

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของกระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการ“การสนทนาสร้างแรงจูงใจ” ที่คลินิกทันตกรรมในกลุ่มนักกีฬามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

สวัสดีศักดิ์ นาแถมพลอย¹ สูงกฤษฎี พจน์มนต์ปิติ² จินต์จุฑา รัตนบุรี³ ณวรรธ ชูศรี⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาทางคลินิกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาประสิทธิผลของกระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing; MI) โดยนักศึกษาทันตแพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักกีฬาที่สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนใช้กระบวนการ MI (3-5 นาที) ที่พัฒนาขึ้นในการช่วยเลิกบุหรี่ และกลุ่มควบคุม 19 คน ใช้แบบกระชับ (5A's) ของ WHO (5 - 10 นาที) โดยเก็บข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรง การติดนิโคติน วัดระดับก๊าซในลมหายใจ สู้กระบวนการเลิกบุหรี่ ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ให้การรักษา และติดตามผลที่ 2 สัปดาห์ พบว่าคนเลิกสูบบุหรี่เป็นกลุ่มทดลอง ร้อยละ 20.0 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 42.1 การสูบที่ลดลง เป็นกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.0 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 42.1 วิธีการ MI ทำให้ปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ 5A's ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การทดสอบผลต่างที่ลดลงของปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)-สรุป: การช่วยเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการ MI ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้จริงไม่แตกต่างจาก 5A's แต่มีความกระชับ และใช้เวลาที่สั้นลง สามารถใช้กับการทำงานของทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมทั่วไป

คำสำคัญ: เลิกบุหรี่ หยุดสูบบุหรี่ นักศึกษาทันตแพทย์ ทันตกรรม ทันตแพทย์

วันที่รับบทความ 12 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่แก้ไขบทความ 28 สิงหาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ 24 กันยายน 2567

¹สาขาวิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต 99 ม.18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120

²⁻⁴นักศึกษาทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 6 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต 99 ม.18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120

ติดต่อผู้พิมพ์ สวัสดีศักดิ์ นาแถมพลอย อีเมล : o-odento@hotmail.com

doi : 10.14456/thdentphj.2024.10

Original article

The effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation in dental clinic Thammasat University athletes of Rangsit campus

Sawatdisak Natamploy¹, Sungkrit Pojmonpiti², Jinjuta Rattanaburi³ and Nawat Shusri⁴

Abstract

This study aims to investigate the effectiveness of a smoking cessation process using motivational interviewing (MI) among dental students in a clinical trial setting. The sample group was made up of 39 athletes who were smokers at Thammasat University. The group of 20 people used the MI process (3 - 5 minutes) to help them quit smoking, while another group of 19 people used the concise smoking cessation process (5A's) of the World Health Organization (5 - 10 minutes). All research volunteers completed the following tasks: collecting general information about smoking behavior, assessing the level of nicotine addiction and carbon monoxide in the breath, initiating the quitting process through oral health examinations, providing dental treatment, and monitoring any changes in physical behavior. After two weeks, a telephonic follow-up was conducted. The percentage of smokers who have quit was 20.0% in the experimental group and 42.1% in the control group, respectively. The smoking behavior decreased to 65.0% in the experimental group and 42.1% in the control group. The MI method can decrease the amount of nicotine smoked per day significantly ($p < 0.05$), whereas the 5A method has no statistically significant differences in the amount of nicotine reduced per day ($p < 0.05$). Also, there was no statistically significant difference between the two methods. **Conclusion:** The developed MI and 5A's methods to help quit smoking are not different. However, MI is more concise and takes a shorter time, which can be used with the work of a dentist in a general dental clinic.

Keyword: quit smoking, smoking cessation, dental student, dentistry, dentist

Received date 12 February 2024

Revised date 28 August 2024

Accepted date 24 September 2024

¹Department of Periodontic, Faculty of Dentistry, Thammasat University Rangsit campus, 99 Moo 18 Khlongluang, Pathumthani 12120

²⁻⁴^{6th} year dental student, Department of Periodontic, Faculty of Dentistry, Thammasat University Rangsit campus, 99 Moo 18 Khlongluang, Pathumthani 12120

Correspondence to Sawatdisak Natamploy email: o-odonto@hotmail.com

doi : 10.14456/thdentphj.2024.10

บทนำ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพร่างกายและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรง ที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น¹ จากการสำรวจโดย WHO ในปี ค.ศ. 2015 พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากถึง 1.1 พันล้านคน² และในประเทศไทยจากผลสำรวจโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2557 ยกเว้นในกลุ่มอายุ 19-24 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 20.4 จากประชากรในกลุ่มช่วงอายุเดียวกัน³ และในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จากข้อมูลผลการตรวจสมรรถภาพปอดและคาร์บอนมอนอกไซด์ในกลุ่มนักกีฬามหาวิทยาลัยพบว่า นักกีฬาทั้งหมด 411 คน มีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 20.9 ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สอดคล้องกับผลสำรวจในระดับประเทศ และควรได้รับการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของร่างกายรวมทั้งสุขภาพช่องปาก โดยมีรายงานว่า การสูบบุหรี่ สามารถเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหรือสภาวะอื่น ๆ ในช่องปากได้ เช่น ความเสี่ยงในการเกิดโรคริทันต์ ที่สามารถนำไปสู่การละลายของกระดูกและการสูญเสียฟัน การหายของแผลช้าลง รับประทานได้น้อยลง มีกลิ่นปาก รวมถึงปัญหาด้านความสวยงาม มีคราบติดที่ฟัน⁴ ที่สำคัญการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก⁵ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทันตแพทย์มักเป็นผู้พบจากการตรวจภายในช่องปากหรือการตรวจคัดกรองโรค และสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ปัจจุบันนอกจาก บุคลากรทางการแพทย์แล้ว ทันตแพทย์เข้ามามีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริม และชี้แนะให้ผู้ป่วยตระหนักถึง

ผลเสียและอันตรายของการสูบบุหรี่ รวมถึงให้ความรู้และจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมาเครือข่ายทันตบุคลากรด้านภยยาสูบภายใต้การดำเนินงานของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้สนับสนุนการดำเนินการเพื่อควบคุมยาสูบผ่านแผนงานย่อยทั้งหมด 5 แผน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนทันตบุคลากรในการทำวิจัยพัฒนานวัตกรรม พัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบการป้องกันนักสูบหน้าใหม่และช่วยเลิกบุหรี่โดยทันตบุคลากร จากรายงานผลงานวิจัยซึ่งทำการรวบรวมและศึกษาผลของการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่โดยทันตแพทย์ ย้อนหลัง 20 ปี พบว่าทันตแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ เฉพาะการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้มากถึงร้อยละ 13.3 อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า มีข้อจำกัดด้านเวลาและความรู้ความสามารถของทันตแพทย์ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่เหมือนเดิม และหากทันตแพทย์สามารถให้คำแนะนำเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยได้มากถึง ร้อยละ 10 -15 ในแต่ละปี⁶

การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยทางทันตกรรมเกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปาก รวมถึงประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการจัดให้มีโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมในผู้ป่วยใหม่ 1,191 คน จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกองทันตกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามากกว่าร้อยละ 90.0 ของผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ถึงผลของบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี และร้อยละ 68.4 มีทัศนคติเชิงบวกต่อโปรแกรมเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมและบทบาทของทันตแพทย์ในการให้ความช่วยเหลือดังกล่าว นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสนับสนุนให้ทันตแพทย์เข้ามามีบทบาทในการทำโปรแกรมเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรม เพราะมีโอกาส

ประสบความสำเร็จในการชักชวนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้อีกด้วย⁷ การสอบถามความคิดเห็นของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลต่อการให้บริการเลิกบุหรี่ พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 95.0 ตระหนักถึงโอกาสในการให้คำแนะนำและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ทันตแพทย์ร้อยละ 57.7 เป็นผู้ให้คำแนะนำด้วยตนเองรวมถึงแจกสื่อแผ่นพับและสติ๊กเกอร์ให้แก่ผู้ป่วย และทันตแพทย์ร้อยละ 90.0 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์และแนะนำการเลิกบุหรี่⁸

กระบวนการในการช่วยเลิกบุหรี่ (Smoking cessation) มีหลากหลายวิธี แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่แบบกระชับ (5A's) ประกอบด้วย 1) Ask ถามประวัติการสูบบุหรี่ ทุกครั้งที่มารับการตรวจ 2) Assessment ประเมินความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบ 3) Advise แนะนำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เริ่มขั้นตอนการเลิกบุหรี่ ในผู้ที่ยังไม่ต้องการเลิก ต้องพยายามตั้งใจให้มีความคิดต้องการเลิกบุหรี่ 4) Assist ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือที่เหมาะสมในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ 5) Arrangement นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษา

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) มีหลัก 5 ประการ (DARES)⁹ ดังนี้ 1) D (Develop Discrepancy) การทำให้ผู้ติดบุหรี่รับรู้ถึงความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันกับเป้าหมายสำคัญในชีวิต ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อได้ทบทวนตนเอง เห็นความขัดแย้งด้วยตนเอง จนทำให้เกิดความรู้สึกตั้งใจที่จะอยากรจะเปลี่ยนแปลงเพื่อเป้าหมายของตนเอง 2) A (Avoid Argumentation) หลีกเลี่ยงการโต้เถียงหรือกล่าวตำหนิผู้ป่วย เนื่องจากทำให้เกิดการต่อต้านจากปฏิกิริยาป้องกันตนเองของผู้ป่วย แต่บางครั้งสามารถใช้ soft confrontation ได้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงปัญหา 3) R (Roll with Resistance) ความไม่เต็มใจ ลังเลใจ เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ผู้รักษาต้องทำใจ มุมมองเดิมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเปลี่ยนแปลงสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือ

ค่อย ๆ ปรับแต่งมุมมองใหม่ได้ โดยเชิญชวนให้ผู้ป่วยพิจารณา ทบทวนเกี่ยวกับการรักษาอีกครั้ง และทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหามา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นศักยภาพในตนเองจะสามารถช่วยลดความลังเลใจ หรือ ความไม่เต็มใจได้ 4) E (Express Empathy) การยอมรับผู้ป่วย เข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกและมุมมองต่อปัญหาของผู้ติดบุหรี่โดยไม่ตัดสินหรือตำหนิ การยอมรับและเข้าใจผู้ป่วยไม่ได้หมายความว่าเห็นด้วยถูกต้อง เช่น การลังเลใจของผู้ติดบุหรี่เป็นเรื่องที่พบได้บ่อย ควรจะยอมรับและเข้าใจ ไม่ใช่มองว่าเป็นสิ่งที่รับไม่ได้ และต่อต้าน 5) S (Support Self-efficacy) การทำให้ผู้ติดบุหรี่เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการประสบความสำเร็จในการหยุดบุหรี่ โดยความเชื่อมั่นนั้นที่ความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง ไม่มีใครสามารถทำแทนผู้ป่วยได้ แต่ให้ความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยเน้นการกระตุ้นศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการปัญหาและพัฒนาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนประสบผลสำเร็จ

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) ถูกพัฒนาขึ้นโดย William Miller ใน ค.ศ. 1983 ในการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา¹⁰ แล้วถูกนำมาปรับใช้และพัฒนาไปยังกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายขึ้น มีงานวิจัยสนับสนุนการใช้ MI ในการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่^{11, 12} หรือลดจำนวนการสูบได้ในหลายกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹³ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช^{14, 15} กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁶ เป็นต้น นอกจากนี้ได้ถูกนำมาใช้ในทางทันตกรรมเช่นกัน¹⁷ โดยได้รับความสำเร็จดีในด้านการรักษาโรคปริทันต์ การป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็ก¹⁸ และการเลิกบุหรี่ในวัยรุ่น^{19, 20} แต่ไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ MI เพื่อช่วยเลิกบุหรี่โดยทันตแพทย์หรือนักศึกษาทันตแพทย์ในประเทศไทย การนำ MI มาปรับใช้และเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพกับวิธีการช่วยเลิกบุหรี่แบบ 5A's ที่ทำอยู่เดิม จะเป็นการพัฒนาและสร้างกระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการช่วยเลิกบุหรี่ให้มีความเหมาะสม

และเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ง่ายในคลินิกทันตกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ นักกีฬาจากสมาชิกชมรมหรือชมรมประเภทกีฬา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคเหงือกอักเสบหรือปริทันต์ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ สามารถเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกทันตกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2) อายุระหว่าง 18 – 24 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 3) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 – 4 ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 4) ปฏิเสธโรคประจำตัว และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ยกเว้นโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ 5) ประเมินภาวะการติดนิโคตินด้วย Fagerstrom Test of Nicotine Dependence (FTND) ได้ค่าน้อยกว่า 8 เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่สามารถติดตามผลอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยได้จนครบระยะเวลา เกณฑ์การยกเลิกจากการศึกษา คือ อาสาสมัครปฏิเสธให้ติดตามผล

อาสาสมัครวิจัยจะได้รับการชี้แจงด้วยวาจาเกี่ยวกับการวิจัยโดยผู้วิจัยและอ่านหนังสือแสดงความยินดีเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัครวิจัยก่อนลงนามทุกคน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ให้ผลการทดสอบทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ นำค่าที่ได้จากการศึกษามาแทนค่าในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร effect size ได้ขนาดของ effect size 1.4 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.80 พบว่าได้จำนวนตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มละอย่างน้อย 25 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบด้วยตนเอง โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครวิจัยแต่ละคนก่อนที่จะได้รับการสร้างแรงจูงใจให้เปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย

1) ประวัติส่วนตัว (Background information) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ชนิดกีฬา ระดับชั้นปี ประวัติครอบครัว และประวัติการเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่

2) ข้อมูลการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบใน 1 วัน ประวัติการสูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ และความพยายามในการเลิกบุหรี่

3) แบบทดสอบเพื่อประเมินความรุนแรงในการติดนิโคติน FTND

4) การวัดระดับ CO โดยใช้เครื่องตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในร่างกาย (piCO™ Smokerlyzer)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการทดลอง คือกระบวนการเลิกบุหรี่ที่ใช้โดยนักศึกษาทันตแพทย์ ได้แก่

1) กระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการ “แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่แบบกระชับ (5A's)” ซึ่งเป็นแนวทางที่ทันตแพทย์ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ตามคู่มือช่วยเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรม จัดทำโดยโครงการกลยุทธ์วิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามแผนภูมิ 1

2) กระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการรักษาของทันตแพทย์มากขึ้นและใช้เวลาน้อยลง ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาปริทันตวิทยา ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้าน

จิตวิทยา จึงได้บทสนทนาต้นแบบเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการรักษาของทันตแพทย์มากยิ่งขึ้น ตามแผนภูมิ 2

ส่วนที่ 3 เครื่องมือเก็บข้อมูลในระยะติดตามผล เป็นบทสนทนาทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของอาสาสมัครวิจัย ได้แก่ จำนวน และความถี่ของการสูบบุหรี่

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจะถูกตรวจสอบโดยคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมในการใช้ภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้เป็น Clinical trial แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะติดตามผล แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1: กลุ่มควบคุม (Control group) ใช้กระบวนการเลิกบุหรี่ 5A's ตามปกติ เป็นระยะเวลาประมาณ 5 - 10 นาที ก่อนการรักษาโรคปริทันต์ กลุ่มที่ 2: กลุ่มทดลอง (Intervention group) ใช้กระบวนการเลิกบุหรี่ MI เป็นระยะเวลาประมาณ 3 - 5 นาที ก่อนการรักษาโรคปริทันต์

ระยะก่อนการทดลอง เตรียมนักศึกษาทันตแพทย์ เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยอบรมการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ตามแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ด้วยวิธีการ MI และ 5A's พร้อมทั้งเข้าสังเกตการณ์การใช้กระบวนการเลิกบุหรี่ทั้ง 2 วิธีในผู้ป่วย ซึ่งมีอาจารย์ทันตแพทย์เป็นผู้ใช้กระบวนการ และหลังจากการเข้าสังเกตการณ์แล้ว จะต้องทำการใช้กระบวนการเลิกบุหรี่ทั้ง 2 วิธีในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยมีอาจารย์ทันตแพทย์เป็นผู้ดูแลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจและมีความชำนาญมากขึ้นในการใช้งานกระบวนการช่วยเลิกบุหรี่

ระยะทดลอง การทดลองเป็นแบบอำพรางฝ่ายเดียว (Single blinded experiment) โดยอาสาสมัครไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และนักศึกษาจะทราบข้อมูลอาสาสมัครในขั้นตอนการใช้กระบวนการเลิกบุหรี่เท่านั้น

นัดครั้งที่ 1

1) ให้คำแนะนำกระบวนการเลิกบุหรี่ พร้อมกับทำแบบทดสอบเพื่อประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน FTND และวัดระดับ CO ในร่างกาย โดยการใช้เครื่อง piCO™ Smokerlyzer

- กลุ่มควบคุม ใช้กระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่แบบกระชับ [5 - 10 นาที]
- กลุ่มทดลอง ใช้กระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ [3 - 5 นาที]

2) ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและรักษาโรคปริทันต์ด้วยการขูดหินน้ำลาย [20 นาที]

นัดครั้งที่ 2 กรณีที่มีงานที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง

1) วัดระดับ CO โดยการใช้เครื่อง piCO™ Smokerlyzer [5 นาที]

2) เน้นย้ำและให้คำแนะนำกระบวนการเลิกบุหรี่ [5 นาที]

3) ให้การรักษาบูรณะฟันและติดตามผลการรักษา [20 นาที]

ระยะติดตามผล เป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ ประเมินผลประสิทธิภาพของกระบวนการเลิกบุหรี่ที่ใช้โดยนักศึกษาทันตแพทย์ หลังจากผ่านระยะทดลอง 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ รายงานวิจัยครั้งนี้เป็นการติดตามผลในครั้งที่ 1 เท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดในระยะเวลาทำงานวิจัยตามหลักสูตรการเรียนของนักศึกษา โดยสนทนาผ่านโทรศัพท์เป็นเวลา 5 นาที เน้นย้ำและให้

คำแนะนำกระบวนการเลิกบุหรี่ การประเมินผลโดย สอบถามปริมาณการสูบบุหรี่ และแนวโน้มในการเลิกบุหรี่ ในอาสาสมัครวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

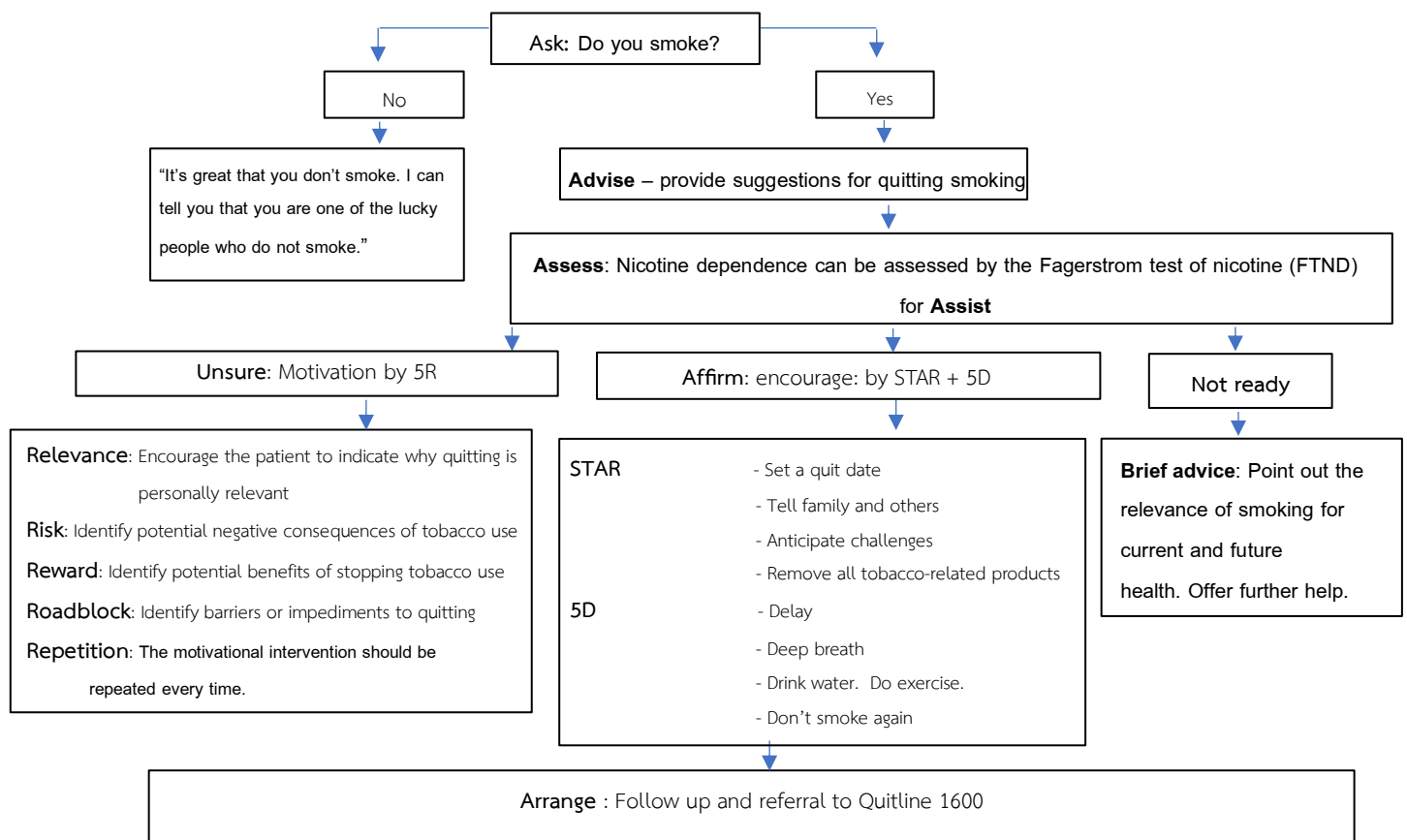
ใช้สถิติเชิงพรรณนาบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov –Smirnov test เปรียบเทียบ ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันที่ลดลงระหว่างการช่วยเลิกบุหรี่

ด้วยกระบวนการ MI กับกระบวนการ 5A's ด้วยสถิติ Independent t-test

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขา วิทยาศาสตร์ COA No.146/2562 วันที่รับรอง 28 ตุลาคม 2562

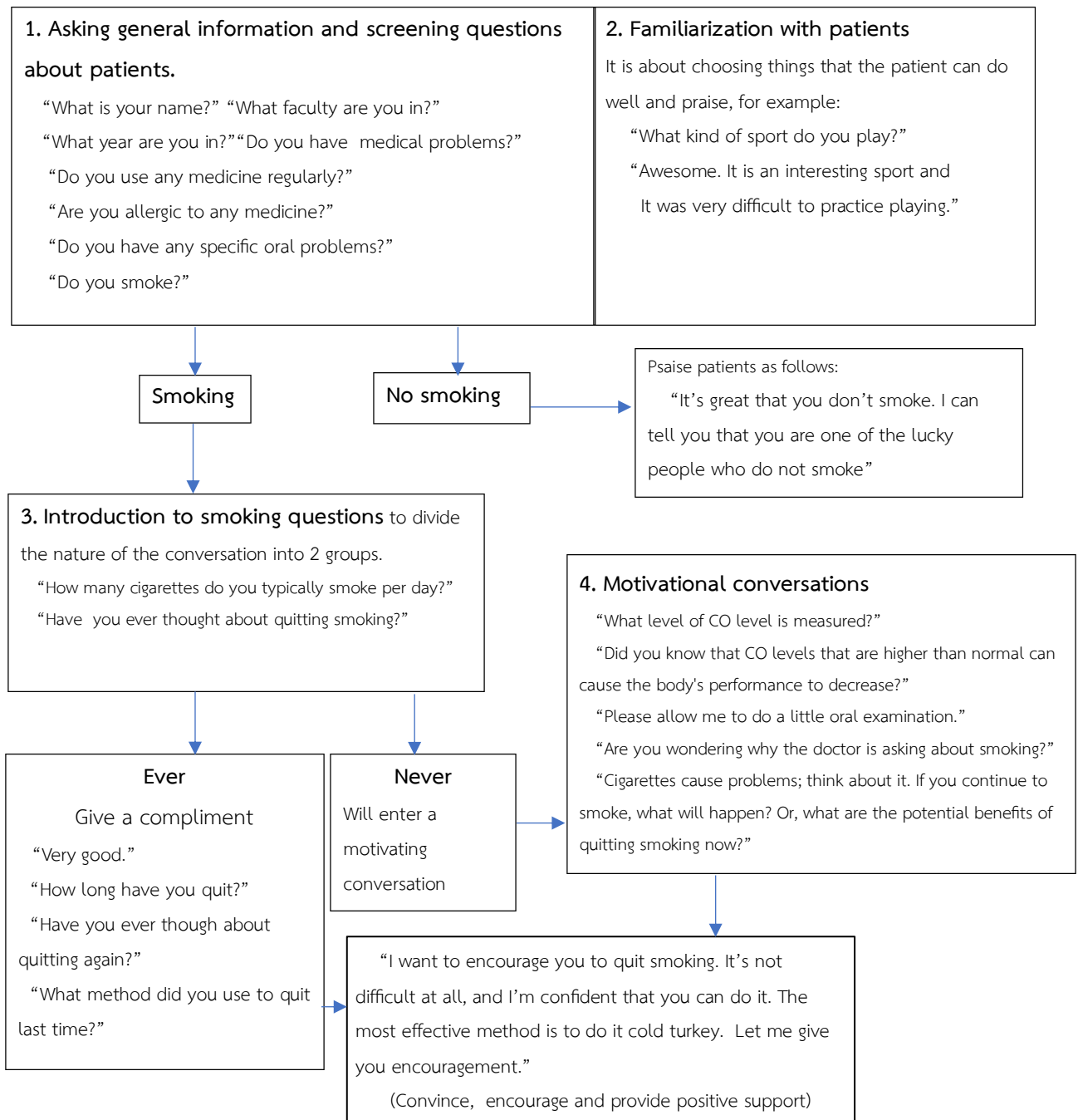
แผนภูมิ 1 กระบวนการ 5A's (5A's)

Diagram 1 Process of 5A's (5-10 minutes)



แผนภูมิ 2 กระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยการสนทนาสร้างแรงจูงใจ พัฒนาขึ้นโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาปริทันตวิทยา ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการรักษาของทันตแพทย์ (3-5 นาที)

Diagram 2 Process of motivational interview for smoking cessation in student dental clinic developed by periodontists and psychologists (3-5 minutes)



ผลการศึกษา

อาสาสมัครวิจัยที่ติดตามผลได้ครบตามระยะเวลามี 39 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยอายุ และ สัดส่วนของระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครวิจัย จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา

Table 1 Number and percentage of subjects based on sex, age, student year in university and types of tobacco

Characteristic		Intervention group (n=20)		Control group (n=19)		Total (n = 39)	
		n	%		%	n	%
Sex	male	12	60.0	12	63.2	24	61.5
	female	8	40.0	7	36.8	15	38.5
Age (year)	19	5	25.0	1	5.3	6	15.4
	20	3	15.0	6	31.6	9	23.1
	21	5	25.0	6	31.6	11	28.2
	22	4	20.0	5	26.2	9	23.1
	23	3	15.0	1	5.3	4	10.2
Student year	1	3	15.0	1	5.3	4	10.2
	2	6	30.0	4	21.0	10	25.6
	3	-	-	6	31.6	6	15.4
	4	11	55.0	9	47.3	19	48.8
Types of Tobacco	Cigarette	9	45.0	9	47.4	18	46.2
	E-cig	6	30.0	5	26.3	11	28.2
	Both	5	25.0	5	26.3	10	25.6

* t-test = - 0.244, df = 37, p=0.80 Intervention group Mean=20.85, SD=1.42 Control group Mean=20.95, SD=1.03

** Chi-square = 7.853, df = 3, p = 0.05

*** Chi-square = 0.065, df = 2, p = 0.968

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าอาสาสมัครวิจัยเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุ 14 – 22 ปี เฉลี่ย 18.1 ปี (SD = 1.90) โดยกลุ่มทดลองเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุเฉลี่ย 17.7 ปี (SD = 2.00) และกลุ่มควบคุมเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุเฉลี่ย 18.6 ปี (SD = 1.70) ไม่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test = - 1.552, df = 37, p = 0.13) สัดส่วนของประเภทบุหรี่ที่สูบ คือ บุหรี่มวนมีไส้กรอง

บุหรี่ไฟฟ้า และสูบบุหรี่ทั้งสองชนิด ร้อยละ 46.2, 28.2 และ 25.6 ตามลำดับ จำนวนบุหรี่ที่สูบโดยเฉลี่ยต่อวันแบ่งตามแต่ละประเภทของชนิดบุหรี่ได้ตามตาราง 2 ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ตาราง 2 จำนวนของอาสาสมัครวิจัย จำแนกตาม จำนวนบุหรี่ที่สูบโดยเฉลี่ยต่อวัน แยกตามชนิดของบุหรี่ที่สูบ

Table 2 Number of subjects based on amount of cigarettes and types of smoking per day

Smoking amount per day		Intervention group	Control group	Total
		n	n	n
● Cigarette	< 1	1	2	3
	1 – 2	4	6	10
	3 – 5	2	4	6
	6 – 10	5	1	6
	> 10	2	2	4
● E-cigarette	< 0.05 ml	5	2	7
	0.05 – 0.1 ml	0	0	0
	0.1 – 0.5 ml	0	0	0
	0.5 – 1 ml	2	4	6
	>1 ml	4	3	7

Chi-square = 6.14, df = 7, p = 0.52

Note: Each group consists of 5 smokers, each of whom smokes both ordinary and e-cigarettes.

ผลการประเมินระดับการติดสารนิโคติน พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีค่า FTND ระดับ 0 - 2 ไม่นับว่าติดสารนิโคติน สัดส่วนของระดับการติดสารนิโคติน

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครวิจัย จำแนกตามระดับการติดสารนิโคติน FTND

Table 3 Number and percentage of subjects based on FTND

FTND	Intervention group (n = 20)		Control group (n = 19)		Total (n = 39)	
	n	%	n	%	n	%
0	14	70.0	9	47.4	23	58.9
1	-	-	6	31.5	6	15.4
2	1	5.0	2	10.5	3	7.7
3	4	20.0	1	5.3	5	12.8
4	1	5.0	-	-	1	2.6
5	-	-	1	5.3	1	2.6
Total	20	100.0	19	100.0	39	100.0

Chi-square = 11.202, df = 5, p = 0.05

ความคิดในการเลิกบุหรี่ อาสาสมัครวิจัยทั้งหมดเคยคิดจะเลิกบุหรี่ 35 คนหรือร้อยละ 89.7 ตามตาราง 4 โดยระบุเหตุผลที่เคยคิดจะเลิกบุหรี่ คือ เสียสุขภาพ เหนื่อยง่ายและมีผลต่อการเล่นกีฬา สิ้นเปลือง เปื้อนหน้า และมักลิ้นปาก ร้อยละ 50.0, 21.4, 14.3, 10.7 และ 3.6 ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนอาสาสมัครวิจัย เกี่ยวกับความคิดในการเลิกบุหรี่

Table 4 Ideas for quitting smoking from subjects

Characteristics	Intervention group (n = 20)		Control group (n = 19)		Total (n = 39)	
	n	%	n	%	n	%
Ever	19	95.0	16	84.2	35	89.7
Never	1	5.0	3	15.8	4	10.3
Total	20	100.0	19	100.0	39	100.0

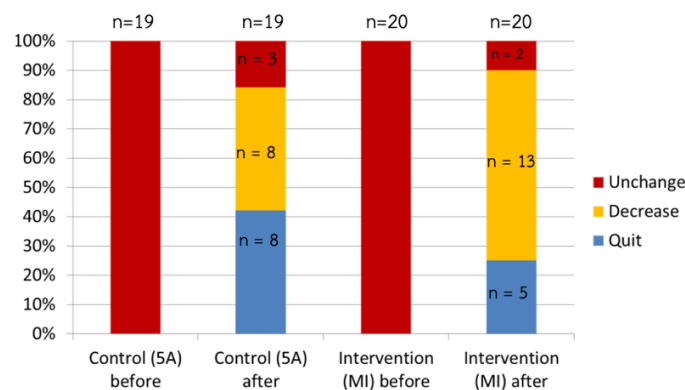
ประสิทธิผลของกระบวนการเลิกบุหรี่ “การสนทนาสร้างแรงจูงใจ”

หลังจากเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในการลดและเลิกสูบบุหรี่ ตามแผนภูมิ 3 เนื่องจากอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มมีการสูบบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า การเปรียบเทียบกันจึงต้องแปลงข้อมูลปริมาณการสูบบุหรี่ในหนึ่งวันเป็นปริมาณนิโคตินที่ได้รับในหนึ่งวัน เนื่องจากสารนิโคตินเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่อยากสูบบุหรี่และทำให้เลิกสูบได้ยาก บุหรี่หนึ่งมวนปริมาณนิโคตินเฉลี่ยอยู่ที่ 10.2 มิลลิกรัม³⁰ และเหลือดูด

ซึมเข้าร่างกายประมาณร้อยละ 20.0 หรือประมาณ 2 มิลลิกรัม^{31, 32} และจากข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้าที่อาสาสมัครวิจัยทั้งหมดใช้เป็นชนิด POD device ที่มีปริมาณนิโคตินร้อยละ 2 จึงนำมาคิดคำนวณปริมาณนิโคตินที่สูดต่อวันได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณนิโคตินที่สูดต่อวันลดลงจาก 18.8 มิลลิกรัม เป็น 8.6 มิลลิกรัม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปริมาณนิโคตินที่สูดต่อวันเฉลี่ยลดลงเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าส่วนต่างของปริมาณนิโคตินที่สูดต่อวันลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามตาราง 5

แผนภูมิ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่หลัง 2 สัปดาห์

Diagram 3 Smoking behaviour of smokers after 2 weeks



ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัยของปริมาณนิโคตินที่สูดต่อวัน ของอาสาสมัครวิจัย ช่วงก่อนและหลังการทดลอง

Table 5 Mean, standard variation, maximum, minimum and range of nicotine level consumption per day of volunteers before and after the experiment.

Variant	Group	N	Mean	SD	Min	Max	Range
Nicotine level per day (mg)	Before	Intervention	20	18.83	15.36	0.02	44.0
		Control	19	15.1	13.62	0.06	42.0
	After	Intervention	20	8.67	9.63	0.0	38.0
		Control	19	7.65	11.81	0.0	42.0

t-test = 0.018, df = 35, p = 0.986

นอกจากนี้ จากบทสนทนาในกระบวนการช่วยเล็บบุหรี่ ในอาสาสมัครวิจัย พบพฤติกรรมที่น่ากังวลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ คือ ทุกครั้งที่มีการไปเที่ยวกับกลุ่มเพื่อนจะมีการสูบบุหรี่ตามมาด้วยเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครเพศหญิง และกลุ่มอาสาสมัครที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปริมาณน้อย นอกจากนี้ ยังพบประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่ามีจำนวน 3 รายที่ใช้กระบอกสูบร่วมกับผู้อื่น ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อทางน้ำลายได้ เช่น เชื้อไวรัส ตับอักเสบบี โดยที่อาสาสมัครไม่ได้มีความตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว

การทดสอบสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ในอาสาสมัครวิจัยเดียวกัน และใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย independent t-test เพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างของปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่หลังติดตามผลในระยะสั้น (2 สัปดาห์) ระหว่าง 2 กลุ่ม

โดยก่อนเริ่มการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย dependent t-test และ independent t-test ได้ทำการพิจารณาการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) จาก

ค่าความเบ้ (skewness) และค่าความโด่ง (kurtosis) ร่วมกับค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov โดยจะถือว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติก็ต่อเมื่อค่าความเบ้และค่าความโด่งของตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวอยู่ในช่วงระหว่าง +3 และ -3 และค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov ต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ผลการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเดียวกัน พบว่า ปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมีค่าความโด่งที่มากกว่าปกติ (Kurtosis = 3.29) และในกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองมีการกระจายแบบไม่โค้งปกติ (Kolmogorov-Smirnov = 0.00) จึงใช้สถิติ non – parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูลแทน

โดยเมื่อใช้สถิติ Wilcoxon signed – rank test ทดสอบปริมาณนิโคตินที่สูบต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเดียวกัน พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างของปริมาณนิโคตินต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ตามตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ Wilcoxon signed – rank test ทดสอบปริมาณนิโคตินที่สูบบุหรี่ต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเดียวกัน

Table 6 The Wilcoxon signed – rank test analysed the amount of nicotine smoked per day before and after the smoking cessation process in the same group

Variant	Group	Rank	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2 - tailed)
Nicotine level per day (mg)	Intervention (n = 20)	Negative Ranks	9.50	171.00	- 3.73	0.00
		Positive Ranks	0.00	0.00		
	Control (n = 19)	Negative Ranks	8.50	136.00	- 3.52	0.00
		Positive Ranks	0.00	0.00		

ส่วนผลการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของ ส่วนต่างของปริมาณนิโคตินที่สูบบุหรี่ต่อวันในช่วงก่อนและ หลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ เนื่องจากมีค่า 2 ค่าที่มากเกินไป ขอบเขตการกระจายแบบโค้งปกติ จึงได้ทำการตัดออกจากการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อปรับให้กลุ่มทดลองมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p = 0.125$) และส่วนต่างของ ปริมาณนิโคตินที่สูบบุหรี่ต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้า

กระบวนการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มควบคุมมีการกระจายแบบ โค้งปกติ ($p = 0.149$)

โดยเมื่อใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย independent t-test เพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างของปริมาณนิโคตินที่สูบบุหรี่ต่อวันในช่วงก่อนและหลังเข้ากระบวนการเลิกบุหรี่ หลังติดตามผลในระยะสั้น (2 สัปดาห์) ระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลวิเคราะห์ independent t-test หลังติดตามผลในระยะสั้น (2 สัปดาห์)

Table 7 Independent t-test analysis result after short-term follow-up

Variant	t	df	Sig. (2 - tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.
Nicotine level per day (mg)	0.018	35	0.986	0.042	2.317

วิจารณ์

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มอาสาสมัครวิจัย 39 คน มีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 53.8 จากทั้งหมด โดยสูบบุหรี่ไฟฟ้าแบบเดียว 11 คน และสูบทั้งบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า 10 คน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพฤติกรรมบริโภค บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยระดับอุดมศึกษาใน พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 43.8²³ สอดคล้องกับผลสำรวจ ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่แสดงแนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน กลุ่มอายุ 18 - 24 ปีที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.2 ภายใน 1 ปี²⁴ เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้ามีกลิ่นหอม รูปแบบที่ใช้ง่ายและ ทันสมัย^{24, 25} ทำให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูบบุหรี่ได้มากยิ่งขึ้น การศึกษานี้ พบอาสาสมัครสูบบุหรี่เพศหญิง 15 คน เป็นผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า 12 คน หรือร้อยละ 80.0 เห็นได้ชัดว่าแนวโน้ม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยเป็นเรื่องที่น่ากังวล จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรให้ความสำคัญในการป้องกัน รวมถึงการส่งเสริมให้เยาวชนระดับอุดมศึกษาสามารถเข้าถึง กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพของกระบวนการเลิกบุหรี่ ด้วยวิธี MI สามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุมที่ใช้ กระบวนการเลิกบุหรี่ตามวิธี 5A's ที่ใช้ปกติ และเมื่อทดสอบ ส่วนต่างที่ลดลงของปริมาณนิโคตินที่สูบบุหรี่ต่อวันระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ วิธีการ MI มีประสิทธิภาพในการเลิกสูบบุหรี่ ได้จริงและให้ผลไม่แตกต่างจากวิธีการ 5A's แต่ใช้เวลาที่

กระชับสั้นกว่า จึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทันตแพทย์สามารถ เลือกใช้ในการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้

การศึกษานี้ติดตามผลในระยะสั้น 2 สัปดาห์ กลุ่มที่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงแต่ยังไม่เลิก การให้แรงกระตุ้นและ เสริมแรงให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในอนาคตเป็นสิ่ง สำคัญ การติดตามและให้คำแนะนำของทันตแพทย์หรือนักศึกษาทันตแพทย์จึงเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ได้ อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าทันตแพทย์ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่โดยให้ คำแนะนำเพียงอย่างเดียว สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 13.3⁶

ผู้ที่ใช้กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ผลของการใช้ไม่ว่าจะเป็น 5A's และ MI สามารถทำให้อาสาสมัครวิจัยเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยกระบวนการทั้ง 5A's และ MI จะเริ่มจากบทสนทนาในการทำความรู้จักกับอาสาสมัคร และให้คำชื่นชมในเชิงบวก เช่น การสอบถามถึงรางวัลในการเล่นกีฬา เป็นต้น ทำให้อาสาสมัครคลายความกังวลใจ กล้าที่จะตอบคำถาม และเปิดใจที่จะรับฟังมากยิ่งขึ้นสำหรับ กระบวนการ MI เป็นการเน้นหาปัจจัยสำคัญของผู้สูบที่จะทำ การโน้มน้าวใจได้ เช่น เรื่องครอบครัว ปัญหาสุขภาพช่องปาก และปัญหาการเล่นกีฬา เป็นต้น ซึ่งหากผู้ใช้กระบวนการ MI สามารถหาบทสนทนาที่ตรงกับประเด็นที่ผู้สูบบุหรี่ให้ ความสำคัญได้ โอกาสในการโน้มน้าวให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่ ได้ก็จะเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างอาสาสมัคร 1 ราย ที่มี พฤติกรรมสูบทั้งบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า ได้รับปริมาณ

นิโคตินวันละ 44 มิลลิกรัม ระหว่างกระบวนการ MI ทำให้ทราบว่าอาสาสมัครมีความกังวลและอยากจะเลิกสูบบุหรี่ ประเด็นที่อาสาสมัครเห็นเป็นเรื่องสำคัญคือครอบครัวยุติโดยเฉพาะมารดาที่อยากให้เลิกสูบ และเมื่อใช้ MI ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกสูบโดยใช้การหักดิบ เมื่อทำการติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่ายังสามารถเลิกบุหรี่ได้

ปัจจุบันเครือข่ายทันตบุคลากรด้านยาสูบได้ถอดบทเรียนจากการศึกษาวิจัยฉบับนี้ พัฒนาคู่มือช่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค MIND ใจแลกใจ คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรม คลินิกทันตกรรมนักศึกษา รวมถึงต่อยอดและพัฒนา MIND card game สำหรับพัฒนาทักษะทันตบุคลากรให้มีความสามารถในการให้คำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรี่

ข้อจำกัดในงานวิจัย

จำนวนตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยและเวลาที่จำกัดเนื่องจากทำในช่วงปลายภาคเรียนและปิดเทอม ทำให้อาสาสมัครวิจัยส่วนใหญ่ไม่สะดวกเข้าร่วม รวมไปถึงความสามารถในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมและมีการติดตามผลผ่านการสัมภาษณ์เท่านั้น โดยถือว่าการตอบของอาสาสมัครวิจัยถือเป็นที่สุด เนื่องจากไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการตอบคำถามการติดตามผล นอกจากนี้เนื่องจากกลุ่มประชากรในการศึกษานี้เป็นกลุ่มนักศึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญของสุขภาพร่างกาย ซึ่งมีแนวโน้มในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป อาจจะส่งผลต่อร้อยละการเลิกสูบบุหรี่ในปริมาณที่สูงมากกว่า

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

อาสาสมัครนักกีฬาเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีวินัยและควบคุมดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี จึงควรทำการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อทดสอบประสิทธิผล

ของ MI ในกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยซับซ้อน เพื่อพัฒนากระบวนการ MI ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

การศึกษานี้เป็นการพิสูจน์และยืนยันประสิทธิภาพของการใช้หลักการทางจิตวิทยาในการช่วยเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมในประเทศไทย เพื่อปรับปรุงและพัฒนาองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ ถ้ามีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทต่าง ๆ ในแต่ละหน่วยให้บริการ รวมไปถึงกลุ่มประชากรที่หลากหลายจะทำให้มีการต่อยอดและพัฒนารูปแบบการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่เป็นงานประจำโดยที่ไม่ได้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องเสียเวลาหรือเพิ่มภาระในการทำงาน แต่จะเป็นการปรับรูปแบบการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ที่สอดแทรกเข้าไปในกระบวนการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่สามารถทำได้ในคลินิกทันตกรรมนักศึกษา เพื่อพัฒนานิสิตและนักศึกษาที่กำลังจะจบการศึกษาไปเป็นทันตแพทย์ในอนาคต ให้มีความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ผ่านการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติงานในชั้นคลินิก การศึกษานี้เป็นการยืนยันว่านักศึกษาทันตแพทย์ยังมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้มารับบริการทางทันตกรรมเลิกบุหรี่ได้โดยใช้เวลาไม่นานและได้ผล ถ้านำเอารูปแบบการใช้นี้ไปประยุกต์ใช้กับทันตแพทย์ทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ได้รับการพัฒนาให้มีความสั้นกระชับใช้เวลาน้อยในการสร้างแรงจูงใจแบบไม่ใช้ยา พร้อมทั้งหมั่นติดตามในระยะเวลาที่เหมาะสม สามารถทำให้ผู้มารับบริการทางทันตกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ ถ้าทุกหน่วยที่ให้บริการทางทันตกรรม ทั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลของรัฐ รวมถึงคลินิกเอกชน นำรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย MI ไปทดลองปรับใช้และ

ศึกษาเพิ่มเติม จะเป็นการช่วยเสริมแรงให้กับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ ส่งเสริมให้ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยในอนาคตได้ จะทำให้มีรูปแบบการช่วยเหลือบุหรืที่มีความหลากหลายมากขึ้น

สรุป

กระบวนการช่วยเหลือบุหรืด้วยวิธีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือบุหรืได้ไม่แตกต่างจากวิธีการ 5A's ที่ใช้ตามปกติ แต่ MI ถูกพัฒนาให้บทสนทนา มีความกระชับและใช้เวลาที่สั้นลง สามารถทำร่วมไปกับการตรวจและให้การรักษผู้ป่วยได้ จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับการทำงานของทันตแพทย์มากยิ่งขึ้น

คำขอบคุณ

ขอบคุณแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แผนงานย่อยชุดที่ 5 พัฒนานวัตกรรมและการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการทันตบุคลากรต้านภัยยาสูบ ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สุธี สุขสุเดช รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.ณัฏฐิรา สุขสุเดช อาจารย์ทันตแพทย์ ดร.ปิยะ ศิริพันธุ์ ทันตแพทย์หญิงวิกุล วิสาลเสสธ นายอภิวิชญ์ อรรถกรพิพัฒน์ และอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนที่มีส่วนสนับสนุนให้ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Department and Human service. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking— 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General Atlanta (GA). [Online] Jan 2014 [cited 2024 Feb 12]; Available from:URL:<https://www.cms.gov/MedicaidGeninfo/>.
2. World Health Organization. Tobacco or oral health - An advocacy guide for oral health professionals. [Online] 2020 [cited 2024 Feb 12] ; Available form: URL: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-tobacco_or_oral_health-guide.pdf
3. Pitayarangsarit S. and Pankajak P. Thailand tobacco consumption report 2018. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Mahidol University, Bangkok: Charlernmundeemugkong Kanprim; 2018. p.1-34. (in Thai)
4. World health organization and FDI World Dental Federation. Tobacco or oral health: An advocacy guide for oral health professionals. Ferney-Voltaire; World Dental Press: 2005.
5. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, Boyle P. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. Int J Cancer 2008; 122(1): 155-64. doi:10.1002/ijc.23033.
6. Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. J Dent Educ 2002; 66(9): 1079-87.
7. Polpadung S, Loahapand P. Perception of tobacco effects and attitude towards smoking cessation program In a group of Thai dental patients. J Dent Assoc of Thai 2002; 52: 106-14. (in Thai)

8. Sirithepmontree D, Performnce status and perceptions of the private Ddentists in Bankok and adjacent province towards smoking cessation services. J Dent Assoc of Thai 2008; 58(4): 223-32. (in Thai)
9. Thai health professional alliance against tobacco. Wattanasirichigoon S, Textbook of health education:tobacco control for health professional and student of health science. Thai health professional alliance against tobacco. Bangkok: 2010. p.1-262. (in Thai)
10. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol 1993; 61(3): 455- 61. doi: 10.1037//0022-006x.61.3.455.
11. Hettema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010; 78(6): 868-84. doi:10.1037/a0021498.
12. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tob Control 2010; 19(5): 410-6. doi:10.1136/tc.2009.033175.
13. Hokanson JM, Anderson RL, Hennrikus DJ, Lando HA, Kendall DM. Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: a randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. Diabetes Educ 2006; 32(4): 562-70. doi:10.1177/0145721706289914.
14. Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW, et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. Tob Control 2003; 12(Suppl 4): 3-10. doi:10.1136/tc.12.suppl_4.iv3.
15. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. Am J Psychiatry 2006; 163(11) : 1934- 42. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1934.
16. Warisa Jamsri, Wantana Maneesriwongkung, Aorasa Panpungdee. The effect of motivational interviewing on somoking behavior in persons at risk for coronary artery disease. J Pub Health Nurse 2016;27(3):41-57. (in Thai)
17. Gao X, Lo EC, Kot SC, Chan KC. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. J Periodontol 2014; 85(3) : 426- 37. doi:10.1902/jop.2013.130205.
18. Borrelli B, Tooley EM, Scott- Sheldon LA. Motivational interviewing for parent-child health interventions: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Dent 2015; 37(3): 254-65.
19. Lando HA, Hennrikus DJ, Boyle R, Lazovich D, Stafne E, Rindal B. Promoting tobacco abstinence among older odolescents in dental clinics. Journal of Smoking Cessation 2007; 2(1) : 23- 30. doi:10.1375/jsc.2.1.23

20. Colby SM, Nargiso J, Tevyaw TO, Barnett NP, Metrik J, Lewander W, et al. Enhanced motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking cessation: results from a randomized clinical trial. *Addict Behav* 2012; 37(7): 817-23. doi:10.1016/j.addbeh.2012.03.011.
21. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9): 1119-27. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
22. E. Omu F, Al-Kandari I, Al-Marzouk R, Paulraj D, Rajagopal M, John P et al. Tobacco free campus initiative: A quitting strategy for Kuwait nursing college student smokers Florence. *Int J Nurs* 2015; 2(2): 144-56. doi:10.15640/ijn.v2n2a14
23. Lapyai S. New tobacco products on social media and law enforcement on new tobacco products control. *Public Health & Health Laws Journal* 2019; 5(1): 13-30. (in Thai)
24. Bao W, Liu B, Du Y, Snetselaar LG, Wallace RB. Electronic cigarette use among young, middle-aged, and older adults in the United States in 2017 and 2018. *JAMA Intern Med* 2020; 180(2): 313-4. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4957.
25. Fatus MC, Smith TT, Squeglia LM. The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug Alcohol Depend* 2019; 201: 85-93. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.04.011.