

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลโครงการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยทางคณะผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลในส่วนของสภาวะการติดสารนิโคติน ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยด้วย และใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการเป็นร้อยละของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี และ ร้อยละของ ค่า FEV1 (สมรรถภาพปอด) ของผู้ที่สูบบุหรี่หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้กำหนดตัวแปร สมมติฐาน กรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการติดการสูบบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ประกอบไปด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ความเป็นมาของบุหรี่ในไทย
2. ความหมายของโรคติดบุหรี่
3. ชนิดของบุหรี่
4. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่
5. วิธีการเลิกสูบบุหรี่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการเลิกบุหรี่ สมรรถภาพปอดก่อนและหลังเลิกบุหรี่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.1 ความเป็นมาของบุหรี่ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้ว โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของ เมอร์ซิเออร์ เดอลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubre) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทย สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ พ.ศ. 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างคนทั้งผู้ชายและผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และที่ปลูกในประเทศเอง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าสิงหนาทราชครูวงศ์ฤทธิได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่ก้นป้านขึ้น เพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการผลิตบุหรี่ขึ้นโดย

บริษัทที่มีชาวอังกฤษ เป็นเจ้าของได้เปิดดำเนินการเป็นบริษัทแรกใน พ.ศ. 2460 การผลิต บุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการนำ เครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่จึง แพร่หลายมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ. 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น โดยซื้อกิจการมาจาก ห้างหุ้นส่วนบูรพา ยาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินกิจการ อุตสาหกรรมยาสูบภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง หลังจากนั้น รัฐบาล ได้ซื้อกิจการของบริษัททวางสก บริษัทฮอฟฟีน และบริษัทบริติชอเมริกันโทแบกโคเพิ่มขึ้น แล้ว รวมกิจการทั้งหมดเข้าด้วยกัน และดำเนินการภายใต้ชื่อว่า โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มา จนถึงปัจจุบัน (สรณัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2551)

2.2 ความหมายของโรคติดบุหรี่

โรคติดบุหรี่

คนที่ติดบุหรี่ หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถควบคุมตนเองในการสูบบุหรี่ได้ เมื่อมีการหยุด สูบบุหรี่จะมีอาการหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การติดบุหรี่ จัดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง เนื่องจากมีอาการเป็นๆ หายๆ โดยทางองค์การ อนามัยโลกและสำนักงานแพทย์ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศให้การติดบุหรี่ (Tobacco dependence) จัดเป็นโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปโรคติดบุหรี่มีรหัส International Statistical Classification of diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็น F-17 โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยคล้ายกับเกณฑ์การติดสารเสพติด เมื่อพิจารณา เกณฑ์ของ DSM-IV โดยประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อร่วมกัน (คณะกรรมการ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย. 2552)

1. ยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องแม้รู้ว่าอาจเกิดพิษภัยต่อตนเองและคนรอบข้าง
2. เกิดอาการอยากนิโคตินหรือถอนนิโคตินขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่
3. ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องเหมือนเดิมแม้ได้ตั้งใจจะลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง
4. เกิดการติ้อยา หากสูบบุหรี่ปริมาณเท่าเดิมไปเรื่อยๆ อาจได้ผลที่ต้องการลดน้อยลง
5. ขอมเสียเวลาไม่น้อยไปกับการหาซื้อและในการสูบบุหรี่
6. เห็นการสูบบุหรี่สำคัญกว่าการทำงาน ขอมชะลอการทำงานหรือต้องปลีกตัวออกจากงานรื่นเริงเพื่อสูบบุหรี่

โรคติดบุหรี่มีการดำเนินของการเกิดโรคและมีธรรมชาติของการเกิดโรคที่มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ ในหลายประเด็น ซึ่งทราบกันดีว่าโรคติดบุหรี่เป็นโรคที่เป็นๆ หายๆ สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้นหรือกลไกในการเสพติดที่แตกต่างกันไป ซึ่งการติดบุหรี่เป็นผลมาจากปัจจัยอย่างน้อย 3 ปัจจัย ร่วมกัน คือ ปัจจัยทางด้านร่างกาย (การเสพติดสารนิโคตินในควันบุหรี่) ปัจจัยทางจิตใจ (เช่น ความชอบ ความเครียด บุคลิกภาพ ทักษะคิด เป็นต้น) ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม (เช่น สิ่งแวดล้อม ครอบครัว ที่ทำงาน เป็นต้น) จึงเป็นที่มาของการพิจารณาในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่

2.3 ชนิดของยาสูบ

ยาสูบที่ใช้กันอยู่มีหลายรูปแบบ ทั้งแบบสูด แบบดม แบบอมและเคี้ยว

แบบสูด โดยกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ หรือซิการ์ (cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนผงใบยาสูบอยู่ภายใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล่องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้ แล้วผู้สูดสูดควันเข้าสู่ร่างกาย

แบบดม โดยบดใบยาสูบให้ละเอียด แล้วผสมในรูปของยานัตถุ์

แบบอมและเคี้ยว โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่า บุหรี่ไร้ควัน

ยาสูบส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีเพื่อปรุงแต่งกลิ่นรส และเพื่อลดความระคายเคือง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานจะใช้สารเคมีปรุงแต่งมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีสารเคมีที่ใช้ในการรักษาความชื้นของใบยาสูบ และสารป้องกันเชื้อรา เพื่อให้เก็บบุหรี่ได้นาน รวมทั้งสารเคมีที่ใช้ในการรักษาสภาพกระดาษที่ใช้มวนบุหรี่อีกด้วย

ชนิดของบุหรี่

บุหรี่มี 2 ชนิดคือ บุหรี่ที่มวนเอง และบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรี่ที่มวนเอง ทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อใบยาสูบ บุหรี่ชนิดนี้จะดับง่ายเนื่องจากไม่มีการปรุงแต่งสารเคมีที่ช่วยให้ไฟติดทน สำหรับบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักรมี 2 ชนิด คือ บุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ปราคาถูก และ บุหรี่ที่มีก้นกรอง นอกจากนี้ บริษัทบุหรี่ยังผลิตบุหรี่ ชนิดที่เรียกว่า "ไลต์" และ "ไมลด์" โดยระบุไว้ว่าเป็นบุหรี่ยชนิดรสนอนที่มีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่ยธรรมดา แต่จากการวิจัยพบว่า บุหรี่ทั้ง 2 ชนิดมิได้มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ยธรรมดาแต่อย่างใด เพียงแต่ต่างกันที่รสชาติเท่านั้น และบุหรี่ยชนิดที่มีก้นกรองจะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ได้บางชนิดเท่านั้น โดยสารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้ในปริมาณเดียวกับการสูบบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง ("ความเป็นมาของบุหรี่ย".2555 : ออนไลน์)

2.4 โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ นั้นมีหลายโรค ซึ่งจะพบได้ในทุกเพศทุกวัย มีดังนี้

2.4.1 โรคมะเร็งปอด เกิดจากสารมีพิษในบุหรี่ คือ "ทาร์" อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด ในผู้สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอัตราส่วนสูงกว่าถึง 10 : 1 (กรองจิต วาทีสาชกกิจ. 2551 : ออนไลน์) หากแพทย์ตรวจพบเชื้อในระยะแรก และได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้หมดจะยังมีโอกาสหายขาดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมาพบแพทย์ และวินิจฉัยได้ ระยะทำการรักษาหรือผ่าตัดให้หายขาดได้

2.4.2 โรคหัวใจ และหลอดเลือด เกิดจากสารนิโคตินในบุหรี่ ซึ่งเป็นสารที่มีพิษ และอันตรายทำให้หัวใจ หลอดเลือด กระเพาะอาหาร ลำไส้ และระบบประสาททำงานผิดปกติ ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เกิดการระคายเคืองต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และเกิดภาวะหลอดเลือดทั่วไปหดตัว อัตราการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในชายที่สูบบุหรี่จะมีมากกว่าในชายที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 60-70 และในหญิงที่สูบบุหรี่ซึ่งรับประทานยาคุมกำเนิดด้วยจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ มากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่รับประทานยาคุมกำเนิดถึง 10 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองอุดตันเป็นอัมพาต หลอดเลือดตามแขนขาอุดตันเป็นแผลตามผิวหนังจากการขาดเลือด และมีการสะสมของไขมันตามผนังของหลอดเลือดขนาดกลาง และใหญ่

2.4.3 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง เป็น โรคที่พบบ่อยมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคนี้นี้คือ การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เหนื่อยง่าย เมื่อเป็นแล้วไม่มีทางที่แพทย์จะรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นมากขึ้นจะทำอะไรไม่ไหว แม้จะอาบน้ำหรือหิวผมก็เหนื่อย ต้องดมออกซิเจนรอความตายอย่างทรมานในระยะสุดท้าย ถ้าเลิกสูบบุหรี่ได้อาจทำให้อาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด

2.4.4 โรคแผลในกระเพาะอาหาร ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารมากขึ้นเป็น 2 เท่า ในพวกที่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้มีภาวะไม่สมดุลในการหลั่งของกรดและด่างในกระเพาะ

2.4.5 ผลร้ายต่อเด็กในครรภ์ และทารก มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์มีผลต่อเด็กทารกคือ ทารกเล็กกว่าปกติ และน้ำหนักตัวเด็กเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่ ระยะเวลาการตั้งครรภ์สั้นลง มีผลทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนด และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก อัตราการแท้งสูงขึ้น และค่อนข้างจะเรียนรู้ช้ากว่าปกติ โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรเพิ่มขึ้น มีความพิการแต่กำเนิด การหลั่งน้ำนมจะลดคุณภาพของน้ำนม โดยมีสารเคมีซึ่งไม่จำเป็นที่ ต้องการไปสู่เด็ก ดังนั้น การที่คนเราหายใจเอาควันบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อตา และหลอดลม ทำให้น้ำตาไหล และไอได้ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่สูดควันบุหรี่เข้าไป ทำ

ให้เกิดอันตรายเท่ากับเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เอง และที่ร้ายกว่านั้นการสูบบุหรี่ของบิดามารดาในบ้านอาจทำให้ลูกที่สูดควัน บุหรี่โดยไม่ตั้งใจเกิดโรคทางปอด และสมรรถภาพปอดของเด็กเสื่อมได้

2.5 วิธีการเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมของความเคยชิน ซึ่งตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมโหยหาความสุขในวัยเด็ก (Nostalgia) เนื่องจากช่วงที่มีพัฒนาการทางจิต ทำให้พวกเขาติดอยู่ที่ความสุขทางปาก (Oral phase) เหมือนเด็กติดนมแม่ บวกกับพฤติกรรมของเด็กผู้ชายที่ติดแม่มากกว่าเด็กผู้หญิง (Oedipal complex) จึงทำให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงอย่างเห็นได้ชัด

การจะทำให้คนที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่นั้นทำได้ยากมาก ถึงแม้จะเลิกได้แล้ว ก็มีคนที่กลับมาสูบใหม่อีกในสัดส่วนที่มาก โดยเฉพาะการที่คนจะเลิกบุหรี่ได้อาจจะต้องเลิกๆ สูบๆ ถึง 5-7 รอบกว่าที่จะเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด ซึ่งเป็นตัวเลขที่มากกว่าการเลิกยาเสพติดร้ายแรงบางชนิดอย่างเฮโรอีน ดังนั้นผู้ที่เลิกบุหรี่จะต้องใช้กำลังใจและความเข้มแข็งอย่างมาก เพราะโดยสถิติแล้ว คนที่สูบบุหรี่จำนวนมากที่มีความอยากเลิกบุหรี่ แต่ก็ยังเลิกไม่ได้เสียที คนรอบข้างต้องมีส่วนช่วยเป็นกำลังใจ การเลิกบุหรี่ก็จะมีโอกาสสำเร็จมากขึ้น ความอยากบุหรี่เป็นพฤติกรรมของความเคยชิน เมื่อตัดสินใจจะเลิกบุหรี่แล้ว จะต้องตัดใจให้ขาด ซึ่งจะดีกว่าการลดปริมาณที่สูบลดทีละน้อย เพื่อหวังว่าจะหยุดสูบได้ในที่สุดนั้น จากการสำรวจพบว่ามักจะล้มเหลวมากกว่าการเลิกด้วยวิธีหักดิบ โดยเริ่มตั้งแต่ ทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ที่ใช้สูบบุหรี่ ได้แก่ไฟแช็ค ที่เขี่ยบุหรี่ให้หมด รวมถึงละเว้นพฤติกรรมที่ชอบทำควบคู่ไปกับการสูบบุหรี่ด้วย ละเว้นการพบปะกลุ่มเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ด้วยกันมาก่อน และต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นเตือนจิตใจใต้อาอยากบุหรี่ขึ้นมา เช่นหากมีการดื่มเบียร์ หรือจิบกาแฟ พร้อมๆ กับการสูบบุหรี่เป็นประจำ หากทำกิจกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้สูบบุหรี่ด้วยก็จะรู้สึกเหมือนขาดรสชาติบางอย่างไป จนกว่าจะหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบนั่นเอง สำหรับผู้ที่ดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำ จะต้องลดปริมาณสาร Caffeine ก่อนการเลิกบุหรี่ ให้ได้ประมาณครึ่งหนึ่งของที่เคยดื่มในแต่ละวัน เพราะ Nicotine ทำให้ caffeine ซึมเข้าร่างกายได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ถ้าหากดื่ม Caffeine ในปริมาณเท่าเดิม ขณะที่สูบบุหรี่ อาจจะไปสู่ภาวะที่เรียกว่า Caffeine Toxicity โดยมีอาการ กระวนกระวายและเครียดได้และอาจจะทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง (“สารพัดวิธี เลิกบุหรี่ด้วยธรรมชาติบำบัด” ม.ป.ป. : ออนไลน์)

การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมคลายเครียดที่ได้ผลมากสำหรับผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ อาจเป็นการวิ่งเหยาะๆ 30-40 นาที จะทำให้ร่างกายคลายเครียด อยากบุหรี่น้อยลง ทั้งยังทำให้เปลี่ยจิงกลับ

สบาย และการปรับพฤติกรรมการดื่มน้ำในแต่ละวันให้มากขึ้น จะช่วยขับนิโคตินออกจากร่างกาย ทำให้อาการอยากบุหรี่หายไปได้เร็วขึ้น วิธีการเลิกบุหรี่ที่ใช้ได้ผลมีหลายวิธี ดังนี้

1. วิธีทางธรรมชาติบำบัด

วิธีทางธรรมชาติบำบัดที่ลดอาการลงแดงจากการเลิกสิ่งเสพติดได้ดี ก็คือ การฝึกชี่กง มีงานวิจัยในผู้เสพเฮโรอีนที่ถูกส่งมาบำบัด กลุ่มหนึ่งไม่ทำอะไร, กลุ่มหนึ่งให้กินยาเลิก, อีกกลุ่มหนึ่งให้ฝึกชี่กงเพียงอย่างเดียว จากการตรวจวัดระดับสารเฮโรอีน พบว่า กลุ่มที่ฝึกชี่กงนั้นสามารถขจัดอนุพันธ์ของเฮโรอีนออกจากตัวได้เร็วที่สุด นอกไปจากนั้น อาการลงแดงที่เกิดระหว่างการบำบัด พบว่ากลุ่มที่ฝึกชี่กงมีอาการลงแดงเพียง 4-5 วันเท่านั้น เทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วต้องใช้เวลาเกือบ 10 วันกว่าที่อาการลงแดงจะหายไป ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาด้วยยาเลิกที่อาการลงแดงจะหายไปภายใน 7 วัน ก็ยังพบว่ากลุ่มที่ฝึกชี่กงยังให้ผลลดอาการลงแดงได้ดีกว่าการกินยาเสียอีก ในคนสูบบุหรี่ก็เช่นกัน ถ้าได้ฝึกชี่กงควบคู่ไปกับวิธีการอดบุหรี่อื่นๆ ก็จะช่วยให้ผ่านช่วงอยากบุหรี่ไปได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. การใช้พืชสมุนไพรและผลไม้

สมุนไพร ที่ใช้ได้แก่หญ้าดอกขาว (*Leptochloa chinensis* (L) Nees) ซึ่งเป็นต้นไม้อาพวกต้นหญ้า พบว่า sodium nitrate ในหญ้าดอกขาวช่วยให้ช่องปากจืด รับประทานได้น้อยลง ขนาดที่ใช้คือ หญ้าดอกขาวทั้งต้นตากแห้งจำนวน 3 กรัม ชงดื่มด้วยน้ำจนได้ปริมาณเครื่องดื่มชา 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง โดยการวิจัยนี้สามารถส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ได้เห็นผลในเดือนที่ 2 ของการใช้วันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กรัม หลังอาหารทุกมื้อ และปัจจุบันได้มีผู้นำมาสกัดเป็นชาชงดื่ม หรือโดยเมื่อใดที่ต้องการสูบบุหรี่ ให้ดื่มชาหญ้าดอกขาว 1 แก้วก่อน เมื่อดื่มเข้าไปแล้วถ้าสูบบุหรี่ตามจะทำให้ความรู้สึกจากการสูบบุหรี่ไม่เหมือนที่เคย และอาจไม่อยากสูบบุหรี่ต่อไป ในที่สุดก็อาจเลิกสูบบุหรี่ได้ จากผลการดำเนินงาน โครงการคลินิกอดบุหรี่ของ โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ได้ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา แบบผสมผสานทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ และมีการใช้ชาชงสมุนไพรหญ้าดอกขาว 1 ซอง ละลายน้ำ 1 แก้ว ดื่มวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร รับประทานวิตามินซี (100 มิลลิกรัม) 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และใช้น้ำยาอมบ้วนปากเวลาที่มมีอาการอยากบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 1 - 2 เดือน พบว่าได้ผลดี แต่เนื่องจากหญ้าดอกขาวเป็นกลุ่มที่มีโปแตสเซียมสูง การใช้จึงควรระวังในรายที่มีประวัติโรคหัวใจ ส่วนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาจมีอาการคอแห้ง ปากแห้ง เป็นต้น

สำหรับผลไม้ที่ได้ใช้ได้แก่ผลไม้รสเปรี้ยวที่มีวิตามินซีสูง โดยเฉพาะมะนาว พบว่าเมื่อนำไปใช้แล้วได้ผลดีมาก เนื่องจากมะนาวมีผลต่อการทำงานของต่อมรับรสขม ทำให้รสชาติของ

บุหรี่ปริมาณไป ซึ่งวิธีการกินจะหั่นมะนาวเป็นชิ้นเล็กๆ ให้มีเปลือกติดมาด้วย ขนาดพอคำ เมื่อมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ให้กินมะนาวแทน โดยอมแล้วค่อยดูดความเปรี้ยว จากนั้นเคี้ยวเปลือกอย่างช้าๆ นาน 3-5 นาที มะนาวจะมีผลทำให้ลิ้นขม เฟือน จากนั้นดื่มน้ำ 1 อึก นอกจากช่วยลดความอยากนิโคตินแล้ว เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้รสชาติบุหรี่ปริมาณเปลี่ยนเป็นขมจนไม่อยากสูบบุหรี่ และสามารถกินมะนาว หรือผลไม้ชนิดอื่นที่มีความเปรี้ยวมากๆ ได้ทุกครั้งที่เกิดความอยากบุหรี่ปริมาณ ซึ่งการเลิกบุหรี่ปริมาณด้วยการกินมะนาวส่วนใหญ่มักจะเลิกบุหรี่ปริมาณได้ใน 2 สัปดาห์ และไม่อยากบุหรี่ปริมาณอีก

นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ที่นำเอาหญ้าดอกขาว ผสมกับชะอมเทศ มะขามป้อม และ สมอไทย มาผลิตเป็นเม็ดคอมสมุนไพรรอดบุหรี่ปริมาณหรือบางที่เรียกว่าเม็ดคอมอดบุหรี่ปริมาณหรือลูกอมอดบุหรี่ปริมาณ ซึ่งก็นับว่าเป็นอีกทางเลือกอีกทางหนึ่งปลอดภัยเพราะผลิตจากสมุนไพรร

3. วิธีการแพทย์

สำหรับผู้ที่ไม่มั่นใจว่าจะทำการอดบุหรี่ปริมาณได้เองหรือไม่ จะใช้วิธีการแพทย์คือวิธีการฝังเข็ม โดยจะมีจุดฝังเข็มตามจุดของร่างกาย ได้แก่ที่หู ตัว ประมาณ 15 จุด โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 20-30 นาที ก่อนดึงเข็มออก และต้องทำการฝังเข็มเป็นเวลาติดต่อกันประมาณ 5 วัน หรือใช้วิธีฝังเข็มเป็นคอร์ส 1 คอร์ส หมายถึง วันละครั้งหรือวันเว้นวัน 3 ครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปใช้เวลา 1-2 คอร์ส การฝังเข็มมีผลในการปรับความสมดุลของชีเลือด การทะลวงเส้นลมปราณ การขับพิษออกจากร่างกาย การฝังเข็มเพื่ออดบุหรี่ปริมาณผลจะปรากฏใน 2-3 วันแรก ในตอนนี้ถ้าสูบบุหรี่จะรู้สึกขม เฟ็ดเหมือนกินใบไม้ที่ขมจัด และมีกลิ่นโลหะ จนเกิดอาการเบื่อที่จะสูบบุหรี่หรือหากมีอาการอยากสูบบุหรี่ก็ไม่มีทรมานมากนัก สำหรับงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการฝังเข็มอดบุหรี่ปริมาณนี้ก็ยังไม่ค่อยมีให้เห็นมากนัก โดยงานวิจัยที่มีอยู่พบว่า วิธีการนี้ได้ผลเพียงไม่เกินร้อยละ 20 อีกทั้งการรักษาด้วยวิธีนี้ก็ยังไม่ใช่เครื่องบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าสามารถรักษาได้ตามที่องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับระบบทางเดินหายใจเป็นระบบหลักที่ทำให้เกิดอาการหลังจากเลิกบุหรี่ปริมาณ ดังนั้นการรักษาด้วยการฝังเข็มไม่ว่าจะเป็นเข็มตัวหรือเข็มหูจึงต้องเลือกเส้นลมปราณและจุดที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังต้องเพิ่มจุดที่ทำให้กระวนกระวายกระสับกระส่ายหลังเลิกสูบบุหรี่ เสริมด้วยจุดคอหอย และจุดกล่องเสียงสำหรับผู้ที่มีกระวนกระวายจากการติดบุหรี่ปริมาณ การค้นคว้ารักษาผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ปริมาณด้วยเข็มหูในประเทศยุโรป บางประเทศพัฒนาก้าวหน้าไปมาก มีสิ่งใหม่ๆ จุดใหม่ๆ ที่ใช้แล้วได้ผลค่อนข้างดี แต่ก่อนจะรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ป่วยจะต้องงดสูบบุหรี่ก่อนการลงมือฝังเข็มประมาณ 6 ชั่วโมง ส่วนสมุนไพรมีคนเคยแนะนำเหมือนกัน โดยนำไปต้มดื่มเหมือนชา แต่ยังไม่แน่ใจในการใช้ จึงไม่สามารถแนะนำมาในที่นี้ ถ้าสนใจคุณนกว่าจะพาเด็กมาลองดู ทั้งนี้ต้องให้เด็กสมัครใจด้วยจึงจะได้ผล

4. นิโคตินทดแทน

นิโคตินทดแทนซึ่งทำเป็นแผ่นปะ หรือหมากฝรั่ง อาจารย์พอล เอฟยาร์ด และคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม อังกฤษ ทำการทบทวนผลการศึกษา 7 รายงาน รวมกลุ่มตัวอย่างเกือบ 3,000 คนผล การศึกษาพบว่า การใช้นิโคตินทดแทน เช่น หมากฝรั่ง แผ่นปะ ฯลฯ ช่วยเพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จที่ 6 เดือน 6.75% หรือประมาณ 2 เท่าของยาหลอก (ยาที่ทำให้เหมือนยาจริง แต่ไม่มีเนื้อยา)

การเลิกสูบบุหรี่สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจในปี 2550 โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ได้สำรวจถึงอัตราการเลิกบุหรี่และความพยายามเลิกบุหรี่ พบว่าตั้งแต่ปี 2534-2550 อัตราการเลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9.95 เป็น 18.29 ซึ่งมากขึ้นเป็นเท่าตัว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในประเทศไทยได้มีหน่วยงานหลายหน่วยที่ให้ความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบและขายบุหรี่ แต่จากการสำรวจครั้งนี้พบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเลิกได้นาน 11 เดือนและกลับมาสูบบุหรี่ใหม่มีจำนวน 1.77 ล้านคน จากผู้ที่สูบ 10.86 ล้านคน ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ กลุ่มที่พยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้ง ช่วงระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายสั้นลง แสดงให้เห็นว่าการช่วยให้เลิกบุหรี่นั้นควรทำให้สำเร็จตั้งแต่ระยะพยายามเลิกบุหรี่ครั้งแรก และพบว่า มีผู้เลิกบุหรี่ครั้งสุดท้ายได้นานถึง 20 ปี ก็ยังกลับมาสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคติดบุหรี่แต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้นหรือกลไกในการเสพติดแตกต่างกัน ซึ่งอาจจะขึ้นกับปัจจัยทางร่างกายหรือจิตใจก็ได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้พยายามหาเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดบุหรี่สามารถที่จะเลิกการสูบบุหรี่ได้ ซึ่งประเทศไทยปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมยาสูบ กรมการแพทย์ได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาผู้ติดบุหรี่โดยใช้หลัก 5 A (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. 2546 อ้างถึงใน ปิยภรณ์ เขาวเรศ. กัญชาน-ธันวาคม 2550) หลักการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดบุหรี่ แบบ 5A ประกอบด้วย

Ask	ถาม	เป็นการซักถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ อื่นๆ ทุกชนิด
Advice	แนะนำ	เป็นการใช้คำสั่งหรือขอให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด
Assess	ประเมิน	ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่และความประสงค์ในการ เลิกบุหรี่
Assist	ช่วยเหลือ	ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้ สำเร็จ
Arrange	ติดตาม	ติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทุกราย

อย่างไรก็ตามการเลิกบุหรี่ที่ได้ผลที่สุดนั้น ต้องเกิดจากความสมัครใจและความร่วมมืออย่างเต็มที่ของผู้เลิกเอง ต้องมีการจดบันทึกของจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน อาการแสดงเมื่อหยุดสูบ รวมทั้งช่วงเวลาที่เกิดอาการมากที่สุด เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมและช่วยเหลือต่อไป

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประสิทธิภาพการเลิกบุหรี่ สมรรถภาพปอดก่อน-หลังเลิกบุหรี่

จากวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของการศึกษานี้เพื่อทราบประสิทธิผลของโครงการรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ นั้นดัชนีที่ใช้คือ ค่าสมรรถภาพปอด การตรวจสมรรถภาพปอดมีความสำคัญต่อการวินิจฉัย ประเมินผล และติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคระบบการหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคที่ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ซึ่งผู้ที่ควรได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด ได้แก่ ผู้ที่มีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงแม้ไม่มีอาการ เช่น ผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะอายุ 40 ปี ขึ้นไป ผู้สัมผัสฝุ่น ควันที่เป็นอันตรายต่อปอด เช่น ทำงานในเหมืองแร่ มีฝุ่นฝ้าย มีฝุ่นหินทราย (เบญจมาศ ช่วยชู. 5 กันยายน 2555 : ออนไลน์) การตรวจสมรรถภาพปอดจะได้ค่าการตรวจหลายค่าในการศึกษานี้ใช้ค่า Forced Expiratory volume in 1 Second (FEV 1) เป็นตัวชี้วัดซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นได้เลือกใช้ค่า FEV 1 เป็นดัชนีบ่งบอกสมรรถภาพปอด (Enright, Connett and Bailey. 2002 ; Simmons et al. 2005.; Bohadana et al. 2006 ; Peter, and John. 2010) การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับผลกระทบต่อสมรรถภาพปอดจึงมีความสำคัญ ซึ่งคณะวิจัยได้ทำการศึกษาดังนี้

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสมรรถภาพปอดไม่มากนัก บางส่วนจะศึกษาในลักษณะของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปียวดี อัครนิตย์และคณะ (2552) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มข้นของฝุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อสมรรถภาพปอดของพนักงานในโรงงานผลิตเสาเข็ม โดยทำการศึกษาในกลุ่มคนงานในหลายแผนก พบว่าความเข้มข้นของฝุ่นรวมและฝุ่นที่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) ใน 3 บริเวณ คือ แท่นผลิต 1 ($r=0.869$) แท่นผลิต5 ($r=0.744$) และไซโล3 ($r=0.504$) และได้หาความสัมพันธ์ของสมรรถภาพปอดกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 125 ตัวอย่าง (สำนักงาน 24 ตัวอย่าง แท่นผลิต1 39 ตัวอย่างแท่นผลิต3 36 ตัวอย่างแท่นผลิต5 17 ตัวอย่าง ไซโล1 6 ตัวอย่าง ไซโล3 3 ตัวอย่าง) จากการตรวจสมรรถภาพปอดพบว่าตัวอย่างที่มีสมรรถภาพปอดปกติมีจำนวน 103 คนและที่ผิดปกติมีจำนวน 22 คน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ได้แก่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาการทำงานในโรงงานนี้ และระยะเวลาที่เคยทำงานในที่บริเวณที่มีไอสารเคมี

จากการศึกษาผลการสูบบุหรี่กับสมรรถภาพปอด ในกลุ่มนักศึกษาอาชีวศึกษา ใน กรุงเทพมหานคร ของ สุวรรณิ จรุงจิตรอารี และคณะ (2553) ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาในนักศึกษาเพศชาย มีช่วงอายุระหว่าง 17-23 ปี และแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ โดยมีช่วงเวลาสูบบุหรี่ประมาณ 3.68 ปี สูบ 3.68 มวน/วัน และในกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำการตรวจ สมรรถภาพปอดด้วยค่า FVC, FEV1, FEV1/FVC และ FEF25-75% ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความ แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

นิภาพร เมืองจันทร์ และคณะ (มกราคม-มีนาคม 2554) ทำการศึกษาสมรรถภาพปอดใน กลุ่มตำรวจ ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 127 คน เป็นตำรวจจราจร จำนวน 53 คน และ ตำรวจ ประจำสำนักงาน ปฏิบัติหน้าที่ในสายงานธุรการและงานบริหาร จำนวน 74 คน วัดดูประสงค์ของ การศึกษา คือ ประเมินสมรรถภาพปอด (FVC, FEV1 และ FEV1/FVC) และ ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับระดับสมรรถภาพปอด เช่น การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการทำงานในแผนก และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าระดับสมรรถภาพปอดของตำรวจในจังหวัด อุบลราชธานีอยู่ในระดับปกติและไม่มีความแตกต่างกันระหว่างตำรวจจราจร ($FVC=89.79\pm 1.69$, $FEV1=93.58\pm 2.13$, $FEV1/FVC=87.62\pm 1.46$) และตำรวจประจำสำนักงาน ($FVC=87.27\pm 1.54$, $FEV1=90.14\pm 2.20$, $FEV1/FVC=86.55\pm 1.40$) การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการทำงาน และพฤติกรรมการ ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์น้อยกับระดับสมรรถภาพปอด ($r^2 < 1$) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ระดับสมรรถภาพปอดของตำรวจในจังหวัดอุบลราชธานียังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อสมรรถภาพปอดจากการสูบบุหรี่อยู่หลาย ลักษณะ เช่น Regalado-Pineda, Justino et al. (2005) ทำการศึกษาผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อ การเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ การศึกษาทำในกลุ่มวัยรุ่นเม็กซิกัน ตรวจสมรรถภาพปอด ค่า FVC, FEV1 และ FEV1/FVC ผลการศึกษาจากการสมรรถภาพปอด ในกลุ่มคนจำนวน 919 คน โดยมีอายุระหว่าง 14-86 ปี การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับค่าสมรรถภาพปอดที่ลดลง และกลุ่มที่เป็น หอบหืดจะมีค่า FVC ลดลงด้วย เช่นเดียวกับ Berry, O. F. et al. (2008) ได้ทำการศึกษาในกลุ่ม คนอเมริกาที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ โดยใช้ข้อมูลจาก The G. V. (Sonny) Montgomery VA Medical Center จำนวน 108 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม African American และภรรยาที่สูบบุหรี่ มีค่า FVC และ FEV(1) แตกต่างจากกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

Najeeb Hassan Mohammed (2010) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ ของปอด ซึ่งคณะผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินผลกระทบต่อการทำงานของปอดจากการสูบ บุหรี่ โดยเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มคนที่สูบและไม่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าค่า FVC, FEV1,

FEV1/FVC ของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่เมื่อเปรียบเทียบผลพบว่าค่าเหล่านี้ในกลุ่มที่สูบบุหรี่จะมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

Simmons, M. S. et al. (June 2005) ได้ศึกษาการลดการสูบบุหรี่และอัตราการลดลงของค่า FEV(1) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพปอด 10 แห่งในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา จำนวน 1,980 คน พบว่าการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงค่า FEV(1) ในปีแรก จากการติดตาม 5 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลงเหลือน้อยมากมีการเปลี่ยนแปลงค่า FEV(1) ลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่

Bohadana, A. B. et al. (2006 : Online) ได้ศึกษาค่า FEV(1) ในผู้ที่ประกอบอาชีพสัมผัสมลพิษทางอากาศจากการทำงาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 165 คน ศึกษาอาการระคายเคืองทางเดินหายใจ (Airway hyperresponsiveness : AHR) และค่า FEV(1) โดยติดตาม 1 ปี ผลการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง 67 คน แบ่งเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 32 คน สูบลดลง 17 คน และยังคงสูบบุหรี่ 18 คน การศึกษาค่า AHR และค่า FEV(1) พบว่ากลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่มีค่า AHR และค่า FEV(1) ดีขึ้นอย่างช้าๆ แต่มีนัยสำคัญ แต่ในกลุ่มที่ลดการสูบ ค่า AHR ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ค่า FEV(1) เหวลง

Peter, N. Lee and John, S. Fly (2010 : Online) ได้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดลงของค่า FEV(1) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยหมายถึงไม่เคยสูบบุหรี่นับตั้งแต่เริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ (never smokers) กลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่ หมายถึงยังสูบบุหรี่เมื่อเริ่มโครงการแต่หยุดสูบเมื่อสิ้นสุดโครงการ (quitters) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึงเลิกสูบบุหรี่เมื่อเริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ (ex-smokers) กลุ่มสูบบุหรี่ หมายถึง ยังสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการก็ยังสูบอยู่ (continuing smokers) พบว่ากลุ่มสูบบุหรี่มีอัตราการลดลงของค่า FEV(1) มากที่สุด ลดลงมากกว่า 10 ml ต่อปีเมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และมีความสัมพันธ์กับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน อัตราการลดลงของค่า FEV(1)

ในกลุ่มเลิกบุหรี่คล้ายคลึงกับอัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนอัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มหยุดสูบบุหรี่มากกว่าสองกลุ่มดังกล่าวเล็กน้อย

Emmons K. M. et al. (1992) ได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาล Miriam โดยติดตามประเมินผลสมรรถภาพปอดของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวชี้วัดที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด 3 ดัชนี คือ ค่า 1) maximum mid-expiratory flow (MMF) 2) forced expiratory volume in 1 second FEV(1) 3) force vital capacity (FVC) พบว่า ค่า MMF จะมีการ

เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน และยังคงเป็นเช่นนี้ต่อไปอีก 6 เดือน ของการติดตามผู้เลิกสูบบุหรี่ในโครงการ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยมี 1 ตัวชี้วัดสมรรถภาพปอดที่ดีไว้ใช้ตลอดระยะเวลาของโครงการเลิกบุหรี่

การวิจัยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาของจิตรา จินรัตน์ (2545) และอารีย์ พรหมโม้ (2543) พบว่าการมีส่วนร่วม ส่งเสริม และสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือโรงพยาบาลมีส่วนช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในด้านการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การศึกษาของ นิทรา วรรณรัตน์ (2539) และสายรุ้ง โพธิ์เชิด (2538) พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้บริการอดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ได้แก่ ผู้ใกล้ชิดบอกให้เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มเพื่อน การได้แบบอย่างที่ดีจากพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่และครูที่ไม่สูบบุหรี่ หรือได้รับการอบรมจากครูที่ทำให้มีความเชื่อเรื่องโทษของบุหรี่และสามารถเลิกสูบบุหรี่เพราะบิดามารดา ญาติพี่น้อง อาจารย์ เพื่อน และคนรักแนะนำให้งดสูบบุหรี่ ความรู้และความเชื่อเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (intra individual causal assumption) ซึ่ง บลูม (Bloom, 1984) กล่าวว่าถ้าหากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะกระทำดีหรือถูกต้องจะทำให้ประพฤติหรือปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งหากบุคคลมีความเชื่อเช่นใจอาจจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมนั้นได้ในเวลาต่อมาและจะเห็นว่าการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ และด้านการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่เช่นกันซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (extra individual causal assumption)

การดำเนินโครงการเลิกบุหรี่ของจังหวัดน่าน พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเริ่มต้นของโครงการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในจำนวนที่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติการตายของประชากรจังหวัดน่านและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอขนาดเล็ก โรงพยาบาลขนาดเล็กตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่มาโดยตลอด จึงยังคงดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและได้ปรับปรุงโครงการโดยยึดผู้ติดบุหรี่เป็นศูนย์กลางมีการประสานระหว่างเครือข่าย 4 ส่วน คือ ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ในการที่จะทำให้ผู้ติดบุหรี่แต่ละรายมีความตั้งใจมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีหลักการว่า “ขอให้เกลียดการสูบบุหรี่แต่อย่ารังเกียจผู้สูบบุหรี่ขอให้รักและปรารถนาดีต่อผู้สูบบุหรี่” ซึ่งโครงการเลิกบุหรี่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหการติดบุหรี่ของบุคคลในชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขช่วยในการให้

ความรู้ ให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมช่วยในขบวนการเลิกบุหรี่ และเพื่อใช้เป็นหมู่บ้านต้นแบบนำร่องในการแก้ไขปัญหาการติดบุหรี่ในชุมชนอื่นๆ ต่อไป โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจจำนวน 125 คนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลน่าน้อย 12 หมู่บ้านเมื่อดำเนินการครบ 1 ปี 2 เดือน พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ร้อยละ 58 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (โรงพยาบาลน่าน้อย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน. 2549)

ได้มีการจัดทำแนวทางในการเลิกบุหรี่ของประเทศไทย โดยแนวทางที่ได้รับความนิยม คือ 5A จากการศึกษาของ ปิยภรณ์ เยาวเรศ และคณะ (กันยายน-ธันวาคม 2550) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างบริบทองค์กรกับกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล โดยการให้บริการใช้หลักการ 5A ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการถาม และให้คำแนะนำ มีความสำคัญและมีผลต่อการช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกได้ร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ

ในกรณีปัจจัยอื่นๆ ที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ คือ ความพร้อมและความตั้งใจ ที่จะเลิกสูบบุหรี่ จะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความพร้อม ดังเช่นการศึกษาของ สว่าง แสงหิรัญวัฒนา (2541) และ มาลินี ภูวนันท์ (2538) ที่พบว่าบุคคลที่มีความพร้อมในการตั้งใจ ที่จะเลิกสูบบุหรี่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

วิธีการเลิกบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ไทยเลือกเพื่อการเลิกบุหรี่มีหลายวิธี ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิต วาทีสาธกกิจ ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 (2554) ไว้ดังนี้ 1) เลิกด้วยตนเองร้อยละ 88.9 2) ใช้น้ำช่วยร้อยละ 10.6 และ 3) ปรึกษา/รับคำแนะนำร้อยละ 5.8 4) วิธีอื่นๆ ร้อยละ 2.9

Centers for Disease Control and Prevention (2011 : Online) รายงานว่ามีผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 68.8 ร้อยละของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และหยุดสูบบุหรี่มากกว่า 1 วัน ในปี 2010 เพราะบุคคลเหล่านั้นพยายามเลิกสูบบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้

ร้อยละ 52.4 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่มีจำนวน 23.7 ล้านคน

ร้อยละ 62.4 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 18 - 24 ปี

ร้อยละ 56.9 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 25 - 44 ปี

ร้อยละ 45.5 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 45 - 64 ปี

ร้อยละ 43.5 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 65 ปีขึ้นไป

หนึ่งทัตย์ อุทัยขวัญแก้ว (2555) นักจิตวิทยา โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ที่ให้บริการคลินิก อดบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5A มีผู้รับบริการคัดกรอง A1 - A2 จำนวน 1,000 ราย

สมัครใจเลิกบุหรี่ จำนวน 10 ราย ผู้รับบริการสามารถเลิกได้โดยถามเพียง A1 – A2 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50

กรณีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้ มีการศึกษาถึงรูปแบบวิธีการเลิก ลด การสูบบุหรี่ไว้หลายฉบับ ซึ่งสามารถสรุปในส่วนที่น่าสนใจ เช่น Peter Gariti et al. (October 2009) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการลด/เลิกสูบบุหรี่ของการให้คำปรึกษาตามระดับความเข้ม (high vs. low) ร่วมกับการใช้ แผ่น bupropion หรือ nicotine โดยได้ศึกษาในกลุ่มที่ สูบบุหรี่ในระดับ 6-15 มวน/วัน จำนวน 260 คน และมีการติดตามผลการสูบบุหรี่ทั้งลดและเลิกสูบบุหรี่โดยแบ่งช่วงเวลาติดตาม เป็น 3 ช่วง คือ 12, 26 และ 52 สัปดาห์ นับจากเริ่มโครงการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ให้คำปรึกษาทั้ง 2 กลุ่มให้ผลการศึกษาของอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่คล้ายกัน และพบว่าช่วงเวลาที่ดีที่สุดคือ การให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นในช่วง 12 สัปดาห์แรกจะมีผลต่อการลดการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างหนัก (20 มวน/วัน) พบว่ามีจำนวนน้อยที่จะหยุดสูบบุหรี่ จึงสรุปได้ว่าการศึกษาในรูปแบบการให้คำปรึกษาเหมาะสมต่อผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณน้อย

ในปี 2009 Xiaolei Zhou et al. ได้ทำการทดลองหาวิธีการลดการสูบบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มคน 2431 ที่ใช้ internet ในประเทศ United States, United Kingdom, Canada, France และ Spain ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้ จะมีอายุอยู่ในช่วง 35-65 ปี ปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวน/วัน และมีความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ให้ได้ภายใน 3 เดือน การศึกษาได้ทำการติดตามเป็นเวลา 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถลด/หยุดสูบบุหรี่ได้ และสามารถที่จะทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ได้ แต่การใช้วิธีการกระตุ้นนั้นจะสามารถทำให้ลด/หยุดสูบบุหรี่ได้แต่ไม่สามารถทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ได้ คณะวิจัยจึงสรุปได้ว่า การใช้วิธีการกระตุ้นให้หยุดสูบบุหรี่สามารถลดการสูบบุหรี่ได้แต่ไม่สามารถจะทำการป้องกันไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่ได้ และพบว่าปัจจัยสำคัญของการกลับมาสูบบุหรี่ยังขึ้นกับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง

คณะวิจัยของ Delwyn Catley (2012) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้วิธีการการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการหยุดสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นของชุมชนแห่งหนึ่ง โดยมีจำนวนกลุ่มศึกษาจำนวน 255 คน และมีความพร้อมในการหยุดสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (2 : 2 : 1) ตามรูปแบบการทดลอง 1. ใช้การกระตุ้นด้วยการสัมภาษณ์ 2. ให้ความรู้ 3. ให้คำแนะนำสั้นๆ ทำการติดตาม 6 เดือนโดยใช้ตัวชี้วัดเป็น 2 รูปแบบ คือ 1. ให้ทำการรายงานด้วยตนเองว่ามีกี่ครั้งที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่า 24 ชม. ในช่วงต่อมา 2. ใช้หลักการทางชีวเคมีเป็นตัวชี้วัดทุก 7 วันเป็นตัวบอกถึงความชุกของการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า

การให้ความเข้มงวดในการกระตุ้นให้กำลังใจตั้งแต่การสัมภาษณ์จะสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้พยายามเลิกการสูบบุหรี่ได้ดี และยังเป็นข้อมูลทางด้านคลินิกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป สรุปรูปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบที่จะใช้ในการทำให้ผู้สูบบุหรี่ลด/เลิก สูบได้ต้องมีการให้แรงกระตุ้นที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของโครงการณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ใช้หลักการ 5A และเพิ่มการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพการดำเนินงานของโครงการดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการวิจัยในครั้งนี้



กรอบแนวคิดในการวิจัย ใช้หลัก 5A

