



ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการแนะนำ สุขภาพช่องปากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรม 654 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ลาวัณย์ บุญขมานนท์ ทบ., วทม. (ปริทัศน์วิทยา), M.P.H.M.

คลินิกทันตกรรม 654 กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลองที่มีวัตถุประสงค์ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องคำแนะนำของทันตแพทย์ต่อการลดเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่ตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ และมารับบริการทางทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรม 654 กองทันตสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

วัสดุและวิธีการ ผู้สูบบุหรี่ 90 คนถูกจัดเป็นกลุ่มทดลอง 46 คน กลุ่มควบคุม 44 คน กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากทันตแพทย์เกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย และอวัยวะในช่องปาก ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่เมื่อเริ่มต้นการศึกษาแต่จะได้รับความรู้ดังกล่าวเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการสอนวิธีควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ และการทำความสะอาดฟันเมื่อเริ่มต้นการศึกษา 1 สัปดาห์ หลังการศึกษา 1 เดือน และ 12 เดือน

ผลการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าจำนวนวันที่สูบบุหรี่ต่อวันมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ($p < 0.05$) ตลอดระยะเวลาการติดตามผลที่ 1 สัปดาห์ ($p = 0.000$) 1 เดือน ($p = 0.000$) 3 เดือน ($p = 0.008$) 6 เดือน ($p = 0.026$) 9 เดือน ($p = 0.016$) และ 12 เดือน ($p = 0.002$) เมื่อสิ้นสุดการศึกษากลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ 32% ในขณะที่กลุ่มควบคุมหยุดสูบบุหรี่เพียง 7.4% กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหยุดสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของจำนวนที่เคยสูบ 28 % และ 18.5 % ตามลำดับ ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนที่เคยสูบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 28 % และ 18.5 % ตามลำดับ

สรุป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การแนะนำเรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อร่างกายและอวัยวะในช่องปากจากทันตแพทย์มีผลต่อการลดเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการทางทันตกรรม

(ว กบด อุฬาฯ 2547;27:141-52)

คำสำคัญ: การแนะนำสุขภาพช่องปาก คลินิกทันตกรรม พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โปรแกรมสุขศึกษา

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ และเป็นสาเหตุความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากโรคต่างๆ ถึง 25 โรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมปอดโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และมะเร็งชนิดต่างๆ โดยเฉพาะ มะเร็งปอด และมะเร็งของกระเพาะอาหาร¹ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลต่ออวัยวะปริทันต์และมะเร็งในช่องปาก จากการศึกษาทางระบาดวิทยาจำนวนมากพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^{2,8} การสูบบุหรี่สามารถกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายจึงทำให้พบหินน้ำลายในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^{9,16} และยังพบอาการแสดงการทำลายอวัยวะปริทันต์ เช่น จากภาพถ่ายรังสีพบการสูญเสียกระดูก การเกิดร่องลึกปริทันต์และการสูญเสียการยึดติดจะพบในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่^{17,18}

พฤติกรรมการสูบบุหรี่มักจะเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เนื่องจากบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมายมีวางขายทั่วไป ราคาถูก จึงทำให้มีโอกาสติดบุหรี่ได้ง่ายกว่าสิ่งเสพติดอื่นๆ การสูบบุหรี่เป็นวิธีการแสวงหาความพึงพอใจ เป็นการหาทางออกหรือระบายความเครียด บุหรี่เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นจากการเสพติดสูงและเลิกยาก ดังนั้น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จึงมีความสำคัญในการป้องกันความเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดหรือเลิกการสูบบุหรี่ คือ การให้คำแนะนำในการเลิกหรือลดจำนวนมวนบุหรี่โดยบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์หรือทันตแพทย์¹⁹ แพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 10-20 ในขณะที่ทันตแพทย์สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 18²⁰ คลินิกทันตกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาจัดเป็นหน่วยต้นแบบของการจัดโปรแกรมการให้คำอธิบายและแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ได้ดียิ่งเนื่องจากผู้ใหญ่ร้อยละ 60 วัยรุ่น 15-19 ปีร้อยละ 83 มีโอกาสมาพบทันตแพทย์มากกว่าไปพบแพทย์²⁰ จึงนับเป็นโอกาสอันดีของทันตแพทย์ที่จะสามารถอธิบายถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย และอวัยวะภายในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์อักเสบ มะเร็งในช่องปาก ตลอดจนการสูญเสียฟันก่อนกำหนดแก่ผู้สูบบุหรี่ รวมทั้งการตรวจสุขภาพในช่องปากโดยสามารถใช้เวลาอธิบายทุกครั้งทันตแพทย์นัดประมาณ 4-6 นาทีพร้อมแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อจะเลิกสูบบุหรี่¹⁹

ซึ่งถ้าผู้สูบบุหรี่เกิดการรับรู้ในเรื่องโทษการสูบบุหรี่ก็จะเกิดแรงจูงใจ สนใจและตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

จากการสำรวจความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของทันตแพทย์ไทยในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเรวดีและคณะ²¹ พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติต่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในเกณฑ์ที่ดี ปกติทันตแพทย์มีความสนใจในประวัติการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่แต่มีส่วนน้อยที่ปฏิบัติจริงต่อการดำเนินการให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่²² โดยอาจมีสาเหตุจากการขาดความเชื่อมั่นในการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะอธิบายการแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และคิดว่าเสียเวลาในการรักษาทางทันตกรรม²³ ดังนั้นทันตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้สูบบุหรี่จึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมสุศึกษาในการแนะนำสุขภาพช่องปากเพื่อแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาในการแนะนำสุขภาพช่องปากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมของหน่วยงานหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (experimental study) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุศึกษาเรื่องคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่จากทันตแพทย์ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างในผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่มาใช้บริการทางทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรม 654 แขวงบางมด เขตทุ่งครุ เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณมีค่าเท่ากับ 384 คนซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก การวิจัยครั้งนี้จึงใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่มาใช้บริการทางทันตกรรมในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2544 ถึงวันที่ 1 พฤษภาคม 2545 เป็นเวลา 1 ปี และติดตามผลการทดลองเป็นเวลา 1 ปี ดังนั้นการติดตามผลกลุ่มตัวอย่างคนสุดท้ายจะสิ้นสุดวันที่ 1 พฤษภาคม 2546 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้สูบบุหรี่มีอายุ ตั้งแต่ 15-60 ปีและสูบบุหรี่ชนิดมวนตั้งแต่ 5 มวนขึ้นไป
2. ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจที่จะลดการสูบบุหรี่ และเต็มใจเข้าร่วมในการทดลอง

ผู้สอบนุหรีจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง การแบ่งกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. เพื่อให้ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน จึงแบ่งอายุของผู้สอบนุหรีออกเป็น 4 ช่วง คือ อายุ 15-25 ปี อายุ 26-35 ปี อายุ 36-45 ปี และอายุ 46-60 ปี

2. ผู้สอบนุหรีที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกันจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การสุ่มจะสุ่มครั้งละ 2 คน ตามลำดับดังนี้ ผู้สอบนุหรีคนที่ 1 จะได้รับการจับฉลากเข้ากลุ่มจากสลาก 2 ใบ คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้สอบนุหรีคนที่ 2 ที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกันจะได้สลากใบที่เหลือโดยอัตโนมัติ ตัวอย่างเช่น ผู้สอบนุหรีคนที่ 1 จับสลากได้กลุ่มทดลอง ผู้สอบนุหรีคนที่ 2 ก็จะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม ถ้าผู้สอบนุหรีอยู่คนละกลุ่มอายุกับการจับฉลากครั้งแรก ผู้สอบนุหรีคนนี้ก็จะต้องได้รับการจับฉลากใหม่ กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้จากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับผลเสียจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่ออวัยวะในช่องปาก และร่างกายในส่วนอื่น ๆ ตลอดจนผลกระทบต่อนั้ที่มิสูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ โดยให้เมื่อเริ่มต้นการศึกษาเพียงครั้งเดียว ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ขณะเริ่มต้นทำการศึกษาแต่จะได้รับความรู้ที่มีเนื้อหาเหมือนกับในกลุ่มทดลองได้รับเมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการทำความสะอาดฟันเมื่อเริ่มต้นการศึกษา หลังการศึกษา 1 สัปดาห์ 1 เดือน และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ทุกคนจะได้รับการสอนวิธีควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง และเครื่องมือการทำความสะอาดซอกฟัน เช่น ไหมขัดฟันทุกคนจะได้รับไหมขัดฟันใช้ฟรีตลอดระยะเวลาการศึกษา 1 ปี ระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับสมุดบันทึกจำนวนการสูบบุหรี่แต่ละวันของทุก ๆ เดือนตลอดการศึกษา โดยให้นำมาส่งคืนให้ทันตแพทย์เมื่อครบกำหนดที่นัดหมาย คือ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะถูกเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วนซึ่งเป็นคำถามแบบเดียวกัน 3 ครั้ง คือ เมื่อเริ่มต้นการศึกษาและ หลังทำการศึกษา 1 เดือน 12 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมจะถูกเก็บข้อมูลแบบเดียวกัน 2 ครั้ง คือ เมื่อเริ่มต้นการศึกษา และ หลังทำการศึกษา 12 เดือนโดยที่ไม่ได้เก็บข้อมูลหลังทำการศึกษา 1 เดือนเนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจได้รับความรู้เรื่องผลเสียจากการสูบบุหรี่จากข้อ

คำถามที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนดังมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ที่เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกายจำนวน 8 ข้อ และผลของบุหรี่ต่อโรคหรือสภาวะในช่องปากจำนวน 6 ข้อ หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สอบนุหรีในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการเลิกสูบบุหรี่

การทดสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์เรื่องความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้เชี่ยวชาญของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครเป็นผู้ตรวจสอบจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำแล้วนำแบบสัมภาษณ์ฉบับแก้ไขปรับปรุงไปทดลองสัมภาษณ์ในคลินิกทันตกรรมอื่น ๆ ของสำนักอนามัยจำนวน 30 ฉบับเพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือในด้านการจัดลำดับความต่อเนื่องของคำถามและภาษาที่ใช้ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จึงนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์พร้อมที่จะไปใช้ในการวิจัยคั้งนี้ ส่วนในการทดสอบคุณภาพบทการสอนและเอกสารประกอบการสอน บทการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครตรวจสอบความถูกต้อง ตรงประเด็น ความสอดคล้องของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้สอนผู้สอบนุหรี 5 คน ภายหลังการสอนได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความเข้าใจในเนื้อหา ความคิดเห็นของผู้สอบนุหรีเพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทการสอนและเอกสารประกอบการสอน

วิธีการวัดการปฏิบัติตัวในการลดเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างวัดจากการสอบถาม สมุดบันทึกจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบแต่ละวันที่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมบันทึกตลอดการศึกษา โดยนิยามตัวแปรมีดังนี้

การหยุดสูบบุหรี่ หมายถึง การลดจำนวนมวนของบุหรี่ที่สูบแต่ละวันเท่ากับ 0 โดยต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ คือ ไม่ซื้อบุหรี่ ไม่ขอหรือรับบุหรี่จากผู้อื่น ไม่หยิบบุหรี่ของผู้อื่นมาสูบ

การลดสูบบุหรี่ หมายถึง การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันโดยเปรียบเทียบกับจำนวนมวนก่อนเริ่มต้นทำการศึกษากการลดสูบบุหรี่แบ่งเป็นการลดสูบบุหรี่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ และการลดสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครในโครงการเลขที่ 0064 เอกสารเลขที่ พ 135 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) การทดสอบไค-สแควร์ (chi-square) การทดสอบแมคนิมาร์ (McNemar test) และการทดสอบที (paired t-test) โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS ใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่น 95 %

ผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจากระยะเวลา 1 พฤษภาคม 2544 ถึง 1 พฤษภาคม 2545 เป็นเวลา 1 ปีมีจำนวน 90 คน เป็นผู้สูบบุหรี่เพศชายทั้งสิ้นแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 44 คนและกลุ่มทดลอง 46 คน จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 35.9 ปีและ 35.7 ปี ตามลำดับ สถานภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่แต่งงาน คือ 65.9% และ 84.8% ตามลำดับ ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 34% และ 45.7% ตามลำดับ ระดับอาชีวศึกษาเท่ากับ 20.5% และ 8.7% ตามลำดับ ส่วนระดับปริญญาตรีเท่ากับ 25% และ 10.9% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อเริ่มต้นการศึกษาจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนปีที่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.47, 0.86$ ตามลำดับ) ในประเด็นประวัติการสูบบุหรี่ทุกวันใน 1 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (90.9% , 91.3% ตามลำดับ) เช่นเดียวกับประสบการณ์การเคยเลิกสูบบุหรี่ของ 2 กลุ่ม (79.5% , 80.4% ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คนที่กรอกแบบสอบถาม

Table 1 Distribution of sociodemographic characteristics by sample group

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=44)	กลุ่มทดลอง (N=46)	p-value
อายุ	35.9 ปี (Min = 21 ปี, Max = 56 ปี)	35.7 ปี (Min = 21 ปี, Max = 58 ปี)	0.87
สถานภาพ			
- โสด	20.5 %	15.2 %	
- แต่งงาน	65.9 %	84.8 %	
- อื่นๆ			
การศึกษา :			
- ประถมศึกษา	34.0 %	45.7 %	
- มัธยมศึกษา	20.5 %	34.7 %	
- อาชีวศึกษา	20.5 %	8.7 %	
- ปริญญาตรี	25.0 %	10.9 %	

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเริ่มต้นทำการศึกษา

Table 2 Smoking behavior of sample group at baseline

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่	19.3 ปี (Min=13 ปี, Max =33 ปี)	19.5 ปี (Min =11 ปี, Max =28 ปี)	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	13.5 มวน (Min =5 มวน, Max =30 มวน)	12.3 มวน (Min =5 มวน, Max =30 มวน)	0.47
ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อวัน	27.6 บาท (Min = 0 บาท, Max =99 บาท)	23.9 บาท (Min =5 บาท, Max =50 บาท)	
จำนวนปีที่สูบบุหรี่	16.7 ปี	16.4 ปี	
ประวัติการสูบบุหรี่ทุกวันใน 1 ปีที่ผ่านมา	90.9 %	91.3 %	
ประสบการณ์การเคยเลิกสูบบุหรี่	79.5 %	80.4 %	

ความรู้เกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อร่างกาย

การวัดความรู้เรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยถามคำถามจำนวน 14 ข้อ แยกเป็นคำถามเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย 8 ข้อ และอันตรายของบุหรี่ต่อช่องปากจำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลองในช่วงก่อนและหลังทำการศึกษาค้นใช้สถิติ paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันเล็กน้อย แต่จากการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.258$) เช่นเดียวกับการทดสอบหลังทำการศึกษา 12 เดือนพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.258$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการศึกษา และหลังทำการศึกษา 12 เดือน

Table 3 Mean scores of the knowledge on cigarette smoking's effect before intervention and after follow-up 12 months

เวลาการศึกษา	กลุ่ม	จำนวน (N)	จำนวนที่หาย (Drop-out)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
0 เดือน	ควบคุม	44		9.82 $\pm$.72	
	ทดลอง	46		9.37 $\pm$ 2.00	
12 เดือน	ควบคุม	27	17	10.00 $\pm$ 1.54	
	ทดลอง	21	21	9.44 $\pm$ 1.94	

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองก่อนทำการศึกษาและหลังทำการศึกษา 1 เดือนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองช่วงหลังทำการการศึกษา 1 เดือน และ 12 เดือนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p=0.131$) และเมื่อย้อนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยนี้ช่วงก่อนทำการศึกษา และหลังทำการศึกษา 12 เดือน ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.538$) และเมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยนี้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=1.000$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องผลของการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม

Table 4 Comparison of mean scores of the knowledge on cigarette smoking's effect in experimental and control group

กลุ่ม	เวลาการศึกษา	จำนวน (N)	จำนวนที่หาย (Drop-out)	p-value
กลุ่มทดลอง	0 เดือน - 1 เดือน	44	2	0.003*
กลุ่มทดลอง	1 เดือน - 12 เดือน	25	21	
กลุ่มทดลอง	0 เดือน - 12 เดือน	25	21	
กลุ่มควบคุม	0 เดือน - 12 เดือน	27	17	

* significantly difference at confidence interval 95%

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Table 5 Comparison of the average number of cigarette smoking per day between experimental and control groups

เวลาศึกษา	กลุ่ม	จำนวน (N)	จำนวนที่หาย (Drop-out)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
0 เดือน	ควบคุม	44		13.48 $\pm$ 6.09	0.379
	ทดลอง	46		12.27 $\pm$ 6.81	
1 สัปดาห์	ควบคุม	41	3	10.79 $\pm$ 6.15	0.000*
	ทดลอง	44	2	5.56 $\pm$ 4.46	
1 เดือน	ควบคุม	41	3	10.89 $\pm$ 6.12	0.000*
	ทดลอง	44	2	5.85 $\pm$ 4.65	
3 เดือน	ควบคุม	34	10	10.15 $\pm$ 5.94	0.008*
	ทดลอง	31	15	5.98 $\pm$ 6.28	
6 เดือน	ควบคุม	22	22	7.60 $\pm$ 6.27	0.026*
	ทดลอง	28	18	4.31 $\pm$ 3.77	
9 เดือน	ควบคุม	17	27	8.82 $\pm$ 6.06	0.016*
	ทดลอง	22	24	4.69 $\pm$ 4.20	
12 เดือน	ควบคุม	27	17	10.91 $\pm$ 7.78	0.002*
	ทดลอง	25	21	4.79 $\pm$ 5.24	

* significantly difference at confidence interval 95%

ก่อนทำการศึกษาคพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.379$) เมื่อเริ่มต้นทำการวิจัยได้ให้โปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง และติดตามผลจำนวนมวนของการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการศึกษา

1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือนพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000, 0.000, 0.008, 0.026, 0.016, 0.002$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 การติดตามผลระดับความสำเร็จของปริมาณการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุม

Table 6 Reported level of success in cigarette consumption at follow-up periods of control group

ระดับความสำเร็จ	เวลาที่ศึกษา					
	1 สัปดาห์	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สูบเท่าเดิม	8 (19.5%)	10 (24.4%)	8 (23.5%)	4 (18.2%)	3 (17.7%)	9 (33.4%)
สูบลด < 50%	16 (39.0%)	13 (31.7%)	12 (35.3%)	3 (13.6%)	5 (29.4%)	5 (18.5%)
50%	5 (12.2%)	6 (14.7%)	6 (17.7%)	10 (45.5%)	5 (29.4%)	5 (18.5%)
	2 (4.9%)	1 ^a (2.4%)	0 ^b	1 ^a (5.9%)	1 ^a (5.9%)	2 ^c (7.4%)
สูบเพิ่ม	10 (24.4%)	11 (26.8%)	8 (23.5%)	4 (18.2%)	3 (17.6%)	6 (22.2%)
รวม (ราย)	41 (100%)	41 (100%)	34 (100%)	22 (100%)	17 (100%)	27 (100%)

a = loss follow up 1 case b = loss follow up 2 cases c = same quit smoker at 1 week

ตารางที่ 7 การติดตามผลระดับความสำเร็จของปริมาณการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง

Table 7 Reported level of success in cigarette consumption at follow-up periods of

ระดับความสำเร็จ	เวลาที่ศึกษา					
	1 สัปดาห์	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สูบเท่าเดิม	2 (4.6%)	2 (4.6%)	1 (3.1%)	2 (7.1%)	2 (9.1%)	2 (8.0%)
สูบลด < 50%	13 (29.6%)	16 (36.4%)	7 (22.6%)	7 (25.0%)	6 (27.3%)	7 (28.0%)
50%	21 (47.7%)	21 (47.7%)	14 (45.2%)	12 (42.9%)	6 (27.3%)	7 (28.0%)
หยุดสูบ	6 (13.6%)	3 ^a (6.8%)	6 ^b (19.4%)	6 ^c (21.4%)	8 ^d (36.3%)	8 ^d (32.0%)
สูบเพิ่ม	2 (4.5%)	2 (4.5%)	3 (9.7%)	3 (3.6%)	0	1 (4.0%)
รวม (ราย)	44 (100%)	44 (100%)	31 (100%)	28 (100%)	22 (100%)	25 (100%)

a = loss follow up 3 case b = loss follow up 4 cases and new quit smoker 4 cases c = loss follow up 4 cases d = loss follow up 2 cases

เมื่อเริ่มต้นการศึกษากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ หลังการศึกษา 1 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ 6 คน (13.6 %) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม 3 เท่า สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับจำนวนครั้งหนึ่งของที่เคยสูบ 21 คน (47.7 %) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 4 เท่า ในขณะที่กลุ่มควบคุมหยุดสูบ 2 คน (4.9%) สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าจำนวนครั้งหนึ่งของที่เคยสูบ 5 คน (12.2%) และเพิ่มการสูบบุหรี่ 10 คน (24.4%) ซึ่งมีจำนวนมากกว่าในกลุ่มทดลอง 5 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา (12 เดือน) พบว่า กลุ่มควบคุมหยุดสูบบุหรี่ 2 คน (7.4%) สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนมวนบุหรี่เมื่อเริ่มต้นการศึกษา 6 คน (22.2%) สูบบุหรี่เท่ากับจำนวนมวนที่เคยสูบ 9 คน (33.4%) สูบบุหรี่ลดลงน้อยกว่าครั้งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ 5 คน (18.5%) และสูบบุหรี่ลดลงมากกว่า หรือเท่ากับครั้งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ 5 คน (18.5%) ในขณะที่กลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ 8 คน (32.0%) สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนมวนบุหรี่เมื่อเริ่มต้นการศึกษา 2 คน (8.0%) สูบบุหรี่เท่ากับจำนวนมวนที่เคยสูบ 1 คน (4.0%) สูบบุหรี่ลดลงน้อยกว่าครั้งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ 7 คน (28.0%) และสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับครั้งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ 7 คน (28.0%)

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ในส่วนของการถามซึ่งเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่พบว่า ทัศนคติของกลุ่มควบคุมเมื่อเริ่มต้นทำการศึกษา และหลังทำการศึกษา 12 เดือนไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) อาทิเช่น การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคที่อันตรายต่อชีวิต (85.2%, 81.5% ตามลำดับ) การสูบบุหรี่ทำให้เกิดกลิ่นตัวกลิ่นปาก (96.3%, 96.3% ตามลำดับ) การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความรำคาญและเดือดร้อนแก่ผู้ไม่สูบบุหรี่ (92.6%, 88.9% ตามลำดับ) การสูบบุหรี่ไม่เป็นการสิ้นเปลือง (77.8%, 85.2% ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีทัศนคติในทางบวกเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.508$) เช่น การสูบบุหรี่ไม่เป็นการสิ้นเปลือง (78.3%, 67.4% ตามลำดับ) ความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรี่ (63.0%, 72.0% ตามลำดับ) การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องง่าย ๆ (56.0%, 72.0% ตามลำดับ)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

ในส่วนของการถามส่วนนี้ หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีความคาดหวังในการเลิกสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละในประเด็นต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น จะไม่สูบบุหรี่เพื่อคลายความเครียด (40.9%, 22.7% ตามลำดับ) เมื่ออยู่คนเดียวหรือเหงาจะไม่สูบบุหรี่ (47.7%, 25.0% ตามลำดับ) หรือเมื่อมีปัญหาจะไม่สูบบุหรี่ (45.5%, 27.3% ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังในความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ช่วงก่อนทำการศึกษาและหลังทำการศึกษา 12 เดือนในกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มมีความคาดหวังที่จะไม่สูบบุหรี่ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ เช่น เมื่อไม่ต้องการมีกลิ่นปากก็จะไม่สูบบุหรี่ (44.4%, 70.4% ตามลำดับ) เมื่อไม่ต้องการปราบปรามตัวพินก็จะไม่สูบบุหรี่ (40.7%, 55.6% ตามลำดับ) ซึ่งผลประเด็นนี้ตรงกับทฤษฎีการวิเคราะห์ในกลุ่มทดลอง นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังสามารถคาดหวังที่จะไม่สูบบุหรี่ด้วยการใช้ความรู้ในโปรแกรมสุขศึกษาของการศึกษาครั้งนี้ เช่น ดมน้ำวันละ 8-10 แก้วเพื่อลดความอยากบุหรี่ (73.9%, 87 %ตามลำดับ)

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระหว่างทำการศึกษา

ในส่วนนี้เมื่อเริ่มต้นทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน เช่น การพกบุหรี่ตลอดเวลา การซื้อบุหรี่เมื่อบุหรี่หมด แต่หลังทำการศึกษา 12 เดือนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองปฏิบัติตัวแตกต่างกันในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพกบุหรี่อยู่กับตัวตลอดเวลา (73.1%, 60% ตามลำดับ) หรือทิ้งอุปกรณ์ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ (33.3%, 80% ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

วิจารณ์

ในบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง มีฤทธิ์ในการเสพติดสูง การสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเป็นการติดที่พฤติกรรม หรือความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้ยากต่อการลดเลิกแต่ก็ไม่ยากเกินความสามารถของผู้สูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่ (90%) ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (เลิกได้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี) สามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือสารนิโคตินทดแทน

ความตั้งใจจริง กำลังใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การลดความเครียดในช่วงที่ยากสูบบุหรี่ ลดอาการอยากสูบบุหรี่จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้

องค์ประกอบสำคัญส่วนหนึ่งที่จะทำให้กิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมประสบความสำเร็จ ได้แก่ การรับรู้ของผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการยอมรับของผู้สูบบุหรี่ต่อบทบาทของทันตแพทย์ในการทำกิจกรรมดังกล่าว โปรแกรมสุขภาพที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีจุดประสงค์ที่ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ลดเลิกการสูบบุหรี่ โปรแกรมนี้ประกอบด้วยผลของการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย อวัยวะในช่องปาก อวัยวะปรีทันต์ การเกิดหินน้ำลาย การเป็นมะเร็งในช่องปาก ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ วิธีปฏิบัติในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ และการทำความสะอาดฟัน การศึกษาค้างนี้ใช้แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งหมายถึง เมื่อผู้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนมีผลทำให้ผู้รับแรงสนับสนุนปฏิบัติไปในทางที่ผู้ให้การสนับสนุนต้องการ ในที่นี้หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ลดเลิกการสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่จะได้ผลดีถ้าผู้สูบบุหรี่อยู่ในสภาพจิตใจที่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคาดหวังในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้และยอมรับในการเลิกสูบบุหรี่ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อร่างกายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา 1 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) แสดงว่าเกิดการรับรู้อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นการเร้าให้ผู้สูบบุหรี่ตั้งใจตนเอง (self motivation) เลิกสูบบุหรี่ แต่การออกแบบการศึกษาค้างนี้กำหนดให้ทันตแพทย์ให้ความรู้ดังกล่าวในกลุ่มทดลองเพียงครั้งเดียวคือเมื่อเริ่มต้นการศึกษา ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองน่าจะลดลงตามระยะเวลาซึ่งตรงกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ผลของการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังทำการศึกษา 12 เดือน และระหว่างหลังทำการศึกษา 1 เดือนและ 12 เดือนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.131, 0.538$ ตามลำดับ) ดังนั้นทันตแพทย์จึงควรให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่ทุกครั้งที่มีนัดหมาย เพื่อให้ผู้สู

บุหรี่ยังเกิดการรับรู้เรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ในขณะเริ่มต้นการศึกษากลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้เรื่องผลของการสูบบุหรี่ทำให้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ระหว่างก่อนและหลังทำการศึกษา 12 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.000$) กลุ่มควบคุมไม่เกิดการรับรู้ การกระตุ้น การสนับสนุนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในการออกแบบวิจัยครั้งนี้ หลังการศึกษา 1 เดือนไม่มีการประเมินความรู้ของกลุ่มควบคุมเนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจได้รับความรู้จากข้อคำถามในโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (45.7%) มัธยมศึกษา (34.7%) ยังสามารถเกิดการรับรู้ต่อคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่จากทันตแพทย์ได้จึงเกิดแรงกระตุ้น ส่งเสริมจิตใจที่จะลดเลิกการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตอบความรู้เกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อสุขภาพทั่วไปได้ถูกต้องกว่าผลของบุหรี่ต่อโรคในช่องปากทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากคำเตือนข้างของบุหรี่ สื่อต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่กล่าวเฉพาะอันตรายบุหรี่ต่ออวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย เช่น ในแบบคู่มือบุหรี่และสุขภาพของสถาบันการบริโภคนาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้กล่าวเรื่องผลเสียของบุหรี่ต่ออวัยวะในช่องปาก ซึ่งตรงกับการศึกษาของศรียดาและเพ็ญพรรณ²² ดังนั้นการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ควรเน้นประเด็นเรื่องบุหรี่กับสุขภาพช่องปากให้มากขึ้น ผลของบุหรี่ในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์ การมีหินน้ำลาย กลิ่นปาก คราบบุหรี่ปบนตัวฟัน ถึงแม้ว่าจะไม่เป็นโรคที่ร้ายแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตแต่สามารถพบได้เสมอๆ และมองเห็นได้ชัดเจนกว่าผลของบุหรี่ที่มีต่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง ผลของบุหรี่ต่ออวัยวะในช่องปากนำมาเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ลดเลิกสูบบุหรี่ได้

ในปี 1996 MacGregor¹⁹ ได้ให้ความเห็นในเรื่องการให้คำแนะนำสั้นๆ ของทันตแพทย์เพียง 4-6 นาทีที่เกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่ออวัยวะปริทันต์ทุกครั้งที่มีนัดผู้สูบบุหรี่สามารถทำให้ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 13.3 ส่วนผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ได้รับคำแนะนำดังกล่าวสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 5.8 ซึ่งตรงกับผลการศึกษาค้างนี้โดยผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำแนะนำดังกล่าว สามารถเลิกสูบบุหรี่ 8 ใน 25 (32%) สามารถลดการสูบบุหรี่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ 28% สามารถลดการสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของจำนวนมวนที่เคยสูบ 28% มีเพียง 2 ใน 25 รายของกลุ่ม

ทดลองที่สูบบุหรี่เท่าเดิม (8%) และ 1 ใน 25 รายที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (4%) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำดังกล่าวสามารถเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 2 ใน 27 ราย (7.4%) ลดการสูบบุหรี่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนคนที่เคยสูบ 18.5% ลดการสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของจำนวนคนที่เคยสูบ 18.5% สูบบุหรี่เท่าเดิม 33.3% และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 22.2% ส่วนความคิดเห็นในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะประเมินจำนวนมวนบุหรี่น้อยกว่าที่สูบบุหรี่จริง การศึกษาครั้งนี้ได้ให้สมุดบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันแก่ผู้สูบบุหรี่ทุกคนที่เข้าร่วมในการทดลองโดยให้บันทึกจำนวนมวนบุหรี่ทุกวันตลอดการศึกษา 1 ปีและนำส่งคืนในวันที่ทันตแพทย์นัดหมายเมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ผู้ที่ตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ต้องทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น ไม้ขีดไฟ หรือไฟแช็คเหมือนดังเช่นกลุ่มทดลองปฏิบัติ ประเด็นที่ทำให้กลุ่มควบคุมลดจำนวนมวนในการสูบบุหรี่น่าจะมีสาเหตุจากความคาดหวังที่จะไม่สูบบุหรี่ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพฟัน เช่น การเกิดกลิ่นปาก มีคราบบนตัวฟัน หรือกลุ่มนี้อาจได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่จากการรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ และ/หรือข้อคำถามของแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ตรงกับข้อมูลที่เคยได้ยินได้ฟังมา ทำให้กลุ่มควบคุมบางส่วนมีความตระหนัก ในพิษภัยของบุหรี่จึงส่งผลสะท้อนในเรื่องการลดสูบบุหรี่ และมีจำนวน 2 รายของกลุ่มควบคุมที่หยุดสูบบุหรี่เนื่องจากผู้สูบบุหรี่รู้สึกแน่นหน้าอกหายใจลำบาก เดินขึ้นบันไดเหนื่อยกว่าตัวเองจะเป็นโรคหัวใจ MacGregor¹⁹ มีความคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องการขูดหินปูน และการทำความสะอาดฟันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดการสูบบุหรี่ได้ อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่โดยทันตแพทย์สามารถเลิก/ลดการสูบบุหรี่ที่มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของจำนวนที่เคยสูบมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ผู้สูบบุหรี่รู้สึกสะดวกสบายในการรับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จากทันตแพทย์ มีทัศนคติโดยรวมที่ดีต่อโปรแกรมการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้ลดเลิกการสูบบุหรี่ในคลินิกทันตกรรม และมีทัศนคติในทางบวกต่อบทบาททันตแพทย์ในด้านนี้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Campbell²⁰, ศรียุดา และเพ็ญพรรณ²² ความรู้และคำแนะนำที่สั้น ๆ บ่อย ๆ ที่ให้แก่ผู้สูบบุหรี่ในขณะ

ที่มาพบทันตแพทย์สามารถมีผลต่อการลดเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามบทบาทเหล่านี้ของทันตแพทย์ไทยยังเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีมีการปฏิบัติกันอย่างจริงจัง ซึ่งในอนาคตคงจะได้เห็นบทบาททันตแพทย์ต่อการลดเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า บทบาททันตแพทย์ในการให้คำแนะนำการลดเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการทางทันตกรรมมีประสิทธิภาพสูง ผู้สูบบุหรี่รู้สึกสะดวกสบายในการรับคำแนะนำให้เลิกลดสูบบุหรี่ ทันตแพทย์สามารถอธิบายผลเสียของการสูบบุหรี่ต่ออวัยวะปริทันต์ทุกครั้งให้ผู้สูบบุหรี่มาพบ ผลการศึกษาพบว่า ทันตแพทย์สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ 32% ลดการสูบบุหรี่ลงมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของที่เคยสูบ 28% และลดการสูบบุหรี่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของที่เคยสูบ 28% ดังนั้นในอนาคตอันใกล้ทันตแพทย์ไทยควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการทุกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ไพพรรณ พิทยานนท์ ที่ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล และเป็นกำลังใจในการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco kills or maims young people even before birth: Growing up without tobacco. Geneva:WHO 1998; May.
2. Grossi SG, Zambon JL, HU AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE, et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. J Periodontol 1994; 65: 260-7.
3. Beck DJ, Koch GG, Rozier RG, Tudor GE. Prevalence and risk indicators for periodontal attachment loss in a population of older community dwelling blacks and whites. J Periodontol 1990; 61: 521-8.
4. Horning GM, Hatchh CL, Cohen ME. Risk indicators for periodontitis in a military treatment population. J Periodontol 1992;63:297-302.

5. Stoltenberg JL, Osborn JB, Philstrom BL, Herzberg MC, Dunford RG, Machtei EE, et al. Association between cigarette smoking, bacterial pathogens and periodontal status. *J Periodontol* 1993; 64: 1225-30.
6. Locker D, Leake JL. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *J Dent Res* 1993; 72 : 9-17.
7. Grossi SG, Genco RJ, Macheti EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, et al. Assessment of risk for periodontal disease.II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995; 66: 23-9.
8. Clarke NG, Hirsch RS. Personal risk factors for generalized periodontitis. *J Clin Periodontol* 1995; 22: 136-45.
9. Ismail AI, Burt BA, Eklund SA. Epidemiologic patterns of smoking and periodontal disease in the United States. *J Am Dent Assoc* 1983; 106 : 617- 21.
10. Sheiham A. Periodontal disease and oral cleanliness in tobacco smokers. *J Periodontol* 1971; 42 : 259-63.
11. Dafi S, Quteish T. Association between cigarette smoking and periodontal health. *Quintessence Int* 1997; 28(8): 535-9.
12. Arno A, Waerhaug J, Lovdal A, Schei O. Alveolar bone loss as a function of tobacco consumption. *Acta Odontol Scand* 1959; 17: 3-10.
13. Feldman RS, Bravacos JS, Rose CL. Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. *J Periodontol* 1983; 54: 481-7.
- MacGregor IDM, Edgar WM, Greenwood AR. Effects of cigarette smoking on the rate of plaque formation. *J Clin Periodontol* 1985; 12: 35-41.
15. Linden GJ, Mullally BH. Cigarette smoking and periodontal destruction in young adults. *J Periodontol* 1994; 65: 718-25.
16. Christen AG, Beiswanger BB, Mallatt ME, Tomich CE, Drook CE, McDonald JL JR, et al. Effects of nicotine containing chewing gum on oral soft and hard tissues: A clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985a; 59: 37-42.
17. Bergstrom J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 1994; 65 (Suppl.): 545-50.
18. Bergstrom J, Floderus-Myrhed B. Co-twin control study of the relationship between smoking and some periodontal disease factors. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 113-6.
19. MacGregor IDM. Efficacy of dental health advices as an aid to reducing cigarette smoking. *Br Dent J* 1996; 180:29 2:6.
20. Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *J Am Dent Assoc* 1999; 130 : 219-26.
21. เรวดี ต่อประดิษฐ์, วิกุล วิศาลเสถียร, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, นนทีนี้ ตั้งเจริญ, สุวิภา อนันต์สวัสดิ์. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของทันตแพทย์ไทยต่อการสูบบุหรี่. *วารสารอนามัย* 2542; 28:11-8.
22. ศิริยุดา ผลผดุง, เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์. การรับรู้ผลของบุหรี่และทัศนคติเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยทางทันตกรรมไทยกลุ่มหนึ่ง. *ว ทันต* 2545 ; 52 : 106-13.
23. Newton T, Palmer RM. The role of the dental team in the promotion of smoking cessation. *Br Dent J* 1997; 182 : 353-5.
24. กุลวรรณ นาครักษ์. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540 : 33-4.

Efficacy of dental health advice as an aid in reducing cigarette smoking in Dental Clinic 654, Health Department, BMA.

Lawan Boonyamanond D.D.S., M.Sc (Periodontal), M.P.H.M.

Dental Clinic 654, Dental Health Division, Health Department, BMA.

Abstract

Objective The purpose of this experimental study was to test the efficacy of smoking reduction advice programme in cigarette smokers attending Dental Clinic 654, Dental Health Division, BMA, wishing to reduce their cigarette consumption.

Materials and methods 90 male cigarette smokers were divided into two groups : experimental and control groups. The experimental group, 46 cigarette smokers, received smoking reduction advice whereas the control group, 44 cigarette smokers, didn't received those advice at the beginning of the study. However, the control group received those advice at the end of the study in the same content as the experimental group did. Both groups received dental health instruction and periodontal care before intervention and follow-up at 1 week, 1 month, 12 month.

Results Those advised against smoking showed that the average number of cigarette smoking per day between the experiment and control groups have significant difference at confidence level 95% ($p < 0.05$) during treatment and follow-up 1 week ($p = 0.000$), 1 month ($p = 0.000$), 3 month ($p = 0.008$), 6 month ($p = 0.026$), 9 month ($p = 0.016$) and 12 month ($p = 0.002$). At the end of the study, 32% of intervention subjects reported quit smoking compared with 7.4 % of controls. 28% of intervention subjects reduced half and more than half of their initial cigarette consumption compared with 18.5% of control subjects. 28% of those advised against smoking reduced cigarette smoking less than half of their initial cigarette smoking compared with 18.5% of control subjects.

Conclusion The results indicated that advice against smoking can be effective aid to reduce cigarette consumption.

(CU Dent J 2004;2: 41-52)

Key words: dental clinic; dental health advice; reducing cigarette smoking
