimulants of smoking, management of risky situations and stress using relaxation techniques, behaviors related to smoking, refusal techniques, and buddy system for mutual support within groups. After the activities were conducted, counseling was provided regarding refraining from alcohol drinking within the first week of smoking cessation. The outcomes were evaluated in the third, sixth, and 12th weeks using a mail questionnaire or self-reported telephone calls. If the reports were missing, a home visit would be conducted. At the 12th month, smoking cessation was confirmed with measurement of CO < 10 ppm to indicate success (Romand, et al., 2005).

3) Outcome evaluation

Outcome evaluation could be done in two ways as follows:

3.1) Smoking cessation outcome evaluation was done with the following methods:

3.1.1) Self-reported smoking cessation: The instruments that could be used included the smoking behavior questionnaire (Wangberg, et al., 2011), the smoking cessation behavior questionnaire (Dissarintraipada, et al., 2010), and the self-administered smoking cessation behavior record (Dissarintraipada, et al., 2010; Krainuwat & Kantha, 2011).

3.1.2) Biochemical-maker could be used by measuring the amount of CO-Feedback during exhalation, which had to be lower than 10 ppm (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005), and urine cotinine had to be lower than 25 ng/ml (Zheng, et al., 2007) before smoking cessation could be considered successful.

3.2) The instruments consisted of the following:

3.2.1) The baseline data of smokers who want to quit smoking questionnaire

3.2.2) The smoking behavior questionnaire

3.2.3) The nicotine dependence questionnaire

3.2.4) The perceived self-efficacy questionnaire

3.2.5) The readiness to quit smoking questionnaire

3.2.6) The biochemical-maker of smoking cessation questionnaire

Recommendations

1) The ages of adult smokers were 18 years old or older. Smoking cessation interventions/programs were more effective among working adults aged between 25 and 59 years old, either male or female smokers, either in their good health or having chronic illnesses. They smoked more than one cigarette per day and have been smoked for more than one year. Their nicotine dependence levels of the majority smokers ranged from mild to moderate, with scores of 0 to 6 points (Dissarintraipada, et al., 2010; Kongsamai, 2011) (Level 3) (Borrelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005; Zheng, et al., 2007; Chan, et al., 2011) (Level 2).

2) The theoretical concepts used for developing smoking cessation intervention included transtheoretical model (Chan, et al., 2011) (Level 2), social cognitive theory (Zheng, et al., 2007) (Level 2), and self-efficacy theory (Dissarintraipada, et al., 2010; Krainuwat & Kantha, 2011) (Level 3) (Wangberg, et al., 2011) (Level 2). In each theory/concept, there are activities for smoking cessation based on the theories/concepts. Self-efficacy theory was used to create smoking cessation activities more than other theories. Live experience from ex-smokers increased the participants' confidence in their ability to quit smoking. This was the most important factor linked to quit smoking successfully (Zheng, et al., 2007) (Level 2). In addition to these theories and concepts, the motivational interviewing technique was also used to help smokers to quit smoking (Borrelli, et al., 2005) (Level 2).

3) Non-pharmacological interventions were divided into cognitive therapy and behavioral therapy. Cognitive therapy was conducted individually and in group. Individual therapy was appropriate for smokers with chronic diseases living in the community (Borrelli, et al., 2005) (Level 2), or outpatients at the local health clinic (Chan, et al., 2011) (Level 2), or inpatients staying in the hospital (Smith & Burgess, 2009) (Level 2). Group therapy was suitable for healthy smokers who wanted to quit smoking. Each group therapy consisted of eight to ten members. It could be held in the

community (Zheng, et al., 2007) (Level 2) or in the workplace (Dissarintraipada, et al., 2010; Krainuwat & Kantha, 2011; Kongsamai, 2011) (Level 3). The activities emphasized dissemination of knowledge and skills through lectures, videos, skill practices for problem-solving, and exchanged learning experience under real life contexts. The contents covered three aspects - knowledge of dangers of smoking, benefits of smoking cessation, and management of nicotine withdrawal and craving. A quitting manual should provide for smokers to review at home. In addition, posters about dangers of smoking should be hung at the smoking cessation clinic or the venue to raise the awareness about the danger of smoking and thought about quitting smoking (Dissarintraipada, et al., 2010) (Level 3). Behavioral therapy was conducted for group activities. Each group consisted of 27 members. The group members participated in the group activities for five consecutive days. The activities included provision of information about effects of smoking on the body, benefits of smoking cessation, skill practices on management of withdrawal and craving, risk reduction, and reduction of smoking stimuli. In addition, reinforcement and mutual support should be provided to smokers by group members or others (Romand, et al., 2005) (Level 2).

4) Outcome evaluation should be conducted during the first three months because it was the time that smokers were more likely to relapse. Then follow-up evaluation should be done continuously for at least one year (Krainuwat & Kantha, 2011) (Level 3) at third, sixth, and 12th months (Romand, et al., 2005; Smith & Burgess, 2009; Chan, et al., 2011) (Level 2). Outcomes were assessed by using self-reported questionnaires asking 7-day or 30-day point prevalence of smoking. At the 12th month, smokers who reported quitting smoking in the past seven days, biochemical-makers (respiratory CO or urine cotinine) should be used to test a nicotine dependence level, and to confirm the result from self-report. If the CO-Feedback was lower than 10 ppm (Borelli, et al., 2005; Romand, et al., 2005) (Level 2), or urine cotinine level was lower than 25 ng/ml, those smokers were determined as successful quitters.

5) Nurses who provided smoking cessation intervention should be trained to maximize their knowledge and skills so that they could provide an effective intervention including counseling (Chan, et al., 2011) (Level 2) and motivational interviewing technique (Borelli, et al., 2005) (Level 2).

Suggestions

1) Smokers who wanted to quit smoking were working male or female adults. Generally, smoking cessation activities were held during working hours. However, cessation activities could be held in the evening after working hours, on weekends, or holidays at a community meeting hall or at the workplace. This offering made it easy and convenient for smokers to attend the smoking cessation program continuing after working hours.

2) Cognitive and behavioral therapy were highly successful among smokers with mild or moderate levels of nicotine dependence. Therefore, the level of nicotine dependence should be assessed before offering smoking cessation therapy. If smokers had a severe nicotine dependence level, scored from 7 points or above, they should be referred to the secondary or tertiary hospitals for a pharmacological treatment.

3) The concepts and theories should be utilized to create activities on regular basis. Self-efficacy theory should be operated to enhance smokers' self-efficacy. Ex-smokers who quitted smoking successfully should be introduced in the intervention as a successful model to enhance the confidence to quit smoking.

4) Nurses who provided smoking cessation intervention should be trained for knowledge and skills necessary for cessation intervention, especially counseling and the motivational interviewing technique, so nurses can provide smoking cessation intervention effectively and efficiently.

5) Smoking cessation intervention can be offered for smokers at an individual or a group level. Group members consisted of eight to ten smokers. A cessation program contained 4 sessions and each session lasted 60 to 90 minutes. The first session emphasized knowledge about the danger of smoking and benefits of quitting smoking. The second session emphasized promoting self-efficacy to quit smoking. The third group emphasized skill training to manage withdrawal symptoms and craving, and the fourth session focused on practicing relaxation relevance to smokers' lifestyles, social and cultural contexts. Smokers needed to attend all sessions. The aims of program activities were to provide knowledge via lecture, videos (harms of smoking, effects of smoking on health), skill practices to manage withdrawal symptoms and craving, to exchange of success or failure stories about smoking

cessation, and to follow the program outcome (quit smoking). If smokers failed to quit smoking, extra sessions would be provided periodically to encourage quitting. Nurses needed to provide a cessation manual and materials for smokers who attended the cessation program. Posters showing the danger of cigarette smoking should be presented in public and nurses needed to persuade other current smokers to think about quit smoking.

6) Outcome evaluation of smoking cessation intervention should be assessed using self-reported questionnaires at the third, sixth, and 12th months after the program implementation at the cessation clinic. If smokers were unable to come to the clinic by appointments, nurses could call smokers and assess the outcomes via phone calls. In addition, a biochemical marker (CO) was used to confirm smoking abstinence at the 12th month as recommended from the cessation guideline.

7) Knowledge about the danger of smoking and secondhand smoking should be disseminated to general population community members. A smoking-free society campaign should also be launched to reduce the number of new smokers.

รายการอ้างอิง

- กรมสรรพสามิต. (2555). กฎกระทรวง กำหนดอัตราค่าแสตมป์ยาสูบ พ.ศ. 2555. วันที่ค้นข้อมูล 2 กันยายน 2555, จาก: <http://www.excise.go.th/index.php>.
- กรองจิต วาทีสาทกกิจ. (บรรณาธิการ). (2549). *พยาบาลกับบุหรี่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- กรองจิต วาทีสาทกกิจ, และ อภิญา ตันทวีวงศ์. (บรรณาธิการ). (2553). *ถอดบทเรียนสำนักงานสาธารณสุขต้นแบบ สถานีอนามัยปลอดบุหรี่ : ศูนย์กลางการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพในชุมชนและโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ต้นแบบ: ขยายเครือข่ายสู่ชุมชน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาชุมชน.
- กิตติ ไกรนุวัตรและ อรุณรัตน์ คันธา. (2554). ผลของโปรแกรมและต้นทุนต่อหน่วยของโปรแกรมช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(1), 32-45.
- จินตนา จารุสมบัติ. (2547). *บริบททางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจกับพฤติกรรมกาสูบ บุหรี่ กรณีศึกษาคนงานในอุตสาหกรรมเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉันทชัย สิทธิพันธุ์. (2553). กลไกการเสพติดบุหรี่และโรคติดบุหรี่. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (บรรณาธิการ), *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่ เล่ม 1* (หน้า 26-27). สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรินติ้ง.
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา คำการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชกร, เกษม เวชสุทรานนท์ และสุภกิจ ศิริลักษณ์. (บรรณาธิการ). (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, ชีรศักดิ์ สาตรา, และ ธนชัย คงสกันต์. (2553). งานบำบัดผู้ติดบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 55-62.
- ทัศนีย์ วรรณกุล, สุรินทร์ กลัมพากร และ อรวรรณ ชาตรียศกุล. (2554). การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนเพื่อการควบคุมยาสูบในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*, 60(1), 49-61.

- ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์. (2552). กลไกการเสพติดบุหรี่. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และ รณชัย คงสกนธ์(บรรณาธิการ), *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่* (หน้า 137-145). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- ธนิดา คงสมัย. (2554). ผลของโปรแกรมหลักกอิทธิบาท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเลิกสูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(1), 64-72.
- ประกิต วาทีสาชกกิจ. (บรรณาธิการ). (2549). *รู้เพื่อไทยไร้ควันบุหรี่: บันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- _____. (2554). จะควบคุมยาสูบให้ได้ผลต้องทำมากกว่านี้. *วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่*, 12(142), 3.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (บรรณาธิการ). (2552). *แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มณีส फिल्ม.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). หลักการทั่วไปในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และรณชัยคงสกนธ์ (บรรณาธิการ), *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่* (หน้า 424-425). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- พิมพ์นิภา ดิสรินทร์ไตรภาคี,สิรินธร กลัมพากรและ สุนีย์ ละกะปิ่น. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอผ้า จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาล*, 59(1), 50-58.
- ไพรัตน์ อ้นอินทร์, ศักดิ์ชาย วิษณุสันต์กุล, และ วิเชียร มีบุญล้ำ. (2551). การปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขสุขาขย อำเภอนีนมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 2(1), 87-98.
- มณฑา เก่งการพานิช, และ ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549). *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกสูบบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.(2555). *โพลล์กสิกรไทย*. วันที่ค้นข้อมูล 19 มกราคม 2555, จาก:<http://www.ashthailand.or.th/th/information>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาวงษ์. (2552). *รายงานผลการดำเนินโครงการลดละเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลหนองงูเห่ล้อม ปี 2552*. นครราชสีมา.
- วรารณ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มณฑานติกุล, พนมทวน ชูแสงทอง,ศรีณย์ กอสนาม และคณะ. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาผู้ติดบุหรี่*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิชัย เอกพลากร. (2552). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552.นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

วิไลรัตน์ เดียวกุล และคณะ. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราในประชาชนจังหวัดเพชรบุรี. วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุขวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 2, 3(2), 10-17.

วัฒน์ ปานจินดา, อภิญญา วงศ์พิริยะโยธา, แก้วจิต มากปาน, และ ปราณี แสดคง. (2551). การช่วยให้บุคคลวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเลิกยาสูบ. ในทัศนาศา นุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต, และ สุรินทร์ กลัมพากร(บรรณาธิการ), *บุหรืกับสุขภาพ: บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรื*(หน้า 234-237). เชียงราย: เชียงรายรุ่งโรจน์.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง, และ กุมภการ สมมิตร. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2555*. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: เจริญดีมนัการพิมพ์.

สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (บรรณาธิการ). (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรื.

สมศรี เผ่าสวัสดิ์, สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, สุวณี รักธรรม, มานพชัย ธรรมกันโหม, อธิพร คณะเจริญ และคณะ. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรืในประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ*. (ม.ป.ท.).

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (บรรณาธิการ). (2553). *คู่มือการรักษาโรคติดบุหรื*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรีนติ้ง.

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และ สุรจิต สุนทรธรรม. (บรรณาธิการ). (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทยฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555*. (ม.ป.ท.).

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2555). *บทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี 2554*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____. (2553). *แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557*.

วันที่ค้นข้อมูล 8 มกราคม 2555, จาก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข:http://www.thaiantitobacco.com/cms/uploads/files/TC/StrategyTobaccoControl_Complete.pdf

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบลู๊ต.
- _____. (2555). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- เสริมทรัพย์ วรรัชกะวิกิรานต์ และ วิยะดา แสนศรีมหาภัย. (2552). ระดับวิตามินเอ วิตามินซีและวิตามินอีในพลาสมาผู้สูบบุหรี่. *วารสารกรมการแพทย์*. 34(2), 88-96.
- American Cancer Society. (2012). Cancer facts and figures. Retrieved January 9, 2012, from :<http://www.cancer.org/>.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. *Psychological Review*. 84 (2), 191-215.
- _____, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Borrelli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papandonatos, G., & Abrams, D. (2005). Homehealth care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Preventive Medicine*, 41, 815-821.
- Burden of Disease Thailand. (2011). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพและสุขภาพของประชากรไทย. *Burden of Disease Thailand NEWS*, 1(1), 1-4.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). A report of the surgeon general how tobacco smoke causes disease. Retrieved December 28, 2011, from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumerbooklet/pdfs/consumer.pdf.
- Chan, S. S. C., Leung, D. Y. P., Wong, D. C. N., Lau, C. P., Wong, V. T., & Lam, T. H. (2011). A randomized controlled trial of stage-matched intervention for smoking cessation in cardiac out-patients. *Addiction*, 107, 829-837.
- Department of Health and Human Services. (2010). How tobacco smoke causes disease the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. Retrieved March 24, 2012, from: <http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke>.
- Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 68-74.

- Fagard, R. H., & Nilsson, P. M. (2009). Smoking and diabetes: the double health hazard. *Primary Care Diabetes*, 3(4), 205-209.
- Fiore, M. C., Roberto, C. J., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et. al. (2008). *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. The United States Department of Health and Human Services.
- Fung, P. R., Snape-Jenkinson, S. L., Godfrey, M. T., Love, K. W., Zimmerman, P. V., Yang, I. A., & Fong, K. M. (2005). Effectiveness of Hospital – Based Smoking Cessation. *Chest*, 128(1), 216 -223.
- Garcia, M. P., & Becona, E. (2000). Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program. *The Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 28-36.
- Kim, J. R., Lee, M. S., Hwang, J. Y., Lee, & J. D. (2005). Efficacy of a smoking cessation using the AHCPR guideline tailored for Koreans: a randomized controlled trial. *Health Promotion International*, 20(1), 51-59.
- Leartsakulpanitch, J., Nganthavee, W., & Salole, E. (2007). The Economic burden of smoking – related disease in Thailand: A prevalence-based analysis. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(9), 1925-1929.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. (2th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Paulsen, P. Q., & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal*, 327, 1-4.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change applications to addictive behaviors. *American Psychological Association*, 47(9), 1102-1114.

- Rice, V. H., & Stead, L. F. (2 0 0 9). Nursing intervention for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*. Retrieved 26 March 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub3/pdf>.
- Romand, R., Gourgu, S., & Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assessing the five-day plan for smoking cessation. *Addiction, 100*, 1546-1554.
- Smith, P. M., & Burgess, E. (2009). Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease. *Canadian Medical Association Journal , 180*(13) , 1297-1303.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2009). Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*. Retrieved 26 March 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub2/pdf>.
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana and cocaine. *American Journal of Epidemiology, 155*(10), 918-925.
- Wangberg, S. C., Nilsen, O., Antypas, K., & Gram, I. T. (2011) . Effects of Tailoring in an Internet-Based Intervention for Smoking Cessation: Randomized Controlled Trial . *Journal of medical Internet research, 13*(4), 1-12.
- Williams, A. (2010). Stop-smoking support: considerations for community nurses. *British Journal of Community Nursing, 15*(7), 326-332.
- World Health Organization. (2009). Global health risks mortality and burden of diseaseattributable to selected major risks. Retrieved December 26, 2011, from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks.
- _____. (2010). Global status report on non communicable disease.Retrieved December 20, 2010, from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd>.
- _____. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.Retrieved December 15, 2011, from:http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/
- Zheng, P., Guo, F., Chen, Y., Fu, Y., Ye, T., & Fu, H. (2 0 0 7). A randomized controlled trial ofgroup intervention base on social cognitive theory for smoking cessation in china. *Journal of Epidemiology, 17*(5), 147-155.

ภาคผนวก

ตารางการวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1. Home health care Nurses as a new Channel for smoking cessation Treatment: Outcomes from Project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย /ปีที่ตีพิมพ์	Borrelli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papandonatos, G., Abrams, D. (2005).
แหล่งที่ตีพิมพ์	Preventive Medicine, 41, 815-821.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านด้วยพยาบาลโดยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจกับการดูแลตามมาตรฐาน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 273 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 129 คน และกลุ่ม ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานจำนวน 144 คน <u>เกณฑ์ในการคัดเข้า</u> 1.มีอายุ > 18 ปี 2.สูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 มวน/วัน นานกว่า 1 ปี 3.สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ 4.ปัจจุบันไม่ได้รับการรักษาหรือใช้ยา NRT เพื่อเลิกสูบบุหรี่ 5.ผลการประเมิน Mini-Mental State มีระดับคะแนน > 20 คะแนน 6.ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย
สถานที่เก็บข้อมูล	รัฐ Rhode Island ในประเทศสหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐาน	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> 1) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส 1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	สูบบุหรี่ 1.3.แบบประเมินระดับการติดยาโคติน(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Fagerstrom, et al., (1991) มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม 2) สถานะทางด้านจิตใจ (Mental status) โดยใช้แบบประเมิน Mini-Mental State Examination ของ Folstein et al., (1975) มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม 3) การประเมินทางด้านจิตสังคม(Psychosocial) ประกอบด้วย 3.1 แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่(Contemplation Ladder) ของ Biener & Abrams (1991) มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม 3.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเลิกบุหรี่ ของ Condiotte & Lichtenstein (1981) มีทั้งหมด 15 ข้อคำถาม 4) สถานะของการสูบบุหรี่(Smoking status) ประกอบด้วย 4.1 การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองทางโทรศัพท์(self-reports) 4.2 การวัดทางชีวเคมีด้วยการวัดปริมาณ CO ในลมหายใจออกโดยใช้เครื่อง CO Ecolyzer เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ 5) ประเมินคุณภาพชีวิต(Quality of life) ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF 12) ของ McHorney et al., (1993) มีทั้งหมด 12 ข้อคำถาม 6.การบันทึกช่วงเวลาที่ให้ Intervention และเนื้อหาที่ให้แต่ละครั้ง
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 129 คน ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivation Enhancement)ในการเลิกบุหรี่ที่บ้าน ด้วยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลจากพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 20-30 นาที โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivation Interviewing) เป็นแนวทางในการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การสำรวจความคิดและความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ 2) การอภิปรายเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ 3) การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับรู้เกี่ยวกับค่านิยมที่ไม่ถูกต้องจากการสูบบุหรี่ 4) การสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพและบุคคลใกล้ชิดของผู้สูบบุหรี่รวมถึงอภิปรายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีผลต่อการทำลายอวัยวะ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ของร่างกายและมีความเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ นอกจากการสร้างแรงจูงใจแล้วยังส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่(self-efficacy)ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ได้กำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้ถึงความพยายามในการเลิกบุหรี่จากประสบการณ์ในอดีตที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ 3) การวางแผนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ 4) กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่เล่าประสบการณ์ที่เคยประสบผลสำเร็จ 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่สำเร็จ ท้ายสุดกลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองจากการเยี่ยมชมครั้งแรก หลังสิ้นสุดการบำบัดได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้งในเวลา 5 นาที <u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 144 คน ได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ ตามแนวทางของ AHCPR จำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย Ask สอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่, Assess ประเมินแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่, Advise แนะนำเลิกสูบบุหรี่, Assist ช่วยเลิกบุหรี่ , Arrange follow up การจัดการและติดตาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-15 นาทีและมอบคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การติดตามและประเมินผล ทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและประเมินผลการเลิกบุหรี่หลังสิ้นสุดการบำบัด, 2, 6 และ 12 เดือน ด้วยการสอบถามสถานะของการสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (self-reported 7-day point prevalence abstinence)และการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence)ทางโทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจหาปริมาณ CO ในลมหายใจออก ถ้าลมหายใจออกมีปริมาณ CO < 10 ppm ถือว่าเลิกบุหรี่ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผู้บำบัดเป็นพยาบาลเยี่ยมบ้านจำนวน 98 คนได้รับการสุ่มและคัดเลือกเข้ากลุ่มเพื่อให้ Intervention ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ 46 คนและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 52 คน ซึ่งพยาบาลทั้งสองกลุ่มผ่านการฝึกอบรมและทดสอบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ ส่วนเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจะได้รับการฝึกอบรมเฉพาะกลุ่มที่ให้ Intervention การเสริมสร้างแรงจูงใจ
ผลการศึกษา	ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ ดังนี้ 1) จากการประเมินผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธี Continuous abstinenceพบว่าเมื่อระยะสิ้นสุดการบำบัด, 2 , 6 เดือน กลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และในช่วง 12 เดือนจากการยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการวัด CO พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 11.8 % มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเลิกบุหรี่ได้ 5.2 % ($OR = 2.4$; 95% CI = 0.7-7.6) 2) จากการประเมินผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธี 7-Day Point Prevalence Abstinence พบว่าเมื่อระยะสิ้นสุดการบำบัด, 2 , 6 เดือน กลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และในช่วง 12 เดือนจากการยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการวัด CO พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ 17.1 % มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเลิกบุหรี่ได้ 10.4 % ($OR = 1.7$; 95% CI = 0.7-4.3)
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยที่ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก เพราะ 1) เป็นการแก้ไขปัญหการเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ โดยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคเรื้อรังที่บ้านด้วยพยาบาล 2) วิธีการช่วยให้เลิกบุหรี่ ด้วยวิธีการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล ด้วยการให้บริการเชิงรุกที่บ้าน เป็นการเพิ่มช่องทางให้ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการได้ในบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนการเลิกบุหรี่ด้วยการสอบถามและยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการวัดระดับ CO จะทำให้การประเมินผลมีความ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ชัดเจนน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน การออกแบบการวิจัยดี โดยใช้การวิจัยแบบ randomized controlled trial เป็นการเพิ่ม internal validity ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยพยายามลด bias เช่น การลด detection bias โดยมีการ blind assessor สำหรับขั้นตอนการวิจัยมีการกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจน มีการควบคุมความตรงภายนอก ด้วยการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน มีการควบคุมความตรงภายในด้วยการควบคุมเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรม เนื่องจากมีผู้ให้ intervention หลายคนแต่ได้ผ่าน interater reliability แล้ว การติดตามประเมินผลทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและใช้เครื่องมือในการประเมินผลเหมือนกันโดยเครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการทดสอบ validity และ reliability แล้ว นอกจากนี้ยังได้อธิบายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีการ drop out และจากการทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่ม drop out นอกจากนี้ยังคำนึงถึงด้านจริยธรรมในการวิจัยด้วย สำหรับผลการศึกษาแม้ว่าผลการศึกษาจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อยทำให้ขาด power of analysis และกลุ่มควบคุมเคยได้รับ intervention ที่ช่วยให้เลิกบุหรี่จากที่อื่นมาก่อนทำให้ไม่เห็นผลที่ต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความน่าเชื่อถือและเป็นการศึกษาที่ดี มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยนี้เป็นการนำวิธีการซึ่ง based on การสร้างแรงจูงใจและการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยเลิกสูบบุหรี่และได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในการบริบทของหน่วยงานได้

หัวข้อ	รายละเอียด
	3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการให้บริการที่บ้าน โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลชุมชนมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติได้ โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไปพร้อมกับการเข้าไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามปกติ แต่พยาบาลต้องผ่านการอบรมให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนการติดตามด้วยโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวกสามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากปัจจุบันมีการใช้โทรศัพท์แบบติดตามตัวกันมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน ยกเว้นการยืนยันผลด้วยการวัด CO ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ควรต้องหาวิธีการอื่นที่เหมาะสมกับหน่วยงาน 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) จากงานวิจัยฉบับนี้แม้ไม่ได้บอกถึงความคุ้มค่า แต่เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ นับว่าเป็นวิธีการที่ดีและมีประโยชน์และไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายจากการได้รับ Intervention สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากเลิกบุหรี่ได้จะทำให้การควบคุมโรคดีขึ้นมีผลช่วยลดต้นทุนในการรักษาพยาบาลได้ และหากพยาบาลชุมชนบูรณาการช่วยเหลือผู้ป่วยไปพร้อมกับการเยี่ยมบ้านตามปกติทำให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการถึงสองอย่างในเวลาเดียวกันก็จะช่วยลดต้นทุนในการออกให้บริการในชุมชนได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	-รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคลให้กับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่บ้านด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจากพยาบาล จำนวน 3 ครั้งๆละ 20-30 นาทีพร้อมให้สื่อคู่มือเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง มีติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งในเวลา 5 นาที และวัดผลการเลิกบุหรี่ด้วยการรายงานผลการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาและการเลิกบุหรี่ที่ต่อเนื่องทางโทรศัพท์(self-reported) ที่ระยะหลังสิ้นสุดการบำบัด, 2, 6, และ 12 เดือน และตรวจวัด CO ที่ระยะ 12 เดือน เพื่อยืนยัน self-reported เป็นวิธีที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ต่อเนื่องถึง 1 ปี และยังมีผลช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้วางแผนเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้

เรื่องที่ 2. A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์	Romand, R., Gourgou, S., Sancho-Garnier, H. (2005).
แหล่งที่ตีพิมพ์	Addiction, 100, 1546-1554.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม 5 วัน(FDP)ในการช่วยเลิกบุหรี่
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 228 คน ซึ่งมาจากการประกาศรับสมัครทางหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นและทางวิทยุชุมชนในช่วงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2000 ถึงเดือน มิถุนายน ค.ศ. 2001 ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน119 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 109 คน <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สนใจและมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
สถานที่เก็บข้อมูล	จำนวน 6 เมืองในประเทศฝรั่งเศส
ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐาน	Randomized controlled trial ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส 1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกและความถี่ในการสูบครั้งต่อมา 1.3 ข้อมูลการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ชนิดของบุหรี่ที่สูบ รสชาติของบุหรี่ที่สูบ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ครั้งแรกในแต่ละวัน 1.4 ประวัติการเลิกบุหรี่ ได้แก่ จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ วิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ช่วงระยะเวลาที่เลิกได้ ผลที่ตามมาหลังเลิกบุหรี่ 2) แบบประเมินระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Healtherton, et al. (1991)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3) แบบประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้ The Hospital Anxiety Depression score (HAD) ของ Zigmond & Snaith (1983) และภาวะซึมเศร้าโดยใช้ The Befindlichkeits Scale (BfS) ของ Bobon, LaPierre & Lottin (1981) 4) แบบประเมินแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ Dermaria-Grimaldi scale(DG) ของ Dermaria, Grimaldi & Loufrani (1987) 5) แบบสอบถามสถานะของการสูบบุหรี่(smoking status) 6) การวัดทางชีวเคมีด้วยการวัดปริมาณ CO ในลมหายใจออกโดยใช้ CO -Tester เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่
วิธีดำเนินการวิจัย	กลุ่มทดลอง จำนวน 119 คนได้รับโปรแกรม 5 วันเลิกบุหรี่ Five-Day Plan (FDP) เป็นพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่ม โดยเน้นหลักการสำคัญของการติดบุหรี่อยู่ 2 ประการคือ การติดบุหรี่ทางด้านร่างกายและพฤติกรรม โปรแกรมจะใช้เทคนิคการเรียนรู้พฤติกรรมในการช่วยเลิกบุหรี่และการสนับสนุนจากสมาชิกภายในกลุ่ม โปรแกรม FDP มีองค์ประกอบหลายองค์ประกอบ เนื้อหาของโปรแกรมส่วนใหญ่อ้างอิงจาก United States Department of Health and Human Service และมีการนำไปปฏิบัติโดย Frikart, et al.(2003) โปรแกรม FDP ประกอบด้วย การเข้ากลุ่มครั้งแรก (Initial session) เป็นการเตรียมการก่อนให้ Intervention ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาจากการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์ทางด้านพยาธิสรีรวิทยา(Physiopathological) จิตวิทยาและความคิด(Psychological-cognitive) หลังจากนั้นได้มีการนัดหมายในช่วง 1-2 สัปดาห์ต่อมาเพื่อให้ Intervention ติดต่อกัน 5 วันในช่วงเย็น[จำนวนสมาชิกภายในกลุ่มอยู่ในช่วง 4-27 คน ในแต่ละ session ใช้เวลาประมาณ 90 นาที(Frikart et al., 2003)]โดยได้รับการสอนจากผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านซึ่งเป็นนักจิตวิทยาบำบัดและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเนื้อหาในการให้ความรู้ในช่วง 5 วันประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักๆคือ 1) การให้ข้อมูลด้านจิตวิทยา(Psycho educative information) เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่ ประกอบด้วยความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และความเชื่อในกลุ่มเพื่อนที่มีต่อการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคม

หัวข้อ	รายละเอียด
	การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกลไกการติดนิโคติน การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการทำงานของปอด รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้กำลังใจด้วยการเชื่อมโยงถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกบุหรี่ 2) การฝึกอบรมด้านทักษะของพฤติกรรม(Behavioral skills training) เน้นการจัดการกับอาการอยากบุหรี่(craving) การลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลาย รวมถึงลักษณะของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทักษะคิดของการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะรวมถึงเทคนิคปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม (Buddy system) 3) การบำบัดทางความคิด(Cognitive therapy) เน้นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การควบคุมความคิดไม่สูบบุหรี่ การจัดการกับผลข้างเคียงของการหยุดสูบบุหรี่เช่น อาการถอนและอยากบุหรี่ และการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียด และการเพิ่มความเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพหลังเลิกบุหรี่และความสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้น้ำหนักเพิ่มหลังเลิกบุหรี่ โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่ให้พลังงานและมีไขมันต่ำ ซึ่งได้แนะนำในช่วงของการติดตาม หลังสิ้นสุดการบำบัดได้จัดบริการให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในช่วงสัปดาห์แรกของการได้รับโปรแกรม FDP เมื่อสิ้นสุดการบำบัดจะได้รับการประเมินด้วยแบบสอบถาม และวัดปริมาณ CO กลุ่มควบคุม จำนวน 109 คนได้รับแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้รับการให้ข้อมูล 1 ครั้งในเวลา 1 ชั่วโมงเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่

หัวข้อ	รายละเอียด
	การติดตามและประเมินผล ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลด้วยแบบสอบถามที่ระยะ 3, 6, และ 12 เดือนโดยการส่งแบบสอบถามสถานะของการสูบบุหรี่(smoking status)ทางไปรษณีย์และให้ตอบแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์หรือรายงานทางโทรศัพท์ หากไม่ได้รับทั้งสองรูปแบบ จะได้รับการติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล และที่ระยะ 12 เดือนสำหรับผู้ที่ยังไม่เลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการตรวจยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจหาปริมาณ CO ในลมหายใจออก ถ้าลมหายใจออกมีปริมาณ CO < 10 ppm ถือว่าเลิกบุหรี่ได้ ผู้บำบัดจำนวน 2 คนเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และผู้ให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ
ผลการศึกษา	ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ Five-Day Plan พบว่า 1.ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน กลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 25, 20 และ 16 มากกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 13, 14 และ 11 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2.ที่ระยะ 12 เดือนจากการตรวจวัด CO เพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่พบว่า กลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 13 มากกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1) เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่ 2) วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นการใช้พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่ม 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนการเลิกบุหรี่ด้วยการใช้แบบสอบถาม และยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการวัด CO ทำให้การประเมินผลมีความน่าเชื่อถือ 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน ออกแบบการวิจัยดีโดยใช้การวิจัยแบบ Randomized controlled trial และมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย stratified random sampling ซึ่งเป็นการเพิ่ม Internal validity มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งลักษณะของ

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันเป็นการเพิ่ม External validity มีการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลเหมือนกันด้วยแบบสอบถามและยื่นยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัดปริมาณ CO ในลมหายใจออกทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น สำหรับผลการศึกษาถึงแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ด้วยวิธีอื่นที่นอกเหนือจากโปรแกรมที่ให้เช่น การไชยา และกลุ่มควบคุมบางคนเคยได้รับ โปรแกรม Five-day Plan จากที่อื่นมาก่อน จึงทำให้ไม่เห็นผลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมและผลการตรวจยื่นยันการเลิกบุหรี่ด้วย CO พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความน่าเชื่อถือและเป็นการศึกษาที่ดีมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยฉบับนี้เป็นการใช้พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มเพื่อการจัดการทางด้านร่างกายและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างแรงจูงใจ การฝึกทักษะทางด้านพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในและภายนอกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความคิดและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ และได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ซึ่งใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ใช้วิธีการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติได้ ด้วยการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การอธิบายถึงกลไกการติดบุหรี่เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรวิทยา การฝึกทักษะทางด้านพฤติกรรมในการจัดการกับอาการขาดนิโคติน รวมถึงการบำบัดทางความคิดเพื่อควบคุม

หัวข้อ	รายละเอียด
	ความคิดอยากสูบบุหรี่และเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ แต่ควรมีการประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อขอความร่วมมือและสนับสนุนนักจิตวิทยาหรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตในการเข้าร่วมทีมหรือให้คำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรี่ แต่การวัด CO เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ควรหาวิธีการอื่นที่เหมาะสมกับหน่วยงาน 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้ (Cost-benefit ratio) จากงานวิจัยฉบับนี้เป็นการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่มีประโยชน์และคุ้มค่าในการช่วยเลิกบุหรี่เมื่อเทียบกับวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยยา ซึ่งผลจากการศึกษานี้พบว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ในอัตราร้อยละ 13 และจากการศึกษาของ Silagy, et al. (2004) พบว่าการใช้ยาสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ในอัตราร้อยละ 10-15 ซึ่งมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ใกล้เคียงกัน แต่การใช้ยามีต้นทุนที่สูงกว่าและอาจมีผลข้างเคียงและมีข้อบ่งชี้ในการใช้ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่บางคน ดังนั้นจึงมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าที่จะนำไปใช้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มด้วยพฤติกรรมบำบัด ขนาดกลุ่ม 4-27 คนใช้เวลา 5 วันติดต่อกัน ในแต่ละ session ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เน้นการให้ข้อมูลด้านจิตวิทยา การฝึกทักษะด้านพฤติกรรม และการบำบัดทางความคิด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมและความคิดในการจัดการด้านร่างกายและพฤติกรรมขณะเลิกบุหรี่ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนกำลังใจทั้งภายในและภายนอกกลุ่ม มีการให้คำปรึกษาหลังสิ้นสุดการบำบัด ประเมินผลลัพธ์ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน ด้วยแบบสอบถามสถานะของการสูบบุหรี่และตรวจวัด CO ที่ระยะ 12 เดือนเพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่ มีผลทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องถึง 1 ปี ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความต้องการเลิกบุหรี่

เรื่องที่ 3. A Randomized Controlled Trial of Group Intervention Based on Social Cognitive Theory for Smoking Cessation in China

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	Zheng, P., Guo, F., Chen, Y., Fu, Y., Ye, T., Fu, H. (2007).
แหล่งที่ตีพิมพ์	Journal of Epidemiology, 17, 147-155.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มโดยใช้พื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมสำหรับคนจีนที่สูบบุหรี่
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง Changqiao และ Shanghai ของประเทศจีน โดยผ่านการประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่นผ่านการเชิญชวนส่วนตัว และการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากวิทยุชุมชนในชุมชน ช่วงเดือน มกราคม 2004 ถึง สิงหาคม 2005 <u>เกณฑ์ในการคัดเข้า</u> 1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวนในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและปัจจุบันยังสูบบุหรี่ 3. มีความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่จนครบหลักสูตร 5 ครั้ง และติดตามได้อย่างน้อยในช่วง 6 เดือนที่ได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรี่จำนวนจำนวน 225 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 118 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 107 คน ด้วยวิธีการจับฉลาก ถ้าจับได้หมายเลข 1 เป็นกลุ่มทดลอง หมายเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน หลังจากนั้นทั้งสองกลุ่มจะได้รับแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนได้รับโปรแกรม
สถานที่เก็บข้อมูล	ในชุมชนเมือง Changqiao และ Shanghai ประเทศจีน
ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐาน	Randomized Controlled Trial ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย</u> 1) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับ

หัวข้อ	รายละเอียด
	การศึกษา 1.2 สถานะของการสูบบุหรี่(smoking status) ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบแต่ละวันในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา อายุที่เริ่มต้นสูบ จำนวนครั้งที่พยายามเลิกบุหรี่ 1.3 ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (intent to quit) 1.4 ระดับการติดยาโคติน(FITND) 1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่(self-efficacy) 1.6 ความเชื่อของตนเองต่อการเลิกบุหรี่ (self-belief) 1.7 สภาวะสุขภาพทั่วไป(general health status) 2) การวัดทางชีวเคมี ด้วยการวัดปริมาณ cotinine ในปัสสาวะเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ 3) แบบสอบถามประเมินผลโปรแกรม(self-administered)
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 118 คนถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยตามที่อยู่ชุมชน ได้จำนวน 8 กลุ่มๆ ละ 13-15 คน ได้รับการอบรม 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้งรวมทั้งหมด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา จำนวน 3 ท่าน ในแต่ละครั้งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 4 หรือ 5 กิจกรรม โดยใช้อุปกรณ์และสื่อการสอนที่มาตรฐานทั้งผู้ฝึกและผู้เข้ารับการอบรม โดยมีเนื้อหาในการอบรมดังนี้ <u>ครั้งที่ 1</u> เป็นการอภิปรายเกี่ยวกับส่วนประกอบของบุหรี่และวันบุหรี่ การเชื่อมโยงระหว่างบุหรี่กับการเกิดโรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจ การเตรียมตัวเลิกบุหรี่ และการบันทึกสถานการณ์ที่ทำให้สูบบุหรี่ในแต่ละครั้ง <u>ครั้งที่ 2</u> ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกบุหรี่ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ การสร้างจินตนาการเพื่อความผ่อนคลาย การวางแผนการเลิกบุหรี่ <u>ครั้งที่ 3</u> อภิปรายเกี่ยวกับผลข้างเคียงของบุหรี่มือสอง ข้อดี-ข้อเสีย ของการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทักษะและเคล็ดลับเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ <u>ครั้งที่ 4</u> การคำนวณค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การตัดสินใจเลิกบุหรี่ และการเขียนจดหมายลาบุหรี่และเชิญผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จมาเล่าประสบการณ์ให้กลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
	ฟัง <u>ครั้งที่ 5</u> กลยุทธ์การจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่ และวิธีป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ เมื่ออบรมครบหลักสูตรจะได้รับมอบใบประกาศนียบัตรและของที่ระลึก <u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 107 คน ในช่วง 6 เดือนแรกได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่แบบกระชับ (Brief advice) และในช่วง 6 เดือนต่อมาได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง(waiting list) การติดตามและประเมินผล ทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและประเมินผลเหมือนกันที่ระยะ 6 และ 12 เดือน ด้วยแบบสอบถามทางโทรศัพท์ด้วยนักวิจัยอีกคน การประเมินผลการเลิกบุหรี่มี 2 ลักษณะคือ 1) ผู้เลิกบุหรี่(smoking quitter) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ก่อนรายงานสถานะของการสูบบุหรี่(smoking status) มีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในช่วง action หรือ maintenance และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจหาปริมาณ cotinine ในปัสสาวะ หากปริมาณ cotinine ในปัสสาวะ < 25 ng/ml ถือว่าเป็นผู้เลิกบุหรี่ได้ 2) ผู้เลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง(continuous quitter) หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(stage of change) อยู่ในช่วง maintenance stage
ผลการศึกษา	1) โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มโดยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) มาเป็นพื้นฐานในการจัดโปรแกรมสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ 6.42 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ระยะ 6 เดือน (OR = 6.42; 95% CI = 2.46-13.28; p < 0.001) 2) ผลการเลิกบุหรี่พบว่า ที่ระยะ 6 เดือนกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 40.5 มากกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 5 [Absolute Risk Reduction = 35.5%; 95% CI = 24.2-46.8] และกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องร้อยละ 28.4 มากกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องร้อยละ 3 [Absolute Risk Reduction = 25.4%; 95% CI = 15.8-34.9] และที่ระยะ 12 เดือนกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 35.8 และเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องร้อยละ 22 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในระยะ 6 เดือนคือความคาดหวังในการเลิกบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทักษะของการเลิก

หัวข้อ	รายละเอียด
	บุหรี่ 4) กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่เหมือนกลุ่มทดลอง พบว่าที่ระยะ 6 เดือนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 32.3 และเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องร้อยละ 26.2 5) การประเมินผลโปรแกรมเลิกบุหรี่พบว่า วิธีการอบรมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 79.4 เนื้อหาของโปรแกรมมีความสำคัญมากที่สุดร้อยละ 77.6 ช่วงเวลาการอบรมมีความเหมาะสมร้อยละ 87.2 และผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโปรแกรมร้อยละ 74.6
ผลการประเมิน หลักฐานเชิง ประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยที่ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1) เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 2) วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นการบำบัดด้านความคิดในการช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) มาเป็นพื้นฐานในการจัดโปรแกรมเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนการเลิกบุหรี่ด้วยแบบสอบถามสถานะของการสูบบุหรี่และยืนยันด้วยการวัด cotinine ในปัสสาวะทำให้มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน การออกแบบการวิจัยดีโดยใช้การวิจัยแบบ randomized controlled trial ผู้วิจัยพยายามลด selection bias โดยมีการสุ่มเข้าทั้งสองกลุ่มโดยการจับสลากเป็นการเพิ่ม internal validity มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันเป็นการเพิ่ม external validity จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มีการคำนวณ power เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง(sample size) โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการศึกษาของทั้งสองกลุ่ม แม้จะมี drop out แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่เพียงพอ กับ sample size ช่วยให้ power analysis เพิ่มขึ้น การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลด้วยแบบสอบถามทางโทรศัพท์เหมือนกัน และใช้ผู้ประเมินคนละคนกับผู้ให้ intervention เป็นการลด detection bias และได้ทำการตรวจวัด cotinine ใน

หัวข้อ	รายละเอียด
	ปีศาจะเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผล การศึกษานี้ นอกจากนี้ยังได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย การ วิเคราะห์ผลการศึกษาใช้ intention to treat และผลการศึกษานี้ของโปรแกรมนี้ จากการทดสอบซ้ำในกลุ่มควบคุมพบว่าสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ในอัตรา ใกล้เคียงกันแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความ น่าเชื่อถือและเป็นการศึกษาที่ดี มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการช่วยเลิก บุหรี่ได้ แต่การศึกษานี้พบข้อจำกัด เนื่องจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอาจ bias ได้ เพราะใช้วิธีการจับฉลาก ซึ่งไม่ได้มีการ random ด้วยตัวเลข นอกจากนี้ ผลการวิจัยอาจเกิดจากอิทธิพลของกลุ่มทดลองที่ส่งถึงกลุ่มควบคุมเนื่องจาก ผู้เข้าร่วมวิจัยต่างกลุ่มกันแต่อาจอยู่ในชุมชนเดียวกันและบางคนอาจเป็นเพื่อน บ้านหรือเป็นเพื่อนกันทำให้เกิด diffusion to treatment ซึ่งอาจทำให้ internal validity ลดลง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุอาจมี ข้อจำกัดในการนำไปใช้ในกลุ่มอื่น 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยนี้เป็นการนำวิธีการซึ่ง based on แนวคิดทฤษฎี Social cognitive theory มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเลิกบุหรี่และได้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งใกล้เคียงกับผู้สูบ บุหรี่ของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ ในบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยการบำบัดด้านความคิด แบบกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติได้แต่อาจต้องทำงาน ร่วมกับนักสุขภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย และจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูบบุหรี่ที่พร้อมและมีเวลาเข้ากลุ่มครบ 5 ครั้ง หากนำไปใช้อาจมีข้อ กำจัดสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ไม่พร้อมและมีเวลาจำกัดในการเข้ากลุ่ม เช่น ผู้สูบ บุหรี่วัยแรงงานอาจไม่สามารถเข้าถึงโปรแกรมนี้ได้ ดังนั้นอาจต้องปรับจำนวน session หรือช่วงระยะเวลา เนื้อหาของกิจกรรมให้สั้นกระชับ มีความเหมาะสม

หัวข้อ	รายละเอียด
	และสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรมของผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในพื้นที่ของหน่วยงาน รวมถึงอาจมีการนำรูปแบบการเลิกบุหรี่จากงานวิจัยที่ทำในชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการจัดให้บริการในชุมชนได้ เช่น ตามศาลาประชาคม หมู่บ้าน สถานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น สำหรับการประเมินผลด้วยการใช้ cotinine ในปัสสาวะไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้เพราะเป็นวิธีการที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษและมีต้นทุนสูง ควรมีการจัดหาวิธีการที่เหมาะสมต่อไป สำหรับด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่หากไม่เพียงพอสามารถจัดทำแผนเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลได้ 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) จากงานวิจัยฉบับนี้ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโปรแกรมเลิกบุหรี่ แต่เป็นวิธีการเลิกบุหรี่ที่ดีและมีประโยชน์เนื่องจากเป็นวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในชุมชนและยังช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ส่งผลให้ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ หากเป็นผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้การควบคุมโรคดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ได้ด้วย อีกทั้งยังเป็นวิธีการเลิกบุหรี่ที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายจากการเข้าร่วมโปรแกรม หากเปรียบเทียบกับวิธีการใช้ยาเลิกบุหรี่แล้วพบว่าการใช้ยาเลิกบุหรี่มีต้นทุนสูงกว่า(high costs) ดังนั้นจึงมีความคุ้มค่าและคุ้มค่าประโยชน์ที่จะนำไปใช้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การช่วยเลิกบุหรี่ด้วยการบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่มๆละ 13-15 คน มีกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง โดยใช้แนวคิดทฤษฎี social cognitive theory มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมภายในโปรแกรม มีการติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 6 และ 12 เดือน ด้วยการสอบถามทางโทรศัพท์หากในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่สูบบุหรี่ มีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในช่วง action หรือ maintenance และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจหาปริมาณ cotinine ในปัสสาวะหาก < 25 ng/ml ถือว่าเลิกบุหรี่ได้ มีผลทำให้เกิดความคาดหวังในการเลิกบุหรี่และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทักษะในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจึงช่วยทำให้เลิกบุหรี่ได้

เรื่องที่ 4. Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	Smith, P. M. & Burgess, E. (2009).
แหล่งที่ตีพิมพ์	CMAJ, 180(13), 1297–1303.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกระชับกับแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของ coronary artery bypass graft (CABG) หรือ acute myocardial infarction (MI)
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยสาเหตุของ CABG หรือ MI จากหน่วยโรคหัวใจ 4 แห่งในโรงพยาบาลชุมชนเมืองขนาดใหญ่ในเขตตะวันตกของประเทศแคนาดา <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนเข้ารับการรักษา 3) มีระยะเวลานอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 36 ชั่วโมง 4) สนใจเข้าร่วมโปรแกรมและมีโทรศัพท์สำหรับติดต่อให้คำปรึกษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1) เป็นผู้ป่วยตั้งครบก 2) ปัจจุบันอยู่ระหว่างการทดลองช่วยเลิกบุหรี่ 3) ได้รับการรักษาจากแพทย์แต่ยังคงควบคุมอาการของโรคได้ไม่แน่นอน 4) อาศัยอยู่ในเขตที่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้ 5) ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้หรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร 6) มีปัญหาทางจิตหรือมีประวัติฆ่าตัวตายหรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ไม่อนุญาตเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 276 คน ได้รับการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์เข้ากลุ่มบำบัดแบบกระชับ จำนวน 139 คนและกลุ่มบำบัดแบบเข้มข้นจำนวน 137 คน ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	หน่วยโรคหัวใจ 4 แห่งในโรงพยาบาลชุมชนเมืองขนาดใหญ่ในเขตตะวันตกของประเทศ Canada
ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐาน	Randomized controlled trial ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์ จำนวนสมาชิกที่สูบบุหรี่ภายในบ้าน การสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกบุหรี่ ความเข้มงวดต่อการห้ามสูบบุหรี่ภายในบ้านหรือที่ทำงาน 2) ประวัติด้านการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาล 3) ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาสูบบุหรี่ ประวัติความพยายามในการเลิกบุหรี่ ระดับการติดบุหรี่ ประวัติการใช้ยาเลิกบุหรี่ 4) ข้อมูลด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการเลิกบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการเลิกบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพและความเชื่อถึงการเลิกสูบบุหรี่แล้วทำให้สุขภาพดีขึ้น 5) แบบสอบถามการหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (self-reported 7-day point prevalence of abstinence) 6) การสอบถามสถานะของการสูบบุหรี่จากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวทางโทรศัพท์ เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่จาก self-reported
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการแนะนำจากพยาบาลรายบุคคลข้างเตียงด้วยแผ่นพับที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ และบันทึกการแนะนำลงในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์รับทราบและให้ข้อมูลในการเลิกบุหรี่ <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับ Intervention เหมือนกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นได้รับการให้ความรู้และคำปรึกษาข้างเตียงจากพยาบาลประมาณ 45-60 นาที การให้ความรู้เน้นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลและประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ อาการถอนนิโคติน ภาวะน้ำหนักขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
	หลังเลิกบุหรี่ และประโยชน์ของการจัดบ้านปลอดบุหรี่ สำหรับการให้คำปรึกษาเน้นเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ หลังจากนั้นได้มอบสื่อวีดีโอ เทปบันทึกเสียง คู่มือการเลิกบุหรี่กลับไปศึกษาต่อที่บ้านและติดตามให้คำปรึกษาด้วยพยาบาลคนเดิมทางโทรศัพท์จำนวน 7 ครั้งๆละ 5-10 นาทีภายในระยะเวลา 2 เดือน (2, 7, 14, 21, 30, 45 และ 60 วัน) เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ นอกจากนี้ทั้งสองกลุ่มจะได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่เหมือนกันขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แต่จะได้รับเฉพาะผู้ที่ต้องการยาช่วยเลิกบุหรี่โดยแพทย์จะเป็นผู้สั่งยาให้ การประเมินผลลัพธ์ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลในระยะเวลาเดียวกัน ด้วยการรายงานการหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (7-day point prevalence of abstinence) ในช่วง 3, 6 และ 12 เดือน จากแบบสอบถามและยืนยันการรายงานผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 12 เดือนด้วยการสอบถามจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวทางโทรศัพท์
ผลการศึกษา	1.จากรายงานผลการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (7-day point prevalence of abstinence) พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 3 เดือน (OR = 2.0 ; 95% CI = 1.2-3.4; p = 0.009) 6 เดือน (OR = 2.0 ; 95% CI = 1.3-3.4; p = 0.003) และ 12 เดือน (OR = 2.0 ; 95% CI = 1.2-3.1; p = 0.007) ตามลำดับ 2.จากการยืนยันผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 12 เดือนด้วยการสอบถามจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวพบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (OR = 2.0 ; 95% CI = 1.3-3.6; p = 0.002)
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยฉบับนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1. เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่ admitted โรงพยาบาลด้วยโรค MI และ CABG 2. วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ ด้วยการบำบัดด้านความคิดโดยพยาบาลให้คำปรึกษาและให้ความรู้ ร่วมกับแพทย์ให้คำแนะนำและให้ยาช่วยเลิกบุหรี่

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนการเลิกบุหรี่ด้วยการสอบถามทางโทรศัพท์(self-reported) และยืนยันผลจาก self-reported ด้วยการสอบถามจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ทำให้การประเมินผลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน มีการออกแบบการวิจัยดี โดยใช้การวิจัยแบบ randomized controlled trial มีการลด selection bias ด้วยการ stratified random sampling จากคอมพิวเตอร์เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นการเพิ่ม Internal validity มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันเป็นการเพิ่ม external validity นอกจากนั้นมีการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง(sample size) มีจำนวนเพียงพอต่อการศึกษา แม้ว่าจะมีการ drop out แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่เพียงพอ กับ sample size ช่วยทำให้ power analysis เพิ่มขึ้นงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมในการวิจัยด้วย สำหรับการประเมินผลทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลในระยะเวลาเดียวกันและใช้เครื่องมือเหมือนกัน นอกจากนี้ยังมีการลด detection bias โดยมีการ blind กลุ่มตัวอย่างไม่ให้ผู้ประเมินผลทราบและใช้ผู้ประเมินผลคนละคนกับผู้ให้ intervention ทำให้เพิ่ม internal validity การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วย self-reported และการสอบถามจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่จาก self-reported ช่วยให้งานวิจัยนี้มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนได้ยาช่วยเลิกบุหรี่ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยา แสดงว่าการบำบัดด้านพฤติกรรมและความคิดเพียงอย่างเดียวก็สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้เช่นกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยฉบับนี้เป็นการช่วยเหลือคนหูรั โดยใช้พฤติกรรมบำบัดและความคิดเป็นหลักจากพยาบาลร่วมกับการใช้ยาในกรณีผู้ป่วยต้องการโดยแพทย์ การบำบัดทางพฤติกรรมโดยใช้หลักการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ เน้นการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการสนับสนุนแหล่งข้อมูล และสื่อในการช่วยเหลือคนหูรั และได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งใกล้เคียงกับผู้สืบนหูรัของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้เน้นวิธีการช่วยเหลือคนหูรัด้วยพฤติกรรมบำบัดและความคิดจากพยาบาลเป็นหลักและมีการใช้ยาช่วยเหลือคนหูรัจากแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอเฉพาะราย ด้วยวิธีการให้ความรู้และให้การปรึกษารายบุคคลนาน 45-60 นาทีเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดบ้านปลอดคนหูรัเป็นวิธีการที่ดี เพราะเป็นการช่วยปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกคนหูรั ส่วนรูปแบบการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แบบเข้มข้นจำนวน 7 ครั้งๆละ 15 นาทีในระยะ 2 เดือนเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่นั้นเป็นวิธีการที่ดีและสะดวก เพราะปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่มีการใช้โทรศัพท์ส่วนตัวกันมากขึ้น ทำให้ง่ายต่อการติดตามให้คำปรึกษา แต่อาจมีข้อจำกัดสำหรับผู้ไม่มีโทรศัพท์และมีปัญหาทางการสื่อสารและการได้ยินและอาจจะต้องมีการปรับจำนวนครั้งลงเพื่อให้เหมาะสมกับภาระงานของเจ้าหน้าที่ ส่วนการประเมินผลเพื่อยืนยันการเลิกคนหูรัโดยใช้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสามารถนำมาปฏิบัติได้เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและประหยัด ส่วนการใช้ยาเลิกคนหูรัไม่สามารถปฏิบัติได้แต่สามารถส่งต่อให้พบแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการยาเลิกคนหูรั ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน

หัวข้อ	รายละเอียด
	3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) จากงานวิจัยฉบับนี้เป็นประโยชน์ในการช่วยเลิกบุหรี่และผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ จะลดความเสี่ยงในการเกิดโรค Myocardial infarction ร้อยละ 34 และ โรค Coronary artery bypass graft ร้อยละ 15 มีผลช่วยให้ลดต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจได้ด้วย ดังนั้นจึงมีความคุ้มค่าและคำนวณประโยชน์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลด้วยวิธีการให้ความรู้และคำปรึกษาจากพยาบาลนาน 45-60 นาทีพร้อมให้สื่อและคู่มือแนะนำการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หลังจากนั้นติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 ครั้งๆละ 5-10 นาที เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ การประเมินผลด้วยวิธีการรายงานการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง(self-reported) ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วันที่ระยะ 3, 6, และ 12 เดือนและสำหรับผู้ที่รายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองที่ระยะ 12 เดือนจะได้รับการสอบถามจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวทางโทรศัพท์เพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่ มีผลช่วยทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ในอัตราที่สูงในระยะ 1 ปีและยังเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานได้มีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย

เรื่องที่ 5. Group behavior therapy programmes for smoking cessation (Review)

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	Stead, L. F. & Lancaster, T. (2009).
แหล่งที่ตีพิมพ์	Cochrane Database of Systematic Reviews.1-75.
วัตถุประสงค์ การศึกษา	1.เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มกับการได้รับคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง, การให้คำปรึกษารายบุคคล, การได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลหรือการให้สุขศึกษา, การได้รับยา NRT ร่วม และ กลุ่มที่ไม่ได้รับ Intervention 2.เพื่อประเมินองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม 3.เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นงานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูล Cochrane, Medline และ PsycINFO ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2008 ได้งานวิจัยทั้งหมดจำนวน 103 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 1968 ถึง 2008 ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 53 เรื่อง(ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 1981 ถึง 2008) ดังนี้ 1.เป็นงานวิจัยที่เปรียบเทียบโปรแกรมกลุ่มกับโปรแกรมอื่นๆที่ไม่ใช่โปรแกรมกลุ่มหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆจำนวน 34 เรื่อง 2.เป็นงานวิจัยที่เปรียบเทียบโปรแกรมกลุ่มที่มีรูปแบบของโปรแกรมที่แตกต่างกันจำนวน 19 เรื่อง <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1.รูปแบบของงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง มีการสุ่มเลือกสถานที่เพื่อให้ได้โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่หลากหลายมีการสุ่มผู้บำบัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม 2.กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายหรือเพศหญิงที่สูบบุหรี่ ดิฉันโคตินในระดับเล็กน้อยไม่นับรวมหญิงตั้งครรภ์ 3.รูปแบบโปรแกรมเป็นพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูล คำแนะนำและการให้กำลังใจ หรือเป็นการบำบัดทางด้านความคิดและพฤติกรรม(cognitive- behavioural therapy) ที่ได้รับโปรแกรม

หัวข้อ	รายละเอียด
	อย่างน้อย 2 ครั้ง รวมทั้งกลุ่มบำบัดที่มีการเสริมนิโคตินทดแทน(nicotine replacement) 4.การประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 6 เดือนมีการยืนยันผลการเลิกด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการและใช้อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง <u>เกณฑ์คัดออก</u> 1.งานวิจัยที่เป็นโปรแกรมกลุ่มแต่ได้รับการบำบัดด้วยยา 2.งานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเข้าโปรแกรมกลุ่มหรือได้รับข้อมูลในการเลิกบุหรี่เพียงครั้งเดียว 3.งานวิจัยที่มีการเข้ากลุ่มแต่เป็นการช่วยเลิกบุหรี่ด้วยการฝังเข็ม การสะกดจิต การออกกำลังกายหรือการสนับสนุนจากคู่หู(partner support) 4.งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ 5.งานวิจัยที่มีการประเมินผลการเลิกบุหรี่น้อยกว่า 6 เดือนหรือไม่มีการประเมินผลการเลิกบุหรี่
สถานที่เก็บข้อมูล	เป็นงานวิจัยที่ทำในทวีปอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ ยุโรป เอเชียและออสเตรเลีย ประกอบด้วยประเทศ 12 ประเทศ ได้แก่ USA, Canada, Jamaica, Brazil, Norway, Germany, Spain, France, Denmark, Hong Kong, China, Australia
ระเบียบวิธีวิจัย ระดับของหลักฐาน	Systematic review ระดับ 1
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	เกณฑ์ในการเลือกงานโดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของโปรแกรมมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีช่วงระยะเวลาของโปรแกรม มีองค์ประกอบหลักของกิจกรรมและเป็นการบำบัดแบบเข้มข้น มีการวัดผลลัพธ์ วิธีการสุ่มตัวอย่าง มีความสมบูรณ์ในระยะเวลาของการติดตาม โดยในเบื้องต้นได้มีเกณฑ์ในการคัดกรองงานวิจัยด้วยกัน 2 ข้อ คือ 1) เป็นงานวิจัยที่เป็นโปรแกรมกลุ่มและมีการเข้ากลุ่มอย่างน้อย 2 ครั้ง 2) การติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างน้อย 6 เดือนหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการวิจัย	สืบค้นงานวิจัยในเดือน กรกฎาคม 2008 จากฐานข้อมูล Cochrane, Medline และ PsycINFO เป็นงานวิจัยเชิงทดลองในรูปแบบกลุ่มลักษณะเป็นการใช้จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม นอกจากนี้ยังสืบค้นงานวิจัยด้วยมือจากวารสารด้านพฤติกรรมศาสตร์ แล้วดำเนินการเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยนักวิจัย 2 ท่านซึ่งมีอิสระในการคัดเลือกงานวิจัย ถ้างานวิจัยชิ้นใดมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันจะให้นักวิจัยคนที่ 3 ตัดสิน หลังจากนั้นได้รวบรวมงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกแล้วมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Fixed-effect (Mantel -Haenszel) Model
ผลการศึกษา	ได้งานวิจัยทั้งหมด 53 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า มี 13 งานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มกับโปรแกรมที่ได้รับคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-help programme) มีผลดังนี้ 1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่รับคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (RR=1.98, 95% CI = 1.6-2.46) ส่วนโปรแกรมกลุ่มบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมพบว่าไม่สามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มได้ เพราะลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ส่วนโปรแกรมกลุ่มบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล การแนะนำจากแพทย์ พยาบาลหรือการให้สุขศึกษา และการได้รับนิโคตินทดแทนเสริม ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าเนื่องจากหลักฐานยังไม่เพียงพอและมีความหลากหลายในรูปแบบของการบำบัด 2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านความคิดและทักษะด้านพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ไม่สามารถบอกได้ว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 3. มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบฉบับนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1) เป็นการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกลูหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ 2) วิธีการช่วยเลิกลูหรี่ เป็นการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มในการช่วยเลิกลูหรี่ 3) การวัดผลการเลิกลูหรี่ ทบทวนงานวิจัยที่ประเมินผลการเลิกลูหรี่ตั้งแต่ระยะ 6 เดือนขึ้นไปและมีการยืนยันผลการเลิกลูหรี่ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการ ทำให้การประเมินผลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้บอกวัตถุประสงค์ในการทบทวนวรรณกรรมไว้อย่างชัดเจน มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบในการทบทวนงานวิจัยซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการสืบค้นงานวิจัยเพื่อให้ได้งานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้มีการอธิบายถึงวิธีการสืบค้นงานวิจัย แหล่งที่ใช้ในการสืบค้นมีความน่าเชื่อถือนอกจากนี้ยังมีการสืบค้นข้อมูลด้วยมือทำให้ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น ขั้นตอนการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกงานวิจัยมาใช้ในการศึกษา ได้มีการอธิบายถึงเกณฑ์ในการคัดเลือกงานเข้าและคัดออกของงานวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษา ซึ่งเกณฑ์ (criteria) ในการคัดเลือกมีประเด็นสำคัญได้แก่ ประเภทของการศึกษา(type of studies) ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง(type of participants) ประเภทของโปรแกรม (type of intervention) และประเภทของการวัดผลลัพธ์ (type of outcome measure) ซึ่งได้อธิบายไว้อย่างชัดเจน ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่สืบค้นได้อธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลไว้ชัดเจน ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลการศึกษาของแต่ละงานวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษามีการแสดงผลเป็นค่า risk ratio ซึ่งมีความเหมาะสมเนื่องจากเป็น dichotomous outcome และการวิเคราะห์รวมค่า treatment effect estimate โดยใช้ Fixed-effect (Mantel-Haenszel) Model ซึ่งเหมาะสมกับสมมุติฐานที่ต้องการศึกษา และการรายงานผลการศึกษา มีการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	นำเสนอข้อมูลผลงานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาวิเคราะห์เป็นตารางชัดเจน ดังนั้นผลการทบทวนวรรณกรรมฉบับนี้จึงมีความน่าเชื่อถือ เพราะมีกระบวนการในการคัดกรองงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีหลักเกณฑ์ ขั้นตอนที่เป็นวิทยาศาสตร์และมีวิธีการทางสถิติ จึงมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการช่วยเหลือคนหูได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบฉบับนี้ เป็นการรวบรวมงานวิจัยที่ใช้พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มในการช่วยเหลือคนหูซึ่งสามารถช่วยเหลือคนหูได้ดีกว่าการบำบัดที่ไม่ใช้กลุ่มเกือบสองเท่า และได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ใกล้เคียงกับผู้สืบทอดของหน่วยงาน ดังนั้นสามารถนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมฉบับนี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโปรแกรมการเลิคนูหรีด้วยพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่ม สามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือคนหูในหน่วยงานได้ดีกว่าการให้คู่มือเลิคนูหรีด้วยตนเองเพราะการบำบัดแบบกลุ่มช่วยทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การบำบัดและสมาชิกภายในกลุ่มรวมไปถึงการสนับสนุนช่วยเหลือกันภายในกลุ่มส่งผลทำให้เลิคนูหรีได้สำเร็จ เป็นวิธีการเลิคนูหรีที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ และเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับมีการนำไปปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในการช่วยเหลือคนหู ซึ่งหน่วยงานได้มีการปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้เนื่องจากการยากที่จะทำให้ผู้สืบทอดเข้าร่วมกลุ่มได้ครบตามจำนวน session ของโปรแกรมและอาจจะไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ไม่ชอบการเข้ากลุ่มหรือมีเวลาจำกัด

หัวข้อ	รายละเอียด
	3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) การเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มเป็นวิธีการที่ดีและมีประโยชน์ ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายจากการบำบัด หากเปรียบเทียบกับ การใช้ยามีต้นทุนในการช่วยเลิกบุหรี่ต่ำกว่าและสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้เช่นกัน เมื่อนำวิธีการไปพัฒนาจะเกิดประโยชน์ต่อระบบการให้บริการของหน่วยงานที่มีรูปแบบและแนวทางในการช่วยเลิกบุหรี่ที่ชัดเจนมากขึ้น และยังเกิดประโยชน์กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วย ดังนั้นจึงมีความคุ้มค่า และคุ้มค่าที่จะนำไปใช้ได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	-การเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ซึ่ง จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด(sessions) ขึ้นอยู่กับช่วงระยะเวลาและ ส่วนประกอบของเนื้อหาภายใน โปรแกรมส่วนมากอยู่ระหว่าง 6 ถึง 8 ครั้ง รูปแบบของโปรแกรมกลุ่ม ควรประกอบด้วย กิจกรรมภายใน โปรแกรม เน้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้มีการลงชื่อหรือทำสัญญาในการเลิกบุหรี่หรือ การประกาศตนในการเลิกบุหรี่และสนับสนุนให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ หรือการควบคุมกำกับตนเอง (self-monitoring) โดยการบันทึกจำนวนบุหรี่ ที่สูบและปัจจัยที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ ส่วนกิจกรรมภายในกลุ่ม เน้นให้ สมาชิกภายในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันรวมถึง ปัญหาจากการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม(intra-treatment social support) และควรแนะนำให้ผู้เลิกบุหรี่ ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานและจากครอบครัว(extra-treatment social support) รวมถึงทักษะการแก้ไขปัญหา(problem-solving skills) เช่น การระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ รวมถึง วิธีการจัดการด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการเลิกบุหรี่และ อาการถอนนิโคติน

เรื่องที่ 6. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอผ้าย จังหวัดนครปฐม

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	พิมพ์นิภา ศิรินทรไทรภาดา,สิรินธร กลัมพากรและ สุนีย์ ละกำป็น. (2553).
แหล่งที่ตีพิมพ์	วารสารพยาบาล, 59(1), 50-58.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอผ้าย จังหวัดนครปฐม
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นพนักงานชายที่สูบบุหรี่ ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอผ้าย 2 โรงงานในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1. เพศชาย อายุ 25-59 ปี 2. สัญชาติไทย 3. มีประวัติการสูบบุหรี่และปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ 4. ปฏิบัติงานในโรงงานอย่างน้อย 3 เดือน 5. สามารถอ่านออกเขียนได้ 6. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโปรแกรม <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดงานวิจัย 2. ลาออก 3. เข้าร่วมโครงการไม่ครบทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลาก และสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ในโรงงานแห่งที่ 1 และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ในโรงงานแห่งที่ 2 ทั้งสองโรงงานมีนโยบายในการบริหารงานใกล้เคียงกัน ประกอบกิจการที่คล้ายคลึงกัน ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานคล้ายกัน
สถานที่เก็บข้อมูล	โรงงานอุตสาหกรรมปั่นทอผ้ายจำนวน 2 โรงงาน ในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-Experimental design

หัวข้อ	รายละเอียด
ระดับของหลักฐาน	ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลมี 18 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และประวัติการสูบบุหรี่ 1.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการงดสูบบุหรี่ มี 20 ข้อ 1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ มี 26 ข้อ 1.4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มี 15 ข้อ 1.5 พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ มี 18 ข้อ 1.6 ระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน มี 6 ข้อ 2) แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่รายวันของพนักงาน 3) แบบบันทึกการติดตามและประเมินผลการสูบบุหรี่ของพนักงาน โดยหัวหน้างาน <u>เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง</u> 1) โปรแกรมการงดสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับโปรแกรมการงดสูบบุหรี่สร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลา 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งมีกิจกรรมดังนี้ <u>สัปดาห์ที่ 1</u> สิ่งที่ต้องรู้ในการเลิกบุหรี่ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมให้ดูวิดีโอทัศน์เรื่องบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องบุหรี่ร่วมกับเอกสารการเรียนรู้ คือเอกสารความรู้เรื่องบุหรี่และแผ่นพับเรื่องบุหรี่ กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดความคิดและแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <u>สัปดาห์ที่ 2</u> เตรียมตัวเตรียมใจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที มีกิจกรรมการพูดโน้มน้าวโดยผู้บริหารและวิทยากร การให้คำแนะนำวิธีการงดสูบบุหรี่ร่วมกับวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง <u>สัปดาห์ที่ 3</u> ทุกอย่างสำเร็จได้อยู่ที่ใจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที มีกิจกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
	ติดตามผลการงดสูบบุหรี่ กิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อหาปัญหาและอุปสรรค ฝึกทักษะในการงดสูบบุหรี่ และเสริมกำลังใจให้งดสูบบุหรี่ต่อไป <u>สัปดาห์ที่ 4</u> เขาทำได้เราก้ทำได้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีกิจกรรม เสนอตัวแบบ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ การแสดงความคิดเห็นและร่วมอภิปรายสำรวจแรงจูงใจ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและหาสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ในการสูบบุหรี่ <u>สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 6</u> เพื่อนคู่คิด ใช้เวลาคนละ 15 นาที มีกิจกรรม การพูดกระตุ้นเตือนโดยหัวหน้างานและการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัย กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ในสัปดาห์แรก โดยวิธีการแจกแผ่นพับและคู่มือการงดสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่รายวันนาน 12 สัปดาห์เหมือนกัน การประเมินผล ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินผลเหมือนกันด้วยแบบสัมภาษณ์โดยครั้งแรกผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ข้อมูลทั้ง 6 ส่วนก่อนการทดลอง และอีก 2 ครั้งในระยะ 1 และ 3 เดือน โดยสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2-6
ผลการศึกษา	1) ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การงดสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการงดสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของการติดยาโคตินแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ 2) ที่ระยะ 1 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การงดสูบบุหรี่และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) ที่ระยะ 3 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การงดสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการงดสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนทาง

หัวข้อ	รายละเอียด
	สังคม และความรุนแรงของการติดเชื้อโคตินดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 4) ที่ระยะ 3 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 26.9 มากกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 12 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.291$)
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยที่ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1) เป็นการแก้ไขปัญหาการเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงาน 2) วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ เป็นวิธีการบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่ม ด้วยการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและให้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้สูบบุหรี่ในที่ทำงานจากพยาบาลและหัวหน้างาน เป็นการให้บริการเชิงรุกและเพิ่มช่องทางให้กับผู้สูบบุหรี่เข้าถึงบริการได้ในสิ่งแวดล้อมของที่ปฏิบัติงาน 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนการเลิกบุหรี่ด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตนเอง และแบบติดตามประเมินผลการสูบบุหรี่ของคนงานโดยหัวหน้างาน ทำให้น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน ออกแบบการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental) มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกโรงงานเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำให้เกิด selection bias ได้และทำให้ internal validity ของการศึกษานี้ลดลง แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) และคัดเลือกโรงงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง(sample size) ได้อธิบายถึงการได้มาของขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการศึกษาทั้งสองกลุ่ม แต่เนื่องจากมี drop out จึงทำให้ power analysis ลดลง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามและประเมินผลด้วยเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบ content validity และ reliability แล้วซึ่งเป็นการเพิ่ม internal

หัวข้อ	รายละเอียด
	validity นอกจากนี้ยังผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยด้วย ส่วนผลการศึกษาได้มีการนำเสนอเป็นตารางและมีการอธิบายชัดเจน มีการอภิปรายถึงผลการศึกษา ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปด้วย ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการช่วยเหลือลูกนุหรีได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยนี้เป็นการนำวิธีการซึ่ง based on แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือลูกนุหรี เพราะการลูกนุหรีนอกจากการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในการลูกนุหรีแล้วการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้เกิดกำลังใจในการจัดการกับปัญหาต่างๆของลูกนุหรี ซึ่งอาจทำให้มีความเชื่อมั่นในการลูกนุหรีเพิ่มขึ้น มีผลช่วยให้ลูกนุหรีได้สำเร็จ และการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงานซึ่งใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในการบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) งานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเหลือลูกนุหรีด้วยการให้บริการในสถานที่ทำงานโดยใช้การบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่ม ซึ่งพยาบาลชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยออกไปให้บริการช่วยเหลือลูกนุหรีกับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในโรงงานที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยงานจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1.5 ชั่วโมงมีความเป็นไปได้เพราะใช้เวลาไม่มากในการให้บริการสามารถออกให้บริการในช่วงบ่ายเพราะไม่กระทบต่องานประจำ และการเดินทางสะดวกไม่ไกลจากที่ทำงานประจำ แต่ต้องประสานงานกับผู้จัดการของบริษัทเพื่อให้เกิดความร่วมมือ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ เช่น การประกาศใช้นโยบายสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ หากนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการในชุมชนอาจจัดบริการในวันหยุดสำหรับการให้ความรู้ด้วยสื่อการสอนที่เป็นวิดีโอ และเอกสารประกอบการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ให้ความรู้ รวมทั้งแบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่รายวันสามารถรับการสนับสนุนงบประมาณจากบริษัทหรือกองทุนสุขภาพตำบล การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบสามารถจัดหาบุคคลในโรงงานที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จมาเป็นต้นแบบเพื่อให้เกิดความใกล้เคียงกับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมสามารถให้เพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างานได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเลิกบุหรี่ได้ ส่วนการติดตามผลควรเพิ่มระยะเวลาเป็น 6 และ 12 เดือนเพื่อให้เห็นความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) งานวิจัยฉบับนี้เป็นวิธีการที่ดีในการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เป็นวัยทำงาน โดยพยาบาลเป็นผู้ออกไปให้บริการเชิงรุกในสถานที่ทำงาน เป็นวิธีการที่ดี สะดวก คุ้มค่า สำหรับผู้รับการบำบัด และช่วยให้ได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรม หากช่วยให้เลิกบุหรี่ได้จะเกิดประโยชน์สำหรับตัวผู้เลิกบุหรี่เองและคนรอบข้าง และยังช่วยลดความเสี่ยงจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สูบ ดังนั้นจึงเป็นวิธีการที่มีความคุ้มค่าและคำนวณประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การเลิกบุหรี่ด้วยการบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่ม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยพยาบาลออกให้บริการเชิงรุกในสถานที่ทำงาน การบำบัดมีสมาชิกกลุ่ม 30 คน เข้ากลุ่มจำนวน 6 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง เนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1-4 ใช้เวลาครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการให้ความรู้ การพูดโน้มน้าว การเสริมกำลังใจ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 5-6 เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลคนละ 15 นาทีเพื่อให้กำลังใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่ จากนั้นติดตามประเมินผลในระยะ 1 และ 3 เดือน ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง และแบบติดตามประเมินผล

หัวข้อ	รายละเอียด
	การสูบบุหรี่ของคนงาน โดยหัวหน้างาน มีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ และระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินดีขึ้นในระยะ 3 เดือน และสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้

เรื่องที่ 7. A randomized controlled trial of stage-matched intervention for smoking cessation in cardiac out-patients

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	Chan, S.S.C., Leung, D. Y. P., Wong, D. C. N., Lau, C. P., Wong, V. T., & Lam, T. H. (2011).
แหล่งที่ตีพิมพ์	Society for the Study of Addiction, 107, 829–837.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage -matched smoking cessation) สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจที่สูบบุหรี่ในเขตบริหารพิเศษฮ่องกง
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นคนจีนที่ป่วยด้วยโรคหัวใจซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 10 แห่งในประเทศฮ่องกงจำนวน 1,860 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 938 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 922 คน <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1) เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจมาตรวจตามนัดในระหว่างเดือนมีนาคม 2002 ถึงเดือน ธันวาคม 2004 2) มีอายุ ≥ 18 ปี 3) สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน/วันในช่วง 7 วันที่ผ่านมา <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1) มีอาการเจ็บป่วยและไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์ และ/หรือไม่สามารถเข้ารับ intervention ได้ 2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาจีนได้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันยกเว้นระยะของความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Stage of readiness to quit) ซึ่งกลุ่มทดลองมีความพร้อมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)
สถานที่เก็บข้อมูล	โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 10 แห่งในเขตบริหารพิเศษฮ่องกง
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trial
ระดับของหลักฐาน	ระดับ 2

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส 1.2 ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ชนิดของโรคหัวใจ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ 1.3 ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ปริมาณการสูบในแต่ละวัน และความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ 2) แบบประเมินการติดนิโคติน (The Fagerstrom test for nicotine dependence) ของ Fagerstrom (1991) มีจำนวน 6 ข้อ 3) แบบประเมินความพร้อมการเลิกสูบบุหรี่ (Stage of readiness to quit) ของ DiClemente et.al. 1991 4) การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองในช่วง 7, 30 วันที่ผ่านมา (self-reported 7- day and 30- day point prevalence of tobacco abstinence) 5) การวัดทางชีวเคมีด้วยการวัด CO ในลมหายใจโดยใช้เครื่อง smokerlyze และการวัด urine cotinine โดยใช้ NicAlert strips เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มทดลอง</u> ช่วงก่อนให้ Intervention พยาบาลจะประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเลิกบุหรี่ ช่วงให้ Intervention พยาบาลให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ยรายบุคคลแบบ face-to-face นาน 30 นาที การให้คำปรึกษาจะสอดคล้องกับระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ที่ประเมินได้จาก baseline visit หลังจากนั้นพยาบาลติดตามผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ระยะ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนด้วยการประเมินระดับความพร้อมก่อนให้คำปรึกษาตามระดับความพร้อมที่ประเมินได้แต่ละครั้ง การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งใช้เวลา 15 นาที สำหรับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ยรายบุคคลแบบ stage-matched มีพื้นฐานมาจากทฤษฎี Transtheoretical Model of Change ซึ่งประกอบไปด้วยระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้ pre-contemplation, contemplation, preparation, action และ maintenance สำหรับการให้คำปรึกษาได้มีการปฏิบัติตาม protocol ดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
	1) ระยะ pre-contemplation สำหรับผู้ที่ไม่พร้อมจะเลิก เป้าหมายของโปรแกรมคือการช่วยให้ผู้ป่วยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะประเมินความรู้และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำมาแก้ไขและเพิ่มการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ โดยการให้แหล่งข้อมูลและแหล่งสนับสนุนในการเลิกบุหรี่ และในขั้นตอนสุดท้ายเป็นการอภิปรายถึงความเป็นไปได้ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ 2) ระยะ contemplation สำหรับผู้ที่กำลังคิดถึงการเลิกบุหรี่ เป้าหมายที่สำคัญคือการประเมินข้อดีและข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ และความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และกำหนดเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้าใจผิดที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยช่วยระบุอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่พร้อมช่วยหาวิธีการแก้ไข รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้เพิ่มระดับขึ้นของการเลิกสูบบุหรี่ไปอยู่ระยะ action เช่น การเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกให้ช้าลง การลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง 3) preparation สำหรับผู้ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือการช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะทำข้อตกลงกับผู้สูบบุหรี่และสร้างแรงจูงใจในการช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ด้วยการกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อก้าวไปยังขั้น action 4) action สำหรับผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ เป้าหมายของการให้คำปรึกษาคือการจัดหาและให้การสนับสนุนในการเลิกบุหรี่ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะหาข้อตกลงกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่และส่งต่อเพื่อเข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ หรือให้การสนับสนุนจากกลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นเวลา 15 นาทีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพโดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา และได้รับแผ่นพับที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	โรคหัวใจจำนวน 1 แผ่นขนาด A 4 ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามหลังให้คำปรึกษา การติดตามและประเมินผลการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มในช่วง 3, 6, และ 12 เดือน ทางโทรศัพท์โดยสอบถามการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 และ 30 วันที่ผ่านมา (7, 30 days point prevalence tobacco abstinence) สำหรับผู้ที่รายงานผลหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาที่ระยะ 12 เดือนและสมัครใจตรวจเข้ารับการตรวจทางชีวเคมีเพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่จาก self-reported จะได้รับการวัดปริมาณ CO ในลมหายใจออก ถ้าลมหายใจมีปริมาณ CO $\leq$ 8 p.p.m. และการวัด urine cotinine ถ้าปัสสาวะมีสาร cotinine < 100 ng/ml. ถือว่าเลิกบุหรี่ได้ ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่เป็นเวลา 2 วันซึ่งสอบผ่านข้อเขียนและภาคปฏิบัติแล้ว โดยมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ระบาดวิทยาของการสูบบุหรี่ ระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ การบำบัดเลิกบุหรี่ด้วย stage – matched ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ และเทคนิคการให้คำปรึกษา
ผลการศึกษา	ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลตาม stage - matched จากรายงานผลการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 และ 30 วันที่ผ่านมา (self-reported 7, 30 -day point prevalence tobacco abstinence) พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 3 และ 6 เดือน [(7 day PP) OR = 1.37; 95% CI = 1.09-1.73, OR = 1.39; 95% CI = 1.13-1.72, (30 day PP) OR = 1.35; 95% CI = 1.06-1.72, OR = 1.37; 95% CI = 1.10-1.70; P < 0.01)]
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยฉบับนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา คือ 1) เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ 2) วิธีการช่วยเลิกบุหรี่เป็นการบำบัดด้านความคิดโดยพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
	(stage of change) ให้กับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหัวใจขณะมารับบริการตามนัด 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนบุหรี่ที่เลิกได้โดยใช้ self-report ด้วยการสอบถามทางโทรศัพท์และยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัดระดับ CO และ cotinine ในปัสสาวะ ทำให้การประเมินผลมีความชัดเจนน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจน การออกแบบการวิจัยดีโดยใช้การวิจัยแบบ single-blinded multi-centre randomized controlled trial เป็นการเพิ่ม internal validity ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันเป็นการเพิ่ม external validity การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้การสุ่มอย่างง่ายทำให้ลด selection bias ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) มีจำนวนเพียงพอต่อการศึกษา แม้ว่าจะมี drop out แต่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่เพียงพอ กับ sample size ช่วยทำให้ power analysis เพิ่มขึ้น สำหรับการให้ intervention เนื่องจากพยาบาลผู้ให้คำปรึกษามีหลายคนแต่ได้ผ่านการทดสอบ interater reliability ทำให้ช่วยเพิ่ม internal validity การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลลัพธ์ในระยะเวลาเดียวกัน โดยใช้การรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-reported) และการตรวจวัดทางด้านชีวเคมีเพื่อทดสอบ over estimate จาก self-reported ทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครบ 2 ครั้งมีเพียงร้อยละ 54.4 และที่ระยะ 12 เดือนสำหรับผู้ที่ยังไม่รายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วย self-reported เข้ารับการตรวจทางชีวเคมีเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มมีอัตราน้อยเพียงร้อยละ 26.8 จึงอาจมีผลทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระยะ 12 เดือน ดังนั้นจะเห็นว่าผลการศึกษาของงานวิจัยฉบับนี้สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ดีในระยะ short term และมีความน่าเชื่อถือสามารถนำผลจากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยฉบับนี้เป็นการนำแนวคิดทฤษฎี transtheoretical model of change มาเป็นพื้นฐานในการให้คำปรึกษาตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage-matched) ในการช่วยเหลือคนหูหนวก และได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งใกล้เคียงกับผู้สืบทอดหรือของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในการบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเหลือคนหูหนวกด้วยการบำบัดด้านความคิดจากพยาบาล ด้วยการให้คำปรึกษาช่วยเหลือคนหูหนวกตามระยะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยให้คำปรึกษาช่วยเหลือคนหูหนวกไปพร้อมกับขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดแต่พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องได้รับการอบรมและมีทักษะในการให้คำปรึกษาช่วยเหลือคนหูหนวก สำหรับการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวกทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งมีความเป็นไปได้เนื่องจากในปัจจุบันผู้สืบทอดส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ส่วนตัวใช้เกือบทุกคนแต่อาจจะมีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์และมีปัญหาทางด้านการได้ยิน ส่วนค่าใช้จ่ายในการโทรศัพท์ให้คำปรึกษาของหน่วยงานอาจได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลได้ ส่วนการประเมินผลโดยใช้การตรวจทางชีวเคมีเพื่อยืนยันผลการช่วยเหลือคนหูหนวกไม่สามารถปฏิบัติได้เพราะเป็นการใช้วัสดุอุปกรณ์พิเศษซึ่งต้องใช้ต้นทุนสูงซึ่งหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่และโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่มีการใช้ ดังนั้นอาจจำเป็นต้องหาวิธีการหรือรูปแบบอื่นที่มีความเหมาะสมกับหน่วยงานต่อไป 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) วิธีการช่วยเหลือคนหูหนวกจากงานวิจัยฉบับนี้หากเปรียบเทียบกับการใช้โทรศัพท์ให้คำปรึกษาในการช่วยเหลือคนหูหนวก 2 ครั้งๆละ 15 นาทีๆละ 1 บาทรวมเป็น

หัวข้อ	รายละเอียด
	เงิน 30 บาท หากสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ 1 คนถือว่าคุ้มค่าและคุ้มประโยชน์ เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ก็จะทำให้การควบคุมโรคดีขึ้นและลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจได้ ดังนั้นจึงเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่ก่อให้เกิดประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคประจำตัวขณะมารับบริการที่โรงพยาบาลตามนัด ด้วยการให้คำปรึกษาและความรู้ แบบ stage-matched ตามระยะของความพร้อมในการเลิกบุหรี่ที่ประเมินได้ (stage of change) ด้วยวิธี face-to-face นาน 30 นาทีจากพยาบาล ต่อมาเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อีก 2 ครั้งๆละ 15 นาทีในระยะ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังจากให้ Intervention ครั้งแรกโดยการประเมิน stage of change และให้คำปรึกษาตาม stage-matched และประเมินผลการเลิกบุหรี่ โดยดูจากจำนวนบุหรี่ที่เลิกได้และการเปลี่ยนแปลงของ stage of change ในระดับที่สูงขึ้น ด้วยการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (self-reported) ว่าเลิกบุหรี่ได้ 7 และ 30 วันติดต่อกันในระยะ 3, 6 และ 12 เดือน และตรวจวัด CO และ Cotinine ในปัสสาวะเฉพาะผู้ที่รายงานเลิกบุหรี่ได้ 7 วันติดต่อกันในเดือนที่ 12 เพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ มีผลทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ดีในระยะ 3 และ 6 เดือน ดังนั้นควรมีการติดตามให้คำปรึกษาเป็นระยะและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่และช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง

รื่องที่ 8. Effects of Tailoring in an Internet-Based Intervention for Smoking Cessation: Randomized Controlled Trial

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	Wangberg, S. C., Nilsen, O., Antypas, K., & Gram, I. T. (2011).
แหล่งที่ตีพิมพ์	J Med Internet Res, 13(4), 1-12.
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการ tailored messages ผ่านทางสื่ออินเทอร์เน็ต
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สนใจเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ สามารถสมัครผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต ทาง Norwegian website slutta.no. ตั้งแต่วันที่ 15 ส.ค. 2006 – 16 ธ.ค. 2007 พบว่ามีผู้สนใจเข้าร่วมจำนวน 3,054 คน คัดออกจำนวน 756 คน เนื่องจากมีอายุน้อยกว่า 16 ปีจำนวน 20 คน missing allocation จำนวน 10 คน และปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วจำนวน 726 คน คงเหลือเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,298 คน หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ <u>กลุ่มทดลอง</u> (Intervention group) จำนวน 1,171 คน แต่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพียง 1,029 คน คัดออกจำนวน 142 คน เนื่องจากกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์จำนวน 105 คน ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือจำนวน 36 คน และลงทะเบียนเลยวันที่กำหนดจำนวน 1 คน <u>กลุ่มควบคุม</u> (Control group) จำนวน 1,127 คน แต่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพียง 1,043 คน คัดออกจำนวน 84 คน เนื่องจากกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์จำนวน 62 คน ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือจำนวน 21 คน และลงทะเบียนเลยวันที่กำหนดจำนวน 1 คน <u>เกณฑ์การคัดเข้า</u> 1) มีอายุมากกว่า 16 ปี 2) สามารถเข้าถึง Internet ได้ 3) มีความพร้อมที่จะกำหนดวันเลิกบุหรี่ในช่วง 3 เดือนข้างหน้า <u>เกณฑ์การคัดออก</u> 1) มีอายุน้อยกว่า 16 ปี 2) missing group allocation 3) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว

หัวข้อ	รายละเอียด
สถานที่เก็บข้อมูล	ประเทศ Norway
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trail
ระดับของหลักฐาน	ระดับ 2
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะการทำงาน ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน การอยู่อาศัยกับบุคคลอื่น แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (มี 1 ข้อคำถาม) 2. รายงานผลการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (7-day abstinence) ด้วยแบบสอบถามการสูบบุหรี่ (smoking behavior) มี 1 ข้อคำถาม 3. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ (self-efficacy) มี 12 ข้อคำถาม 4. แบบประเมิน perceived tailoring มี 4 ข้อคำถาม
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 1,029 คน ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต โปรแกรมประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลเบื้องต้นในการเลิกบุหรี่ (Basic functionality) และการส่งข้อความช่วยเหลือเลิกบุหรี่ตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (Tailoring messages) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) การให้ข้อมูลเบื้องต้นในการเลิกบุหรี่ (Basic functionality) ซึ่งมีองค์ประกอบหลายองค์ประกอบ เป็นการให้ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่อยู่บน website เนื้อหาประกอบไปด้วย 1.1 ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 1.2 ให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่และให้ข้อมูลของ website 1.3 การทำแบบทดสอบตนเองเกี่ยวกับระดับการติดนิโคติน ประเภทของผู้สูบบุหรี่ เช่น สูบเพื่อคลายเครียด สูบเพื่อความสบายใจ และระดับของแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 1.4 ให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการพูดคุยสนทนากันผ่านกระดานสนทนาใน website การมีสมุดบันทึกเยี่ยมชม website และสมุดบันทึกส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าชมสมุดบันทึกส่วนตัวของทุกคนได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการเลิกบุหรี่ร่วมกันได้ใน website

หัวข้อ	รายละเอียด
	2) การส่งข้อความบน webpage ให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (Tailored messages) วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ ข้อความที่ได้รับจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของข้อมูลที่ได้บันทึกไว้จากแบบสอบถามที่เป็น baseline ซึ่งในช่วงระยะเวลา 12 เดือนกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อความสูงสุดจำนวน 150 ข้อความ การส่งข้อความมีลักษณะดังนี้ 1. ข้อความแรกจะได้รับภายใน 14 วันแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม 2. ในช่วง 3 เดือนก่อนกำหนดวันเลิกบุหรี่ จะได้รับข้อความทุกวัน และค่อยๆลดการส่งข้อความลง 3. เมื่อกำหนดวันเลิกบุหรี่จะได้รับข้อความไปเรื่อยๆ จนถึง 12 เดือน ความถี่ในการส่งข้อความขึ้นอยู่กับ การโต้ตอบทางอินเทอร์เน็ตของแต่ละบุคคล ในระยะแรกข้อความจะถูกส่งทุกวัน ต่อมาจะลดลงอย่างช้าๆในช่วงสามเดือนหลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ 4. ลักษณะของข้อความที่จัดส่งมาจากข้อมูลพื้นฐาน(baseline) ของแต่ละบุคคล เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ลักษณะของข้อความที่ส่งให้มี 3 ลักษณะคือ ข้อความที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อความที่เกี่ยวกับการปรับตัวยุทธศาสตร์เลิกบุหรี่และข้อความเกี่ยวกับข้อมูลสะท้อนกลับ ซึ่งข้อความที่จัดส่งเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการยับยั้งใจไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ในช่วง 3 เดือนหลังจากวันกำหนดเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่ำจะได้รับการส่งข้อความเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น 5. เนื้อหาของข้อความที่ส่ง เน้นเกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การสนับสนุนจากสังคม 6. รูปแบบของข้อความที่จัดส่ง เป็นตารางแสดงระยะในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในหน้า webpage ของตนเอง และข้อความอื่นๆ รวมถึงการแสดงความยินดีกับผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ การสะท้อนกลับของข้อมูล(Feedback) เกี่ยวกับจำนวนวันที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนเงินที่ประหยัดได้

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มควบคุม จำนวน 1,043 คน ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารบน webpage แต่จะได้รับการแจ้งข่าวและการแจ้งเตือนทางอีเมลสำหรับการติดตามเพื่อให้เข้ามารอกแบบสอบถาม การติดตามและประเมินผล ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินผลการเลิกบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต ด้วยวิธีการสอบถามการหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 7 วัน (7-day abstinence rate) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ (self-efficacy score) ในช่วง 1, 3 และ 12 เดือน
ผลการศึกษา	ผลของ โปรแกรมเลิกบุหรี่ด้วยการส่งข้อความตามความต้องการของแต่ละบุคคลทางอินเทอร์เน็ต มีผลดังนี้ 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Smoking behavior) จากรายงานผลการหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 7 วัน (7-day abstinence rate) พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 1 เดือน ($RR = 1.61$; 95% $CI = 1.27-2.06$; $p < .001$) และ 3 เดือน ($RR = 1.44$; 95% $CI = 1.11-1.87$; $p = .006$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 12 เดือน 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 1 เดือน ($p = 0.01$) และ 3 เดือน ($p = 0.002$) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะ 12 เดือน
ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยฉบับนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา คือ 1) เป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ 2) วิธีการช่วยเลิกบุหรี่เป็นการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลโดยการบำบัดด้านความคิดด้วยวิธีการให้ข้อมูลและส่งข้อความในการช่วยเลิกบุหรี่ตามความต้องการของแต่ละบุคคล(Tailoring messages) ผ่านทางอินเทอร์เน็ต 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนบุหรี่ที่เลิกได้ ด้วยการสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยชัดเจน การออกแบบการวิจัยดีโดยใช้

หัวข้อ	รายละเอียด
	การวิจัยแบบ randomized controlled trial เป็นการเพิ่ม internal validity ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ baseline ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นการเพิ่ม external validity ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง(sample size) มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการศึกษา และมี drop out ทำให้ power analysis ลดลง การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลลัพธ์ในระยะเวลาเดียวกัน โดยใช้เครื่องมือเดียวกันซึ่งผ่านการทดสอบ reliability แล้วซึ่งเป็นการเพิ่ม internal validity และได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมในการวิจัยด้วย แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการให้ intervention มีการ tailored ไปตามปัญหาของแต่ละบุคคล จึงไม่สามารถระบุเนื้อหาที่ให้ได้ชัดเจน และกลุ่มทดลองสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับโปรแกรมเลิกบุหรี่ทาง internet อื่นๆได้ทำให้มีผลต่อการ drop out สูงและสามารถติดตามประเมินผลได้น้อย แต่ก็พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้ในระยะ short-term ดังนั้นจะเห็นว่าผลการศึกษางานวิจัยฉบับนี้สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ดีในระยะ short-term และมีความน่าเชื่อถือสามารถนำผลจากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยฉบับนี้ base on ทฤษฎี self-efficacy มาเป็นพื้นฐานในการให้ Intervention ด้วยวิธีการใช้ internet ในการส่ง messages ช่วยเลิกบุหรี่เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่มีผลช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ และงานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคลด้วยการบำบัดด้านความคิด โดยการให้ข้อมูลเบื้องต้นในการเลิกบุหรี่และการส่ง messages ที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล(Tailored messages)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพื่อช่วยเลิกบุหรี่โดยเน้นการให้ข้อมูลด้วยการส่ง messages แบบเข้มข้นในช่วง 3 เดือนแรกหลังจากกำหนดวันเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิด self-efficacy ในการเลิกบุหรี่ เป็นวิธีการที่ดีและสอดคล้องกับ ยุคของข้อมูลข่าวสารในสังคมปัจจุบัน ซึ่งอาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการ นำมาปฏิบัติเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการบริการเลิกบุหรี่ได้ โดยเฉพาะ ผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมและมีการเข้าถึง internet เช่น ผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ ตอนต้นและวัยแรงงาน แม้ในปัจจุบันอาจจะยังไม่พร้อมแต่อาจจะเป็น แนวทางในการพัฒนาในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งผู้ให้การบำบัดและ ผู้รับบริการต้องมีทักษะและความรู้ในการใช้ Internet รวมถึงผู้ให้การ บำบัดต้องมีเวลาในการโต้ตอบข้อความกับผู้รับบริการ ส่วนวิธีการเสริม self-efficacy ด้วยการส่งข้อความ tailored ไปตามบุคคล ในช่วง 3 เดือน แรกแบบเข้มข้นด้วยการให้ข้อมูล และ feedback ถึงจำนวนวันที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนเงินที่ประหยัดได้ นับเป็นวิธีการที่ดีในการสร้างความเชื่อมั่น และแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ แต่ควรที่จะเพิ่มการส่ง messages มากขึ้น หลังจาก 3 เดือนเพื่อให้ได้รับการกระตุ้นเป็นระยะป้องกันการกลับมาสูบ ใหม่ ดังนั้นจึงเป็นวิธีการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) วิธีการเลิกบุหรี่จากงานวิจัยฉบับนี้ถือว่ามีความคุ้มค่าในการช่วยเลิก บุหรี่เพราะเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถเข้าถึง การให้บริการได้มากขึ้น ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่ไม่มีเวลาในการเข้ากลุ่มหรือ มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ที่ทำงาน สามารถเข้าถึงการบริการได้โดยไม่สูญเสียวันทำงานและมีต้นทุนในการ ช่วยเลิกบุหรี่ในอัตราที่ต่ำ และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ หากช่วยผู้สูบ บุหรี่เลิกบุหรี่ได้ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่คุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้ได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่รายบุคคล ด้วยการให้ข้อมูลและส่งข้อความช่วย เลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล(tailored messages) ทางอินเทอร์เน็ต ด้วยการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ self-efficacy ด้วยแบบสอบถามเพื่อเป็น baseline ในการให้ Intervention หลังจากนั้นให้

หัวข้อ	รายละเอียด
	ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ อันตรายจากการสูบบุหรี่ แนะนำการเลิกบุหรี่ ประเมินการตัดสินใจและแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคมให้ได้รับการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลในการเลิกบุหรี่ กับสมาชิกคนอื่นๆทาง website นอกจากนี้ยังได้รับการส่งข้อความภายใน 14 วันแรกหลังเข้าร่วมโปรแกรม และจะได้รับข้อความเพิ่มมากขึ้นในช่วง 3 เดือนก่อนกำหนดวันเลิกบุหรี่ เมื่อกำหนดวันเลิกบุหรี่จะได้รับการส่งข้อความบ่อยครั้งขึ้นในช่วง 3 เดือนแรกเพื่อให้เกิด self-efficacy การส่งข้อความจะส่งไปเรื่อยๆจนครบ 12 เดือนแต่ความถี่ในการส่งจะลดลงหลังจาก 3 เดือนเนื้อหาของข้อความที่ส่งเกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่ ประโยชน์ในการเลิกบุหรี่ การสนับสนุนทางสังคม การเสริมแรงด้วยการแสดงความยินดีที่เลิกบุหรี่ได้ การ Feedback ข้อมูลให้ทราบถึงจำนวนวันที่เลิกบุหรี่ได้และจำนวนเงินที่ประหยัดได้ หลังจากนั้นรายงานผลการเลิกบุหรี่ได้ 7 วันติดต่อกันและ self-efficacy ในการเลิกบุหรี่ในระยะ 1,3 และ 12 เดือน มีผลช่วยให้เลิกบุหรี่และมี self-efficacy ในการเลิกบุหรี่ได้ดีในระยะ short-term ดังนั้นควรมีการติดตามและกระตุ้นเป็นระยะเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่ 9. ผลของโปรแกรมและต้นทุนต่อหน่วยของโปรแกรมช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	กิตติ ไกรนุวัตร และ อรุณรัตน์ กันธา. (2554).
แหล่งที่ตีพิมพ์	วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(1), 32-45.
วัตถุประสงค์การศึกษา	1. เพื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมต่อจำนวนบุคลากรที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเข้าร่วมโครงการ 2. วิเคราะห์ต้นทุนต่อราย (Unit-cost) ของโปรแกรมช่วยเหลือให้บุคลากรเลิกบุหรี่ได้
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นบุคลากรที่สูบบุหรี่ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 54 คน ประกอบด้วยผู้ช่วยพยาบาล 5 คน เจ้าหน้าที่แปลและเจ้าหน้าที่ทั่วไปจำนวน 49 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการเชิญชวนจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมโครงการโดยผ่านการส่งจดหมายเวียนถึงหน่วยงานและการติดแผ่นประกาศในโรงพยาบาล การเข้าร่วมโครงการเป็นไปตามความสมัครใจ <u>เกณฑ์ในการคัดเข้า</u> 1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2. สูบบุหรี่มากกว่า 100 มวนก่อนเข้าร่วมโครงการ 3. การมองเห็นและได้ยินปกติ สามารถสื่อสารได้ดีทั้งการพูดและการเขียน 4. ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่ขึ้นตรงกับฝ่ายการพยาบาล 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการมีทั้งหมด 54 คน ผู้ที่มีความประสงค์เข้ารับการอบรมเลิกบุหรี่จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน ส่วนผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแต่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมอบรมเลิกบุหรี่จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 27 คน
สถานที่เก็บข้อมูล	โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-Experimental design
ระดับของหลักฐาน	ระดับ 3

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล</u> 1.แบบบันทึกปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน 2.แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อความจำนวน 7 ข้อ 2.2 ประวัติการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ 2.3 ระดับการตัดสินใจตัดสินใจประกอบด้วยข้อความจำนวน 6 ข้อ 2.4 แบบสอบถามความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ
วิธีดำเนินการวิจัย	สองสัปดาห์ก่อนได้รับ Intervention ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม(pre-test) ก่อนหลังจากนั้นให้ได้รับ Intervention ตามที่กำหนดไว้ดังนี้ <u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎี social cognitive theory และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) จำนวน 5 วันติดต่อกันโดยกิจกรรมในแต่ละวันใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง มีกิจกรรมดังนี้ <u>กิจกรรมวันแรก</u> เป็นการแนะนำตนเองระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งกำหนดการอบรมรูปแบบและวิธีการที่ใช้ในการอบรม แนะนำการใช้แบบบันทึกปริมาณบุหรี่ที่สูบ การร่วมกิจกรรมสันทนาการ ระหว่างการอบรมและฟังการบรรยายความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ต่อสุขภาพ อาการต่างๆที่เกิดจากการถอนยา(withdrawal syndrome) และการแก้ไข ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มหยุดสูบบุหรี่หลังสิ้นสุดการเข้าอบรมในวันแรกและไม่พูดถึงกิจกรรมที่ได้จากการอบรมกับผู้ร่วมงานอื่นๆ <u>กิจกรรมวันที่ 2</u> เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงของผู้เข้ารับการอบรมหลังหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันประมาณ 20 -24 ชั่วโมง การตอบคำถามให้ผู้เข้ารับการอบรมที่สงสัย การเสริมความคิดบวกและการชมเชยผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้ สำหรับผู้ที่ยังหยุดสูบไม่ได้ใช้กลุ่มเป็นตัวกระตุ้นเสริมความคิดบวก การบอกให้หยุดสูบบุหรี่และการทบทวนอาการถอนยาและการแก้ไข

หัวข้อ	รายละเอียด
	<u>กิจกรรมวันที่ 3</u> เป็นการติดตามอาการถอนยาและแนะนำการแก้ไข การชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ด้านเศรษฐกิจที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ การดูแลตนเองและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ <u>กิจกรรมวันที่ 4</u> เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างวิทยากรรับเชิญที่สูบบุหรี่มานานและสามารถเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 5 ปีติดต่อกัน เป็นการเสริมพลังบวกแก่ผู้เข้ารับการอบรมให้เชื่อว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเห็นจากตัวอย่างจริง มีการนำเสนอประสบการณ์ที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่จริงมาเล่าสู่กันฟัง <u>กิจกรรมวันที่ 5</u> เป็นการให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากอาการอยากสูบบุหรี่ (craving) ภายหลังเลิกสูบบุหรี่ไปแล้วระยะหนึ่ง การดูแลสุขภาพและการนัดหมายให้กลับมาพบกันใหม่ เมื่อสิ้นสุดการอบรม ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับการอบรมจากการตอบแบบสอบถาม (post-test) ครั้งที่ 1 หลังสิ้นสุดการอบรมเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษา ผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา และผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับการติดตามความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการนัดประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 เดือนติดต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมและผู้วิจัย และในแต่ละครั้งที่มาประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล post-test ด้วย <u>กลุ่มเปรียบเทียบ</u> ได้รับแผ่นพับแนะนำการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การประเมินผล ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลที่ระยะ 3 เดือนเหมือนกัน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันและเก็บข้อมูลในเวลาใกล้เคียงกัน
ผลการศึกษา	1) ระยะ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อัตราร้อยละ 59.25 (16 ใน 27คน) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่มีผู้ใดเลิกบุหรี่ได้ 2) การเลิกบุหรี่โดยใช้การบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่มมีต้นทุนต่อหน่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประมาณ 2,267 บาทต่อราย โดยแบ่งเป็นต้นทุนด้านแรงงานของผู้ให้บริการ จำนวน 1,987 บาท และต้นทุนทางตรงของผู้อบรม(ค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม เช่น ค่าอาหารว่าง วัสดุอุปกรณ์ ค่าโทรศัพท์) จำนวน 280 บาท เหลือวันละ 56 บาท
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยที่ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1) เป็นการแก้ไขปัญหาย่อยเล็กนุหรีให้ผู้สูบบุหรีวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน 2) วิธีการช่วยเลิกนุหรี เป็นการบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการช่วยเลิกนุหรีให้กับผู้สูบบุหรีด้วยพยาบาลโดยมีการจัดให้บริการในสถานที่ปฏิบัติงาน 3) การวัดผลการศึกษา วัดจำนวนผู้เลิกนุหรีได้โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกปริมาณนุหรีที่สูบในแต่ละวัน 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน ออกแบบการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเพิ่ม external validity แม้จะมี selection bias ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามความสมัครใจทำให้ internal validity ลดลงแต่คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับขั้นตอนการวิจัยมีการกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยด้วย ส่วนการได้รับ intervention ผู้วิจัยได้ลดการเกิด diffusion to treatment ด้วยการไม่ให้กลุ่มทดลองพูดถึงการอบรมกับผู้ร่วมงานคนอื่นๆทำให้เพิ่ม internal validity การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลด้วยเครื่องมือที่ผ่าน การทดสอบ reliability แล้วทำให้เพิ่ม internal validity ส่วนผลการศึกษา มีการนำเสนอผลของการศึกษาโปรแกรมการเลิกนุหรีโดยใช้ค่า NNT และมีนำเสนอผลการศึกษาเป็นตารางและมีการอธิบาย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ชัดเจน รวมถึงการอภิปรายผลการศึกษาทั้งในด้าน ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปด้วย ถึงแม้ว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยแต่เนื่องจากการเลิกบุหรีต้องอาศัยความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคคลากรทางด้านสุขภาพที่สมัครใจเข้ากลุ่มทดลอง สถานที่ใช้ในการอบรมอยู่ในหน่วยงาน ประกอบกับนโยบายของโรงพยาบาลปลอดภัยดังนั้นอาจมีผลเชิงบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรีได้ และระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาเป็นช่วงระยะสั้น แต่อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยฉบับนี้สามารถช่วยเลิกบุหรีได้ในอัตราที่สูงในระยะ 3 เดือน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความน่าเชื่อถือและเป็นการศึกษาที่ดี มีประโยชน์ในการนำไปใช้ช่วยเลิกบุหรีได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยฉบับนี้เป็นการนำวิธีการที่ใช้แนวคิดทฤษฎีของ social cognitive theory และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง(self-efficacy) มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมภายในโปรแกรมเพื่อช่วยเลิกบุหรีและได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงาน ซึ่งใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเลิกบุหรีด้วยการให้บริการในสถานที่ทำงานโดยใช้การบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเลิกบุหรีที่พยาบาลชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งอาจประยุกต์โดยออกให้บริการในชุมชน ส่วนวิธีการให้ความรู้ด้วยการบรรยายสามารถนำไปใช้ได้เพราะมีสื่อและอุปกรณ์พร้อมอยู่แล้ว ส่วนการเข้ากลุ่ม 5 วันติดต่อกัน อาจจะต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการอบรมซึ่งอาจจะจัดให้บริการในช่วงเย็นหรือลดจำนวนการเข้ากลุ่มลง ส่วนการให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์และการติดตามโดยการนัดประชุมเพื่อเข้ากลุ่ม เดือนละ 1 ครั้งติดต่อกัน 3 เดือนนั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ยึดตามความสะดวกของกลุ่มอาจจะเป็นช่วงวันหยุดหรือช่วงเย็นหลังเลิกงาน การใช้แบบบันทึกปริมาณบุหรี่ที่สูบแต่ละวันนำไปใช้ได้แต่อาจจะต้องมีการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ของหน่วยงาน สำหรับระยะเวลาในการประเมินผลควรใช้ระยะเวลานานขึ้นที่ 6 และ 12 เดือน เพราะช่วงนี้ผู้สูบบุหรี่อาจกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ ส่วนในเรื่องของการวิเคราะห์ต้นทุนในการอบรมเป็นวิธีการที่ดีและมีประโยชน์สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนงาน โครงการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เพื่อเสนอต่อกองทุนสุขภาพตำบลได้ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานเพื่อช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้ (Cost-benefit ratio) จากงานวิจัยฉบับนี้จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ด้วยการบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่มเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถทำได้ และยังสามารถช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้ในอัตราที่สูงคือ ผู้เข้ารับการบำบัด 2 คนสามารถเลิกบุหรี่ได้ 1 คน และมีต้นทุนในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เพียง 2,267 บาทต่อรายหากเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายประเภทนิโคตินทดแทนเช่น แผ่นแปะนิโคตินพบว่าค่าใช้จ่ายสูงประมาณ 28,000-36,000 บาทต่อราย ดังนั้นจะเห็นว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดแบบกลุ่มมีต้นทุนต่อหน่วยที่ต่ำกว่าการใช้ยาและยังสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ได้สูง และผลจากการเลิกบุหรี่สำเร็จยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ได้ด้วย หากนำรูปแบบวิธีการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่จากงานวิจัยไปพัฒนาในหน่วยงานก็จะเกิดประโยชน์กับหน่วยงานทำให้มีรูปแบบการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่ชัดเจน ดังนั้นจึงเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่คุ้มค่าและคำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่แบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดทฤษฎี social cognitive theory และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม ขนาดกลุ่มจำนวน 27 คน มีกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งติดต่อกันครั้งละ 2 ชั่วโมง เนื้อหากิจกรรมเป็นการฝึกให้มีพลังความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่อการเลิกบุหรี่ ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการถอนและอยากบุหรี่ หลังสิ้นสุดการบำบัดมีการติดตามเดือนละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 เดือน ด้วยวิธีการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน

หัวข้อ	รายละเอียด
	การเลิกบุหรี่ จากนั้นมีการติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 3 เดือน ด้วยแบบบันทึกการสูบบุหรี่และแบบสอบถาม มีผลช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในอัตราที่ช่วงระยะ 3 เดือน

เรื่องที่ 10. ผลของ โปรแกรมหลักอิทธิบาท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	ธนิดา คงสมัย. (2554).
แหล่งที่ตีพิมพ์	วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(1), 63-72
วัตถุประสงค์การศึกษา	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมหลักอิทธิบาท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเลิกสูบบุหรี่
กลุ่มตัวอย่าง	เป็นพนักงานชายของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จากการติดประกาศรับสมัคร มีทั้งหมดจำนวน 54 คน ถูกสุ่มแบบสะดวก (Convenience sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คนและกลุ่มควบคุม 27 คน <u>เกณฑ์ในการคัดเข้า</u> 1. เป็นผู้สูบบุหรี่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. สูบบุหรี่มากกว่า 1 มวนต่อวันและสูบทุกวันมากกว่า 1 ปีขึ้นไป 3. ไม่มีภาวะบกพร่องทางจิตหรือได้รับยาต้านอารมณ์เศร้า
สถานที่เก็บข้อมูล	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
ระเบียบวิธีวิจัย	Quasi-experimental design
ระดับของหลักฐาน	ระดับ 3
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	<u>1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย</u> 1.1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล 1.2 แบบทดสอบระดับการคิดนิโคติน 1.3 แบบประเมินลักษณะการติดบุหรี่ด้วยตนเอง 1.4 แบบวัดแรงจูงใจภายในฉบับผู้ใหญ่ <u>2.) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่</u> 2.1 โปรแกรมหลักอิทธิบาท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการเลิกบุหรี่ 2.2 วิดีทัศน์เรื่อง สารคดี เยาวชนไทยใส่ใจพิษภัยบุหรี่ และบุคคลตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ความยาว 10 นาที

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีดำเนินการวิจัย	<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับโปรแกรมหลักอิทธิบาท 4 ซึ่งจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 4-8 คน โดยได้รับการเข้ากลุ่มจำนวน 7 ครั้งในวันที่ 1,2,3,4,7,14 และ 21 รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้ <u>ครั้งที่ 1</u> (วันที่ 1) ใช้เวลา 3 ชั่วโมงเป็นการส่งเสริมให้เกิดฉันทะในการเลิกบุหรี่ ด้วยการสร้างความรู้จักกันภายในกลุ่ม ผู้วิจัยทำการประเมินระดับการคิดนิโคติน ลักษณะการติดบุหรี่และวัดแรงจูงใจภายในก่อนได้รับ Intervention (pre-test) หลังจากนั้นเป็นการให้ความรู้ด้วยภาพวีดิทัศน์เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ ตัวอย่างของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ใช้เวลา 10 นาที สะท้อนความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลรอบข้าง ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ กำหนดเป้าหมายการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง สอบถามเกี่ยวกับอดีตที่เคยประสบความสำเร็จในชีวิต <u>ครั้งที่ 2</u> (วันที่ 2) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้เกิดฉันทะ วิริยะ และวิมังสาในการเลิกบุหรี่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์หลังจากเลิกบุหรี่ได้ 1 วันถึงอาการถอนยา และการจัดการกับอาการถอนยา ให้ความมั่นใจ กระตุ้นสนับสนุนชื่นชม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการติดบุหรี่ อาการถอนยาและการจัดการกับอาการถอนยา การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ <u>ครั้งที่ 3</u> (วันที่ 3) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ส่งเสริมให้เกิดวิริยะ จิตตะ วิมังสาในการเลิกบุหรี่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุนชื่นชมป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ สร้างเสริมกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น การวาดรูป ออกกำลังกาย เดินรำ เดินแอโรบิค ฝึกโยคะ รำมวย เป็นต้น การใช้เทคนิคเสริมแรงทางบวกด้วยการสนับสนุนและให้กำลังใจ <u>ครั้งที่ 4</u> (วันที่ 4) ใช้เวลา 2 ชั่วโมงส่งเสริมให้เกิดฉันทะ วิริยะ และวิมังสา สะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกต่ออาการถอนยา การจัดการกับอาการถอนยา การวางแผนการปรับพฤติกรรม ส่งเสริมสนับสนุนการตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง การวางแผนกำหนดกิจกรรมในวันที่ 5-6 เกี่ยวกับ Lifestyle practice และการเลือกสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการอย่าขาดบุหรี่ โดยนำหลักการดำเนินชีวิตที่เพิ่มความสุขและลดความเครียดในชีวิต ได้แก่

หัวข้อ	รายละเอียด
	เทคนิคการผ่อนคลาย การรับประทานอาหารให้มีความสุข การพักผ่อนให้เป็นเวลา การออกกำลังกายสม่ำเสมอ <u>ครั้งที่ 5</u> (วันที่ 7) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ส่งเสริมจิตตะ วิมังสาในการเลิกลุบลหรือการกำหนดกิจกรรม Lifestyle practice และการเลือกสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการอย่าขาดบุหรืในวันที่ 8-9-10-11-12-13 การให้แรงเสริม สนทนาปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้กลับมาสูบใหม่ เช่น เรื่องน้ำหนัก การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย หลีกเลี้ยงสถานการณ์สูบบุหรื ทักษะปฏิเสธการสูบบุหรื <u>ครั้งที่ 6</u> (วันที่ 14) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกให้เล่าผลจากการทำกิจกรรมตามแนวปฏิบัติตนอย่างมีความสุขและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เพื่อส่งเสริมการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับมีใบงานการทำกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกของคนใกล้ชิดที่มีต่อผู้เลิกลุบลหรือ โดยทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว โดยใช้หลักการเสริมแรง รวมถึงการกำหนดกิจกรรม Lifestyle practice และการเลือกสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการอย่าขาดบุหรืในวันที่ 15-16-17-18-19-20 <u>ครั้งที่ 7</u> (วันที่ 21) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม(post-test) <u>กลุ่มควบคุม</u> ให้ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ การประเมินผลทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการเหมือนกัน(วันที่ 21) ด้วยแบบสอบถามวัดแรงงูใจภายใน
ผลการศึกษา	1) หลังสิ้นสุดการบำบัดที่ 21 วัน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงงูใจภายในมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) หลังสิ้นสุดการบำบัดที่ 21 วัน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรืได้อัตราร้อยละ 50 มากกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรืได้อัตราร้อยละ 4.16
ผลการประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์	1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก(Clinical relevance) งานวิจัยที่ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ 1) เป็นการแก้ไขปัญหาลุบลหรือช่วยเลิกบุหรืสำหรับวัยผู้ใหญ่ 2) วิธีการช่วยเลิกบุหรื เป็นวิธีการบำบัดด้านความคิดแบบกลุ่มโดย

หัวข้อ	รายละเอียด
	พยาบาล ด้วยวิธีการใช้หลักอิทธิบาท 4 มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อเลิกบุหรี่ ด้วยการสร้างฉันทะเพื่อให้เกิดความพอใจในการเลิกบุหรี่ส่งผลให้เกิดการกำหนดเป้าหมายและกระทำการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การสร้างวิริยะด้วยการพากเพียรต่อการจัดการกับอาการอยากและถอนบุหรี่นับว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ การสร้างจิตตะด้วยการสนับสนุนให้เลือกกิจกรรมทดแทนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ การทำกิจกรรมอาจทำร่วมกับเพื่อน ครอบครัว เป็นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและเกิดความเพลิดเพลิน การสร้างวิมังสาด้วยการส่งเสริมให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองถึงการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่น ดังนั้นหากองค์ประกอบเหล่านี้มีการเกื้อหนุนกันและเกิดขึ้นไปพร้อมๆกันก็จะส่งผลให้บุคคลเกิดความพอใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เกิดความต้องการมีความสามารถในการเลิกบุหรี่ มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อความพึงพอใจและมั่นคงในการเลิกบุหรี่และมีความมุ่งมั่นในการเลิกบุหรี่ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในต่อการเลิกบุหรี่ก็จะส่งผลทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ 3) การวัดผลการศึกษา วัดแรงจูงใจภายในและจำนวนที่เลิกบุหรี่ได้ 2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์(Scientific merit) ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจน ออกแบบการวิจัยโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้มีการทดสอบข้อมูล baseline ของทั้งสองกลุ่มว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันก่อนได้รับ intervention เพราะมีผลต่อผลการศึกษาทำให้ internal validity ลดลง ส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบสะดวกทำให้เกิด self selection bias ได้และทำให้ internal validity ของการศึกษานี้ลดลง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง(sample size) ได้อธิบายถึงการได้มาของขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน แม้จะมี drop out แต่พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่มีขนาดเพียงพอกับsample size สำหรับขั้นตอนในการวิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน และงานวิจัยนี้มีการคำนึงถึงด้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
	จริยธรรมในการวิจัยด้วย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินผลด้วยเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบ content validity และ reliability แล้ว และใช้เครื่องมือในการประเมินผลที่เหมือนกันเป็นการเพิ่ม internal validity ส่วนผลการศึกษามีการนำเสนอโดยตารางและอธิบายชัดเจน มีการอภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปด้วย ดังนั้นจะเห็นว่างานวิจัยฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง สามารถนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) 3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the finding) งานวิจัยนี้เป็นการนำวิธีการซึ่ง based on หลักกฤษฎีบท 4 มาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อช่วยเหลือคนหูหนวกด้วยพยาบาล และได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ดูแลหรือของหน่วยงาน ดังนั้นจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้มาใช้ในการบริบทของหน่วยงานได้ 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง(Feasibility of the finding) จากงานวิจัยฉบับนี้ได้ใช้วิธีการช่วยเหลือคนหูหนวกด้วยการให้บริการในสถานที่ทำงาน โดยใช้หลักกฤษฎีบท 4 ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีชาวพุทธและชาวชนบท พยาบาลชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่วนวิธีการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และห้องให้ความรู้ หน่วยงานมีความพร้อมและได้มีการใช้อยู่แล้ว ส่วนการเข้ากลุ่มบำบัดแบบเข้มข้นมีจำนวน 4 ครั้งติดต่อกันครั้งละ 2 ชั่วโมง ส่วนการติดตามผลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้งในวันที่ 7,14 และ 21 ครั้งละ 2 ชั่วโมงเพื่อแก้ไขปัญหาและหลีกเลี่ยงการกลับไปสูบใหม่โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ แต่อาจจะมีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ต่อเนื่องในช่วงแรก หากจะนำไปใช้อาจจะต้องมีการปรับจำนวน session และ ช่วงเวลาที่ให้ intervention ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของหน่วยงาน และการประเมินผลควรจะได้รับ การประเมินผลอย่างน้อยที่ระยะ 3 และ 6 เดือนขึ้นไปเพื่อเห็นความ

หัวข้อ	รายละเอียด
	เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหากจะวัดผลของการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 12 เดือนจึงจะถือว่าเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ แต่อย่างน้อยงานวิจัยนี้สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้แม้จะระยะสั้น ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน 3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ที่นำไปใช้(Cost-benefit ratio) จากงานวิจัยฉบับนี้เป็นวิธีการที่ดีและมีประโยชน์เพราะสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ และช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆจากการสูบบุหรี่ได้ รวมถึงวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ไม่มีผลต่อความเสี่ยงหรืออันตรายจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ต้องการเลิกบุหรี่สามารถเข้าร่วมได้ทุกคนไม่มีข้อจำกัด หากเปรียบเทียบกับวิธีการใช้ยาซึ่งมีต้นทุนในการช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดและมีข้อจำกัดในการใช้ ดังนั้นจึงเป็นวิธีการที่มีความคุ้มค่าและคุ้มค่าในการนำไปใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การช่วยเลิกบุหรี่แบบกลุ่มขนาดเล็กสมาชิก 4-8 คน เข้ากลุ่ม 7 ครั้ง ช่วงแรกเป็นการให้intervention แบบเข้มข้น 4 วันติดต่อกัน หลังจากนั้นติดตามผล 3 ครั้งในวันที่ 7, 14 และ 21 แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง ด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในด้วยหลักอิทธิบาท 4 จากพยาบาล เนื้อหากิจกรรมครั้งที่ 1-4 ติดต่อกันเน้นการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม การเสริมแรงทางบวก การสนับสนุนและให้กำลังใจ การส่งเสริมความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 5-7 เน้นการติดตามโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ไขปัญหาและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตหลังเลิกบุหรี่ ประเมินผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 21 ด้วยแบบสอบถาม มีผลทำให้เกิดแรงจูงใจภายใน โดยเฉพาะความท้าทายในความสามารถและความมุ่งมั่นในการเลิกบุหรี่ และทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – สกุล

นายสมพงษ์ ลีกลาง

วัน เดือน ปีเกิด

9 มกราคม 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี, 2537

ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2540

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2541

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2547

ศิลปศาสตรบัณฑิต (รัฐศาสตร์)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2551

พยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ที่อยู่ปัจจุบัน

59 ม. 8 ต. หนองงูเห่ล้อม

อ. เฉลิมพระเกียรติ จ. นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์: 08-1789-8626

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นาดาวงษ์

ม. 8 ต. หนองงูเห่ล้อม อ. เฉลิมพระเกียรติ

จ. นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์: 044-207403

E-mail: Samapong.mee84@gmail.com