

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่



นางสาว เพ็ญพิมพ์ ปันระสี
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพวรรณ เปียชื่อ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

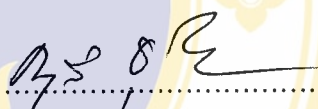
วันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2552



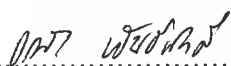
นางสาวเพ็ญพิมพ์ ปิณระลี
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธีรนุช ห่านิรติสัย,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



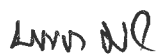
รองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชุมพะวัต,
B.Sc. (Health Education)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



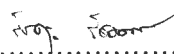
รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพวรรณ เปียเชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของสารนิพนธ์ฉบับนี้มีได้เกิดจากผู้ศึกษาเพียงคนเดียว หากแต่ได้รับความอนุเคราะห์จากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. ฐิติ ชูณหะวัต ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห้านิรติชัย กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ตลอดเวลาอันมีค่ายิ่งช่วยเหลือ ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษารู้สึกภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการศึกษา ทำให้ผู้ศึกษารู้สึกมีกำลังใจและเกิดความรู้สึกที่ดีมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณ อย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ได้มีโอกาเข้ามาศึกษาในสถาบันแห่งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่อำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ไพฑูรย์ ชัยฤกษ์สุขสันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสัก ที่ให้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ารับการศึกษานในหลักสูตรนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลานสักทุกท่าน โดยเฉพาะกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ที่เข้าใจ สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และช่วยแบ่งเบาภาระงานตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดีโดยตลอด และที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ ขอขอบพระคุณผู้รับบริการของโรงพยาบาลลานสัก ที่เป็นแรงกระตุ้นอันก่อให้เกิดแรงผลักดันให้เกิดผลศึกษานฉบับนี้

ท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดชีวิตที่ดี ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถได้อยู่ดูความสำเร็จ ขอขอบคุณพี่ๆ ทุกท่านของผู้ศึกษาที่ให้การอบรม เลี้ยงดูแทนบิดา มารดา และฝึกฝนประสบการณ์การดำรงชีวิตที่ดีจนถึงทุกวันนี้ รวมทั้งบุคคลผู้หนึ่งซึ่งให้ความรัก กำลังใจ และความห่วงใยต่อผู้ศึกษามาโดยตลอด

เพียงพิมพ์ ปันระสี

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

SYNTHESIS OF RESEARCH ON SMOKING CESSATION PROGRAM IN ADULTS

เพ็ญพิมพ์ ปันระสี 4937020 RACN/N

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นพวรรณ เปียชื่อ Ph.D. (Nursing), อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ด.

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ การเลิกบุหรี่ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากบุหรี่มีสารเสพติดและยังมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอีกด้วย ปัจจุบันได้มีการพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในรูปแบบต่างๆ ที่ให้ผลแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ โดยสืบค้นงานวิจัยจากวารสารและหลักฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ในช่วงปี 1999-2007 ผลการศึกษาพบงานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 15 งานวิจัย ระดับ B จำนวน 6 งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน/วัน ทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มปกติ และกลุ่มเฉพาะ โปรแกรมการเลิกบุหรี่มี 6 รูปแบบคือ 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้คำปรึกษา 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ทุกงานวิจัยเป็นโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบผสมผสาน โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นพื้นฐาน ผลลัพธ์ของโปรแกรมคืออัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 5.7- 69 โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่เป็นรูปแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพสูงในผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือ 4-6 เดือน ผลลัพธ์ของโปรแกรมไม่แตกต่างกันสำหรับผู้ให้โปรแกรมที่มีวิชาชีพแตกต่างกัน ลักษณะการให้โปรแกรมเป็นรายบุคคลได้ผลดีในกลุ่มที่ป่วย ส่วนการให้โปรแกรมเป็นกลุ่มเหมาะสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมและอยู่ในสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จะนำไปใช้ปฏิบัติในทางคลินิก เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: โปรแกรมการเลิกบุหรี่/วัยผู้ใหญ่

155 หน้า

SYNTHESIS OF RESEARCH ON SMOKING CESSATION PROGRAM IN ADULTS

PHIANGPHIM PUNRASI 4937020 RACN/N

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D.
(Nursing), ORASA PANPAKDEE (D.N.S)

ABSTRACT

Smoking is a major factor affecting health. Smoking cessation is quite difficult due to addictive substance in cigarettes as well as environmental factors. Smoking cessation programs are currently developed in various forms, resulting different outcomes in different populations. This study analyzed and synthesize research related to smoking cessation programs in adults. Research literatures and evidence from electronic sources from 1999-2007 were searched. Results revealed that there were 21 studies including 15 studies for evidence level A, and 6 studies for evidence level B. The sample were adults who smoked for at least one cigarette a day, including patients, non-patients, and specific groups. There were six types of smoking cessation program: 1) Motivation, 2) Advice, 3) Counseling, 4) Activity therapy, 5) Medication, and 6) A follow up for smoking cessation encouragement. All studies were combined programs. The counseling is basic type of programs. The programs outcome was a quit rate ranging from 5.7 % to 69 %. Combined smoking cessation programs were most effective in patients with smoking related disease. The program duration 4-6 months were mostly appropriated. The outcomes were not different in different professions of provider. Individual smoking cessation programs were effective in the patient groups, whereas group programs were appropriate for persons with similar behaviors and environment.

Knowledge gained from this study is empirical evidence suggesting approaches to clinical implication for promoting smoking cessation as appropriate for the health of each target population.

KEY WORDS: SMOKING CESSATION PROGRAM/ ADULT

155 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
1. ความรู้เรื่องบุหรี	8
1.1 สารประกอบในบุหรี	8
1.2 สถานการณ์การสูบบุหรีในประเทศไทย	10
1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1.4 ผลกระทบของการสูบบุหรี	14
2. การเลิกบุหรี	21
2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี	21
2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการเลิกบุหรี	24
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมเลิกบุหรีในวัยผู้ใหญ่	28
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	36
บทที่ 4 ผลการศึกษา	79
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	95
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	103
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	106
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	123
เอกสารอ้างอิง	138
ภาคผนวก	147
ประวัติผู้ศึกษา	155

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนของผู้สูบบุหรี่ (คน) และอัตราการสูบบุหรี่ขอประชากรไทย	11
2 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ที่ถูกทำให้หลังเพิ่มขึ้นด้วยนิโคติน	13
3 แสดงจำนวนและร้อยละของ 3 โรคเรื้อรังที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่ในประชากร อายุ 28 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2549	17
4 แสดงบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือตามลักษณะของผู้สูบบุหรี่ขึ้นต่างๆ	27
5 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการเลือกฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญ ชัดจำกัด จำนวนการศึกษาที่สืบค้นได้ และ จำนวนการศึกษาที่เลือกมา	38
6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program/ Intervention) ในวัยผู้ใหญ่	42
7 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่ทำการสืบค้นทั้งหมด	79
8 จำนวน ร้อยละ ของงานวิจัยจำแนกตามรูปแบบและระดับคุณภาพงานวิจัย	82
9 แสดงโปรแกรมการเลิกบุหรี่จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์	88
10 แสดงระยะเวลาของโปรแกรม / จำนวนครั้งของการประเมิน/ ระยะเวลาที่ทำการประเมิน และร้อยละของผู้เลิกบุหรี่ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่	92

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

- 1 แสดงแบบจำลอง Stage of Change Model

หน้า

25



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ถึง 36 โรค โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดบวม หลอดลมอักเสบ และหอบหืด โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดตีบแข็ง รวมทั้งกลุ่มโรคมะเร็งกว่า 10 ชนิด ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งไต (The Surgeon General Report, 2004) และมีรายงานว่าผู้ที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.5 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีไขมันในเลือดสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า (American Heart Association [AHA], 2002) การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ด้วย องค์การอนามัยโลกประมาณการเสียชีวิตของประชากรโลกจากการสูบบุหรี่ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคนในปี ค.ศ. 1998 เป็น 4.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2003 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2002)

ผลการศึกษาถึงแนวโน้มการเสียชีวิตของประชากรโลกพบว่า 3 สาเหตุหลักที่ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นั่นก็คือโรคเอดส์ โรคฮัน และ โรคจากการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะโรคจากการสูบบุหรี่ที่คร่าชีวิตประชากรวัยทำงานถึงร้อยละ 20 (Lopez et al, 1996) นอกจากนี้ธนาคารโลกร่วมกับองค์การอนามัยโลกและมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้ประเมินสถานการณ์การสูญเสียทางสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญกับโรคที่เกิดภาระ (Burden of disease) พบว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชากรโลกจะเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ, 2551) การศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันแยกเป็น เพศชาย 11.30 ล้านคน และเพศหญิง 7.2 แสนคน โดยสูบเป็นประจำหรือสูบทุกวันจำนวน 9.49 ล้านคน (ศูนย์วิจัยและจัดการองค์ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่ามีประชาชนเสียชีวิตเพราะบุหรี่ปีละ 52,000 คน โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกโดยมีอัตราป่วย 51.2 ต่อแสนประชากร และ

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สถิติสาธารณสุข, 2544) ถึงแม้ว่าในแต่ละปีจะมีผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตจำนวนประมาณ 3 แสนคน แต่กลับมีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2549) และจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐบาลจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายของรัฐในปี พ.ศ. 2546 ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 10,057 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มว่าสูงขึ้นทุกปี (สถิกร พงษ์พานิช, 2548)

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลมีสาเหตุจากความอยากรลอง ความต้องการตามอย่างเพื่อน การเลียนแบบ เพื่อเข้าสังคม และความเครียด การศึกษาในประเทศไทยพบว่ากลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ วัยผู้ใหญ่กลุ่มอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-39 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.0 โดยอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบคือ 18.5 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่จะลดลงเรื่อยๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 59.8 ของเพศชายทั้งหมด เพศหญิงร้อยละ 17.2 ของเพศหญิงทั้งหมด และผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 45.7 เริ่มสูบเมื่ออายุ 10-19 ปี โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป สูบปริมาณมากกว่า 10 มวนต่อวัน (นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ, 2551)

รายงานการสำรวจชี้ให้เห็นว่าในปีหนึ่งๆ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูบบุหรี่ต้องการจะเลิกบุหรี่ และส่วนใหญ่พยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งหมายถึงการใช้พลังใจของตนเองอย่างเดียว (Fiore et al., 2000) และส่วนหนึ่งเคยพยายามลองเลิกด้วยตนเอง 1-2 ครั้ง แต่ไม่สำเร็จต้องกลับมาสูบอีก ผู้ติดบุหรี่ต้องการสนับสนุนเพื่อให้สามารถเลิกได้ แต่มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 1-3) ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งมีเหตุผลที่แตกต่างกัน เช่น หงุดหงิด เครียด ความเคยชิน ความอยากสูบเมื่อเห็นคนอื่นสูบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะแรกของการเลิกสูบบุหรี่จะมีการไม่สุขสบาย อารมณ์เสียง่าย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดอาการไอเรื้อรัง รู้สึกซึมเศร้า หรือต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ สถานการณ์กระตุ้นต่างๆ ที่เข้าชวนให้สูบบุหรี่ จนในที่สุดต้องกลับไปสูบใหม่ เพราะทนต่ออาการดังกล่าวไม่ได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2550) เหตุผลที่สำคัญของการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จประการหนึ่งก็คือสารนิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่ซึ่งเป็นสารเสพติด ผลของนิโคตินทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเสพติด และเลิกได้ยากเมื่อเข้าสู่ระยะเสพติดแล้ว การเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจึงเกิดอาการ “อยากบุหรี่” (cigarette craving) อย่างมากเมื่อหยุดสูบบุหรี่

ประกอบกับบุหรี่หาซื้อได้ทั่วไป ถ้าไม่มีบุหรี่ก็สามารถใช้ยาเส้นสูบแทน ที่สำคัญบุหรี่จัดเป็นยาเสพติดไม่ผิดกฎหมายอีกด้วย (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีมาตรการทางด้านกฎหมายและสังคมที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยการห้ามโฆษณาส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ ห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือการประกาศให้สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล สถานที่สาธารณะ ร้านอาหาร ผับ บาร์ ตลาด เป็นเขตปลอดบุหรี่ การนำรูปภาพของโรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ติดเตือนไว้ที่ซองบุหรี่ อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนลดลงมากนัก (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

พฤติกรรมการณ์การเลิกบุหรี่ของบุคคลนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Transtheoretical Model) หรือที่เรียกว่า Stage of change ที่กล่าวว่าบุคคลที่ติดบุหรี่จะผ่านขั้นตอนต่างๆ ของวัฏจักรการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation) 2) ขั้นตั้งใจ (Contemplation) 3) ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation) 4) ขั้นปฏิบัติ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) และ 6) ขั้นตอนสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination) พฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดประมาณ 3-7 รอบ จึงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสุขภาพ บุคลิกภาพ ความตั้งใจในการเลิก และการได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้บุคคลเลิกสูบบุหรี่ ต้องประเมินให้ได้ว่าบุคคลนั้นอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงขณะนั้น เพื่อที่จะช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแล ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Prochaska & DiClemente, 1992)

การดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ (สำลี เปลี่ยนบางช้าง, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพของรัฐบาล ที่ได้เน้นในเรื่องของการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2548 ที่ผ่านมานี้ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศคำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลกว่า “ทีมสุขภาพร่วมใจ ขจัดภัยบุหรี่” โดยมีประเด็นสำคัญที่เน้นบทบาทวิชาชีพสุขภาพกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย เป็น 1 ใน 40 ประเทศแรก ที่ได้ร่วมลงสัตยาบันในอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (The WHO Framework Convention for Tobacco Control: FCTC) ซึ่งถือเป็นกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพฉบับแรกที่ทำให้วิชาชีพสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทในการควบคุมยาสูบเพิ่มมากขึ้น (ประกิต วาทีสารกิจ, 2548) พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ จึง

เป็นกำลังสำคัญในการที่จะขับเคลื่อนการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และเกิดสัมฤทธิ์ผลได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2548)

พยายามเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค และการฟื้นฟูภายหลังการเจ็บป่วย (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการรณรงค์ การทำกิจกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของคนไทย โดยการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ การดูแลผู้ติดบุหรี่ให้มีสุขภาพดี และส่งเสริมให้สังคมปลอดบุหรี่ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล (อรสา พันธุ์ภักดี และสุรินทร์ กลัมพากร, 2551) วิธีการที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้นั้นมีการศึกษากว้างขวาง และหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่มีประสิทธิภาพในระดับสูง และปานกลาง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ปัจจัยด้านบุคคลที่สูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่ที่ช่วยเหลือสนับสนุน สภาพภูมิประเทศ สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นการจะเลือกนำวิธีการใดมาใช้ในการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่นั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ได้มาซึ่งวิธีปฏิบัติที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในเชิงรุก พยาบาลมีบทบาทการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2548)

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ พบว่ามีวิธีหลายวิธี ได้แก่ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และการให้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นวิธีที่ให้ประสิทธิภาพดีที่สุดของการศึกษาที่ผ่านมา (Ranney et al, 2005) นอกจากนี้ผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การจัดหาเอกสารเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาโดยตรง และการนำบุคคลในครอบครัวมาร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 26 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wakefield et al, 2004) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เข้ารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีอัตราเลิกบุหรี่ร้อยละ 10.67 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราภรณ์ เนียมบุญชร, 2548) อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับประเทศไทย รูปแบบ/วิธีการในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ยังไม่ชัดเจน กระบวนการ และระยะเวลาของโปรแกรม ไม่ครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มปกติ และกลุ่มเฉพาะ นอกจากนี้การประเมินผล

โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่พบในประเทศไทย ได้มาจากการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหรือญาติ ซึ่งยังไม่สามารถยืนยันผลที่แท้จริงได้ ยิ่งไปกว่านั้นคือผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประเมินได้จากอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมยังไม่สูงมากนัก

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษา ซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง พบว่าผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวนมากโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทั้งผู้ที่มีความเจ็บป่วยและสุขภาพดี ทั้งที่เป็นตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และ ประชาชนในชุมชน จากผลของการให้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งผู้รับบริการ มีทั้งผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้รูปแบบการให้คำแนะนำโดยทั่วไปร่วมกับการให้ นิโคตินทดแทนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2550 พบว่าผลลัพธ์ของการให้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะติดตาม 6 เดือนเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น (สถิติโรงพยาบาลลานสัก, 2550) ซึ่งผลลัพธ์ใกล้เคียงกับรายงานผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของงานการพยาบาลส่งเสริมและป้องกันโรค ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2549 โดยวิธีให้คำปรึกษา และการติดตาม กระตุ้น พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ได้ที่ร้อยละ 29.3 (อารยา หาอุปละ, 2549)

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ดังนั้นการที่พยาบาลได้ทำกิจกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของคนไทย โดยการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ การดูแลผู้ติดบุหรี่ให้มีสุขภาพดีจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล (อรสา พันธภักดี และ สุรินทร์ กลัมพากร, 2551) ดังนั้นหากมีแนวทางที่จะทำให้บุคคลที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เหล่านั้นสามารถเลิกบุหรี่ได้ในอัตราที่สูงมากขึ้น จะช่วยให้ภาวะสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ และในทางการปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในเรื่ององค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการและโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ และหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ยังมีน้อยและจำกัดข้อมูลเพียงบางสถานบริการและบางกลุ่ม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนงานวิจัยและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้รับบริการในวัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ที่สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมกับผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่
2. ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการ และนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ขอบเขตการทบทวนองค์ความรู้

การทบทวนองค์ความรู้ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ.1999 – 2007 ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

นิยามศัพท์

การสูบบุหรี่ หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลมีการสูบบุหรี่ทั้งชนิดที่มวนเองและชนิดที่มวนสำเร็จ อย่างน้อย 1 มวน/วัน หรือมากกว่า 100 มวนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ปัจจุบัน

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หมายถึงการกระทำใดๆ ของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ ทั้งในลักษณะเป็นครั้งคราว หรือสูบบุหรี่ปัจจุบัน ได้แก่ การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ การยุติ/งดการสูบบุหรี่

วัยผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

โปรแกรมการเลิกบุหรี่ หมายถึง รูปแบบ วิธีการ กิจกรรม ที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมแบ่งเป็นหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องบุหรี่

- 1.1 สารประกอบในบุหรี่
- 1.2 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย
- 1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.4 ผลกระทบของการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 การเลิกบุหรี่

- 2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการเลิกบุหรี่
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่
- 2.4 วิธีการประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องบุหรี่

ชาวอินเดียแดงในทวีปอเมริกาเป็นกลุ่มแรกที่เริ่มใช้ยาสูบ พ.ศ.2091 มีการปลูกยาสูบเป็นสินค้าส่งออกทำให้มีการแพร่หลายในประเทศ สเปน โปรตุเกส ฝรั่งเศส และอังกฤษ ปี พ.ศ. 2103 Jean Nicot เอกอัครราชทูตฝรั่งเศสได้ส่งเมล็ดยาสูบไปยังราชสำนักฝรั่งเศส จึงเป็นที่มาของชื่อ Nicotine ประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยา โดยได้ยาสูบมาจากจีน และฟิลิปปินส์ พ.ศ.2482 รัฐบาลไทยได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น และซื้อโรงงานยาสูบของเอกชนทั้งหมดมาดำเนินการเอง ภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิตกระทรวงการคลังจนถึงปัจจุบัน บุหรี่แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือบุหรี่ที่มวนเองด้วยมือโดยใช้ใบตองแห้ง กระดาษ ใบบัว หรือใบยาสูบ และบุหรี่ที่มวนโดยเครื่องจักร ซึ่งแยกเป็นสองแบบ คือแบบไม่มีก้นกรอง และบุหรี่ที่มีก้นกรองซึ่งสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ได้บางชนิดทำให้บุหรี่ทั้งสองชนิดมีรสชาติต่างกัน แต่อันตรายมิได้แตกต่างกัน (กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2549)

1.1 สารประกอบในบุหรี่

บุหรี่ทำมาจากใบยาสูบแห้งหั่นฝอย คันบุหรี่ที่เกิดขึ้นจากการเผาไหม้บุหรี่มีสารประกอบทางเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษและสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด นอกเหนือไปจากสารเสพติด และสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2543) สารประกอบที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

นิโคติน (Nicotine)

เป็นสารที่ทำให้ติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง เป็นทั้งตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ในปริมาณน้อย เช่น จากการสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบุหรี่หลายมวนก็จะมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ซ้ำลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่ริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งอิพิเนฟริน (epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และเดินไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคติน 0.8-1.8 มิลลิกรัม (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2540)

ทาร์ (Tars)

สารทาร์ หรือน้ำมันดินมีลักษณะเหนียวประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะกันเป็นสารสีน้ำตาลเข้ม เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น ปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะอื่น ๆ ร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคืองเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะ ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะได้รับสารทาร์เข้าไป

ประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ ประมาณ 110 กรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีสารทาร์อยู่ 12-24 มิลลิกรัม/มวน (วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

ก๊าซพิษต่างๆ

ก๊าซพิษที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่มีความเข้มข้นที่ออกมาพร้อมกับควันบุหรี่ สามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วทำลายความสามารถในการจับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงตามปกติ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดการขาดออกซิเจน หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้มีนงง หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหนื่อยง่าย เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2540) ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลาย และถุงลม ทำผนังถุงลมบาง และโป่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ แตรรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้จำนวนถุงลมน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้า-ออกลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย และไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเนื้อเยื่อหลอดลมส่วนต้น ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีเสมหะมากขึ้น (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

สารปรุงแต่ง

สารปรุงแต่งคือสารเคมีที่ผู้ผลิตบุหรี่ได้เติม เข้าไปในบุหรี่ ทั้งผสมรวมเข้าไปกับใบยาสูบ และในกระดามวนบุหรี่ สารเหล่านี้เรียกรวม ๆ ว่า สารปรุงแต่ง (additives) เพื่อเพิ่มรสชาติ ทำให้ล้าคอโล่ง รสชาตินุ่มนวลไม่บาดคอ เช่น น้ำตาล เมนทอล กานพลู ทำให้มีกลิ่นหอม เช่น ลิ้นกวาว (Coumarin) ทำให้เก็บได้ทนนาน เช่น สารกันบูด สารกันเชื้อรา สารกันชื้น สารบางชนิดเป็นตัวเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน เช่น แอมโมเนีย สารปรุงแต่งเหล่านี้บางชนิดโดยตัวเองไม่มีอันตราย หากนำไปใส่ในอาหารรับประทานก็เป็นที่ยอมรับว่าปลอดภัย แต่เมื่อนำมาใส่ในบุหรี่ และถูกเผาไหม้ร่วมกับสารเคมีอื่นๆ จะกลายเป็นสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2540)

สรุปได้ว่าในบุหรี่ยังมีสารที่ทำให้เกิดการเสพติด จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่ยากที่จะเลิกสูบได้ เมื่อสูบบุหรี่ในระยะเวลาหนึ่ง และบุหรี่ยังมีสารพิษที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายผู้สูบเองและผู้ได้รับควันบุหรี่ โดยเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย ส่งผลถึงการสูญเสียภาวะสุขภาพที่ดี

1.2 สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย

รายงานการศึกษาปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ประจำ จำแนกเป็น เพศชาย 11.30 ล้านคน และ เพศหญิง 7.2 แสนคน อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบคือ 18.5 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่จะลดลงเรื่อยๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 59.8 เพศหญิงร้อยละ 17.2 (นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ, 2551) โดยสูบเป็นประจำหรือสูบทุกวันจำนวน 9.49 ล้านคน (ศูนย์วิจัยและจัดการองค์ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2551) และจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2544 พบว่าอายุเฉลี่ยของเพศชายที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 18.3 ปี และเพศหญิงคือ 21.9 ปี ร้อยละ 52.7 สูบบุหรี่มานานเอง ร้อยละ 46.0 สูบบุหรี่ซองผลิตในประเทศ ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศมี ไม่มากนัก จำนวนบุหรี่ที่สูบและค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สูบท่อวัน ประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำ สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10.6 มวน ชายสูบท่อวันละ 10.7 มวน และหญิงวันละ 8.8 มวน ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สูบเฉลี่ยต่อคนต่อวันประมาณ 11 บาท ซึ่ง พฤติกรรมในการสูบบุหรี่จะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครัวเรือน ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 88.5 ของประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำ สูบบุหรี่จะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครัวเรือน ทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมเช่นเดียวกัน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่และสาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ประมาณเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำเคยพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ก็ยังไม่เลิกสูบไม่ได้ โดยส่วนใหญ่พยายาม 1-2 ครั้ง สาเหตุที่เลิกสูบไม่ได้เนื่องจากไม่รู้หักหงุดหงิดเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ มีความเคยชินที่ต้องสูบ และเห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบบ้าง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)

จากการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยปี พ.ศ. 2534 – 2549 พบว่า ในปี 2549 จำนวนของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปมีจำนวน 10,730,809 คน คิดเป็นร้อยละ 21.31 ของประชากรไทยทั้งหมด ช่วงอายุ 41-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดโดยมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.81 เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง 15-16 เท่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอัตราการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ลดลงน้อย ประชากรที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรที่มีการศึกษาตั้งแต่อุดมศึกษาขึ้นไป ประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับทุกๆจังหวัดของประเทศไทย ประชากรที่อยู่ในเขตการปกครองของเทศบาล มีอัตราการสูบน้อยกว่านอกเขตเทศบาล ปริมาณการสูบบุหรี่สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และกลับลดลงในวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และยิ่งอายุมากขึ้นพบว่ามีโอกาสเลิกบุหรี่ได้ยาก ส่วนการสูบบุหรี่ในวัยเรียนลักษณะการสูบเป็นแบบอยากลอง ซึ่งมีปริมาณการสูบ

ไม่มากนัก ผลการวิเคราะห์สถานการณ์อายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่เท่ากับ 18.12 ± 4.21 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของผู้สูบบุหรี่ (คน) และอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550)

ปี พ.ศ.	15-18 ปี		19-24 ปี		25-40 ปี		41- 59 ปี		60 ปีขึ้นไป	
สำรวจ	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2534	605,684	12.04	2,140,079	29.93	5,242,294	36.28	3,110,172	38.14	1,159,444	32.93
2539	420,924	8.87	1,913,217	28.11	5,230,127	32.33	3,600,626	33.29	1,362,400	27.66
2544	303,651	6.44	1,515,528	22.61	5,055,727	29.44	3,731,602	29.58	1,378,367	23.57
2547	300,181	6.58	1,402,622	20.92	4,679,340	26.39	3,650,657	26.09	1,325,936	20.57
2549	302,222	6.66	1,184,370	19.66	4,288,914	24.26	3,947,114	25.51	1,310,411	19.23

1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ (ศูนย์วิจัยและจัดการองค์ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2551) ดังต่อไปนี้

1) การสูบบุหรี่ปัจจุบัน (Current smoking) หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ / ทุกวัน และผู้สูบเป็นครั้งคราว

2) การสูบบุหรี่เป็นประจำ/ทุกวัน (Daily smoking) หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน โดยคำนวณปริมาณและความถี่ของการสูบบุหรี่แล้วว่าเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า/เท่ากับ 100 มวนขึ้นไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมา หรือสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 1 มวน/วัน

3) การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวหมายถึง (Occasional smoking) ผู้สูบบุหรี่ไม่ทุกวัน สรุปได้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันติดต่อกันและผู้สูบเป็นครั้งคราวไม่ติดต่อกัน

1.3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ขึ้นอยู่กับ ตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ สถานะทางสังคม การศึกษา และวัฒนธรรม มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลสูบบุหรี่พบว่าเหตุผลในการเริ่มต้นสูบบุหรี่นั้นมีดังต่อไปนี้ ความอยากรลอง (ร้อยละ 38.4) ตามอย่างเพื่อน (ร้อยละ 35.9) ตามอย่างคนในบ้าน (ร้อยละ 11.2) เพื่อเข้าสังคม (ร้อยละ 7.1) ความเครียด (ร้อยละ 4.7) กระแสของสื่อโฆษณา (ร้อยละ 2.7) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

1.3.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่

ภายหลังจากสูบบุหรี่ร่างกายจะได้รับสารเสพติดที่เรียกว่านิโคติน (nicotine) ซึ่ง บุหรี่ทั่วไปจะมีปริมาณนิโคตินซึ่งเป็นสารเคมีที่พบในใบยาสูบประมาณ 9-13 มิลลิกรัมต่อมวน หาก สูบบุหรี่หมดมวนร่างกายจะได้รับนิโคตินประมาณ 1.8-3.25 มิลลิกรัม หรือร้อยละ 20-25 ของ ปริมาณนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่แต่ละมวน บุหรี่ใช้ใบยาสูบซึ่งมีสาร นิโคตินเป็นส่วนประกอบอยู่ตาม ธรรมชาติ ร้อยละ 85 - 95 ของสาร อัลคาลอยด์ทั้งหมด ขึ้นอยู่กับชนิดของใบยาสูบ โดยสารนิโคติน สามารถกระตุ้นส่วนสมองที่เกี่ยวข้องกับความอยาก ความสุข รวมทั้งการเสพติด ปัจจุบันมีงานวิจัยที่ พิสูจน์ได้ และองค์การอนามัยโลกก็ประกาศอย่างเป็นทางการแล้วว่า "นิโคตินเป็นสารเสพติด" และ การสูบบุหรี่หรือการบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่นเป็นเพียงวิธีการที่ทำให้ร่างกายได้มาซึ่งสิ่งเสพติด ซึ่งก็คือนิโคตินนั่นเอง (American Psychiatric Association, 1994)

การติดนิโคติน

เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะถูกดูดซึมผ่านผนังเซลล์ทางเดินหายใจเข้าสู่ กระแสเลือด ไปออกฤทธิ์ที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ หลอดเลือด ทางเดินอาหาร และกล้ามเนื้อลาย นิโคตินจะถูกกำจัดออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของโคตินีน (cotinine) (American Psychiatric Association, 1994) ทศวรรษ 1980 ได้เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของนิโคติน ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และพบว่านิโคตินออกฤทธิ์ใกล้เคียงกับสารเสพติดชนิด แอมเฟตามีน และโคเคนในการทำให้เกิดยา ความเป็นจริงที่สำคัญเกี่ยวกับการติดบุหรี่ และการเลิกบุหรี่นั้น ต้อง พิจารณาจากสมอง 2 ส่วน คือ สมองชั้นนอก (cerebral cortex) ที่เป็นสมองส่วนคิด ที่ทำหน้าที่คิด และตัดสินใจด้วยปัญญาแบบมีเหตุผล และสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) ที่เป็นสมองส่วน อยาก เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม สมองส่วนนี้เป็นที่ตั้งระบบประสาทส่วนกลางที่มีส่วน ที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุขใจ เรียกว่า Brain reward pathway เป็นส่วนที่เป็นศูนย์กลาง ของการติดบุหรี่และยาเสพติดทุกชนิด ซึ่งอยู่นอกอำนาจจิตใจ กระบวนการเริ่มจากสมองบริเวณที่ เรียกว่า Ventral tegmental area (VTA) ซึ่งอยู่ในสมองชั้นในจะส่งสัญญาณประสาทในรูปของสาร สื่อประสาทเป็นสารเคมีชื่อ โดปามีน (dopamine) ไปที่สมองส่วน Nucleus accumbens (NA) สารโด ปามีนที่สมองทำหน้าที่สำคัญในการทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจ นิโคตินที่ได้ จากควันบุหรี่จะผ่านจากเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้เร็วมาก คือ ประมาณ 6 วินาที เร็วกว่าการได้รับยาเสพติดชนิดอื่นเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือด จากนั้นนิโคตินจะไปออก ฤทธิ์กระตุ้น brain reward pathway โดยการจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) มีผลทำให้มี การหลั่งสารโดปามีนออกมามากขึ้นทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบายใจขึ้น รู้สึกว่าความเครียด ความกดดันต่าง ๆ ลดลง มีอารมณ์เป็นสุข มีความตื่นตัวมากขึ้น และยังมีผลในการลดความอยาก

อาหารอีกด้วย นอกจากนี้โคตินจะมีผลต่อการเพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนที่ brain reward pathway แล้ว นิโคตินยังมีผลต่อการเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่น ๆ เช่น acetylcholine , serotonin, nor epinephrine , glutamate, vasopressin, beta-endorphin, gamma- aminobutyric acid (GABA) ออกจากปลายประสาทอีกด้วย เนื่องจาก nicotine receptor ซึ่งเป็นตำแหน่งออกฤทธิ์ของนิโคตินมีอยู่ที่ปลายประสาทของสารสื่อต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น ผลทางชีวภาพในเชิงบวกของสารสื่อประสาทรวมทั้ง dopamine ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (American Psychiatric Association, 1994: อ้างใน วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ที่ถูกทำให้หลั่งเพิ่มขึ้นด้วยนิโคติน

สารสื่อประสาท	ผลทางชีวภาพ
dopamine	ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ ลดความอยากอาหาร
acetylcholine	ทำให้ตื่นตัว ความจำและสมาธิดีขึ้น
serotonin	รักษาอารมณ์ ลดความอยากอาหาร
nor epinephrine	ทำให้ตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น ลดความอยากอาหาร
glutamate	เพิ่มความจำ
vasopressin	เพิ่มความจำ
beta-endorphin	ลดความวิตกกังวล และความเครียด
Gamma – aminobutyric acid	ลดความวิตกกังวล

ผู้ที่ติดบุหรี่ คือผู้ที่ต้องการได้รับสารนิโคติน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และมีผลเชิงบวกทางชีวภาพ ดังนั้นในผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก การเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ เรียกว่าอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) ซึ่งเป็นผลจากการหลั่งของสารสื่อประสาทดังกล่าวข้างต้นลดลง ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจึงเกิดอาการ “อยากบุหรี่” (cigarette craving) อย่างมากเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ผลเชิงลบเหล่านี้มักทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามหยุดสูบทนไม่ได้ต้องกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อให้ได้ความรู้สึกในเชิงบวกเช่นเดิม (American Psychiatric Association, 1994: วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคติน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน บางคนสูบเพียงบางครั้ง หรือบางโอกาส บางคนสูบเป็นประจำทุกวัน ปริมาณการสูบแตกต่างกันดังนั้นจึงมีเกณฑ์ที่แบ่งระดับการติดนิโคติน 2 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 ใช้เกณฑ์ DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Disorder 4th editor) เป็นคู่มือที่กำหนดมาตรฐานการแยกประเภทภาวะผิดปกติทางจิต จัดทำขึ้นโดย American Psychiatric Association ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคติน (Nicotine dependence) ดังนี้

- 1) มีอาการดื้อยา (tolerance) ต้องการนิโคตินในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ
- 2) มีอาการถอนนิโคติน
- 3) มีการใช้นิโคตินในปริมาณที่มากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ
- 4) มีความต้องการนิโคตินที่รุนแรง หรือล้มเหลวในการพยายามหยุดได้รับนิโคติน
- 5) มีการใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่ทำให้ได้มาซึ่งสารนิโคติน หรือการเสพติดนิโคติน
- 6) มีการลด หรือการเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือการทำงานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการอื่น ๆ เนื่องจากข้อจำกัดในการเสพติดนิโคติน
- 7) มีการใช้สารนิโคตินต่อไปแม้ว่าตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ และจิตใจที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นอยู่ตลอดเวลา หรือเป็นครั้งคราวที่เกิดจากการเสพติดสารนิโคติน

รูปแบบที่ 2 คือ Fagerstrom test for nicotine dependence เป็นวิธีที่ใช้การประเมินการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ โดยตั้งคำถามผู้สูบบุหรี่ มีทั้งหมด 6 ข้อ (ภาคผนวก ก) โดยแบ่งเป็นระดับคะแนนดังนี้ (Radzius et al., 2001)

คะแนนรวมทุกข้อมากกว่า 6 คะแนน	แสดงถึง High Nicotine dependence
คะแนนรวมทุกข้อ 5 คะแนน	แสดงถึง Moderate Nicotine dependence
คะแนนรวมทุกข้อ 0-4 คะแนน	แสดงถึง Mild Nicotine dependence

ทั้งสองรูปแบบเป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมินผู้สูบบุหรี่เพื่อประเมินระดับของการติดนิโคตินของผู้ที่สูบบุหรี่ และ เพื่อความเหมาะสมในการให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ หรือเพื่อการดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยร่วมด้วย

1.4 ผลกระทบของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ มีผลกระทบทั้งต่อผู้สูบเอง และผู้รอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม อีกด้วยมีรายการศึกษามากมายที่สนับสนุนและชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำให้ภาวะสุขภาพ เกิดความผิดปกติ หรือเกิดความเจ็บป่วยดังต่อไปนี้

1.4.1 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูบบุหรี่

การศึกษาถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่พบว่าทำให้เกิดโรค และการเจ็บป่วยต่างๆ ดังนี้

1) โรคมะเร็ง

มะเร็งที่พบมากที่สุดคือมะเร็งปอด และจากสถิติพบว่า ประมาณ ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอด มาจากการสูบบุหรี่ (US Department of Health and Human Services, 1996) ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 12 เท่า (Tsao, 2006 อ้างใน วราภรณ์ เนียมกุญชร, 2548) แต่หากสูบบานาน 21 – 40 ปี โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 30 เท่า และจากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ได้สูบบุหรี่เกิดโรคมะเร็งจากควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มะเร็งปอดพบเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชายมีประวัติสูบบุหรี่เฉลี่ยถึงร้อยละ 94 ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน และขึ้นกับระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ 1-14 มวนต่อวัน จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 8 เท่า และหากสูบบานานกว่า 25 มวนต่อวัน โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจะมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 25 เท่า ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดแล้ว แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดี อัตราการรอดชีวิต 5 ปี จะมีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546) นอกจากนี้สารก่อมะเร็งที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายยังถูกกระแสเลือดพาไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายในปี ค.ศ.2004 The Surgeon General ได้รายงานโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไว้ 10 ชนิดว่าประกอบไปด้วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไต มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งกระเพาะอาหาร (The Surgeon General, 2004 อ้างใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) นอกจากนี้การศึกษาในงานวิจัยกรรม พบว่าหญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิด สแควมัสเซลล์ สูงกว่าหญิงที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และมีรายงานว่าหญิงที่สามีสูดบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปาก

มดลูก กล้องเสียง กระเพาะอาหาร ไต เม็ดเลือดขาว ตับ มากขึ้นกว่าเดิมถึงร้อยละ 20 (International Collaboration of Epidemiological Study of Cervical Cancer, 2002)

2) โรกระบบทางเดินหายใจ

เนื่องจากการสูบบุหรี่ มีการสูดเอาควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย โดยผ่านเข้าไปในปอด ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดการไอและหอบ อันตรายจากโรกระบบทางเดินหายใจนี้พบมากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ (US Department of Health and Human Services, 1996) และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพอง โรคนี้เป็น 1 ใน 3 โรคสำคัญที่เกิดจากการสูด ที่เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ไปทำให้เนื้อเยื่อภายในทางเดินหายใจ และถุงลมปอดเกิดความระคายเคืองเรื้อรัง ส่งผลให้มีการสร้างเสมหะมากทำให้ผู้ป่วยไอมาก ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ปี เป็นส่วนใหญ่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

รายงานการศึกษาของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบในประเทศไทย พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจอันได้แก่โรคหอบหืด และ โรคถุงลมโป่งพองอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของ 3 โรคเรื้อรังที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 28 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2549 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550)

การ สูบบุหรี่	จำนวน (คน)			ร้อยละ ของการ เจ็บป่วย	Odd ratio	95%CI
	เจ็บป่วย เรื้อรัง	ไม่เจ็บป่วย เรื้อรังใดๆ	รวม			
โรคหอบหืด						
สูบ/เคยสูบ	151,791	8,815,478	8,967,269	1.69	1.25	1.24 –
ไม่สูบ ไม่เคย	262,980	19,034,780	19,297,761	1.36		1.25
โรคถุงลมโป่งพอง						
สูบ/เคยสูบ	17,652	8,815,478	8,833,130	0.20	3.9	3.81 –
ไม่สูบ ไม่เคย	9,771	19,034,780	19,044,552	0.05		4.0

3) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.5 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีไขมันในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดไปถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดและไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป (American Heart Association [AHA], 2002) ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 5 เท่า และได้มีประมาณการว่าบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเฉียบพลันร้อยละ 80 ในผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เมื่อสูบบุหรี่เข้าไป สารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือด เกิดการจับตัวของไขมันในรูป Cholesterol เส้นเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง ทำให้เลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ และหากเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองเสื่อม นำไปสู่การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายเช่นปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด และอาจต้องตัดทิ้ง (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546) การศึกษาในประเทศแคนาดาได้เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเสียชีวิต การเข้าอยู่ในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดขึ้นในคนสูบบุหรี่กับคนที่เลิกสูบบุหรี่แล้วไม่เกิน 2 ปี และเปรียบเทียบคนที่เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 2 ปีขึ้นไป กับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในกลุ่มคนที่ห้อยหัวใจล่างซ้ายเสียหายที่ ผลการวิจัยพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยบ่งชี้สำคัญในการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหัวใจล้มเหลว และหัวใจขาดเลือด และอัตราการตายจากหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ทำงาน การหยุดสูบบุหรี่ภายในสองปี จะลดอัตราการเกิดซ้ำและอัตราการตายของผู้ป่วยหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ทำงานลงได้ (Suskin et al, 2001)

4) โรคระบบทางเดินอาหาร

การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะหลังกรดมากขึ้น เกิดความระคายเคือง การอักเสบของเยื่อกระเพาะอาหาร และเกิดแผลในกระเพาะอาหารพบว่าผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 2.9 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีอันตรายเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากกว่า รวมทั้งยังทำให้แผลหายช้ากว่าปกติ และทำให้แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก

นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้ใช้ยา H_2 - receptor antagonists เพื่อการยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารในช่วงกลางคืนไม่ดี (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543) ขณะที่การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดมากขึ้นแต่การหลั่งของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ผลคือผู้สูบบุหรี่มีอาการอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้การสูบบุหรี่ ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคลำไส้เรื้อรัง เกิดมะเร็งปากและลิ้น ประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อโรคของน้ำลายลดลง ปากมีกลิ่นเหม็น และมีโอกาสเป็นโรคเหงือกสูง มีโอกาสเกิดมะเร็งหลอดคอจากการที่ควันบุหรี่ไปสะสมอยู่ในเยื่อลำคอ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2547)

5) โรคในช่องปาก

ผลการศึกษาระบุว่า บุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปริทันต์ สารเคมีในควันบุหรี่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ และผลการผ่าตัดในช่องปากหายช้าลง ผู้สูบบุหรี่จะมีคราบหินปูนฝังแน่นที่ฟัน ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟัน และเหงือก มีกลิ่นปาก ฟันเหลือง เหงือกอักเสบ ในคอมีการระคายเคือง ความชุกในการเกิดโรคปริทันต์ในผู้สูบบุหรี่สูงกว่าในผู้ไม่สูบ 2 เท่า และหากยังสูบบุหรี่ปริมาณมาก ความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์ยิ่งสูงขึ้น สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี มักเป็นโรคมะเร็งเยื่อช่องปาก เพราะควันบุหรี่เข้าไปทำลายเส้นเลือดที่ส่งไปหล่อเลี้ยงเยื่อช่องปาก ทำให้การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป ปากแห้ง เจ็บบริเวณขากรรไกร ทำให้กลืนอาหารและพูดลำบาก (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

6) การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย

เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดตีบตันทั่วร่างกาย การศึกษาพบว่า บุหรี่มีผลให้สมรรถภาพทางเพศของผู้ชายที่สูบบุหรี่ลดลง เพราะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศเสื่อมหรือตีบตัน มีผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ผู้สูบบุหรี่จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดความสามารถทางเพศ 2 เท่า และพบความสัมพันธ์สมรรถภาพทางเพศร่วมกับโรคอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2547)

7) ความผิดปกติต่อการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ โดยทำให้ทารกในครรภ์น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด แท้งเอง ตายคลอด และทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ในระหว่างการตั้งครรภ์มีผลทำให้อัตราทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติถึงร้อยละ 20 – 35 และมีอัตราเสี่ยงของทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติเพิ่มขึ้นสองเท่า (Windham et al., 2000 อ้างใน พรทิพย์ ชีวะพัฒน์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้เมื่อทารกนี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่จะเป็นผู้ที่มียับยั้งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าทารกที่มารดาไม่สูบบุหรี่ มีรายงานว่าพบสารก่อมะเร็งที่พบในควันบุหรี่ปน

อยู่ในปีสภาวะของทารกแรกเกิดที่มีมารดาที่สูบบุหรี่ (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ, 2550) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ของมารดาขณะตั้งครรภ์กับภาวะทารกตายในครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ทำให้ความเสี่ยงของทารกเสียชีวิตในครรภ์สูงขึ้น 2.6 เท่า (Gupta & Subramoney, 2006)

8) ความผิดปกติทางการมองเห็น

การสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับระบบการมองเห็น ทำให้ตาบอด ซึ่งอาการตาบอด ที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ เข้าได้กับลักษณะของโรคจอประสาทตาเสื่อม มีงานวิจัยยืนยัน ว่าคนที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนี้สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในเมืองไทยคนที่จอประสาทตาเสื่อมจะมีอายุประมาณ 70-80 ปี แต่ก็มีบางรายที่มีอาการนี้ในช่วงอายุ 50-60 ปี และมีประวัติว่าสูบบุหรี่มาก และนอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดต้อกระจกและมีส่วนทำให้อาการต้อหินแย่ลงด้วย (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

9) โรคผิวหนัง

การสูบบุหรี่ทำให้ผิวหนังแห้งแข็ง และเกิดรอยย่น ทำลายผิวหนัง สารทาร์ในควันบุหรี่ทำให้นิ้วไหม้เหลือง และเล็บเป็นคราบเหลือง เกิดโรคเรื้อนกวาง ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดเป็นผื่น แดงปนสีเงิน และเกิดขึ้นได้ทั่วตัว (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

10) โรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิจัยเปรียบเทียบในผู้ชายและผู้หญิงอายุ 25-64 ปี จำนวน 41,372 คน ที่ไม่มีประวัติเป็นเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และเส้นเลือดในสมองแตกมาก่อน คณะผู้วิจัยสรุปว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ ในทุกสภาพของมวลกาย (ไม่ว่าจะอ้วนหรือผอม) และการมีกิจกรรมของร่างกาย (ออกกำลังกายหรือไม่ออกกำลังกาย) การป้องกันการสูบบุหรี่ หรือการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ลงได้ และจะช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นอีกด้วย (Patja et al, 2004)

11) โรคกระดูกพรุน

การศึกษาการสูบบุหรี่กับภาวะกระดูกพรุน หักง่ายในชายวัยสูงอายุชาวสวีเดน พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญระยะยาวในการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ (Olosson et al., 2005)

12) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การศึกษาในประเทศเดนมาร์ก ได้ศึกษาการสูบบุหรี่กับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่า คนสูบบุหรี่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ปอด และบาดแผลภายหลังผ่าตัด มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลองให้เลิกบุหรี่ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย

ละ 10 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 52 อาการแทรกซ้อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดร้อยละ 5 ในคนที่เลิกสูบบุหรี่ คนที่สูบบุหรี่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15 ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจไม่มีเลยในคนเลิกสูบบุหรี่ ขณะที่คนสูบบุหรี่มีความเสี่ยงร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 วัน ในกลุ่มปกติและ 13 วันในกลุ่มสูบบุหรี่ (Moller et al, 2002)

1.4.2 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของคนข้างเคียง

เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke) มีอันตรายต่อสุขภาพ ในผู้ใหญ่ การได้รับควันบุหรี่ในบ้านหรือที่ทำงานจะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 – 30 เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 – 30 (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2549) ศูนย์วิจัยโรคมะเร็งนานาชาติได้วิจัยอันตรายของควันบุหรี่มือสองที่กระทบต่อสุขภาพ ค้นพบว่าควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด นอกจากนี้ยังพบว่าในเด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง มีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ สูงขึ้น (He, 1996 อ้างใน กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2549)

1.4.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชาย มีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือประมาณ 11 บาท และผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันถึง 4 หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกเกี่ยวกับรายได้ และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ ใน พ.ศ. 2538 พบว่า ในทุกๆ 1,000 ต้น ของยาสูบที่ผลิตออกมา จะทำรายได้หรือผลกำไรสุทธิให้แก่ผู้ผลิต 65 ล้านบาท แต่ทำให้มีผู้เสียชีวิต 650 คน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 745 ล้านบาท ดังนั้น ความสูญเสียจากยาสูบเพียง 1,000 ต้น จึงมากกว่ารายรับถึง 680 ล้านบาท จึงคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของโลกถึงปีละประมาณ 5 ล้านล้านบาท (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) ประเทศไทยมีผลการประเมินคาดการณ์ค่าใช้จ่ายของโรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด ระหว่างปี 2546 – 2550 และรายรับจากการจัดเก็บภาษีของรัฐ พบว่าค่าใช้จ่ายของทั้ง 3 โรคนี้เพิ่มสูงกว่ารายรับ (สัทธิกร พงษ์พานิช, 2549)

1.4.4 ผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ พบว่าร้อยละ 95 ของผู้ที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของผู้ที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของผู้ที่ติดเหล้า จะเริ่มจากการสูบบุหรี่มาก่อนทั้งสิ้น ซึ่งเท่ากับว่าการสูบบุหรี่จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีผลต่อสังคมอย่างมาก (นิตยา ร่มรื่น, 2545) นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังทำให้

บ้านเมืองสกปรก เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ทั้งอาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินตามมาอีกด้วย (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่าการสูบบุหรี่นั้นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เอง และผู้ใกล้ชิด ที่ทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งยังส่งผลกระทบถึงค่าใช้จ่ายของประเทศชาติที่ต้องไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดจากโรคจากการสูบบุหรี่ และการแก้ไขปัญหาทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 การเลิกบุหรี่

พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ หมายถึงการกระทำใดๆ ของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การไม่สูบบุหรี่ได้แก่ การลดปริมาณการสูบลงจากเดิมที่เคยสูบประจำ การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบเมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ดังนั้นการเลิกบุหรี่ จึงหมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูบบุหรี่เพื่อนำไปสู่การยุติ หรือลด การสูบบุหรี่ ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไป (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550)

การศึกษาความต้องการเลิกบุหรี่พบว่าร้อยละ 66.8 ของผู้สูบบุหรี่ประจำ (ประมาณ 7 ล้านคน) ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังเลิกไม่ได้ และส่วนหนึ่งเคยพยายามลองเลิกด้วยตนเอง 1-2 ครั้ง แต่ไม่สำเร็จต้องกลับมาสูบอีก ซึ่งมีเหตุผลที่แตกต่างกัน เช่น หงุดหงิด เครียด ความเคยชิน ความอยากสูบเมื่อเห็นคนอื่นสูบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) เหตุผลที่สำคัญของการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จประการหนึ่งก็คือ ในบุหรี่หรือยาสูบจะมีสารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งเป็นสารเสพติด ผลของนิโคตินทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเสพติด และเลิกได้ยากเมื่อเข้าสู่ระยะเสพติดแล้ว การเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกเซ็งเลิ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เสร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจึงเกิดอาการ “อยากบุหรี่” (cigarette craving) อย่างมากเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ประกอบกับบุหรี่หาซื้อได้ทั่วไป ถ้าไม่มีบุหรี่ก็สามารถใช้ยาเส้นสูบแทน ที่สำคัญบุหรี่จัดเป็นยาเสพติดไม่ผิดกฎหมายอีกด้วย (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ การที่ผู้สูบบุหรี่จะเลิกบุหรี่ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องในการกระตุ้น ผลักดัน ส่งเสริม ช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ รวมทั้งป้องกันมิให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานผลการสำรวจพบว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลที่สูบบุหรี่อยากเลิกบุหรี่มีเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) คนในครอบครัวขอร้อง ซึ่ง

ส่วนใหญ่คือ ลูก หรือ ภรรยา 2) กลัวเจ็บป่วยหรือเป็นโรค 3) พบว่าไม่ดีจึงตัดสินใจเลิกเอง 4) ต้องการประหยัด ตัดสินใจเลิกมากขึ้นเมื่อบุหรี่ยาแพงขึ้น 5) เชื่อว่าสังคมไม่ยอมรับผู้สูบบุหรี่ หรือสังคมรังเกียจ รู้สึกเป็นพลเมืองชั้นสอง หรือหาที่สูบบุหรี่ หรือที่ทำงานไม่ให้สูบบุหรี่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)

2.1.2 มาตรการทางสังคม

กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อได้รายงานว่าสิ่งที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่อีกอย่างหนึ่ง นั่นก็คือมาตรการทางสังคมซึ่งมีหลายประเด็น ในประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมและลดการสูบบุหรี่ดังต่อไปนี้ (กรมควบคุมโรค, 2549)

- พ.ศ. 2516 ประกาศคณะปฏิวัติที่ 294 ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี
- พ.ศ. 2517 แพทยสมาคมผลักดันให้มีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่
- พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครออกเทศบัญญัติห้ามสูบบุหรี่บนรถประจำทางและในโรงพยาบาล
- พ.ศ. 2529 ก่อตั้งโครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน กระทรวงคมนาคมออกกฎกระทรวงห้ามสูบบุหรี่บนรถทัวร์
- พ.ศ. 2531 องค์การอนามัยโลกกำหนดให้วันที่ 7 เมษายน เป็นวันงดสูบบุหรี่โลกครั้งแรก และใน ปีต่อมาได้เปลี่ยนเป็น วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี
- พ.ศ. 2532 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ห้ามโฆษณาบุหรี่ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ
- พ.ศ. 2533 ที่ประชุมว่าด้วยพิภคอัตราภาษีศุลกากรและการค้า ตัดสินให้ไทยต้องเปิดตลาดบุหรี่เสรี ให้บุหรี่ต่างประเทศ เข้ามาขายในประเทศไทยได้ แต่ไทยสามารถมีมาตรการต่างๆ เพื่อ พิทักษ์สุขภาพของประชาชน คณะรัฐมนตรีมีมติให้ตั้งสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ 2 ฉบับ ผ่านสภาออกมาเป็นกฎหมาย เป็น ผลสำเร็จ
- พ.ศ. 2537 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ขึ้นภาษีบุหรี่เป็นระยะๆตามอัตราเงินเฟ้อ
- พ.ศ. 2543 องค์การอนามัยโลกเริ่มดำเนินการร่างอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการสูบ บุหรี่ของโลก

2.1.3 มาตรการด้านการศึกษา

การให้สุขศึกษาถือเป็นมาตรการขั้นพื้นฐานและเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด แต่โดยมาตรการนี้เพียงอย่างเดียวจะส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบได้น้อย จำเป็นต้องมีมาตรการอื่นๆมาเสริมด้วย การให้สุขศึกษาในเรื่องอันตรายของการสูบบุหรี่ จำเป็นต้องกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่ชัดเจนเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนในทุกๆ กลุ่ม ซึ่งจะกำหนดรูปแบบ และวิธีการในการให้ข้อมูลให้สอดคล้อง เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการรณรงค์ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2547)

2.1.4 มาตรการด้านกฎหมาย

เป็นมาตรการที่สำคัญสำหรับควบคุมบริษัทผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายบุหรี่รวมถึงเพื่อคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 คือ "ห้ามจำหน่าย บุหรี่ แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี" และ "ห้ามโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อม" "ห้ามขายบุหรี่ด้วยเครื่อง ขายอัตโนมัติ" รวมทั้งการพิมพ์คำเตือน การเปิดเผยสารเคมีที่ใช้ปรุงแต่งกลิ่นรสบุหรี่ (กรมควบคุม โรคไม่ติดต่อ, 2550)

คำเตือน เป็นมาตรการให้ความรู้ทั้งแก่ผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ทั้งหมด 10 ข้อความสลับกันไป โดยกำหนดให้มีขนาด ร้อยละ 33.3 ของพื้นที่ด้านหน้าและ ด้านหลังซองบุหรี่ และใช้ตัวอักษรสีขาวบนพื้นสีดำ พิมพ์อยู่ บริเวณด้านบนสุดของซองและกล่องบรรจุซองบุหรี่ (กรมควบคุม โรคไม่ติดต่อ, 2550)

การเปิดเผยส่วนประกอบในการผลิตบุหรี่

กฎหมายกำหนดให้ผู้ผลิตแจ้งส่วนประกอบกับทางการ จะทำให้ผู้ผลิตใช้ สารเคมีผสมในการผลิตบุหรือน้อยชนิดลง (กรมควบคุม โรคไม่ติดต่อ, 2550)

การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 มีผลบังคับใช้ได้ กำหนดให้สถานที่สาธารณะต่างๆ โรงเรียน สถานศึกษา และรถโดยสารจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดย ได้มีการปรับและขยายสถานที่ที่ต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยล่าสุดตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2540 ได้กำหนดให้สถานที่ราชการ สำนักงานและที่ทำงานต่างๆ ในขณะที่ทำการ หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ ยกเว้นห้องทำงานส่วนตัว และบริเวณที่จัดให้เป็น เขตสูบบุหรี่โดยเฉพาะ และเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551 ได้มีการประกาศให้ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล สถานที่สาธารณะ ร้านอาหาร บาร์ ตลาด เป็นเขตปลอดบุหรี่ เพิ่มเติม (มูลนิธิรณรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551) ซึ่งมาตรการทางด้านกฎหมายนี้มีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความลำบากที่จะ สูบบุหรี่มากขึ้นส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

2.1.5 นโยบายด้านภาษี

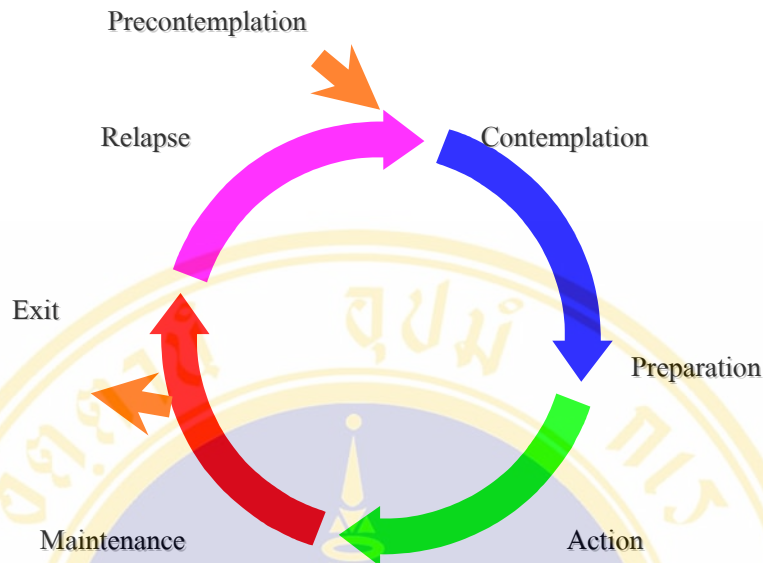
เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่สำคัญคือราคามันที่แพงขึ้น นอกจากจะทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้น้อยสูบน้อยลงหรือหยุดสูบแล้ว ยังจะทำให้เยาวชนมีการเสพติดบุหรี่น้อยลง เนื่องจากเยาวชนเป็นผู้ที่ยังไม่มีรายได้และมีกำลังซื้อต่ำ การขึ้นภาษีบุหรี่ควรจะขึ้นเป็นระยะๆ ตามอัตราเงินเฟ้อ ประเทศที่มีนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่ก้าวหน้า สามารถที่จะออกกฎหมายกำหนดให้นำภาษีบุหรี่ส่วนหนึ่งมาสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ไว้ด้วย ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 • นานาธิสรพสามิต สุราและยาสูบร้อยละ 2 มาสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2547)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่นั้นมีทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูบบุหรี่เองที่จะต้องต่อสู้กับฤทธิ์ในการเสพติดของบุหรี่ให้ได้ มาตรการทางด้านสังคม กฎหมาย และการศึกษาเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จจึงจำเป็นต้องหารูปแบบและแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่มีการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้น

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการเลิกบุหรี่

แนวคิด ทฤษฎีที่นำมาอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมและการสูบบุหรี่ที่มีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวาง ได้แก่ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง The Transtheoretical Model หรือ Stage of change เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และพัฒนาโดย Prochaska & DiClemente (1983) ซึ่งอธิบายว่าคนเรานั้นมักจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีหลายขั้นตอน และตรงนี้เองที่เรียกว่า Stage Of Change ซึ่งแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน และอธิบายถึงบุคคลที่คิดบุหรี่ว่าจะผ่านขั้นตอนต่างๆ ของวัฏจักรการเปลี่ยนแปลง ประมาณ 3-7 รอบ จึงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาทางด้านสุขภาพ บุคลิกภาพ ความตั้งใจในการเลิก และการได้รับการสนับสนุน หรือการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือให้บุคคลเลิกสูบบุหรี่ ต้องประเมินให้ได้ว่าอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงขณะนั้น เพื่อที่จะช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแล ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม (Prochaska & DiClemente, 1983) ดังแสดงในรูปภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1 แสดงแบบจำลอง Stage of Change Model (Prochaska & DiClemente, 1983 p.391)



จากรูปภาพที่แสดงได้กำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงไว้ดังนี้ (Prochaska & DiClemente, 1983: อ้างใน วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

1. ขั้นก่อนชั่งใจ (Precontemplation) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ ยังไม่มีความตระหนัก และยังไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า หากที่จะเข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้
2. ขั้นชั่งใจ (Contemplation) บุคคลในขั้นนี้จะคิดอย่างจริงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า และจะเปิดตนเองเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของเขา
3. ขั้นพร้อมที่จะปฏิบัติ (Preparation) ในขั้นนี้บุคคลจะเตรียมพร้อมและมีการวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 30 วัน เริ่มลดความถี่ของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาของตน
4. ขั้นปฏิบัติ (Action) บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ หยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) คือ ช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอในช่วง 6 เดือน ถึง 5 ปี
6. ขั้นตอนสิ้นสุดพฤติกรรม (Termination) บุคคลเลิกพฤติกรรมปัญหาได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป เป็นระยะที่บุคคลมีความเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่าจะไม่มีวันกลับไปพฤติกรรมเดิมอีก

ต่อมา Prochaska ได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบงานวิจัยทางจิตบำบัดและชี้ให้เห็นว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของตนเองนั้น จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการพื้นฐาน 10 ประการ ที่จะเป็นตัวผลักดันให้มีการก้าวไปสู่ในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งงานวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำหนัก การเลิกดื่มสุราหรือโคเคน การออกกำลังกาย และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวได้แก่ 1) การปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก 2) การระบายความรู้สึก 3) การประเมินตนเอง 4) การประเมินสิ่งแวดล้อม 5) การประกาศอิสรภาพตนเอง 6) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ 7) การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม 8) การเสริมแรงในการจัดการ 9) การควบคุมสิ่งเร้า 10) การประกาศอิสรภาพทางสังคม โดยกระบวนการพื้นฐาน 5 ประการแรกนั้นจะเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ส่วน 5 ประการหลังนั้นจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Prochaska & Velicer, 1997) ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ยังได้อธิบายถึงมโนทัศน์หลักที่เกี่ยวข้องอีก 2 มโนทัศน์ ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากขั้นตอนหนึ่งไปอีกขั้นตอนหนึ่งนั้นสามารถประเมินได้จากความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) และการรับรู้ความสามารถตน (Self-efficacy) จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าถ้าบุคคลใดคิดว่าการสูบบุหรี่มีผลดีมากกว่าผลเสีย ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นยังจะสูบบุหรี่ต่อไป แต่ถ้าบุคคลใดเห็นว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดีและไม่มีอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงมากนัก ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อที่จะเลิกบุหรี่ (Prochaska, Redding & Evers, 2002) นอกจากนี้การศึกษา ยังพบว่า บุคคลหนึ่งจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ล่อใจที่อาจทำให้กลับไปแสดงพฤติกรรมปัญหาได้ เช่น ผู้สูบบุหรี่มีความมั่นใจในการที่จะตอบปฏิเสธว่า ตนเองจะไม่รับบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่เมื่อมีผู้อื่นยื่นบุหรี่ให้สูบ ในการศึกษาการเลิกบุหรี่ ความมั่นใจที่ถูกแสดงออกมา เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการพัฒนาไปสู่ขั้นปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ในทางกลับกันสถานการณ์ล่อใจก็เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม (Prochaska et al, 1994)

อิทธิพลทางสังคมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ แบบอย่างจากเพื่อน หรือการเปลี่ยนนโยบาย ส่วนอิทธิพลทางชีววิทยา ได้แก่ การควบคุมปริมาณนิโคติน หรือการใช้ นิโคตินทดแทน ถ้าเป็นมุมมองในเชิงของ TTM จะมองว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นอิทธิพลภายนอกที่มีผลกระทบมายังตัวบุคคล (ดารณี สืบจากดี, 2544) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ก่อนที่จะทำการรักษาโดยการให้คำปรึกษาจะทำให้การวางแผนในการให้คำปรึกษาแนะนำมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะที่ยังไม่เต็มใจในการเลิก บุหรี่ ขั้นที่ 1-3 ของ Transtheoretical model of change ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องทุ่มเทในการให้ข้อมูลและวางแผนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อม / เต็มใจใน

การเลิกบุหรี่ สำหรับในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผู้ให้การรักษามีหน้าที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็งและไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือตามลักษณะของผู้สูบบุหรี่ขึ้นต่างๆ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546 หน้า 10)

ขั้น	ลักษณะของผู้สูบบุหรี่	บทบาทของผู้ให้การรักษา
1. Recent acquisition	ผู้ที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลาภายในระยะเวลาสั้นกว่า 6 เดือน โดยไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบเลย	- ขั้นที่ 1-3 ให้ข้อมูล เช่น โทษ พิษภัย ของ บุหรี่ ที่เกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้สูบบุหรี่และบุคคลรอบข้าง ประโยชน์
2. Precontemplation	ผู้ที่สูบบุหรี่โดยไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	จากการเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ
3. Contemplation	ผู้ที่คิดจะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	
4. Preparation	ผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	- วางแผน สร้างแรงจูงใจ
5. Action	ผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา	- ให้การสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ
6. Maintenance	ผู้เคยสูบบุหรี่ที่เลิกสูบได้เป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน	- ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

ในปี ค.ศ.1996 มีการอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการติดสารเสพติด (Addiction Model) ว่าสามารถอธิบายปรากฏการณ์การติดบุหรี่ในทางปฏิบัติได้ดีกว่าขั้นตอนรูปแบบการเปลี่ยนแปลง (Stages of change Model) ในการทำนายความสำเร็จระยะยาวที่จะเลิกบุหรี่ มีข้อได้เปรียบรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente อธิบายบนพื้นฐานของการกำหนดระยะเวลาเลิกสูบบุหรี่โดยผู้สูบ ทำให้ไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้ชัดเจน สมบูรณ์ และเป็นรูปธรรม แต่สามารถนำมาใช้ประกอบการพิจารณาถึงอิทธิพลของการเลิกสูบบุหรี่ได้ และยังคงได้รับความนิยมจากผู้ปฏิบัติในทางคลินิก และนักวิจัยจำนวนมาก ซึ่งถ้ามีการผสมผสานแนวความคิดทฤษฎีเข้าด้วยกันในบางแง่มุม จะช่วยเสริมการปฏิบัติงานในกลุ่มนักปฏิบัติการพยาบาล และผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในตัวของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละระยะ

เพื่อให้ผู้สับสนหรีได้พัฒนาตนเองไปสู่ขั้นปฏิบัติการและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

การทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่มีข้อมูลการศึกษาอย่างกว้างขวาง ทั้งทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ และกลยุทธ์ โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่มีการประยุกต์หลักการสำคัญของการสอนทางด้านพฤติกรรมศาสตร์มาใช้ ซึ่งวิธีการต่างๆ จะเหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่กลุ่มใดนั้นแล้วแต่ผู้สูบบุหรี่เป็นกลุ่มใด สภาพร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น ในกรณีนี้ผู้ศึกษาต้องการศึกษาถึงโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ใช้สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทั้งที่มีภาวะสุขภาพปกติ และที่มีความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงได้ค้นหาข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่ผ่านมามีดังต่อไปนี้

การศึกษาในประเทศนอร์เวย์ ศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับคู่มือเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล 2-3 ครั้ง ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้นหากยังคงสูบบุหรี่เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจนครบ 5 ครั้ง หลังการประเมินผลเมื่อครบ 6 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อครบ 12 เดือน พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องถึง 5 เดือน (n=100) เท่ากับร้อยละ 57 ส่วนอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุม (n=114) เท่ากับร้อยละ 34 (Quist-Paulsen & Gallefoss, 2003)

การศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 85 คน โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การใช้นิโคตินทดแทน การใช้การสนับสนุน การสอนเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การติดตามทางโทรศัพท์ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่และภาวะการณัดนิโคติน ผลการศึกษาพบว่าจากการติดตามเป็นเวลา 1 ปี ร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าโปรแกรม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้รายงานสัดส่วนของผู้สูบนในแต่ละขั้นตอนการ

เปลี่ยนแปลงของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Jonsdottir et al, 2004 อ้างใน กรองจิต วาณิชชกิจ, 2549)

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในการที่จะเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) การตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่อง Spirometer 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อมูลผลการตรวจสอบสภาพปอดที่พบ 3) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้แนวคิดทฤษฎี Transtheoretical Model หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม 8 – 12 สัปดาห์ การติดตามและประเมินพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dejong & Veltman, 2004)

การศึกษาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 168 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง และได้รับการเยี่ยมบ้านเมื่อครบ 2 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาขณะอยู่โรงพยาบาลเท่านั้น กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้งหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ในช่วง 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา และการติดตามทางโทรศัพท์ เท่ากับ 41.5% ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chouinard & Robichaud, 2005)

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรกระบบทางเดินหายใจที่สูบบุหรี่ (อายุเฉลี่ย 51) ปี ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบไปด้วย การทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยต่อภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นถ้าผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ต่อไป แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังจากที่มีการพบกันครั้งแรก 3 วัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ โดยใช้การนัดผู้ป่วยที่มาจากคลินิกและการโทรศัพท์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วย และมีการประเมินเมื่อครบ 3 เดือน และ 12 เดือนโดยประเมินจากการรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาสาร คาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อครบ 3 เดือน กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้รับการตรวจคาร์บอนมอนอกไซด์

พบว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อครบ 12 เดือน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึง 68 ราย หรือร้อยละ 32 (Fung et al, 2005)

รายงานผลการศึกษาในเรื่องโปรแกรมการอบรมพยาบาลในคลินิกเวชปฏิบัติ จำนวน 15 ราย อายุ 41-50 ปี ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ โดยใช้ทฤษฎีของ Bandura เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในความสามารถและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาของพยาบาล และใช้แนวปฏิบัติของ The Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) ที่ใช้หลัก 5As คือ Ask Advice Assess Assist และ Arrange การประเมินพฤติกรรมพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมและการติดตามเมื่อครบ 6 สัปดาห์ พบว่าพยาบาลได้สอบถาม (Ask) และ แนะนำ (Advice) ผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำอยู่แล้ว แต่พยาบาลได้ประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (Assess) และให้การช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ (Assist) เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Barta & Stacy, 2005)

การศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมช่วยผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการเลิกบุหรี่ โดยการแบ่งผู้ป่วยตามการดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 2) กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการเลิกสูบบุหรี่ ในระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาล 3) กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มที่ 3 นอกจากพยาบาลให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ยังมีการติดตามหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยพยาบาล โดยได้โทรศัพท์ติดตาม 3-6 ครั้ง คือที่ระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน ผลการติดตามเมื่อครบ 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีอัตราการเลิกบุหรี่ได้ไม่แตกต่างกัน ส่วนการติดตามเมื่อครบ 12 เดือน พบว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการได้รับคำปรึกษามีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด แต่ผลการตรวจนิโคตินในน้ำลายไม่มีความสัมพันธ์กับรายงานของผู้ป่วย กล่าวคือผลการตรวจนิโคตินในน้ำลายกลับพบว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเพียงอย่างเดียวกับมีระดับนิโคตินในเลือดต่ำที่สุด (Henrikus et al, 2005)

ผลการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ถึงผลของโปรแกรมการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่อย่างสั้น (Minimal Intervention Strategy) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โปรแกรมการช่วยเหลือประกอบด้วย 1) การซักประวัติการสูบบุหรี่จากอายุรแพทย์โรคหัวใจ 2) การประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ความสนใจในการเลิกสูบ 3) ในผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้กลยุทธ์การสัมภาษณ์แบบจูงใจ (motivation interviewing) 4) ในผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกสูบ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการเลิกสูบ และแนะนำทักษะในการเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดการความเครียด 5) ช่วยผู้ป่วยกำหนดวันเลิกสูบ ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับ

กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ตามปกติพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม 2.11 เท่า อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า โปรแกรมการช่วยเหลือนี้ไม่มี การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยให้เหตุผลว่า เป็นขั้นตอนที่ต้องตัดออก เนื่องจากพยาบาลไม่มี เวลาในการติดตาม (Bolman, Vries & Breukelen., 2002)

การศึกษาโปรแกรมการอดบุหรี่ในคลินิกพยาบาลเวชปฏิบัติโดยใช้ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่ม ที่ยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่เริ่มคิดจะเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มที่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ เปรียบเทียบประสิทธิผลของ วิธีการดูแล ให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอน กับการให้คำแนะนำตามปกติ ผลการศึกษาระบุว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ เช่น จากการ ที่ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่มาเป็นการเริ่มคิดจะเลิกสูบบุหรี่ (Reeve, et al., 2000)

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดที่ถูกรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชาย แผนกอายุรกรรม อายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ คือขั้นที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพ ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพใน ขณะนั้น ขั้นที่ 2 ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการขาดนิโคติน อภิปรายร่วมกับผู้ป่วย เกี่ยวกับจัดการกับอาการขาดนิโคตินอธิบายเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการเลิกบุหรี่ ที่เกิดขึ้น เมื่อเลิกบุหรี่ได้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้สื่อ VCD (ความลับ ความรู้) ส่วนกลุ่ม ควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ระยะ 6-8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เมื่อออกจากโรงพยาบาล สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ การรับรู้ผลที่ตามมาจากการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรง สนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุม $p < .001$ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง (99.33%) มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Gantagad, 2007)

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) กลุ่มผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่สูบบุหรี่ จำนวน 50 คน จัดกลุ่มตัวอย่าง เข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน โดยจับคู่ให้มีความรู้เหมือนกันในเรื่อง จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อ วัน และจำนวนครั้งของการพยายามเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลอง ให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิก บุหรี่ กลุ่มควบคุม ให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐาน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราภรณ์ เนียมกุญชร, 2548)

2.3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีการเจ็บป่วย

การศึกษาในประเทศฮ่องกง ถึงประสิทธิภาพการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับพ่อแม่ของผู้ป่วยโดยพยาบาลใช้เทคนิคการให้คำแนะนำ ชักจูงใจเป็นรายบุคคล (Individualized Motivation Intervention: IMI) ให้พ่อแม่ของเด็กป่วยที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษานำร่องในแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล และศูนย์การแพทย์ในประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พ่อหรือแม่ของเด็กป่วยที่สูบบุหรี่ทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก กลุ่มควบคุม (40 คน) จะได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลจากพยาบาลผ่านการอบรมการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Stage of readiness to quit) และให้คำแนะนำที่เหมาะสม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น 1 สัปดาห์พยาบาลได้โทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่และให้กำลังใจ ส่วนกลุ่มควบคุม (40 คน) ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กป่วย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้คำแนะนำ 1 เดือน ร้อยละ 15 ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ยังไม่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ แต่รายงานว่าสูบบุหรี่ลดลง ประมาณร้อยละ 20 รายงานว่าหยุดสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากการศึกษานำร่องนี้มีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย จึงเป็นไปได้ที่ให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามมีรายงานว่า พยาบาลมีส่วนร่วมในการศึกษานำร่องนี้มีทัศนคติที่ดี และรู้สึกตนเองเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลให้เลิกบุหรี่ (Chan et al, 2005)

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน แบบกลุ่มเดียวโดยวัดจากจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวันและความถี่ในการสูบบุหรี่ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การจัดการตนเอง ผลการทดลองพบว่าข้าราชการชั้นประทวนสูบบุหรี่ในปริมาณ และความถี่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิตติมา พุ่มพรพวย, 2547)

การศึกษาเปรียบเทียบวิธีการเลิกบุหรี่ 4 วิธี โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง ซึ่งการสูบบุหรี่อยู่ระดับปานกลาง และสูบบุหรี่จัด จำนวน 2,021 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ให้คำแนะนำ ให้มีประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ โดยการปรับพฤติกรรมของตนเอง กลุ่มที่ 2 ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่พร้อมแรง

สนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน กลุ่มที่ 3 ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่พร้อมด้วยการโทรศัพท์ย้ำเตือน 4 ครั้ง กลุ่มที่ 4 ให้คำแนะนำพร้อมการเสริมแรง โดยการให้รางวัลเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ 1 มีอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมและอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มที่ 4 ส่วนกลุ่มที่ 2 ไม่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ กลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงที่สุด (Orleans et al, 1991)

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพฤติกรรมบำบัด 5 วัน 5 ชั่วโมง ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ที่มีนโยบายเลิกสูบบุหรี่ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมทั้งหมดโดยวิธีสุ่มเจาะ ประเมินการติดนิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ประเมินภาวะสุขภาพบุคคลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทีมสาธารณสุขประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข ไปทำการฝึกอบรมในสถานประกอบการ วันละ 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 5 วัน เนื้อหา เนื้อหาประกอบด้วย การบรรยายโทษ พิษภัยของบุหรี่ ผลของบุหรี่ต่อสุขภาพ ข้อดีของการเลิกบุหรี่วิธีการเลิกบุหรี่ การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ในวันสุดท้ายของโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ 5 วัน- 5 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมโปรแกรม เลิกสูบได้ร้อยละ 80 และประเมินภายหลังโปรแกรม เป็นเวลา 6 เดือน พบว่ายังคงเลิกสูบ ร้อยละ 46.3 (มาลินี บุญยรัตพันธุ์ และ พรพรรณ เกรียงทวีกิจ, 2550)

2.3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่กลุ่มเฉพาะ

โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่จัดให้กับผู้สูบบุหรี่กลุ่มเฉพาะ คือกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อร่างกายได้ง่ายกว่ากลุ่มทั่วไป ได้แก่

กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เป็นหญิงตั้งครรภ์

จากการวิเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่เฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการปรับวิธีคิดและปรับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในระดับบุคคลส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก “5 As” (ภาคผนวก ข) พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ได้ นอกจากการให้คำปรึกษาเรื่องการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวแล้วยังมีการใช้สื่อร่วมกับการให้คำปรึกษา ได้แก่ คู่มือ วิดีโอ และภาพพลิก การคัดกรองร่วมกับการให้คำปรึกษา ส่วนวิธีการอื่นๆ เช่น การให้สุขศึกษาโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนในโปรแกรม พบว่าเป็นการปรับวิธีคิดที่เหมาะสมกับระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น การให้คำปรึกษาที่บ้านและการติดตามโดยใช้โทรศัพท์เป็นวิธีการหลักในการ

ดำเนินโปรแกรม เน้นการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัวและพยาบาล ส่วนการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์มีการสอนทักษะการฝึกหายใจ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เป็นวิธีการที่ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น (พรทิพย์ ชีวะพัฒน์ และคณะ, 2551)

การศึกษาในเรื่องของการใช้ยาหรือการนิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy: NRT) (ภาคผนวก ค) จะใช้เมื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง แต่ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ของความเสี่ยงและจะต้องมีการเฝ้าระวังดูปริมาณนิโคตินในเลือดควบคู่ไปกับการให้ยาเป็นระยะๆแทนที่จะเป็นการให้แบบต่อเนื่อง เช่นการให้นิโคตินทดแทนชนิดหมากฝรั่ง เคี้ยวแทนการให้แบบแผ่นติดผิวหนัง เป็นต้น และการดำเนินการให้หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะต้องช่วยเหลือตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ตลอดไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาดังครรภ์ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ

การศึกษาการเลิกบุหรี่ในผู้สูงอายุ พบว่าทำให้สุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งวิธีการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเลิกบุหรี่ สามารถใช้วิธีการให้คำปรึกษาทั้งแบบตรงตัว และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน และการใช้นิโคตินทดแทน (ชนิดแผ่นติดผิวหนัง) เป็นวิธีการที่ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

2.4 วิธีการประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่

การประเมินผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยส่วนใหญ่จะประเมินจากอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ข้อมูลที่แสดงถึงการเลิกบุหรี่มีวิธีที่ใช้ในการประเมิน 4 วิธีดังต่อไปนี้

1) การรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (Self report) โดยใช้แบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ข้อมูลถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองให้กับผู้ทำการศึกษาว่าตนเองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างไร เช่นหยุดสูบบุหรี่ ลดปริมาณการสูบลง หรือกำลังพยายามที่จะเลิก ซึ่งข้อมูลจะได้มาจากตัวผู้เข้าร่วมโปรแกรม หรือญาติบุคคลในครอบครัวก็ได้ (Chan et al. 2005)

2) การวัดปริมาณก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ในลมหายใจออก เป็นการประเมินทางชีวเคมี โดยใช้เครื่องมือตรวจปริมาณก๊าซ CO ในลมหายใจ ซึ่งหากพบปริมาณ CO สูงกว่า 10 ppm. แสดงว่าผู้ที่ได้รับการตรวจยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ (Molyneux et al., 2003)

3) เครื่องตรวจหาสาร Nicotine ในน้ำลาย เป็นวิธีการตรวจทางชีวเคมี ด้วย

เครื่องมือพิเศษ เพื่อตรวจหาความเข้มข้นของ Cotinine ในน้ำลาย (Salivary cotinine concentration) ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม หากพบว่าปริมาณน้อยกว่า 113.5 nmol/lit แสดงว่าหยุดสูบบุหรี่ (Lancaster et al., 1999)

4) เครื่องวัดปริมาณสาร Cotinine ในปัสสาวะ (Urinary cotinine level) เป็นวิธีการตรวจทางชีวเคมี ด้วยเครื่องมือพิเศษในการตรวจหาสาร Cotinine ในปัสสาวะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม หากพบว่าปริมาณสูงกว่า 1.5 µg/lit แสดงว่ายังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ (Lawrence et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ ต่างๆ ทำให้ทราบว่าพฤติกรรม การสูบบุหรี่มีมานานนับแต่อดีต ด้วยรูปแบบของบุหรี่ที่แตกต่างกันแล้วแต่ความนิยมในแต่ละยุคสมัย ในบุหรี่มีสารเสพติดที่เรียกว่านิโคติน จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการติดเมื่อสูบได้ในระยะหนึ่ง มีปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่มี เช่น ความยากจน พฤติกรรมเลียนแบบ ความเครียด และกระแสการโฆษณา นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มวัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด ผลของการสูบบุหรี่มีมากมาย ทั้งต่อภาวะสุขภาพของตัวผู้สูบเองและของบุคคลรอบข้าง ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่สูบบุหรี่ มีทั้งกลุ่มที่ไม่คิดที่จะเลิก คิดจะเลิกแต่ยังไม่เลิก กำลังอยู่ระหว่างการเลิกแต่ยังไม่สำเร็จ และกลุ่มที่เคยเลิกแล้วแต่กลับมาสูบซ้ำ วิธีการที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้นั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้ยา การใช้นิโคตินทดแทน การสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การใช้พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น โปรแกรมการเลิกบุหรี่มีทั้งการใช้วิธีการเดียวและ การผสมผสาน ในฐานะผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ การจะเลือกรูปแบบใดนำมาใช้จะต้องมีความเหมาะสมกับตัวผู้สูบบุหรี่ โดยประเมินจากสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้เกิดเป็นองค์ความรู้ ด้วยผลการศึกษาที่มีประสิทธิภาพก่อนมา และนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการช่วยเหลือแก่ผู้สูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของประชาชนต่อไป

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ โดยนำเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ที่เหมาะสม และเกิดประสิทธิผลในการปฏิบัติ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพโดยมีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources) ประกอบด้วย

- 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources)
- 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
- 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) แนวทางในการทบทวน

2. วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

- 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)
- 2.2 การดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. สืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) ที่ใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จากตำรา วิทยานิพนธ์ คู่มือ วารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ แหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้ CINAHL, Blackwell, Pubmed Cochrane และ Science direct จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยและต่างประเทศจากสถาบันต่างๆ โดยกำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.1999-2007

1.2 คำสำคัญ (Key word) ที่ใช้ในการสืบค้นคือ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่, Smoking cessation AND Program, Smoking cessation AND intervention, Effective Smoking cessation Program, Randomized controlled trial AND Smoking cessation program

1.3 เกณฑ์การคัดเลือก ใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลองเชิงความสัมพันธ์และเชิงพรรณนา ตั้งแต่ปี ค.ศ.1999 ถึงปัจจุบัน
- เลือกเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่
- เป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ระยะเวลาการตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ. 1999- 2007

กลุ่มตัวอย่าง

- เป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่ทั้งที่ไม่มีการเจ็บป่วย มีการเจ็บป่วย และกลุ่มเฉพาะ
- เป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก

- งานวิจัยหรือบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดตามระบบห้องสมุดหรือไม่มีรายงานการวิจัย ฉบับเต็ม (Full text)
- งานวิจัยหรือบทความที่ซ้ำกัน คัดเลือกมาจากฐานข้อมูลใดข้อมูลหนึ่งเท่านั้น
- งานวิจัยที่ไม่ได้ระบุถึงช่วงอายุหรือกลุ่มวัย ของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน

ตารางที่ 5 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการเลือกฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญ ขีดจำกัด จำนวนการศึกษาที่สืบค้นได้ และ จำนวนการศึกษาที่เลือกมา

Electronic Database	Additional Keywords	Total	Relevant
CINAHL	1.Smoking cessation AND Program	117	1
	2.Smoking cessation AND Intervention	73	-
	3.Effective Smoking cessation Program	24	
	4.Randomized controlled trial AND Smoking cessation program	98	1
	Total	312	2
Blackwell	1.Smoking cessation AND Program	132	1
	2.Smoking cessation AND Intervention	14	-
	3.Effective Smoking cessation Program	28	-
	4.Randomized controlled trial AND Smoking cessation program	34	1
	Total	208	2
Science direct	1. Smoking cessation AND Program	47	-
	2. Smoking cessation AND Intervention	19	1
	3. Effective Smoking cessation Program	6	-
	4. Randomized controlled trial AND Smoking cessation program	15	1
	Total	87	2

ตารางที่ 5 แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการเลือกฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญ ขีดจำกัด จำนวนการศึกษาที่สืบค้นได้ และ จำนวนการศึกษาที่เลือกมา (ต่อ)

Electronic Database	Additional Keywords	Total	Relevant
Pubmed	1. Smoking cessation AND Program	224	2
	2. Smoking cessation AND Intervention	107	2
	3. Effective Smoking cessation Program	32	3
	4. Randomized controlled trial AND Smoking cessation program	79	4
	Total	442	11
Cochrane	1. Smoking cessation AND Program	57	-
	2. Smoking cessation AND Intervention	21	-
	3. Effective Smoking cessation Program	32	-
	4. Randomized controlled trial AND Smoking cessation program	14	1
	Total	124	1
Manual search	1. Effective Smoking cessation Program	7	1
	2. Smoking cessation And Intervention	4	2
	Total	11	3
Total of relevant		1,184	21

จากฐานข้อมูลทั้งหมด เมื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ไม่ซ้ำกันจากฐานใดฐานหนึ่งทั้งในและต่างประเทศ มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และจะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 21 เรื่อง

2. แนวทางในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ประกอบด้วย

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality) พิจารณาใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย 2 ชนิดได้แก่ 1) เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) และ 2) ความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางคลินิก (Research Utilization Criteria) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 ประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัย (Level of Evidence) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการออกเป็น 4 ระดับ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัย เป็น meta – analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trails หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized controlled trails

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบที่รัดกุมแต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างได้แก่ Non Randomized Controlled Trial, Cohort-study, Case control study.

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบการหาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

2.1.2 ความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Research Utilization Criteria) โดยผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินงานวิจัยที่ศึกษาของ Polit & Beck (2004) ซึ่งพิจารณาในประเด็นดังนี้

- 1) งานวิจัยนั้นเป็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (Clinical- relevant)
- 2) งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Scientific merit) โดยดูจากแบบวิจัย การเลือกกลุ่มในการทดลอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย ความตรงภายใน และความตรงภายนอก สถิติที่ใช้ รวมถึงข้อได้เปรียบข้อเสียเปรียบของรูปแบบงานวิจัย และเมื่อปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัตินั้นแล้วต้องทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดีขึ้น
- 3) มีแนวโน้ม มีความเป็นไปได้ที่จะนำงานวิจัยไปเรียบเรียงเป็นการปฏิบัติ (Implementation potential) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้
 - ผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย และปรัชญาในการดูแลของทีมีสุขภาพ (Transferability of findings)
 - พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ และผู้ร่วมงานน่าจะให้ความ

ร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ วิธีการไม่ยุ่งยาก ในการปฏิบัติ (Feasibility of implementation)

- การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ค่าใช้จ่ายไม่เพิ่มขึ้น คู่ผลประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost and benefit ratio)

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ พิจารณาดังข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ดังนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem/ Purpose)
- 2) แบบงานวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)
- 6) วิธีการหรือแนวปฏิบัติ (Intervention)
- 7) ผลการวิจัย (Result/Finding)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication / Implementation)

ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
1. Chouinard & Robichaud. (2005)	RCT Level A	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่	ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด	1. แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการเปลี่ยนพฤติกรรม	กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 (56 ราย) ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง คือ ในช่วงสัปดาห์แรก 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 3 จำนวน 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4-5 จำนวน 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 6-8 จำนวน 1 ครั้ง ร่วมกับพฤติกรรม (Stage of Change Model)	การติดตามผลที่ระยะ 2 เดือน กลุ่มที่ 1 หยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 42.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม 2 (ร้อยละ 29.6) และกลุ่ม 3 (ร้อยละ 21.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ที่ระยะ 6 เดือน กลุ่มที่ 1 หยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 24.5 กลุ่ม 2 ร้อยละ 24.5 ซึ่งทั้งกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมี	นำรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ตามขั้นตอนต่างๆ ของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 แปลงพฤติกรรมร่วมกับทางโทรศัพท์กระตุ้น 6 ครั้งในช่วง 6 เดือน และการเยี่ยมบ้านที่ระยะ 2 เดือนไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
ติดตามประเมินพฤติกรรมกลุ่ม บุหรี่ยุค 2 และ 6 เดือน โดยการ สอบถามจากการโทรศัพท์ นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่อัตรา การเลิกบุหรี่สูงกว่า กลุ่ม 3 (ร้อยละ 12.7) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
2. Chan et al. (2005) A Randomized controlled trial of an individual Motivational intervention on smoking cessation for parent of sick children: a pilot study.	Pilot study of RCT Level A	เพื่อประเมินผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยการสร้างแรงจูงใจ โดยพยาบาล ต่อการเลิกบุหรี่ของพ่อหรือแม่เด็กที่ป่วย	พ่อหรือแม่ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยเด็ก และสูบบุหรี่ทุกวันในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อายุระหว่าง 25-58 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล Queen Mary มหาวิทยาลัย การแพทย์ฮ่องกง จำนวน 80 คน	1. แบบสอบถาม ข้อมูลพื้นฐาน 2. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ สำหรับพ่อหรือแม่เด็กที่ป่วย	กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่ม 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง (40 ราย) ได้รับการสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคล (IMD) จากพยาบาลผู้ผ่านการอบรมการเป็นผู้เลิกบุหรี่โดยการเลิกบุหรี่ด้วยความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Stage of readiness to quit) และให้คำแนะนำที่เหมาะสม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที 1 สัปดาห์พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเลิกบุหรี่และพูดคุยให้กำลังใจ	ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่ระยะ 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้ และลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 22.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้ และลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 12.5 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=24)	นำไปโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับพ่อหรือแม่เด็กที่ป่วยโดยการประชุมกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นพ่อหรือแม่เด็กที่มี การเจ็บป่วย ทั้งที่แผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บ	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
3. Molyneux et al. (2003)	RCT Level A	ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยการใช้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว เปรียบเทียบกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ใช้คำปรึกษาควบคู่กับการให้ยาทดแทนนิโคติน	ผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม และคลินิกการเลิกบุหรี่ โดยคำปรึกษาเพียงอย่างเดียว เปรียบเทียบกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ใช้คำปรึกษาควบคู่กับการให้ยาทดแทนนิโคติน	1.แบบสอบถาม 2.โปรแกรมการเลิกบุหรี่ 3.นิโคตินทดแทน 4.เครื่องวัดปริมาณการสูบบุหรี่ 5.การให้คำปรึกษา 6.การให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว 7.การให้คำปรึกษาควบคู่กับการให้ยาทดแทนนิโคติน	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 (จำนวน 92 ราย) ให้การพยาบาลตามปกติทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยใน กลุ่มที่ 2 (จำนวน 91 ราย) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยแพทย์หรือพยาบาล ที่ซึ่งเตียงระยะเวลา ประมาณ 20 นาที กลุ่มที่ 3 (จำนวน 91 ราย) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการให้นิโคตินทดแทน นาน 6 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน โดยการวัดปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) จากลมหายใจ และการสัมภาษณ์ผลที่ระยะ 3 และ 12 เดือน โดยใช้โทรศัพท์สอบถามและยืนยันโดยการวัด CO	ก่อนจำหน่าย กลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 54.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ 1 (ร้อยละ 42.9) และกลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 37) ที่ระยะ 3 และ 12 เดือน พบว่า กลุ่มที่ 3 มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 16.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ 1 (ร้อยละ 10.9 และ 7.6) และกลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 9.9 และ 5.5) ส่วนกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$)	นำรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ร่วมกับการให้นิโคตินทดแทนระยะเวลา 6 สัปดาห์ และการวัดปริมาณการสูบบุหรี่ เพื่อยืนยันการเลิกสูบบุหรี่ ไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรม และศัลยกรรม

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ /	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
4. Lancaster et al. (1999) Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care	RCT Level A ประสิทธิภาพ	ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำสั้นๆ จากแพทย์ร่วมกับแพทย์ให้คำปรึกษาและติดตามโดยพยาบาลที่ผ่าน	ผู้สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวัน อายุมากกว่า 18 ปี ที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเมือง Oxford ประเทศอังกฤษ จำนวน 497 คน	1. แบบสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่ 2. แบบประเมินการตัดสินใจ 3. โปรแกรมการให้คำแนะนำโดยแพทย์ทั่วไป 4. โปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยแพทย์พยาบาล และการให้คำแนะนำสั้นๆ	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่ม 1 (249 ราย) ให้คำแนะนำรายบุคคล การเลิกบุหรี่โดยแพทย์อย่างสั้นๆ จากนั้นพยาบาลให้คำปรึกษาอย่างละเอียด โปรแกรมการตัดสินใจ บอกลิงข้อดีของการเลิกบุหรี่ และวิธีการเลิกบุหรี่ ให้เอกสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (Stopping smoking made easier) ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีในการให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่โดยการวัด ปริมาณ CO ในลมหายใจ และให้คำแนะนำในขนาดต่ำ หลังจากนั้น 6 สัปดาห์ เชิญชวนเพื่อให้กำลังใจ และให้คำแนะนำช่วยเหลือ	ที่ระยะ 3 เดือน กลุ่มที่ 1 เลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 9.2 ส่วนกลุ่มที่ 2 เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 8.1 ที่ระยะ 12 เดือน กลุ่มที่ 1 เลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 6.8 ส่วนกลุ่มที่ 2 เลิกได้ร้อยละ 11.3 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และผลการประเมินพฤติกรรมขึ้นตอนการเปลี่ยนแปลงพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในระยะที่เลิกบุหรี่มากขึ้น ไม่แตกต่างกัน	นำรูปแบบการเลิกบุหรี่ด้วยการให้คำแนะนำสั้นๆ รายบุคคลโดยแพทย์ หรือการให้คำปรึกษาอย่างละเอียด สร้างแรงจูงใจ โดยพยาบาล ร่วมกับแพทย์ให้เลิกสูบบุหรี่ ทดแทน และการติดตามที่บ้าน ที่ 6 สัปดาห์ ไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่แก่ผู้รับบริการกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งพบว่าให้ผลการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
กลุ่มที่ 2 (248 ราย) ให้คำแนะนำอย่างสั้นๆ ในการเลิกบุหรี่จากแพทย์ ติดตามประเมินผลพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ ที่ระยะ 3 และ 12 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดย การใช้แบบสอบถามและวัด ปริมาณ Cotinine ในน้ำลาย (Salivary Cotinine)							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
5. Lawrence et al. (2003)	RCT Level A	ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ใช้พื้นฐานทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พฤติกรรมกับการดูแล โดยทั่วไป ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ และมีอายุมากกว่า 16 ปี ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ พื้นที่การปกครอง เขตตะวันตกกลาง ประเทศอังกฤษ	1. แบบสอบถาม 2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้ผ่านการอบรม 2) เอกสารสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ 3) ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์	สุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่ม A (289 ราย) พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ตามแนวปฏิบัติทั่วไป กลุ่ม B (305 ราย) พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ร่วมกับโปรแกรม (TTM) 3 วัน ให้คำปรึกษา ร่วมกับการให้ข้อมูลผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพด้วยหนังสือคู่มือการเลิกบุหรี่ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 23-25 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที	ที่ระยะอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ กลุ่ม C มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 5.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม B (ร้อยละ 4.3) และกลุ่ม C (ร้อยละ 1.7) ที่ระยะหลังคลอด 10 วัน พบว่า กลุ่ม C มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 8.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม B (ร้อยละ 4.7) และกลุ่ม A (ร้อยละ 3.5)	นำรูปแบบการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้เอกสารเกี่ยวกับบุหรี่ และแนะนำข้อมูลการเลิกบุหรี่ในระบบคอมพิวเตอร์ ในการที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ได้

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและ การเก็บ	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
					กลุ่ม C (324 ราย) เพิ่มจากกลุ่ม 1 และ 2 ร่วมกับการใช้ข้อมูลการเลิก บุหรี่ทางระบบคอมพิวเตอร์ ติดตามเมื่อมารดาอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ และที่ระยะหลังคลอด 10 วัน โดยการ ใช้แบบสอบถาม และยืนยัน การเลิกสูบบุหรี่โดยการตรวจ ปัสสาวะ		ร่วมกับการ ติดตามที่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ และ หลังคลอด 10 วัน ไปใช้เพื่อส่งเสริม การเลิกบุหรี่ใน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
6. Glasgow et al. (2000)	RCT Level A	เพื่อศึกษาโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำอย่างสั้นๆ ในกลุ่มหญิงที่มีรายได้น้อย ที่มารับบริการในคลินิกวางแผนครอบครัว	กลุ่มหญิงที่มีรายได้น้อย ที่มารับบริการในคลินิกวางแผนครอบครัว อายุระหว่าง 18-29 ปี จำนวน 1,154 ราย เมืองอาร์คอน ประเทศสหรัฐอเมริกา	1. แบบสอบถาม 2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบสั้นประกอบด้วยสื่อวิดีโอ (Smart Movies) ความยาว 9 นาที จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ประจำให้คำปรึกษา 15 นาที	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 578 ราย ได้รับช่วยเหลือตามลักษณะของพฤติกรรม TTM และให้ดูวิดีโอ (Smart Movies) ความยาว 9 นาที จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ประจำให้คำปรึกษา 15 นาที	ติดตามที่ระยะ 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 10.2 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมคือ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 6.9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนที่ระยะ 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลอง มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 6.4 สูงกว่ากลุ่มควบคุมคืออัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 3.8 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.25$)	นำวิธีการให้คำแนะนำ โดยใช้สื่อวิดีโอและการซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างแรงจูงใจ โดยการให้เงินรางวัลเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมครบตามเวลาที่กำหนดและหยุดสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งการโทรศัพท์หรือส่งจดหมายเพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจ 1 ครั้ง

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ / สถานการณ์	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
					เมื่ออยู่ครบ 6 สัปดาห์จะได้รับเงิน 10 \$ และครบ 6 เดือน จะได้รับเงิน 20 \$ กลุ่มควบคุม จำนวน 576 รายที่ได้รับเพียงคำแนะนำการเลิกบุหรี่และแผ่นพับ เกี่ยวกับบุหรี่ ติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 6 สัปดาห์ และ 6 เดือน โดยการโทรศัพท์และแบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่		ไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นผู้รับบริการในคลินิกวางแผนครอบครัว

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
7. Artalejo et al. (2003) One year effectiveness of individual smoking cessation intervention at the workplace	RCT Level A ของ โปรแกรม การเลิกบุหรี่ ในสถานที่ ทำงาน	เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ ของ โปรแกรม การเลิกบุหรี่ ในสถานที่ ทำงาน	กลุ่มผู้สูบบุหรี่ ที่ทำงาน ใน บริษัทขนส่ง 1 แห่ง และ โรงงานไฟฟ้า 2 แห่ง อายุ ระหว่าง 18-63 ปี ทั้งเพศหญิง และชาย ใน ภาคเหนือของ ประเทศสเปน จำนวน 218 ราย	1. แบบสอบถาม ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูล เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 2. โปรแกรมการ เลิกบุหรี่ 3. เครื่องวัด ปริมาณ CO จาก ลมหายใจ	กลุ่มทดลอง 115 ราย ได้รับการ สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยการ ตรวจร่างกายทั่วไป วัดปริมาณก๊าซ CO จากลมหายใจ แพทย์หรือพยาบาล อาสาสมัครให้คำปรึกษารายบุคคล คนละ 5-8 นาที และแจกแผ่นพับ แนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ ประเมินการ ติดนิโคติน และให้นิโคตินชนิดแผ่น ติดผิวหนัง ตามระดับคะแนนภาวะพึ่ง นิโคติน ถ้าคะแนนน้อยกว่า 4 ให้ คำปรึกษา คะแนน 5-7 ให้นิโคติน ชนิดแผ่นติดผิวหนัง ขนาด 14 mgs ระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้น ให้ ขนาด 7 mgs ต่ออีก 4 สัปดาห์ และถ้า คะแนนมากกว่า 7 ให้นิโคติน ขนาด 21 mgs ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ขนาด 14 mgs 4 สัปดาห์ และ 7 mgs 4 สัปดาห์ ไม่ได้	เมื่อติดตาม ประเมินผลที่ระยะ 12 เดือน พบว่า กลุ่มทดลอง เลิก บุหรี่ได้ร้อยละ 20.2 ส่วนกลุ่ม ควบคุม เลิกบุหรี่ ได้ร้อยละ 8.7 ซึ่ง แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจาก นี้กลุ่มตัวอย่างยังมี คะแนนการพึ่ง นิโคตินลดลงใน รายที่ยังเลิกบุหรี่ ไม่ได้	นำรูปแบบการเลิก บุหรี่ในสถาน ทำงานโดยการ สร้างแรงจูงใจ ด้วยการตรวจวัด CO ตรวจร่างกาย ทั่วไป ให้ คำแนะนำ ให้ คำปรึกษา การ ประเมินการติด นิโคติน และการ ให้นิโคตินทดแทน ตามระดับคะแนน ไปใช้ในการ ส่งเสริมการเลิก บุหรี่ในสถานที่ ทำงาน

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
					ติดตามให้กำลังใจ ที่ระยะ 2 วัน 15 วัน และ 3 เดือน โดยการให้คำปรึกษาสั้นๆ 2-3 นาทีและพูดคุยให้กำลังใจ กลุ่มควบคุม จำนวน 103 รายได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป ร่วมกับการให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่เป็นครั้งคราว ติดตามประเมินผลที่ระยะ 12 เดือน โดยการตรวจร่างกายทั่วไป ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประเมินการตัดสินใจ และ วัด CO ในลมหายใจ		

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ของ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
8. Sipple et al. (1999)	RCT Level A	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ของ การเลิกบุหรี่โดยใช้ การประยุกต์ใช้ แนวปฏิบัติการเลิก บุหรี่ของ Agency for health care policy and research (AHCPR) กับ การเลิกบุหรี่ โดยการ สร้างแรงจูงใจและ การให้ความรู้ใน บริการระดับปฐม ภูมิ	ผู้สูบบุหรี่ที่ เป็นผู้ใหญ่ อายุไม่น้อย กว่า 18 ปี ที่มาเข้ารับ บริการใน คลินิกเวช ปฏิบัติใน ชุมชน 2 แห่ง เมืองทำในรัฐ ออริกอน ประเทศ สหรัฐอเมริกา จำนวน 205 คน	1. เครื่องมือในการ เก็บข้อมูล - ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ 2. เครื่องมือใน Intervention - เครื่อง Spirometer, และ เครื่องวัดปริมาณ ก๊าซ CO - แนวปฏิบัติการ เลิกบุหรี่ของ AHCPR	กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม (102 ราย) ใช้แนว ปฏิบัติการเลิกบุหรี่ของ AHCPR โดย ชักถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ว่าอยู่ในขั้นตอนใดตามทฤษฎีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าพบว่าอยู่ในขั้น Precontemplative และ Contemplative ได้รับการให้คำแนะนำ การเลิกบุหรี่สั้นๆ 3 นาที และสอบถาม หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ให้คำปรึกษาในเรื่องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และความรู้ในเรื่องบุหรี่ต่อสุขภาพ ชื่น Preparation ได้รับเหมือน กลุ่มข้างต้น เพิ่มเวลาการให้คำปรึกษา และแนะนำ เป็น 10 นาที และให้ หนังสือถามตอบเกี่ยวกับบุหรี่ แนะนำ การใช้ นิโคตินทดแทนและหมายเลข	ที่ระยะติดตามผล 9 เดือน พบว่า การ ใช้วิธีการส่งเสริม การเลิกบุหรี่โดย ใช้แนวปฏิบัติของ AHCPR มี ผู้เลิก บุหรี่ร้อยละ 14 ซึ่ง กลุ่มทดลองเลิก บุหรี่ได้ร้อยละ 9 ซึ่ง ไม่แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p=09) 2. การใช้ นิโคติน ทดแทน เป็น วิธีการที่ให้การ เลิกบุหรี่มากกว่า วิธีการอื่นๆ	นำรูปแบบการ ช่วยเหลือการเลิก บุหรี่ตาม แนวของ AHCPR คือการชักถาม ประเมิน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ร่วมกับการแนะนำการใช้ การตรวจวัดปริมาณการสูบบุหรี่ตาม ข้อเหลือที่ 1,4 สัปดาห์และ 6 เดือน ไปใช้ในการส่งเสริม การเลิกบุหรี่ในกลุ่ม ผู้รับบริการในหน่วย บริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ เพื่อให้โทรมา ขอรับคำปรึกษาเรื่องบุหรี่ กลุ่มทดลอง (103 ราย) เหมือนกับ กลุ่มควบคุมแต่เพิ่มการตรวจวัด ปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) และ แปรผลให้ทราบเปิดโอกาสให้ซักถาม ถึงการตรวจของตนเอง สร้าง แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่โดยการให้ ความรู้ สร้างปฏิสัมพันธ์ หลังจากนั้น โทรศัพท์ติดตามหรือ นัดมาพบ ที่ระยะ 1, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน ติดตามประเมินผลที่ 9 เดือน โดย การใช้แบบสอบถามและวัด CO ที่ระดับความ เชื่อมั่น (p=0.05) 3. การใช้แนว ปฏิบัติของ AHCPR เหมือนกันทำให้ คำปรึกษาเรื่อง ภาวะติดบุหรี่ โดยทั่วไป คือทำ ให้อัตราการเลิก บุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
9. Persson & Hjalmarson. (2005)	RCT Level A	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 17 แห่ง	ผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 17 แห่ง	1. แบบสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่แบบ 2. ประเมินการติดนิโคติน 3. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ 4. แบบรายงานผล การสูบบุหรี่ด้วยตนเอง 5. โทรศัพท์	สุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 241 ราย ให้เข้ากลุ่มย่อยจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ในระยะเวลา 2 เดือน เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำเมื่อเกิดการถอนบุหรี่ การป้องกันกำเริบกลับไปสูบบุหรี่ การใช้ Bupropion และ NRT	ที่ระยะ 12 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมหยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 7 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)	นำไปโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้รูปแบบการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นและให้คำแนะนำ บริการ
of an intervention programme in primary healthcare in Sweden		สวีเดน อายุ 30 – 75 ปี จำนวน 412 คน			หลังจากกิจกรรมกลุ่ม ภายหลังเข้ากลุ่มให้คำแนะนำและช่วยเหลือเป็นกลุ่ม การส่วนตัว โดยการโทรศัพท์ให้คำแนะนำ เพื่อช่วยเหลือการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน	จำนวน 50 คนที่ได้รับการเข้ากิจกรรมกลุ่มครบ 8 ครั้ง พบว่า หยุดสูบบุหรี่ได้ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38	โปรแกรม

โทรศัพท์จากแพทย์และพยาบาลใน

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
การชักชวนให้เลิกบุหรี่ และแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ ติดตามประเมินผล ระยะ 12 เดือนภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยการส่งแบบสอบถามและให้ตอบกลับหากไม่ส่ง ติดตามโดยการโทรศัพท์สอบถาม							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
10. Zheng et al. (2007). A Randomized Controlled Trial of Group Intervention Base on Social Cognitive Theory for Smoking Cessation in China	RCT Level A	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มโดยใช้พื้นฐานทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม	ผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 100 มวนในช่วงชีวิตที่ผ่านมาและปัจจุบันยังสูบบุหรี่และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในชุมชนที่ Changqiao และ Shanghai ประเทศจีน จำนวน 225 คน	1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน 2. แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3. แบบประเมินศักยภาพส่วนบุคคลเกี่ยวกับ การเลิกบุหรี่ 4. แบบสอบถามความเชื่อของตัวผู้สูบบุหรี่ 5. โปรแกรมการเลิกบุหรี่	สุ่มกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มทดลอง 118 ราย กลุ่มควบคุม 107 ราย กลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 13-15 คน จำนวน 8 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มคำแนะนำของแต่ละบุคคล และแบ่งโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มเป็น 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับเรื่องผลของบุหรี่ต่อโรคต่างๆ ครั้งที่ 2 กิจกรรมความสัมพันธ์ของบุรุษกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมอง ผลดีของการเลิกบุหรี่ ความยากของการเลิกบุหรี่ การวางแผนในการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 3 อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลของตัวบุรุษต่อการลดรอบข้าง เคล็ดลับการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 4 เป็นการคำนวณกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้ง	ที่ระยะ 6 เดือน กลุ่มทดลอง มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 40.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือร้อยละ 5 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ที่ระยะ 1 ปี พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ร้อยละ 35.8 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 22 ซึ่งแตกต่างกันอย่าง	นำไปโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่มซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่ม ๆ 13-15 คน ไปใช้ในการช่วยเหลือหรือส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

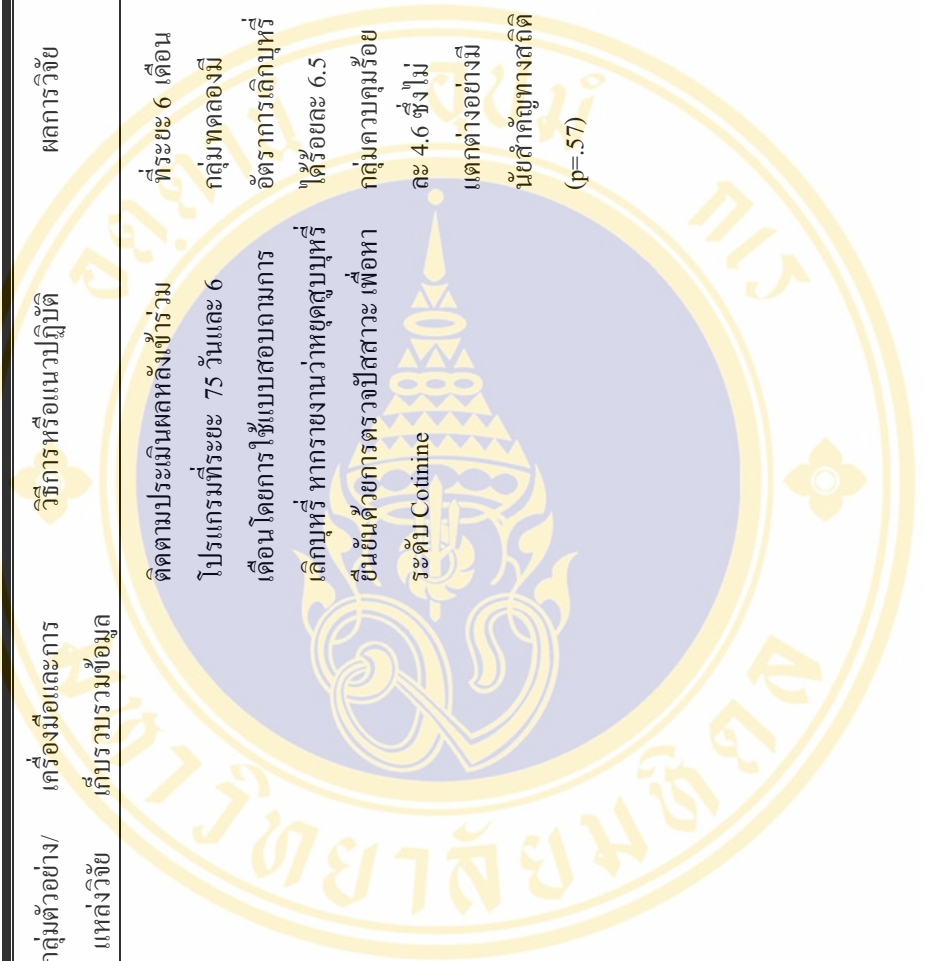
ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ และเริ่มต้น มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .01$) ในการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 5 กิจกรรมป้องกันการ กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ กลุ่มควบคุม ได้รับการแนะนำ ช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ตามปกติ ระยะเวลา 6 เดือน ติดตามผลที่ระยะ 6 และ 12 เดือน หลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยการให้ แบบสอบถาม และขึ้นชั้นผลการเลิก บุหรี่ด้วยการตรวจปัสสาวะหาปริมาณ Cotinine							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
11. Volpp et al. (2006) A Randomized controlled trial of Financial Incentives for Smoking Cessation.	RCT Level A	เพื่อศึกษาผลของการให้รางวัลต่ออัตราการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยนอก	ผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติสูบบุหรี่ 10 มวนขึ้นไป ต่อวัน ในแผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา	1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการสูบบุหรี่ แบบประเมินการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่แบบกลุ่ม 2. สัปดาห์ / ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง 3. โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่แบบกลุ่ม ทุกๆ 2 สัปดาห์ / ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ร่วมกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่แบบกลุ่มจำนวน 4 สัปดาห์ ขนาด 21 mg / วัน จำนวน 4 สัปดาห์ ขนาด 14 mg / วัน 2 สัปดาห์ และ ขนาด 7 mg / วัน อีก 2 สัปดาห์	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม (87 ราย) และกลุ่มทดลอง (92 ราย) ทั้งสองกลุ่มได้รับให้เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม ทุกๆ 2 สัปดาห์ / ครั้งจำนวน 5 ครั้ง ร่วมกับการให้เงินโบนัสเงินสดคิดรวมน้ำหนักการสูบบุหรี่ 21 mg / วัน จำนวน 4 สัปดาห์ ขนาด 14 mg / วัน 2 สัปดาห์ และ ขนาด 7 mg / วัน อีก 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ากลุ่มเล็ก บุหรี่ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 25.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 12.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ที่ระยะ 75 วันหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลอง มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 16.3 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมคือร้อยละ 4.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)	นำรูปแบบการให้เงินรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเล็ก บุหรี่จนครบโปรแกรม และเพิ่มเงินรางวัลให้อีกเมื่อสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ร่วมกับ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามปกติ

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	วิธีดำเนินการวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
							
					ติดตามประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ระยะ 75 วันและ 6 เดือนโดยการสอบถามการ เลิกบุหรี่ หากรายงานว่าหยุดสูบบุหรี่ ขึ้นขึ้นด้วยการตรวจปัสสาวะ เพื่อหา ระดับ Cotinine	ที่ระยะ 6 เดือน กลุ่มทดลองมี อัตราการเลิกบุหรี่ ได้ร้อยละ 6.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 4.6 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.57)	

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
12. Paulsen & Gallefoss. (2003)	RCT Level A	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่โดยการช่วยเหลือของพยาบาลต่ออัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหัวใจ ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เจ็บอกแบบ Angina เป็นครั้งคราว และผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำการตัด Bypass และมีอายุน้อยกว่า 76 ปี ที่โรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ดิกลูปวยโรคหัวใจ ด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เจ็บอกแบบ Angina เป็นครั้งคราว และผู้ป่วยโรคหัวใจที่ทำการตัด Bypass และมีอายุน้อยกว่า 76 ปี ที่โรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ 2. หนังสือเกี่ยวกับบุหรี่ อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ 3. วิดีทัศน์ และภาพโปสเตอร์ แสดงโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square	กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง จำนวน 118 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 122 ราย กลุ่มทดลอง พยายามให้คำปรึกษา และจัดหาหนังสือ เอกสาร และวิดีโอเกี่ยวกับไทย พืชภัยอันตรายของการสูบบุหรี่ โดยเน้นให้เห็นถึงผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ผลต่อหลอดเลือดหัวใจ การป้องกัน การไปสูบบุหรี่ นำรูปภาพเก่าและแสดงถึงการเจ็บป่วยหากยังสูบบุหรี่ต่อ ให้ผู้ป่วยดูเป็นระยะๆ และให้ใช้นิโคตินทดแทน ในรายที่มีอาการถอนนิโคตินรุนแรง ติดตามเยี่ยมภายหลังการที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วโดยการ	ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 69 กลุ่มควบคุมอัตราการร้อยละ 69 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=96) ที่ระยะ 12 เดือน ภายหลังออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 57 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มียอดการเลิกร้อยละ 37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	นำวิธีการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยการให้คำปรึกษา การจัดหาหนังสือเกี่ยวกับไทย พืชภัยอันตรายของบุหรี่ การเน้นให้เห็นถึงผลของการสูบบุหรี่ต่อหลอดเลือดหัวใจ การจัดหารูปภาพแสดงถึงการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การจัดหานิโคตินทดแทนให้ในรายที่มีภาวะถอนนิโคตินรุนแรง และการ

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
					โทรศัพท์ ที่ระยะ 2 วัน 1 สัปดาห์ 3 สัปดาห์ 3 เดือน และที่ระยะ 6 เดือน นัดมาพบพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาที่ โรงพยาบาล เพื่อให้กำลังใจ ป้องกัน การสูบบุหรี่ซ้ำ เสริมกำลังใจทางบวก กลุ่มควบคุมให้เข้ากลุ่มแนะนำการ เลิกบุหรี่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ระหว่างอยู่ โรงพยาบาล โดยพยาบาลให้ความรู้ ผ่านสื่อวิดีโอ และให้คู่มือแนะนำ การเลิกบุหรี่ และวิธีการเลิกบุหรี่ แต่ ไม่ได้รับการให้คำแนะนำถึงวิธีเลิก ประเมินผลที่ระยะ 6 และ 12 เดือน หลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยการตอบ แบบสอบถาม ร่วมกับการตรวจ ปัสสาวะหาระดับ Cotinine ยืนยันการ เลิกบุหรี่	นัยสำคัญทางสถิติ (p=.004)	โทรศัพท์ติดตาม และกระตุ้น ให้ กำลังใจ ภายหลัง จากออกจาก โรงพยาบาลเป็น ระยะๆ ที่ 2 วัน 1,3 สัปดาห์ และที่ 3 และ 6 เดือน ไป ส่งเสริมการเลิก บุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วย โรคหลอดเลือด หัวใจ

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
13. Kim et al. (2005)	RCT Level A	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยใช้แนวปฏิบัติการใช้การเลิกบุหรี่ของสถานประกอบการและวิจัยการดูแลด้านสุขภาพ (AHCPR) โดยใช้หลัก 5A's ในการช่วยเหลือที่ 1	กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวัน มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัย ในประเทศเกาหลี จำนวน 401 ราย	1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามพฤติกรรมร่วมสูบบุหรี่ 3. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ของ AHCPR 4. แบบรายงานการเลิกบุหรี่	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 200 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 201 คน กลุ่มทดลองได้รับการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองร้อยละ 24 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่รายงานว่าหยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเองร้อยละ 12.9 และผลการตรวจยืนยันว่าหยุดสูบบุหรี่ด้วยการตรวจวัด CO พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้สูง (Arrange for Follow-up) โดยการส่ง	ที่ระยะ 5 เดือนติดตามผลพบว่ากลุ่มทดลองรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองร้อยละ 24 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่รายงานว่าหยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเองร้อยละ 12.9 และผลการตรวจยืนยันว่าหยุดสูบบุหรี่ด้วยการตรวจวัด CO พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้สูง	นำแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของสถานประกอบการและวิจัยการดูแลด้านสุขภาพ (AHCPR) โดยใช้หลัก 5A's ในการช่วยเหลือที่ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่กับผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยของโรงพยาบาล

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและ การเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
ไปรษณียบัตร หรือ โทรศัพท์ไปหาที่ ระยะ 1 สัปดาห์และ 1 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำให้ เลิกบุหรี่ตามปกติทั่วไป ติดตามประเมินผลหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมที่ระยะ 5 เดือน โดยการใช้ รายงานผลการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และตรวจยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการ ตรวจวัดระดับ CO ในลมหายใจ กว่ากลุ่มควบคุม ถึง 1.86 เท่า คือ ร้อยละ 14 ใน กลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 9 ในกลุ่ม ควบคุม (95% CI= 1.20-2.87)							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
14. Baker et al. (2006). A Randomized controlled trial of a smoking cessation intervention Among people with a Psychotic disorder.	เพื่อศึกษา เปรียบเทียบ ประสิทธิภาพ ของ โปรแกรม การเลิกบุหรี่ โดยวิธีการ ให้คำปรึกษา ร่วมกับการ ให้นิโคติน ทดแทน กับ วิธีการให้การ ดูแลตามปกติ ในกลุ่มผู้ป่วย จิตเวช	RCT Level A	ผู้สูบบุหรี่อย่าง น้อย 15 มวนต่อ วัน และเป็นผู้ที่ ป่วยด้วยโรค ทางจิตเวช (ถูก วินิจฉัยว่า Psychotic disorder ตาม ICD-10) มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในเมือง ต่างๆ ของ ประเทศ ออสเตรเลีย จำนวน 298 คน	1. แบบสอบถาม ข้อมูลพื้นฐาน 2. แบบประเมิน การตัดสินใจ 3. โปรแกรมการ เลิกบุหรี่โดยการ ปรึกษาร่วม ให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูง ใจ การให้ คำแนะนำการ เลิกบุหรี่ ระยะเวลา 8 – 10 สัปดาห์ และ การให้นิโคติน ทดแทน	กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 147 ราย และกลุ่มควบคุม 151 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ สร้าง แรงจูงใจ ให้มีเลิกบุหรี่และ ตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 2 ภาวะเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ภาวะ นิโคตินและการป้องกัน ครั้งที่ 3 อารมณ์และจิตใจ และให้ NRT ชนิดแผ่นติดผิวหนัง ขนาด 21 mgs 7 วัน ครั้งที่ 4 ทักษะการ แก้ไขปัญหาการตัดสินใจ ให้ NRT ขนาด 21 mgs 7 วัน ครั้งที่ 5 ทบทวนการแก้ปัญหาการจัดการกับ	ผลการประเมินถึง ประสิทธิภาพของ การเลิกบุหรี่ของ กลุ่มทดลอง ที่ ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน พบว่าหยุด สูบบุหรี่ได้อย่าง สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม 30, 18.6, 18.6 ตามลำดับ ซึ่งสูง กว่ากลุ่มควบคุม ค่อนข้าง 6, 4 และ 6.6 ตามลำดับ ซึ่งทุก ระยะของการ ติดตามวัดผล ได้แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ	นำรูปแบบการเลิก โดยใช้กิจกรรม กลุ่ม 5 ครั้ง กิจกรรม กระตุ้น อีก 2 ครั้ง ร่วมกับ การให้ NRT ชนิด แผ่นติดผิวหนัง ทดแทน ในขนาด 21 mgs/วัน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ขนาด 14 mgs/วัน 1 สัปดาห์ และขนาด 7 mgs/วัน 2 สัปดาห์ ไป ใช้ในการส่งเสริม การเลิกบุหรี่ใน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
					ความเครียด ให้ NRT ขนาด 21 mgs 7 วัน	(99% CI= 0.83- 10.53) ที่ 3 เดือน	
					ครั้งที่ 6 การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ให้ NRT ขนาด 21 mgs 14 วัน	(99% CI = 0.48- 16.67) ที่ 6 เดือน	
					ติดตามกระตุ้นอีก 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 8 และ 10 เพื่อทบทวนกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 1-6 และให้ NRT ขนาด 14 mgs 7 วันต่อจากนั้น ให้ NRT ขนาด 7 mgs 14 วัน	(99% CI= 0.31- 90.30) ที่ 12 เดือน	
					กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติทั่วไป		
					ติดตามวัดผลที่ระยะ 3, 6 และ 12 เดือน		

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวม	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
15. Soria et al. (2006)	RCT Level A	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) กับการแนะนำไม่สูบบุหรี่ (Anti-smoking advice)	ผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในประเทศสเปน ซึ่งได้ถูกแพทย์ระบุว่าสูบบุหรี่ที่มีอายุระหว่าง 16-75 ปี จำนวน 200 คน	1. แบบสอบถาม 2. แบบประเมินการตัดสินใจ 3. โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) 4. โปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยนักจิตวิทยาให้คำแนะนำไม่สูบบุหรี่ (Anti-smoking advice)	สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ 1 จำนวน 86 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 114 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่โดยแพทย์ และบอกข้อดีของการไม่สูบบุหรี่ (Anti-smoking advice) 3 นาที กลุ่มที่ 2 นอกจากการที่ได้รับความแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่จากแพทย์ ยังมีการสัมภาษณ์และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (Motivational Interviewing: MI) โดยจิตวิทยาผู้เป็นศูนย์กลางใช้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งสองกลุ่มได้รับยาเลิกบุหรี่ Bupropion เมื่อคะแนนมากกว่า 7 ตามและวัดผล ที่ระยะ 6 และ 12 เดือน โดยประเมินพฤติกรรม วัตถุประสงค์ ปริมาณการสูบบุหรี่ และระดับก๊าซ CO (ถ้าหยุดสูบบุหรี่ CO < 6 ppm.)	ที่ระยะ 6 และ 12 เดือน พบว่าประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ 2 ที่ได้รับ MI เลิกบุหรี่ได้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ Anti-smoking ถึง 5.28 เท่า คือ ร้อยละ 18.4 ในกลุ่มที่ 2 และร้อยละ 3.5 ในกลุ่มที่ 1 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI= 1.8-21.71)	นำรูปแบบการเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) และใช้หลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ยา bupropion ควบคู่กันในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
ติดตามประเมินผลพฤติกรรม การสูบบุหรี่โดยการสอบถามและ ตรวจ CO เมื่อครบระยะเวลา 3 และ 12 เดือน							
บุหรี่ ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ ด้วย โรค CVD และ โรคระบบทางเดิน หายใจ							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
17. Grandes et al. (2000) An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice	Quasi-experimental Level B	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในงานประจำของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศสเปน	ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพสุขภาพระดับปฐมภูมิ อายุ 15-70 ปี จำนวน 1,768 ราย	1. แบบสอบถาม 2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ประกอบด้วย - แบบประเมินการตัดสินใจ - เอกสารเกี่ยวกับบุหรี่ - นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง - เครื่องวัดปริมาณก๊าซ CO	กลุ่มทดลอง จำนวน 1,203 ราย ถามความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เมื่อมาเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม โดยการประเมินภาวะตัดสินใจให้คำแนะนำเกี่ยวกับโทษภัยอันตราย เจตนาสูบบุหรี่ กำหนดวันเลิกบุหรี่ แนะนำนิโคตินทดแทนชนิดแผ่นติดผิวหนัง กำหนดวันที่ 15 วัน 4 และ 8 สัปดาห์ หลังหยุดสูบบุหรี่ไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้แก่มุขผู้รับบริการระดับปฐมภูมิ	ที่ระยะติดตาม 6 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เลิกได้ร้อยละ 4.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.5-3.3) ที่ระยะ 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 11.1 สูงกว่ากลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 2.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.8-6.0)	นำรูปแบบการประเมินการคิด บุหรี่ให้คำแนะนำ การเลิกบุหรี่วิธี ช่วยให้เลิกบุหรี่ โดยการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา การ ใช้นิโคตินทดแทน และการติดตาม กระตุ้นที่ 15 วัน 4 และ 8 สัปดาห์ หลังหยุดสูบบุหรี่ ไปใช้ในการ ส่งเสริมการเลิก บุหรี่ให้แก่มุข ผู้รับบริการระดับ ปฐมภูมิ

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
การป้องกันกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ กลุ่มควบคุมจำนวน 565 ราย ให้ คำแนะนำเลิกบุหรี่ตามปกติ ติดตามประเมินผลที่ระยะ 6 และ 12 เดือน โดยทางโทรศัพท์สอบถาม พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และตรวจ ยืนยันการเลิกบุหรี่ด้วยการวัดระดับ CO ในลมหายใจ							

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
18. Bolman et al. (2002) Evaluation of a nurse-managed minimal-contract smoking cessation intervention for cardiac inpatients	Quasi-experimental Level B	เพื่อทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยการดูแลของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยในแผนกโรคหัวใจ	ผู้ป่วยในตึกโรคหัวใจ ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ใน 7 วัน ก่อนมา มีอายุมากกว่า 18 ปี ใน โรงพยาบาลประสาท	1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานบุคคล 2. แบบสัมภาษณ์ 3. แบบสอบถาม	กลุ่มทดลองจำนวน 388 ราย ได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ได้รับคำแนะนำนำการเลิกบุหรี่จากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจที่ข้างเตียง ขั้นที่ 2 พยาบาลประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่และระดับการติดนิโคติน สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ขั้นที่ 3 พยาบาลดูแลชี้ให้เห็นถึงผลดีต่อการเลิกบุหรี่และจัดหาสิ่งที่จะช่วยในการเลิกบุหรี่มาให้ ขั้นที่ 4 พยาบาลติดตามถึงอุปสรรคของการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย และ กระตุ้นให้เกิดความสามรถในการช่วยเหลือตนเอง ให้เลิกบุหรี่ได้ ขั้นที่ 5 พยาบาลให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่	ที่ระยะ 3 เดือน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (OR=2.11 , 90% CI=1.50-2.98, p<0.001)	นำขั้นตอนต่างๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยการดูแลช่วยเหลือของพยาบาลจำนวน 5 ขั้นตอน การให้เอกสารเกี่ยวกับบุหรี่และผลของการสูบบุหรี่ต่อการโรคหัวใจ และการโทรศัพท์กระตุ้นให้กำลังใจที่ 2 สัปดาห์เมื่อจำหน่าย ไปไว้ใน การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวใน โรงพยาบาล

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
					อยู่โรงพยาบาล ก่อนกลับบ้านให้เอกสารเกี่ยวกับบุหรี่และผลของการสูบบุหรี่ต่อ โรคหัวใจ (Freedom form smoking) ไปอ่านต่อที่บ้าน และโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม จำนวน 410 ราย ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติ ผู้ป่วยในทั่วไป ประเมินผลที่ระยะ 3 เดือน ประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะ 3 เดือนภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยการใช้แบบสอบถาม	ด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดหัวใจ	

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
19.Tadsa neewan Gantagad. (2007) Effect of the smoking cessation program in hospitalized patient with cardiovascular disease on smoking cessation behavior	Quasi-experimental Level B	เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรม การส่งเสริม การเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วย โรคหัวใจและ หลอดเลือดที่ รับไว้ใน โรงพยาบาล ต่อความมั่นใจ ของผู้ป่วยที่จะ เลิกบุหรี่	ผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดเฉียบพลัน พืชชาย ที่มี ประวัติสูบบุหรี่ ก่อนมาจนถึงมา นอนเตียง ที่มี อายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 60 คนในโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2549 – เมษายน 2550	1. แบบสอบถาม 2. โปรแกรมการให้คำปรึกษา รายบุคคล 3. VDO เรื่อง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้สื่อ 10 เกล็ดลับของการเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่	กลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับการดูแล ดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 คน สร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ อธิบายอาการขาดนิโคติน ผลที่ตามมาจากการเลิกบุหรี่ ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้สื่อ VCD (ความยาว 18 นาที) ให้แผ่นพับเรื่องเคล็ดลับการเลิกบุหรี่ แนะนำการจัดการกับการขาดนิโคติน เสริมสร้างความมั่นใจ ป้องกันกลับไปสูบบุหรี่ การติดตาม ให้คำปรึกษาให้กำลังใจทางโทรศัพท์ ระยะ 3 วัน 1, 2, 3 และ 4 สัปดาห์ ประเมินผลที่ 6-8 สัปดาห์หลังจำหน่ายโดยนัดมาที่โรงพยาบาล ตอบแบบสอบถาม	ผลการติดตามเมื่อครบ 6-8 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่ ได้ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)	นำรูปแบบการเลิกบุหรี่ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการตัดสินใจ รับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ เสริมสร้างความมั่นใจ และการเลิกบุหรี่ ติดตามกระตุ้น ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจที่ ระยะ 3 วัน 1, 2, 3 และ 4 สัปดาห์ ไปส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยใน

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการ นำไปใช้
20. จิราภรณ์ เนียมฤศร. (2548)	Quasi- experim ental	เพื่อศึกษาผล ของการใช้ โปรแกรม	ผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วย ในแผนก	เครื่องมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย	กลุ่มควบคุม (20 ราย) ให้คำปรึกษา ตามกระบวนการพื้นฐานสอดคล้องกับ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ แจกแผ่นพับเรื่องประโยชน์ของการเลิก บุหรี่ กลุ่มทดลอง (21 ราย) ให้คำปรึกษา เรื่องการเลิกบุหรี่รายบุคคลและเข้า โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ 5 ครั้ง	หลังการดำเนิน โปรแกรม กลุ่ม ทดลองมีค่า คะแนนเปลี่ยน ของพฤติ- กรรมการเลิกบุหรี่ มากขึ้นกว่าก่อน ทดลองถึง 13.91 (จากเดิมก่อน ทดลองมีค่าเฉลี่ย 5.67 หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ย 19.67) โดยกลุ่มควบคุมมี ค่าเฉลี่ยของ คะแนน พฤติกรรมการเลิก บุหรี่เท่ากับ 10.67	นำไปโปรแกรมการ ส่งเสริมการเลิก บุหรี่ตามทฤษฎี การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ไปใช้ ในการปฏิบัติเพื่อ ส่งเสริมให้กลุ่มผู้ ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และการเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล
ผลของการใช้ โปรแกรม	การสังเกต การเลิกบุหรี่	การสังเกต การเลิกบุหรี่	อายุรกรรม โรงพยาบาล	แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์ แยกขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลง และ แบบวัด พฤติกรรมการเลิก บุหรี่	นวัตินำตัวสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และ สร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 2 วันที่ 3 หลังจากวันแรก ระยะเวลา 20 นาที ประเมินพฤติกรรมตามขั้นตอน การเปลี่ยนแปลง และให้การช่วยเหลือตาม ขั้นตอนที่ประเมินได้		

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับ งานวิจัย	วัตถุประสงค์ ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการ เก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
ครั้งที่ 3 ติดตามเยี่ยม เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ หาทายแก้ไข และให้กำลังใจ							
ครั้งที่ 4 เมื่อครบ 1 เดือน โทรศัพท์กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ แสดงความยินดี							
ครั้งที่ 5 เมื่อครบ 8 สัปดาห์ นัดผู้ป่วย มาพบที่แผนกผู้ป่วยนอก และประเมินโดยใช้แบบสอบถาม							
						สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)	

ตารางที่ 6 สรุปงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Program / Intervention) ในวัยผู้ใหญ่ (ต่อ)

ผู้แต่ง / เรื่อง	ระดับงานวิจัย	วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/แหล่งวิจัย	เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีการหรือแนวปฏิบัติ	ผลการวิจัย	ข้อสรุปเพื่อการนำไปใช้
21. ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. (2550)	Pilot Study Level B	เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย	ผู้ป่วยในแผนกคัดกรอง โรงพยาบาล อุทัยธานี จำนวน 31 คน และสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 7 คน อายุระหว่าง 19 – 77 ปี	1. แบบสอบถาม 2. แบบประเมินการตัดสินใจ 3. โปรแกรมการเลิกบุหรี่	กลุ่มตัวอย่างทุกคน (38 ราย) ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยได้รับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การเสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยที่สร้างความสะดวกในระยะเวลาการดูแลตนเองในระยะถอนบุหรี่ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด กำหนดลมหายใจ ทำสมาธิ ให้อาหาร หรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ ให้กำลังใจ สนับสนุน จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ และให้นิโคตินกรณีมีอาการถอนนิโคติน	พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในด้านการให้ยามีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจ การผ่อนคลายความเครียด การทำสมาธิ และการติดตามทุกๆ 1 สัปดาห์	นำไปประกอบการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในด้านการให้ยามีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจ การผ่อนคลายความเครียด การทำสมาธิ และการติดตามทุกๆ 1 สัปดาห์
โรงพยาบาลอุทัยธานีและสถาบันโรคทรวงอก	ปฏิบัติงานในทางคลินิก	โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย			ติดตามกระแสน้ำหลังการเข้าร่วมโปรแกรม หรือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยการโทรศัพท์ ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 10 ครั้ง	การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยในแผนกคัดกรอง	

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การทบทวนองค์ความรู้และการประเมินคุณภาพงานวิจัยเรื่องโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ซึ่งผู้ศึกษาขอเสนอผลการศึกษาตามเนื้อหา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาศึกษา
2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
3. รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่
4. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยประกอบด้วย ประเทศที่ทำการศึกษาวิจัย ระดับคุณภาพของการวิจัย และรูปแบบของงานวิจัย ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาพบงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 21 งานวิจัย เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ 18 งานวิจัย ได้แก่ อังกฤษ 3 งานวิจัย สหรัฐอเมริกา 3 งานวิจัย สเปน 3 งานวิจัย ออสเตรเลีย 3 งานวิจัย จีน 2 งานวิจัย แคนาดา เนเธอร์แลนด์ สวีเดน นอร์เวย์ และเกาหลีอย่างละ 1งานวิจัย เป็นงานวิจัยในประเทศไทย 3 งานวิจัย แบ่งคุณภาพงานวิจัยพบว่า เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 15 งานวิจัย ซึ่งเป็นงานวิจัยในต่างประเทศทั้งหมด ระดับ B จำนวน 6 งานวิจัย เป็นงานวิจัยในประเทศไทย 3 งานวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่ทำการสืบค้นทั้งหมด

เรื่องที่/ผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ประเทศ	ระดับ
1. Chouinard & Robichaud. (2005)	The Effectiveness of Nursing Inpatient Smoking Cessation program In Individuals with Cardiovascular Disease	แคนาดา	A

ตารางที่ 7 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่ทำการสืบค้นทั้งหมด (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ประเทศ	ระดับ
2. Chan et al. (2005)	A Randomized controlled trial of an individual Motivational intervention on smoking cessation for parent of sick children: a pilot study.	ฮ่องกง(จีน)	A
3. Molyneux et al. (2003)	Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatient	อังกฤษ	A
4. Lancaster et al. (1999)	Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care	อังกฤษ	A
5. Lawrence et al. (2003)	A Cluster Randomized controlled of smoking cessation in pregnant woman comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care	อังกฤษ	A
6. Glasgow et al. (2000)	A Brief Smoking Cessation Intervention for Woman in low –Income Planned Parenthood Clinics	อเมริกา	A
7. Artalejo et al. (2003)	One year effectiveness of individual smoking cessation intervention at the workplace	สเปน	A
8. Sipple et al. (1999)	Smoking Cessation in Primary Care Clinics	อเมริกา	A
9. Persson & Hjalmarson. (2005)	Smoking cessation in patients with diabetes Mellitus: Result from a controlled study of an intervention programe in primary healthcare in Sweden	สวีเดน	A
10. Zheng et al. (2007).	A Randomized Controlled Trial of Group Intervention Base on Social Cognitive Theory for Smoking Cessation in China	จีน	A

ตารางที่ 7 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่ทำการสืบค้นทั้งหมด (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ประเทศ	ระดับ
11. Volpp et al. (2006)	A Randomized controlled trial of Financial Incentives for Smoking Cessation	อเมริกา	A
12. Quist-Paulsen & Gallefoss. (2003)	Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease	นอร์เวย์	A
13. Kim et al. (2005)	Efficacy of smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans: A randomized controlled trial	เกาหลี	A
14. Baker et al. (2006).	A Randomized controlled trial of a smoking cessation intervention Among people with a Psychotic disorder.	ออสเตรเลีย	A
15. Soria et al. (2006)	A Randomized controlled trial of motivation interviewing for smoking cessation.	สเปน	A
16. Fung at al. (2005)	Effectiveness of Hospital-Based Smoking Cessation	ออสเตรเลีย	B
17. Grandes et al. (2000)	An evidence-based programe for smoking cessation: effectiveness in routine general practice	สเปน	B
18. Bolman et al. (2002)	Evaluation of a nurse-managed minimal contract smoking cessation intervention for cardiac inpatients	เนเธอร์แลนด์	B
19. Tadsaneewan Gantagad. (2007)	Effect of the smoking cessation program in hospitalized patient with cardiovascular disease on smoking cessation Behavior	ไทย	B

ตารางที่ 7 แสดงหลักฐานงานวิจัยที่ทำการสืบค้นทั้งหมด (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ประเทศ	ระดับ
20. จิราภรณ์ เนียม กุญชร. (2548)	ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเลิก บุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม ต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนก อายุรกรรม	ไทย	B
21. ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. (2550)	การพัฒนาโปรแกรมการ อดบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล อุทัยธานีและสถาบันโรคทรวงอก กระทรวง สาธารณสุข	ไทย	B

ผลการจำแนกตามรูปแบบงานวิจัยพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยแบบทดลอง (Experimental: RCT) ถึง 15 งานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมาเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) จำนวน 5 งานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 23.8 และ Prospective Cohort Study จำนวน 1 งานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของงานวิจัยจำแนกตามรูปแบบและระดับคุณภาพงานวิจัย (n = 21) ดังนี้

รูปแบบงานวิจัย	ระดับงานวิจัย	จำนวนงานวิจัย	ร้อยละ
Experimental : RCT	A	15	62.5
Quasi- experimental	B	5	23.8
Prospective Cohort Study	B	1	4.7
รวม		21	100

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลจากการทบทวนองค์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่จำนวน 21 งานวิจัย พบว่าขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่ใช้ในรายงานการวิจัย อยู่ในช่วง 21 -1,203 คน/งานวิจัย โดยเฉลี่ย 194 คน / งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ คืออายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

ข้อมูลการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้ซักถาม แบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และส่วนน้อยที่ใช้วิธี การประเมินการสูบบุหรี่ด้วยการวัดปริมาณก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide: CO) ในลมหายใจออกหากพบว่ามีปริมาณมากกว่า 10 part per million (ppm.) แสดงว่ามีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบจำนวน 7 งานวิจัย และการประเมินพฤติกรรมสูบบุหรี่โดยเปรียบเทียบกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model of Change: TTM หรือ Stage of change model) พบจำนวน 4 งานวิจัย

การแบ่งระดับการติดบุหรี่ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for Nicotine dependence) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับต่ำ คะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 2) ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 5-6 คะแนน และ 3) ระดับสูง คะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ คือสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน/วัน และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ปัจจุบัน นอกจากนี้ยังกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

1) กลุ่มที่เจ็บป่วย แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 งานวิจัย ที่พบคือเป็นผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัย ศูนย์การแพทย์ และสถานบริการปฐมภูมิ กลุ่มผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในจำนวน 8 งานวิจัย ได้แก่ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม แผนกอายุรกรรม และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช โรคที่พบคือโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจและ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และที่พบสูงที่สุดคือกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5 งานวิจัย

2) กลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อหรือแม่เด็กที่ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เป็นพนักงานในบริษัทหรือสถานประกอบการ และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เคยมีประวัติเข้ารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 งานวิจัย

3) กลุ่มผู้รับบริการในคลินิกเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล และ กลุ่มหญิงที่เข้ารับบริการในแผนกวางแผนครอบครัว จำนวน 2 งานวิจัย

สำหรับเกณฑ์คัดออกที่พบจากผลการศึกษา ได้แก่

- 1) ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม หรือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้
- 2) ผู้ที่ไม่มีโทรศัพท์หรือที่อยู่ที่สามารถติดตามได้ ทั้งนี้ด้วยเพราะในโปรแกรมต้องมีการติดตามภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
- 3) มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ หรือผู้มีความบกพร่องทางด้านการติดต่อสื่อสาร อ่าน เขียน ไม่ได้ จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถรับข้อมูลจากผู้จัดโปรแกรมได้
- 4) ผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะวิกฤต เจ็บป่วยรุนแรง ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Systolic BP>180 mmHg) หรือไทรอยด์ชนิดเป็นพิษ
- 5) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น ซึมเศร้า รุนแรง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
- 6) ผู้ติดสารเสพติดหรือติดแอลกอฮอล์รุนแรง
- 7) ผู้ที่แพ้โคดีนในกรณีที่โปรแกรมการเลิกบุหรี่นั้นมีการให้โคดีนทดแทนร่วมด้วย
- 8) หญิงตั้งครรภ์หรือวางแผนจะตั้งครรภ์ หรือหญิงให้นมบุตร ในกรณีที่มีการให้โคดีนทดแทนหรือยาในการช่วยเลิกบุหรี่
- 9) ไม่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่

3. รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ที่ได้จากการศึกษาสามารถจำแนกได้เป็น ผู้จัดโปรแกรม วิธีการ/ขั้นตอน ลักษณะที่ให้โปรแกรม ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรม และสถานที่จัดโปรแกรมดังต่อไปนี้

3.1 ผู้จัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่จากงานวิจัยที่นำมาศึกษามีดังนี้ แพทย์ โรงพยาบาล นักวิชาการสุศึกษา เจ้าหน้าที่สุขภาพจิตชุมชน ที่พบมากที่สุดคือกลุ่มพยาบาล จำนวน 18 งานวิจัย แพทย์จำนวน 8 งานวิจัย นักวิชาการสุศึกษา 1 งานวิจัย และนักสุขภาพจิตชุมชน 1 งานวิจัย ทั้งนี้พบว่า เป็นโปรแกรมที่มีการจัดร่วมกันในลักษณะของสหวิชาชีพ จำนวน 7 งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร่วมกับแพทย์

3.2 รูปแบบวิธีการและขั้นตอนที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีรูปที่สำคัญ 6 รูปแบบ คือ 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้คำปรึกษา 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ รายละเอียดดังนี้

1) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 19 งานวิจัยที่ใช้วิธีการนี้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีความคิด ตระหนักในโทษและอันตรายของบุหรี่ โน้มน้าวให้เกิดความคิดเลิกบุหรี่ วิธีการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่

- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) คือ การซักถามถึงประวัติการสูบบุหรี่ เช่น ปริมาณระยะเวลาของการสูบบุหรี่
- การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การนำภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของผู้สูบบุหรี่มาเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและโน้มน้าวให้เกิดความคิดที่จะเลิกบุหรี่ โดยการชี้ให้เห็นถึงผลดีต่อการเจ็บป่วยหากเลิกบุหรี่ได้ และบอกถึงภาวะแทรกซ้อน หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยหากยังสูบบุหรี่ต่อ เช่น การนำภาพหรือสื่อที่แสดงถึงอันตราย หรือแสดงถึงผลกระทบที่น่ากลัวให้ผู้สูบบุหรี่ได้เห็นหรือรับรู้เพื่อให้เกิดความหวาดกลัว
- การประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for Nicotine Dependence) เพื่อแบ่งระดับการติดนิโคติน
- สอบถามถึงระยะของพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้พื้นฐานจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change Model) เพื่อประเมินว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในขั้นตอนใดของพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- การประเมินสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) ของผู้สูบบุหรี่
- การตรวจสภาพร่างกายทั่วไปเพื่อค้นหาความผิดปกติ เช่น วิธีการตรวจวัดปริมาตรปอดโดยใช้เครื่อง Spirometer เพื่อดูความจุปอด การตรวจวัดปริมาณก๊าซ CO ในลมหายใจ แปลผลการตรวจให้ผู้สูบบุหรี่ทราบและเกิดความตระหนัก
- การสร้างแรงจูงใจโดยการให้ญาติ เช่น บุตร หรือบุคคลในครอบครัวที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญกับผู้สูบบุหรี่ เข้ามามีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่และสนับสนุน เสริมแรงเพื่อให้เกิดความคิดเลิกบุหรี่
- การสร้างแรงจูงใจโดยการให้เงินหรือสิ่งของเป็นรางวัลแก่ผู้เลิกบุหรี่

จำนวน 2 งานวิจัย

2) การให้คำแนะนำ (Advice) พบจำนวน 16 งานวิจัย ที่นำวิธีการให้คำแนะนำมาใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยผู้แนะนำให้เลิกบุหรี่นั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องลักษณะและพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่นั้นมีทั้งรูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) และการให้คำแนะนำอย่างละเอียด (Intensive advice) โดยแพทย์พยาบาล หรือวิชาชีพอื่น นอกจากการให้คำแนะนำด้วยตนเองแล้ว ยังมีสื่อ เอกสาร ต่างๆ ที่จะช่วยในการให้คำแนะนำ เช่น การใช้สื่อความรู้ประเภท วิดีทัศน์ เอกสาร แผ่นพับ คู่มือ และใบปลิว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สูบบุหรี่ เนื้อหาในสื่อ เอกสารจะประกอบด้วย โทษ อันตรายของบุหรี่ ผลดีของการเลิกบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แหล่งประโยชน์หรือตัวช่วยในการเลิกบุหรี่ เช่น การแนะนำบุคคลที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ แนะนำแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ แนะนำการใช้นิโคตินทดแทน (NRT) แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

3) การให้คำปรึกษา (Counseling) พบในงานวิจัยทั้งหมด 21 งานวิจัย ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ เป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมในเรื่องให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และมีประสบการณ์ในด้านการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ จากรายงานการวิจัยทั้ง 21 เรื่องพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา และนักจิตวิทยา การให้คำปรึกษาสามารถกระทำได้ในทุกๆ สถานที่เช่น ที่ข้างเตียงผู้ป่วย ในห้องให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์ หรือทางระบบคอมพิวเตอร์ (กรณีที่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ได้) การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเป็นผู้สูบบุหรี่โดยตรง ญาติหรือผู้ดูแลก็ได้ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาขึ้นอยู่กับตัวผู้สูบบุหรี่ ปัญหา หรือความต้องการช่วยเหลือของบุคคลนั้น ๆ เช่นการให้คำปรึกษาที่ข้างเตียงอาจจะใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ในห้องให้คำปรึกษาใช้เวลา 20-30 นาที และหากเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ต่อการรับบริการ 1 ครั้ง เนื้อหาในการให้คำปรึกษา เช่น วิธีการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตนในการเลิกบุหรี่ บุคคลหรือสิ่งที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ สถานบริการที่ให้บริการเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ การลดอาการถอนนิโคติน เป็นต้น

4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ จากรายงานการศึกษามี 5 งานวิจัย ที่ใช้กิจกรรมเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะกลุ่ม ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่มีโอกาสดำเนินแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เช่น ได้ร่วมกันอภิปรายถึงโทษ ภัยของบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ การเผชิญกับภาวะถอนนิโคติน จะทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น กิจกรรมการฝึกการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ การออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีการใช้กิจกรรมด้านการฝึกทักษะ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

5) การให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ จากรายงานการศึกษาพบว่ายาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy: NRT) และการใช้ยาเม็ดรับประทาน ดังนี้

- นิโคตินทดแทน (NRT) จากรายงานการศึกษาที่นำมาศึกษา พบว่า การใช้นิโคตินทดแทนจำนวน 12 งานวิจัย นิโคตินที่ใช้ได้แก่ ชนิดหมากฝรั่ง (Chewing gum) ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (patch) ชนิดเม็ดอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ชนิดเม็ดอม (Lozenge) ชนิดสูดทางปาก (Oral inhaler) และชนิดสเปรย์ทางจมูก (nasal spray) จากรายงานการวิจัยพบว่า ข้อควรระวังในการใช้นิโคตินทดแทนคือต้องแน่ใจว่าไม่มีอาการแพ้ นิโคติน ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หรือคาดว่าจะตั้งครรภ์ และให้ئمบุตร โดยต้องมีการประเมินภาวะติดนิโคตินก่อนการให้นิโคตินทดแทน เช่นในรายที่มีคะแนนการติดนิโคตินสูงกว่า 4 คะแนน หรือในรายที่มีอาการถอนนิโคตินรุนแรง ปริมาณและรูปแบบของการให้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้สูบบุหรี่ จากรายงานการวิจัยพบว่าที่นิยมใช้คือในรูปหมากฝรั่งและชนิดแผ่นติดผิวหนัง ขนาดที่ คือ 21 มิลลิกรัม/วัน 14 มิลลิกรัม/วัน และ 7 มิลลิกรัม/วัน ลดขนาดลงเรื่อยๆ ระยะเวลาประมาณ 4-10 สัปดาห์

- ยาเม็ดรับประทาน จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาพบว่าใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 3 งานวิจัย ยาเม็ดที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่คือ bupropion sustained release (SR) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของสารสื่อประสาท (Dopamine) มีผลทำให้ผู้ที่ได้รับยามีอาการของการขาดนิโคตินน้อยลง การใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโปรแกรมจะต้องมีแพทย์ร่วมในการจัดโปรแกรม เพราะการใช้จะต้องได้รับการสั่งจากแพทย์ผู้มีความรู้ในการรักษา เนื่องจากอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ได้ ประกอบกับยายังมีราคาแพง

6) การติดตามเพื่อกระตุ้น จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาพบว่า ใช้วิธีการติดตามกระตุ้นในโปรแกรมการเลิกบุหรี่จำนวน 16 งานวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ในระยะยาวขึ้นและไม่กลับไปเสพซ้ำ การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่พบว่าทำได้โดยการ โทรศัพท์ การส่งจดหมาย การเยี่ยมบ้าน และการนัดมาพบที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้สูบบุหรี่ และผู้ให้โปรแกรม ระยะเวลาในการติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ มีตั้งแต่ 3 วัน – 10 สัปดาห์ เช่น ทุก 1-2 สัปดาห์ ทุก 1 เดือน เป็นต้น

3.3 ลักษณะที่ให้โปรแกรม พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ ให้เป็นรายบุคคล พบจำนวน 17 งานวิจัย และมีส่วนน้อยให้แบบรายกลุ่ม พบจำนวน 4 งานวิจัย

3.4 ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ขึ้นอยู่กับระหว่าง 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ที่พบมากที่สุดคือช่วงระยะเวลา 1 – 3 เดือน พบจำนวน 9 งานวิจัย 4-6 เดือน จำนวน 7 งานวิจัย น้อยกว่า 1 เดือน พบจำนวน 3 งานวิจัย และ 7-12 เดือน พบจำนวน 1 งานวิจัย

3.5 สถานที่ที่ใช้ในการจัดดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่ามีการจัดดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่แผนกผู้ป่วยในจำนวน 8 งานวิจัย ทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก 1 งานวิจัย แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 3 งานวิจัย ที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) จำนวน 6 งานวิจัย และที่สถานประกอบการจำนวน 1 งานวิจัย คลินิกฝากครรภ์ 1 งานวิจัย และ แผนกวางแผนครอบครัว 1 งานวิจัย

จากผลงานวิจัยที่นำมาศึกษาพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้งหมด ใช้วิธีการผสมผสานหลายรูปแบบ เข้าด้วยกัน รูปแบบที่ถูกใช้มากที่สุดคือการให้คำปรึกษา ซึ่งพบในทุกงานวิจัยที่นำมาศึกษา รองลงมาคือการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่พบ 19 งานวิจัย การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่มี 16 งานวิจัย วิธีการติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ จำนวน 16 งานวิจัย ใช้อาหารเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (NRT และ Bupropion) จำนวน 13 งานวิจัยและการใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบจำนวน 5 งานวิจัย ผลสรุปของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ที่ได้จากผลการศึกษาได้นำมาแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงโปรแกรมการเลิกบุหรี่จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

เรื่องที่/ผู้แต่ง/ ปี	ผู้จัดโปรแกรม	วิธีการ/ขั้นตอน	ลักษณะที่ให้ โปรแกรม	สถานที่จัด โปรแกรม
1. Chouinard Robichaud. (2005)	พยาบาล	- ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สร้าง แรงจูงใจ 1 ชั่วโมง - โทรศัพท์กระตุ้น 6 ครั้ง	รายบุคคล	IPD แผนก โรคหัวใจ
2. Chan et al. (2005)	พยาบาล	- ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สร้าง แรงจูงใจ 30 นาที - โทรศัพท์กระตุ้น 1 ครั้ง	รายบุคคล	OPD & IPD แผนก กุมารเวชกรรม
3. Molyneux et al. (2003)	แพทย์และ พยาบาล	- ให้คำปรึกษา 20 นาที - ให้ NRT 6 สัปดาห์	รายบุคคล	IPD แผนก ศัลยกรรมและ อายุร กรรม
4. Lancaster et al. (1999)	แพทย์และ พยาบาล	- ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ 15 นาที - ให้ NRT 6 สัปดาห์ - เชื่อมบ้าน 1 ครั้ง	รายบุคคล	PCU

ตารางที่ 9 แสดงโปรแกรมการเลิกบุหรี่จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

เรื่องที่ / ผู้แต่ง/ ปี	ผู้จัดโปรแกรม	วิธีการ/ขั้นตอน	ลักษณะที่ให้ โปรแกรม	สถานที่จัด โปรแกรม
5. Lawrence et al. (2003)	พยาบาล	- ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ 3 ครั้ง ละคร 15 นาที และแนะนำข้อมูลในคอมพิวเตอร์	รายบุคคล	OPD งาน ANC
6. Glasgow et al. (2000)	พยาบาลงานวางแผนครอบครัว	- สร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา 1 ชั่วโมง - โทรศัพท์หรือส่งจดหมาย กระตุ้น 1 ครั้ง	รายบุคคล	OPD งานวางแผนครอบครัว
7. Artalejo et al. (2003)	แพทย์และพยาบาลอาสาสมัคร	- ให้คำแนะนำ คำปรึกษาสั้น ๆ (5-8 นาที) - ติดตามกระตุ้น 3 ครั้ง ละคร 2-3 นาที - NRT 5 เดือน	รายบุคคล	ในสถานที่ทำงาน
8. Sipple et al. (1999)	พยาบาล	- ให้คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา 3-10 นาที - แนะนำให้ใช้ NRT - โทรศัพท์กระตุ้น 3 ครั้ง	รายบุคคล	PCU
9. Persson & Hjalmarson. (2005)	พยาบาลใน PCU	- ให้คำปรึกษา คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ 8 ครั้ง ละคร 45-60 นาที - แนะนำการใช้ NRT หรือ Bupropion - ติดตามกระตุ้น 3 ครั้ง	รายกลุ่ม	PCU งานผู้ป่วย DM
10. Zheng et al. (2007)	พยาบาล และ นักศึกษา	- ให้คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา 5 ครั้ง ละคร 2 ชั่วโมง	รายกลุ่ม	PCU / สถานที่ทำงาน
11. Volpp et al. (2006)	แพทย์และพยาบาล	- ให้คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา 5 ครั้ง ละคร 2 สัปดาห์ - ให้ NRT 10 สัปดาห์ - ให้เงินรางวัล	รายกลุ่ม	OPD ศูนย์การแพทย์
12. Quist-Paulsen & Gallefoss. (2003)	พยาบาล	- ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจ - แนะนำให้ใช้ NRT - โทรศัพท์ติดตาม 4 ครั้ง และนัดมา F/U 1 ครั้ง	รายบุคคล	IPD ติดผู้ป่วยโรคหัวใจ

ตารางที่ 9 แสดงโปรแกรมการเลิกบุหรี่จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

เรื่องที่ผู้แต่ง/ ปี	ผู้จัดโปรแกรม	วิธีการ/ขั้นตอน	ลักษณะที่ให้ โปรแกรม	สถานที่จัด โปรแกรม
13. Kim et al. (2005)	แพทย์และ พยาบาล	- ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้ คำแนะนำ ตามแนวของ AHCPR - ให้ NRT - โทรศัพท์หรือ จดหมายกระตุ้น 2 ครั้ง	รายบุคคล	OPD แผนก ผู้ป่วย อายุรกรรม
14. Baker et al. (2006)	เจ้าหน้าที่ สุขภาพจิตใน ชุมชน	- ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้ คำแนะนำ 6 ครั้ง - ให้ NRT 10 สัปดาห์ - ติดตามกระตุ้น 2 ครั้ง	รายกลุ่ม	IPD ผู้ป่วย จิตเวช
15. Soria et al. (2006)	แพทย์	- ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา สร้าง แรงจูงใจ 20 นาที - ให้ Bupropion	รายบุคคล	PCU
16. Fung et al. (2005)	พยาบาล	- ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้ คำแนะนำ - ให้ NRT หรือ Bupropion - โทรศัพท์กระตุ้น 1 ครั้ง เยี่ยมบ้านหรือนัดมา F/U 1 ครั้ง	รายบุคคล	OPD คลินิก เลิกบุหรี่
17. Grandes et al. (2000)	แพทย์ PCU	- ให้ปรึกษา ให้คำแนะนำ สร้าง แรงจูงใจ 3 ครั้ง ๆ 3-4 นาที - แนะนำให้ใช้ NRT - โทรศัพท์กระตุ้น 2 ครั้ง	รายบุคคล	PCU
18. Bolman et al. (2002)	พยาบาลและ แพทย์เฉพาะ ทางโรคหัวใจ	- ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ สร้าง แรงจูงใจ 5 ครั้ง - โทรศัพท์กระตุ้น 1 ครั้ง	รายบุคคล	IPD กลุ่ม โรคหัวใจ
19. Tadsaneewan Gantagad. (2007)	พยาบาล	- ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้ คำแนะนำ 30 นาที - โทรศัพท์ให้กำลังใจ กระตุ้น 5 ครั้ง ๆ 15 นาที	รายบุคคล	IPD แผนก โรคหัวใจ
20. จิราภรณ์ เนียมกฤษ (2048)	พยาบาล	- ให้คำปรึกษา แนะนำ สร้างแรงจูงใจ 2 ครั้ง ๆ ละ 20-45 นาที - โทรศัพท์ กระตุ้น 2 ครั้ง นัดมา F/U 1 ครั้ง	รายบุคคล	IPD แผนกอายุ รกรรม

ตารางที่ 9 แสดงโปรแกรมการเลิกบุหรืจากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (ต่อ)

เรื่องที่ผู้แต่ง/ ปี	ผู้จัดโปรแกรม	วิธีการ/ขั้นตอน	ลักษณะที่ให้ โปรแกรม	สถานที่จัด โปรแกรม
21. ผ่องศรี ศรีมรกต และ คณะ (2550)	พยาบาล	- ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำ - ให้ทำกิจกรรมบำบัด เช่น ฝึกสมาธิ ฝึกการหายใจ คลายเครียด - ประสานกับแพทย์เพื่อให้ NRT - โทรศัพท์กระตุ้น ทุก ๆ 1-2 สัปดาห์ 10 ครั้ง	รายบุคคล	IPD แผนก ศัลยกรรม

4. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรื

จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรืนั้นประเมินจากอัตราการเลิกบุหรืของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรืที่นำมาศึกษามีอัตราการเลิกบุหรืต่ำสุดคือ ร้อยละ 5.7 สูงสุดคือร้อยละ 69 ทั้งนี้มีการกำหนดระยะเวลาในการประเมินผล ซึ่งส่วนใหญ่มีการประเมินผล 2 ครั้ง พบ 11 งานวิจัย ประเมินผล 1 ครั้ง 9 งานวิจัย และมีเพียง 1 งานวิจัยที่มีการประเมินผลถึง 3 ครั้ง ประเมินผลระหว่างการดำเนินโปรแกรม มี 2 งานวิจัย (เรื่องที่ 5 และ 12) ประเมินผลทันทีที่จบโปรแกรม มีจำนวน 6 งานวิจัย ประเมินผลหลังจบโปรแกรม พบจำนวน 13 งานวิจัย ช่วงระยะเวลาที่ใช้ประเมินผลหลังจบโปรแกรมพบว่ามีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 11 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยที่มีการประเมินผล มากกว่า 1 ครั้งจะประเมินได้ว่าอัตราการเลิกบุหรืในการประเมินครั้งแรก มีอัตราการเลิกบุหรืสูงกว่าครั้งที่ 2 และ 3 ระยะเวลาที่ประเมินผลลัพธ์ ที่นานที่สุดคือที่ระยะ 12 เดือน พบถึง 9 งานวิจัย ดังแสดงรายละเอียดผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรืในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงระยะเวลาของโปรแกรม / จำนวนครั้งของการประเมิน/ ระยะเวลาที่ทำการประเมิน และร้อยละของผู้เลิกบุหรี่ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่

เรื่องที่	ระยะเวลาของโปรแกรม	จำนวนครั้ง / ระยะเวลาที่ประเมินผล / ร้อยละของการเลิกบุหรี่					
		ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่					
		ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
		ประเมินที่	ร้อยละ	ประเมินที่	ร้อยละ	ประเมินที่	ร้อยละ
1	6-8 สัปดาห์	2 เดือน	42.6	6 เดือน	24.5	-	-
2	1 สัปดาห์	1 เดือน	22.5	-	-	-	-
3	6 สัปดาห์	3 เดือน	16.5	12 เดือน	16.5	-	-
4	6 สัปดาห์	3 เดือน	9.2	12 เดือน	6.8	-	-
5	5 เดือน	3 เดือน	5.7	7 เดือน	8.1	-	-
6	1 เดือน	6 สัปดาห์	10.2	6 เดือน	6.4	-	-
7	5 เดือน	12 เดือน	20.2	-	-	-	-
8	6 เดือน	9 เดือน	14	-	-	-	-
9	12 เดือน	12 เดือน	20	-	-	-	-
10	6 เดือน	6 เดือน	40.5	12 เดือน	38.5	-	-
11	10 สัปดาห์	75 วัน	16.3	6 เดือน	6.5	-	-
12	6 เดือน	6 สัปดาห์	69	12 เดือน	57	-	-
13	1 เดือน	5 เดือน	14	-	-	-	-
14	10 สัปดาห์	3 เดือน	30	6 เดือน	18.6	12 เดือน	18.6
15	6 เดือน	6 เดือน	18.4	12 เดือน	18.4	-	-
16	1 สัปดาห์	3 เดือน	40	12 เดือน	32	-	-
17	8 สัปดาห์	6 เดือน	12	12 เดือน	7.1	-	-
18	2 สัปดาห์	3 เดือน	34	-	-	-	-
19	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	28	-	-	-	-
20	8 สัปดาห์	8 สัปดาห์	19.6	-	-	-	-
21	4 เดือน	6 เดือน	57.9	-	-	-	-

เมื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยจำแนกตามรูปแบบของโปรแกรมที่ใช้จ่ายและไม่ใช้จ่ายเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบว่าโปรแกรมที่ใช้จ่ายเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มี 13 งานวิจัย ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ร้อยละ 23.59 ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มโปรแกรมที่ไม่ใช้จ่ายช่วยเลิกบุหรี่จาก 8 งานวิจัย ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 21.54

ทั้งนี้วิธีที่ใช้ในการประเมินของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จากรายงานวิจัยที่นำมาศึกษาทั้ง 21 งานวิจัยพบว่า มี 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1) การรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (Self report) โดยใช้แบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ข้อมูลถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง ให้กับผู้ทำการศึกษาว่าตนเองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างไร เช่นหยุดสูบบุหรี่ ลดปริมาณการสูบลง หรือกำลังพยายามที่จะเลิก ซึ่งข้อมูลจะได้มาจากตัวผู้เข้าร่วมโปรแกรม หรือญาติบุคคลในครอบครัวก็ได้ ซึ่งวิธีนี้พบในทุกงานวิจัย

2) การวัดปริมาณก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ในลมหายใจออก เป็นการประเมินทางชีวเคมี โดยใช้เครื่องมือตรวจปริมาณก๊าซ CO ในลมหายใจ ซึ่งหากพบปริมาณ CO สูงกว่า 10 ppm. แสดงว่า ผู้ที่ได้รับการตรวจยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ พบจำนวน 7 งานวิจัย

3) เครื่องตรวจหาสาร Nicotine ในน้ำลาย เป็นวิธีการตรวจทางชีวเคมี ด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อตรวจหาความเข้มข้นของ Cotinine ในน้ำลาย (Salivary cotinine concentration) ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม หากพบว่าปริมาณน้อยกว่า 113.5 nmol/lit แสดงว่าหยุดสูบบุหรี่ พบจำนวน 2 งานวิจัย

4) เครื่องวัดปริมาณสาร Cotinine ในปัสสาวะ (Urinary cotinine level) เป็นวิธีการตรวจทางชีวเคมี ด้วยเครื่องมือพิเศษในการตรวจหาสาร Cotinine ในปัสสาวะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม หากพบว่าปริมาณสูงกว่า 1.5 µg/lit แสดงว่ายังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ พบจำนวน 4 งานวิจัย

จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาพบว่าการประเมินผลการเลิกบุหรี่ ใช้วิธีการรายงานผลด้วยตนเองทั้งหมด และมี 13 งานวิจัยที่ยืนยันผลการผลการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจด้วยวิธีทางชีวเคมีที่พบมากที่สุดคือการยืนยันด้วยการตรวจ วัดปริมาณก๊าซ CO ในลมหายใจออก รองลงมาคือ การตรวจหาสาร Cotinine ในปัสสาวะ และในน้ำลายตามลำดับ

โดยสรุปผลของการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่จำนวน 21 รายงาน เป็นงานวิจัยในระดับ A จำนวน 15 งานวิจัยและระดับ B จำนวน 6 งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยโดยเฉลี่ย 196 คน/งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจุบัน และสูบบุหรี่เป็นประจำ คือสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน/วัน ทั้งผู้ที่ป่วย ไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ เกณฑ์คัดออกจากโปรแกรมได้แก่กลุ่มที่ 1) เจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรง หรือเจ็บป่วยระยะท้าย 2) ผู้ที่บกพร่องในการติดต่อสื่อสาร บกพร่องทางการรับรู้ กรณีที่ต้องให้ญาติทดแทนในโปรแกรม 3) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องไม่แพ้

นิโคติน 4) ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หรือมีแนวโน้มว่าจะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ 5) ไม่มีที่อยู่ที่ชัดเจน หรือไม่มีช่องทางให้ติดต่อเพื่อติดตามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โปรแกรมการเลิกบุหรี่ใช้วิธีการผสมผสานหลากหลายรูปแบบแตกต่างกันโดยมีรูปแบบสำคัญ 6 รูปแบบ คือ 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้คำปรึกษา การ 4) ให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ 5) กิจกรรมช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้น ซึ่งพบว่ารูปแบบที่ใช้มากที่สุดคือ การให้คำปรึกษา ที่พบได้ในทุกงานวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ที่ใช้มากที่สุดคือระยะเวลา 1-3 เดือน ผู้ให้โปรแกรมส่วนใหญ่เป็นพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ประเมินได้จากอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของแต่ละงานวิจัย ที่ได้จากการการรายงานผลด้วยตนเอง และมีบางรายงานที่มีการยืนยันผลด้วยการตรวจทางชีวเคมี ผลลัพธ์ของโปรแกรมพบว่าทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 5.7 - 69

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้นำเสนอการอภิปรายผลในประเด็นต่างๆ โดยเชื่อมโยงกับผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาศึกษา
2. กลุ่มตัวอย่าง
3. รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่
4. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาศึกษา

จากผลการศึกษาที่พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา และงานวิจัยอยู่ในระดับ A เป็นส่วนใหญ่ แสดงถึงการประเมินคุณภาพมีความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ โดยการศึกษาดังกล่าวเริ่มขึ้นในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบหรือวิธีการที่หลากหลาย การศึกษามีขึ้นก่อนกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น จีน เกาหลี และไทย ซึ่งประเทศกำลังพัฒนาได้มีการนำผลการศึกษาของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เช่น ประเทศเกาหลีได้นำแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐ (Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR) มาทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่สูบบุหรี่ในประเทศ พบว่าทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยตัวของประเทศเกาหลีถึง 1.86 เท่า (Kim et al., 2005)

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผลสรุปจากการทบทวนองค์ความรู้จากงานวิจัย 21 รายงาน (ตารางที่ 6-10) พบว่าทุกงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน (สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน/วัน) อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ คือมีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งเกณฑ์การคัดค้านอกจาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แล้วแล้วยังประกอบด้วย อายุ เพศ และลักษณะการเจ็บป่วย (กลุ่มป่วย กลุ่มไม่ป่วย และ

กลุ่มที่ต้องดูแลเฉพาะ) รวมทั้งความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยมีข้อยกเว้นคือ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกเงิน รุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของโรคไม่บกพร่องในการรับรู้หรือเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ พบว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่จัดทำในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 16.5 - 69 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่มีการเจ็บป่วย (ร้อยละ 7.1- 40.5) และกลุ่มที่ต้องให้การดูแลเฉพาะ (ร้อยละ 5.7 - 10.2) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีประสิทธิภาพสูงในผู้มีภาวะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ผู้ป่วยโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจ เพราะว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคหรือการเจ็บป่วยดังกล่าวมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องด้วยความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สร้างความทุกข์ทรมาน การสร้างแรงจูงใจโดยการนำภาพหรือสื่อที่แสดงถึงความน่ากลัว ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด ผู้ป่วยจะเกิดจินตนาการว่าตนเองอยู่ในสภาพนั้น จะเกิดความกังวลใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม การส่งเสริมให้เลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำให้คำปรึกษา จึงง่ายขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2546) ประกอบกับสภาพความเจ็บป่วยและการอยู่ในสภาพแวดล้อมเช่นในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัย แวดล้อมที่จะสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นส่งผลถึงตนเอง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้ตื่นตัวที่จะเลิกบุหรี่ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การเลิกบุหรี่ (Prochaska & DiClemente, 1983)

โปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเจ็บป่วยได้แก่กลุ่มพนักงานในบริษัท ประชาชนในชุมชน หรือพ่อแม่ของเด็กที่เจ็บป่วย พบว่าโปรแกรมที่ให้ผลลัพธ์ที่สูงคือ การจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่เป็นลักษณะกลุ่มๆ ละ 13-15 คน โดยผู้จัดโปรแกรมเป็นสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสุขภาพ และใช้ทุกรูปแบบ คือการสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ คำปรึกษา ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ การใช้กิจกรรมบำบัด และการติดตาม ในการจัดทำโปรแกรมจึงสามารถช่วยให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 38.5 - 40.5 (Zheng et al., 2007)

สำหรับโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ จากผลการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มหญิงที่เข้ารับบริการงานวางแผนครอบครัว ผลลัพธ์ของโปรแกรมมีประสิทธิภาพที่ค่อนข้างต่ำ ด้วยเหตุผลที่ว่ากลุ่มเพศหญิงจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่น้อยกว่าเพศชายภายใต้โปรแกรมแบบเดียวกัน เพราะเพศหญิงจะมีปัจจัยทางด้านความเครียด และฮอร์โมนมาเป็นตัวกระตุ้น ประกอบกับในเรื่องข้อจำกัดของการให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่กลุ่มนิโคติน

ทดแทนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับหญิงตั้งครรภ์จึงใช้รูปแบบที่ไม่ใช่ยาเป็นหลัก (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ. 2546; Lawrence et al., 2003)

3. รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

เมื่อพิจารณาถึงโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับวัยผู้ใหญ่ สามารถนำมาอภิปรายผลได้เป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ให้โปรแกรมพบว่า มีทั้งพยาบาล แพทย์ นักศึกษา และนักจิตวิทยา โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาล มีเพียงบางส่วนที่ผู้จัดเป็นแพทย์ และนักจิตวิทยา ซึ่งให้ผลลัพธ์ของโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (Baker et al., 2006; Lancaster et al., 1999; Zheng et al., 2007) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมไม่ขึ้นอยู่กับผู้ให้โปรแกรม แต่การที่มีผู้ให้โปรแกรมที่หลากหลายวิชาชีพจะส่งผลถึงความครอบคลุมได้ในทุกกลุ่มประชากรเป้าหมาย

3.2 วิธีการ/ขั้นตอนที่ใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่พบว่ามีรูปแบบสำคัญ 6 รูปแบบคือ 1) การให้คำปรึกษา 2) การให้คำแนะนำ 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ได้นำมาอภิปรายผลดังนี้

3.2.1 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ พบในทุกงานวิจัย แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเป็นพื้นฐานของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นกระบวนการสื่อสารที่มีรูปแบบแน่นอน มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้คนที่ประสบปัญหาสามารถแก้ปัญหาหรือหาทางออกได้ในทางที่ดี โดยอาศัยสัมพันธภาพและการสื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) เป็นกลไกสำคัญ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2546) การให้คำปรึกษาแบบเน้นความเป็นจริง (Reality Counseling) เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง ตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองในปัจจุบัน สำรวจและประเมินความต้องการของตนเอง ตลอดจนกำหนดวิธีการหรือแนวทางไปสู่เป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและความเป็นไปได้ (Glasser, 1996) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมในเรื่องให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และมีประสบการณ์ในด้านการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เป้าหมายของการให้คำปรึกษาก็คือการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ การให้คำปรึกษาสามารถกระทำได้ในทุกๆ สถานที่เช่น ที่ข้างเตียงผู้ป่วย ในห้องให้คำปรึกษา ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางระบบคอมพิวเตอร์ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเป็นผู้สูบบุหรี่โดยตรง ญาติหรือผู้ดูแล การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นโดยพยาบาลทำให้ผลลัพธ์การ

เลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพสูง คือทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้วิธีการอื่นๆ (Hollis et al., 1993)

3.2.2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ พบว่านำมาใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 90.5 ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า เป็นวิธีที่นิยมใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป้าหมายหลักของการสร้างแรงจูงใจคือการเพิ่มพฤติกรรมที่ตั้งใจจะเปลี่ยนแปลง และลดความตั้งใจที่จะไม่เปลี่ยนแปลง เน้นพฤติกรรมที่มีผลกับสุขภาพ (Miller & Rollnick, 1980) ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจเป็นที่ยอมรับในทางปฏิบัติในทางคลินิก สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่เคยคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ จะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับหรือเพื่อให้พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยแนวทางที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งต้องมีประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Stage of readiness to quit) และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Chan et al., 2005) วิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรือนั้นสามารถกระทำได้โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การประเมินการติดยาโคติน (Fagerstrom test for Nicotine Dependence) ประเมินพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) การประเมินสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) การตรวจสภาพร่างกายทั่วไปเพื่อค้นหาความผิดปกติ การให้ญาติ หรือบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ และการให้เงินหรือสิ่งของเป็นรางวัลรางวัล (Chan et al., 2005; Glasgow et al., 2000; Lancaster et al., 1999; Volpp et al., 2006)

3.2.3 การให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ เป็นการให้ข้อมูลถึงผลดีเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ทั้งต่อตนเองและสังคม โดยการแนะนำวิธีการหรือแนวทางในการเลิกบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ ซึ่งการให้คำแนะนำเป็นวิธีการพื้นฐานที่ไม่ต้องใช้การลงทุน เช่น การที่แพทย์แนะนำการเลิกบุหรี่ แบบสั้นๆ (2-5 นาที) ให้กับผู้ป่วยในขณะที่ทำการตรวจรักษาโรค มีผลทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงการให้คำแนะนำเพื่อการเลิกบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ทั้งในโรงพยาบาล หรือสถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือในชุมชนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และสามารถกระทำได้ในเวลาที่จำกัด (Lancaster et al., 1999)

3.2.4 การใช้กิจกรรมบำบัดในการเลิกบุหรี่ เป็นการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีการเรียนรู้ในการเลิกบุหรี่มากขึ้นจากกิจกรรมกลุ่มดังกล่าว ซึ่งกิจกรรมกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่นี้ มีความเหมาะสมที่จะใช้กับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่มีการเจ็บป่วย เช่น ในสถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือในชุมชน (Persson & Hjalmarson, 2005) นอกจากนี้กิจกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ การออกกำลังกาย การให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ ผ่านระยะของการถอนนิโคตินไปได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต

และคณะ, 2007) การฝึกทักษะ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด สามารถช่วยให้กลุ่มผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลโดยทั่วไป (Baker et al., 2006)

3.2.5 การใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ จากผลการศึกษา พบว่ายาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่มี 2 ชนิดคือ 1) Bupropion และ 2) นิโคตินทดแทน (NRT) ในกรณีของ Bupropion จะให้ในกรณีที่มีคะแนนการติดนิโคติน มากกว่า 7 คะแนน ซึ่งผล Bupropion จะช่วยให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นหากให้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ด้วย (Soria et al., 2006) ส่วนนิโคตินทดแทน (NRT) จะใช้ในกรณีที่เมื่อการถอนนิโคติน หรือมีคะแนนการประเมินการติดนิโคตินมากกว่า 4 คะแนน และต้องมีการชักประวัติเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีข้อห้ามในการให้ เช่น อาการแพ้ นิโคติน ตั้งครรภ์ หรือคาดว่าจะตั้งครรภ์ จากผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาร่วมกับใช้นิโคตินทดแทน สูงกว่าการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว (Molyneux et al., 2003) ผลของการใช้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาอย่างสั้นจากเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่า การให้คำปรึกษาอย่างสั้นเพียงอย่างเดียว (ครรชิต ลิทธิพันธ์, 2548) และผลการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ พบว่าการให้นิโคตินทดแทนร่วมกับการให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจ และให้คำแนะนำจะทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นกว่าการให้ นิโคตินทดแทน หรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว (Ranney et al., 2006) จึงสรุปได้ว่าการใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการไม่ใช้ยาในโปรแกรมเลิกบุหรี่ และต้องมีการใช้รูปแบบอื่นร่วมด้วยในโปรแกรมเสมอ

3.2.6 การติดตามกระตุ้น นับว่าเป็นวิธีการสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ในระยะยาวและไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ การติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อให้กำลังใจให้คำปรึกษาด้วยการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ การส่งจดหมาย การติดตามในครั้งแรกควรอยู่ในระยะสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่อครบ 1 เดือน ครั้งต่อไปเมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (เนียมฤญธร, 2548; Artalejo et al., 2003; Fung et al., 2005; Gantagad., 2007; Kim et al., 2005; Paulsen & Gallefoss., 2003; Sipple et al., 1999) ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การติดตามและกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอโดยการโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์ ระยะเวลา 10 ครั้ง สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ในระยะยาว และลดอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้สูงกว่า (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. 2550)

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่าใช้วิธีการผสมผสานด้วยรูปแบบการเลิกบุหรี่ที่หลากหลายไว้ในโปรแกรม ทั้งการให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำ ให้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ และใช้กิจกรรมบำบัด รวมทั้งการติดตามกระตุ้นเพื่อให้กำลังใจ

และรูปแบบพื้นฐานที่ใช้ในงานวิจัยก็คือการให้คำปรึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีรูปแบบหลากหลายสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ด้วยเหตุของความแตกต่างในพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

3.3 ลักษณะที่ทำให้โปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่ให้เป็นรายบุคคล แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมรายบุคคลก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ด้วยแนวความคิดที่ว่าพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน บางคนอาจอยู่ในขั้นที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ในขณะที่บางคนอาจอยู่ในช่วงของการพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ดังนั้นการให้โปรแกรมจึงต้องมีความแตกต่างกัน ส่วนการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่เป็นรายกลุ่มพบว่ามีประสิทธิภาพสูงในกลุ่มที่มีลักษณะหรือพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่ใกล้เคียงกัน เช่นพนักงานของบริษัท กลุ่มผู้สูบบุหรี่ในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมในการให้โปรแกรมคือ 8-15 คน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 45 - 120 นาที จำนวน 5-8 ครั้ง ระยะห่างแต่ละครั้งคือทุก 1-2 สัปดาห์ (Baker et al., 2006; Persson & Hjalmarson., 2005; Volpp et al., 2006; Zheng et al., 2007) จึงสรุปได้ว่าการให้โปรแกรมแบบกลุ่มเหมาะสมกับกลุ่มผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วย หรือกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยลักษณะอาการที่คล้ายคลึงกัน

3.4 ระยะเวลาใช้ในการจัดการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่นั้นอยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ที่พบมากที่สุดคือช่วงระยะเวลา 1 – 3 เดือน รองลงมาคือ 4-6 เดือน ซึ่งอธิบายได้ว่า ช่วงแรกของการเลิกบุหรี่เป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้เลิกบุหรี่จะต้องเผชิญกับอาการถอนนิโคติน การเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เสร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีอยู่ในช่วง 4 เดือนแรก (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548) ผู้สูบบุหรี่หากสามารถผ่านระยะนี้ได้อาการถอนนิโคตินจะลดลง ดังนั้นการจัดโปรแกรมจะต้องใช้รูปแบบที่ช่วยให้ผู้เลิกบุหรี่เอาชนะอาการถอนนิโคตินให้ได้ รูปแบบที่ใช้ในโปรแกรมจะต้องประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และการให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

การจัดโปรแกรมในระยะ 4 -6 เดือนผู้เลิกบุหรี่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจนถึงขั้นปฏิบัติ (Action) คือระยะที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ นั่นก็คือการหยุดพฤติกรรมสูบบุหรี่ซึ่งจะใช้เวลาอยู่ในช่วง 4-6 เดือน (Prochaska & DiClemente, 1983) ดังนั้นผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้จนถึงระยะนี้โอกาสที่จะกลับไปสูบบุหรี่จะลดลง หากได้รับการติดตามกระตุ้นเป็นระยะๆ พฤติกรรมการกลับไปสูบบุหรี่อาจไม่เกิดขึ้น

โปรแกรมในระยะยาว 6-12 เดือน เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) คือ ช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ 6 เดือน ถึง 5 ปี ข้อดีของโปรแกรมในระยะยาวคือผู้เลิกบุหรี่มีโอกาสกลับมาเสพติดได้น้อยกว่าโปรแกรมในระยะสั้น ข้อจำกัดของโปรแกรมในระยะยาวคือผู้เลิกบุหรี่จะสูญหาย หรือไม่สามารถติดตามผลได้ และที่สำคัญของโปรแกรมในระยะยาวจะใช้ต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงกว่าโปรแกรมในระยะสั้น

3.5 สถานที่จัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่สามารถจัดได้ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ที่ตึกผู้ป่วย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยใน โดยใช้สถานที่ข้างเตียงผู้ป่วย สำหรับแผนกผู้ป่วยนอก สามารถจัดทำเป็นคลินิกเลิกบุหรี่โดยเฉพาะ หรือ ตามหน่วยบริการแต่ละแผนก เช่น แผนกฝากครรภ์ วางแผนครอบครัว แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เป็นต้น จัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงาน เช่น ที่โรงงาน หน่วยงานต่างๆ ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า สถานที่จัดโปรแกรมสามารถจัดได้ตามลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม และรูปแบบของโปรแกรมที่ใช้

4 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่นั้นประเมินจากอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้ผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่อัตราต่ำสุดคือ ร้อยละ 5.7 สูงสุดคือร้อยละ 69 ทั้งนี้มีการกำหนดระยะเวลาในการประเมินผล ส่วนใหญ่มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือประเมินผลระหว่างการดำเนินโปรแกรม หรือประเมินผลทันทีที่จบโปรแกรม และประเมินผลหลังจบโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยที่มีการประเมินผล มากกว่า 1 ครั้งจะประเมินได้ว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในการประเมินครั้งแรก มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าครั้งที่ 2 และ 3 แสดงให้เห็นว่าในระยะที่ยาวนานขึ้นผู้เลิกบุหรี่มีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำมากขึ้น นอกจากนี้การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ 12 เดือน เป็นระยะที่สูงที่สุดของผลการศึกษา แสดงว่าเป็นระยะที่ให้ผลลัพธ์ที่มีความน่าเชื่อถือสูงสุด

เมื่อพิจารณาถึงโปรแกรมที่ให้ผลลัพธ์ที่สูงที่สุดจากผลการศึกษาจะพบว่ามีอัตราการเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 69 ที่การประเมินครั้งแรก (6 สัปดาห์) และร้อยละ 57 ในการประเมินครั้งที่ 2 (12 เดือน) โดยโปรแกรมมีระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลองเป็นผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคหัวใจ ผู้ให้โปรแกรมเป็นพยาบาล รูปแบบที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ร่วมกับให้นิโคตินทดแทน และที่สำคัญคือ มีการติดตามกระตุ้นเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

ส่วนโปรแกรมที่ให้ผลลัพธ์ต่ำที่สุดคือให้อัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 5.7 ที่ประเมินครั้งแรก (หญิงตั้งครรภ์ ที่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์) และร้อยละ 8.1 เมื่อประเมินครั้งที่ 2 (หลังคลอด 10 วัน) โดยโปรแกรมที่ให้ระยะเวลา 5 เดือน โดยผู้จัดโปรแกรมเป็นพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ และกลุ่มทดลองเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โปรแกรมประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ จะเห็นว่าโปรแกรมไม่มีการให้นิโคติน และไม่มีการติดตามกระตุ้นใดๆ

สรุปได้ว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบ/วิธีการในโปรแกรม นอกจากนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผลที่แตกต่างกัน ส่งผลถึงผลลัพธ์แตกต่างกันด้วย

อภิปรายสรุปผลได้ว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 21 รายงาน เป็นงานวิจัยในระดับ A จำนวน 15 งานวิจัยและระดับ B จำนวน 6 งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยโดยเฉลี่ย 196 คน/งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็น ปัจจุบันคือ สูบบุหรี่วันละอย่างน้อย 1 มวน/วัน ทั้งผู้ที่ป่วย ไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแล เฉพาะ ผู้ที่ต้องคัดออกจากโปรแกรมได้แก่กลุ่มที่เจ็บป่วยฉุกเฉินรุนแรง หรือเจ็บป่วยระยะท้าย ผู้ที่บกพร่องในการติดต่อสื่อสาร บกพร่องทางการรับรู้ กรณีที่ต้องให้นิโคตินทดแทนในโปรแกรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องไม่แพ้ยา นิโคติน ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หรือมีแนวโน้มว่าจะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ผู้ที่จะต้องถูกคัดออกก็คือกลุ่มผู้ที่ไม่มีที่อยู่ชัดเจนหรือไม่มีช่องทางให้ติดต่อเพื่อติดตามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีรูปแบบสำคัญๆ อยู่ 6 รูปแบบ คือ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การสร้างแรงจูงใจ การให้ยาช่วยเลิก บุหรี่ กิจกรรมช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ และการติดตามเพื่อกระตุ้น ทุกโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่นำมาศึกษาเป็นโปรแกรมที่มีการผสมผสาน รูปแบบที่เป็นพื้นฐานของโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือการให้คำปรึกษา ยิ่งรูปแบบหลากหลายโปรแกรมจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและใช้ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดโปรแกรม มีตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือ 4-6 เดือน ในส่วนของผู้ให้โปรแกรมมีทั้งแพทย์ พยาบาล นักสุขภาพ และนักจิตวิทยา ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีความชำนาญในบทบาทที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากมีการทำงานเป็น สหวิชาชีพจะส่งผลถึงความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ได้ การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้จากอัตราการเลิกบุหรี่ ที่สามารถประเมินได้ ตั้งแต่ระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันที หรือ ตามกำหนดระยะเวลาที่กำหนด ที่ระยะ 12 เดือน จะเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงพฤติกรรมการเลิกบุหรือน่าเชื่อถือกว่าในระยะการประเมินที่สั้นกว่า

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี 1999 – 2007 มีงานวิจัยทั้งหมด 21 งานวิจัย ซึ่งทั้งหมดเป็นโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ใช้กับผู้สูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่สรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ปัจจุบัน และมีปริมาณการสูบอย่างน้อย 1 มวนต่อวัน อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มป่วย กลุ่มไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ ที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ หรือผู้มีความบกพร่องทางด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะวิกฤต เจ็บป่วยรุนแรง ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จะมีอัตราการเลิกบุหรี่เมื่อเข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มปกติและกลุ่มเฉพาะ

รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่าขั้นตอนแรกของโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือการสอบถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ได้จากการซักถาม และใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ส่วนน้อยที่ใช้การประเมินการสูบบุหรี่ด้วยการวัดปริมาณก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide: CO) ในลมหายใจออกหากพบว่ามีปริมาณมากกว่า 10 part per million (ppm.) แสดงว่ามีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยเปรียบเทียบกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model of Change: TTM หรือ Stage of change model) การแบ่งระดับการติดบุหรี่ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for Nicotine dependence) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับต่ำ คะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 2) ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 5-6 คะแนน และ 3) ระดับสูง คะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน

รูปแบบวิธีการและขั้นตอนที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีรูปที่สำคัญ 6 รูปแบบ คือ 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้คำปรึกษา 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ โดยมีรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นพื้นฐานของทุกโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่นำมาศึกษา

ลักษณะที่ให้โปรแกรม พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ ให้เป็นรายบุคคล ด้วยเหตุเพราะแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการจัดโปรแกรมต้องให้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่อยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ที่พบมากที่สุดคือช่วงระยะเวลา 1 – 3 เดือน รองลงมา 4-6 เดือน ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้โปรแกรมคือ 4-6 เดือน ส่วนเวลาที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือ 12 เดือน

สถานที่ในการจัดดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่าสามารถจัดโปรแกรมได้ทุกแห่งทั้งในแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก ที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) และที่สถานประกอบการ และคลินิกพิเศษต่างๆ

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพนั้นจะใช้วิธีการผสมผสานรูปแบบต่างๆไว้ในโปรแกรม สำหรับรูปแบบที่ใช้มากที่สุดคือการให้คำปรึกษา ซึ่งพบในทุกงานวิจัยที่นำมาศึกษา รองลงมาคือการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่มี การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ใช้จ่ายเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการของแต่ละบุคคล เกิดความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในการเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่
2. พัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบผสมผสาน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ การใช้กิจกรรมบำบัด การให้นิโคตินทดแทน/ยาช่วยเลิกบุหรี่ และการติดตามกระตุ้น โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาร่วมกับการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นพื้นฐานของโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน
3. จัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพ นักจิตวิทยา นักสังคมฯฯ ให้ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำปรึกษาเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเป้าหมาย
4. นำความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยใช้รูปแบบผสมผสาน ไปเผยแพร่ให้แก่กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ในสถานบริการด้านสาธารณสุขในทุกระดับบริการ
5. นำวิธีการตรวจทางชีวเคมี อันได้แก่ การตรวจหาสาร Cotinine ในน้ำลาย ในปัสสาวะ และการวัดปริมาณ ก๊าซ CO ในลมหายใจออก ไปใช้ในการปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันผลการเลิกบุหรี่อย่างแท้จริง

ข้อดีและข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อดี คืองานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ใน Level A แสดงให้เห็นถึงคุณภาพและความน่าเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารอบคลุมทั้งในกลุ่มป่วย ไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องดูแลเฉพาะและรูปแบบของโปรแกรมการเลกนุหรีที่ใช้ในแต่ละงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกันสามารถนำไปพัฒนาไปเป็นแนวปฏิบัติได้

ข้อจำกัด คือ รูปแบบของงานวิจัยที่สืบค้นได้ยังไม่ครอบคลุมในทุกรูปแบบที่มี เช่น โปรแกรมการเลกนุหรีด้วยการใช้รูปแบบ Cognitive-Behavior Therapy (CBT) การใช้ Satir Model และการใช้แพทย์ทางเลือกในการเลกนุหรี เป็นต้น และงานวิจัยที่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่กลุ่มเฉพาะ มีจำนวนน้อย และบางงานวิจัยไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลฉบับเต็ม (Full Text) ได้

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

SYNTHESIS OF RESEARCH ON SMOKING CESSATION PROGRAM IN ADULTS

เพ็ญพิมพ์ ปันระสี

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: นพวรรณ เปียชื่อ Ph.D. (Nursing), อรสา พันธุ์ศักดิ์ พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งกลุ่มโรคมะเร็ง (The Surgeon General Report, 2004) มีรายงานว่าผู้ที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.5 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีไขมันในเลือดสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า (American Heart Association [AHA], 2002) การสูบบุหรี่ยังนอกจากจะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ด้วย และองค์การอนามัยโลกยังมีการประมาณการเสียชีวิตของประชากรโลกจากการสูบบุหรี่ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคนในปี ค.ศ. 1998 เป็น 4.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2003 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2002)

ผลการศึกษาถึงแนวโน้มการเสียชีวิตของประชากรโลกพบว่า 3 สาเหตุหลักที่ยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง นั่นก็คือโรคเอดส์ โรคอ้วน และ โรคจากการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะโรคจากการสูบบุหรี่ที่ทำให้ประชากรวัยทำงานเสียชีวิตถึงร้อยละ 20 (Lopez et al, 1996) ธนาคารโลกร่วมกับองค์การอนามัยโลก และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้ประเมินสถานการณ์การสูญเสียทางสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญกับโรคที่เกิดภาระ (Burden of disease) พบว่าในปี ค.ศ.2020 ประชากรโลกจะเสียชีวิตและเกิดภาวะ

ทุพพลภาพจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551) การศึกษาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันแยกเป็น เพศชาย 11.3 ล้านคน และเพศหญิง 7.2 แสนคน โดยสูบเป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันจำนวน 9.49 ล้านคน (ศูนย์วิจัยและจัดการองค์ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2551)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีประชาชนเสียชีวิตเพราะบุหรี่ปีละ 52,000 คน โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกของประชากรโลกโดยมีอัตราป่วย 51.2 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สถิติสาธารณสุข, 2544) จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐบาลจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายของรัฐในปี พ.ศ. 2546 ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 10,057 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าสูงขึ้นทุกปี (สถิกร พงษ์พานิช, 2548)

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลมีสาเหตุจากความอยากรลอง ความต้องการตามอย่างเพื่อน การเลียนแบบ เพื่อเข้าสังคม และความเครียด การศึกษาในประเทศไทยพบว่ากลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ วัยผู้ใหญ่อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.0 รองลงมาคืออายุ 30-39 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.0 โดยอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบคือ 18.5 ปี และมีแนวโน้มว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่จะลดลงเรื่อยๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.8) สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 17.2) และผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 45.7 เริ่มสูบเมื่ออายุ 10-19 ปี โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป สูบปริมาณมากกว่า 10 มวนต่อวัน (นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ, 2551) การศึกษาความต้องการเลิกบุหรี่พบว่าร้อยละ 66.8 ของผู้สูบบุหรี่ประจำ (ประมาณ 7 ล้านคน) ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังเลิกไม่ได้ ส่วนหนึ่งเคยพยายามลองเลิกด้วยตนเอง 1-2 ครั้ง แต่ไม่สำเร็จต้องกลับมาสูบอีก ซึ่งมีเหตุผลที่แตกต่างกัน เช่น หงุดหงิด เครียด ความเคยชิน ความอยากสูบเมื่อเห็นคนอื่นสูบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) เหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จก็คือสารนิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่ซึ่งเป็นสารเสพติด ผลของนิโคตินทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเสพติด และเลิกได้ยากเมื่อเข้าสู่ระยะเสพติดแล้ว การเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกรำคาญ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เสร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจึงเกิดอาการ “อยากบุหรี่” (cigarette craving) อย่างมากเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ประกอบกับบุหรี่หาซื้อได้ทั่วไป ถ้าไม่มีบุหรี่ก็สามารถใช้ยาเส้นสูบแทน ที่สำคัญบุหรี่จัดเป็นยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

พฤติกรรมการณ์การเลิกบุหรี่ของบุคคลนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Transtheoretical Model) ที่กล่าวว่าบุคคลที่ติดบุหรี่จะผ่านขั้นตอนต่างๆ ของวัฏจักรการเปลี่ยนแปลง ประมาณ 3-7 รอบ จึงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสุขภาพ บุคลิกภาพ ความตั้งใจในการเลิก และการได้รับการสนับสนุน หรือการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้บุคคลเลิกสูบบุหรี่ ต้องประเมินให้ได้ว่าบุคคลนั้นอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงขณะนั้น เพื่อที่จะช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแล ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Prochaska & DiClemente, 1992)

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ พบว่ามีวิธีหลายวิธี ได้แก่ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และการให้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นวิธีที่ให้ประสิทธิภาพดีที่สุดของการศึกษาที่ผ่านมา (Ranney et al, 2005) นอกจากนี้ผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การจัดหาเอกสารเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาที่ต่อเนื่อง และการนำบุคคลในครอบครัวมาร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 26 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wakefield et al, 2004) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เข้ารับบริการรักษาในแผนกอายุรกรรม พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สัมพันธ์กับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 10.67 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราภรณ์ เนียมบุญชู, 2548) อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับประเทศไทย รูปแบบ/วิธีการในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ยังไม่ชัดเจน กระบวนการ และระยะเวลาของโปรแกรม ไม่ครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มปกติ และกลุ่มเฉพาะ นอกจากนี้การประเมินผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่พบในประเทศไทย ได้มาจากการรายงานผลการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหรือญาติ ซึ่งยังไม่สามารถยืนยันผลที่แท้จริงได้ ยิ่งไปกว่านั้นคือผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประเมินได้จากอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมยังไม่สูงมากนัก

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษา ซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง พบว่าผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบ มีพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่จำนวนมากโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทั้งผู้ที่มีความเจ็บป่วยและสุขภาพดี ทั้งที่เป็นตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และ ประชาชนในชุมชน จากผลของการให้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งผู้รับบริการ มีทั้งผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้รูปแบบการให้คำแนะนำโดยทั่วไปร่วมกับการให้

นิโคตินทดแทนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2550 พบว่าผลลัพธ์ของการให้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะติดตาม 6 เดือนเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น (สถิติโรงพยาบาลลานสัก, 2550) ซึ่งผลลัพธ์ใกล้เคียงกับรายงานผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของงานการพยาบาลส่งเสริมและป้องกันโรค ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2549 โดยวิธีให้คำปรึกษา และการติดตามกระตุ้น พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ได้ที่ร้อยละ 29.3 (อารยา หาอุปละ, 2549)

บทบาทสำคัญอีกประการหนึ่งของพยาบาลคือการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้นการที่พยาบาลได้ทำกิจกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของคนไทย โดยการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ การดูแลผู้ติดบุหรี่ให้มีสุขภาพดีจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล (อรสา พันธุ์กิติ และสุรินทร์ กลัมพากร, 2551) ดังนั้นหากมีแนวทางที่จะทำให้บุคคลที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เหล่านั้นสามารถเลิกบุหรี่ได้ในอัตราที่สูงมากขึ้น จะช่วยให้ภาวะสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ และในทางการปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในเรื่ององค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการและโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ และหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ยังมีน้อยและจำกัดอยู่เพียงบางสถานบริการและบางกลุ่ม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนงานวิจัยและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้รับบริการในวัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับ

วัยผู้ใหญ่

วิธีการศึกษา

นำเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ที่ทันสมัย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง โดยมีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for information sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data sources) ที่ใช้ในการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ได้จากตำรา วิทยานิพนธ์ คู่มือ วารสารจาก

ห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ แหล่งข้อมูลของหน่วยงาน สถาบันที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่ใช้มีดังนี้ CINAHL, Blackwell, Pub med Cochrane และ Science direct จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยและต่างประเทศจากสถาบันต่างๆ โดยกำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.1999-2007

1.2 คำสำคัญ (Key word) ที่ใช้ในการสืบค้นคือ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่, Smoking Cessation AND Program, Smoking Cessation AND intervention, Effective Smoking Cessation Program, Randomized controlled trial AND Smoking Cessation Program

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกใช้เกณฑ์การคัดเลือดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงทดลองเชิงความสัมพันธ์และเชิงพรรณนา ตั้งแต่ปี ค.ศ.1997 ถึงปัจจุบัน
- เลือกรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่
- เป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ระยะเวลาการตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ. 1999 - 2007

กลุ่มตัวอย่าง

- เป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่ทั้งที่ไม่มีการเจ็บป่วย มีการเจ็บป่วย และกลุ่มเฉพาะ
- เป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่คือ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก

- งานวิจัยหรือบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดตามระบบห้องสมุดหรือไม่มีรายงานการวิจัย ฉบับเต็ม (Full text)
- งานวิจัยหรือบทความที่ซ้ำกัน คัดเลือกมาจากฐานข้อมูลใดข้อมูลหนึ่งเท่านั้น
- งานวิจัยที่ไม่ได้ระบุถึงช่วงอายุหรือกลุ่มวัย ของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน

2. ขั้นตอนการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

2.1 นำงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นมาทำการประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality) โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย 2 ชนิดได้แก่ 1) เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ตามราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2544 และ 2) ความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางคลินิก (Research Utilization Criteria) โดยใช้เกณฑ์การประเมินงานวิจัยของ Polit & Beck (2004)

2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ หัวข้อที่ใช้ในการดึงข้อมูลคือ 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย 2) แบบงานวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่าง 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล 6) วิธีการหรือแนวปฏิบัติ 7) ผลการวิจัย และ 8) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ผลการศึกษา

การทบทวนองค์ความรู้และการประเมินคุณภาพงานวิจัยเรื่องโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ได้ผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาศึกษา

ผลการศึกษาพบงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 21 เรื่อง เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ 18 เรื่อง ในประเทศไทย 3 เรื่อง ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่า เป็นงานวิจัย ระดับ A จำนวน 15 งานวิจัย และ ระดับ B จำนวน 6 งานวิจัย

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พบว่าขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่ใช้ในรายงานการวิจัย โดยเฉลี่ย 194 คน / งานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการสูบบุหรี่น้อย 1 มวน/วัน และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

1) กลุ่มที่เจ็บป่วย 16 งานวิจัย มีทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน การเจ็บป่วยที่พบได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2) กลุ่มที่ไม่มีการเจ็บป่วย พบ 3 งานวิจัย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อหรือแม่เด็กที่ป่วย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เป็นพนักงานในบริษัทหรือสถานประกอบการ และผู้ที่อยู่ในชุมชน

3) กลุ่มผู้รับบริการในคลินิกเฉพาะพบ 2 งานวิจัย ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล และกลุ่มหญิงที่เข้ารับบริการในแผนกวางแผนครอบครัว

3. รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่

รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ จำแนกได้เป็น ผู้ให้โปรแกรม วิธีการ/ขั้นตอน ลักษณะที่ให้โปรแกรม ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรม และสถานที่จัดโปรแกรมดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีทั้งแพทย์พยาบาล นักวิชาการสุขศึกษา เจ้าหน้าที่สุขภาพจิตชุมชน ที่พบมากที่สุดคือพยาบาล

3.2 รูปแบบวิธีการและขั้นตอนที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีรูปที่สำคัญ 6 รูปแบบ คือ 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้คำปรึกษา 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ดังนี้

1) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 19 งานวิจัย วิธีการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for Nicotine Dependence) ประเมินพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) การประเมินสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) การตรวจสภาพร่างกายทั่วไปเพื่อค้นหาความผิดปกติ การให้ญาติ เช่น บุตร หรือบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจโดยการให้เงินหรือสิ่งของเป็นรางวัลรางวัล

2) การให้คำแนะนำ (Advice) พบจำนวน 16 งานวิจัย มีทั้งรูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) และการให้คำแนะนำอย่างละเอียด (Intensive advice) โดยการให้คำแนะนำด้วยตนเองและใช้สื่อประกอบ

3) การให้คำปรึกษา (Counseling) พบในทุกงานวิจัยที่นำมาศึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ เป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมในเรื่องให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน การให้คำปรึกษาสามารถกระทำได้ในสถานที่แตกต่างกัน เช่น ที่ข้างเตียงผู้ป่วย ในห้องให้คำปรึกษา ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางระบบคอมพิวเตอร์ ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเป็นผู้สูบบุหรี่โดยตรง ญาติหรือผู้ดูแลก็ได้

4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ พบ 5 งานวิจัย กิจกรรมที่ใช้ได้แก่กิจกรรมกลุ่มสนทนา กิจกรรมการฝึกการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ การออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าจะมีการใช้กิจกรรมด้านการฝึกทักษะ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

5) การให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ จากรายงานการศึกษาพบว่ายาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่มี 2 แบบ ได้แก่ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy: NRT) พบจำนวน 12 งานวิจัย และการใช้ยาเม็ดรับประทาน Bupropion sustained release (SR) พบ 3 งานวิจัย

6) การติดตามเพื่อกระตุ้น ทำได้โดยการโทรศัพท์ การส่งจดหมาย การเยี่ยมบ้าน และการนัดมาพบที่โรงพยาบาล ระยะเวลาในการติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ มีตั้งแต่ 3 วัน ถึง 10 สัปดาห์

สรุปได้ว่าทุกโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของทุกงานวิจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ใช้การผสมผสานรูปแบบต่างๆไว้ในโปรแกรม รูปแบบที่ใช้มากที่สุดคือการให้คำปรึกษา ซึ่งพบในทุกงานวิจัยที่นำมาศึกษา รองลงมาคือการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ใช้อาหารช่วยเลิกบุหรี่ และการใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ตามลำดับ

3.3 ลักษณะที่ให้โปรแกรม พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ ให้เป็นรายบุคคล พบจำนวน 17 งานวิจัย และมีส่วนน้อยให้แบบรายกลุ่ม พบจำนวน 4 งานวิจัย

3.4 ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่อยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ที่พบมากที่สุดคือช่วงระยะเวลา 1 – 3 เดือน พบจำนวน 9 งานวิจัย 4-6 เดือน จำนวน 7 งานวิจัย น้อยกว่า 1 เดือน พบจำนวน 3 งานวิจัย และ 7-12 เดือน พบจำนวน 1 งานวิจัย

3.5 สถานที่ที่ใช้ในการจัดดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่ามีการจัดดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่แผนกผู้ป่วยในจำนวน 9 งานวิจัย แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 3 งานวิจัย ที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) จำนวน 6 งานวิจัย และที่สถานประกอบการจำนวน 1 งานวิจัย คลินิกฝากครรภ์ 1 งานวิจัย และ แผนกวางแผนครอบครัว 1 งานวิจัย

4. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่นั้นประเมินจากอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่นำมาศึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่ต่ำสุดคือ ร้อยละ 5.7 สูงสุดคือร้อยละ 69 ทั้งนี้มีการกำหนดระยะเวลาในการประเมินผล ซึ่งส่วนใหญ่มีการประเมินผล 2 ครั้ง พบ 11 งานวิจัย ประเมินผล 1 ครั้ง 9 งานวิจัย และมีเพียง 1 งานวิจัยที่มีการประเมินผลถึง 3 ครั้ง ประเมินผลระหว่างการดำเนินโปรแกรม มี 2 งานวิจัย (เรื่องที่ 5 และ 12) ประเมินผลทันทีที่จบโปรแกรม มีจำนวน 6 งานวิจัย ประเมินผลหลังจบโปรแกรม พบจำนวน 13 งานวิจัย ช่วงระยะเวลาที่ใช้ประเมินผลหลังจบโปรแกรมพบว่ามีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 11 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยที่มีการประเมินผล มากกว่า 1 ครั้งจะประเมินได้ว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในการประเมินครั้งแรก มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าครั้งที่ 2 และ 3 ระยะเวลาที่ประเมินผลลัพธ์ ที่นานที่สุดคือที่ระยะ 12 เดือน พบถึง 9 งานวิจัย

ผลลัพธ์จำแนกตามรูปแบบของโปรแกรมที่ैयाและไม่ैयाเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มโปรแกรมที่ैयाเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มี 13 งานวิจัย ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ร้อยละ 23.59 ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มโปรแกรมที่ไม่ैयाช่วยเลิกบุหรี่จาก 8 งานวิจัย ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 21.54

สำหรับวิธีที่ใช้ในการประเมินผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่มีอยู่ 4 วิธี ดังต่อไปนี้

- 1) การรายงานการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (Self report) พบ ทุกงานวิจัย
- 2) วัดปริมาณก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ในลมหายใจออก จำนวน 7 งานวิจัย
- 3) ตรวจสาร Nicotine ในน้ำลาย พบจำนวน 2 งานวิจัย
- 4) ตรวจสาร Cotinine ในปัสสาวะ พบจำนวน 4 งานวิจัย

จากงานวิจัยที่นำมาศึกษาพบว่าการประเมินผลการเลิกบุหรี่ ใช้วิธีการรายงานผลด้วยตนเองจากการสอบถามของผู้วิจัยทั้งหมด ร่วมกับการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และยืนยันผลการตอบแบบสอบถามและการรายงานผลด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้วยการตรวจด้วยวิธีการทางชีวเคมี

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ งานวิจัยอยู่ในระดับ A เป็นส่วนใหญ่ แสดงถึงคุณภาพของงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ และนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้ โดยการศึกษาดังกล่าวเริ่มขึ้นในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย การศึกษาวิจัยมีขึ้นก่อนกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนาได้มีการนำผลการศึกษากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เช่น ประเทศเกาหลีได้นำแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR) มาทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่สูบบุหรี่ในประเทศ พบว่าทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยตัวของประเทศเกาหลีถึง 1.86 เท่า (Kim et al., 2005)

กลุ่มตัวอย่าง

พบว่าทุกงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน/วัน และมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่เป็นปัจจุบัน อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เกณฑ์การคัดเข้านอกจาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้วยังกำหนดตามลักษณะของการเจ็บป่วย คือกลุ่มป่วย กลุ่มไม่ป่วย และ กลุ่มที่ต้องดูแลเฉพาะ โดยมีข้อยกเว้นคือ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ฉุกเฉิน รุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของโรค ไม่บ่งพร่องในการรับรู้หรือเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ พบว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ จัดทำในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 16.5 - 69 ซึ่งสูง กว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่มีการเจ็บป่วย (ร้อยละ 7.1- 40.5) และกลุ่มที่ต้องให้การดูแลเฉพาะ(ร้อยละ 5.7 - 10.2) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีประสิทธิภาพสูงในผู้มีภาวะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ผู้ป่วยโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด และโรกระบบทางเดินหายใจ เพราะว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคหรือการเจ็บป่วยดังกล่าวมีแรงจูงใจในการ เลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องด้วยความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สร้างความทุกข์ทรมาน การสร้าง แรงจูงใจโดยการนำภาพหรือสื่อที่แสดงถึงความน่ากลัว ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นกับ ตนเองหรือคนใกล้ชิด ผู้ป่วยจะเกิดจินตนาการว่าตนเองอยู่ในสภาพนั้น จะเกิดความกังวลใจ ทำให้ เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม การส่งเสริมให้เลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา จึงง่ายขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2546) ประกอบกับสภาพความเจ็บป่วยและการอยู่ใน สภาพแวดล้อมเช่นในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัย แวดล้อมที่จะสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นส่งผลถึงตนเอง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้ตื่นตัวที่จะเลิกบุหรี่ และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การเลิกบุหรี่ (Prochaska & DiClemente, 1983)

โปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเจ็บป่วยได้แก่กลุ่มพนักงานใน บริษัท ประชาชนในชุมชน หรือพ่อแม่ของเด็กที่เจ็บป่วย พบว่าโปรแกรมที่ให้ผลลัพธ์ที่สูงคือ การ จัดโปรแกรมเลิกบุหรี่เป็นแบบกลุ่มๆ ละ 13-15 คน โดยผู้จัดทำโปรแกรมเป็นสหวิชาชีพที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสุขศึกษา และใช้ทุกรูปแบบ คือการสร้างแรงจูงใจ การให้ คำแนะนำ คำปรึกษา ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ การใช้กิจกรรมบำบัด และการติดตามกระตุ้น ในการ จัดทำโปรแกรมจึงสามารถช่วยให้มีอัตราการเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 38.5 – 40.5 (Zheng et al., 2007)

สำหรับโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ จากผลการศึกษาใน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มหญิงที่เข้ารับบริการงานวางแผนครอบครัว ผลลัพธ์ของโปรแกรมมี

ประสิทธิภาพที่ค่อนข้างต่ำ ด้วยเหตุผลที่ว่ากลุ่มเพศหญิงจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่น้อยกว่าเพศชายภายใต้โปรแกรมแบบเดียวกัน เพราะเพศหญิงจะมีปัจจัยทางด้านความเครียด และฮอร์โมนมาเป็นตัวกระตุ้น ประกอบกับในเรื่องข้อจำกัดของการให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่กลุ่มนิโคตินทดแทนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นโปรแกรมการเลิกบุหรี่สำหรับหญิงตั้งครรภ์จึงใช้รูปแบบที่ไม่ใช้ยาเป็นหลัก (วรารณ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. 2546; Lawrence et al., 2003)

รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ผู้ให้โปรแกรมพบว่า มีทั้งพยาบาล แพทย์ นักศึกษา และนักจิตวิทยา โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาล มีเพียงบางส่วนที่ผู้จัดเป็นแพทย์ และนักจิตวิทยา ซึ่งให้ผลลัพธ์ของโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (Baker et al., 2006; Lancaster et al., 1999; Zheng et al., 2007) แสดงให้เห็นว่าการประสิทธิภาพของโปรแกรมไม่ขึ้นอยู่กับผู้ให้โปรแกรม แต่สำหรับผู้ให้โปรแกรมที่หลากหลายวิชาชีพจะส่งผลถึงเกิดความครอบคลุมได้ในทุกกลุ่มประชากรเป้าหมาย

วิธีการ/ขั้นตอนที่ใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่ามีรูปแบบสำคัญ 6 รูปแบบ คือ 1) การให้คำปรึกษา 2) การให้คำแนะนำ 3) การสร้างแรงจูงใจ 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (Bupropion) หรือนิโคตินทดแทน (NRT) และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ได้นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ พบในทุกงานวิจัย แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเป็นพื้นฐานของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เนื่องด้วยเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เป็นกระบวนการสื่อสารที่มีรูปแบบแน่นอน มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้คนที่ประสบปัญหาสามารถแก้ปัญหาหรือหาทางออกได้ในทางที่ดี โดยอาศัยสัมพันธภาพและการสื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) เป็นกลไกสำคัญ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2546) การให้คำปรึกษาแบบเน้นความเป็นจริง (Reality Counseling) เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง ตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองในปัจจุบัน สำรวจและประเมินความต้องการของตนเอง ตลอดจนกำหนดวิธีการหรือแนวทางไปสู่เป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและความเป็นไปได้ (Glasser, 1996) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องได้รับการฝึกอบรมในเรื่องให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และมีประสบการณ์ในด้านการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เป้าหมายของการให้คำปรึกษาก็คือการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ การให้คำปรึกษาสามารถกระทำได้ในทุกสถานที่เช่น ที่ข้างเตียงผู้ป่วย ในห้องให้คำปรึกษา ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางระบบ

คอมพิวเตอร์ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเป็นผู้สูบบุหรี่โดยตรง ญาติหรือผู้ดูแล การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นโดยพยาบาลทำให้ผลลัพธ์การเลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพสูง คือทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้วิธีการอื่นๆ (Hollis et al., 1993)

2. การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ พบว่านำมาใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 90.5 ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า เป็นวิธีที่นิยมใช้ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป้าหมายหลักของการสร้างแรงจูงใจคือการเพิ่มพฤติกรรมที่ตั้งใจจะเปลี่ยนแปลง และลดความตั้งใจที่จะไม่เปลี่ยนแปลง เน้นพฤติกรรมที่มีผลกับสุขภาพ (Miller & Rollnick, 1980) ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจเป็นที่ยอมรับในทางปฏิบัติในทางคลินิก สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่เคยคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ จะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับหรือเพื่อให้พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยแนวทางที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งต้องมีประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Stage of readiness to quit) และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Chan et al., 2005) วิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่นั้นสามารถกระทำได้โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การประเมินการติดยาโคติน (Fagerstrom test for Nicotine Dependence) ประเมินพฤติกรรมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) การประเมินสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) การตรวจสภาพร่างกายทั่วไปเพื่อค้นหาความผิดปกติ การให้ญาติ หรือบุคคลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ และการให้เงินหรือสิ่งของเป็นรางวัล (Chan et al., 2005; Glasgow et al., 2000; Lancaster et al., 1999; Volpp et al., 2006)

3. การให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ เป็นการให้ข้อมูลถึงผลดีเมื่อเลิกสูบบุหรี่ทั้งต่อตนเองและสังคม โดยการแนะนำวิธีการหรือแนวทางในการเลิกบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ ซึ่งการให้คำแนะนำเป็นวิธีการพื้นฐานที่ไม่ต้องใช้การลงทุน เช่น การที่แพทย์แนะนำการเลิกบุหรี่ แบบสั้นๆ (2-5 นาที) ให้กับผู้ป่วยในขณะที่ทำการตรวจรักษาโรค มีผลทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงการให้คำแนะนำเพื่อการเลิกบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาล หรือสถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือในชุมชนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และสามารถกระทำได้ในเวลาที่จำกัด (Lancaster et al., 1999)

4. การใช้กิจกรรมบำบัดในการเลิกบุหรี่ เป็นการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีการเรียนรู้ในการเลิกบุหรี่มากขึ้นจากกิจกรรมกลุ่มดังกล่าว ซึ่งกิจกรรมกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่นี้ มีความเหมาะสมที่จะใช้กับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ไม่มีการเจ็บป่วย เช่น ในสถานประกอบการ สถานบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือในชุมชน (Persson & Hjalmarson., 2005) นอกจากนี้กิจกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ การออกกำลังกาย การให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ ผ่านระยะของการถอนนิโคตินไปได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2550) การฝึกทักษะ เช่น ทักษะการตัดสินใจ ทักษะแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด สามารถช่วยให้กลุ่มผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลโดยทั่วไป (Baker et al., 2006)

5. การให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ จากผลการศึกษา พบว่ายาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่มี 2 ชนิดคือ 1) Bupropion และ 2) นิโคตินทดแทน (NRT) ในกรณีของ Bupropion จะให้ในกรณีที่มีคะแนนการติดนิโคติน มากกว่า 7 คะแนน ซึ่งผล Bupropion จะช่วยให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นหากให้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ด้วย (Soria et al., 2006) ส่วนนิโคตินทดแทน (NRT) จะใช้ในกรณีที่มีการถอนนิโคติน หรือมีคะแนนการประเมินการติดนิโคตินมากกว่า 4 คะแนน และต้องมีการชักประวัติเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีข้อห้ามในการให้ เช่นอาการแพ้ นิโคติน ตั้งครรภ์ หรือคาดว่าจะตั้งครรภ์ จากผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาร่วมกับใช้นิโคตินทดแทน สูงกว่าการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว (Molyneux et al., 2003) ผลของการให้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาอย่างสั้นจากเภสัชกร ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่า การให้คำปรึกษาอย่างสั้นเพียงอย่างเดียว (ครรจิต ลิทธิพันธ์, 2548) และผลการทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ พบว่าการให้นิโคตินทดแทนร่วมกับการให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจ และให้คำแนะนำจะทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นกว่าการให้ นิโคตินทดแทน หรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว (Ranney et al., 2006) จึงสรุปได้ว่าการให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการไม่ใช้ยาในโปรแกรมเลิกบุหรี่ และต้องมีการใช้รูปแบบอื่นร่วมด้วยในโปรแกรมเสมอ

6. การติดตามกระตุ้น นับว่าเป็นวิธีการสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ในระยะยาวขึ้นและไม่กลับไปเสพซ้ำ การติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อให้กำลังใจให้คำปรึกษาด้วยการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ การส่งจดหมาย การติดตามในครั้งแรกควรอยู่ในระยะสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่อครบ 1 เดือน ครั้งต่อไปเมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (เนียมกฤษ, 2548; Artalejo et al., 2003; Fung et al., 2005; Gantagad., 2007; Kim et al., 2005; Paulsen & Gallefoss., 2003; Sipple et al., 1999)ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การติดตามและกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอโดยการโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์

ระยะเวลา 10 ครั้ง สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ในระยะยาว และลดอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้สูงกว่า (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. 2550)

อย่างไรก็ตามโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่นำมาศึกษาทั้งหมดพบว่าใช้วิธีการผสมผสานด้วยรูปแบบการเลิกบุหรี่ที่หลากหลายไว้ในโปรแกรม ทั้งการให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ให้คำแนะนำ ให้ยาช่วยในการเลิกบุหรี่ และใช้กิจกรรมบำบัด รวมทั้งการติดตามกระตุ้นเพื่อให้กำลังใจ โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นพื้นฐานของทุกโปรแกรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีรูปแบบหลากหลายสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ด้วยเหตุของความแตกต่างในพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะที่ทำให้โปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่ให้เป็นรายบุคคล แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมรายบุคคลก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ด้วยแนวความคิดที่ว่าพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน บางคนอาจอยู่ในขั้นที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ในขณะที่บางคนอาจอยู่ในช่วงของการพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ดังนั้นการให้โปรแกรมจึงต้องมีความแตกต่างกัน ส่วนการให้โปรแกรมเลิกบุหรี่เป็นรายกลุ่มพบว่ามีประสิทธิภาพสูงในกลุ่มที่มีลักษณะหรือพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ใกล้เคียงกัน เช่น พนักงานของบริษัท กลุ่มผู้สูบบุหรี่ในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมในการให้โปรแกรมคือ 8-15 คน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 45 -120 นาที จำนวน 5-8 ครั้ง ระยะห่างแต่ละครั้งคือทุก 1-2 สัปดาห์ (Baker et al., 2006; Persson & Hjalmarson., 2005; Volpp et al., 2006; Zheng et al., 2007) จึงสรุปได้ว่าการให้โปรแกรมแบบกลุ่มเหมาะสมกับกลุ่มผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วย หรือกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยลักษณะอาการที่คล้ายคลึงกัน

จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือระยะ 4-6 เดือน ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่า บุคคลที่อยู่ในขั้นปฏิบัติ (Action) จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ นั่นก็คือการหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งจะใช้เวลาอยู่ในช่วง 4-6 เดือน (Prochaska & DiClemente, 1983) ดังนั้นการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้จนถึงระยะนี้โอกาสที่จะกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำจะลดลง และจะเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่นั้นประเมินจากอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม จากผลการศึกษาพบอัตราเลิกบุหรี่ต่ำสุดคือ ร้อยละ 5.7 สูงสุดคือร้อยละ 69 ซึ่งส่วนใหญ่มีการประเมินผลมากกว่า 1 ครั้ง คือประเมินผลระหว่างการดำเนินโปรแกรมหรือ

ประเมินผลทันทีที่จบโปรแกรม และประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมระยะเวลาตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 11 เดือน ผลลัพธ์ที่ได้ก็คือการประเมินครั้งแรก มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่า แสดงให้เห็นว่าระยะที่ยาวนานขึ้นผู้เลิกบุหรี่อาจกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ จึงทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ย่ลดลง นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า การประเมินในระยะ 12 เดือนแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืน

ดังนั้นผลลัพธ์ของโปรแกรมเลิกบุหรี่จึงแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบ/วิธีการของโปรแกรม รูปแบบสำคัญที่เป็นพื้นฐานของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ก็คือการให้คำปรึกษา ส่วนการติดตามกระตุ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินเป็นระยะจนถึง 12 เดือนจะทำให้การเลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่ปี 1999 – 2007 มีงานวิจัยทั้งหมด 21 งานวิจัย ซึ่งทั้งหมดเป็นโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ใช้กับผู้สูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่สรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และมีปริมาณการสูบอย่างน้อย 1 มวนต่อวัน อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มป่วย กลุ่มไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ ที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ หรือผู้มีความบกพร่องทางด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะวิกฤต เจ็บป่วยรุนแรง ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

รูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่าขั้นตอนแรกๆของโปรแกรมการเลิกบุหรี่คือการสอบถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ได้จากการซักถาม และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนน้อยที่ใช้การประเมินการสูบบุหรี่ด้วยการวัดปริมาณก๊าซ คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide: CO) ในลมหายใจออกหากพบว่ามีปริมาณมากกว่า 10 part per million (ppm.) แสดงว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยเปรียบเทียบกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model of Change: TTM หรือ Stage of change model) การแบ่งระดับการติดบุหรี่ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for Nicotine dependence) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับต่ำ คะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 2) ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 5-6 คะแนน และ 3) ระดับสูง คะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน

รูปแบบวิธีการและขั้นตอนที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ พบว่ามีรูปที่สำคัญ 6 รูปแบบ คือ 1) การสร้างแรงจูงใจ 2) การให้คำแนะนำ 3) การให้คำปรึกษา 4) การใช้กิจกรรมบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 5) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และ 6) การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่

ลักษณะที่ให้โปรแกรม พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ ให้เป็นรายบุคคล ด้วยเหตุเพราะแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นการจัดโปรแกรมต้องให้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่นี้อยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ ถึง 12 เดือน ที่พบมากที่สุดคือช่วงระยะเวลา 1 – 3 เดือน รองลงมาคือ 4-6 เดือน น้อยกว่า 1 เดือน และ 7 -12 เดือน ตามลำดับ

สถานที่ในการจัดดำเนินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่าสามารถจัดโปรแกรมได้ทุกแห่งทั้งในแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก ที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) และที่สถานประกอบการ และคลินิกพิเศษต่างๆ

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพนั้นจะใช้วิธีการผสมผสานรูปแบบต่างๆไว้ในโปรแกรม สำหรับรูปแบบที่ใช้มากที่สุดคือการให้คำปรึกษา ซึ่งพบในทุกงานวิจัยที่นำมาศึกษา รองลงมาคือการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่มี การติดตามเพื่อกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ ใช้นยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการของแต่ละบุคคล เกิดความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในการเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่
2. พัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบผสมผสาน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ การ การใช้กิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษา/ยาช่วยเลิกบุหรี่ และการติดตามกระตุ้น โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาร่วมกับการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นพื้นฐานของโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน
3. จัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษา นักจิตวิทยา นักสังคมฯฯ ให้ได้รับการเพิ่มพูนความรู้และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำปรึกษาเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเป้าหมาย
4. นำความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยใช้รูปแบบผสมผสาน ไปเผยแพร่ให้แก่กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ในสถานบริการด้านสาธารณสุขในทุกระดับบริการ

5. นำวิธีการตรวจทางชีวเคมี อันได้แก่ การตรวจหาสาร Cotinine ในน้ำลาย ในปัสสาวะ และการวัดปริมาณ ก๊าซ CO ในลมหายใจออก ไปใช้ในการปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อการยืนยันผลการเลิกบุหรี่อย่างแท้จริง

ข้อดีและข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อดี คืองานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ใน Level A แสดงให้เห็นถึงคุณภาพและความน่าเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารอบคลุมทั้งในกลุ่มป่วย ไม่ป่วย และกลุ่มที่ต้องดูแลเฉพาะและรูปแบบของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ใช้ในแต่ละงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกันสามารถนำไปพัฒนาไปเป็นแนวปฏิบัติได้

ข้อจำกัด คือ รูปแบบของงานวิจัยที่สืบค้นได้ยังไม่ครอบคลุมในทุกรูปแบบที่มี เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วยการใช้รูปแบบ Cognitive-Behavior Therapy (CBT) การใช้ Satir's Model และการใช้แพทย์ทางเลือกในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น และงานวิจัยที่ศึกษาในวัยผู้ใหญ่กลุ่มเฉพาะ มีจำนวนน้อย และบางงานวิจัยไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลฉบับเต็ม (Full Text) ได้

SYNTHESIS OF RESEARCH ON SMOKING CESSATION PROGRAM IN ADULTS

PHIANGPHIM PUNRASI

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: NOPPAWAN PIASEU, Ph.D.
(Nursing), ORASA PANPAKDEE (D.N.S)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Smoking is a major factor affecting disease that is preventable, particularly respiratory disease, cardiovascular disease, and cancer (The Surgeon General Report, 2004). Smokers were reported to have 2.5 times at risk for ischemic heart disease compared to non-smokers. The smokers with hypertension and hyperlipidemia have particularly increasing risk for 8 times (American Heart Association [AHA], 2002). Smoking affects not only health of the smoker, but also others with second-hand smoke exposure. It was estimated by the World Health Organization (WHO) that death rate of world population caused by smoking tended to increase from 4 millions in 1998 to 4.9 millions, and 10 millions in 2003, and 2030, respectively (WHO, 2002).

There are three major causes of death with an increasing trend in world population, including AIDS, obesity, and smoking related disease. The smoking related disease particularly results in death rate at 20% among working population (Lopez et al, 1996). The World Bank and WHO as well as Harvard University estimated the situation of public health loss by addressing burden of disease and reported that there will be death and disability from ischemic heart disease as the first rank for world population in 2020. (Smoke Free Zone Foundation, B.E. 2551). In 2007,

studies conducted in Thai population aged 15 years and over found that there were 11.3 millions male and 720,000 for female who smoked and those who smoked regularly or daily were 9.49 millions (Center for Research and Knowledge Management for Tobacco Control, B.E. 2551). In addition, it was reported that 52,000 died due to smoking. Cardiovascular disease is one of the first three ranks of world population at morbidity rate of 51.2: 100,000 populations with an increasing trend every year (Health Statistics, B.E. 2544). A recent study comparing current and future health cost of disease due to smoking and governmental income obtaining from smoking tax found that the government expenditure for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in 2003 was 10,057 millions baht/ year (Sathirakorn Pongpanich, B. E. 2548).

Smoking behavior is caused by wanting to try smoking, copying his/her friend, socialization, and stress. Studies reported that the highest smoking rate was adult aged 40-49 years (27.0%), following by 30-39 years and 50-59 years (26.0%). Age at start smoking was 18.5 years with a trend to start at a younger age (The National Statistical Office, B.E. 2548). A study on smoking behavior was conducted in community dwellers in Bangkok reported that smoking rate in male (59.8%) was higher than that of female (17.2%). Approximately 45.7% of them started smoking at the age of 10-19 years and had smoked for at least 10 years with at least 10 cigarettes per day (Noppawan Piaseu et al, B.E. 2551). A study reported that 66.8% of regular smokers, approximately 7 millions, desired to quit smoking but did not succeed. Whereas some used to try quitting smoking by themselves for 1-2 times with no success and return to smoking relapse with different reasons, for example, moody, stress, craving (The National Statistical Office, B.E. 2544). A major reason for quit failure is nicotine, an addictive substance in cigarette. Effect of nicotine is on smoker's addiction, making it difficult to quit. Acute quitting leads to negative feeling, for example, bad mood, depression, fatigue, hungry due to nicotine withdrawal syndrome. Smokers who continuously smoke have cigarette craving during smoke quit. Other reason is that cigarette is available and unlawful (Smoke Free Zone Foundation, B. E. 2548).

Smoking cessation behavior can be explained according to the Transtheoretical Model. Through stages of change, one can quit smoking sustainably depending on health factors, personality, intention to quit, and support or assistance. Relapse commonly happens in the stage of change. The stage of change needs to be assessed in the quit smoking process for appropriate and effective approach to assistance (Prochaska & DiClemente, 1992).

Systematic review on smoking cessation in adults revealed that there are various approaches including self-directed smoking cessation program, counseling, medication use, and combined program which is the most effective approach (Ranney et al, 2005). In addition, a study in Australia found that searching for information on smoking cessation, nicotine replacement therapy, and family participation contribute to 26% quit rate, which is significantly higher than those who did not participate in the program. (Wakefield et al, 2004). In Thailand, a study conducted in adult patients receiving treatment at the medical department reported that using counseling based on stage of change resulted in 10.67% quit rate (Jiraporn Niamkunchorn, B. E. 2548). However, most studies were conducted in different contexts in western countries. Approaches to the smoking cessation programs are not clear in terms of the process, type, length, and coverage of the program for patients, general, and specific groups. Moreover, outcome assessed by quit rate is not highly adequate.

From experience of the investigator working in community hospital with 60 beds, it was found that smoking rate is high especially in adult both patient and non-patient groups, and patient themselves, their relatives, and general people. Smoking cessation clinic operated at the Lansak Hospital, Uthathani Province provided services through counseling and nicotine replacement therapy in 2002-2007. It was reported that quit rate at six month follow up was only 29% (Statistics of Lansak Hospital, B.E.2550), which is consistent with 29.3% quit rate reported by the Department of Nursing, Ramathibodi Hospital in 2005 following nursing clinical guideline as an evidence base to promote smoking cessation using counseling and follow up (Araya Haruppala, B.E.2549).

A major role of nurse is promotion and prevention. Therefore, having activity for tobacco control by helping smokers to quit smoking as well as follow up is

a significant role of nurses (Orasa Panpakdee & Surintorn Galimpakorn, B.E.2551). Providing approaches to quit smoking is therefore important for improving health and preventing smoking related disease. Moreover, body of knowledge and practical experience regarding method and technique used for smoking cessation program are limited. This study will be applied for nursing practice addressing smoking cessation as appropriate and effective for adult population.

Purpose of the study

1. To review literature related to smoking cessation program for adult
2. To analyze and synthesize research on smoking cessation program for

Adult

Methods

Analysis and synthesis were conducted among literature on research related to smoking cessation program in adult. Knowledge gained from the analysis and synthesis can be applied safely and effectively for nursing practice based on evidence as followings.

1. Searching for information sources

1.1 Data sources on research regarding smoking cessation program that used for analysis and synthesis were from textbooks, thesis, journal in university libraries, institutions, and electronic resource. Databases used for searching were CINAHL, Blackwell, Pub med, and Science direct from 1999-2007

1.2 Key words were determined including smoking cessation program, effectiveness of smoking cessation program, Smoking Cessation AND Program, Smoking Cessation AND intervention, Effective Smoking Cessation Program, Randomized controlled trial AND Smoking Cessation Program.

1.3 Selection criteria

Inclusion criteria

Type of evidence or research included

- experimental research, qualitative research, correlational and descriptive research, and Meta-analysis from 1997 to present
- Research related to smoking cessation program
- Full text articles both in Thai and English

- Published in 1999 - 2007

Sample

- Smokers included patients, non-patient, and specific groups
- Adult aged 15 years and over

Exclusion criteria

- Research retrieved with no full text obtaining through university/institution system
- Research that repeated in different databases was included only from one database
- Research that did not clearly state target population or sample

2. Review, analysis, and synthesis of research

2.1 Evaluation of Research Quality using two criteria: 1) Level of Evidence according to the Royal College of Physicians of Thailand B.E 2544, and 2) Research Utilization Criteria according to Polit & Beck (2004)

2.2 Data extraction was conducted for research utilization. Topics included 1) research problem or purpose, 2) research design 3) sample 4) setting 5) instrument and data collection 6) procedure 7) results, and 8) implication

Results

Review of literature and evaluation of research quality were conducted regarding smoking cessation program in adult through research analysis and synthesis. Results are as follows.

1. Characteristics of research literature

There were 21 relevant research studies, including three studies conducted in Thailand, and 18 studies in other countries. Evaluation of research quality revealed that there were 15 and 6 studies with evidence level A and B, respectively.

2. Characteristics of sample

Average sample size for experimental group was 194/ study. Majority of the sample were male adults who smoke at least one cigarette/ day and currently smoke. The samples were classified into three groups.

1) Patient groups: There were 16 studies conducting among the patients including out patients and in patients. Their health problems were cardiovascular disease, respiratory problem, and type2 diabetes

2) Non patient groups: There were 3 studies conducting in non patients including sample who were fathers or mothers of ill-children, workers for company, and community dwellers.

3) Specific groups: There were two studies conducting in specific population including pregnant women visiting to Antenatal Care (ANC) and family planning.

3. Type of smoking cessation programs in adult

Type of the smoking cessation program included: 1) program providers, 2) type of program and procedure, 3) characters of program, 4) length of program, and 5) program setting.

3.1 Program providers included physician, nurse, health educator, mental health personnel in community. The most frequent provider was nurse.

3.2 Type of program and procedure included six types: 1) motivation, 2) advice, 3) counseling, 4) activity therapy, 5) medication, and 6) a follow up for smoking cessation encouragement.

1) Motivation: There were 19 studies using motivation technique including motivation interviewing (MI), providing information on smoking, assessing nicotine dependence using Fagerstrom test for Nicotine Dependence, assessing stage of change, self efficacy, physical examination, participation of family member such as children or other family members, and incentive or reward.

2) Advice: There were 16 studies using advice including brief advice and intensive advice either with or without instruction media.

3) Counseling: Counseling was found in all reviewed studies. It is important that counselor clearly understand about smoking Basically, the counselor should be trained. Counseling can be done in different forms and settings, for example, at patient's bedside, counseling room, via telephone, or computer system. The counseling can be provided directly to the smokers or caregivers.

4) Activity therapy: There were five studies using activity therapy including discussion group, relaxation such as meditation, breathing control,

relaxation training activity, and exercise. Also, activity therapy included skill training such as decision making skill, problem solving skill, and stress management skill.

5) Medication use: Medication used for smoking cessation included two types: 1) Nicotine replacement therapy (NRT): it was found in 12 studies, 2) Pill medication: Use of Bupropion sustained release (SR) was found in three studies.

6) A follow up for smoking cessation encouragement through telephone, letter, home visit, or a follow up at the hospital. Follow up time ranged from 3 days to 10 weeks.

In summary, smoking cessation program reviewed in this study was in an integrated form. Counseling was most frequently used and found in all studies. The followings were motivation, advice, follow up for smoking cessation encouragement, medication use, and activity therapy, respectively.

3.3 Characters of the program: Most programs were implemented for each individual. There were 17 studies that addressed the individual program whereas only 4 studies provided program in group.

3.4 Length of program: The program lasted ranging from one week to 12 months. The duration of time for program implementation with the most frequent was 1-3 months including 9 studies. The following were 4-6 months (7 studies), less than 1 month (3 studies), and 7-12 months (1 study).

3.5 Program setting: The locations for program setting included in-patient department (9 studies), out-patient department (3 studies), primary care unit (PCU: 6 studies), workplace (1 study), antenatal clinic (1 study), and family planning (1 study).

4. Outcome of smoking cessation program

Results revealed that outcome for smoking cessation program was evaluated by quit rate from 5.7-69%. Outcomes were evaluated for two times in most studies (11 studies), while nine studies evaluated once. Only one study evaluated for three times. Among those 21 studies, two studies (study 5 and 12) were evaluated during the program. Six studies were evaluated immediately after the program, whereas 13 studies were evaluated at 2 weeks to 11 months after the program. Moreover, studies with more than one time evaluation had quit rate at the first

evaluation higher than the second and third ones. There were nine studies with the longest time for evaluation at 12-month period.

Outcome classified by medication use: It was reported that using programs with medication (13 studies) contribute to 23.59% quit rate whereas those with no medication use (8 studies) contribute to 21.54% quit rate.

Evaluation methods for smoking cessation program were classified into 4 types:

- 1) Self report of quit smoking: It was used in all studies (21 studies).
- 2) Measure of Carbonmonoxide (CO) in external breathing (7 studies)
- 3) Test for Salivary Nicotine (2 studies)
- 4) Test for Urinary Cotinine (4 studies)

Discussion

Results revealed that most research studies on smoking cessation programs were initially conducted in developed countries with evidence level A, indicating a quality of research and applicability for research utilization. There were various programs applied for studies in developing countries, for example, Korea applied guideline for smoking cessation from the United States (Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR). It was found that quit rate was 1.86 times when compared to previous program developed in Korea (Kim et al., 2005).

Sample

Sample included adults who smoked at least one cigarette per day when studies were conducted. Inclusion criteria consisted of level of illness (patient, non patient, and specific groups), no health problem of emergency, not in end of life, no deficit in perception and communication.

Outcome of smoking cessation program as measured by quit rate was reported at 16.5 – 69% in patient groups, which is higher than those of non patient groups (7.1- 40.5%) and specific groups (5.7 – 10.2%). These may be explained that the patient groups, especially smoking related diseases (cardiovascular and respiratory

diseases) were highly motivated from their illness and suffering. Using scary pictures or other media is an approach for motivation. With those, the patients imagined themselves being in that situation, felt anxious, then desired to change their behavior. Therefore, promoting smoking cessation through advice, and counseling would be easier (Pichai Sangcharnchai, B.E. 2546). Moreover, environment of illness, for example the hospital environment, helps increase awareness for behavioral modification and smoking cessation (Prochaska & DiClemente, 1983).

For non patient groups, the most effective program was the program provided for 13-15 persons as a group. The program providers were multidisciplinary team including physicians, nurses, and health educators. The component of the program consisted of all forms, including motivation, advice, counseling, medication, activity therapy, and a follow up. Quit rate was high at 38.5 – 40.5% (Zheng et al., 2007).

In specific groups, the effectiveness of the program was quite low, especially in women as they had influencing factors such as stress and hormone, as well as limitation of using nicotine replacement therapy for pregnant women. Therefore, the smoking cessation program provided for them was mostly with no medication (Varaporn Poomsawat et al., B.E.2546; Lawrence et al., 2003).

Type of smoking cessation program

Program providers included physicians, nurses, health educators, and psychologists. Most of program providers were nurses, whereas some are physicians and psychologists. However, outcomes of the programs were not different in different program providers (Baker et al., 2006; Lancaster et al., 1999; Zheng et al., 2007). This indicated that the effectiveness of the program was not depended on program providers. Nevertheless, program providers with multidisciplinary team could serve all target populations in terms of coverage.

According to the literature review, there were six major types of smoking cessation program, including 1) Counseling, 2) Advice, 3) Motivation, 4) Activity therapy, 5) Medication, and 6) A follow up for smoking cessation encouragement.

1) Counseling was found in all reviewed studies. This indicated that counseling is the principal component of the program. This is possibly due to interaction process between counselors and clients. It is an approach to formal communication targeted for assisting persons with problem solving through relationship and two-way communication (Institute of Mental Health, B.E. 2546). The counseling addresses reality counseling in its assisting process. It is aimed for assisting self-understanding and awareness, self assessment of need and survey as well as develop strategies and approaches to the outcome based on reality and possibility (Glasser, 1996). Counselors need to be trained for principle with some experiences of counseling for smoking cessation. The target of counseling is assisting which can be applied to various settings, for example at bedsides, counseling room, telephone communication, or via computer system. It could be provided directly for smokers or relatives/ caregivers. Nurses can take this approach with highly effective outcomes as measured by quit rate when compared to other approaches (Hollis et al., 1993).

2) Motivation was used in most reviewed studies (90.5%). This type of program helps increasing quit rate, indicating that it is commonly used approach. A major goal of motivation is to enhance behavioral change and reduce intention for no change by focusing on behaviors affecting health (Miller & Rollnick, 1980). The motivation technique is practically accepted in clinic settings. Increasing motivation is needed among smokers who are not ready to quit smoking. The importance is that assessing for stage of readiness to quit, and assisting as appropriate for each individual (Chan et al., 2005). Techniques used to motivate for smoking cessation could be through Motivation Interviewing (MI), providing information regarding smoking, Fagerstrom test for Nicotine Dependence, assessing for stage of change and self efficacy, physical examination, involving family participation, and incentive/ reward (Chan et al., 2005; Glasgow et al., 2000; Lancaster et al., 1999; Volpp et al., 2006).

3) Advice: This approach involves providing information on benefits of smoking cessation by suggesting approaches to quit smoking. Advice is a fundamental approach with no cost, for example, providing short advice (2-5 minutes)

for smoking cessation by physicians helps increasing quit rate. This approach is simple and convenient for applying in hospital, primary care, or community settings with limited time and no additional cost (Lancaster et al., 1999).

4) Activity therapy: With this approach, smokers can learn from having activity. The activity therapy is appropriate for healthy populations in work place, primary care unit, or community settings (Persson & Hjalmarson, 2005). Activity regarding relaxation such as meditation, breathing control, exercise, and family participation could also be applied in the nicotine withdrawal phase (Phongsri Srimorakot et al, B.E.2550). Moreover, skill training for example decision making skill, problem-solving skill, and stress management skill can help smokers with mental health problems (Baker et al., 2006).

5) Medication: There are two groups of medication used in smoking cessation program, including: 1) Bupropion, and 2) nicotine replacement therapy (NRT). The Bupropion is usually used in smokers with nicotine dependence score more than 7. The Bupropion can help increasing quit rate when combining with counseling (Soria et al., 2006). The NRT is used in smokers with nicotine dependence or with nicotine dependence score more than 4, however, history taking is required to make sure that there is no contraindication (such as allergy to nicotine, pregnancy, or suspected pregnancy). It was reported that smoking cessation program combining NRT with counseling results in better outcome when compared with the program with only counseling (Molyneux et al., 2003). A previous study revealed that programs combining medication and short counseling by pharmacist increase quit rate higher than those with only short counseling (Kanchit Sittipan, B.E.2548). Moreover, systematic review demonstrated that combining NRT with counseling, motivation, and advice could increase quit rate when compared to NRT or counseling alone (Ranney et al., 2006). It is concluded that using medication in smoking cessation programs increase quit rate more than those with no medication.

6) A follow up: This approach is very helpful for smoking cessation with no relapse in a long term period. This could be follow up periodically by doing home visit, making telephone call, or sending out a letter. The first follow up should be set in the first week of quitting. Then, the second and third follow ups are at one week, and one month, respectively. Next should be at 3,6, and 12 months, respectively (Artalejo et al., 2003; Fung et al., 2005; Gantagad., 2007; Kim et al., 2005; Niamkoonchorn, 2005; Paulsen & Gallefoss., 2003; Sipple et al., 1999). It is evident in this study that regular follow up by telephone every week for 10 times could help quitting in long term and reduce smoking relapse (Phongsri Srimorakot et al, B.E.2550).

Smoking cessation programs included in this present study provide evidence that combining various approach including counseling, motivation, advice, medication, activity therapy, and a follow up. The counseling is basic of smoking cessation program. Combining program help increasing quit rate due to difference in individual behavior.

Considering character of the smoking cessation programs, it was found that most of them were provided for individual. This indicated effectiveness through individual approach at different stages of change. The program provided for group was effective when implemented in smokers with similar character or smoking behavior such as workers for firms, smokers in community, and psychiatric patients. Appropriate size for each group was 8-15 persons with activity lasting from 45 -120 minutes for 5-8 times, every 1-2 weeks (Baker et al., 2006; Persson & Hjalmarson., 2005; Volpp et al., 2006; Zheng et al., 2007). It is therefore concluded that group program is appropriate for non patients or patients with similar symptoms.

Results revealed that the short term programs contribute to higher quit rate than those with long term. This can be explained by the stage of change theory that persons in the action stage will start behavioral modification (quit smoking) which takes approximately 4-6 months. Therefore, Prochaska & DiClemente (1983) stated that assisting with quitting smoke until reaching the intermediate phase can help decreasing smoking relapse and sustaining smoking cessation

Outcome of smoking cessation program

The outcome of smoking cessation program was evaluated by participants' quit rate. The quit rates were reported from minimum at 5.7% to maximum at 69%. Most studies had more than one time evaluation including: 1) during program implementation, 2) immediately after the program, and 3) at 1 week to 12 months after the program. Evidence showed that smoking relapse occurred at a longer time. Therefore, the quit rate decreased from the highest rate at the first evaluation. In addition, evaluation at 12-month period could indicate a possibility to sustain smoking cessation.

Therefore, the outcome of smoking cessation varied depending on characteristic of the sample and type of the program. The major component of the program was counseling. Smoking cessation programs with follow up sessions and periodic evaluation until 12 months resulted in an effective outcome

Conclusion and Recommendation

This study reviewed research studies related to smoking cessation programs in adults that were published in 1999 – 2007. There were 21 studies included in the study.

Sample included adults who smoked at least one cigarette per day. The sample was classified into three groups depending on their health status: 1) Patient groups, 2) Non patient groups, and 3) Specific groups.

Approaches included asking for smoking behavior by using questionnaire as a major approach. Measure of Carbon monoxide (CO) at more than 10 part per million (ppm.) was used in some studies to determine smoking behavior. Assessing stage of change was also conducted according to Transtheoretical Model of Change (TTM) or Stage of change model. Nicotine dependence was determined by using the Fagerstrom test for Nicotine dependence and classified into 3 levels: 1) Low (score ranged from 1-4), 2) Moderate (score ranged from 5-6), and 3) High (score ranged from 7-10).

There were six major types of the program: 1) Motivation, 2) Advice, 3) Counseling, 4) Activity therapy, 5) Medication, and 6) A follow up for smoking cessation encouragement. Most of them were provided for individual due to individual different in stage of change.

Duration of time providing the program ranged from 1 week to 12 months. The most frequent one was 1-3 months. The followings were 4-6 months, less than 1 month, and 6-12 months, respectively.

Program settings included in patient or out patient setting, primary care unit (PCU), workplace, and other special clinic.

Results revealed that the smoking cessation programs with combination of various approaches reached effective outcome as measured by quit rate. The most frequent approach used in all studies was counseling. The followings were motivation, advice, a follow up, and medication use.

Recommendation

1. Results suggest approaches to developing guideline for smoking cessation programs as appropriate for adult smokers.
2. Developing smoking cessation programs that integrate motivation, advice, activity therapy, nicotine replacement/ medication and use counseling with follow up sessions as major components of the programs.
3. Providing training sessions for health team including physicians, nurses, health educators, psychologists, and social workers to enhance their knowledge and skill for smoking cessation, particularly counseling in order to promote smoking cessation for target populations.
4. Promote smoking cessation program that integrate various components for health workers at all levels of health care services.
5. Introduce biochemical indicators including measurements of salivary or urinary cotinine and level of exhaled carbonmonoxide as empirical indicators in smoking cessation programs.

Strength and limitation

Most of the research literatures included in this study was evidence level A, indicating the quality and credibility of research. Moreover, coverage of the sample including patients, non patients, and specific groups is a strength in this study. Also, results suggested approaches to develop clinical nursing practice guidelines for promoting smoking cessation in each target population.

However, searching coverage of all approaches used for smoking cessation programs may be limited. For example, programs that used Cognitive-Behavior Therapy (CBT), Satir's Model, and complementary and alternative medicine did not include in this study. In addition, full-texts of research studies conducted in specific groups of adults were limited.



เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2543). พัฒนาการทางปฏิบัติ หยุดการแพร่ภัยบุญ สิ่งที่ต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจ ของการควบคุมยาสูบ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. นนทบุรี
- กรองจิต วาทีสาทกกิจ. (2549). พยาบาลกับบุญ. เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ
- กรองจิต วาทีสาทกกิจ. (2550). คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรุงเทพฯ
- จิราภรณ์ เนียมกฤษ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครรชิต สัทธพันธ์. (2548). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ยานอร์ทรีปทัยรินกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการช่วยเลิกสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ. (2543). เวชศาสตร์โรคติดยาคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2540). นิโคติน สารร้ายในใบยา. ยี่สิบสี่เรียนรู้ยาเสพติด. สำนักพิมพ์มติชน : กรุงเทพมหานคร.
- นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ. (2551). การรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ.
- ประกิต วาทีสาทกกิจ. (2545). บุหรี่กับสุขภาพ. ข้อมูลมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; กรุงเทพมหานคร
- ประกิต วาทีสาทกกิจ. (2550). ผู้เพื่อไทยไร้ควันบุหรี่. มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2543). การเลิกบุหรี่. Ramathibodi Clinical Medicine Update 2000. พิมพ์ครั้งที่ 2 ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์ กรุงเทพฯ

- พิชัย แสงชาญชัย. (2546). *คู่มือการบำบัดเพื่อการเสริมแรงจิตใจของผู้ติดสุรา สารเสพติด*. การอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตเวชสารเสพติดสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. 68-95
- พนิตย์ จิระนนทประวัตติ. (2546). สูบแล้วติด ติดแล้วก็เลิกยาก. วารสารเพื่อสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ Smart. ปีที่ 4 ฉบับที่ 44 เดือนกันยายน, มุลินธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่; กรุงเทพมหานคร
- พรทิพย์ ชีวะพัฒน์, ประภาพร จินันทุยา, และวาสนา เลอวิทย์วรพงศ์. (2551). การเลิกสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์: การวิเคราะห์วรรณกรรม. *เครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. พิทักษ์การพิมพ์: กรุงเทพมหานคร
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2548). *พลังวิชาชีพสุขภาพกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. Smart วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ ปีที่ 6 ฉบับที่ 61 กุมภาพันธ์ 2548: 5
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การพัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี และส ถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข*. NP Press Limited Partnership: กรุงเทพฯ
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบในงานประจำในโรงพยาบาล*. มณีสฟิล์ม นนทบุรี
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. กรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ.
- มาลินี บุญขริตพันธุ์ และพรพรรณ เกรียงทวิกิจ (2550). *การเลิกสูบบุหรี่ในสถานประกอบการขนาดใหญ่*. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลชลบุรี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549). *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่*. พิมพ์ครั้งที่ 3 เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพฯ
- มุลินธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2543). *สถิติสำคัญการสูบบุหรี่ของคนไทย นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลมุลินธิสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- มุลินธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548). *การสูบบุหรี่กับสุขภาพ*. การประชุมวิชาการบุหรืกับสุขภาพ ครั้งที่ 4 วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ
- มุลินธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2550). เรียกใช้เมื่อ 18 มิถุนายน 2550 จาก http://www.ashthailand.or.th/th/informationcenter.php?act=list_category
- มุลินธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2551). *การสูบบุหรี่กับสุขภาพ*. การประชุมวิชาการบุหรืกับสุขภาพ ครั้งที่ 7 วันที่ 4-5 สิงหาคม 2551 โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525* อักษรเจริญทัศน์:

กรุงเทพฯ

วันเพ็ญ ทาราศีและคณะ. (2543). *ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่น*. รายงานการวิจัย, สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น.

วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาเสพติด*. ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย: กรุงเทพมหานคร.

สถาบันชัยภูมิรักษ์. (2551). *คู่มือมาตรฐานคลินิกเลิกบุหรี่*. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กรุงเทพฯ.

สถิกร พงศ์พานิช. (2548). *การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐบาลจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย*.

รายงานการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนิสา ปรีชาวงษ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, กรองจิต วาทีสาธกกิจ, บุญริน เพ็งบุญ และจิราภรณ์ เนียมกฤษ. (2551). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยอายุรกรรม*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานกลุ่มโรคและพฤติกรรมเสี่ยง*. โรงพิมพ์กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานการบริโภคยาสูบ*. โรงพิมพ์กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2544). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 254*. โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547*. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรุงเทพมหานคร.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี:

สำลี เปลียนบางช้าง. (2544). *การควบคุมการบริโภคยาสูบกับการส่งเสริมสุขภาพ*. จุลสารบุหรี่กับสุขภาพ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 4 (ก.ค.- ก.ย. 2544): 13-15.

ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548). *คนไทยสูบบุหรี่น้อยลง วารสารเพื่อสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ Smart*. ปีที่ 6 ฉบับที่ 62 เดือนมีนาคม, มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่;

กรุงเทพมหานคร

- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2551). *สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2534 – 2550*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- ศรีธัญญา เบญจกุลและคณะ. (2550). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-2549*. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). กรุงเทพมหานคร.
- อังคณา สิริยาภรณ์, วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์ และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์. (2551). *การศึกษาความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลกระทบจากควันบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด*. โครงการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ
- อรสา พันธุ์ศักดิ์ และสุรินทร์ กลัมพากร. (2551). *บทเรียนจากประสบการณ์: พยาบาลกับการควบคุมยาสูบ*. เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ.
- อารยา หาอุปละ. (2549). *รายงานการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์. *Rama Nurse J September-December 200; 12(3): 260-272*.
- Amanda Baker et al. (2006). A Randomized controlled trial of a smoking cessation intervention Among people with a Psychotic disorder. *Am J Psychiatry*. 163:11.
- American Heart Association.(2006).Cigarette smoking increase the risk of heart disease. Retrieved February 12, 2008 from <http://www.Americanheart.org>.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th ed. Retrieved June 23, 2008 from, <http://www.aafp.org/afp/20000801/579.html>
- A Molyneux et al. (2003). Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax*; 58: 484-488.
- Barta. S. K., & Stacy. R.D. (2005). The Effect of a theory-Based Training Program on Nurse's Self-Efficacy and Behavior for Smoking cessation Counseling. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 36(3), 117-123.

- Catherine Bolman, Hein de Vries, Gerard van Breukelen. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contract smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Education Research*. 1: 99-116.
- Chan S. C., Lam, T. H. Salili, F., & Leung, M. (2005). A Randomized controlled trial of an individual motivation intervention on smoking cessation for parent of sick children: a pilot study. *Applied Nursing Research*, 18(2), 117-123.
- Chouinard, M., & Robichaud, S. (2005). The Effectiveness of Nursing Inpatient Smoking Cessation program In Individuals with Cardiovascular Disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- Dejong, R. S., & Velman, H. R. (2004). The Effective of a CNS-led Community-base COPD Screening and Intervention Program. *Clinical Nurse Specialist*, 18(2). 72-79.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, et al. (2002). *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD. United States Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- F Rodrigues – Artalejo et al. (2003). One year effectiveness of individual smoking cessation intervention at the workplace: Randomized Controlled Trial. *Occup Environ Med* 60: 358-363.
- Fung, P.R. Snape-Jenkison, S.L., Godfrey, M. T., Love, K. W., Zimmerman, P.V., Yang. I.A., & Fong, K. M. (2005). Effectiveness of Hospital-Based Smoking Cessation. *Chest*, 128(1), 216-223.
- Gonzola Grandes, Josep M Cootada, Arantza Arrazola. (2000). An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *British Journal of General Practice*; 50, 803-807.
- G Smedslund, K Fisher, S M Boles, E Lichtentsein. (2004). The effectiveness of workplace smoking cessation programmes. a meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control*; 13:197-204.
- Gupta PC & Subramoney S. (2006). Smokeless Tobacco Use and Risk of Strillbirth: A Cohort study in Mumbia. India. *Epidimiology*. Jan; 17 (1): 28-37.

- Hennikus. D. J., Lando, H. A. McCarty, M. C., Klevan, D., Holtan, N., & Huebsch, J. A. (2005). The TEAM project: The effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patient. *Preventive Medicine* 40, 249-258.
- Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118(7):521-525
- Jang-Rak Kim, Myoung-Soon Lee, Jin- Yong Hwang, Jong Deog Lee. (2005). Efficacy of smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans: A randomized controlled trial. *Health Promotion International*, 20(1):51-58
- Jeffery M. Sipple, Molly L. Osborne, Wendy Bjornson, Bruce Goldberg, A. Sonia Buist. (1999). Smoking Cessation in Primary Care Clinics. *J GENINTER MED* 1999; 14: 670-676.
- John Britton.(2004). *ABC of smoking cessation*. Blackwell Publishing Ltd.
- Kevin G. Volpp et al. (2006). A Randomized controlled trial of Financial Incentives for Smoking Cessation. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 15: 12-18.
- Lars-Goran Persson, Agneta Hjalmarson. (2005). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Result from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 24: 75-80.
- Leah Ranney, Cathy Melvin, Linda Lux, Erin McClain, Kathleen N. 2006). Smoking cessation Intervention Strategies for Adult and Adult in Spacial Populations. *Annals of medicine*; 145(11): 845-864.
- Lopez et al (1996). Global Burden of Disease A comprehensive assessment of mortality and Disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Lancet* 339:1268.
- M Munafio, N Rigotti, T Lancaster, T Stead, M Murphy. (2001). Intervention for smoking cessation in hospitalized patient: a systemic review. *Thorax*; 56: 565-663.
- Moller A et al. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on post operative complications: a randomized clinicaltrial. *Lancet*; 359: 114-117.
- National No Smoking Day. (2002). Awareness and Participation Results 2002. Retrived December 12, 2007. from <http://www.nosmokingday.org.uk/>
- National No Smoking Day (2004) No Smoking Day Facts and Figures. Retrived March 11, 2008 From http://www.nosmokingday.org.uk/nsd_facts_figures.htm.

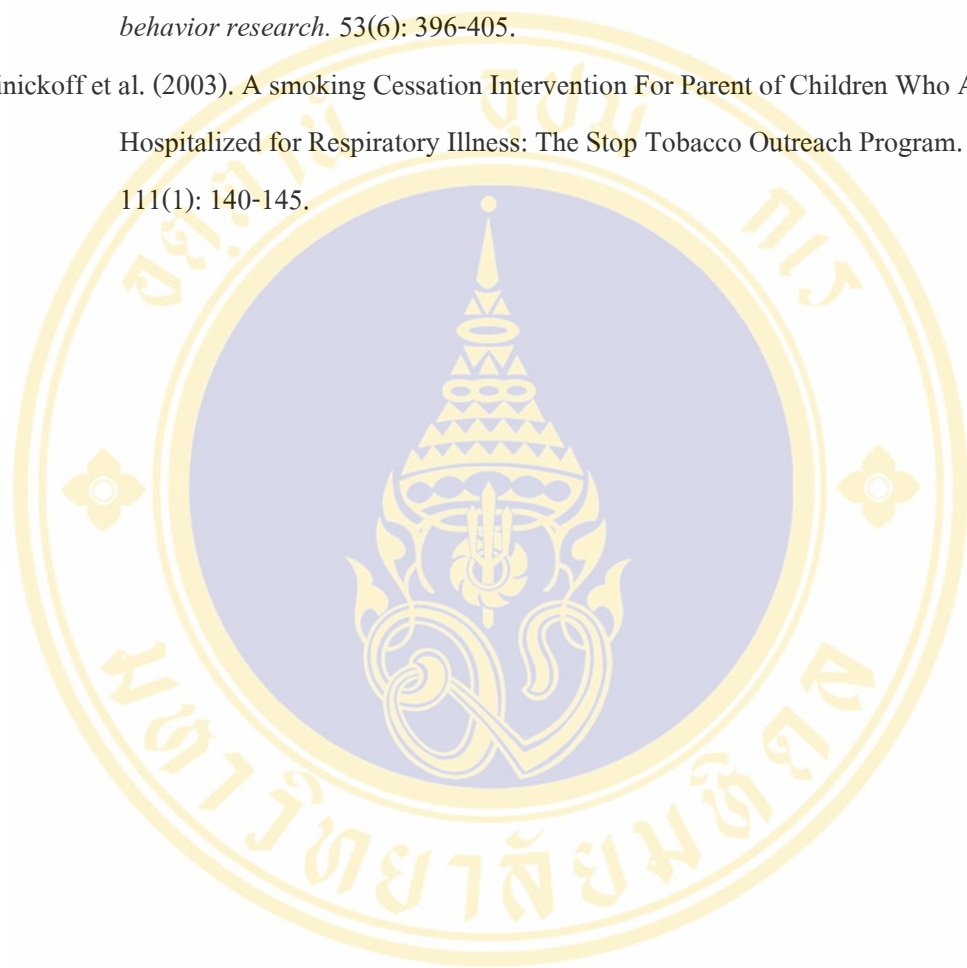
- Olosson H et al. (2005). Smoking and the Risk of Fracture In Old Men. *J Bone Miner Res.* July; 20 (7): 1208-1215.
- Patja K et al.,(2005). Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk of type 2 diabetes in middle aged Finnish men and women. *J Intern Med.* Oct; 258(4): 356-62.
- Pinpin Zheng et al. (2007). A Randomized Controlled Trial of Group Intervention Base on Social Cognitive Theory for Smoking Cessation in China. *Journal of Epidemiology.* 5: 147-155.
- Polit, D. F., & Beck C. K., (2004). *Nursing Research: Principle and Methods.* (4thed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Procaska, J. O, (1996). Stage of Change in the modification of problem behaviors. *Modifies* 28: 721-732.
- Procaska, J. O., and DiClemente ,C. C., (1983). Stage and Process of self – change in approaches to smoking : Toward an intergrative model of change. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 51(3): 390-395.
- Prochaska, J. O., and Norcross, J. C. (2002). *System of Psychotherapy A Transtheoretical Analysis.* 5^{ed}. USA: Thomson Learning. 512-541.
- Prochaska, J. O.,Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promotion* 12: 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F.,Rossi, J. S., Glodstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., and et al. (1994). Stage of Change and Dicission Balance for 12 Problem Behavior. *Health Psycology* 13(10): 39-46.
- Quist-Paulsen, Frode Gallefoss. (2006). Randomized control trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease .*The American Journal of Cardiology.* 40(1):11-60.
- Radzius A, Moolchan ET, Henningfield JE, Heishman SJ, Gallo JJ.(2001). *A factor analysis of the fagerstrom tolerance questionnaire.* Addict Behavior. Retrieved June,18,2008 from www.scts-sy.org/doc/Fagerstrom%20Test%20of%20Nicotine%20Dependence.doc.
- Ranney et al., (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adult and Adult in Special Populations. *Annals of Internal Medicine.* 145(11): 845-856.

- Reeve, K., K., & Adrams-McNeill, J. (2002). Tobacco Cessation Intervention in a Nurse Practitioner Managed Clinic. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 12 (5); 163-169.
- Russell E. Glasgow, Evvelyn P. Whitlock, Elizabeth G. Eakin, Edward Lichtenstein. (2000). A Brief Smoking Cessation Intervention for Woman in low –Income Planned Parenthood Clinics. *American Journal of Public Health*. 90(5): 768-789
- Soria et al., (2006). A Randomized controlled trial of motivation interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*.56: 768-774.
- Suskin N et al. (2001). Relationship of Current and past smoking to motility in patient with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol*; 37 (6):1677-1682
- Tadsaneewan Gantagad.(2007). Effect of the smoking cessation program in hospitalized patient with cardiovascular disease on smoking cessation behavior.Bangkok: The degree of Master of Nursing science (adult nursing).Faculty of graduate study, Mahidol University.
- Tim Lancaster, Wendy Dobbie, Katrina Vos, Patricia Yudkin, Mike Murphy, Godfey Fowler. (1999). Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *British Journal of General Practice*. 49:191-194.
- The Surgeon General Report. (2004). Smoking Among Adults in the United States: Coronary Heart Disease and Stroke. Retrieved June 31, 2008; from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/highlights/3.htm.
- Tucker, L.A. (1985). Physical, physiological social and Lifestyle difference among adolescents classified according to cigarette smoking intention status. *Journal of School Health* 55. April: 127-131.
- US Department of Health and Human Services. (1996). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *Journal of the American Medical Association*, 275: 1270-1280.
- Victor J. Strecher, Saul Shiffman, Robert West . (2002). Randomized controlled trial of a web-base computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *Addiction*, 100: 680-688.

World Health Organization. (2005). Code of Practice on tobacco control for health professional organization. Retrived January 9, 2007 from <http://www.who.int>.

Wakefield M, Olver I, Whitford H, Rosenfeld E.(2004). Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patient with cancer: Randomized control trial. *Journal of behavior research*. 53(6): 396-405.

Winickoff et al. (2003). A smoking Cessation Intervention For Parent of Children Who Are Hospitalized for Respiratory Illness: The Stop Tobacco Outreach Program. *Pediatric* 111(1): 140-145.





ภาคผนวก ก

แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence)

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด
 - ก. สูบทันทีหลังตื่นนอน หรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที (3 คะแนน)
 - ข. สูบหลังตื่นนอน เกิน 5 นาที แต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)
 - ค. สูบหลังตื่นนอน เกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)
 - ง. สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)
2. คุณรู้สึกเช่นไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่นห้องสมุด หรือโรงพยาบาล
 - ก. หงุดหงิด (1 คะแนน)
 - ข. เฉยๆ (0 คะแนน)
3. ในแต่ละวัน บุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด
 - ก. มวนแรกที่สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)
 - ข. มวนไหนๆ ก็เหมือนกัน (0 คะแนน)
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
 - ข. 21- 30 มวน (2 คะแนน)
 - ค. 11-20 มวน (1 คะแนน)
 - ง. ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)
5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2 – 3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆของวันใช่หรือไม่
 - ก. ใช่ (1 คะแนน)
 - ข. ไม่ใช่ (0 คะแนน)
6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่
 - ก. ต้องการ (1 คะแนน)
 - ข. ไม่ต้องการ (0 คะแนน)

ภาคผนวก ข

แนวทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ (5 A's) ตามแนวปฏิบัติของ Agency for Health
Care Policy and Research: AHCPR

1. Ask (ถาม) เกี่ยวกับสถานภาพการสูบบุหรี่

ถามผู้มาเข้ารับบริการทุกคนถึงสถานภาพการสูบบุหรี่ และควรให้ข้อมูลการสูบบุหรี่ปรากฏอยู่ในเอกสารของผู้ป่วยด้วย เช่น ในใบสัญญาณชีพ (Vital signs) อาจจะทำเป็นสติ๊กเกอร์ปิดไว้บนแฟ้มผู้ป่วย หรือเก็บข้อมูลลงระบบคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่และได้เลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมา ถามทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ได้ทราบว่า ผู้ป่วยอยู่ประเภทใด ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กและมีผู้ใหญ่มาเป็นเพื่อนก็ให้ถามผู้ใหญ่ เพื่อพิจารณาว่าเด็กอยู่ในกลุ่ม second-hand smoke หรือไม่

2. Advise (แนะนำ) ให้หยุดบุหรี่

บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำสื่อสารให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างเป็นกันเอง คำแนะนำที่ใช้ชัดเจนเป็นจริงเป็นจัง ในรูปแบบของการสนับสนุนช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ไม่ใช่แบบเป็นฝ่ายตรงข้าม กระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่

3. Assess (ประเมิน) ความตั้งใจ/ความพร้อม ที่จะเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

โดยถามความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเขา การประเมินนี้เพื่อให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์มากที่สุดที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ โดยใช้บุคลากรสาธารณสุขใช้บุคลิกภาพที่อบอุ่น เป็นกันเอง หากผู้ป่วยแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในขณะนี้ ก็ให้จัดเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ฯลฯ

4. Assist (ช่วยเหลือ)

จัดเตรียมความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ เตรียมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง (แม้ว่าผู้ป่วยยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่ก็ควรได้รับข้อมูลด้วยเช่นกัน) โดยพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ การรักษา โดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด (counseling and behavioural therapies) และการรักษาโดยการให้ยา (pharmacotherapy)

Arrange follow-up (จัดเตรียมการติดตามผล)

กำหนดการติดตามผลทั้งในรูปแบบการพบตัวหรือใช้โทรศัพท์สอบถาม ติดตามผลครั้งที่ 1 ภายในเวลา 1 สัปดาห์ ติดตามผลครั้งที่ 2 ภายในเวลา 1 เดือน และในช่วง 1 ปีแรก ติดตามผลทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยยังคงไม่สูบบุหรี่ การใช้จดหมายหรือโทรศัพท์จะให้ผล ค่อนข้างดีกว่าการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมาที่สถานบริการ หากผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ ให้ทบทวนสถานการณ์ ที่ทำให้กลับมาสูบอีก ให้กำลังใจผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะเลิกบุหรี่ให้ได้



ภาคผนวก ก

การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ (5 R's)

ตามแนวปฏิบัติของ Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR

สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่เคยคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ จะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับหรือเพื่อให้พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยแนวทางที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เห็นความสำคัญเห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แรงจูงใจ (5 R's) คือ

1. Relevance (ความสัมพันธ์ตรงตัว)

กระตุ้นให้ผู้ป่วยเชื่อว่าทำไมการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวของเขา โดยพยายามให้เขาจดมากที่สุด ข้อมูลที่ทำให้เกิดแรงจูงใจซึ่งมีผลกระทบมากที่สุดคือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยการเกิดโรคของตัวผู้ป่วย ของบุคคลในครอบครัว ในสังคม แวดล้อม (เช่น ในครอบครัวมีเด็ก ๆ) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ อายุ เพศ และลักษณะสำคัญอื่น ๆ ของผู้ป่วย (เช่น ประสบการณ์ก่อนการหยุดสูบบุหรี่สิ่งขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ของเขาเอง)

2. Risks (ความเสี่ยง)

ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียที่เกิดตามมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ให้บริการอาจจะเสนอแนะและชี้ชัดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วย และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า แม้จะใช้นิโคตินทดแทน มีนิโคตินต่ำ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น นอกเหนือจากสูบบุหรี่ (เช่น บุหรี่ไร้ควัน ชีการ์ไปป์) ก็มีความเสี่ยงเช่นเดียวกัน ตัวอย่างปัจจัยเสี่ยงได้แก่

ปัจจัยเสี่ยงที่ให้ผลทันที เช่น อาการหายใจสั้น ๆ เป็นหอบหืด มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ เป็นหมัน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อันตรายต่อทารกในครรภ์ เพิ่มคาร์บอนมอนอกไซด์ในชีวิตร่วม

ปัจจัยเสี่ยงที่ให้ผลในระยะยาว เช่น หัวใจวาย เส้นเลือดหัวใจตีบ มะเร็งปอดและมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ (กล่องเสียง ช่องปาก คอหอย หลอดอาหาร ตับอ่อน ไต อวัยวะเพศหญิง) ถุงลมโป่งพอง ความพิการระยะยาว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องอยู่ในความดูแลที่ยาวนาน

ปัจจัยเสี่ยงต่อสิ่งแวดล้อม เช่น เพิ่มโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจให้กับคู่ครอง (สามีหรือภรรยา) เด็กในครอบครัวมีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าเด็กในครอบครัวที่ไม่มีการสูบบุหรี่ เด็ก

แรกคลอดเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ ภาวะทารกตายแรกคลอดสูง เด็กเป็นหอบหืด โรคของหูชั้นกลาง โรคระบบทางเดินหายใจ

3. Rewards (รางวัล)

ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุและอธิบายถึงประโยชน์จากการหยุดสูบบุหรี่ที่เจาะจง และทำนองเดียวกับการให้ระบุปัจจัยเสี่ยง คือ ให้ตรงและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ช่วยให้มากที่สุด เช่น มีสุขภาพดีขึ้น การรับรู้รสชาติอาหารรับรู้กลิ่นดีขึ้น ประหยัดเงิน รู้สึกดีกับตัวเอง(เช่นตัวไม่มีกลิ่นบุหรี่ ฟันไม่เป็นคราบ) รวมทั้งบ้าน รถยนต์ เสื้อผ้า ลมหายใจไม่มีกลิ่นเหม็น สามารถหยุดความกังวลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เด็ก ๆ ทั้งทารกและเด็ก ๆ มีสุขภาพดีขึ้นไม่ต้องกังวลกับการต้องสูบบุหรี่ต่อหน้าคนอื่น รู้สึกสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ออกกำลังกายได้ดีขึ้น รีวิรรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าลดลง ผิวหน้าไม่ดูแก่ก่อนวัย

4. Roadblocks (อุปสรรค/เครื่องกีดกัน)

ให้ช่วยผู้สูบบุหรี่ระบุอุปสรรคและเครื่องกีดกันการเลิกบุหรี่ และอธิบายวิธีการบำบัดรักษาที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้(เช่น การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา การบำบัดรักษาโดยใช้ยา) ปัญหาข้อจำกัดมักเกี่ยวข้องกับอาการถอนยา กลัวที่จะล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวขึ้น ขาดการสนับสนุนจากสังคม เกิดความซึมเศร้า และความสนุกจากการได้สูบบุหรี่

5. Reception (การกล่าวซ้ำ)

การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนี้ต้องกระทำซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญของการหยุดสูบบุหรี่มาตรวจรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เคยล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ครั้งก่อน ๆ การให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ไม่ท้อแท้ว่ามีผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็นจำนวนมากที่ต้องต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้

ภาคผนวก ง

ยาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2546)

ในปัจจุบันนี้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ทางเภสัชกรรมเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง US Agency for Health Care Policy and Research แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 first-line agent ได้แก่

การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy-NRT) และการใช้ยาเม็ดรับประทาน นิโคตินทดแทน ได้แก่ นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (chewing gum) ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (patch) ชนิดเม็ดอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ชนิดเม็ดอม (Lozenge) ชนิดสูดทางปาก (Oral inhaler) และชนิดสเปรย์ทางจมูก (nasal spray) ในประเทศไทยนิโคตินทดแทนที่ใช้มี 2 ชนิด คือ 1) นิโคติน ชนิด หมากฝรั่งเคี้ยวในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Nicorette® ขนาดที่ใช้มี 2 ขนาด คือ ชื่นละ 2 มิลลิกรัม และ 4 มิลลิกรัม การใช้ขึ้นอยู่กับอาการติดบุหรี่ของผู้ป่วย 2) นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนังที่ใช้ในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Nicotinell TTS® ซึ่งมี 4 รูปแบบแตกต่างกันในปริมาณนิโคตินในแผ่นยา ระบบการนำส่งยา วิธีการปลดปล่อยนิโคตินจากแผ่นยา และเวลาการใช้แผ่นยา

ยาเม็ดรับประทาน คือ bupropion sustained release (SR) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของสารสื่อประสาท (Dopamine) มีผลทำให้ผู้ที่ได้รับยามีอาการของการขาดนิโคตินน้อยลง ในประเทศไทยมีจำหน่ายในชื่อการค้าว่า Quomem® ชนิดออกฤทธิ์ช้า (sustained release) ขนาด 150 มิลลิกรัม

กลุ่มที่ 2 second-line agent ได้แก่ clonidine และ nortriptyline ซึ่งเป็นยาที่มีผลในการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ แต่มีข้อจำกัดมากกว่ากลุ่มแรก เพราะยังไม่ได้มีการรับรองจากองค์การอาหารและยา สหรัฐอเมริกา และมีผลข้างเคียงมากกว่า ดังนั้น การใช้ยาในกลุ่มนี้จึงต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป สำหรับผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่มแรกได้

การบำบัดรักษาโดย **second-line agent (nortriptyline และ clonidine)** แม้ว่ายา clonidine และ nortriptyline ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา สหรัฐอเมริกา แต่เนื่องจาก clonidine และ nortriptyline ได้รับความน่าเชื่อถือ จาก Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use and Dependence (Fiore et al., 2000) ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจและเสนอแนะให้พิจารณานำมาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกการใช้ First-line agent ไม่ได้ผล ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงคำเตือนและผลข้างเคียงต่าง ๆ

Nortriptyline เป็นยาคลายความเครียดที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดบุหรี่ ผลข้างเคียงได้แก่หน้ามืด มือสั่น มองเห็นภาพไม่ชัด ง่วงซึม การรับรสเปลี่ยนแปลง การใช้เกินขนาดอาจมีผลอย่างมากต่อหัวใจ

Clonidine เป็นยารักษาความดันโลหิตสูง พบว่าช่วยลดอาการถอนฝิ่น และแอลกอฮอล์และอาจจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินบางอย่างได้ด้วย ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียน ปากแห้ง ความดันโลหิตลดลงเมื่อยืนขึ้น อาจก่อให้เกิดอันตรายในขณะขับรถหรือควบคุมดูแลเครื่องจักรกล

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวเพ็ญพิมพ์ ปันระสี
วัน เดือน ปี เกิด	12 สิงหาคม 1974
สถานที่เกิด	อุทัยธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก (พ.ศ. 2536 – 2537) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2549 – 2552) พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี 61160 เบอร์โทรศัพท์ 0-5653-7130-2 E-mail: phiangphim@hotmail.com
ที่อยู่ปัจจุบัน	163 หมู่ 8 ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี 61160 E-mail: phiangphim@hotmail.com