

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรโรงพยาบาลสุโขทัย

Development of comprehensive smoking cessation service model of Sukhothai Hospital

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

เกษณา กิ่งก้าน¹Kednapha Kingkan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบการบริการ และประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2568 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาศเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 15 คน และ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการคลินิก จำนวน 45 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินความตระหนัก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการประชุมทีมงาน 2) การหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 3) การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและตัวชี้วัด 4) การประกาศเป็นนโยบายโรงพยาบาล 5) การติดตามและประเมินผล 6) การแก้ไขปัญหาการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ 7) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วม และ 8) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและระบบงาน ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้พบว่า การคัดกรองผู้รับบริการอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.80 การเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.17 การเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องบุหรี่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น ความตระหนักการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.95, 6.74, 10.58, 12.45$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบทางโรงพยาบาล, การบริการลดละเลิกบุหรี่, การบริการแบบครบวงจร

Abstract

This action research study aimed to examine the current situation and problems, develop a service model, and evaluate the outcomes of implementing a comprehensive tobacco cessation service model. The study was conducted over 8 months from January to August 2025. The sample consisted of 15 health network partners and 45 smokers who received clinic services. Research instruments included focus group discussion guidelines, knowledge tests, behavior assessment forms, awareness evaluation forms, and satisfaction assessment forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (paired t-test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

Result findings revealed to development process of the comprehensive tobacco cessation service model comprised 8 main processes: 1) situation analysis and team meetings, 2) collaborative approach identification, 3) target group and indicator determination, 4) hospital policy declaration, 5) monitoring and evaluation, 6) screening and service accessibility problem-solving, 7) awareness building and participation enhancement, and 8) multidisciplinary team and system development. The implementation outcomes showed that screening of clients aged 15 years and above increased by 89.80%, treatment system enrollment increased by 25.17%, and 6-month tobacco cessation rates increased from 33.33%. The mean scores for tobacco knowledge, smoking cessation behavior, cessation awareness, and satisfaction significantly increased at the .05 level ($t = 8.95, 6.74, 10.58, 12.45$, respectively).

Keywords: nursing model development, tobacco cessation services, comprehensive services

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัย

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2024 ได้รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกจำนวน 1.25 พันล้านคน โดยอัตราการเสียชีวิตได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจากประมาณ 1 ใน 3 คนในปี 2000 เป็น 1 ใน 5 คนในปี 2022 แม้ว่าโลกจะสามารถบรรลุเป้าหมายการลดการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 25.00 ภายในปี 2025 แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายระดับโลกที่ร้อยละ 30.00 จากข้อมูลฐานปี 2010 ยาสูบยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ป้องกันได้อันดับหนึ่งของโลก โดยคร่าชีวิตไปมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และมีเพียง 56 ประเทศเท่านั้นที่จะบรรลุเป้าหมายการลดการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 30 ภายในปี 2025 ในระดับโลกพบว่าผู้ชายมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ ร้อยละ 8 ในปี 2020¹ การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 4 ล้านคนทั่วโลก หรือวันละ 11,000 คน ปี 2561 ระบุว่าบุหรี่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular Diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก และ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตเป็นเพียงผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสองเท่านั้น การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด ส่งผลต่อความบกพร่องในการทำงานและการดำเนินชีวิต เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูบบุหรี่ลดลง

ประเทศไทย สถานการณ์การสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่น่าพอใจในภาพรวม จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550-2567 โดยในปี 2564 มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 9.90 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 57 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.40 ซึ่งลดลงจากปี 2560 ที่มีอัตราการสูบบุหรี่ 19.10² ปัญหาที่น่าวิตกคือ

การเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้น 11.44 เท่า จาก 78,742 คนในปี 2564 เป็น 900,459 คนในปี 2567 และกลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น โดยพบเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี ร้อยละ 25 สูบบุหรี่ไฟฟ้า³

การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเฉลี่ยปีละ 4 แสนคน และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยปีละร้อยละ 5.00 จนในปี 2568 มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า 3.90 แสนล้านบาท⁴ การวิจัยเชิงปฏิบัติการได้กลายเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทยที่ต้องการการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยประเภทนี้ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพสามารถนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาจริงในการปฏิบัติงาน⁵ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เนื่องจากมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจภายในและการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Teamwork) เป็นอีกแนวคิดสำคัญที่จำเป็นในการให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัญหาการติดบุหรี่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลจากหลายสาขาวิชาชีพ รวมถึงแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ⁶ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเลิกบุหรี่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้ประสานงาน และผู้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁷ ซึ่งเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทหลักในการใช้กระบวนการพยาบาลในการ

ให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล แต่ยังคงพบปัญหาในการดำเนินงานหลายประการ เช่น การขาดความต่อเนื่องในการดูแล การขาดการประสานงานระหว่างวิชาชีพ และการขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน⁸

จังหวัดสุโขทัย จากข้อมูลประมาณการของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ามีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 520,000 คน คาดว่ามีผู้สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 18.50 หรือประมาณ 96,200 คน โดยมีอัตราการความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่เพียงร้อยละ 25.60 ในปี 2566 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ร้อยละ 35.00 ปัญหาที่พบในการให้บริการ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดการประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพ และการขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ได้ให้ความสำคัญต่อคลินิกเลิกบุหรี่ โดยสืบเนื่องจากการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 7 - 9 มิถุนายน 2566 ทีมพัฒนาศูนย์เลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสุโขทัย⁹ ร่วมกับทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสุโขทัย ได้นำเสนอพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับปีงบประมาณ 2566 เรื่องอัตราการเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่ โดยกำหนดเป้าหมายร้อยละ 100 และอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูบบุหรี่ เป้าหมายร้อยละ 100 เช่นกัน และนำเสนอผลงานเบื้องต้น ได้แก่ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 64.10 ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ 30.95 ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดตามลำดับ โดยที่ในขณะนั้น ยังไม่ได้พัฒนารูปแบบการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่เป็นรูปแบบแต่อย่างใด เพียงแต่อาศัยการให้คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่มารับบริการด้วยอาการป่วยเฉียบพลันเท่านั้น จึงเป็นที่มาให้ทางทีมจัดทำโครงการพัฒนาศูนย์เลิกบุหรี่ ต่อยอดจากที่เคยปฏิบัติมา จากเดิมอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น ประสบความสำเร็จไม่มากนัก

และไม่มีตัวเลขที่เป็นที่ยอมรับกันได้ทั่วไป ทางทีมจึงมุ่งหวังปรับกระบวนการการทำงานช่วยเลิกบุหรี่ ตั้งแต่การคัดกรองโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เภสัชกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แผนกผกครรรค์ และทันตกรรม ทำหน้าที่คัดกรองผู้รับบริการทุกหน่วยงาน ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ตามแนวทางปฏิบัติแต่ละวิชาชีพ หรือพิจารณาส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ การติดตามผู้ป่วยที่รับบริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี การประสานส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการช่วยติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเสนอแนวความคิดการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (Bupropion) มาใช้ร่วมในกระบวนการรักษา ในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการบำบัด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัด หยุดการสูบบุหรี่โดยสิ้นเชิงตั้งแต่เริ่มบำบัด โดยไม่มีอาการขาดนิโคติน ซึ่งข้อมูลจากการสังเกตพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ ถ้าให้ค่อยๆ ลดอัตราการสูบบุหรี่ลง มักไม่ค่อยประสบผลสำเร็จ แต่ถ้าสามารถหยุดโดยสิ้นเชิง เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสที่จะหยุดบุหรี่ได้โดยถาวรสูงขึ้น โรงพยาบาลสุโขทัย มีการคัดกรองการสูบบุหรี่ แต่พบปัญหาการนำเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ยังน้อย และมีการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ยังน้อย ผู้ที่สูบบุหรี่ยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และพบว่าการติดตามดูแลยังขาดความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงไปถึงเครือข่ายในชุมชนในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ยังน้อย¹⁰

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบ การบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา สร้างความตระหนัก ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ เพิ่มการเข้ารับการบำบัด มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ตามมาตรฐานทางการพยาบาล และเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเลิกบุหรี่ที่เข้ามารับการบำบัดในโรงพยาบาลสุโขทัย เพิ่มจำนวนการเข้ารับการบำบัด และป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎี แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบทรานส์เียร์เรคคัล ทฤษฎีการขาดแคลนการดูแลตนเองของโอเร็ม แบบจำลองการปรับตัวของรอย แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทวิชาชีพทางการแพทย์ และปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลสุโขทัย ให้สามารถบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงเดือน มกราคม-สิงหาคม ปี 2568 รวมระยะเวลา 8 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาควิชาความสุขจากการลดการสูบบุหรี่ในชุมชน จำนวน 15 คน
เชิงปริมาณ ผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่เข้ามารับการเลิกบุหรี่ในคลินิก ปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาควิชาความสุขจากการลดการสูบบุหรี่ในชุมชน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 15 คน

เชิงปริมาณ ผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่เข้ามารับการเลิกบุหรี่ในคลินิก ปี 2568 จำนวน 45 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบทดสอบความรู้ 3) แบบประเมินพฤติกรรม 4) แบบประเมินความตระหนัก 5) แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดอัดและความเป็นจริงด้วยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

2. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ผู้พามาบำบัด ระยะเวลาการเสพ ความรู้เรื่องบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ความตระหนัก ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ระดับความรู้เรื่องบุหรี่ ระดับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ระดับความตระหนัก ระดับความพึงพอใจ ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูล รวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อ

ประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การลดละเลิกบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลสุโขทัย

1.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน และผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 15 คน พบว่า ปัจจุบันการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลสุโขทัย ยังมีปัญหาและความท้าทายหลายประการ เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ความซับซ้อนของปัญหาการติดนิโคติน และการขาดระบบการคัดกรองติดตาม และประเมินการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในด้านการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ การประเมินระดับการติดนิโคติน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความลังเลใจและไม่กล้าเข้าสู่ระบบการรักษาขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่และการขอความช่วยเหลือยังไม่เป็นระบบและไม่มีความต่อเนื่อง อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายในชุมชนยังมีความรู้และทักษะในการค้นหาและส่งต่อผู้สูบบุหรี่ไม่เพียงพอ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินการให้บริการยังมีข้อจำกัด ขาดระบบแจ้งเตือนและการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ และไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลสุโขทัย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการโดย

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัยจากการกลับไปสูบบุหรี่ เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนที่ยั่งยืน

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน ที่เป็นผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามาใช้บริการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลสุโขทัย พบว่า ส่วนมากมีอายุ 56-65 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.11 รองลงมา 66-75 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และ 36-45 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 เท่ากับ 46-55 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 57.44 ปี (ต่ำสุด 15 ปี, สูงสุด 87 ปี) เพศส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 43 คน ร้อยละ 95.56 และเพศหญิง จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 ตามลำดับ ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 30 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมาโสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 และหม้าย จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ตามลำดับ ส่วนแต่งงานแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันและหย่า/แยกกันอยู่ มีจำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 และ 2 คน ร้อยละ 4.44 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 29 คน ร้อยละ 64.44 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 มีผู้จบปริญญาตรี จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากว่างงาน จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 รองลงมารับจ้าง จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และทำนา จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ ส่วนทำไร่ และค้าขาย มีจำนวนคนละ 6 คน ร้อยละ 13.33 นักเรียน จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 รับราชการ และกิจการ

ส่วนตัว มีจำนวนคนละ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนมากอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท จำนวน 17 คน ร้อยละ 37.78 รองลงมา 0-5,000 บาท จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.11 และ 5,001-10,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 13,351 บาท/เดือน (ต่ำสุด 0 บาท, สูงสุด 50,000 บาท) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ส่วนมากอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 รองลงมา 11-15 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 เท่ากับ 16-20 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และ 21-25 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.66 ปี (ต่ำสุด 3 ปี, สูงสุด 50 ปี) ผู้พามาบำบัดส่วนมากสมัครใจมาเอง จำนวน 27 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมาบุตร จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.89 และหลาน จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ส่วนญาติ และตายาย มีจำนวนคนละ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด คือ เบาหวาน จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 รองลงมา ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และ มะเร็ง จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่โดยตรง ได้แก่ หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 ภาวะอาหาร/ภาวะอาหาร อักเสบ จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 ส่วนต่อหิน และโรคพาร์กินสัน โรคอื่น มีจำนวนคนละ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ สถานะสุขภาพโดยรวม พบว่า ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีโรคประจำตัว 1 โรค มีจำนวนเท่ากัน คือ 18 คน ร้อยละ 40.00 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก

ดังต่อไปนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการประชุมทีมงาน 2) การหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 3) การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและตัวชี้วัด 4) การประกาศเป็นนโยบายโรงพยาบาล 5) การติดตามและประเมินผล 6) การแก้ไขปัญหาการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ 7) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วม และ 8) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและระบบงาน โดยมีการนำมาตรฐานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 รายการหลัก (การประเมินและคัดกรองระดับการติดยาเสพติด การให้บริการทางการแพทย์และการบำบัดครบถ้วน การให้บริการด้านจิตสังคมและการให้คำปรึกษา การลงบันทึกข้อมูลในระบบ HIS และการประสานงานส่งต่อและติดตามผลระยะยาว) มาใช้เป็นแกนหลักในการพัฒนารูปแบบการบริการประสิทธิผลของรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

3.1 ความรู้ จากการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรด้านความรู้เรื่องบุหรี่ ผลรวมของระดับความรู้ ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับความรู้มาก (8-10 คะแนน) จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 และระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 โดยไม่มีผู้รับบริการที่มีระดับรู้น้อย (0-5 คะแนน) ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับความรู้มาก (8-10 คะแนน) จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.56 และระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีการพัฒนาความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ เรื่องโรคที่คนสูบบุหรี่เสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งคือมะเร็งปอด รองลงมา เรื่องบุหรี่มือสามคือสารพิษจากควันบุหรี่

ที่ตกค้างอยู่ และ เรื่องกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามลำดับ

3.2 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ รายชื่อ ก่อน และหลังการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่ แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.22-4.98 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ปรับปรุงดีขึ้น ในทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.78-5.00 คะแนน ยังคงอยู่ในระดับมากทุกข้อ และมีข้อที่ได้คะแนนเต็ม (5.00 คะแนน) จำนวน 2 ข้อ ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและ ภายหลังการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบ ครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ประสิทธิภาพของ รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร ด้านระดับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จากการประเมิน ตามแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยการ จำแนกระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ ร้อยละ ประสิทธิภาพรวมของระดับพฤติกรรม ก่อนการใช้ รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับพฤติกรรมมากที่สุด (95% ขึ้นไป) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 และระดับพฤติกรรมมาก (80-94%) จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 โดยไม่มีผู้รับบริการที่มีระดับพฤติกรรมน้อย (น้อยกว่า 60%) และระดับ พฤติกรรมปานกลาง (60-79%) ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับพฤติกรรมมากที่สุด (95% ขึ้นไป) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.89 และระดับพฤติกรรมมาก (80-94%) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ตามลำดับ เมื่อ พิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ มีผลลัพธ์ ดังนี้ เรื่องการ หากิจกรรมอื่นทำเพื่อลดความต้องการสูบบุหรี่ รองลงมา เรื่องการบังคับใจตัวเองไม่ให้สูบบุหรี่ และ เรื่องการไม่ซื้อบุหรี่ตามผลับ ตามลำดับ

3.3 ความตระหนักการเลิกบุหรี่ จากการ วิเคราะห์ รายชื่อ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการ บริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาล สุโขทัย ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมี

ความตระหนักการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.89-4.11 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการ มีความตระหนักการเลิกบุหรี่ปรับปรุงดีขึ้น โดย คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน ยกเว้นข้อเป็นระดับมากทุกข้อ และมีข้อที่ได้คะแนน เต็ม (5.00 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ เมื่อพิจารณา แบ่งเป็นรายข้อ มีผลลัพธ์ดังนี้ ข้อที่มีการแก้ไข ความเข้าใจผิดสูงสุด มีดังนี้ เรื่องการสูบบุหรี่เป็น เรื่องเสียหายสำหรับท่าน รองลงมา ข้อ 2 เรื่องการ สูบบุหรี่ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย และ เรื่องการสูบ บุหรี่ทำให้ท่านไม่รู้สึกรังเกียจ ตามลำดับ

3.4 ความพึงพอใจ จากการวิเคราะห์ ราย ชื่อ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิก บุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ก่อนการใช้ รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับปานกลางทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.36-3.56 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจปรับปรุงดีขึ้นในทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.27-5.00 คะแนน เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ มีผลลัพธ์ ดังนี้ ข้อที่มี การพัฒนาสูงสุด ใน เรื่องประโยชน์ต่อผู้รับบริการ รองลงมา เรื่องความเหมาะสม และ เรื่องความ เป็นไปได้ ตามลำดับ

3.5 ผลลัพธ์ภาพรวม ในด้าน ความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิก บุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ได้พบ ผลลัพธ์ตามรายละเอียด ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 8.29 คะแนน (S.D. 0.85) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 9.42 คะแนน (S.D. 0.58) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05, $t=8.95$ (95%CI: 0.87-1.39, $p<.001$) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.13 คะแนน ตามลำดับ 2) พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อน

การพัฒนารูปแบบพบว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 42.44 คะแนน (S.D. 1.73) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 44.18 คะแนน (S.D. 0.92) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t=6.74$ (95%CI: 1.22-2.26, $p<.001$) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.74 คะแนน ตามลำดับ 3) ความตระหนักการเลิกบุหรี่ ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความตระหนักการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 3.66 คะแนน (S.D. 0.68) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความตระหนักการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 5.00 คะแนน (S.D. 0.02) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความตระหนัก

การเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t=10.58$ (95%CI: 1.08-1.60, $p<.001$) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.34 คะแนน ตามลำดับ 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ย 3.40 คะแนน (S.D. 0.65) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ย 4.42 คะแนน (S.D. 0.27) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t=12.45$ (95%CI: 0.85-1.19, $p<.001$) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.02 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และความพึงพอใจ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร (n=45)

รายการ	Mean	S.D.	Mean difference	t	95%CI	p-value
ความรู้						
ก่อนการใช้รูปแบบ	8.29	0.85	1.13	8.95	0.87-1.39	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	9.42	0.58				
พฤติกรรม						
ก่อนการใช้รูปแบบ	42.44	1.73	1.74	6.74	1.22-2.26	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	44.18	0.92				
ความตระหนักการเลิกบุหรี่						
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.66	0.68	1.34	10.58	1.08-1.60	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	5.00	0.02				
ความพึงพอใจ						
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.40	0.65	1.02	12.45	0.85-1.19	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	4.42	0.27				

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.6 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ประสิทธิภาพรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จพบว่า การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรมีผลต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพในทุกตัวชี้วัด โดยสามารถบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 3 ตัวชี้วัด เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นราย

ตัวชี้วัด มีผลลัพธ์ดังนี้ 1) ผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาล ได้รับการคัดกรอง (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 50) ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 71.15 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 89.80 โดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.65 ตามลำดับ 2)

ผู้ที่ได้รับการคัดกรองว่าสูบบุหรี่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 50) ก่อนการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 2.58 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 25.17 โดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.59 ตามลำดับ 3) ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสามารถเลิกได้อย่างน้อย 6 เดือน (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 15) ก่อนการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 14.70 ซึ่งใกล้เคียงเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 33.33 โดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.63 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการลดละเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลสุโขทัยพบปัญหาหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การให้บริการตามมาตรฐาน การติดตามและประเมิน การมีส่วนร่วมของชุมชน ความปลอดภัย และการป้องกัน และเทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยพบปัญหาการขาดระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการขาดเครือข่ายที่เข้มแข็งเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานช่วยเลิกบุหรี่จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 57.44 ปี และมีระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.66 ปี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวัฒนา เรืองฤทธิ์ และฤทธิ์รงค์ เรื่องฤทธิ์¹¹ ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน ทำให้การเลิกบุหรี่มีความซับซ้อน และต้องการการดูแลแบบครบวงจร โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคข้อ

เสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติธวัช ศิริ นิรันดร์ และสุนันทา วงษ์ใส¹² ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมเลิกบุหรี่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การพัฒนาแบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ในการพัฒนารูปแบบการบริการที่ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลักและการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ 6 สาขา สอดคล้องกับแนวคิดการให้บริการแบบครบวงจรของนิรันดร์ สายประดิษฐ์ และพรทิพย์ แสงอรุณ¹³ ที่เน้นการพัฒนาโมเดลการบริการแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรอง การประเมิน การให้คำปรึกษา การใช้ยา และการติดตาม โดยการบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติทำให้เกิดระบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 5 ประเภทในรูปแบบการบริการสอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ทองประดิษฐ์ และวิรัช นาคเสน¹⁴ ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันมือถือร่วมกับการให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอลและระบบเตือนความจำอัตโนมัติสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่และลดอุปสรรคด้านเวลาและสถานที่ในการเข้าถึงบริการ การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลนี้ยังสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้ LINE Official Account และแอปพลิเคชันมือถือที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและการติดตามอย่างต่อเนื่อง การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยพัฒนารูปแบบเพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายในชุมชน การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวิจัยของ มัลลิกา มาตระกุล และนาตญา พแดนนอก¹⁵ ที่เน้นการสร้างเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการช่วยเลิกบุหรี่

การประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

ผลการประเมินด้านความรู้พบว่ามีการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา มาตระกุล และนาตญา พแดนนอก¹⁵ ที่พบว่าการใช้รูปแบบ การช่วยเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจทำให้นักศึกษามีคะแนนความรู้สูงขึ้น การ พัฒนาความรู้ที่สำคัญที่สุดพบในข้อ 2 เรื่องโรคที่ คนสูบบุหรี่เสียชีวิตมากที่สุดคือมะเร็งปอด ซึ่ง เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ ความรู้ที่ถูกต้องและเป็นระบบ ด้านพฤติกรรม การ เลิกบุหรี่พบการปรับปรุง โดยพฤติกรรมที่พัฒนา มากที่สุดคือการหากิจกรรมอื่นทำเพื่อลดความ ต้องการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ อรณิชา ชำนาญศิลป์ และ เอ็มอัชมา วัฒนบุรณ นนท์¹⁶ ที่พบว่าโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิผลในการลด พฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวน มวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง การเปลี่ยนแปลงของ ระดับพฤติกรรมพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมมากที่สุด เพิ่มขึ้น ความตระหนักการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น โดย ผู้รับบริการทุกคนมีระดับความตระหนักมากโดย พบว่าการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการ เลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ การแก้ไขความเข้าใจผิดที่สำคัญพบในข้อ 2 และ 3 เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและไม่รู้สึก เหน็ด ซึ่งผู้รับบริการทุกคนสามารถปรับความเข้าใจ ได้อย่างสมบูรณ์ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยพบการ พัฒนาสูงสุดในด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และได้คะแนนเต็มจากผู้รับบริการทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติธวัช ศิรินิรันดร์ และสุนันทา วงษ์ใส¹² ที่พบระดับความพึงพอใจต่อ การบริการอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจระดับมาก เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความ เชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อรูปแบบการบริการที่ พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ความสำเร็จพบการปรับปรุงทั้ง 3 ตัวชี้วัด โดยการ คัดกรองเพิ่มขึ้น การเข้าสู่ระบบการบำบัดเพิ่มขึ้น และการเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้น ผล การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรันดร์

สายประดิษฐ์ และพรทิพย์ แสงอรุณ¹³ ที่พบว่า โมเดลการบริการแบบองค์รวมสามารถเพิ่มอัตราการ เลิกบุหรี่ในระยะ 12 เดือน โดยพบอัตราการ หยุดสูบบุหรี่ในระยะติดตาม 1 ปีเพิ่มมากขึ้น เมื่อ เปรียบเทียบกับงานวิจัยต่างประเทศ ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Coleman และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการแทรกแซงแบบหลายวิธีการรวมกันมี ประสิทธิภาพสูงสุดในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยอัตราการเลิกบุหรี่ในระยะ 12 เดือนสูงถึงร้อยละ 45.20 และสอดคล้องกับ Rigotti และคณะ¹⁸ ที่พบว่าการให้คำปรึกษาที่มีการติดตามหลัง จำหน่ายเป็นระยะเวลาานานกว่า 1 เดือนสามารถ เพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้อง กับ Onwuzo และคณะ¹⁹ ที่เน้นความสำคัญของการแทรกแซงที่ผสมผสานระหว่างโรงพยาบาลและ ชุมชนเพื่อสร้างแผนงานที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผล ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

- 1.โรงพยาบาลควรจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่แบบ ครอบคลุมโดยใช้มาตรฐานการเพื่อเป็นศูนย์กลาง ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานระหว่าง แผนกต่าง ๆ ตาม Flow Chart ที่พัฒนาขึ้นให้ตรง ตามบริบท
- 2.ควรพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการ บริการลดละเลิกบุหรี่แบบครอบคลุมโดยใช้แนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละ โรงพยาบาล
- 3.ควรจัดระบบนิเทศและติดตามงานอย่าง สม่ำเสมอ โดยกำหนดแผนการติดตาม ในด้าน ความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และความพึงพอใจ
- 4.ควรสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อแบ่งปันประสบการณ์การใช้ยา First-line therapy และ Second-line therapy รวมทั้งจัด ประชุมวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้
- 5.ควรพัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับผู้

สื่อบุหรี่ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านและการติดตามในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขให้ครบวงจรโรงพยาบาลและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย บุคลากร และภาคี

เครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization.
2. Cinciripini, P. M., Kyriotakis, G., Blalock, J. A., Karam-Hage, M., Beneventi, D. M., Robinson, J. D., Minnix, J. A., & Warren, G. W. (2024). Survival outcomes of an early intervention smoking cessation treatment after a cancer diagnosis. *JAMA Oncology*, 10(12), 1689-1696.
3. National Health and Medical Research Council. (2010). A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guideline.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานประจำปี 2567 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพรส จำกัด.
5. ฐานันดร สหะวรกุลศักดิ์ และสมบัติ อารังสินถาวร. (2561). ศักยภาพการรู้เท่าทันสื่อที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้โฆษณาหลอกลวงในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในจังหวัดชลบุรี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 2(1), 26-37.
6. สุนีย์ เจกะบาชอ และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมเชิงรุกด้วยกระบวนการทางสังคม (บาเจาะโมเดล) ต่อการเลิกบุหรี่ในชุมชนจังหวัดนราธิวาส. ใน การประชุมวิชาการ “บุหรืกับสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 18 เรื่อง “บุหรืกับสุขภาพปอด”. หน้า 15. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
7. กันยพัชร เศรษฐโชฎีก. (2559). บุหรี่ภัยคุกคามสุขภาพของวัยรุ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 25(6):1075-1083.
8. ณัฐณพัชร อ่อนตาม. (2563). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). *วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย*, 1(3), 39-46.
9. จุไรรัตน์ ขวัญไชยยะ และมณฑา เก่งการพานิช. (2562). ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ Facebook ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.
10. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุโขทัย. (2567) รายงานผู้เข้ารับการบำบัดเลิกบุหรี่จากฐานข้อมูลสุขภาพ ระบบ HosXp โรงพยาบาลสุโขทัย ปี 2567.
11. วิวัฒน์ธนา เรื่องฤทธิ์, ฤทธิ์รงค์ เรื่องฤทธิ์. โปรแกรมการพัฒนาบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ในนักเรียนที่ศึกษาในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 2566;7(14):123-125.
12. กิตติธวัช ศิริรัตนันต์ และสุนันทา วงษ์ใส. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 7(1), 85-96.
13. นรินทร์ สายประดิษฐ์ และพรทิพย์ แสงอรุณ. (2566). การพัฒนาโมเดลการบริการเลิกบุหรี่แบบองค์รวมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(3), 312-325.
14. สมศรี ทองประดิษฐ์ และวิรัช นาคเสน. (2567). ประสิทธิผลของการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ*, 18(2), 145-158.
15. มัลลิกา มาตระกุล และ นาตญา พแดนนอก. (2564). การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 84-93.

16. อรณิข ชำนาญศิลป์ และเอมอัชฌา วัฒนบุรณนธ์. (2565). ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล,
4(2), 76-89.
17. Coleman, S. R. M., Streck, J. M., Hales, S., Sarna, L., & Hitsman, B. (2023). Smoking cessation
interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A narrative review with
implications for pulmonary rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and
Prevention*, 43(4), 259-269.
18. Rigotti, N. A., Streck, J. M., Livingstone-Banks, J., Tindle, H. A., Clair, C., Munafò, M. R., Sterling-Maisel, C.,
& Hartmann-Boyce, J. (2024). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane
Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD001837.
19. Onwuzo, S. A., Nnadi, N. E., Ezeoke, U. E., & Anyaehie, U. B. (2024). A review of smoking cessation
interventions: Efficacy, strategies for implementation, and future directions. *Cureus*, 16(1), e52102.