

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2552

สารนิพนธ์ ๓๑๑๑๑

นายธีรวิทย์ คล่องใจ

ผู้ศึกษา

ดร. ธีรวิทย์

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริขันธ์,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ประภา ยุทธชัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธชัย,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ดร. ธีรวิทย์

นายธีระ ลีตานันทกิจ,

พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผอ. ธีรวิทย์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. ธีรวิทย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนภา วัฒนศิริรัตน์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผอ. ธีรวิทย์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา วัฒนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษาให้คำแนะนำแนวทางในการศึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานสอบสารนิพนธ์และนายแพทย์ธีระ ลีลำนันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สนทรรศ บุษราทิจ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต และนางสาวคุณฉิษฐ์ ชาญปรีชา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา และความครอบคลุมของเนื้อหา ที่เป็นประโยชน์ต่อสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุน ในการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ)

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกเฟื่องฟ้าและตึกราชพลฤกษ์ และผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอกราบขอบคุณคุณแม่ที่ให้ความรักและห่วงใย ให้กำลังใจผู้ศึกษาเสมอมาและขอบคุณภรรยาและบุตรสาวที่เป็นกำลังใจในการศึกษาการทำสารนิพนธ์ในครั้งนี้ตลอดมา

ธีรวิทย์ คล่องใจ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR SMOKING
REDUCTION AND CESSATION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

ธีรวิทย์ คล่องใจ 4736918 NSMH / M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ประภา ยุทธไตร, พย.ด., รุ่งนภา ภาณิตรัตน์, Ph.D.

บทคัดย่อ

เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาติดบุหรี่มากกว่าร้อยละ 70 ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพัฒนาตามขั้นตอนการดำเนินการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิต และเบค (Polit & Beck, 2008) โดย การสืบค้น และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เหมาะสมกับประเด็นปัญหาพบงานวิจัยที่มีคุณภาพ 5 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 1 เรื่อง Quasi-experimental 1 เรื่อง One group repeated measured 1 เรื่อง One group pretest-posttest 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์แล้วสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยการบำบัด 6 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 2 การทำให้ยึดมั่นในคำสัญญา ระยะที่ 3 การเรียนรู้ฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ ระยะที่ 4 การกำหนดวันลดและหยุดสูบบุหรี่ ระยะที่ 5 การติดตามและส่งเสริมความสามารถในการควบคุมตนเอง และระยะที่ 6 การวางแผนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีแนวโน้มที่จะเป็นไปได้เนื่องจากวิธีการบำบัดนี้ตอบสนองนโยบายของสถาบันฯ ที่เป็นเน้นการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion hospital) ข้อเสนอแนะ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่อง เพื่อประเมินความเหมาะสมของกระบวนการบำบัด และประเมินผลลัพธ์ แล้วปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง และควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพ การบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท / การลดและหยุดสูบบุหรี่ / แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR SMOKING REDUCTION AND CESSATION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

THEERAWIT KLONGCHAI 4736918 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
RUNGNAPA PANITRAT, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This study found that the prevalence of cigarette consumption in male schizophrenia patients at Somdet Chao Praya institute of Psychiatry was more than seventy percent, and led to interest in developing a nursing practice guideline for smoking reduction and cessation in this group of patients. The four stages of an evidence-based practice model by Polit and Beck (2008) were used as a framework for this study. The collection and evaluation of evidence was carried out using one relevant randomized controlled trial, one quasi-experiment, one group with three repeated measures, and two pretest-posttest studies on independent groups. The content of each study was analyzed, synthesized, and presented as evidence-based knowledge which then was validated by three experts. The guidelines were modified according to the experts' recommendations and the nursing practice guidelines were promulgated for smoking reduction and cessation in schizophrenia patients consisting of the six following phases: 1) Self motivation to change behaviour, 2) Consistent commitment, 3) Learning and skill training of risky situation for relapse smoking management, 4) Determination of smoking reduction and cessation rate, 5) Follow up and self efficacy controlling improvement, 6) Relapse smoking prevention planning and improved creative lifestyle. The potential for successful implementation of the practice guidelines will depend upon the policy of hospital that focus on health promotion. The recommendations for using the guidelines would be to conduct a pilot study in order to evaluate the process of appropriate treatment and the outcome, and then to improved proper guideline before final implementation. The guidelines will have to be continually developed in order to improve the quality of service.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIA PATIENT / SMOKING CESSATION AND
REDUCTION / NURSING GUIDELINE

129 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา	3
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	4
1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี	4
1.1 บุหรี และการติดบุหรี	4
1.2 สาเหตุของการสูบบุหรีและติดบุหรี	5
1.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี	6
2. การสูบบุหรีในผู้ป่วยจิตเภท	8
2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท	8
2.2 ผู้ป่วยจิตเภท กับการสูบบุหรี	11
2.3 ผลกระทบของการสูบบุหรีในผู้ป่วยจิตเภท	13
2.4 การบำบัดเพื่อลดและเลิกบุหรีในผู้ป่วยจิตเภท	14
3. กรอบแนวคิดในการศึกษา	22
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ	24
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	43
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	46
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	78
ประวัติผู้ศึกษา	129



สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

- 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

31



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่ง ผลของการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและรุนแรงหลายโรค ทั้งต่อผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด มีการศึกษากลุ่มประชากรทั่วไปวัยผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 24.7 และผู้ป่วยจิตเภทพบถึงร้อยละ 74-92 (Centers for Disease Control and Prevention, 1997; De Leon et al., 1995; Goff, Henderson, & Amico, 1992; Hughes, 1986) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากพบว่าผู้ป่วยจิตเวชจะสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทจะสูบบุหรี่มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากการศึกษาโดยการสังเคราะห์งานวิจัย (Meta-analysis) จำนวน 42 เรื่อง จาก 20 ประเทศ ของ De Leon & Diaz (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากกว่าคนทั่วไปเกือบ 6 เท่า (OR=5.9; 95% Confidence interval. CI 4.9-5.7) โดยภาพรวมแล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่เฉลี่ย ร้อยละ 62 (4686/7593คน) เป็นผู้ป่วยชายเฉลี่ย ร้อยละ 72 (1234/1706 คน) ผู้ป่วยหญิงเฉลี่ย ร้อยละ 49 (291/598 คน) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนอัตราการติดนิโคตินสูง (high nicotine dependence) กว่าประชากรทั่วไป (ORs ranged 1.9-6.4) บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการติดนิโคตินสูงถึงร้อยละ 58 – 88 (George et al, 2000) ผลของการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพโดยเฉพาะ โรคทางระบบหายใจและหลอดเลือด เช่น โรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง พบว่า ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมาจากการสูบบุหรี่ และในจำนวนนี้ร้อยละ 30 เป็นผลมาจากการหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดเข้าไป (Passive Smoking) นอกจากนี้ยังพบว่าควันบุหรี่ในอาคารเป็นสารก่อมะเร็ง ชนิดร้ายแรง และการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อ ครอบครัว/สังคม รวมทั้งเกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2547; รัชนา กานดิยานนท์, 2549)

จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้นที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากกว่าคนทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป (Brown, Inskip & Barraclough, 2000; Joukamaa, Heliovaara, Knekt, Aromnaa, Raitasalo & Lehtinen, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ต้องใช้ปริมาณยาเพื่อการรักษาอาการทางจิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เพราะฤทธิ์ของสารทาร์ในบุหรี่จะลดระดับยาต้านโรคจิตในกระแสเลือด (De Leon

& Diaz, 2005) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปริมาณการสูบบุหรี่สูง จะมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวกสูงด้วย เช่น หูแว่ว หลงผิด ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน และเครียดจากอาการดังกล่าวมาก (Williams, Ziedonis & Foulds, (2004) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่านอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ ใช้เงินถึงหนึ่งในสามของรายได้ มาใช้ในการซื้อบุหรี่(Steinberg, Williams & Ziedonis, 2004)จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อสุขภาพและอาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบได้ รวมทั้งเกิดผลเสียต่อ สังคมและประเทศชาติทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นจึงควรมีการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย จิตเภทสามารถลดและหยุดสูบบุหรี่ได้เช่นเดียวกับที่ส่งเสริมการลดหรือเลิกบุหรี่ในบุคคลทั่วไปที่มีการรณรงค์กันอยู่ในขณะนี้

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาไกรสิทธิ์กับการศึกษาในต่างประเทศ กล่าวคือจากการศึกษาของ รัชชนก จิงา (2546) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท เพศชาย จำนวน 56 คน ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสูบบุหรี่ถึง 40 คน (คิดเป็นร้อยละ 71.42) ในขณะที่ปัจจุบันทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งวิธีการส่งเสริมสุขภาพวิธีหนึ่งที่นอกเหนือจากการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การควบคุม น้ำหนักตัวและให้ความรู้เรื่องอาหารแล้ว ยังมีนโยบายรณรงค์ให้งดสูบบุหรี่ภายในสถาบันฯ อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม ด้วยการออกกฎระเบียบห้ามจำหน่ายหรือนำบุหรี่เข้ามาภายในบริเวณสถาบันฯ รวมทั้งรณรงค์โดยการออกเสียงตามสาย ดิฉันประกาศ แจกสื่อแผ่นพับ แจกกฎระเบียบของการห้ามสูบบุหรี่ภายในสถาบันฯ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่ทันทีที่จะเกิดอาการขาดนิโคตินซึ่งจะมีภาวะดังต่อไปนี้คืออารมณ์เศร้า หดหู่ วิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง นอนไม่หลับและมีความอยากสูบบุหรี่มากขึ้น (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อมในการหยุดบุหรี่ก่อนเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นจึงพบว่าการลักลอบนำบุหรี่เข้ามาในสถาบันฯ โดยตัวผู้ป่วยเองญาติและเพื่อนผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วแอบนำมาให้ อีกทั้งยังมีการแอบลักลอบซื้อขายในสถาบันฯ บางครั้งเกิดการขี้แยแย่งบุหรี่ที่ลักลอบนำเข้ามาในหอผู้ป่วย จนเกิดการชกต่อยทำร้ายร่างกายกันเองหรือทำร้ายบุคลากรที่เข้าห้ามปราม จะเห็นได้ว่ามาตรการที่ทางสถาบันฯ จัดกระทำเพื่อส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในสถาบันฯ ไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ลงได้ โดยยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่วนกลับไปสูบบุหรี่อีกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือบางส่วนหยุดสูบบุหรี่ได้เพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 1 - 2 สัปดาห์และกลับมาสูบบุหรี่ปริมาณมากเช่นเคยในเวลาต่อมา

จากนโยบายส่งเสริมสุขภาพของสถาบันฯ ที่เห็นความสำคัญของการลด และเลิกสูบบุหรี่ และผลการศึกษาในต่างประเทศ ของ Ziedonis & George, (1997) พบว่าการบำบัดโดยใช้การ

สัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความต้องการอยากลดหรือเลิกสูบบุหรี่ นำไปสู่ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบเข้มข้นต่อไป และจากการศึกษาของ Weiner และคณะ (2001) พบว่าการใช้ยานิโคติน หรือ การใช้ยาบิวโพรไพออน (bupropion) ซึ่งเป็นยารักษาโรคซึมเศร้าช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่หรือติดยาโคเคนลดการสูบบุหรี่ลงได้ร้อยละ 22.5 และผู้ป่วยร้อยละ 40 มีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ลดลง ผู้ป่วยร้อยละ 10 -17 ประสบผลสำเร็จในการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัด ทำให้ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชายสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาโคเคนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประเด็นปัญหาหลักในการศึกษา

ปัจจุบันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และณรงค์การไม่สูบบุหรี่ ซึ่งนโยบายรณรงค์การไม่สูบบุหรือนั้นสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจะเน้นการไม่อนุญาตให้บุคลากร และผู้รับบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่ภายในบริเวณสถาบันฯ แต่ปัจจุบันสถาบันฯ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในสถาบันฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า คุ้มทุน มีประสิทธิภาพและเป็นที่พอใจของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดและหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีมาตรฐาน
2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการบำบัด ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดบุหรี่ที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด สามารถ ลด หรือหยุดสูบบุหรี่ ได้มากขึ้น
4. ผู้ป่วยและญาติได้รับความพึงพอใจบริการ จากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ และการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท โดยได้กำหนดขอบเขตเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

- 1.1 บุหรี่ และการติดบุหรี่
- 1.2 สาเหตุของการสูบและติดบุหรี่
- 1.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ผู้ป่วยจิตเภทกับการสูบบุหรี่
- 2.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การบำบัดเพื่อลดและหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

1.1 บุหรี่ และการติดบุหรี่

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่สามารถซื้อขายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย การสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับนิโคตินจากใบยาสูบ ซึ่งเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์แรงและเสพติดง่าย ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่ จึงต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ และจะมีการอยากสูบเมื่อหยุดสูบ นอกจากนี้ในบุหรี่ ยังมีสารประกอบอื่นๆอีกมากมาย สารที่สำคัญๆ ในบุหรี่ ได้แก่ นิโคติน ทาร์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ แร่ธาตุโลหะหนัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารตกค้างจากการฟ่นยามาแมลงลงในใบยาสูบ และสารปรุงแต่งกลิ่น รส เพื่อกลบรสชาติดรหะของควันบุหรี่และเพิ่มความพึงพอใจในรสชาติ ซึ่งสารต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมาได้

ภาวะการติดบุหรี่ (Tobacco dependence) หมายถึง การเสพติดสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในยาสูบ ซึ่งเป็นการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ สารเคมีที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการเสพติดทางกายอย่างรุนแรงได้แก่ นิโคติน (Nicotine)

การวินิจฉัยว่าติดบุหรี่หรือนิโคติน (Nicotine Dependence) ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR จะต้อง มีพฤติกรรมดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อ ใน 7 ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน

1. มีอาการติดนิโคติน ต้องการนิโคตินปริมาณมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลตามที่ร่างกาย ต้องการ

2. มีอาการถอนนิโคติน โดยมีอาการถอนอย่างน้อย 4 ข้อ ใน 24 ชั่วโมง เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ วิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง นอนไม่หลับ หัวใจเต้นเร็ว อยากสูบบุหรี่มากขึ้น โดยที่อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย และไม่ใช้เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางหรือมีผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบ อาชีพ หรือทำกิจกรรมสำคัญต่างๆ

3. มีการใช้นิโคตินปริมาณมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ

4. ไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้นิโคตินทั้งที่ต้องการหยุด

5. ใช้เวลามากไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน หรือการเสพติดนิโคติน เช่น สูบบุหรี่ ต่อเนื่องหลายมวน

6. ลดและหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรืองานที่สำคัญหรือกิจกรรมสันทนาการ อื่นเนื่องจากการติดนิโคติน

7. ยังใช้นิโคติน แม้จะมีปัญหาทางสุขภาพและจิตใจที่มีสาเหตุจากนิโคติน หรือมีอาการมากขึ้นจากการใช้นิโคติน เช่น ยังคงใช้แม้มีการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูง เป็นโรคหัวใจ โรคกระเพาะ หลอดลมอักเสบ และปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

1.2 สาเหตุของการสูบบุหรี่และติดบุหรี่

ในการศึกษาครั้งนี้ได้อธิบายปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือมีความสัมพันธ์กับการเสพติดบุหรี่โดย ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีชีวะจิตสังคม (Biopsychosocial model) ของมิลเลอร์ (Miller, 1994 cited in Allen, 1996) ซึ่งอธิบายสาเหตุของการใช้สารเสพติดรวมถึงบุหรื ครอบคลุมทั้งมิติ ทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยจิตเวชที่เสพติดสารเสพติด ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบและติดบุหรืมี 3 ลักษณะดังนี้

1.2.1 ปัจจัยนำ (Antecedents or Predisposing) หมายถึง ปัจจัย ด้านบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเสพติดบุหรื ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม โครงสร้างทางกายภาพของสมองและชีวเคมีในสมอง และสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มที่จะใช้และติดบุหรืได้ง่าย เช่น มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา ขอมตาม หรือมีความเชื่อในผลบวกของบุหรืมากกว่าผลลบ หรือไม่คิดว่าผลลบที่รุนแรง

จะเกิดกับคนเพราะคนไม่ใช่ผู้ที่สูบบุหรี่มากจนเป็นผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้บุหรี่จนติดได้ง่าย

1.2.2 ปัจจัยกระตุ้น (Concomitants or Precipitating) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่กระตุ้นให้บุคคลนั้นเสพยาหรืในครั้งแรกๆ และในครั้งต่อๆ มา เช่น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีความอยากรู้อยากลอง ต้องการทดลองสิ่งใหม่ๆ ต้องการแสดงเอกลักษณ์ความเป็นผู้ใหญ่ ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ต้องการเลียนแบบพฤติกรรมการเสพยาหรืของบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ชื่นชอบ จึงสูบบุหรืเพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ นอกจากนี้ บุคคลยังสูบบุหรืเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนของการสูบบุหรื เช่น ทำให้อารมณ์ดี สดชื่นกระปรี้กระเปร่า แก้ง่วง ทำให้ตื่นตัว แก้หนาว แก้เหงา ลดความเครียด วิตกกังวล ความประหม่าในการเข้าสังคม หรือช่วยให้มีสมาธิในการทำงานขึ้น และเมื่อใช้บ่อยๆ ในที่สุดก็มีการติดสารนิโคติน มีอาการอยากเสพ และเมื่อลดหรือหยุดสูบก็จะมีอาการไม่สุขสบายจากอาการขาดนิโคตินและมีอาการอยากสูบ จนต้องกลับไปสูบบุหรือีก

1.2.3 ปัจจัยเอื้อ (Enabling or Maintenance) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อให้มีการใช้บุหรือย่างต่อเนื่อง เช่น หาซื้อบุหรืได้สะดวก ราคาถูกกว่าสารเสพติดอื่นๆ ไม่ผิดกฎหมาย เป็นต้น จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรืและการติดบุหรื ทั้งปัจจัยต่าง ๆ ทางชีววิทยา ซึ่งให้ความสำคัญกับสมองและร่วมกับคุณสมบัติของสารนิโคติน ที่ก่อให้เกิดผลบวกเมื่อสูบบุหรื เช่น ความรู้สึกผ่อนคลาย มีชีวิตชีวา มีสมาธิและผลลบของการหยุดสูบเช่น อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล นอนไม่หลับและอาการอยากสูบบุหรื เมื่อเห็นสิ่งกระตุ้นที่เคยสูบหรือเมื่อถึงเวลาสูบแล้วไม่ได้สูบ และปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ บุคลิกลักษณะพึงพา ขอมตาม เลียนแบบ มีความเชื่อ ค่านิยม เกี่ยวกับการสูบบุหรืทางบวกใช้บุหรืเพื่อลดความเครียด ความรู้สึกถูกกดดัน รวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่กระตุ้นและเอื้อต่อการสูบบุหรื และสูบบุหรือย่างต่อเนื่องจนติดบุหรืในที่สุด

1.3 ผลกระทบของการสูบบุหรื

ผลการสูบบุหรืนอกจากมีผลต่อสุขภาพของผู้สูบโดยตรงแล้วยังมีผลต่อผู้ใกล้ชิดและสังคมโดยรวม ซึ่งผลของบุหรืที่สำคัญมีดังนี้

1.3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบ เนื่องจากคนที่ติดบุหรืมักเริ่มเสพเมื่ออายุน้อยๆ เมื่ออายุมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะสูบมากขึ้นเรื่อยๆ และเลิกยาก และมีปัญหาด้านสุขภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการสูบบุหรืในที่สุด ซึ่งโรคที่เกิดจากการสูบบุหรื ที่พบมากที่สุดคือ โรคมะเร็งปอด พบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดเป็นผลมาจากบุหรื และการสูบบุหรืยังเป็นสาเหตุของมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ อีกมาก เช่น มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ไต กล่องเสียง ปาก คับอ่อน กระเพาะ

อาหาร และมะเร็งผิวหนัง รวมทั้งเป็นโรคในระบบอื่น ๆ เนื่องจากสารพิษต่างๆในควันบุหรี่ เช่น โรคในระบบทางเดินหายใจ พบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาหลอดลมอักเสบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันหรือโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงแข็ง โป่งพอง โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคในระบบทางเดินอาหารเช่น การอักเสบในช่องปาก เหงือก และฟัน โรคแผลในกระเพาะและลำไส้ เป็นต้น นอกจากนั้นการสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยนำไปสู่พฤติกรรม การติดสารเสพติดที่รุนแรงอื่นๆ เช่น ดินสุรา กัญชา ยาบ้า เป็นต้น (ประกิจ วาทีสาธกิจ, 2547; รัชนา คานดิยานนท์, 2549)

1.3.2 ผลกระทบต่อสุขภาพผู้ใกล้ชิด ผลจากการสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงหรือบริเวณที่ควันบุหรี่สามารถรบกวนถึงเกิดปัญหาสุขภาพ เป็นโรคที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง (Passive smoking) ได้เช่นกัน ผลระยะสั้นได้แก่ เกิดอาการระคายเคืองต่อจมูก ตา ลำคอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบาย และเกิดอาการกำเริบของโรคประจำตัว เช่น โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืดเรื้อรัง อาการหัวใจขาดเลือด และผลระยะยาว ได้แก่ โรคมะเร็ง โดยเฉพาะที่สำคัญคือก่อให้เกิดมะเร็งชนิดร้ายแรง ถ้าได้รับควันบุหรี่มือสองในปริมาณที่มากและนานพอสมควร (ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่ มูลนิธิรณรงค์ไม่สูบบุหรี่, 2547)

1.3.3 ผลต่อการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบทางสังคม การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่มาสูบเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจของศูนย์กสิกรไทยปี พ.ศ.2548 พบว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเสพติดบุหรี่ทั้งสิ้นประมาณ 57 พันล้านบาท ในขณะที่ในปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลสามารถเก็บภาษีได้เพียง 43 ล้านบาท แต่ต้องจ่ายเงินเพื่อการรักษาพยาบาลเฉพาะ 3 โรค คือ โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และโรคสมองอุดตัน ประมาณ 45 ล้านบาท ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาสุขภาพและโรคอื่น ๆ อีกที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทั้งปัญหาสุขภาพในระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ นอกจากค่ารักษาพยาบาลแล้ว ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก เช่น ค่าใช้จ่ายเนื่องจากภาวะทุพพลภาพ ภาวะไม่สามารถประกอบอาชีพ และขาดความสามารถสร้างผลผลิตที่มีประสิทธิภาพ หรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และปัญหาสุขภาพของเกษตรกรที่ได้รับสารพิษจากยาฆ่าวัชพืชและยาฆ่าแมลงจากการปลูกยาสูบ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น ทำให้เกิดความสกปรกต่ออาคารสถานที่จากควันบุหรี่ รวมทั้งปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดไฟไหม้ทั้งในอาคารสถานที่และไฟไหม้ป่า เนื่องจากการทิ้งก้นบุหรี่ไม่เหมาะสม (รัชนา คานดิยานนท์, 2549)

ส่วนที่ 2 การสับสนหรือในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภทพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต โดยมีความผิดปกติเกิดอย่างซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการวินิจฉัย เพราะความผิดปกติที่เกิดขึ้นในหลายๆ ด้านและการดำเนินของโรคมักไม่เด่นชัด เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการแรกเริ่มอาจแสดงถึงความบกพร่องในด้านมนุษยสัมพันธ์ เช่น เป็นคนเงียบเฉยหรือไม่ค่อยสนใจผู้อื่น ต่อเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระตุ้น ซึ่งส่วนมากเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจทำให้บุคคลนั้นแสดงอาการผิดปกติเด่นชัดขึ้นมาก ซึ่งพบว่าอาการผิดปกติมักเริ่มปรากฏเด่นชัด ในช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโตหรือช่วงวัยรุ่น เนื่องจากความผิดปกตินี้มีหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมจึงทำให้การป้องกันการเกิดโรคทำได้ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตามโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมค่อนข้างมาก (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2548)

คำจำกัดความ

คำว่า Schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “skhizo” หมายถึง การแยกออก (split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึงคนที่มีจิตใจแตกแยก ในทางจิตเวชศาสตร์โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

WHO (2006) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ว่าเป็นความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะคือมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ (Inappropriate) หรืออารมณ์ทื่อ ๆ (Blunted) ระดับการรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญาไม่เปลี่ยนแปลงถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางการรู้คิดในระยะการดำเนินโรค พยาธิสภาพทางจิตที่สำคัญคือ thought echo; thought

insertion of withdrawal; thought broadcasting; delusion perception and delusion of control; Influence or passivity มีอาการหูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย มีความผิดปกติของความคิดและอาการด้านลบ การดำเนินโรคมีลักษณะต่อเนื่อง หรือมีอาการรุนแรงเป็นช่วง ๆ และฟื้นคืนดีได้ทั้งหมดหรือบางส่วน

สาเหตุสำคัญของโรคจิตเภทเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factor)

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาความสัมพันธ์ในญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจิตเภทกับการเกิดโรค พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงมาก โดยเฉพาะลูกที่พ่อหรือแม่ป่วยมีโอกาสป่วยถึง ร้อยละ 12 ลูกที่พ่อและแม่ป่วยมีโอกาสป่วยถึง ร้อยละ 40

1.2 จากการศึกษาแฝด พบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 8 และยังเชื่อว่าโครโมโซมตัวที่เกี่ยวข้อง คือโครโมโซมตัวที่ 13 และ 16 (Cancro & Lehman, 2000)

2. ระบบสารชีวเคมีในสมอง โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับสารสื่อประสาท Dopamine ที่มากเกินไปในส่วน Synapse ของสมอง ความบกพร่องของสารสื่อประสาท Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี Dopamine deregulation ที่ Striatum ทำให้มีการปล่อย Dopamine ที่ผิดปกติ จึงเกิดอาการทางด้านบวก (Wyatt et al., 1989)

3. กายวิภาคของสมอง จาก CT scan ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการขยายของ Ventricle ปริมาณของ Fluid volume เพิ่มขึ้น และพบ cortical atrophy ทำให้เนื้อสมองน้อยลง (Flashman, McAllister, Andreasen, & Saykin, 2000) โดยจะพบในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรก และในเด็กที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

4. ประสาทสรีรวิทยา Flashman et al., (2000) ได้ศึกษาผลของ PET scan พบว่า cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลงในบริเวณ Frontal lobe การที่ผู้ป่วยมี Frontal activation ลดน้อยลงอาจเป็นเพราะมีความบกพร่องของ Frontal lobe

5. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอัตราของภาวะแทรกซ้อนระหว่างมารดาตั้งครรภ์และระหว่างคลอดสูงกว่าปกติ โดยพบว่า 2 ใน 3 มีประวัติของโรคแทรกซ้อนในช่วงนั้น มีข้อสันนิษฐานว่าเกิดภาวะขาดออกซิเจนของ hippocampus และ neocortex ซึ่งมีความไวเป็นพิเศษต่อการขาดออกซิเจน ทำให้มีความผิดปกติในช่วงพัฒนาการและเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท

6. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม (Environmental or cultural)

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมอาจส่งเสริมหรือป้องกันอาการทางจิตได้ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมในครอบครัวที่ส่งเสริมอาการทางจิต เช่น มีการแสดงทางอารมณ์ในครอบครัวสูง (High emotional expression) (Butzlaff & Hooley, 1998) ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ขาดความอบอุ่นจากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัวแตกแยก ในสังคมวัฒนธรรมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิชาการวิจารณ์ และตำหนิผู้ป่วย (Cutting et al., 2006) ตลอดจนเหตุความเครียด (Stressors) ต่าง ๆ (Nuechterlein et al., 1994)

ปัญหาเศรษฐกิจในระดับต่ำ อาจเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท โดยมีผลต่อผู้ป่วยดังต่อไปนี้

6.1 ความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรค โดยเฉพาะในผู้ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นโรคง่ายอยู่แล้ว

6.2 ทำให้มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการหรือเกิดปัญหาทางด้านจิตใจอย่างอื่น

การวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia)

American Psychiatric Association (2000) และสมภพ เรื่องตระกูล (2548) อธิบายไว้ว่าโรคจิตเภทต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้ติดต่อกัน 6 เดือนขึ้นไป และต้องมีระยะที่รุนแรงมากอย่างน้อยเป็นเวลานาน 1 เดือน โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM – IV-TR ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง

1.1 อาการหลงผิด

1.2 อาการประสาทหลอน

1.3 มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน

1.4 มีพฤติกรรมวุ่นวายหรือคาทาโทเนีย

1.5 มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย เฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา พูดน้อย แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมหรือไม่ทำกิจกรรม

หมายเหตุ (ระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อยกว่า 1 เดือนถ้าได้รับการรักษา แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาระยะเวลาอาจมากกว่านั้น) อาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาดเช่น เชื่อว่าความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ผู้ป่วยหรือเสียงคน 2 คน หรือมากกว่าพูดคุยกัน มีอาการเพียงอย่างเดียว

2. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตัวเอง

3. ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ต้องมีระยะ Active phase อย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

4. อาการทางจิตที่เกิดต้องไม่มีสาเหตุมาจาก schizoaffective และ mood disorder มีอาการทางจิตโดยข้อใดข้อหนึ่ง (1) ไม่มี Major depressive, Manic, Mixed episode ในระยะอาการกำเริบ (2) หากมีอาการด้านอารมณ์ ช่วงอาการด้านอารมณ์จะสั้น

5. อาการทางจิตที่เกิดต้องไม่มีสาเหตุมาจากการใช้สารหรือโรคทางกาย และ/หรือไม่มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

6. หากมีประวัติ Autistic หรือ Pervasive development disorders จะวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia เมื่อมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน

ชนิดของโรคจิตเภท (Shives, 2005)

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) ลักษณะสำคัญ คือ ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่กับอาการหลงผิดหรืออาการหูแว่ว

2. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) ลักษณะสำคัญ คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของคำพูด มีพฤติกรรมวุ่นวาย และมีอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจมีกิริยาท่าทางแปลกๆ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำ มักเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย โดยอาการเกิดซ้ำๆ และมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง

3. ชนิดคาทาโทเนีย (catatonic type) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทชนิดนี้ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง คือ ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย มีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย มีอาการต่อต้านหรือทำตรงข้ามคำสั่ง (negativism) หรือ ไม่พูด (mutism) มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกๆ เช่น ทำอะไรซ้ำๆ พูดเลียนแบบ (echolalia)

4. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทชัดเจน แต่ไม่สามารถจัดเข้ากับชนิดใดได้

5. ชนิดมีอาการหลงเหลือ (residual type) ชนิดนี้ผู้ป่วยเคยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการด้านบวกชัดเจน ผู้ป่วยจะมีอาการด้านลบ อารมณ์เฉยเมย ไม่พูด หรืออยู่เฉยๆ ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

2.2 ผู้ป่วยจิตเภทกับการสูบบุหรี่

สาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ก็เกิดเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ก่อนการป่วยครั้งแรก และให้เหตุผลของการสูบเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปคือ เพราะอยากลอง เลียนแบบเพื่อน

และบุคคลใกล้ชิด เพื่อการผ่อนคลาย ใช้เพราะความเคยชิน ใช้เพื่อให้มีสมาธิในการทำกิจกรรม ลดความเครียดหรือความตึงเครียด (Forchuk, Norman, Malla, Vos, & Martin, 1997) แต่จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทติดยาหรือสูบบุหรี่สูงกว่าบุคคลทั่วไป และติดยาหรือสูบบุหรี่รุนแรงกว่า และเมื่อได้รับการบำบัด จะมีอัตราการหยุดยาหรือต่ำกว่าคนทั่วไป (McChargue, Gulliver & Hitsman, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมของแมคชาร์จ กัลลิวอร์ และฮิตส์แมน ได้อธิบายไว้ว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นและติดยาหรือสูบบุหรี่รุนแรงกว่าคนทั่วไป เพราะผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาหรือสูบบุหรี่เหมือนเป็นยาบำบัดปัญหาสุขภาพตนเอง (self medication) กล่าวคือนิโคตินในยาหรือบุหรี่จะมีผลต่อ สารสื่อประสาทหลายชนิด (nicotinic cholinergic agonist on numerous neurotransmitters) เช่น acetylcholine, dopamine and glutamate จึงพบว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดอาการทางจิตด้านลบและลดผลข้างเคียงของยาโรจิต (negative symptoms schizophrenia-related cognitive dysfunction and / or medication side-effects) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรจิตดั้งเดิม (Traditional antipsychotic medication เช่น Haloperidol) ซึ่งยาต้านโรจิตกลุ่มนี้จะไปยับยั้งโดพามีนที่บริเวณ mesocortical and mesolimbic (blockage of dopamine in the mesocortical and mesolimbic pathways) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดผลข้างเคียงของยาต่อกระบวนการรู้คิด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เหมือนอาการด้านลบของโรจิตเภท เช่น อารมณ์เฉยเมย (Blunted affect) การพูดน้อย หรือไม่พูด (alogia) ขาดความสนใจขาดแรงจูงใจในการทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นๆ (avolition) รู้สึกไม่มีความสุข (anhedonia) และยาต้านอาการทางจิตกลุ่มดั้งเดิมนี้อาจจะไปยับยั้งโดพามีน ที่บริเวณ nigrostriatal (blocking dopamine along the nigrostriatal pathway) ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาเหล่านี้ มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ dystonia, tremors, rigidity and akinesia / bradykinesia และการที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ มีความเป็นไปได้ว่า สารนิโคตินจากยาหรือบุหรี่จะกระตุ้นให้การทำงานของสาร dopamine ในบริเวณ mesocortical and mesolimbic pathways ทำงานได้ดีขึ้น ทำให้อาการทางจิตด้านลบลดลง และสารนิโคติน ทำให้การทำงานของตัว blocking dopamine ในบริเวณ nigrostriatal pathway ลดลง ทำให้ dopamine ในบริเวณ the nigrostriatal pathway ทำงานดีขึ้น ช่วยลดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ และจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอาการทางจิตด้านลบน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจากการศึกษาในเวลาต่อมาพบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านโรจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic) เช่น clozapine ซึ่งช่วยให้อาการทางจิตด้านลบลดลง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า นิโคตินในยาหรือบุหรี่ยังไปมีผลกับระบบประสาทส่วน Nicotinic acetylcholine receptors โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของสมองที่เกี่ยวข้องกับ Nicotinic acetylcholine receptors ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสนใจสิ่งแวดลอมลดลง ขาดสมาธิและความจำลดลง พบว่าผู้ป่วยที่เริ่มหยุดยาหรือสูบบุหรี่ มีความสนใจ สมาธิและความจำลดลงและน้อยกว่ากลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่

จากผลการศึกษาข้างต้นดังกล่าว แมคซาร์จ กัลป์ลิเวอร์และอิทส์ (2002) จึงได้เสนอแนวคิดที่อธิบายในเชิงประสาทชีววิทยาที่เกี่ยวกับการใช้นิโคตินในผู้ป่วยจิตเภทว่า ผู้ป่วยจิตเภทใช้นิโคตินเพื่อบำบัดอาการทางจิตและผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต รวมทั้งได้อธิบายถึงปัจจัยที่ขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้คือ (The proposed neurobiologically primed self medicating behavior might be selectively reinforced by reductions in various undesirable characteristics associated with schizophrenia and barriers to quitting for smokers with schizophrenia)

จากอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้แก่ ความรู้สึกไม่มีความสุข อารมณ์เฉยเมย การขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ไม่มีสมาธิและความจำลดลง และจากผลด้านบวกของนิโคติน (Tobacco use) เช่น ผลของการสูบบุหรี่ช่วยเพิ่มความสุข ความเพลิดเพลิน ลดความเบื่อหน่าย เพิ่มความรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่าพร้อมเผชิญกับปัญหา มีสมาธิในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ซ้ำๆ และเพิ่มปริมาณมากยิ่งขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดการติดนิโคติน และปัจจัยที่ขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ (barriers to quitting) ได้แก่ การมีอาการขาดนิโคตินที่รุนแรงเมื่อหยุดสูบบุหรี่ การมีอาการทางจิตด้านลบเพิ่มมากขึ้น ความตั้งใจและสมาธิลดลง ขาดแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ ความจำกัดในการรู้คิดในการเรียนรู้ทักษะการบริหารจัดการตนเอง และการได้แรงเสริมทางบวกจากการยังคงสูบบุหรี่อยู่

2.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 ผลของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทเอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ติดนิโคตินส่วนใหญ่จะติดนิโคตินระดับรุนแรงกว่าคนทั่วไป โดยสูบบุหรี่จำนวนมากกว่า และเป็นนิโคตินที่มี นิโคตินและทาร์มากกว่า ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยจิตเภทป่วยเป็นโรคทางกาย เช่น โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และหลอดเลือด และมีอัตราการตายที่ไม่ใช่เกิดจากการฆ่าตัวตาย ในประชากรวัยเดียวกัน สูงกว่าบุคคลทั่วไปที่สูบบุหรี่ (Ruschena et al., 1998; Brown, 2000) และพบว่าผลบุหรี่ต่ออาการของโรคจิตเภทและยาต้านอาการทางจิต ซึ่งสารนิโคตินจากนิโคตินมีผลต่อสารสื่อประสาทหลายตัว จึงทำให้เกิดทั้งผลบวกและผลลบต่อผู้ป่วย ผลบวกของบุหรี่ต่อผู้ป่วยได้แก่ ส่งเสริมการเรียนรู้ (Improves cognition) เพิ่มการตื่นตัว และอาจลดอาการทางจิตด้านลบ (Negative symptoms) เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการหลั่ง Dopamine ที่ Prefrontal cortex ช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิ ส่งเสริม การเรียนรู้ และลดอาการทางจิตด้านลบ เช่น อาการ ขาดแรงจูงใจ ขาดพลัง และอารมณ์เฉยเมย ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดและอารมณ์ด้านลบ เช่น อารมณ์โกรธ และอาจมีฤทธิ์ ต่อต้านอารมณ์เศร้า แต่บุหรี่ก็ก่อให้เกิดผลลบเช่น ผู้สูบบุหรี่ ต้องเพิ่ม ปริมาณยาต้านโรคจิต ที่ใช้รักษา เนื่องจาก Hydrocarbons of tar ในบุหรี่ เพิ่ม enzymes ในตับ มีผลให้มีการเพิ่มการเมตาโบ

ลิก (Metabolism) ของยา จึงต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ยาถึงระดับเพื่อการรักษา และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะมี อาการข้างเคียงของยา บางลักษณะเพิ่มขึ้น เช่น ความผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว กระสับกระส่ายนั่งไม่ติด การเคลื่อนไหวอย่าง ๑ ซ้ำที่ไม่สามารถควบคุมได้ของภาวะความผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวอย่างถาวร นอกจากนั้นการสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ เช่น สุรา กัญชา เป็นต้น (McCreadie & Kelly, 2000)

2.3.2 ผลของการสูบบุหรี่ต่อเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเองและต่อสังคมโดยรวม พบว่าเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทติดบุหรี่ระดับรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เงินหนึ่งใน สามของรายได้เพื่อการซื้อบุหรี่มาสูบ (McCreadie & Kelly, 2000) และต้องเสียเงินค่ายาต้านโรคจิตเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องใช้ปริมาณยาต้านโรคจิตเพิ่มขึ้นด้วย รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลโรคต่างๆที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ผลทางสังคมการสูบบุหรี่ ถึงแม้การสูบบุหรี่อาจจะช่วยลดอาการทางจิตด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นแต่การสูบบุหรี่ก็จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ทั้งผิวพรรณ สีเล็บ สีฟันที่ไม่น่าดู กลิ่นบุหรี่ที่ติดตัวและเสื้อผ้า รวมทั้งการที่ต้องสูบบุหรี่บ่อยๆจะเป็นตัวขัดขวางการเข้าร่วมสังคม หรือร่วมกิจกรรมต่างๆ และการทำงานของผู้ป่วยได้ และผลของการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจะมีผลต่อสุขภาพของคนใกล้ชิด มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของครอบครัว ประเทศ และมีผลต่อสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่โดยทั่วไปด้วย

2.4 การบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ และติดบุหรี่รุนแรงกว่า บุคคลทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชประเภทอื่นๆ แต่รูปแบบของการบำบัดก็คล้ายกับการบำบัดผู้ติดบุหรี่ทั่ว ๆ ไป เพียงแต่ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้การบำบัดด้วยยาด้วย และผลของการบำบัดจะได้ผลน้อยกว่าคนทั่วไป ผู้ป่วยอาจจะต้องเข้าโปรแกรมการบำบัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง รูปแบบของการบำบัดผู้ติดบุหรี่ที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ที่พัฒนาโดย University of Michigan Health System (2001) สามารถใช้ในการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ได้ทั้งบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยโรค ทางกาย และผู้ป่วยจิตเวชซึ่งกระบวนการบำบัดมี 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การซักประวัติ (Ask) ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติสุขภาพ

2. การแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (Advise) เป็นระยะเริ่มแรกของการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ (Brief clinician intervention) เน้นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ โดยการสื่อสารที่มีความชัดเจน (Clear) ให้ผู้รับบริการทราบว่า ผู้บำบัดคิดว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เขาต้องหยุดสูบบุหรี่นี้ และผู้บำบัดยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ โดยให้คำแนะนำที่หนักแน่น (Strong) ว่าเขา

จำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต และการให้คำแนะนำให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน (Personalized) เช่น ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วยในปัจจุบันของตนเองทำให้การดำเนินของโรคแย่ลงและ/หรือมีผลต่อเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อเด็กและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น มีผลต่อทางเดินหายใจและทำให้หุ้ขึ้นกลางอกเสบเนื่องจากติดเชื้อของเด็กร ในครอบครัวบ่อยๆ

3. ประเมิน ความตั้งใจการหยุดบุหรี่ (Assess) โดยการประเมินว่าผู้รับบริการพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้าหรือไม่ และถ้าผู้รับบริการมีความพร้อมและต้องการความช่วยเหลือในการหยุดสูบบุหรี่ ผู้บำบัดก็จะแนะนำแหล่งบริการ ที่ช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ที่ใกล้ที่สุด แต่ถ้าผู้รับบริการยังไม่มีความพร้อมในการหยุดสูบ ให้ใช้การบำบัด เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบ (Motivation intervention) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ (Brief clinician intervention) เช่นกัน โดยใช้ 5 “R’s”.

3.1 เน้นประเด็นปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สอดคล้องตรงกับความสนใจ หรือเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญ (Relevance) ซึ่งได้จากการประเมินข้อจำกัดต่างๆ ของผู้รับบริการ เช่น มีปัญหาในระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด มีปัญหาต่อผู้อยู่ใกล้ชิด เช่น เด็กเจ็บป่วย มีผลเสียต่อการทำงาน การเงินและสังคม เป็นต้น

3.2 การให้ข้อมูลความเสี่ยงหรือข้อเสียตามมาของการสูบบุหรี่ (Risk) ทั้งผลระยะสั้นระยะยาว เช่น ผู้มีโรคทางเดินหายใจ ทำให้หายใจไม่อิ่ม สตรีมีครรภ์จะทำให้บุตรคลอดก่อนกำหนด ทารกขาดออกซิเจน ความเสี่ยงระยะยาว เช่น ช่องปาก หลอดลมปอด มะเร็งนานาชนิดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้อยู่ใกล้ชิด

3.3 การบอกข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่ (Rewards) เช่น ประโยชน์ที่ได้รับในด้านสุขภาพด้านการรับรู้สของเงินประหยัดเงินมีความภูมิใจในตนเอง

3.4 การพิจารณาอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือเคยเกิดขึ้นในครั้งก่อนๆ ที่เคยหยุด ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา (Road block) อุปสรรคต่างๆ ที่ต้องช่วยกันแก้ไขเมื่อเริ่มหยุดสูบ เช่น มีเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานยังคงสูบบุหรี่อยู่ การเกิดอาการขาดสารนิโคตินที่รุนแรงในการหยุดสูบในอดีต ทำให้ไม่สามารถหยุดได้ มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตจึงต้องกลับมาสูบเพื่อลดความเครียด มีปัญหาทางสุขภาพจิตร่วมด้วย เช่น มีภาวะซึมเศร้าหลังจากเลิกบุหรี่ มีภาวะวิตกกังวล กินอาหารทดแทนการเลิกบุหรี่ ทำให้อ้วน ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อไม่มีบุหรี่เหล่านี้ เคยเลิกหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ กลัวความล้มเหลว ขาดแหล่งสนับสนุน ซึ่งผู้รับบริการและผู้บำบัดต้องช่วยกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหา

3.5 ถ้าผู้ป่วยยังไม่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่จริงๆ ในครั้งนี้ ควรให้การส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ซ้ำๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสให้บริการด้านสุขภาพ (Repetition) ผู้ประเมินต้องประเมินและให้คำแนะนำด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ไม่ขู่ข่มขู่ ไม่คุกคาม ในการตรวจสอบความคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และคิดบุหรี่ และการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ แต่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่เคยล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าคนส่วนใหญ่ก็ได้พยายามเลิกหลายครั้งก่อนที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่สำเร็จในที่สุด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้การบำบัดที่เฉพาะเจาะจง กับที่สามารถช่วยเหลือในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ถ้าผู้ป่วยรับการบำบัดพร้อมที่จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่

4. การช่วยเหลือ (Assist) และการส่งต่อ (Refer) ผู้รับบริการเพื่อให้ได้รับการบำบัดที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมหรือมีความสนใจที่จะหยุดสูบบุหรี่หรือต้องการบำบัดภายใน 30 วันข้างหน้า ซึ่งรูปแบบของการบำบัดมีทั้งการบำบัดทางจิตสังคมและการบำบัดทางยา

รูปแบบของการบำบัด ช่วยเหลือ (Assist) การบำบัดช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่แล้วมีหลายรูปแบบและมีหลายขั้นตอน เพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่และดำรงพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ไว้ได้ ซึ่งรูปแบบการบำบัดมีดังนี้

4.1 การช่วยให้ผู้รับบริการวางแผนการหยุดสูบบุหรี่ โดย

4.1.1 กำหนดวันหยุดสู้อย่างชัดเจนและทำแผนบันทึก หรือสมุดบันทึก อาจเลือกเอาวันสำคัญต่างๆ ในรอบปี เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบแต่งงาน หรือวันเกิดลูก การกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ สามารถทำนายผลสำเร็จของการหยุดสูบบุหรี่ระยะยาวได้ปัจจัยหนึ่ง

4.1.2 การบอกคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนที่คุณรักให้ทราบว่ามีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ และขอให้ช่วยให้การสนับสนุนให้กำลังใจ เพราะกำลังใจจากคนรอบข้างจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้มีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้

4.1.3 การเตรียมความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่โดยการทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ออกจากสิ่งแวดล้อมให้หมด ทั้งที่บ้าน ในรถและที่ทำงาน

4.1.4 การตรวจสอบและประเมินประสบการณ์จากการเลิกครั้งที่แล้วว่าได้ว่าวางแผนการหยุดสูบบุหรี่ไว้อย่างไรบ้างและมีอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางอะไรทำไมถึงกลับมาสูบบอก เพื่อปรับปรุงแผนการเลิกสูบบุหรี่ครั้งนี้ต่อไป

4.1.5 การเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายในช่วงวิกฤต โดยเฉพาะ ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการหยุดสูบบอก เช่น การจัดการกับอาการขาดนิโคติน

4.2 การส่งไปบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น ซึ่งมีจำนวนครั้งของการบำบัดหลายครั้ง ทั้งการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ผู้รับบริการที่ควรได้รับการบำบัดแบบเข้มข้นได้แก่

4.2.1 ได้รับการบำบัดแบบกระชั้นสั้นๆ หลายครั้งแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ

4.2.2 ต้องได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับมาสูบบุหรี่ และกลับไปติดซ้ำ เช่น ทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ (Coping strategies / problem solving) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการป้องกันการกลับติดซ้ำ (Relapse prevention)

4.2.3 มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย เช่น depression, eating disorder, anxiety disorder, attention deficit disorder, or alcohol abuse

ตัวอย่างของรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดแบบที่เฉพาะ (Tobacco Treatment Specialist (TTS) ที่สามารถส่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดของ American Cancer Society and American Lung Association offer tobacco cessation programs หรือ Program Counseling แบบเข้มข้นที่เน้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัจจัยที่ขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ เช่น อาการขาดยาในการพยายามหยุดสูบบุหรี่ในอดีต และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้ผู้รับบริการหากกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละคน จำนวนครั้งของการบำบัดอย่างน้อยที่สุด 4-7 ครั้ง ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการบำบัดทุกรูปแบบมีปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการบำบัด คือการส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่

4.3 การส่งเสริมให้ใช้การบำบัดด้วยยาอย่างเหมาะสมร่วมด้วย ซึ่งรูปแบบของยาที่ใช้ในการบำบัดมีดังนี้คือ Nicotine Lozenge, Transdermal nicotine patch, Nicotine gum, nicotine Nasal Spray, Nicotine Inhaler, Bupropionhydrochloride, BupropionhydrochlorideSR, Varenicline ซึ่งการเลือกการบำบัดด้วยยาแต่ละรูปแบบแพทย์ผู้บำบัดและผู้รับบริการต้องพิจารณาาร่วมกัน โดยคำนึงถึงทั้งเรื่อง ราคา ยา รูปแบบการนำยาเข้าสู่ร่างกาย จำนวนปริมาณยาที่ได้รับแต่ละครั้ง แต่ละวัน การปรับขนาดยา ระยะเวลาในการใช้การรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงของการบำบัดด้วยยาแต่ละรูปแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดยาและวิธีการให้ยา โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคลมชักหรืออุบัติเหตุทางสมองไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม Bupropion หรือผู้บำบัดโดยยา Varenicline มีคำเตือนให้ระวัง อาจเกิดผลข้างเคียง อาการทางจิต เช่น มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป หงุดหงิด ซึมเศร้า มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายได้ ต้องมีการตรวจสอบ และประเมินผลของการใช้ยาเป็นระยะและส่งต่อไปให้จิตแพทย์

4.4 การให้การแนะนำถึงปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การหยุดสูบบุหรี่สำเร็จ

4.4.1 ควรมีความมุ่งมั่นในการหยุดสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่หลังจากวันที่กำหนดว่าจะหยุดสูบบุหรี่ เพราะการกลับไปสูบบุหรี่ครั้งแรก ก็จะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการสูบในครั้งต่อไป

4.4.2 ควรงด การดื่มสุรา เพราะการดื่มสุราจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ได้สูง

4.4.3 ถ้ามีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวยังคงสูบบุหรี่ เช่นคู่สามีภรรยาจะทำให้โอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จลดลง ดังนั้นจึงควรชักชวนให้สมาชิกในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่พร้อมกัน หรือวางแผนการหยุดสูบแม้มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวยังคงสูบอยู่

4.5 การส่งเสริมการบำบัดในรูปแบบต่างๆเพิ่มเติม เช่นการให้คู่มือหรือหนังสือ หรือแผ่นพับ เป็นสื่อให้ผู้รับบริการได้ศึกษาเพิ่มเติม (Provide supplementary educational materials) ตัวอย่าง แผ่นพับ How to use your nicotine product, Tip for Quitting smoking เป็นต้น

5. การนัดหมายเพื่อติดตามรักษาต่อเนื่อง (Arrange)

5.1 การจัดการการนัดหมาย (Schedule follow-up) การติดตามประเมินการหยุดสูบจะทำทุกครั้งที่คุณป่วยกลับมาติดตามการให้คำปรึกษา และการติดตามในระยะอื่นๆ ที่ผู้รับบริการไม่ได้มาที่หน่วยบำบัด จะใช้การติดตามทางโทรศัพท์

5.2 ระยะเวลาในการติดตาม (Time) การติดตามการบำบัด จะทำทันทีเมื่อผู้รับบริการเริ่มหยุดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 1 อาทิตย์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ และการให้การติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้อัตราการหยุดสูบบุหรี่สูงกว่าการบำบัดที่ไม่มีการติดตาม การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นการติดตามควรกระทำทันทีใน 24 ชั่วโมงแรกเพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ใหม่ๆ อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์นิโคตินมีความรู้สึกทรมานจากภาวะดังกล่าวและหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้อีก หลังจากนั้นจึงติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

5.3 หลักการปฏิบัติในระหว่างการติดตามการบำบัด (Action during follow up)

5.3.1 ในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถหยุดสูบได้ (If abstinent) ให้ปฏิบัติดังนี้

- ให้ผู้ป่วยชื่นชมตัวเอง และแสดงความยินดีกับความสำเร็จนั้น และเน้นให้เห็นความสำคัญของการดำรงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ไว้

- ทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการหยุดสูบบุหรี่
- ถามถึงสิ่งที่เป็นปัญหาในการหยุดสูบบุหรี่ที่ผ่านมา และพิจารณาว่า ได้ใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างที่ช่วยให้สามารถดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ไว้ได้

5.3.2 ในกรณีที่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (If smoking)

- ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนว่า อะไรที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายที่จะหยุดสูบอย่างแน่อนอีกครั้ง (Total Abstinence)

- เดือนให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการกลับไปสูบบุหรี่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการล้มเหลวแต่สามารถนำประสบการณ์ การกลับไปสูบเป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้และนำมาปรับปรุงให้สามารถเลิกได้ในที่สุด

- ระบุปัญหาอะไรทำให้กลับไปสูบ แนะนำให้ปรับเปลี่ยนวิถีและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปสูบซ้ำในอนาคต (Suggest alternative behaviors and anticipate challenges in the immediate future)
- ประเมินความจำเป็นที่อาจต้องใช้ยา ช่วยในการบำบัดเพิ่มเติมใหม่อีกครั้ง
- พิจารณาการส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับโปรแกรมการบำบัดที่เข้มข้นหรือเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

จากกระบวนการบำบัดผู้ติดยาที่กล่าวได้มีผู้นำมาปรับใช้ในผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทหลายการศึกษาพบว่าสาเหตุของการสูบบุหรี่และติดยา มีทั้งสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง จากการอยากลอง อยากรู้ เห็นประโยชน์ของการสูบบุหรี่มากกว่าโทษ หรือผลเสียของการสูบบุหรี่ รวมทั้งเป็นผลจากสาร นิโคตินในยาเอง ซึ่งทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยๆ จะติดยาในที่สุด และผลจากสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของสื่อโฆษณา และตัวแบบในครอบครัว เพื่อน สังคมทำให้เกิดการเรียนรู้แบบ หรือไม่สามารถต้านอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมได้ (Forchuk et al., 1997) และการที่บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย จึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ติดยาในที่สุด และแม้ว่าคนที่ติดยาแล้วส่วนหนึ่งต้องการหยุดสูบบุหรี่เริ่มเห็นผลลบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพตนเองและคนใกล้ชิด ผลของบุหรี่ที่กระทบต่อหน้าที่การงาน สังคมและเศรษฐกิจ แต่ผู้ที่ติดยาเหล่านี้บางคนไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่จะต้องให้การบำบัดช่วยเหลือ ซึ่งรูปแบบของการบำบัดรักษาที่สำคัญ จะเริ่มตั้งแต่ 1. การประเมิน หรือถามประวัติและสถานะ การสูบบุหรี่ของผู้รับบริการ (Ask) 2. การแนะนำให้ผู้รับบริการ ให้ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องหยุดสูบบุหรี่ (Advise) 3. ประเมิน ความตั้งใจการหยุดบุหรี่ (Assess) และแนะนำแหล่งช่วยเหลือในการหยุดสูบบุหรี่แต่ถ้าผู้รับบริการยังไม่พร้อมในการหยุดสูบบุหรี่ ให้ใช้การบำบัดเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ (Motivation intervention) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบกระชับสั้นๆ (Brief clinician intervention) 4. การ ส่งไปรับการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (Refer) และ 5 การนัดหมายเพื่อติดตามรักษาต่อเนื่อง (Arrange)

โดยที่การบำบัดเพื่อส่งเสริมการ ลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มจาก การสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแบบกระชับสั้นๆ (Brief clinician intervention) ใช้หลัก 5 “R’s”. กล่าวคือ 1.การเน้นประเด็นปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Relevance) 2. การให้ข้อมูลความเสี่ยงหรือข้อเสียตามมาของการสูบบุหรี่ (Risk) ทั้งผลระยะสั้น ระยะยาว 3. การบอกข้อดีของการหยุดสูบบุหรี่ (Rewards) 4. การพิจารณาอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือเคยเกิดขึ้นในครั้งก่อนๆที่เคยหยุด ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา (Road block)

และ 5. การส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ซ้ำ ๆ ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ ทุกครั้งที่มีโอกาสให้บริการด้านสุขภาพ (Repetition) หรือผู้ที่ผ่านการบำบัดเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจ และไม่ประสบผลสำเร็จจะถูกส่งต่อเข้าโปรแกรมการบำบัดแบบเข้มข้น (Consider refer to Intensive counseling) เป็นโปรแกรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการชักประวัติ และมีความพร้อมหรือมีความสนใจที่จะหยุดสูบบุหรี่หรือต้องการบำบัดภายใน 30 วันข้างหน้า

จากการศึกษาของแอดดิงตัน (Addington, 1998) พบว่าโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดสูบบุหรี่ที่นิยมใช้บำบัดมี 3 รูปแบบคือ

1. โปรแกรมการป้องกันการกลับไปติดบุหรี่ซ้ำ (Relapse prevention) ของ Ziedonis and Associates (1997) ซึ่งใช้หลักการของ Behavioral therapy รูปแบบของการบำบัด ประกอบด้วย การบำบัด 10 ครั้ง โดย เริ่มต้นด้วยการส่งเสริมแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งพัฒนา โดย เน้นความสัมพันธ์ในการบำบัดแบบเน้นความเข้าใจ (Empathic Approach) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิด แรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ และวางแผนการหยุดสูด้วยตนเอง สำหรับการวางแผนการเผชิญกับ สถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำนั้น ให้ผู้ป่วยระบุถึงปัจจัยต่างๆที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ และ มีการพัฒนาและฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ ตัวอย่าง ของสิ่งกระตุ้นได้แก่ การเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยสูบ เวลาที่เคยสูบในแต่ละวัน การอยู่ในกลุ่ม เพื่อนที่สูบบุหรี่ และการเห็นคนอื่นสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. โปรแกรมปลอดบุหรี่ (Freedom From Smoking) ของ Addington and Associates (1998) ซึ่งประยุกต์รูปแบบการบำบัดมาจาก Freedom From Smoking ของ American Lung Association ซึ่ง ใช้หลักการของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมและการบำบัดแบบปรับพฤติกรรม โดยเน้นการให้ การเสริมแรงทางบวก เรียนรู้และฝึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลยุทธ์ในการลด ความวิตกกังวล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของบุหรี่ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุหรี่กับอาการทางจิต การส่งเสริมความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองได้ ถึงแม้ จะมีอาการทางจิตด้านบวกแต่ก็สามารถเรียนรู้และร่วมกิจกรรมกลุ่มในการบำบัดได้ แต่ต้องปรับ กิจกรรมในการบำบัดให้ลดความซับซ้อนลง และใช้เวลาไม่มากนัก เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับ กระบวนการเรียนรู้และความตั้งใจ (Restricted information – processing capacity) อาจทำให้เบื่อ และขาดความสนใจในกิจกรรมบำบัด มีปัญหาในการวางแผนที่ยากและแก้ปัญหาลายๆสถานการณ์ ในเวลาเดียวกัน หรือ อาจล้มเลิกการบำบัด ตามแผนที่วางไว้ได้ รูปแบบของการบำบัดควรปรับให้ง่าย ต่อการทำความเข้าใจและการเรียนรู้ การบำบัดประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ใน 7 สัปดาห์ ซึ่ง เนื้อหาของการบำบัดมีดังนี้ 1. การแนะนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 2. สร้างเสริมแรงจูงใจ และเตรียมการหยุดสูบบุหรี่ 3. การกำหนด วันหยุดสู 4. รายงานผลของการหยุดสูในรอบ 48

ชั่วโมง (อาการที่ดีขึ้นจากการหยุดบุหรี่ การจัดการกับภาวะเครียด ประโยชน์ของการหยุดบุหรี่ และการทบทวนกลยุทธ์และเทคนิคการหยุดบุหรี่) 5 ประเมินความก้าวหน้า กลยุทธ์และเทคนิคการฝึกทักษะการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ 6. ประเมินความก้าวหน้า กลยุทธ์และเทคนิคและการเรียนรู้เป็นกลุ่มเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปของสมาชิก 7. แสดงความยินดีกับความสำเร็จ และ ทบทวน กลยุทธ์และเทคนิค ที่จะใช้ในการหยุดการสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคต

3. โปรแกรม The Smookebusters ของ Washington and Associates (1997) โปรแกรมนี้พัฒนาการบำบัดจากหลักการของ Transtheretical model of stage of change ซึ่งรูปแบบของการบำบัดจะเน้นการให้ข้อมูล การส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง การสอนทักษะการเปลี่ยนแปลงนิสัยการสูบบุหรี่ที่เฉพาะของแต่ละบุคคล การบำบัดมีทั้งหมด 15 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ให้การบำบัดใน 1- 6 ครั้งแรก การบำบัดเน้นการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยจาก ระยะยังไม่คิดที่จะเลิก (Pre-contemplation Stage) และคิดที่จะเลิก (contemplation Stage) ไปสู่ระยะ เตรียมความพร้อมที่จะเลิก (Preparation Stage of awareness) ซึ่งการบำบัดในระยะนี้จะมุ่งให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลประโยชน์หรือผลบวกของการเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ และเพิ่มความตระหนักในพฤติกรรมหรือนิสัยการสูบบุหรี่ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน

ขั้นที่ 2 เตรียมความพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ (Preparation Stage of awareness) ระยะเวลาในการบำบัด ครั้งที่ 7 - 12 เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกตระหนักในอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การหยุดสูบบุหรี่ สอนกลยุทธ์ในการตัดขาดจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ ผู้ป่วยแต่ละคน จะเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาหรือปัจจัยกระตุ้นของแต่ละคน

ขั้นที่ 3 ขั้นปฏิบัติเพื่อหยุดการสูบบุหรี่ (Action) ครั้งที่ 13 - 15 โดยครั้งที่ 13 จะ ทบทวนและสรุปกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ และในครั้งนี้ สมาชิกทุกคน จะได้ตรวจสอบ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนรู้การปรับพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันการกลับไปติดบุหรี่ซ้ำ

ขั้นที่ 4 ครั้งที่ 14 - 15 การบำบัดเน้นการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังการหยุดสูบบุหรี่ โดยส่งเสริมให้มีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ (Healthy lifestyle) และแสดงความชื่นชมที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ เพื่อกระตุ้นประคองให้ผู้ป่วยดำรงพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ (Maintenance) ต่อไปได้

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 3 โปรแกรม ใช้ขั้นตอนในการบำบัดเช่นเดียวกับโปรแกรมการส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ในบุคคลทั่วไปในรูปแบบของการบำบัดแบบเข้มข้น (Intensive counseling) กล่าวคือ เริ่มต้นตั้งแต่ส่งเสริมความตระหนักในการ

ติดบุหรี่ การส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือสถานการณ์กระตุ้นให้สูบบุหรี่เพื่อเตรียมพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ การให้ความชื่นชมเมื่อสามารถหยุดได้ หรือให้แรงเสริมเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถหยุดสูบบุหรี่ และบางโปรแกรมจะเน้นการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์เมื่อหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มอีก 1 หัวข้อ จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการบำบัดจะคล้ายกันระยะเวลาการบำบัดใกล้เคียงกันคือตั้งแต่ 8-15 ครั้ง และรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมดังกล่าวจะใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยยาาร่วมด้วยทุกโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่ใช้นิโคตินทดแทนเพื่อลดอาการขาดยาในช่วงของการหยุดสูบในช่วงแรก ๆ หรือการใช้ยา Bupropion เพื่อลดอาการขาดยาเช่นกัน แต่ผลการบำบัดเพื่อส่งเสริมการหยุดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทได้ผลต่ำกว่าการส่งเสริมการสูบบุหรี่ในบุคคลทั่วไป กล่าวคือ เมื่อวัดผลหลังการบำบัด 6 เดือน จะมีผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ (abstinence) ประมาณ ร้อยละ 12 - 17 (McChargue, Gulliver & Hiitsman, 2002) ดังนั้นแมคชาร์จและคณะจึงให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมบำบัดผู้ติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจึงควรเป็นโปรแกรมที่วัดผลทั้งในเรื่องช่วยส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ และลดการสูบบุหรี่ (Cessation and reduction) เพราะ ผลของการบำบัดในครั้งหนึ่ง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ สามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ ซึ่งอาจจะช่วยลดอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ลงได้ (reduce harm exposure) และสิ่งกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ในการบำบัดครั้งแรกๆจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ในครั้งต่อไป เพราะการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโอกาสกลับไปติดบุหรี่ซ้ำได้สูง อาจต้องใช้เวลาในการบำบัดหลายครั้ง โดยเฉลี่ยต้องใช้เวลาในการบำบัด 5 - 7 ครั้งขึ้นไปจึงจะสามารถหยุดการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้กำหนด การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดและเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทขึ้น

ส่วนที่ 3 กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the study)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชติดบุหรี่มากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทติดบุหรี่ถึงร้อยละ 62 - 90 และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทติดบุหรี่ยุ้นแรงกว่าคนทั่วไป ซึ่งจะมีผลให้อาการทางจิตด้านบวกกำเริบได้เนื่องจาก สารทาร์ในบุหรี่จะลดปริมาณยาในกระแสเลือด และมีผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเสียชีวิตด้วยโรคที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่สูงกว่าคนทั่วไปในวัยเดียวกัน (Morris et al., 2006 ; SANE Australia, 2000) ซึ่ง สาเหตุของการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งให้เหตุผลเช่นเดียวกับคนทั่วไปกล่าวคือสูบบุหรี่และติดบุหรี่เนื่องจาก อยากรอง เลียนแบบเพื่อนและคนใกล้ชิด เชื่อว่าบุหรี่ช่วยให้สดชื่นกระปรี้กระเปร่า มีสมาธิทำงาน แสดงความเป็นผู้ใหญ่ ไม่กลัวปฏิเสธเพื่อน และบุหรี่ช่วย คลายเครียดได้ เห็นผลดีของการสูบบุหรี่มากกว่าผลเสีย และอีกส่วน

หนึ่งใช้บุหรี่เพื่อบำบัดอาการทางจิต สูบบุหรี่ช่วยลดอาการทางจิตด้านลบและลดผลข้างเคียงของยา
รักษาโรคจิต และใช้บุหรี่เพื่อช่วยเป็นสื่อในการเข้าถึงคนและผลจากสูบบุหรี่จินตนาการเมื่อหยุดบุหรี่จะมี
อาการขาดยา จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่จินตนาการและติดบุหรี่รุนแรง (McChargue, Gulliver &
Hitsman, 2002)

จาก ผลลบของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งต่อปัญหาสุขภาพกายและการที่ต้องเพิ่ม
ปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิต รวมทั้งการมีผลเสียต่อสุขภาพ คนใกล้ชิด ผลเสียต่อ
เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม (McCreadie & Kelly, 2000) ดังกล่าว จึงได้มีการศึกษารูปแบบของการ
บำบัดเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประยุกต์มาจากรูปแบบของการบำบัด
ในบุคคลทั่วไป แต่อาจต้องดัดแปลงกิจกรรมบำบัดให้ไม่ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มี
ปัญหาด้าน การรู้คิด (cognition) และต้องเป็นรูปแบบการบำบัดที่เข้มข้นและระยะยาวและอาจต้อง
ให้การบำบัดซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง เพราะผู้ป่วยมีโอกาสพลั้งเผลอกลับไปใช้ซ้ำและติดซ้ำบ่อยครั้งกว่า
คนทั่วไปได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ติดบุหรี่ระดับรุนแรง (Addington, 1998) จากการ
ทบทวนองค์ความรู้ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าแนวคิดในการส่งเสริมการหยุดหรือลดพฤติกรรมสูบบุหรี่
ในผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ทั้งการบำบัดด้วยยาเช่นการใช้ Nicotine replacement เพื่อลดอาการขาดยา
ลดอาการไม่สุขสบายจากการหยุดสูบบุหรี่ในช่วงแรกและค่อยๆลดปริมาณลง และการบำบัดทาง
จิตสังคมแบบเข้มข้นที่เน้นการส่งเสริมแรงจูงใจ ในการหยุดสูบบุหรี่และพัฒนาทักษะในการจัดการ
กับสถานการณ์หรือปัจจัยที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่รวมทั้งการส่งเสริมการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้มี
กิจกรรมที่สร้างสรรค์แทนพฤติกรรมสูบบุหรี่ ตระหนักในการติดบุหรี่ การส่งเสริมแรงจูงใจใน
การหยุดสูบบุหรี่ การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือสถานการณ์กระตุ้นให้สูบบ
บุหรี่เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่และการปฏิบัติเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ การให้ความชื่นชม
เมื่อสามารถหยุดได้ หรือให้แรงเสริมเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถหยุดสูบบุหรี่ รวมทั้ง
การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์เมื่อหยุดพฤติกรรมสูบบุหรี่ และการบำบัด
ส่วนใหญ่จะใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับยา จากการทบทวนองค์ความรู้ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า
แนวคิดในการส่งเสริมการหยุดหรือลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ทั้งการบำบัดด้วย
ยาเพื่อส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ ถึงแม้ผลของการบำบัดเพื่อการลดและสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจะ
ได้ผลน้อยกว่าการบำบัดในบุคคลทั่วไปแต่ก็เป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับ
(McChargue, Gulliver,& Hitsman, 2002)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดยั้งปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ประยุกต์รูปแบบขั้นตอนดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2008) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ สามารถประยุกต์ใช้ได้ ในหน่วยงาน โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาและดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

การคัดเลือกประเด็นปัญหาทางคลินิก เพื่อนำมาศึกษาทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้มาจากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะคือ

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers) คือ พิจารณาปัญหาจากสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในคลินิกตามปกติ หรือเกิดขึ้นในบริบทของการประเมินคุณภาพหรือการพัฒนาการปฏิบัติงาน ถ้าประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่บุคลากรส่วนใหญ่ในหน่วยงานประสบ และสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ (Knowledge-focused triggers) คือ พิจารณาปัญหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่างๆ ที่มีอยู่ งานวิจัยนั้นมีแนวโน้มที่จะช่วยในการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และมีความเป็นไปได้ในการนำมาประยุกต์ใช้หรือไม่

โดยการคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอสำหรับหน่วยงานที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานและทีมสหวิชาชีพ มีความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นขั้นตอนของการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ในขั้นตอนนี้ถ้าพบว่าหลักฐานจากงานวิจัยมากพอ ให้นำไปประเมินคุณภาพของหลักฐาน วิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ โดยบูรณาการข้อมูลเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา โดยองค์ความรู้ได้มาจากข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่องที่มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพและความเข้มแข็ง สามารถประยุกต์ใช้กับบริบททางคลินิก มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ แต่หากพบว่าหลักฐานงานวิจัยยังไม่เพียงพอ ให้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ทฤษฎีและองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในการปฏิบัติในปัจจุบันมาใช้ร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินแนวโน้มของความเป็นไปได้ในการนำนวัตกรรมที่ได้จากการสรุปและบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัยไปใช้ในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กร ซึ่งมีมิติของการประเมิน 3 มิติหลัก ดังนี้

1. Transferability หมายถึง การนำหรือการถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินว่าข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติที่ได้เป็นสิ่งที่มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือไม่ ประสิทธิภาพของหน่วยงานในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความแตกต่าง หรือคล้ายคลึงกับประชากรของหน่วยงานที่จะนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือไม่ และการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่

2. Feasibility หมายถึง ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงานจะต้องประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มหรือเลิกใช้ข้อเสนอแนะนั้น ต้องมีการประเมินว่าข้อเสนอแนะนั้นรบกวนการทำงานของบุคลากรหรือไม่ ฝ่ายบริหารมีการสนับสนุนให้นำข้อเสนอแนะมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ รวมทั้งประเมินบรรยากาศในองค์กรว่า ส่งเสริมต่อการนำข้อเสนอแนะไปใช้อย่างไร จะต้องประเมินความเห็นชอบของบุคลากรอื่นๆ ว่ามีความสนใจและสนับสนุนหรือต่อต้านการนำข้อเสนอแนะไปใช้ และหากมีการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะเกิดความขัดแย้งภายในหน่วยงานหรือไม่

นอกจากนี้ ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ ต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานโดยฝึกเอง หรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมา

ช่วยฝึก มีความยากลำบากมากขึ้นเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อม ในการจัดหาอุปกรณ์หรือไม่ มีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3. Cost – benefit ratio หมายถึง การนำข้อเสนอ /วิธีการหรือนโยบายปฏิบัติ ไปใช้ จะต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ จะต้องมีการประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นหากนำข้อเสนอไปใช้ จะต้องมีการประเมินค่าใช้จ่ายสำหรับวัสดุอุปกรณ์จากการนำข้อเสนอไปใช้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และต้องประเมินได้ว่าหากไม่ได้ใช้ข้อเสนอคือยังคงปฏิบัติแบบเดิม จะเกิดความเสี่ยงอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ และการประเมินนวัตกรรม

(Developing Implementing and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการพัฒนาเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ปฏิบัติจริง และประเมินนวัตกรรม โดย

1. การวางแผนการประเมินนวัตกรรม เช่น การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ ระบุวิธีการ ระยะเวลา และความถี่ของการประเมินผลลัพธ์
2. การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามผลลัพธ์ที่กำหนด ก่อนการนำนวัตกรรมมาใช้
3. เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน ใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย อาจใช้แผนแสดงขั้นตอนของงาน (flow chart) ช่วย
4. ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติ
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานจริง กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่งก่อน
6. ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร โดยทีมงานหรือผู้ศึกษาจะต้องพิจารณาผลจากการศึกษานำร่องก่อนว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ที่จะนำวิธีปฏิบัติตามโครงการนำร่องนั้นไปเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร ถ้าไม่เหมาะสมให้ย้อนกลับไปประเมินวิธีการและกระบวนการที่นำแนวปฏิบัตินั้นมาทดลองใช้ ว่ามีปัญหาอะไรและควรแก้ไขอย่างไร หากการปฏิบัตินั้นเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้จริงให้ลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร และประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่ ถ้าผลการตัดสินบอกว่าไม่เหมาะสมด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น สิ้นเปลืองทรัพยากร ไม่คุ้มค่า ให้ย้อนกลับไปในขั้นตอนของการสืบค้นใหม่เพื่อแก้ไข แต่ถ้าพิจารณาแล้วพบว่ามีความเหมาะสม หากวิธีในการทำให้การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดความยั่งยืนและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กรต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) ใน 3 ขั้นตอนแรกมาใช้ในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทในขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษามีแผนที่จะนำไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว โดยขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

ผู้ศึกษาปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยจิตเภทเฟื่องฟ้า แผนกผู้ป่วยในชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการในระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมีมากถึงร้อยละ 68.02 อันดับรองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 7.12 ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนร้อยละ 6.51 ผู้ป่วยปัญญาอ่อนที่มีอาการทางจิตร้อยละ 6.14 ผู้ป่วยโรคจิตสุราเรื้อรังร้อยละ 2.96 และอีกร้อยละ 9.61 เป็นผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ รวมกัน (ข้อมูลหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าปี 2551) ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าส่วนหนึ่งมีปัญหาการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ในขณะเดียวกันกับที่ทางสถาบันฯ ได้ประกาศให้หน่วยงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Hospital) การรณรงค์ห้ามผู้รับบริการสูบบุหรี่ภายในสถาบันฯ นโยบายดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่ทันที ผลของการหยุดสูบบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่โดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนเกิดอาการขาดนิโคตินมีอาการ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย บางครั้งโมโหร้ายโยววาย ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือบางครั้งทำร้ายบุคลากร

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทชาย ในหอผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท 10 ราย (ร้อยละ 66.67) สูบบุหรี่ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยอายุเฉลี่ย ของการเริ่มสูบครั้งแรกคือ 14.6 ปี โดยให้เหตุผลของการสูบเพราะอยากลองและ / หรือทำตามกลุ่มเพื่อน ทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย สดชื่น คลายเหงา คลายเครียด ส่วนผู้ป่วยอีก 5 ราย (ร้อยละ 33.33) สูบบุหรี่หลังการป่วยครั้งแรก โดยมีอายุเฉลี่ยของการสูบครั้งแรก 21 ปี โดยให้เหตุผลของการสูบบุหรี่ว่าเพื่อทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย สดชื่น คลายเหงา คลายเครียด ลดอาการเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าอ่อนเพลีย ง่วงเหงาหาวนอน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 รายปัจจุบันป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอีก 2 รายเป็นวัณโรคในระยะแพร่กระจาย และจากการซักประวัติญาติและผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 80) สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่จัดมากขึ้นกว่าเดิม เมื่อเริ่มมีอาการทางจิตกำเริบ และจะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าเดิมเกือบเท่าตัวก่อนจะถูกนำเข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยใน แต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแล้ว ผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่ทันทีจากนโยบายห้ามสูบบุหรี่ห้ามจำหน่ายหรือนำบุหรี่เข้ามาในบริเวณสถาบันฯ และมีการให้ความรู้

เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพแก่ผู้รับบริการ แต่ก็ยังพบว่า มีการลักลอบนำบุหรี่เข้ามาในสถาบันฯ โดยตัวผู้ป่วยเองแอบซุกซ่อนติดตัวเข้ามาในขณะที่บำบัดอยู่ในหอผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีญาติและเพื่อนผู้ป่วยหรือแม้กระทั่งผู้ป่วยเก่าที่จำหน่ายออกจากสถาบันฯไปแล้วนำมาให้ และยังพบว่าในบางครั้งมีการแอบลักลอบซื้อขายบุหรี่ในสถาบันฯ จนในบางครั้งเกิดการขี้อแย้งบุหรี่ที่มีการแอบซุกซ่อน/ลักลอบนำเข้ามาในหอผู้ป่วย จนเกิดการชกต่อยทำร้ายร่างกายกันเองหรือทำร้ายบุคลากรที่เข้าห้ามปราม จะเห็นได้ว่า มาตรการที่ทางสถาบันฯ จัดกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ลงได้ โดยพบว่าผู้ป่วย ส่วนหนึ่งยังกลับไปสูบบุหรี่ทันทีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือบางส่วนหยุดสูบบุหรี่ได้แต่เป็นเพียงช่วงสั้น ๆ ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายเท่านั้นและจะหวนกลับมาสูบบุหรี่อีกเช่นเคย และจะสูบจัดมากขึ้นในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบรุนแรง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดว่าหากมีการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลดและหยุดการสูบบุหรี่ รวมไปถึงนโยบายที่เข้มข้นของสถาบันฯ จะก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวม

ผู้ศึกษาจึงสนใจและค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักการพัฒนา การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- Based Practice) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพต่อไป

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-focus trigger)

จากการทบทวนองค์ความรู้ วรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ พบว่า ได้มีการศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดบุหรี่ในบุคคลทั่วไปมีมากพอควร และเริ่มมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมการลด และหยุดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทอยู่บ้าง เช่น การศึกษาของเซียโดนิสและจอร์จ (Ziedonis & George) ในปี 1997 แอดดิงตันและคณะ (Addington, et al) ในปี 1998 และการศึกษาของจอร์จและคณะ (George, et al.) ในปี 2000 ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดเล็ก ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้การบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการบำบัดด้วยยาเพื่อลดอาการถอนฤทธิ์ยาและอยากยา ซึ่งใช้เวลาการบำบัดประมาณ 7 - 10 สัปดาห์ รูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมได้แก่ behavioral counseling, motivation enhancement, psycho education, supportive therapy, relapse prevention ผลของการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่หลังการบำบัด 6 เดือนประมาณ 10 - 17 % และช่วยให้ผู้ที่ไม่สามารถหยุดสูบได้ ลดปริมาณการสูบลงได้ ถึงแม้ผลของการบำบัดจะได้ผลน้อยกว่าโปรแกรมการบำบัดในบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายก็ตาม ผู้ศึกษายังเห็นว่ามิประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะในการบำบัดแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องมีแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ และผ่านการฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและสถานการณ์กระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ซึ่งจะเป็นปัจจัยพื้นฐานให้การบำบัดครั้ง

ต่อ ๆ ไป เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโดยเฉลี่ยต้องใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 5-7 ครั้งขึ้นไปผู้ป่วยจึงจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (McChargue, Gulliver, & Hitsman, 2002) และการที่ผู้ป่วยสามารถลดหรือหยุดสูบบุหรี่ได้ จะเป็นผลดี ทั้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดและลดค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่มาสูบและค่ารักษาพยาบาลโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อได้กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก และวางแผนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในเพื่อส่งเสริมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ จึงได้กำหนดแนวทางในการรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. แนวทางการสืบค้น

เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

1.1 Population: Key word ที่ใช้คือ ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia Patients)

1.2 Intervention: Key word ที่ใช้คือ รูปแบบการลดหรือ หยุดการสูบบุหรี่ (Smoking Reduction and cessation Programmed) โปรแกรมหยุดสูบบุหรี่ (Programmed Quit Smoke) รูปแบบการป้องกันการติดยา (Relapse Prevention Programmed), Psychosocial Intervention.

1.3 Comparison intervention ไม่มีการเปรียบเทียบ

1.4 Outcome: Key word ที่ใช้คือ การหยุดสูบ (Continuous abstinence, Smoking cessation) และ การลดการสูบบุหรี่ (Smoking Reduction)

2. เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับศึกษา และวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติเพื่อการลดหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.1 เป็นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2.2 เป็นงานวิจัยที่เป็น การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงพรรณนา หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก

2.3 เป็นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษเท่านั้น

2.4 เป็นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007

2.5 เลือ่งงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

3. กำหนดแหล่งสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยทำการสืบค้นจากแหล่งต่างๆ ดังนี้

3.1 ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ [www. guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)

3.2 ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ [www. Cochrane.org](http://www.Cochrane.org), www. Joannabriggs.edu.au

3.3 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

3.4 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.5 Hand search งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ เช่น Schizophrenia Bulletin และจากการสำรวจหาเพิ่มเติม

4. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (Assessment of Included Studies)

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน ทั้งหมด 5 เรื่อง ประกอบด้วย Randomized Controlled Trial 1 เรื่อง Quasi-Experimental 1 เรื่อง เป็น One Group Repeated Measures 1 เรื่อง และเป็น One Group Pretest-Posttest 2 เรื่อง

5. เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ระดับที่ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรืองานอภិวิเคราะห์ (meta-analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัยที่เป็น Random control Trial (RCTs) หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

ระดับที่ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

ระดับที่ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับที่ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี

ระดับที่ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับที่ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับที่ 7 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

พบงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็ง โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 1 เรื่อง ระดับ 3 1 เรื่อง และระดับ 4 3 เรื่อง ดังแสดงในตารางนี้

ตารางที่ 1 สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

No.	Researcher (S)/ Title/ Source	Level of Research
1	Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V., Taylor L., et al. (2006). A Randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 163(11), 1934-1942.	Level II
2	Evins, A. E., Mays, V. K., Rigotti, N. A., Tisdale, T., Cather, C., & Goff, D. C. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. <i>Nicotine and Tobacco Research</i> , (3), 397-403.	Level III
3	Evins, A. E., Cather, C., Rigotti, N. A., Freudenreich, O., Henderson, D. C., Olm-Shipman, C. M., et al. (2004). Two – year follow-up of a smoking cessation trial in patients with	Level IV

ตารางที่ 1 สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ (ต่อ)

No.	Researcher (S)/ Title/ Source	Level of Research
3 (ต่อ)	schizophrenia: increased rates of smoking cessation or reduction. <i>Journal Clinical of Psychiatry</i> , 65 (3), 307 – 311.	Level IV
4	Weiner, E., Ball, P., Summerfelt, A., Gold, J., & Buchanan, R. (2001). Effect of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 158 (4), 635 – 637.	Level I V
5	Ziedonis, D. M., & Georhe, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical Issues. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 2(23), 247 – 254.	Level I V

หลังจากทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอจึงนำมาสรุปเนื้อหาและวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสกัดข้อมูลมาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติต่อไป ซึ่งเนื้อหาสำคัญของงานแต่ละเรื่องมีดังนี้

6. การวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากศึกษาทบทวนงานวิจัยทั้ง 5 เรื่องแล้วพบเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและมีแนวทางในการบำบัดเป็นไปในทางเดียวกันคือใช้แนวคิดการสัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจและการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (MI และ CBT) จำนวนงานวิจัยมีเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และใส่ตารางที่ละเอียดรอบคอบทุกเรื่อง ตามหัวข้อคือ 1. วัตถุประสงค์ 2. ระเบียบวิธีวิจัย 3. ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4. กลุ่มตัวอย่าง 5. สถานที่ใช้ในการศึกษา 6. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7. วิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 8. ผลการวิจัย 9. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 10. การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 11. ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 12. การสกัดเพื่อนำไปใช้ และนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

7. การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. จิตแพทย์ที่มีความชำนาญในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลซึ่งมีผลงานวิจัยทั้งด้านการป้องกัน และการบำบัดผู้ติดบุหรี่ 1 ท่าน
3. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการซึ่งปฏิบัติงานด้านการบำบัดดูแลผู้ติดสารเสพติด 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้วได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. การให้ยาเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ว่าควรให้ก่อนที่จะหยุดการสูบบุหรี่จริงครั้งแรก 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้มีระดับยาอยู่ในกระแสโลหิตเพียงพอที่จะลดอาการอยากบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การให้นิโคตินทดแทนต้องประเมินแรงงูใจของผู้ป่วยด้วยเพราะนิโคตินทดแทนเหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่เท่านั้น จึงไม่ควรใช้กับผู้ที่ลดเพียงการสูบบุหรี่เพราะจะไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ

3. ปรับการใช้ขนาดของนิโคตินทดแทนให้เหมาะกับยาที่มีใช้ในประเทศไทย ซึ่งนิโคตินชนิดแผ่นแปะที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมีตั้งแต่ขนาด 5 มิลลิกรัม 10 มิลลิกรัม 20 มิลลิกรัมและ 30 มิลลิกรัม ส่วน นิโคตินชนิดเคี้ยวมี 2 ขนาด คือ 2 มิลลิกรัม 4 มิลลิกรัม ดังนั้นในทางปฏิบัติอาจต้องปรับขนาดของยาที่จะใช้แต่ละครั้งตามที่มีใช้จริงในประเทศ

4. การบำบัดระยะสร้างแรงงูใจอาจมีการปรับระยะเวลาเป็น 1-4 ครั้ง การที่จะใช้เวลานานหรือน้อย ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยที่มีแรงงูใจมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยที่มีแรงงูใจต่ำอาจต้องใช้เวลาในช่วงนี้มากขึ้น

5. ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในระยะที่ 5 ของการบำบัด ว่าควรให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนและคิดถึงประโยชน์ที่จะได้รับการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ เช่น สุขภาพ ความมีคุณค่า ความภูมิใจ ความมั่นใจ

6. ควรเขียนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และชัดเจน เมื่อนำไปสอนผู้เข้ารับการบำบัดจะได้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น

7. การระบุอุปสรรคการหยุดยาในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุได้ด้วยตัวเอง อาจให้ผู้เข้ารับการบำบัดรายอื่นที่มีประสบการณ์ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ถึงอุปสรรคที่อาจพบเมื่อหยุดสูบบุหรี่ก็ได้

8. การติดตามผลหลายครั้งในทางปฏิบัติจะมีอุปสรรคหรือไม่

หลังจากนั้นผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุง แก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ที่เหมาะสม โดยที่ข้อเสนอแนะในเรื่องขนาดของการใช้ยา ผู้ศึกษาจะไม่เขียนข้อเสนอแนะ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทของไทยและต่างประเทศมีความแตกต่างกันทางด้านขนาดของรูปร่างและน้ำหนักตัว การให้ยาจึงควรอยู่ในดุลยพินิจของจิตแพทย์ ผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยตกลงกัน

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์และ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขจึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างละเอียดใส่ตารางสกัดข้อมูล แล้วสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าแนวคิดในการส่งเสริมการหยุดหรือลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ทั้งการบำบัดด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ การส่งเสริมและฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัจจัยที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ลดโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ โดยการบำบัดทางจิตสังคมจะนำแนวคิดทั้งสองแนวคิดมาร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการบำบัดซึ่งได้แก่การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (The Motivation interviewing) และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) มาใช้ในการบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีขั้นตอนการบำบัดโดยรวม ดังนี้ (Baker et al., Level II)

1. การสร้างแรงจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. การทำให้มั่นคงยึดมั่นในคำสัญญา
3. การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่
4. แผนการกำหนดวันลดและหยุดสูบบุหรี่
5. การติดตามและทบทวนยุทธวิธีในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่นำไปสู่การสูบบุหรี่และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำหรือกลับไปสูบบุหรี่มากกว่าที่ตั้งใจไว้
6. การวางแผนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์และดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่

ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการบำบัด ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเภททางอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตาม ICD – 10 หรือ DSM-IV ที่ได้รับการบำบัดและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการทางจิตไม่รุนแรง (non acute psychotic disorder) (Baker et al., Level II) และไม่สูญเสียความคิดและความจำ สำหรับผู้ป่วยที่จะบำบัดด้วยยาบิวโพรไพออน (Bupropion) จะต้องไม่มีประวัติชัก (Evins et al., Level III)
2. ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 18–60 ปี) (Baker et al., Level II)
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ตั้งแต่สูบบุหรี่ปานกลางขึ้นไป (เฉลี่ยสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 15 มวนต่อวัน) (Baker et al., Level II)
4. มีความสมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัด (Baker et al., Level II)

คุณสมบัติผู้บำบัด

1. ผู้ให้การบำบัด / รักษาด้วยยา คือ จิตแพทย์ (Baker et al., Level II)
2. ผู้บำบัดทางจิตสังคม เป็นพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา หรือเป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผ่านการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่ โดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (Cognitive Behavioral Therapy) และแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Motivation interviewing) (Baker et al., Level II)
3. ผู้บำบัดต้องมีท่าทางสุภาพนุ่มนวล สุขุมเยือกเย็นและมีลักษณะที่มั่นคง (Consistently positive) กระปรี้กระเปร่า (energetic) เป็นผู้ที่มองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (optimistic) เป็นผู้ที่ร่วมสนับสนุนเป็นระยะๆ (supportive) (Baker et al., Level II) มีความกระตือรือร้น (enthusiastic) ยอมรับในตัวผู้ป่วย (recognized) และชื่นชมผู้อื่นได้ (praised) และสามารถที่จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าพวกเขาเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Influence his/her own behavioral) ได้ (Ziedonis & Georhe, Level IV)

รูปแบบของการบำบัด

การบำบัดด้วยยา (Pharmacology treatment)

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มใช้บุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นและสูบบุหรี่ในปริมาณมากดังนั้น ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาจึงมีการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกันเสมอ ซึ่งรูปแบบของยาที่ใช้ในการบำบัดมี 1. การใช้นิโคติน 2. การใช้ยาบิวโพรไพออน โดยการใช้ยาผู้ป่วยทุกรายจะเป็นการตกลงกันระหว่างจิตแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยว่าจะใช้การบำบัดด้วยยาชนิดใด โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านการตรวจร่างกายและซักประวัติโรคประจำตัวเนื่องจากยาบางชนิดมีข้อจำกัดในการใช้ อาจมีผลแทรกซ้อนกับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางโรคได้ และขนาดของยาที่ใช้

แพทย์จะพิจารณาเป็นรายบุคคล ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดยา ซึ่งรูปแบบการบำบัดด้วยการใช้ยาแต่ละชนิดจึงมีแนวทางดังนี้ (Baker et al., Level II; Evins et al., Level III)

1. รูปแบบของการบำบัดด้วยยาบิวโพรไพออน (Bupropion)

ควรให้ยาหลังจากการบำบัดทางจิตสังคมไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ หรือให้ยาก่อนวันที่ผู้ป่วยจะหยุดสูบบุหรี่ครั้งแรก ทั้งนี้ก็เพื่อให้มีระดับยาในกระแสโลหิตเพียงพอที่จะควบคุมอาการอยากบุหรี่ และลดความทรมานจากอาการถอนฤทธิ์ยาได้ (Evins et al., Level III)

2. การใช้นิโคตินทดแทน มีหลักและแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

2.1 จะให้นิโคตินชนิดทดแทนหลังจากที่ผู้เข้ารับการบำบัดให้คำมั่นสัญญาและกำหนดวันลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ และเริ่มจะหยุดสูบบุหรี่แล้ว (Baker et al., Level II)

2.2 ขนาดที่ให้ในการบำบัดจะให้ขนาดสูงในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดขนาดของยาลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหยุดไปเลย (Baker et al., Level II)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การบำบัดโดยวิธีนี้สามารถนำมาปฏิบัติได้ทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่ง รูปแบบของการบำบัดจะแบ่งออกเป็น 6 ระยะ กิจกรรมการบำบัดประมาณ 6 - 10 ครั้งโดยห่างกันครั้งละ 1 - 2 สัปดาห์การจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะให้การบำบัดเพียง 1 - 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่มีความเสื่อมของการรู้คิด การสูญเสียสมาธิและความจำง่าย ดังนั้นในการบำบัดควรมี คู่มือ อุปกรณ์หรือสมุดบันทึกข้อมูลที่สำคัญ และสมุดการบ้านให้ผู้ป่วยด้วย (Evins et al., Level III) ซึ่งการบำบัดในแต่ละระยะมีเทคนิคและวิธีการดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1-2 ครั้ง

ระยะนี้เป็นช่วงเริ่มต้นของการบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความตระหนักในผลของการสูบบุหรี่ทั้งต่อตนเองและสังคมและเกิดแรงจูงใจ ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Evins et al., Level III) ผู้บำบัดจะใช้วิธีการสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดและผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น (Baker et al., Level II) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้บำบัดแนะนำโปรแกรมบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงระยะเวลาในการบำบัดและกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ทำการบำบัด (Weiner et al., Level IV)

2. สร้างความตระหนักและไคร่ครวญเห็นถึงผลของการหยุดสูบบุหรี่มากกว่าการไม่สูบบุหรี่ต่อผู้เข้ารับการบำบัด โดย (Baker et al., Level II)

2.1 กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดบอกถึงผลดีผลเสียของการสูบบุหรี่ การสะท้อนข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยก่อนการบำบัด เพื่อชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีทั้งต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว คนใกล้ชิดทั้งผลระยะสั้นและผลระยะยาว และผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตในอนาคต ภาพพจน์ของตนเองในสายตาของคนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งชี้ให้เห็นถึงผลของบุหรี่ต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดตัดสินใจได้เองซึ่งจะทำให้แรงจูงใจมีความแรงกล้ามั่นคง (Baker et al., Level II)

2.2 ให้ผู้เข้ารับการบำบัดค้นหาสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ตนเองสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมีสาเหตุแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2.3 ให้ผู้เข้ารับการบำบัดบอกถึงอุปสรรคหรือปัจจัยขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถหยุดหรือลดการสูบบุหรี่ได้

2.4 ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดหาวิธีการหยุดหรือลดการสูบบุหรี่ของตนเอง

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงยึดมั่นในคำสัญญา ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้ง การบำบัดในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ และ ส่งเสริมตั้งใจ ความแน่วแน่ในการที่จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่ เป็นระยะที่ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดสร้างพันธะสัญญาทางพฤติกรรมขึ้นซึ่งโดยเน้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดตระหนักในความเป็นเจ้าของพฤติกรรมและรับผิดชอบในข้อผูกพันของพฤติกรรมนั้น โดยใช้เทคนิคและวิธีการดังนี้ (Baker et al., Level II)

1. ผู้บำบัดถามย้ำเน้นความตั้งใจของผู้เข้ารับการบำบัดอีกครั้งถึงความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดบอกถึงเป้าหมายของการหยุดสูบบุหรี่ต่อแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตหรือต่อสิ่งสำคัญในชีวิตว่าถ้าสามารถลดหรือหยุดสูบบุหรี่ได้จะมีผลต่อสิ่งดังกล่าวอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงและแน่วแน่ในคำสัญญา

3. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายทบทวนหรือบอกถึงเหตุปัจจัยที่กระตุ้นให้ตนเองสูบบุหรี่ และอุปสรรคที่ขัดขวางการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ที่ผ่านมา

4. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดและวางแผนกฎกติกาในการหยุดหรือลดการสูบบุหรี่ขึ้นด้วยตัวเองว่าจะมีระเบียบปฏิบัติอย่างไรในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ในครั้งนี้

5. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายหรือบอกถึงแผนในการหยุดสูบบุหรี่ว่ามีแผนหรือวิธีการอย่างไรบ้าง
6. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายหรือบอกวิธีการตัดใจให้ขาดจากบุหรี่
7. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายและบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหที่ช่วยส่งเสริมให้ลดหรือหยุดการสูบบุหรี่
8. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายเกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่และโอกาสที่จะละเมิดกฎกลับไปสูบบุหรี่

ระยะที่ 3 การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1-2 ครั้งการบำบัดในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้จักวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นหรือเผชิญกับตัวกระตุ้นในเชิงสร้างสรรค์ รวมถึงการควบคุมความคิดหรือพฤติกรรมเมื่อมีสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่โดยใช้วิธีการดังต่อไปนี้ (Baker et al., Level II)

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายทบทวนถึงสาเหตุหรือสิ่งที่กระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่นำไปสู่การสูบบุหรี่
2. ผู้บำบัด สอน / แนะนำ / ฝึกทักษะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้จักเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล เช่น เห็นสถานการณ์ที่เคยสูบ สถานที่ / เวลาที่เคยสูบบ่อย ๆ เพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ด้วยกัน หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่รวมทั้งการฝึกทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ เช่น ฝึกทักษะการปฏิเสธบุหรี่ การแสดงออกที่เหมาะสม และการจัดการกับอาการถอนฤทธิ์ยา

ระยะที่ 4 แผนการกำหนดวันลดและหยุดสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้ง เป็นระยะที่เข้าสู่การปฏิบัติเพื่อลดและหยุดสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้บำบัดจึงให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดวางแผนการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ที่แน่นอนด้วยความเต็มใจ โดยไม่ล้งเล โดยมียุทธวิธีดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลือกหรือกำหนดวันหยุดหรือลดการสูบบุหรี่เองซึ่งผู้บำบัดอาจชี้แนะให้เห็นถึงวันที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อผู้เข้ารับการบำบัด (Baker, et al. Level II)
2. ให้คนใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญมาช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ (ถ้ามีการร้องขอจากผู้เข้ารับการบำบัด) (Evins et al., Level III)

3. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดเรียนรู้กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ทำทายนี้นำไปสู่การสูบบุหรี่ (Evins et al., Level III)

4. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนแผนและวิธีการในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่

5. ให้กำลังใจและส่งเสริมสมรรถนะหรือความสามารถของผู้เข้ารับการบำบัดให้มีความเข้มแข็งให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้นำไปสู่การสูบบุหรี่ อาจเสริมแรงใจโดยการให้รางวัลหรือสิ่งของที่เป็นรูปธรรม การให้กำลังใจตนเอง และให้ผู้เข้ารับการบำบัดรายงานความก้าวหน้า ในครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมงของการลดและหยุดสูบบุหรี่เพื่อส่งเสริมให้เห็นผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าวและแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถลดหรือหยุดสูบบุหรี่ได้ (Evins et al., Level III)

ระยะที่ 5 การติดตามและทบทวนยุทธวิธีในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่นำไปสู่การสูบบุหรี่และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำหรือกลับไปสูบบุหรี่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 2-3 ครั้งการบำบัดในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้ถึงศักยภาพและความสามารถของตนเองในการที่จะยับยั้งหรือควบคุมตนเองให้พ้นจากอุปสรรคต่าง ๆ ที่มาปลุกเร้าให้หลุดพ้นจากความรู้สึกอยากกลับไปสูบบุหรี่ (Baker et al., Level II) โดยใช้เทคนิคและวิธีการดังนี้

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนความก้าวหน้า กลยุทธ์ เทคนิค ในการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ เช่นวิธีการจัดการเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่โดยการแสดงบทบาทสมมุติ

2. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการหยุดสูบบุหรี่

3. ผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เป็นปัญหากับผู้เข้ารับการบำบัดในการหยุดสูบบุหรี่ที่ผ่านมา และพิจารณาว่า ได้ใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างที่ช่วยให้สามารถดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ไว้ได้

4. ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดให้แรงเสริมตนเองเช่นให้รางวัลกับความสำเร็จ และการดำรงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ การชื่นชมตนเอง เน้นให้เห็นความสำคัญของการดำรงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ไว้ ทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการลดหรือหยุดสูบบุหรี่

ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่จะหยุดสูบบุหรี่อย่างแน่อนอีกครั้ง ควรให้กำลังใจและเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการกลับไปสูบบุหรี่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการล้มเหลว แต่สามารถนำประสบการณ์มาเป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้และนำมาเปลี่ยนแปลงกลวิธี และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำในอนาคต

ระยะที่ 6 การวางแผนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและสร้างสรรค์ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้งและอาจมีการติดตามการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สมดุลอีก 1-2 ครั้งห่างกันครั้งละประมาณ 2 สัปดาห์

ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของการบำบัดที่ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดเปิดเผยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้แผนการที่จะหยุดสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถนำกลับไปปรับใช้ในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินให้ห่างไกลจากบุหรี่ (Baker et al., Level II) โดยมีวิธีดังนี้

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดสำรวจถึงผลการบำบัดที่ผ่านมา
2. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดสำรวจและระบุถึงเหตุผลสำคัญในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำที่ผ่านมา
3. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดวางแผนการในอนาคตในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ
4. ผู้บำบัดชี้ให้ผู้เข้ารับการบำบัดเห็นถึงสถานการณ์เสี่ยงที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและให้คำนึงถึงสิ่งที่ตามมาเมื่อกลับมาสูบบุหรี่อีก
5. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดและวางแผนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำปรับวิถีการดำเนินชีวิต ทั้งกิจกรรมส่วนตัว การทำงาน การพักผ่อน และกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ การประเมินผลการบำบัด

1. ประเมินผลลัพธ์อัตราการลดหรือหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate โดยยืนยันผลด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ขณะหายใจออกโดยใช้ A Micro 11 Smokerlyser (Baker et al., Level II)

2. ประเมินระดับการพึ่งพานิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Baker et al., Level II)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นผู้ศึกษา นำแนวปฏิบัติการพยาบาล มาประเมินความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของสถาบัน ฯ โดยมีประเด็นในการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การถ่ายทอด / นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) พิจารณาจากปรัชญาของหน่วยงานที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเภท กลับไปดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งนโยบายการรณรงค์ให้สถาบันเป็นสถาบันปลอดบุหรี่ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูง ดังนั้นการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการ

ลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของหน่วยงานและมีความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง

2. ความเป็นไปได้ ในการนำสู่การปฏิบัติ (Feasibility) ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้จริง แต่ต้องผ่านความเห็นชอบของทีมบริหารของสถาบัน และทีมปฏิบัติการ ซึ่งปัจจุบันทีมผู้นำทางคลินิก (clinical leader team; CLT) ให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอยู่ยากซับซ้อนทางคลินิกเช่นผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติด รวมทั้งปัญหาการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยด้วย ดังนั้นถ้ามีการใช้แนวปฏิบัตินี้ ๆ คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารและทีมผู้นำทางคลินิก รวมทั้ง แพทย์ พยาบาล ประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยนอก และเภสัชกร เนื่องจากการบำบัดเป็นการบำบัดโดยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรเช่น แพทย์ผู้ที่จะเป็นผู้บำบัดอาการถอนยา หรืออาการขาดยา ยาที่ใช้ในการบำบัด เตรียมเภสัชกร ในการบริหารยา การเตรียมความพร้อมพยาบาลจิตเวชให้มีความรู้ทักษะการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เตรียมความพร้อมในเครื่องมือประเมินผลการบำบัดและเครื่องมือในกิจกรรมบำบัด เป็นต้น โปรแกรมการบำบัดนี้สามารถสอดแทรกเข้าสู่งานประจำโดยการผนวกเข้ากับกลุ่มจิตบำบัด และกลุ่มงานแผนกยาเสพติดซึ่งเป็นงานประจำของหน่วยงานที่มีอยู่แล้วได้ แต่จะต้องมีการจัดเตรียมตารางเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อไม่ให้รบกวนหรือมีผลเสียต่อกิจกรรมบำบัดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเภท

3. ความคุ้มค่า (cost – benefit ratio) จากผลการศึกษางานวิจัยยังไม่พบว่าการบำบัดโดยวิธีนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย บุคลากรและหน่วยงาน แต่มีข้อควรระวังในการบำบัดด้วยยา จะต้องมีการซักประวัติ โรคประจำตัวต่างๆ และประวัติการแพ้ยา เนื่องจาก ยาที่ใช้ในการบำบัดบางขนาน จะมีผลต่ออาการป่วยทางกายได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถ้าใช้ยา บิวโไฟออนได้ ดังนั้นการซักประวัติและประเมินภาวะสุขภาพอย่างรอบคอบจึงเป็นสิ่งจำเป็น และเนื่องจากการบำบัดจะต้องใช้จำนวนครั้งของการบำบัด ประมาณ 6-10 ครั้งซึ่งจะเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ร่วมกับการบำบัดและติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกซึ่งสามารถให้การบำบัดพร้อมกับเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามรักษาโรคจิตเภทได้ ถึงแม้การบำบัดโดยวิธีนี้จะเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และค่ารักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว พบว่ารูปแบบการดูแลนี้จะคุ้มค่าและคุ้มทุนมากกว่าที่จะไม่มีการบำบัดรักษา

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปใช้ ผู้ศึกษาได้วางแผนที่จะปฏิบัติต่อหลังจากการศึกษาครั้งนี้โดยการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปศึกษานำร่องเพื่อประเมินกระบวนการบำบัดและผลลัพธ์ของการบำบัด และพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยมีแผนการปฏิบัติดังนี้

1. การเตรียมเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้าน อัตราการหยุดสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถามและตรวจหาโคตินินในปัสสาวะ และ ประเมินระดับการพึ่งพาโคตินิน โดยใช้แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine
2. พัฒนาคู่มือ และเตรียมอุปกรณ์ในกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้งเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ไปในแนวทางเดียวกัน และมีความสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ
3. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุมัติการศึกษานำร่อง (pilot study)
4. คัดเลือกและฝึกอบรมพยาบาลผู้เข้าร่วมการศึกษานำร่อง
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ และประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้
6. ถ้าประเมินผลจากการศึกษานำร่องแล้ว พบว่าแนวปฏิบัติใช้ ได้ผล คุ่มค่าคุ้มทุน จะขออนุมัติ ทีมบริหารเพื่อ บูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้าเป็นงานประจำของหน่วยงานและพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุปการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการลด และหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทได้ประยุกต์ขั้นตอน โดยประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2008) โดยประยุกต์ใช้ 3 ขั้นตอนคือ 1. การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (selecting a topic or problem) triggers) (knowledge-focuses triggers) 2. คือการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (assembling and evaluating evidence) 3. คือการประเมินศักยภาพ และความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing implementation potential) สำหรับขั้นที่ 4 คือ การวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing and Evaluating the Innovation) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการวางแผนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมทั้งต่อผู้สูบเองและผู้ใกล้ชิด ก่อให้เกิดโรคร้ายแรง เช่น มะเร็งปอด หลอดลมปอด ถุงลมโป่งพองและโรคหลอดเลือดและหัวใจ ส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจโดยรวม และการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทยังทำให้ การเผาผลาญระดับยาในกระแสโลหิตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้นาฬิกาในการบำบัดอาการทางจิตสูงขึ้น และพบว่าสารทาร์ในบุหรี่ยังทำให้อาการทางจิตด้านบวกเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังต้องจ่ายเงินหนึ่งในสามของรายจ่ายประจำวันมาซื้อบุหรี่ และผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่มีภาพลักษณ์ที่ไม่ดี เป็นที่รังเกียจของสังคม

สาเหตุของการติดบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ทั้งปัจจัยทางด้านเคมีชีวภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลและจิตสังคม ดังนั้นในการบำบัดจึงใช้วิธีการบำบัดทั้งการบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคม ซึ่งในการบำบัดด้วยการใช้ยา มักนิยม ใช้ยาบิวโพรไพออนและนิโคตินทดแทนเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ ส่วนการบำบัดทางด้านจิตสังคมใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ และใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

ในปัจจุบันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่ภายในบริเวณสถาบัน ฯ แต่ขณะเดียวกันยังไม่มี แนวปฏิบัติที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มกลุ่มดังกล่าว

โดยการสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (assembling and evaluating evidence) ผู้ศึกษาสืบค้น หลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปีค.ศ. 1997-2007 พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 5 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trial 1 เรื่อง เป็น Quasi-Experimental 1 เรื่อง เป็น One Group Repeated Measures 1 เรื่อง เป็น One Group Pretest-posttest 2 เรื่อง นำงานวิจัยที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ตามกระบวนการสังเคราะห์งานวิจัย (research synthesis) แล้วนำมาพัฒนา

เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญการบำบัดผู้ติดยาจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่ทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่จากคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญการบำบัดผู้ติดยาเสพติดจากสถาบันฯ ราชบุรินทร์ จำนวน 1 ท่าน จากนั้นได้แก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะ ให้ปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดการสูบบุหรี่

การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (assessing implementation potential)

เนื่องจากนโยบายของสถาบันฯ รมงค์ให้เป็นสถาบันฯ ปลอดบุหรี่ และลักษณะของผู้ป่วยในงานวิจัย มีลักษณะติดยาที่รุนแรง เหมือนกับผู้ป่วยในสถาบันฯ และสถาบันฯ มีบุคลากรพร้อมในการบำบัดแต่ต้องมีการเตรียมความพร้อม ด้านทรัพยากรและการบำบัดน่าจะก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยและคนใกล้ชิดและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจากบุหรี่

จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นผู้ศึกษา นำแนวปฏิบัติการพยาบาล มาประเมินความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาของสถาบันฯ โดยมีประเด็นในการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ พบว่ามีความเป็นไปได้ ในการนำไปปรับใช้ และผู้ศึกษาวางแผนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้และประเมินกระบวนการบำบัดและผลการบำบัดโดย การศึกษานำร่องโดยทำวิจัยแบบ one group pre-test post-test แล้วประเมินผลการศึกษานำร่อง หลังจากนั้นนำผลการศึกษามาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันฯ แล้วเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อผลักดันลงสู่การปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องการบำบัดด้วยยาลดอาการอยากบุหรี่ในงานวิจัยที่ศึกษามี 4 เรื่อง เป็นยาที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทที่ผลิตยา ซึ่งอาจมีผลต่อการเลือกใช้ยาเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ของงานวิจัยนั้นๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาการใช้ยาส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ ด้วยการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้ากลุ่มดั้งเดิม (Tricyclic Antidepressant) ในคนเขีย ซึ่งมีราคาถูกแต่มีประสิทธิภาพ พบว่าให้ผลดีในการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ แต่ผู้ให้การบำบัดควรระมัดระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการแสบท้อง หงุดหงิดง่าย หรือฆ่าตัวตายได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ฉะนั้นในการที่นำมาใช้ในการบำบัดเพื่อการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ จะต้องพิจารณาถึงเสถียรภาพของ ผู้ป่วย การออกฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงจากการรักษา หรือปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วย ความพร้อมของหน่วยงาน และควรมีการติดตามความก้าวหน้าของ

การบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาพัฒนาและปรับใช้ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. ก่อนนำผู้ป่วยมาเข้ารับการบำบัด ควรมีการส่งเสริมแรงจูงใจ และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะต้องเซ็นยินยอมเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจเอง เพราะการบำบัดต้องใช้ระยะเวลานานถึง 6 - 10 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยไม่เต็มใจเข้ารับการบำบัดอาจออกจากโปรแกรมการบำบัดกลางคันได้

3. รูปแบบการบำบัดมีทั้งการบำบัดแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ควรมีการวางแผน และตกลงร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในเรื่องระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลก่อนเริ่มการบำบัด เพราะจะต้องมีการนัดหมายให้มาบำบัดต่ออีกเป็นระยะๆ ประมาณ 2 – 4 ครั้ง ใน 1 เดือน และมีการติดตามผลและให้แรงเสริมเป็นระยะๆ หลังจำหน่าย เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR SMOKING
REDUCTION AND CESSATION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

ธีรวิทย์ คล่องใจ 4736918 NSMH / M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ด., รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและรุนแรงหลาย ๆ โรค ทั้งต่อผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด มีการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 24.7 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 62 (Deleon & Diaz, 2005) และจากการศึกษาของ George และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการติดนิโคตินสูง (high nicotine dependence) สูงกว่าคนทั่วไป ถึงร้อยละ 58 – 88

ผลของการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคทางระบบหายใจและหลอดเลือด เช่น โรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น โดยพบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมาจากการสูบบุหรี่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 30 เป็นผลมาจากการหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าไป (Passive Smoking) และเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากกว่าคนทั่วไปดังนั้นจึงมีโอกาสป่วยและเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากบุหรี่ได้สูงกว่าคนทั่วไป (Brown, Inskip & Barraclough, 2000; Joukamaa et al, 2001) นอกจากผลต่อสุขภาพดังกล่าวแล้วยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ต้องใช้ปริมาณยาเพื่อการรักษาอาการทางจิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เพราะฤทธิ์ของสารทาร์ในบุหรี่จะไปเพิ่มอัตราการเผาผลาญยาต้านโรคจิตในกระแสเลือด ให้เร็วขึ้น (De Leon & Diaz, 2005) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่จัดจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตด้านบวกสูงด้วยเพราะว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่จะทำให้ระดับโดปามีนบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical สูงขึ้น (Williams &

Foulds, 2007) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ใช้เงินหนึ่งในสามของรายได้ในการซื้อบุหรี่มาสูบ (Steinberg, Williams & Ziedonis, 2004) จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อสุขภาพทั้งตนเองและผู้อื่น และก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจโดยรวม (ประกิต วาทีสาธกิจ, 2547; รัชนา กานตยานนท์, 2549) ดังนั้นจึงควรมีการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดและหยุดสูบบุหรี่ได้เช่นเดียวกับที่ส่งเสริมการลดหรือเลิกบุหรี่ในบุคคลทั่วไปที่มีการรณรงค์กันอยู่ในขณะนี้

จากสถานการณ์ที่มีการการสูบบุหรี่สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในติดบุหรี่ถึงร้อยละ 71.42 (ธัญชนก จิรา, 2546) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และรูปแบบการบำบัดที่ทำอยู่ในปัจจุบันเป็นการให้ข้อมูล ถึงผลดีผลเสียของการสูบบุหรี่และส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปติดบุหรี่เหมือนก่อนเข้ารับการบำบัด ทำให้ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยชาย ของสถาบันฯ มีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีมาตรฐาน
2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการบำบัด ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด สามารถ ลด หรือหยุดสูบบุหรี่ ได้มากขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์รูปแบบขั้นตอนดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic or problem)

1.1 ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยตึกเฟื่องฟ้า แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการในระดับตติยภูมิ และจากข้อมูลเวชระเบียนหอผู้ป่วยปี 2551 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทถึงร้อยละ 68.02 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขณะที่เข้ารับ

การรักษาามีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยให้ญาติ / เพื่อนสนิทนำมาให้ ในขณะที่ทางสถาบัน ฯ มีนโยบายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ภายในบริเวณสถาบันฯ และมีการทำกลุ่มบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ก่อนจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ จากการซักประวัติผู้ดูแลใกล้ชิดได้ข้อมูลว่า เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะหยุดสูบบุหรี่ได้ในช่วงสัปดาห์แรกๆ หลังจากนั้นก็กลับไปสูบบุหรี่อีก และร้อยละ 80 จะสูบบุหรี่มากขึ้นเป็นเท่าตัวก่อนอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว

1.2 ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-focus trigger)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่และติดบุหรี่เกิดจากหลายๆ ปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านบุคคลที่อยากสูบบุหรี่ อยากลอง ต้องการการยอมรับ เพื่อการเข้าสังคม ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหามานานในชีวิตประจำวัน การปฏิเสธ การสื่อสาร และขาดทักษะในการจัดการกับอาการขาดนิโคตินหรืออาการอยากบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นรูปแบบการและบำบัด ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่จึงมีความจำเป็นจะต้องผสมผสานแนวคิดหลาย ๆ แนวคิดเข้าด้วยกันจึงจะได้ผล

จากการศึกษารูปแบบการบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่ใช้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยา โดยการบำบัดทางจิตสังคมจะใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมเป็นแนวคิดพื้นฐานในการแก้ไขปัญหามานาน พฤติกรรม ซึ่งแนวคิดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ เน้นการทำให้ผู้ป่วยรับการบำบัดเกิดความตระหนักในผลเสียของการสูบบุหรี่ แล้วเกิดแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ และมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Miller et al 1992; Miller and Rollnick, 199) การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมจะส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดตระหนักในตัวกระตุ้นทั้งตัวกระตุ้นภายในตนเองและตัวกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้สูบบุหรี่และการพัฒนายุทธวิธีในการรับมือและจัดการกับตัวกระตุ้น (Addington et al 1998) ส่วนการบำบัดด้วยยา นิโคตินทดแทนและการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ นิโคตินทดแทนเพื่อช่วยลดอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนพิษยาหรืออาการอยากบุหรี่ ขนาดและระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดขึ้นอยู่กับแพทย์และผู้ป่วยตกลงร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

ผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

การตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Format) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้ คำถามทางคลินิกดังนี้ โปรแกรมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีรูปแบบ วิธีการ อย่างไร โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นดังนี้

- Population: Key word ที่ใช้คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ (Schizophrenia Patients with Nicotine Addiction)
- Intervention: Key word ที่ใช้คือ รูปแบบการลดหรือ หยุดการสูบบุหรี่ (Smoking Reduction and Cessation Programme) โปรแกรมหยุดสูบบุหรี่ (Programmed Quit Smoke) รูปแบบการป้องกันการติดยา (Relapse Prevention Programme), Psychosocial Intervention.
- Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ
- Outcome: Key word: ที่ใช้คืออัตราการหยุดสูบ (Smoking cessation rate, Smoking quitting rate) และอัตราการลดการสูบบุหรี่ (Smoking Reduction rate, Tobacco Reduction rate)

2.2 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

- เป็นงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาคือการบำบัดเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท
- เป็นงานวิจัยทุกระดับ ภาษาไทยหรือภาษาต่างประเทศ
- เป็นงานวิจัย ที่ครอบคลุม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007
- เลือกรงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานฉบับสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.3 แหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

2.3.1 ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.cessation.guidelines.gov

2.3.2 ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

2.3.3 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

2.3.4 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

สรุปผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งสืบค้นตามที่กำหนด พบงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 5 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพ ในด้าน ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) การมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Transferability of the finding) พบว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ และจัดระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 2 คืองานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trial 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ 3 คืองานวิจัยที่เป็น Quasi-Experimental 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 4 มี 3 เรื่อง คืองานวิจัยที่เป็น One Group Repeated Measures 1 เรื่อง และเป็น One Group Pretest-Posttest 2 เรื่อง หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ สกัดเนื้อหาลงตาราง และนำข้อความในตารางมาพิจารณาสรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดเป็นข้อเสนอแนะในร่างแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่

1. จิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ซึ่งทำวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดผู้ติดบุหรี่ 1 ท่าน
3. พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการสถาบันธัญญ์ 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

1. ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับรูปแบบการบำบัด

ผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเภททางอารมณ์ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 18-60 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตาม ICD-10 ที่ได้รับการบำบัดและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการทางจิตไม่รุนแรง (non acute psychotic disorder) (Baker et al., Level II) และไม่สูญเสียความคิดและความจำสมัครใจเข้าร่วมบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่จะบำบัดด้วยยาบิวโพรไพออน (Bupropion) จะต้องไม่มีประวัติชัก (Evins, et al. Level III)

2. คุณสมบัติของผู้บำบัด

- 2.1 ผู้ให้การบำบัด / รักษาด้วยยา คือ จิตแพทย์ (Baker et al., Level II)

2.2 ผู้บำบัดทางจิตสังคม ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผ่านการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิคการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) (Evins et al., Level III) ร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation enhancement therapy) (Baker et al., Level II)

2.3 ผู้บำบัดต้องมีท่าทางสุภาพนุ่มนวล สุขุมเยือกเย็นและมีลักษณะที่มั่นคง (consistently positive) กระปรี้กระเปร่า (energetic) เป็นผู้ที่มองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (optimistic) เป็นผู้ที่ร่วมสนับสนุนเป็นระยะๆ (supportive) (Baker et al., Level II) มีความกระตือรือร้น (enthusiastic) ยอมรับในตัวผู้ป่วย (recognized) และชื่นชมผู้อื่นได้ (praised) และสามารถที่จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าพวกเขามีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง (Influence his/her own behavioral) ได้ (Ziedonis, & Georhe, Level IV)

3. รูปแบบของการบำบัด

รูปแบบของการบำบัด แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1. การบำบัดด้วยยา และ 2. การบำบัดทางจิตสังคม

3.1 การบำบัดด้วยยา (Pharmacology treatment)

ยาที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ที่ได้รับความนิยมและใช้กันแพร่หลายมี 2 ชนิดคือ นิโคตินทดแทนและยาบิวโพรไพออน โดยการบำบัดด้วยยาผู้ป่วยทุกรายจะเป็นการตกลงกันระหว่างจิตแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยว่าจะใช้การบำบัดด้วยยาชนิดใด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องผ่านการตรวจร่างกายและซักประวัติโรคประจำตัวเนื่องจากยาบางชนิดมีข้อจำกัดในการใช้ อาจมีผลกับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางโรคได้ ดังนั้นรูปแบบการบำบัดด้วยการใช้ยาแต่ละชนิดจึงมีแนวทางดังนี้ (Baker et al., II; Evins et al., Level III)

3.1.1 รูปแบบของการบำบัดด้วยยาบิวโพรไพออน (Bupropion) มีแนวทางในการบำบัดดังนี้คือ การให้ยาเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ควรให้ก่อนการหยุดบุหรี่จริงครั้งแรก 1 - 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ก็เพื่อให้มีระดับยาในกระแสโลหิตเพียงพอที่จะลดอาการอยากบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปริมาณการให้ยาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดบุหรี่และจะต้องมีการค่อยๆ ลดปริมาณยาลงจนกระทั่งหยุดยาได้ในที่สุด (Evins et al., Level III)

3.1.2 การใช้นิโคตินทดแทน มีหลักและแนวทางในการปฏิบัติดังนี้คือ

การให้นิโคตินทดแทนเหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดที่มีความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่เท่านั้น เพราะนิโคตินจะไปทดแทนบุหรี่ และไม่นิยมที่จะใช้กับผู้ที่ต้องการลดการสูบบุหรี่เพราะจะไม่เกิดประโยชน์ และการจะใช้ปริมาณนิโคตินทดแทนเท่าไรนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติด

บุหรืของผู้ป่วยด้วย และขนาดที่ให้ในการบำบัดจะให้ขนาดสูงในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดขนาดของยาลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหยุดไปเลย (Baker et al., Level II)

3.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การบำบัดโดยวิธีนี้สามารถนำมาปฏิบัติได้ทั้งการบำบัดแบบรายบุคคลและการบำบัดแบบกลุ่ม รูปแบบของการบำบัดจะแบ่งออกเป็น 6 ระยะ กิจกรรมการบำบัดประมาณ 6 - 10 ครั้งๆ ละประมาณ 45 - 60 นาที โดยให้การบำบัดห่างกันครั้งละ 1 - 2 สัปดาห์การจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะให้การบำบัดเพียง 1 - 2 กิจกรรม (Baker et al., Level II) และจะต้องเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่มีความเสื่อมของการรู้คิด การสูญเสียสมาธิและความจำง่าย (Evins et al., Level III) ดังนั้นในการบำบัดควรมี คู่มือ อุปกรณ์หรือสมุดบันทึกข้อมูลที่สำคัญ และสมุดการบ้านให้ผู้ป่วยด้วย (Baker et al., Level II) ซึ่งการบำบัดในแต่ละระยะมีวิธีการดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การบำบัดในระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 - 2 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความตระหนักในผลของการสูบบุหรี่ทั้งต่อตนเองและสังคมและเกิดแรงจูงใจ ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Evins et al., Level III) ผู้บำบัดจะใช้วิธีการสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดและผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อสร้างความตระหนักและใคร่ครวญเห็นถึงผลบวกของการหยุดสูบบุหรี่มากกว่าการสูบบุหรี่ต่อผู้เข้ารับการบำบัดโดย (Baker et al., Level II)

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงยึดมั่นในคำสัญญา ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ และส่งเสริมตั้งใจ ความแน่วแน่ ในการที่จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่ เป็นระยะที่ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดสร้างพันธะสัญญาทางพฤติกรรมขึ้นโดยเน้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดตระหนักในความเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและรับผิดชอบในข้อผูกพันของพฤติกรรมนั้น (Baker et al., Level II)

ระยะที่ 3 การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและสถานการณ์เสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 - 2 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้จักวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นหรือเผชิญกับตัวกระตุ้นในเชิงสร้างสรรค์ รวมถึงการควบคุมความคิดหรือพฤติกรรมเมื่อมีสิ่งที่มีมากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่โดยใช้วิธีการ ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายทบทวนถึงสาเหตุหรือสิ่งที่กระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ และผู้บำบัด สอน / แนะนำ / ฝึกทักษะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้จักเผชิญกับอาการถอนนิโคตินและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด

ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล เช่น เห็นสถานการณ์ที่เคยสูบ ระหว่างดื่มสุรา เห็นบุหรี่ไฟแช็ค ที่เขียนบุหรี่ ไม่จืดหรืออุปกรณ์การสูบบุหรี่อื่นๆ สถานที่ / เวลาที่เคยสูบบ่อยๆ เพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ด้วยกัน หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่รวมทั้งการฝึกทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ เช่น ฝึกทักษะการปฏิเสธบุหรี่ การแสดงออกที่เหมาะสม และการจัดการกับอาการถอนฤทธิ์ยา (Baker et al., Level II)

ระยะที่ 4 แผนการกำหนดวันลดและหยุดสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้บำบัดจึงให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดวางแผนการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ที่แน่นอนด้วยความเต็มใจ ไม่ลังเล โดย

ให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลือกหรือกำหนดวันหยุดหรือลดการสูบบุหรี่เองซึ่งผู้บำบัดอาจชี้แนะให้เห็นถึงวันที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อผู้เข้ารับการบำบัด และให้คนใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญมาช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ (ถ้ามีการร้องขอจากผู้เข้ารับการบำบัด) (Baker et al., Level II) รวมทั้งให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนแผนและวิธีการในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเข้มแข็งและมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ในการที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้นำไปสู่การสูบบุหรี่ อาจเสริมแรงใจโดยการให้รางวัลหรือสิ่งของที่เป็นรูปธรรม การให้กำลังใจตนเอง (Evins et al., Level III) และให้ผู้เข้ารับการบำบัดรายงานความก้าวหน้า ในครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมงของการลดและหยุดสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้เห็นผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าวและแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถลดหรือหยุดสูบบุหรี่ได้ (Ziedonis & Georhe IV)

ระยะที่ 5 การติดตามและทบทวนยุทธวิธีในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่นำไปสู่การสูบบุหรี่และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำหรือกลับไปสูบบุหรี่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 2-3 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับรู้ถึงศักยภาพและความสามารถของตนเองในการที่จะยับยั้งหรือควบคุมตนเองให้พ้นฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ที่มาปลุกเร้าให้หลุดพ้นจากความรู้สึกอยากกลับไปสูบบุหรี่ โดย ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนความก้าวหน้า กลยุทธ์ เทคนิค ในการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและสถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ เช่นวิธีการเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่โดยการแสดงบทบาทสมมุติ และการให้แรงเสริมเพื่อดำรงพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ (Baker et al., Level II) ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่จะหยุดสูบบุหรี่อย่างแน่นอนอีกครั้ง ควรให้กำลังใจและเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการกลับไปสูบบุหรี่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการล้มเหลว แต่สามารถนำประสบการณ์มาเป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้และนำมาปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำในอนาคต (Ziedonis & Georhe IV)

ระยะที่ 6 การวางแผนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและสร้างสรรค์ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้งและอาจมีการติดตามการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สมดุลอีก 1-2 ครั้ง ห่างกันครั้งละประมาณ 2 สัปดาห์

ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของการบำบัดที่ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดเปิดเผยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้แผนการที่จะหยุดสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถกลับไปปรับใช้ในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้ห่างไกลจากบุหรี่ และให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดและวางแผนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ทั้งกิจกรรมส่วนตัว การทำงาน การพักผ่อน และกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ (Baker et al., Level II)

การติดตามหลังการบำบัด

1. ระยะเวลาในการติดตาม หลังการบำบัดครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (Baker et al., Level II) ทั้งนี้เพื่อที่จะยืนยันการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ ว่าผู้ป่วยสามารถลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ได้จริงหรือไม่ เพราะมีหลักฐานยืนยันว่าผู้เข้ารับการบำบัดที่สามารถหยุดการสูบบุหรี่ได้หลังการติดตามผล 6 เดือน สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Weiner et al., Level IV) และการติดตามผลควรส่งเสริมกำลังใจ และส่งเสริมความเชื่อมั่นในพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ที่ดีขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดระยะยาว จะมีผู้เข้ารับการบำบัดส่วนหนึ่งหยุดสูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้นกว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที (Evins et al., Level IV)

2. วิธีการติดตาม สามารถทำได้หลายวิธี ทั้งให้ผู้เข้ารับการบำบัดมาติดตามที่ศูนย์บำบัดหรือติดตาม ทางจดหมายหรือทางโทรศัพท์หรือการติดตามเยี่ยมที่บ้าน (Baker et al., Level II)
วิธีการประเมินผลการบำบัด (Baker et al., Level II)

1. ประเมินผลลัพธ์อัตราการลดหรือหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate) โดยยืนยันผลด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ขณะหายใจออกโดยใช้ A Micro 11 Smokerlyser

2. ประเมินระดับการพึ่งพานิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นผู้ศึกษา นำแนวปฏิบัติการพยาบาล มาประเมินความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของสถาบัน โดยมีประเด็นในการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1) การถ่ายทอด/ นำไปสู่การปฏิบัติ (Transferability) พิจารณาจากปรัชญาของหน่วยงานที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเภท กลับไปดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งนโยบายการรณรงค์ให้สถาบันเป็นสถาบันปลอดบุหรี่ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูง ดังนั้นการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของหน่วยงานและมีความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง

2) ความเป็นไปได้ ในการนำสู่การปฏิบัติ (Feasibility) ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาสามารถนำไปใช้จริง แต่จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรเช่น แพทย์ผู้ที่จะเป็นผู้บำบัดอาการถอนยา หรืออาการขาดยา ยาที่ใช้ในการบำบัด เตรียมเอกสาร ในการบริหารยา การเตรียมความพร้อมพยาบาลจิตเวชให้มีความรู้ทักษะการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เตรียมความพร้อมในการใช้เครื่องมือประเมินผลการบำบัดและเครื่องมือในกิจกรรมบำบัดเป็นต้น

3) ความคุ้มค่า (cost – benefit ratio) จากผลการศึกษางานวิจัยยังไม่พบว่าการบำบัดโดยวิธีนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย บุคลากรและหน่วยงาน แต่มีข้อควรระวังในการบำบัดด้วยยา จะต้องมีการซักประวัติ โรคประจำตัวต่างๆ และประวัติการแพ้ยา เนื่องจาก ยาที่ใช้ในการบำบัดบางชนิด จะมีผลต่อผู้ที่ เป็นโรคทางกายบางชนิดได้ ถึงแม้การบำบัดโดยวิธีนี้จะเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด และค่ารักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว พบว่ารูปแบบการดูแลนี้จะคุ้มค่าและคุ้มค่ามากกว่าผลที่ตามมาจากการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผลนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปใช้ ผู้ศึกษาได้วางแผนที่จะปฏิบัติต่อหลังจากการศึกษาค้นคว้า โดยการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปศึกษานำร่องเพื่อประเมินกระบวนการบำบัดและผลลัพธ์ของการบำบัด และพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยมีแผนการปฏิบัติดังนี้

1. การเตรียมเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้าน อัตราการหยุดสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถาม และตรวจหาโคตินินในปัสสาวะ และประเมินระดับการพึ่งพานิโคติน โดยใช้แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine

2. พัฒนาคู่มือ และเตรียมอุปกรณ์ในกิจกรรมการบำบัดในแต่ละครั้งเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ไปในแนวทางเดียวกัน และมีความสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ

3. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุมัติการศึกษานำร่อง (pilot study)

4. คัดเลือกและฝึกอบรมพยาบาลผู้เข้าร่วมการศึกษานำร่อง

5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ และ ประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

6. ถ้าประเมินผลจากการศึกษานำร่องแล้ว พบว่าแนวปฏิบัติฯ ได้ผล กลุ่มคำกุ่มทุน จะขออนุมัติ ทีมบริหารเพื่อ บูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้าเป็นงานประจำของหน่วยงานและพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องการบำบัดด้วยยาลดอาการอยากบุหรี่ในงานวิจัยที่ศึกษามี 4 เรื่อง เป็นยาที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทที่ผลิตยา ซึ่งอาจมีผลต่อการเลือกใช้ยาเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ของงานวิจัยนั้น ๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมาการใช้ยาส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ ด้วยการให้ยารักษาอาการซึมเศร้ากลุ่มดั้งเดิม(Tricyclic Antidepressant)ในคนเอเชีย ซึ่งมีราคาถูกแต่มีประสิทธิภาพ พบว่าให้ผลดีในการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ แต่ผู้ให้การบำบัดควรระมัดระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการเมานเนีย หงุดหงิดง่าย หรือฆ่าตัวตายได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552) ฉะนั้นในการที่นำมาใช้ในการบำบัดเพื่อการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ จะต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพของผู้ป่วย การออกฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงจากการรักษา หรือปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น โรคประจำตัวของผู้ป่วย ความพร้อมของหน่วยงาน และควรมีการติดตามความก้าวหน้าของการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาพัฒนาและปรับใช้ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพยาบาลเพื่อการลด และหยุดสูบบุหรี่ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้มาจากต่างประเทศ และเป็นแนวทางในการบำบัดที่นำไปใช้กับผู้ป่วยจิตที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นถ้าจะนำแนวปฏิบัติที่ได้ในครั้งนี้นำไปใช้จริงจะต้องมีการทดลองศึกษานำร่อง วิจัยผลลัพธ์ (outcome research) เชิงกระบวนการ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วจึงปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท และสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง หรือถ้าจะนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมนี้จะต้องมีการคัดกรองและประเมินสภาพของผู้ป่วยซึ่งต้องเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตสงบดีแล้ว ไม่มีการสูญเสียสติและความจำ

3. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รับประทานยาต้านโรคจิตมานาน มักมีความเสื่อมถอยและความยุ่งยากซับซ้อนโดยเฉพาะทางด้าน การรู้คิด ความจำ

สมาธิ และการตัดสินใจ เพราะฉะนั้นต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจะนำมาเข้ารับการบำบัด

4. ก่อนนำผู้ป่วยมาเข้ารับการบำบัด ควรมีการส่งเสริมแรงจูงใจ และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะต้องเชิ่ตยินยอมเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจเอง เพราะการบำบัดต้องใช้ระยะเวลานานถึง 6 - 10 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยไม่เต็มใจเข้ารับการรักษอาจออกจากโปรแกรมกลางกันได้

5. รูปแบบการบำบัดมีทั้งการบำบัดแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ควรมีการวางแผน และตกลงร่วมกันระหว่างผู้บำบัด และผู้ป่วยในเรื่องระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลก่อนเริ่มการบำบัด เพราะจะต้องมีการนัดหมายให้มาบำบัดต่ออีกเป็นระยะๆ ประมาณ 2 - 4 ครั้ง ใน 1 เดือน และมีการติดตามผลและให้เสริมเป็นระยะๆ หลังจำหน่าย เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น



THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR SMOKING REDUCTION AND CESSATION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

THEERAVIT KLONGCHAI 4736918 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTHATRI, D.N.S.
RUNGNAPA PANITRAT, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Study Background and Significant of study

Smoking has been classified as a major public health problem. Smoking leads smokers to experience a number of chronic and life-threatening diseases which have effects both on the smokers and their families. A study in the United States revealed that 24.7% of Adult Americans and 62% of schizophrenic patients were smokers (Deleon & Diaz, 2005). George and colleagues (2000) reported that 58-88% of schizophrenic patients suffered from high nicotine dependence.

Smoking causes respiratory and vascular diseases, for example, lung cancer, pulmonary emphysema, chronic obstructive pulmonary disease and heart disease. Smoking was responsible for 90% of lung cancer cases and 30% of these cases were passive smokers. Thus, when the rate of smoking is higher in schizophrenic patients than in other groups of people, the possibility of schizophrenic patients suffering from or dying of diseases caused by smoking is likely to be higher than those in other groups (Brown, Inskip & Baraclough, 2000; Loukamaa et al, 2001). Apart from the effects of smoking on physical health, it has been reported that schizophrenic patients who are smokers are prone to requiring a higher quantity of anti-psychiatric medications than non-smoking schizophrenic patients. This is because the tar in

cigarettes increases the rate of metabolism of anti-psychiatric medications in blood circulation (De Leon & Diaz, 2005). Also, there is evidence to support the positive relationship between smoking and the severity of psychiatric conditions. Williams and Foulds (2007) showed that dopamine levels increase in the mesolimbic and mesocortical pathway in schizophrenic patients who smoke. Besides, schizophrenic patients spend one-third of their income buying cigarettes (Steinberg, Williams & Ziedonis, 2004). The smoking habit of schizophrenic patients has effects both on themselves and others, as well on as national economics in general (Prakit Watheesatogkit, 2004; Ruchana Kantianon, 2006). Hence, in line with the available smoking cessation campaigns focused on other groups of smokers, it is crucial to have intervention programmes to encourage schizophrenic patients to quit or reduce their smoking habit.

In the SomdetChaoPraya Institute of Psychiatry, 71.42% of male schizophrenic inpatients were smokers (Thanchanok Chinga, 2003). And the number of smokers is unlikely to decline. The existing campaigns on smoking cessation are focused on health education and the disadvantages of smoking, which have so far proven fruitless. After being discharged, Most patients from the institute return to smoking. Therefore, the investigator, who is a registered nurse working at a male-inpatient unit of the SomdetChaoPraya Institute of Psychiatry, was interested in developing a nursing practice guideline to promote smoking reduction and cessation in schizophrenic patients admitted into the institute.

Purposes of the study

This study was conducted to develop a nursing practice guideline to promote smoking cessation/reduction in schizophrenic patients.

Expected benefit of the study

1. There is a standardized nursing guideline for enhancing smoking reduction and cessation in schizophrenic patients available at the SomdetChaoPraya Institute of Psychiatry.
2. Nurses are able to access a comprehensible nursing guideline for guiding schizophrenic patients to reduce or quit their smoking habit.
3. The schizophrenic patients participating in the rehabilitation programme are able to reduce or quit their smoking habit.

Procedures of the study

The investigator applied the activities to support Evidence-Based practice proposed by Polit and Beck (2008) to be the study framework to develop a nursing guideline for promoting smoking reduction and cessation in schizophrenic patients. The steps of development are as follows:

Step 1 Selecting a topic or problem

1.1 Problem-focused trigger

Based on the information gained from the investigator's experience working as a nurse in the Feung-Fa Unit of the inpatient department, SomdetChoaPraya Institute of Psychiatry (a tertiary Mental Health Institute), and the information extracted from client files recorded in 2008, 68.02% of clients were diagnosed with schizophrenia. This group of patients smoked while being hospitalized. They asked either their relatives or friends to bring cigarettes to the institute for them even though the institute had announced a non-smoking policy in the institute's area. An intervention group had been arranged to encourage the patients who smoked to quit smoking before being discharged from the institute. Despite the attempt, most of the patients continued to smoke. According to the information given by the patients' relatives, the patients could stop smoking only during the first week after being discharged from the institute. Then they returned to their own smoking habit in which 80% of them smoked a higher number of cigarettes in comparison to the number of cigarettes they smoked before their hospitalization. Thus, the investigator was interested in developing a nursing practice guideline for promoting smoking reduction and cessation in schizophrenic patients.

1.2 Knowledge-focused trigger

According to the review of literature, the causes of and factors influenced the smoking habit of schizophrenic patients consist of internal factors the temptation to try, the desire to be accepted by a social group, a lack of social activity problem solving skills, the inability to refuse temptation, insufficient communication skill and inadequate skills to manage nicotine dependence and external factors. As the smoking habit is influenced by various factors, it is necessary to integrate multiple concepts into

the development of intervention programmes aimed at encouraging the patients to quit smoking.

Previous and current intervention programmes introduced to assist schizophrenic patients to reduce or quit their smoking habit integrate psychosocial and medical treatment. The psychosocial treatment mainly emphasises enhancing the patients' motivation together with cognitive and behavioural adaptation which are the basic concepts of cognitive and behaviour therapy. The motivation enhancement is focused on educating the patients to recognize and be aware of the positive and negative effects of smoking which then drives them to quit smoking. The motivation would also maximized the patients' self-confidence, leading them to believe that they could change their behaviour (Miller et al, 1992). The cognitive and behaviour therapy approach promotes the patients' knowledge of internal factors and external factors that persuade them to smoke and then they can initiate a strategy to handle the factors (Addington et al, 1998). For the medication treatment, Bupropion and nicotine supplements have been popularly used to reduce the uncomfortable feeling caused by smoking withdrawal or craving symptoms. Dose and duration of medication treatment is arranged and agreed upon by the physician and individual patient.

Step 2 Assembling and Evaluating Evidence

The steps of the literature review, analysis and synthesis of the information gained, prior to the development of a nursing guideline for smoking cessation or reduction in schizophrenic patients, are as follows:

2.1 Problem in identification of the keywords

The clinical questions and keywords of this study were determined following PICO evidence-based practice (PICO format) (Melnik & Fineout-Overholt, 2005). The clinical question specified for this study was "What model and what strategies are suitable for the programme aiming at helping schizophrenic patients to reduce their smoking habit or quit smoking, and how should the programmed be implemented?". The keywords used in this study are:

Population: Keyword is schizophrenia patients with nicotine addiction

Intervention: Keyword is Smoking Reduction and Cessation programme,
Programmed quit smoke, relapse prevention programme, psychosocial intervention

Comparison intervention: No comparison

Outcome: Keyword is smoking cessation, smoking quitting, smoking reduction, and tobacco reduction

2.2 Determination of selection criteria for evidence-based studies/documents

The criteria for recruiting evidence-based studies/documents are as follows:

- studies related to treatment for smoking reduction and cessation in schizophrenic patients
- studies conducted either in Thai or English language
- studies published between 1997 and 2007
- availability of study report in full-text

2.3 Sources of evidence-based studies/document

The published articles, and postgraduate thesis and projects were obtained from a variety of sources.

2.3.1 Guideline databases of various institutes, such as www.cessationguidelines.gov

2.3.2 Systematic review databases, such as www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

2.3.3 Electronic data bases presenting studies/articles relating to nursing and health sciences, such as Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

2.3.4 Reviews from reference lists of individual articles/studies

Summary of searching outcome

Five studies which met inclusion criteria were selected. They were then assessed to: determine their quality in three main aspects: clinical relevance, scientific merit, and implementation potential of the finding. The result showed that all of the studies were classified as research of high quality. Based on Level of Strength of Evidence formed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005), the five studies were categorized into different levels, including 1) level II- a Randomized Controlled Trial study, 2) Level III-one Quasi-Experimental studies, 3) Level IV-two One Group, Pretest and Posttest studies and one group with one repeated measures. The five studies were then analyzed and critiqued. Their content was categorized and recorded

in a table. Subsequently, the content inserted in the table was extracted and concluded before being applied as baseline information to develop the nursing practice guideline.

4. Nursing Practice Guideline Content Validity

The content and language used in the nursing guideline developed was validated and assessed by three experts which are:

1. a psychologist of Sirirat Medicine Faculty, Mahidol University
2. a nurse Lecturer, whose research background involves smoking prevention and rehabilitation, of Nursing Faculty, Mahidol University
3. a professional nurse of Thanyaruk Institute

Following the validating process, the investigator together with advisor modified the nursing practice guideline according to the experts' suggestions.

3. Recommendation for the development of nursing guideline for smoking reduction and cessation in schizophrenic patients

a. Patients suitable to enter the programme developed

Male or female diagnosed as schizophrenic patients based on ICD-10, aged between 18-60 years, receiving regular treatment, classified as non acute psychotic disorder, no history of loss of memory and cognitive ability, and lastly willing to take part in the programme (Baker et al, Level II)

2. Therapist characteristics

2.1 The therapist/medication prescriber is a psychiatrist (Baker et al, Level II)

2.2 The psychosocial therapist must have experience in providing care for schizophrenic patients and training in using Cognitive Behavioural Therapy (Evins et al, Level III) and Motivation Enhancement Therapy to conduct counselling on smoking cessation (Baker et al, Level II).

2.3 The therapist must have a gentle and warm personality, and must be a person who is consistently positive, energetic, optimistic, supportive, (Baker et al, Level II) enthusiastic, and a recognised and praised, and is being able to direct others to recognise their ability to influence their own behaviour (Ziedonis & Georhe, Level IV).

3. Intervention programmes

The Intervention programmes are categorized into two parts: 1) pharmacology treatment, and 2) psychosocial treatment.

3.1 Pharmacology treatment

Bupropion and Nicotine Supplement are the two medications which have been widely prescribed to help schizophrenic patients and have been popularly used to reduce the uncomfortable feeling caused by smoking withdrawal or craving symptoms. What kind of medication would be used is agreed upon by the psychiatrist and the individual patient. Each patient is required to undergo a physical and health history assessment concerning restricted usage and adverse effects of some kinds of medications. The prescribing guideline for each medication is indicated below (Baker et al, II; Evins et al, Level III)

3.1.1 Guideline to prescribe Bupropion

This treatment should be prescribed to the patients participating in the smoking reduction and cessation intervention 1-2 weeks before the patients actually attempt to quit smoking. This procedure is designed to ensure a sufficient level of medication in the patients' bloodstream in order to reduce the desire to smoke. The dose of prescribed medication depends on the severity of nicotine dependence of the individual patient. The dose then should be minimized according to the patients' improved condition. (Evins et al, Level III)

3.1.2 Guideline to prescribe Nicotine Supplement

The Nicotine Supplement is suitable for patients who strongly desire to quit smoking. It is not used in the case of those who aim for smoking reduction. The dose of Nicotine Supplement depends on the severity of nicotine addiction of the individual patient. A high dose of Nicotine is commonly prescribed during the first week of the programme and then it is gradually reduced. (Baker et al, II)

3.2 Psychosocial treatment

Psychosocial treatment is suitable both in individual and group therapies. There are six phases of psychosocial treatment. The treatment may require patients to participate in 6-10 treatment sessions, each lasting around 45-60 minutes. Each treatment session may be arranged one to two weeks apart. Within each treatment session, participants would be introduced to one or two basic activities on

cognitive deprivation-the limited ability to learn (Baker et al, Level II), loss of memory and the ability of schizophrenic patients to concentrate. (Evins et al, Level III) When participating in the rehabilitation programme each patient is given a handbook/equipment/or notebook containing necessary information, and a workbook (Baker et al, Level II) The six stages of the psychological treatment are presented below.

Stage 1 Motivation enhancement to change ones own behaviour

One to two sessions of treatment will be required to complete this stage. The activities introduced in this stage aim to encourage the participants to recognize the adverse effects of smoking both on smokers themselves and on society as a whole. This recognition, then, is expected to be the driving factor or motivation for the participant to modify their behaviour (Evins et al, Level III). The therapist's action during this stage is to give reflective feedback, based on information gained from interviewing the participants and the results of each participants physical examination. The feedback is for enhancing the participants' realization of the positive outcomes yielded from quitting their smoking habit (Baker et al, Level II)

Stage 2 Keeping commitments to smoking cessation / reduction

One session is needed to encourage the patients to keep their promise provided when they first enter the therapeutic programme. This session also aims to maintain the patients' will to quit smoking. The therapist in charge of this session persuades the patients to contact each other regarding behaviour modification and take responsibility for the contact that they have established (Baker et al, Level II).

Stage 3 Learning and practicing to manage symptoms caused by nicotine withdrawal, and factors inducing the relapse of smoking behaviour

One or two sessions of treatment are required to complete this stage. The activities conducted in this stage are for the patients to learn how to creatively avoid factors or situation which could lead them back to smoking. The patients are also trained to keep their thoughts of lighting a cigarette or even their smoking habit under control when they encounter situations which could induce their desire to smoke. During this stage, the patients are asked to recall and discuss what factors or situations would increase their desire to smoke, whereas the therapist provides each patient with information of how to deal with the individual's desire to smoke and to cope with the

symptoms of Nicotine withdrawal. The factors inducing the desire to smoke are, for example, being in a situation where one used to smoke—drinking—seeing a cigarette, lighter, matches, or smoking accessories, being in a place when and at a time where they used to smoke with friends, as well as facing stress and worry. The patients would also be trained to refuse an offer of a cigarette, perform appropriate behaviours, and manage symptoms of Nicotine withdrawal (Backer et al, Level II).

Stage 4 Planning on the day to commence smoking reduction or cessation

One session is needed for conducting this stage. It is projected at getting the patients participating in the intervention programme ready for behavioural modification. Thus, the therapist asks all patients to establish their individual plan for smoking reduction or cessation. The patients are asked to choose a day that means something to them personally to be the day that they will begin to stop smoking or reduce their desire to smoke. Following this request of the individual patient, the patients' relations and significant persons are encouraged to be involved in this process to provide support for the patients' decision to modify their smoking behaviour (Baker et al, Level II). The patients then are advised to review the treatment plan and approach they are going to apply for modifying their smoking habit or quitting smoking. The therapist's role is to maximise the patients' confidence in their ability to encounter possible obstacles, and to promote the patients' self-motivation, perhaps by rewarding them with some kind of present, otherwise with the expression of approval/praise (Evins et al, Level III). The patients are scheduled to report the progress of their condition within 48 hours of their commencement of smoking reduction or cessation. This is for the therapist to be able to assist the patients to overcome obstacles which delay their success in modifying their smoking habit or quitting smoking (Zeidonis & Georhe, IV).

Stage 5 Monitoring and reviewing strategies selected to manage and deal with factors inducing individual's desire to smoke, and to promote individual's confidence in the ability to prevent the relapse of the smoking habit

Two to three sessions are required to complete this stage which aims to promote the patients' recognition of their own ability and potential to resist temptation to return to their smoking habit. The patients are assigned to review the progress, strategies, and techniques adopted to deal with symptoms of Nicotine withdrawal, and

situation/factors inducing their desire to smoke. The patients may be asked to perform a role play on what happens if they are tempted to smoke. The reinforcement should be given to the patients when they are able to maintain their determination to stop smoking (Baker et al, Level II). If a patient slips back into his or her smoking habit, the therapist should encourage and support the patient to reestablish a plan for quitting smoking, and make the patient understand that the relapse of the smoking habit does not count as a failure. To the contrary, the experience could be beneficially applied to prevent a further relapse of habit (Ziedonis & Georhe IV).

Stage 6 Relapse prevention plan and life-style modification

One session is required to complete this process. However, another one or two sessions may be needed for monitoring the outcome of the patients life-style modification plan. Each session runs two weeks apart from the other.

This stage is the final stage of the treatment programme, where the therapist encourages the patients to express what they have learned and gained from the smoking reduction/cessation programme and what their future plan is. This stage is intended for enhancing the patients' ability to apply what they have learned from the programme to prevent themselves from relapsing into the smoking habit, and for modifying one's life-style personal activities, work, leisure, social activities to be away from factors/environment which induce temptation to smoke (Baker et al, Level II).

Following up after completion of the treatment programme

1. The follow-up cessation are scheduled for 3, 6, and 12 months after the completion of the intervention programme (Baker et al, Level II), In order to confirm the maintenance of smoking reduction and cessation behaviour. Evidence confirms that the patients who have been treated with the smoking cessation programme had been could significantly maintain their smoking reduction and cessation behaviour after six months. (Weiner et al, Level IV) The follow-up is designed to provide support to the patients and to promote their confidence in their smoking reduction or cessation behaviour. There is evidence stating that the number of people able to quit smoking after a long period of time following their completion of smoking reduction/cessation programme is higher than the number of people able quit smoking immediately after the completion of the intervention programme (Evins et al, Level IV).

2. There is a variety of follow-up methods, including scheduling patients to re-visit the institute, telephone follow-ups, or home visiting (Baker et al, Level II).

Treatment evaluation methods (Baker et al, Level II)

1. Evaluating the outcome of the intervention programme based on the Continuous Abstinence Rate, which can accomplished by measuring exhalation CO₂ levels using a Micro 11 Smokerlyser.

2. Evaluating the outcome of the intervention programme based on the severity of nicotine dependence using the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence.

Step 3 Assessing Implementation Potential

The nursing guideline developed by the investigator was assessed for its applicability to be used with the schizophrenic patients with a smoking addiction receiving treatment at the institute. The scope of the assessment covers the following aspects:

1. Transferability: this aspect of assessment is judged according to the philosophy of the institute to promote the patients' ability to return to a quality life in society, and to launch a non-smoking policy in the institute. Therefore, the established nursing practice guideline for smoking reduction and cessation in schizophrenic patients is congruent with the policy and philosophy of the institute. And the nursing guideline is practice and can be applied in a real life situation.

2. Feasibility: the nursing guideline developed to promote smoking reduction and cessation in schizophrenic patients is can to be integrated into the treatment programmes provided by the SomdetChaoPraya Institute of Psychiatry. However, it is necessary to ensure the availability of resources, including psychiatrists who can administer smoking withdrawal and management of withdrawal symptoms sessions and prescribe medications, pharmacists trained in medication management, psychiatric nurses skilled in psychosocial intervention for smoking reduction and cessation in schizophrenic patients, and assessment tools to evaluate the outcome of the intervention programme and intervention tools.

3. Cost-benefit ratio: According to previous studies, there is no evidence of harm done either to clients, personnel or the institute as a result of this kind of intervention programme. However, prior to prescribing any medication to patients, prescribers are recommended to obtain the patients health history i.e. chronic disease,

drug allergies to prevent adverse effects of medication on individual patients. Even though the cost of participating in this intervention programme is high, the result is worth the expense. The result of the intervention outweighs the effects of smoking on the smokers themselves and on their loved ones and the cost of treatments for health problems caused by smoking.

Step 4 Developing Implementing and Evaluating the Nursing Practice Guideline

The investigator plans to implement a pilot study of the nursing practice guideline developed to evaluate the treatment process and outcome and use the information gained to continuously refine and modify the nursing practice guideline. The action plan is as follows:

1. Preparing tools to evaluate the outcome of the nursing practice guideline, focused on the Smoking Cessation Rate. The tools include a questionnaire, laboratory test monitoring nicotine levels in urine, and the Fagerstrom test for nicotine to assess levels of nicotine dependence.
2. Developing a handbook and preparing equipment needed for each activity of the intervention session and modifying them to enhance the feasibility of the programme.
3. Presenting the nursing practice guideline to the management team and related authorities of the institute in order to gain approval to conduct a pilot study.
4. Recruiting psychiatrist pharmacists and nurses to participate in the pilot testing.
5. Pilot testing the nursing guideline, and assessing its process and outcome.
6. If the pilot testing produces a favorable outcome and the application of the nursing guideline is cost-effective, the investigator will gain approval from the institute committee for integrating the nursing practice guideline into the routine of healthcare personnel and improving nursing practices.

Suggestion for guideline utilization

1. Four studies of medical treatment for smoking reduction in schizophrenic smokers were supported by drug companies that the therapist may have been to consequently chosen. A past study found that a traditional tricyclic antidepressant had reduced effectiveness and usefulness in Asian people psychiatric disorders, but the therapist must be aware of a side effect of medication treatment was effective in

reducing the symptoms of psychiatric disorder among the patients, such as symptoms of mania, mental fuzziness, and psychiatric aggravation due to suicidal behaviour (Pongsri, 2009). Therefore, medicine used to reduced smoking with schizophrenia should be considered based on the socio-economic situation of patient, pharmacokinetic efficacy, possible drug adversity, and other factors that associated with medical utilization, such as patient illness, policy, and consistent follow-up to progression of treatment in these groups of patients, In order to develop and appropriate improvement of medical treatments.

2. The development of a clinical nursing guideline for smoking cessation and reduction was analyzed and synthesized from broad evidence base, which treatment for schizophrenia in an out-patient. The process and outcomes of the pilot study of these guidelines should be evaluated before implementation in actual situations or assessment of schizophrenia patients such as non-acute psychotic disorder, no history of amnesia and cognitive ability.

3. Most patients who are addicted to smoking have taken an anti-psychotic drug for a long-term period and have a experienced decline in memory, cognition, concentration and adjustment such that the assessment of such schizophrenia patient is mandatory.

4. Before being admitted for treatment, the patients should be motivated, their readiness should be assessed, and they must sign a consent form voluntarily because the treatment takes 6-10 weeks, in order to reduce the drop-out rate.

5. The programme treatment offer both in-patient and out-patient models, For continued treatment, the therapist and patient should plan together the treatment period and follow-up including appointments or less 2 - 4 time in the month. There should be follow-up and some encouragement to improve efficiency of the treatment.

บรรณานุกรม

- ธัญชนก จิงา. (2546). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2547). *วัยรุ่น สูบบุหรี่: ปัญหาและแนวทางแก้ไข*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์รามาชิตี* (พิมพ์ครั้งที่ 2.). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2552). *แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิก บุหรี่*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 1.). กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ห้างหุ้นส่วนจำกัดมณีส फिल्ม
- มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2547). *ควันบุหรี่มีสอง: ภัยจากบุหรี่ที่เราไม่ได้สูบ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- รัชนา คานตยานนท์. (2549). ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). *พิษภัยบุหรี่: การควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษา วิชาชีพสุขภาพเครือข่าย วิชาชีพสุขภาพ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่*. อาคารเฉลิมพระบารมี 540 ปี เลขที่ 2 ซอย ศูนย์วิจัยถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2549). *พิษภัยบุหรี่: การควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทย ปลอดบุหรี่*. อาคารเฉลิมพระบารมี 540 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- Addington, J., El-Guebaly, N., Addington, D., & Hodgins, D. (1997). Readiness to stop smoking in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 49–52.

- Addington, J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D. C., & Addington, D. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 974-978.
- Addington, J. (1998). Group treatment for smoking cessation among persons with schizophrenia. *Psychiatric Service*, 49, 925-928.
- Addington, J., McCleary, L., & Munroe-Blum, H. (1998). Relationship between cognitive and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 34, 59 - 66.
- Adler, L. A., Hoffer, L. D., Wiser, A., & Freedman, R. (1993). Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1856-1861.
- Allen, K. M. (1996). Nursing care of addict client. Philadelphia: Lippincott. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., textrev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders Fourth Edition Text Revision DSM-IV-TR (Text Revision ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor, R. L., et al. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (11), 1934-1942.
- Bradshaw, T., Lovell, K., & Harris, N. (2005). Healthy living interventions and schizophrenia : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 634 - 654.
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 212-217.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cancro, R., & Lehman, H. E. (2000) Schizophrenia: Clinical features. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1.)*. Philadelphia: William & Wilkins.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Prevalence of current smoking Among adults aged 18 years and over: *United States*, 1997-September

- 2006 [Electronic database]. Retrieved May 23, 2007, from http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyreleas / 200703_08.pdf
- Craig, J. V., & Smyth, R. L (2002). *The evidence-based practice manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cutting, L.P., AaKre, J. M., & Docherty, N. M. (2006). Schizophrenia patients perceptions of stress, express emotion, and sensitivity to criticism. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 743-750.
- De Leon, J., Dadvand, M., Canuso, C., White, A. O., Stanilla, J. K., & Simpson, G. M. (1995). Schizophrenia and smoking: An epidemiological survey in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152, 453-455.
- De Leon, J., & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavior. *Schizophrenia research*, 76, 135-157.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Evins, A. E., Cather, C., Rigotti, N. A., Freudenreich, O., Henderson, D. C., Olm - Shipman, M., et al. (2004). Two – year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: Increased rates of smoking cessation or reduction. *Journal Clinical of Psychiatry*, 65(3), 307–311.
- Evins, A. E., Mays, V. K., Rigotti , N. A., Tisdale, T., Cather, C., Goff, D. C. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine and Tobacco Research*, (3), 397 – 403.
- Flashman, L. A., McAllister, T.W., Andreasen, N. C., Saykin, A. J. (2000). Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 1167-1169.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., et al. (2000). *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence*.

- Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Forchuk, C., Norman, R., Malla, A., Martin, M., McLean, T., Cheng, S., et al. (2002). Schizophrenia and the motivation for smoking. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38, 41-49.
- Forchuk, C., Norman, R., Malla, A., Vos, A., & Martin, L. (1997). Smoking and schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 355-359.
- George, T. P., Vessicchio, J. C., Termine, A., Bregartner, T. A., Feingold, A., Rounsaville, B. J., et al. (2002). A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 52, 53-61.
- George, T. P., Ziedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., et al. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medication for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1835-1842.
- Goff, D. C., Henderson, D. C., & Amico, E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia : Relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1189 -1194.
- Goff, D. C., Sullivan, L. M., McEvoy, J. P., Meyer, J. M., Nasrallah, H. A., Daumit, G. L., et al. (2005). A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research*, 80, 45-53.
- Joukamaa, M., Heliovaara, M., Knekt, P., et al. (2001). Mental disorders and cause specific mortality. *British Journal of Psychiatry*, 179, 498-502.
- Kalman, D., Morissette, S. B., & George, T. P. (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 14, 106-123.
- Kelly, C., & McCreadie, R. G. (1999). Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1751-1757.

- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2606-2610.
- Lawn, S., & Pols, R. (2005). Smoking bans in psychiatric inpatient settings. A review of the research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 866 – 885.
- McChargue, D. E., Gulliver, S. B., & Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*, 97, 785-793.
- McCreadie, R. G., & Kelly, C. (2000). Patients with schizophrenia who smoke private disaster, public resource. *British Journal of Psychiatry*, 176, 109.
- McNeill, A. (2001). Smoking and Mental Health: A Review of the Literature. London: Smoke Free London Programme. *London Region National Health Service*. (<http://www.ash.org.uk/html/policy/menlitrev.html>).
- Manuela, E., Sylvia, M., Claire, G., & Jean – Francois, E. (2004). Stage of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (2), 459 – 468.
- Melnik, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guideline to best practice*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Morris, C. D., Giese, J. J., Dickinson, M., Johnson-Nagel, N. (2006). Predictors of tobacco use among person mental illness in a statewide population. *Psychiatric Services*, 57, 1035-1038.
- National Institute of Mental Health. (2006). *Schizophrenia*. Retrieved May 25, 2006, from <http://www.nimh.nih.gov/publication/schizo.cfm>.
- Nuechterlein, H. K., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., & Snyder, K. S. (1994). The vulnerability-stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(supple 382), 58-64.
- Orsetti, K., Dwyer, S., Sheldon, S., Thomas, L., & Harrison, V. (2001). UMHS Smoking Cessation guideline. *University of Michigan Health System [online]* Available: Retrieved February 15, 2009, from <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.Pdf>.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Principles & Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pomerleau, C. S., Marks, J. L., & Pomerleau, O. F. (2001). Who get what symptom. Effect of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine and tobacco Research*, 2, 275-280.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Ruschena, D., Mullen, P. E., Burgess, P., et al. (1998). Sudden death in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 172, 331-336.
- SANE Australia (2000). *The SANE Smoke free guide for consumers*. Melbourne, SANE Australia.
- Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H. J., Hannover, W., Hapke, U., & Ulrich, J. (2005). Stage of change transitions and processes of change, decisional balance, and self-efficacy in smokers: A transtheoretical model validation using longitudinal data. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 3-9.
- Spring, B., Pingitore, R., & McChargue, D. E. (2003). Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. *American Journal of Psychiatry*, 160, 316-322.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concept of Psychiatric-Mental Health Nursing* (2 nd ed.). New York: Wolters Kluwer Company.
- Steinberg, M. L., Williams, J. M., & Ziedonis, D. M., (2004). Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control*, 13(2), 206.
- Strasser, K. M. (2001). Smoking reduction a cessation for people with schizophrenia: Guidelines for general practitioners, SANE Australia and The University of Melbourne, Department of Psychiatry. www.health.Vic.gov.au/mentalhealth/publications/smoke.
- Talcott, G. W., Fiedler, E. R., Pascale, R. W., Klesges, R. C., Peterson, A. L., & Johnson, R. S. (1995). Is weight gain after smoking inevitable. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 313-316.
- University of Michigan Health System (UMHS). (2001) Smoking cessation. Ann Arbor (Michigan): *University of Michigan Health System*, (pp. 9).

- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). The health consequences of smoking: *A report of the surgeon general* (DHHS Publication No. CDC 90-8416). Washington, DC.
- Weiner, E., Ball, M. P., Summerfelt, A., Gold, J., & Buchanan, R. W. (2001). Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158, 635-637.
- World Health Organization. (2006). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.
- Williams, J. M., Ziedonis, D. M., & Foulds, J. (2004). A case series of nicotine nasal spray in the treatment of tobacco dependence among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55(9), 1064-1066.
- Wyatt, R. J., & Kirch, D. G. (1989). *Delisi, Schizophrenia: Biochemical, Endocrine and Immunological studies. In Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive. Textbook of Psychiatry / V. Baltimore.* Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ziedonis, D. M., & George, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 247-254.
- Ziedonis, D. M., & Trudeau, K. (1997). Motivation to quit using substance among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 229-23.



ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล:

แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม: ชีรวิทย์ คล่องใจ ประภา ยุทธไตร และ รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์ (2552) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ประเภทของแนวปฏิบัติ: โปรแกรมการลดหรือหยุดสูบบุหรี่

3.3 กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ: บุคลากรทางด้านจิตเวช

3.4 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ลงได้

3.5 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่และมีความต้องการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่

3.6 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ:

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ลงได้

3.7 การประเมินผลลัพธ์

3.7.1 ประเมินจากการรายงานตนเองของผู้ป่วยว่าสามารถลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้หรือไม่

3.7.2 ประเมินระดับการพึ่งพานิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

4. วิธีดำเนินการ

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์รูปแบบขั้นตอนดำเนินการ โครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2008) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท จึงกำหนดแนวทางในการสืบค้นดังนี้

4.1 แนวทางการสืบค้น

เพื่อให้ได้งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ดังนี้

4.1.1 Population: Key word ที่ใช้คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดยาสูบ (Schizophrenia Patients with Nicotine Addiction)

4.1.2 Intervention: Key word ที่ใช้คือ รูปแบบการลดหรือ หยุดการสูบบุหรี่ (Smoking Reduction and Cessation Programme) โปรแกรมหยุดสูบบุหรี่ (Programmed Quit Smoke) รูปแบบการป้องกันการติดยาสูบ (Relapse Prevention Program), Psychosocial Intervention.

4.1.3 Comparison intervention: ไม่มีการเปรียบเทียบ

4.1.4 Outcome: Key word: ที่ใช้คืออัตราการหยุดสูบ (Smoking cessation rate, Smoking quitting rate) และอัตราการลดการสูบบุหรี่ (Smoking Reduction rate, Tobacco Reduction rate)

4.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติเพื่อการลดหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

4.2.1 เป็นงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

4.2.2 เป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงพรรณนา หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก

4.2.3 เป็นงานวิจัยทุกระดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ

4.2.4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007

4.2.5 เลือกงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานฉบับสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

4.3 กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา ที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยทำการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลและแหล่งสืบค้น ดังนี้

4.3.1 ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.cessation.guidelines.gov

4.3.2 ฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ได้แก่ www.Cochrane.org, www.Joannabriggs.edu.au

4.3.3 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Blackwell Synergy, CINAHL, Science Direct, OVID, MEDLINE

4.3.4 การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง (Reference list) ของบทความหรืองานวิจัย

4.4 เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) โดยมีการแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

Level I หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่มาจากงานวิจัย RCTs หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ที่มาจากงานวิจัย RCTs

Level II หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย RCTs

Level III หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี (แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

Level IV หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study (ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี)

Level V หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของงานวิจัยแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนาหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4.5 สรุปผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assessment of Included Studies)

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด และผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout-overholt (2005) พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 2 คืองานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trial 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 3 คืองานวิจัยที่เป็น Quasi-Experimental 1 เรื่อง และงานวิจัยระดับ 4 คืองานวิจัยที่เป็น One Group Repeated Measures 1 เรื่อง และเป็น One Group Pretest-Posttest 2 เรื่อง ดังต่อไปนี้

เรื่องที่ 1

Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor, R L., et al. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (11), 1934-1942. Randomized Control Trial Level II. เรื่องที่ 2

Evins, A. E., Mays, V. K., Rigotti, N. A., Tisdale, T., Cather, C., Goff, D. C. (2001) A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for Smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine and Tobacco Research*, (3) 397-403. Quasi Study Level III.

เรื่องที่ 3

Evins, A. E., Cather, C., Rigotti, N. A., Freudenreich, O., Henderson, D. C., Olm-Shipman, C. M., et al. (2004). Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: Increased rates of smoking cessation or reduction. *Journal Clinical Psychiatry*, 65 (3), 307-311. One group Repeated Measures Level IV.

เรื่องที่ 4

Weiner, E., Ball, P., Summerfelt, A., Gold, J., & Buchanan, R. (2006). Effect of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *American Journal of psychiatry*, 158 (4), 635–637. One group pre-test post-test Level IV.

เรื่องที่ 5

Ziedonis, D. M., & Georhe, T. P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: Report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues: *Schizophrenia Bulletin*, 2 (23), 247–254. One group pre- test post-test Level IV.

4.6 การวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากศึกษาทบทวนงานวิจัยทั้ง 5 เรื่องแล้วพบว่าเนื้อหาตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและมีแนวทางในการบำบัดเป็นไปในทางเดียวกันคือใช้แนวคิดทฤษฎีการสัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (MI และ CBT) จำนวนงานวิจัยมีเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดใส่ตารางเพื่อสกัดข้อมูลมาเขียนเป็นข้อเสนอแนะ รวมทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ต่อไป

4.7 การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Reviews)

นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

1. จิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งทำวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดผู้ติดบุหรี่ 1 ท่าน
3. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสถาบันธัญญ์ 1 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป

5. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าแนวคิดในการส่งเสริมการหยุดหรือลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ทั้งการบำบัดด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ การส่งเสริมและฝึกทักษะในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัจจัยที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์ลดโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ โดยการบำบัดทางจิตสังคมจะนำแนวคิดทั้งสองแนวคิดมาร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการบำบัดซึ่งได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ(The Motivation interviewing) และการบำบัดการรู้คิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) มาใช้ในการบำบัดเพื่อส่งเสริมการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีขั้นตอนการบำบัดโดยรวม ดังนี้ (Level IV)

1. การสร้างแรงจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. การทำให้มั่นคงยึดมั่นในคำสัญญา
3. การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่
4. แผนการกำหนดวันลดและหยุดสูบบุหรี่
5. การติดตามและทบทวนยุทธวิธีในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่นำไปสู่การสูบบุหรี่และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำหรือกลับไปสูบบุหรี่มากกว่าที่ตั้งใจไว้

6. การวางแผนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างสรรค์และดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่

ลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการบำบัด ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเภททางอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตาม ICD – 10 หรือ DSM-IV-TR ที่ได้รับการบำบัดและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการทางจิตไม่รุนแรง (non acute psychotic disorder) (Level II) และไม่สูญเสียความคิดและความจำ สำหรับผู้ป่วยที่จะบำบัดด้วยยาบิวโพรไพออน (Bupropion) จะต้องไม่มีประวัติชักหรืออาการ angina หรือ Contradiction ในการใช้ยาอื่นๆ (Level III)

2. ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 18 – 60 ปี) (Level II)

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ตั้งแต่สูบบุหรี่ปานกลางขึ้นไป (เฉลี่ยสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 15 มวนต่อวัน) (Level II)

4. มีความสนใจและต้องการที่จะหยุดหรือลดการสูบบุหรี่หรือเคยพยายามที่จะหยุดสูบบุหรี่ หรือเคยได้รับการบำบัดทั้งโดยยาและจิตสังคมบำบัดมาแล้วก็ได้ และสมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัด (Level II)

คุณสมบัติผู้บำบัด

1. ผู้ให้การบำบัด / รักษาด้วยยา คือ จิตแพทย์ (Level II)

2. ผู้บำบัดทางจิตสังคม เป็นพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา หรือเป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผ่านการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (Level III) (Cognitive behavioral therapy) และแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Motivation interviewing) (Level II)

3. ผู้บำบัดต้องมีท่าทางสุภาพนุ่มนวล สุขุมเยือกเย็นและมีลักษณะที่มั่นคง (consistently positive) กระปรี้กระเปร่า (energetic) เป็นผู้ที่มองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี (optimistic) เป็นผู้ที่ร่วมให้กำลังใจเป็นระยะๆ (supportive) (Level II) มีความกระตือรือร้น (enthusiastic) ยอมรับในตัวผู้ป่วย (recognized) และชื่นชมผู้อื่นได้ (praised) และสามารถที่จะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าพวกเขามีอิทธิพลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Influence his/her own behavioral) ได้ (Level IV)

รูปแบบของการบำบัด

การบำบัดด้วยยา (Pharmacology treatment)

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มใช้บุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นและสูบบุหรี่ในปริมาณมาก ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มักใช้การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกันเสมอ ซึ่งรูปแบบของยาที่ใช้ในการบำบัดมี 1. การใช้นิโคติน 2. การใช้ยาบิวโพรไพออน โดยการบำบัดด้วยยาผู้ป่วยทุกรายจะเป็นการตกลงกันระหว่างจิตแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยว่าจะใช้การบำบัดด้วยยาชนิดใด โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านการตรวจร่างกายและซักประวัติโรคประจำตัวเนื่องจากยาบางชนิดมีข้อจำกัดในการใช้ อาจมีผลแทรกซ้อนกับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางโรคได้ และขนาดของยาที่ใช้แพทย์จะพิจารณาเป็นรายบุคคล ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดบุหรี่ ซึ่งรูปแบบการบำบัดด้วยการใช้ยาแต่ละชนิดจึงมีแนวทางดังนี้ (Baker et al., Level II; Evins et al., Level III)

1. รูปแบบของการบำบัดด้วยยาบิวโพรไพออน (Bupropion)

ควรให้ยาลงหลังจากการบำบัดทางจิตสังคมไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ หรือให้ยาก่อนวันที่ผู้ป่วยจะหยุดสูบบุหรี่ครั้งแรก ทั้งนี้ก็เพื่อให้มีระดับยาในกระแสโลหิตเพียงพอที่จะควบคุมอาการอยากบุหรี่ และลดความทรมานจากอาการถอนฤทธิ์ยาได้ (Evins et al., Level III)

2. การใช้นิโคตินทดแทน มีหลักและแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

2.1 จะให้นิโคตินชนิดทดแทนหลังจากที่ผู้เข้ารับการบำบัดให้คำมั่นสัญญาและกำหนดวันลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ และเริ่มจะหยุดสูบบุหรี่แล้ว (Baker et al., Level II)

2.2 ขนาดที่ให้ในการบำบัดจะให้ขนาดสูงในช่วงสัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดขนาดของยาลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหยุดไปเลย (Baker et al., Level II)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การบำบัดโดยวิธีนี้สามารถนำมาปฏิบัติได้ทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม รูปแบบของการบำบัดจะแบ่งออกเป็น 6 ระยะ กิจกรรมการบำบัดประมาณ 6 - 10 ครั้งโดยห่างกันครั้งละ 1 - 2 สัปดาห์ การจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะให้การบำบัดเพียง 1-2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่มีความเสื่อมของการรู้คิด การสูญเสียสมาธิและความจำง่าย ดังนั้นในการบำบัดควรมี คู่มือ อุปกรณ์หรือสมุดบันทึกข้อมูลที่สำคัญ และสมุดการบ้านให้ผู้ป่วยด้วย (Level II) ซึ่งการบำบัดในแต่ละระยะมีเทคนิคและวิธีการดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 - 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที แต่ควรจะมีการประเมินแรงจูงใจ

ของผู้เข้ารับการบำบัดถ้าผู้เข้ารับการบำบัดมีแรงจูงใจพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่อาจใช้เวลาในการบำบัดสั้นลง แต่ถ้าผู้เข้ารับการบำบัดไม่มีแรงจูงใจอาจใช้เวลาในการสร้างแรงจูงใจ 1 - 4 สัปดาห์จึงจะได้ผล

ระยะนี้เป็นช่วงเริ่มต้นของการบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความรู้สึกในผลของการสูบบุหรี่ทั้งต่อตนเองและสังคมและเกิดแรงจูงใจ ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Level III) ผู้บำบัดจะใช้วิธีการสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัด และผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น (Level II) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้บำบัดแนะนำโปรแกรมบอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงระยะเวลาในการบำบัดและกิจกรรมต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ทำการบำบัด (Level IV)

2. สร้างความตระหนักและใคร่ครวญเห็นถึงผลของการหยุดสูบบุหรี่มากกว่าการไม่สูบบุหรี่ต่อผู้เข้ารับการบำบัดโดย (Level II)

2.1 กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดบอกถึงผลดีผลเสียของการสูบบุหรี่ การสะท้อนข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยก่อนการบำบัด เพื่อให้เห็นถึงความเสี่ยงของปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีทั้งต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว คนใกล้ชิดทั้งผลระยะสั้นและผลระยะยาว และผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตในอนาคต ภาพพจน์ของตนเองในสายตาของคนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งชี้ให้เห็นถึงผลของบุหรี่ต่อการรักษาด้วยยาต้าน โรคริด เส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดตัดสินใจได้เองซึ่งจะทำให้แรงจูงใจมีความแรงกล้ามั่นคง (Level II)

2.2 ให้ผู้เข้ารับการบำบัดค้นหาสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ตนเองสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมีสาเหตุแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2.3 ให้ผู้เข้ารับการบำบัดบอกถึงอุปสรรคหรือปัจจัยขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถหยุดหรือลดการสูบบุหรี่ได้ ถ้าผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถบอกอุปสรรคได้ด้วยตัวเองอาจให้ผู้เข้ารับการบำบัดรายอื่นที่มีประสบการณ์ยกตัวอย่างให้เห็นก็ได้

2.4 ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดหาวิธีการหยุดหรือลดการสูบบุหรี่ของตนเอง

ระยะที่ 2 การทำให้มั่นคงยึดมั่นในคำสัญญา ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที

การบำบัดในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ และ ส่งเสริมตั้งใจ ความแน่วแน่ในการที่จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่ เป็นระยะที่ผู้บำบัดส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดสร้างพันธะสัญญาทางพฤติกรรมขึ้นโดยเน้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดตระหนักใน

ความเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และรับผิดชอบในข้อผูกพันของพฤติกรรมนั้น โดยใช้เทคนิคและวิธีการดังนี้ (Level II)

1. ผู้บำบัดถามย้ำเน้นความตั้งใจของผู้เข้ารับการบำบัดอีกครั้งถึงความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดบอกถึงเป้าหมายของการหยุดสูบบุหรี่ต่อแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตหรือต่อสิ่งสำคัญในชีวิตว่าถ้าสามารถลดหรือหยุดสูบบุหรี่ได้จะมีผลต่อเป้าหมายชีวิตอย่างไรบ้าง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงและแน่วแน่ในคำสัญญา
3. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายทบทวนหรือบอกถึงเหตุปัจจัยที่กระตุ้นให้ตนเองสูบบุหรี่และอุปสรรคที่ขัดขวางการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ที่ผ่านมา
4. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดและวางแผนการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ขึ้นด้วยตัวเองว่าจะมีระเบียบปฏิบัติอย่างไรในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ในครั้งนี้
5. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายหรือบอกถึงแผนในการหยุดสูบบุหรี่ว่ามีแผนหรือวิธีการอย่างไรบ้าง
6. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายหรือบอกวิธีการตัดใจให้ขาดจากบุหรี่
7. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายและบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหาคือช่วยส่งเสริมให้ลดหรือหยุดการสูบบุหรี่
8. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายเกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่และ โอกาสที่จะละเมิดกลับไปสูบบุหรี่

ระยะที่ 3 การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและสถานการณ์เสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 - 2 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที

การบำบัดในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้จักวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นหรือเผชิญกับตัวกระตุ้นในเชิงสร้างสรรค์ รวมถึงการควบคุมความคิดหรือพฤติกรรมเมื่อมีสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่โดยใช้วิธีการดังต่อไปนี้ (Level II)

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดอภิปรายทบทวนถึงสาเหตุหรือสิ่งที่กระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคลว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่นำไปสู่การสูบบุหรี่
2. ผู้บำบัด สอน / แนะนำ / ฝึกทักษะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้จักเผชิญกับอาการถอนนิโคตินและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล เช่น เห็นสถานการณ์ที่เคยสูบ ระหว่างดื่มสุรา เห็นบุหรี่ ไฟแช็ค ที่เขียนบุหรี่ ไม้จูดหรืออุปกรณ์การสูบบุหรี่อื่นๆ สถานที่ / เวลาที่เคยสูบบ่อยๆ เพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ด้วยกัน หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล

ความรู้สึกลอยากสูบบุหรี่รวมทั้งการฝึกทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ เช่น ฝึกทักษะการปฏิเสธบุหรี่ การแสดงออกที่เหมาะสม และการจัดการกับอาการถอนฤทธิ์ยา

ระยะที่ 4 แผนการกำหนดวันลดและหยุดสูบบุหรี่ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้งใช้เวลา 45 - 60 นาที

เป็นระยะที่เข้าสู่การปฏิบัติเพื่อลดและหยุดสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้บำบัดจึงให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดวางแผนการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ที่แน่นอนด้วยความเต็มใจ โดยไม่ล้งเล โดยมียุทธวิธีดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลือกหรือกำหนดวันหยุดหรือลดการสูบบุหรี่เองซึ่งผู้บำบัดอาจชี้นำให้เห็นถึงวันที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อผู้เข้ารับการบำบัด (Level II)
2. ให้คนใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญมาช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่ (ถ้ามีการร้องขอจากผู้เข้ารับการบำบัด) (Level II)
3. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดเรียนรู้กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ท้าทายที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ (Level III)
4. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนแผนและวิธีการในการลดหรือหยุดสูบบุหรี่
5. ให้กำลังใจและส่งเสริมสมรรถนะหรือความสามารถของผู้เข้ารับการบำบัดให้มีความเข้มแข็งให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ในการที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้นำไปสู่การสูบบุหรี่ อาจเสริมแรงใจโดยการให้รางวัลหรือสิ่งของที่เป็นรูปธรรม การให้กำลังใจตนเอง และให้ผู้เข้ารับการบำบัดรายงานความก้าวหน้า ในครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมงของการลดและหยุดสูบบุหรี่เพื่อส่งเสริมให้เห็นผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าว และแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถลดหรือหยุดสูบบุหรี่ได้ (Level III)

ระยะที่ 5 การติดตามและทบทวนยุทธวิธีในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่นำไปสู่การสูบบุหรี่และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถควบคุมตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำหรือกลับไปสูบบุหรี่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 2 - 3 ครั้งๆ ละ 45 - 60 นาที

การบำบัดในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้ถึงศักยภาพและความสามารถของตนเองในการที่จะยับยั้งหรือควบคุมตนเองให้พ้นฝ่าอุปสรรคต่างๆ ที่มาปลุกเร้าให้หลุดพ้นจากความรู้สึกลอยากกลับไปสูบบุหรี่ (Level II) โดยใช้เทคนิคและวิธีการดังนี้

1. ให้ผู้เข้ารับการบำบัดทบทวนความก้าวหน้า กลยุทธ์ เทคนิค ในการจัดการกับอาการขาดนิโคตินและสถานการณ์เสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ เช่น วิธีจัดการเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่โดยการแสดงบทบาทสมมติ

2. ให้ผู้รับการบำบัดทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ ประโยชน์ต่อตนเอง / ครอบครัว / คนรัก / คนใกล้ชิด / สังคมประเทศชาติ หรือทำให้เกิดความสุข / ความภาคภูมิใจ / ความมีคุณค่า / ความมั่นใจ

3. ผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่ปัญหาของผู้รับการบำบัดในการหยุดสูบบุหรี่ที่ผ่านมา และพิจารณาว่า ได้ใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างที่ช่วยให้สามารถดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ไว้ได้

4. ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดให้แรงเสริมตนเองเช่น ให้รางวัลกับความสำเร็จ และการดำรงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ การชื่นชมตนเอง เน้นให้เห็นความสำคัญของการดำรงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ไว้ ทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการลดหรือหยุดสูบบุหรี่

ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ให้กระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่จะหยุดสูบบุหรี่อย่างแน่อนอีกครั้ง ควรให้กำลังใจและเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการกลับไปสูบบุหรี่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการล้มเหลว แต่สามารถนำประสบการณ์มาเป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้และนำมาปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำในอนาคต

ระยะที่ 6 การวางแผนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและปรับแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุลและสร้างสรรค์ ระยะนี้ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 1 ครั้งและอาจมีการติดตามการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สมดุลอีก 1 - 2 ครั้งๆ ละ 45 - 60 นาทีห่างกันครั้งละประมาณ 2 สัปดาห์

ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของการบำบัดที่ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเปิดเผยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้แผนการที่จะหยุดสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถกลับไปปรับใช้ในการป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้ห่างไกลจากบุหรี่ (Level II)

1. ให้ผู้รับการบำบัดสำรวจถึงผลการบำบัดที่ผ่านมา
2. ให้ผู้รับการบำบัดสำรวจและระบุถึงเหตุผลสำคัญในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำที่ผ่านมา
3. ให้ผู้รับการบำบัดวางแผนการในอนาคตในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ
4. ผู้บำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงสถานการณ์เสี่ยง ที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และให้คำนึงถึงสิ่งที่ตามมาเมื่อกลับมาสูบบุหรี่อีก
5. ให้ผู้รับการบำบัดคิดและวางแผนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมที่ทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำปรับวิถีการดำเนินชีวิต ทั้งกิจกรรมส่วนตัว การทำงาน การพักผ่อน และกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่การไปงานเลี้ยงสังสรรค์

การติดตามหลังการบำบัด

1. ระยะเวลาในการติดตาม หลังการบำบัดครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน (Level II) และการติดตามผลควรส่งเสริมกำลังใจ และส่งเสริมความเชื่อมั่นในพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ที่ดีขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า หลังการบำบัดระยะยาวมีผู้เข้ารับการบำบัดส่วนหนึ่งหยุดสูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้นกว่าหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที (Level IV)
2. วิธีการติดตาม ใช้การติดตามได้หลายวิธี ทั้งให้ผู้เข้ารับการบำบัดมาติดตามที่ศูนย์บำบัดหรือติดตาม ทางจดหมายหรือทางโทรศัพท์หรือการติดตามเยี่ยมที่บ้าน (Level II)

วิธีการประเมินผลการบำบัด

1. ประเมินผลลัทธิอัตราการลดหรือหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate) โดยยืนยันผลด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ขณะหายใจออกโดยใช้ A Micro 11 smokerlyser (Level II)
2. ประเมินระดับการพึ่งพานิโคติน โดยใช้ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Baker et al., Level II)

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

8.1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 5 เรื่อง แนวคิดและวิธีการบำบัดที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เคยนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมาก่อน จึงควรดำเนินโครงการนำร่องเพื่อประเมินทั้งกระบวนการผลลัพธ์และประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าและความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัด และบุคลากรในทีมเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข แนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะที่จะนำไปใช้กับบริบทของหน่วยงานต่อไป

8.2 เสนอผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ต่อผู้บริหารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเพื่อพิจารณานำแนวปฏิบัติเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำต่อไป

9. ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

- 9.1 วัน เดือน ปี ที่สร้าง: 16 กันยายน 2552
- 9.2 ผู้สร้าง: นายธีรวิทย์ คล่องใจ
- 9.3 อาจารย์ที่ปรึกษา:
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร
 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิศรัตน์

9.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์สนทรรศ บุญราทีจ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์ ดร. ฝ่องศรี ศรีมรกต อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล

ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นางคุณิย์ ชาญปริษา พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการสถาบันธัญรักษ์



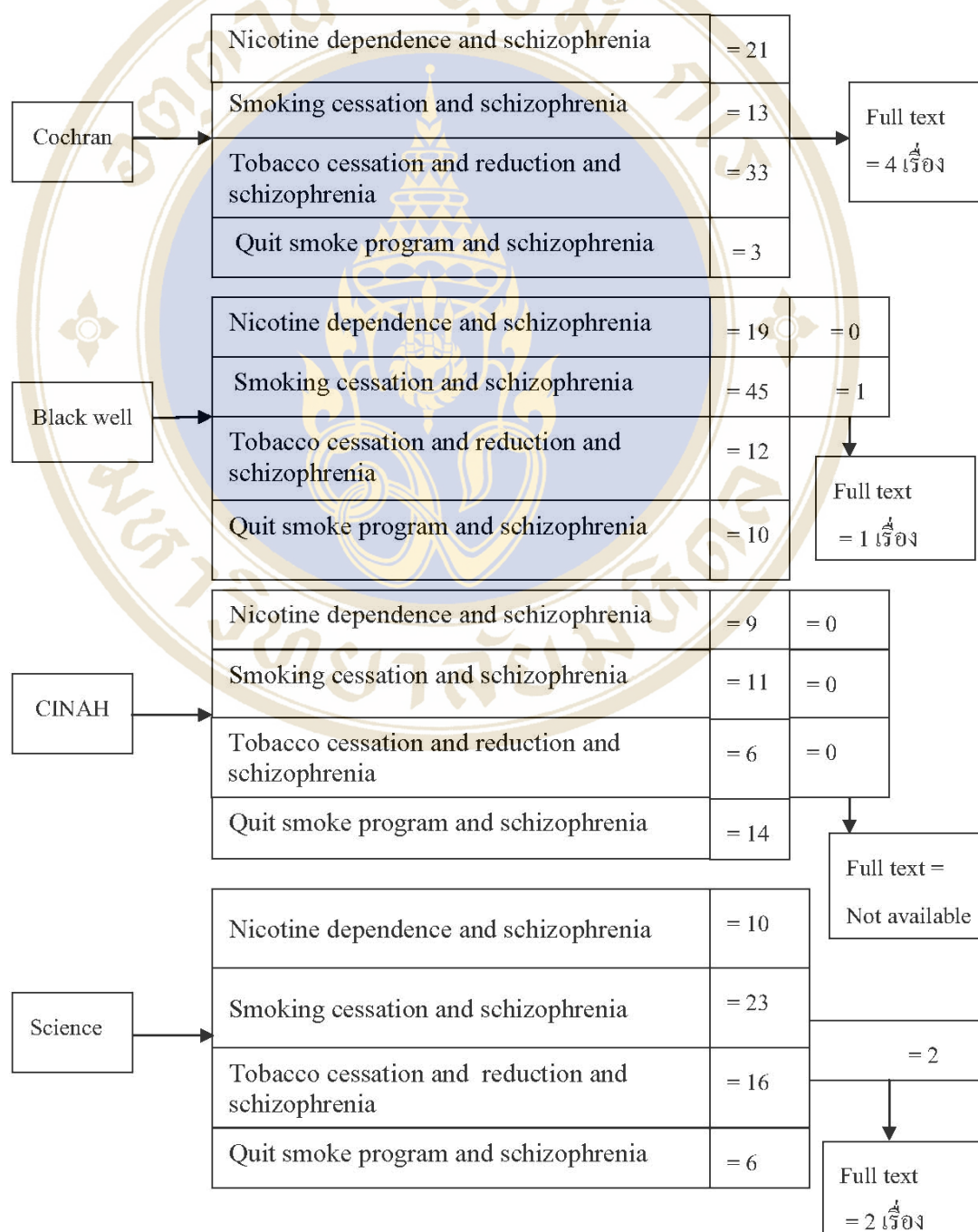
ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดและหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านดังมีรายนามต่อไปนี้

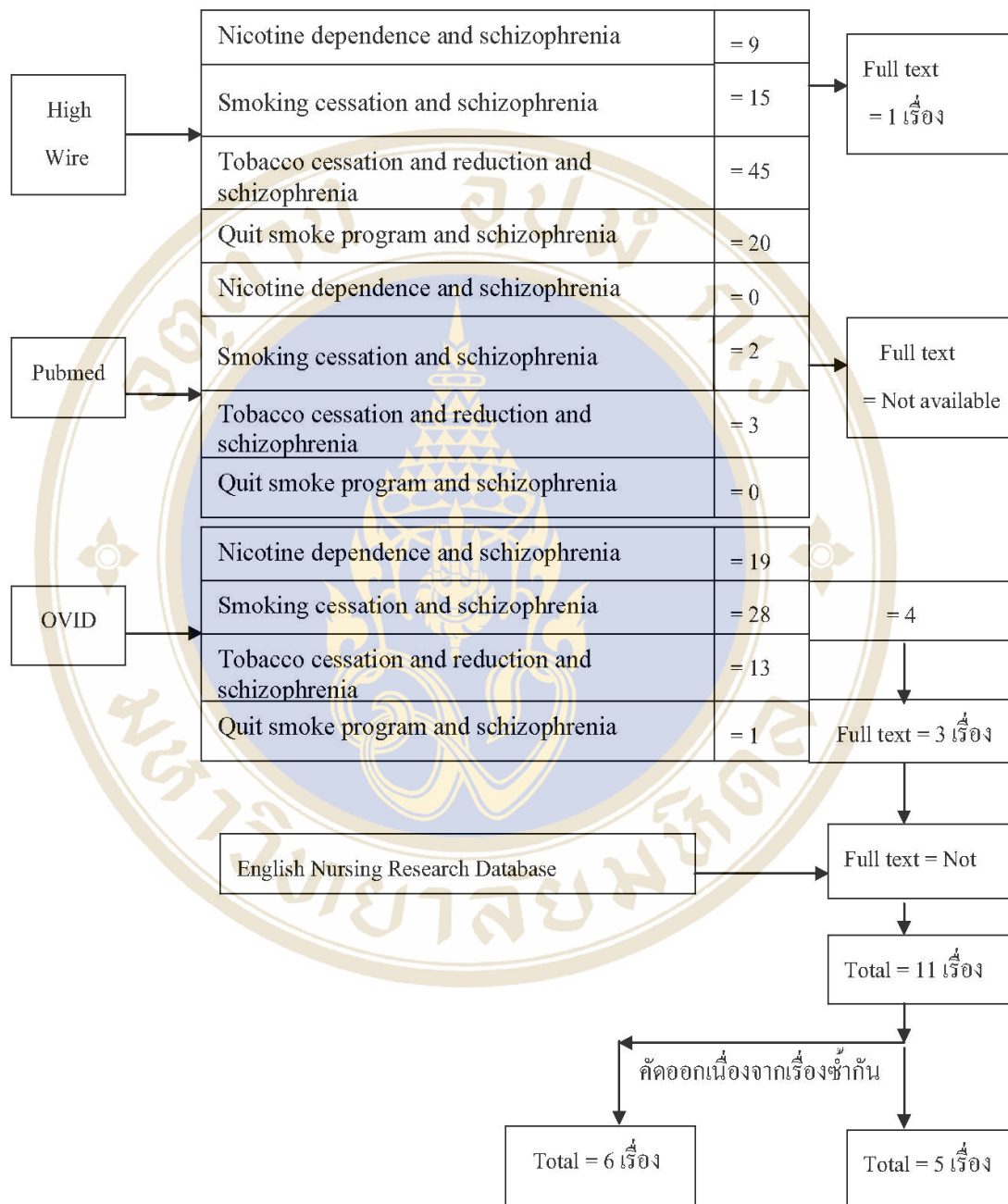
1. นายแพทย์สนทรรศ บุษราทิจ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต RN., D.N.S. อาจารย์พยาบาลประจำ
ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล
เลขาธิการเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
3. นางคุณฉิย์ ชาญปริชา พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการสถาบันรัชรักษ์

ภาคผนวก ก

แผนภูมิ 1 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์



แผนภูมิ 1 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ต่อ)



ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ชื่อเรื่อง	A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic.
ชื่อผู้แต่ง	Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor L., et al.
แหล่งที่พิมพ์	American Journal of Psychiatry, 2006, 11, 1934-1942.

วัตถุประสงค์	การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อเปรียบเทียบการให้การบำบัดทางจิตสังคมโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (motivational interviewing and cognitive behavior therapy) ร่วมกับบำบัดด้วยนิโคตินทดแทนกับการดูแลตามปกติเพื่อลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต 2. เพื่อประเมินผลการบำบัดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดในครั้งนี้เป็นผู้สูบบุหรี่ที่มีความผิดปกติทางจิตที่อาการไม่รุนแรงจำนวน 298 คนจากคลินิกย้อสเตอร์เลียและจากเมืองนิวคาสเซิล นิวเซาธ์เวลส์ออสเตรเลีย เป็นผู้ป่วยที่รับมาจากหน่วยงานบริการสุขภาพชุมชนร้อยละ 82.2 หน่วยงานผู้ป่วยในจิตเวช 8.3 และสถาบันฯ ปรสาทวิทยาศาสตร์จิตเภทและผู้ลงทะเบียนที่เป็นพันธมิตรทางการรักษา (Therapeutic alliance) ที่มีความผิดปกติทางจิตเภทร้อยละ 7.0 ผู้ที่เข้าร่วมเกณฑ์มาจากหน่วยงานผู้ป่วยในที่ได้รับการติดต่อหลังจำหน่ายได้ 2 เดือน และได้รับการเชิญให้มาเข้าร่วมเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดมีดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี 2. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัดสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 15 มวนต่อวัน 3. ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการบำบัดต้องได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามระบบ ICD – 10

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการ วิจัย (ต่อ)	เกณฑ์ในการคัดออก 1. ผู้ป่วยที่ปัจจุบันกำลังใช้نيโคตินชนิดแผ่นแปะ 2. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกำลังมีอาการทางจิตรุนแรง 3. และผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการรับรู้ 4. ผู้เข้ารับการรักษาที่ไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดต่อเนื่องกัน 3 ครั้งจะถูกพิจารณาให้ออกจากโปรแกรมการบำบัดกลางคัน
Setting ของ งานวิจัย	ศูนย์การศึกษาค้นคว้าสุขภาพจิตมหาวิทยาลัยนิวคาสเซิลและศูนย์สุขภาพจิต นิวอิงแลนด์(The Center For Mental Health Studies: University of Newcastle and Hunter New England Mental Health)และและมหาวิทยาลัยนิวเซาท์เวลส์ (The University of New South Wales)
ระเบียบวิธี วิจัย/ ระดับ ของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยเชิงทดลองโดยการสุ่ม (Randomized Controlled Trial) เป็นงานวิจัยระดับ II
วิธีการบำบัด	รูปแบบ / วิธีการบำบัด เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มทดลองและ 2. กลุ่มเปรียบเทียบ การเตรียมก่อนบำบัด หลังจากที่ผู้เข้ารับการบำบัดลงชื่อยินยอมและได้รับการสัมภาษณ์ประเมิน ข้อมูลเบื้องต้นเสร็จแล้วจะได้รับการกำหนดให้สุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดย มี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การบำบัดในแต่ละกลุ่มมีดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้ การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมร่วมกับการบำบัดโดยการใช้นิโคติน ทดแทน ร่วมไปกับการรักษาปกติ และได้รับคู่มือเพื่อสนับสนุนการหยุดสูบบุหรี่ (The SANE smoke free self – help booklets) กลุ่มที่ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการให้การดูแลและการรักษาตามปกติและ ได้รับคู่มือเพื่อสนับสนุนการหยุดสูบบุหรี่ (The SANE smoke free self – help booklets) ด้วยเช่นกัน และให้ทำแผนปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้บำบัดจะส่ง จดหมายแจ้งกับผู้เข้ารับการบำบัดจะประเมินและติดตามผลจัดกระทำโดยทีม วิจัย

วิธีการบำบัด (ต่อ)	ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการเฉพาะราย และจิตแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทุกคนจะได้รับจะได้รับจดหมายเพื่อแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยได้เข้าโครงการทดลองนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทุกคนจะได้รับเงิน 20 ปอนด์สำหรับเป็นค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการมาเข้าร่วมการบำบัดแต่ละครั้ง และการมารับประเมินผลในแต่ละครั้ง วิธีการบำบัด ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและการใช้การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Motivation Interviewing and cognitive behavior therapy) โปรแกรมการบำบัดเป็นแบบรายบุคคลโดยผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้ว และมีคู่มือการบำบัด รวมทั้งจะได้รับการนิเทศจากนักจิตวิทยาคลินิกอาวุโส (Amanda Baker) ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมจิตวิทยา การบำบัดใช้เวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ติดตามกระตุ้น 2 ช่วงในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 10 (รวมช่วงเวลาที่ใช้ในการบำบัด ทั้งหมด 8 ครั้ง) สาระสำคัญในแต่ละช่วงเวลาของการบำบัดสรุปได้ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยการสะท้อนข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากการประเมินก่อนการทดลอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ทั้งผลบวกและผลลบของการสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมความตระหนักในผลของการสูบบุหรี่และให้เอกสารประกอบ “การช่วยตัวเองให้หลุดพ้นจากการสูบบุหรี่” ของ SANE การตั้งเป้าหมายในการหยุดสูบ การวางแผนการบำบัด และการมอบหมายการบ้าน สัปดาห์ที่ 2 การให้คำมั่นสัญญา (Commitment) ลดและหยุดการสูบบุหรี่ การวางแผนป้องกันตนเอง การสำรวจและประเมินปัจจัยกระตุ้นให้สูบบุหรี่ของตนเอง การเรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ ให้ความรู้การเผชิญปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นเหล่านั้น ทบทวนกิจกรรมและการบ้านที่มอบหมายให้ไปทำในสัปดาห์ที่แล้ว การวางแผนหยุดสูบบุหรี่ การแนะนำให้รู้จักเผชิญกับสิ่งกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ แผนการล่วงหน้าเมื่อเกิดความอยากสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการถอนฤทธิ์ยา และการมอบหมายการบ้าน สัปดาห์ที่ 3 การเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ตามแนวคิดของการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม โดยการทบทวนและการจัดการกับอาการถอนฤทธิ์ยา การกำหนดวันที่จะหยุด
-------------------------------	--

วิธีการบำบัด (ต่อ)	สูบบุหรี่ การตัดสินใจใช้นิโคตินทดแทนในการบำบัด การให้บุคคลสำคัญในชีวิตมาช่วยสนับสนุน (ถ้ามีการร้องขอ) การตัดสินใจที่จะหยุด/ผลของการกลับไปสูบบุหรี่ การชี้ให้เห็นถึงการทำหาย /การลองกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ซึ่งเป็นผลจากการมีความคิดเชิงลบ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุผลสมผล และการเริ่มวางแผนใช้นิโคตินชนิดแผ่นแปะ เมื่อตัดสินใจที่จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่ สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนยุทธวิธีในการคิดและส่งเสริมทักษะการคิดในการจัดการกับสภาพหรือปัญหาที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ การอภิปรายถึงความคิดที่ไม่สมเหตุผลที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ และการพัฒนาทักษะเฉพาะบุคคลและพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล และจัดหาโคตินชนิดแผ่นแปะ (วันละ 21 มิลลิกรัม เป็นเวลา 7 วัน) ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนสิ่งที่ทำให้เข้มแข็งและฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่นการ ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะการปฏิเสธบุหรี่ การฝึกทักษะในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการกับความเครียด และจัดหาโคตินชนิดแผ่นแปะ (วันละ 21 มิลลิกรัม เป็นเวลา 7 วัน) สัปดาห์ที่ 6 การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและการปรับเปลี่ยนวิถีทางในการดำเนินชีวิตที่สมดุลเพื่อเพิ่มความสุขชีวิตและลดโอกาสเผชิญสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ รวมถึงการจูงใจตนเองโดยการให้เหตุผลหลักในการการไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำและให้กำลังใจในการที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์เสี่ยงที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ การคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาในภายหลังการกลับไปสูบบุหรี่และจัดหาโคตินชนิดแผ่นแปะทดแทนโดยให้วันละ 21 มิลลิกรัมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 8 เป็นช่วงของการบำบัดที่เป็นการกระตุ้นครั้งที่ 1 โดยการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในสองสัปดาห์ก่อนและแผนในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และให้กำลังใจในการดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ การอภิปรายเกี่ยวกับการบำบัดด้วยนิโคตินทดแทนที่มีขนาดเล็กเรียวลง,และจัดหาโคตินชนิดแผ่นแปะทดแทนโดยให้ขนาด 21 มิลลิกรัมเป็นเวลา 1 สัปดาห์และให้ต่ออีกขนาด 14 มิลลิกรัมเป็นเวลา 1 สัปดาห์
-------------------------------	---

วิธีการบำบัด (ต่อ)	สัปดาห์ที่ 10 เป็นการกระตุ้นครั้งที่ 2 เป็นการทบทวนกิจกรรมในสองสัปดาห์ก่อนและแผนในการป้องกันการกลับมาเสพซ้ำและจัดนิโคตินแผ่นทดแทนโดยยังคงเหลือการนิโคตินแผ่นปะทดแทนขนาด 14 มิลลิกรัมต่อวันทุกๆ 1 สัปดาห์ และให้ขนาด 7 มิลลิกรัมต่อวันอีก 2 สัปดาห์
การวัดและ ประเมินผล ผลการวิจัย	การประเมินวินิจัยโรค การประเมินอาการทางจิตถูกกำหนดขึ้นโดยวิธีการใช้แบบสัมภาษณ์อาการทางจิต การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างนั้นใช้เพื่อยืนยันการวินิจฉัยเกณฑ์ที่เกี่ยวกับโรคทางจิต (The Operational Criteria for Psychosis) และการแยกประเภทโรคทางจิต การสัมภาษณ์จำแนกอาการทางจิตกระทำพร้อมไปกับการเก็บข้อมูลลักษณะประชากร ประวัติการปรับตัวก่อนการเจ็บป่วย อาการปัจจุบัน และการรักษา หน้าที่ทางสังคมและแหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตแบ่งออกเป็นยาต้านโรคจิตแบบเดิมกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การประเมินผลการวิจัย 1. ประเมินผลลัพธ์การสูบบุหรี่ อันดับแรก เป็นการประเมินการหยุดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) ในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 และอัตราการหยุดสูบบุหรี่ 7 วันก่อนวันประเมิน (Point – Prevalence Abstinent) อันดับที่สอง ประเมินอัตราการลดการสูบบุหรี่ซึ่งจะต้องลดการสูบลงร้อยละ 50 ของก่อนเข้ารับการบำบัดและจะได้รับการตรวจสอบยืนยันระดับค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ขณะหายใจออกด้วยเครื่องวัด A Micro II Smokerlyser ถ้าระดับค่าคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 10 ppm แสดงว่าผู้เข้ารับการบำบัดไม่น่าจะสูบบุหรี่ภายใน 8 ชั่วโมง การประเมินจะทำในเดือนที่ 3, 6, และเดือนที่ 12 2. ประเมินการพึ่งพาระดับนิโคติน ประเมินผลโดยใช้แบบวัดระดับการพึ่งพานิโคตินของ Fagerstrom Test For Nicotine Dependence 3. การประเมินแรงจูงใจให้หยุดสูบบุหรี่ ประเมินผลโดยใช้แบบวัดสำเร็จรูปซึ่งมี 11 ข้อคำถาม และคำถามที่ทำให้เกิดการจูงใจให้สูบบุหรี่ได้จัดเตรียมไว้ เป็นขั้นตอนตามการแบ่งระดับของแบบวัดอย่างละเอียด เรียงลำดับจาก 0 (ระดับคะแนน 1 เป็นระยะไตร่ตรอง หมายถึงไม่มีความพยายามที่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่มีความพยายามที่จะลดลง) ถึง 4 (เป็น

การวัดและประเมินผลผลการวิจัย (ต่อ)	ระยะเตรียมที่จะเลิกหรือลดการสูบบุหรี่) 4. การประเมินพยาธิสภาพทางจิตและคุณภาพชีวิต 4.1 ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการจิตแบบย่อ ซึ่งมี 24 ข้อคำถาม (Brief Psychotic Rating Scale) 4.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินของเบค II และการประเมินสภาวะวิตกกังวลที่เป็นเฉพาะก็ใช้แบบประเมินของเบค (State –Traid Anxiety Inventory) การประเมินหน้าที่ทั่วไปวัดโดยใช้แบบ Iสำรวจย่อซึ่งมี 12 ข้อคำถาม ซึ่งจะประกอบเป็นคะแนนองค์ประกอบทางด้านร่างกายและคะแนนองค์ประกอบทางด้านจิตใจ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งมาเข้าโปรแกรมการบำบัดทั้งหมด 473 คน ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 113 คิดเป็นร้อยละ 23.9 คนในขณะที่มีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอีก 62 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 เหลือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทั้งสิ้น 298 คนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตด้วยระบบ ICD - 10 ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีเข้าบำบัดน้อยกว่า 5 ครั้ง 35 คนคิดเป็น 23.8% กลุ่มทดลองมีเข้าบำบัด 5-7 ครั้ง 42 คน คิดเป็น 28.6% กลุ่มทดลองมีเข้าบำบัด ครบ 8 ครั้ง 70 คน คิดเป็น 47.6% 1. ประเมินผลลัพธ์การสูบบุหรี่ 1.1 การหยุดสูบอย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) และการหยุดบุหรี่ 7 วันก่อนวันประเมิน (Point –Prevalence abstinent) ในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน 1.2 การลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 50 ของก่อนการทดลอง ในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองลดลงได้ร้อยละ 42 กลุ่มควบคุมลดลงได้ร้อยละ 16.6 (Odds ratio =3.89,P<0.001) 1.3 กลุ่มทดลองซึ่งเข้ารับการบำบัดครบ 8 ครั้ง พบว่าการหยุดสูบอย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) การหยุดสูบบุหรี่ 7 วันก่อนวันประเมิน (Point –Prevalence abstinent) และการลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 50 มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในเดือนที่ 3, 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
---	---

การวัดและประเมินผลการวิจัย (ต่อ)	1.4 กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการบำบัด 5-7 ครั้ง มีผลการลดการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 50 มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในเดือนที่ 3 6 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.5 กลุ่มตัวอย่างที่รายงานการหยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเอง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด 30 คนบอกว่าหยุดสูบบุหรี่ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด 20 คนบอกว่าหยุดสูบบุหรี่ได้ใน 6 เดือนและ 24 คนหยุดได้ใน 12 เดือน และพบว่าเกือบทุกคนเมื่อตรวจระดับของคาร์บอนมอนนอกไซด์ขณะหายใจออก ด้วย Micro II Smokerlyser ได้ ระดับของคาร์บอนมอนนอกไซด์น้อยกว่า 10 PPm แสดงว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดไม่น่าจะสูบบุหรี่ภายใน 8 ชั่วโมง มีเพียง 1 คน ที่ตรวจแล้วพบว่าเกิน 10 PPm เนื่องจากสูบกัญชา 2. การประเมินการพึ่งพาระดับนิโคติน ประเมินโดยใช้แบบวัดระดับการพึ่งพานิโคตินของ Fagerstrom Test For Nicotine Dependence พบว่าระดับการพึ่งนิโคติน ลดลงจากก่อนการทดลองตลอดการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ $P < 0.001$) 3. การประเมินแรงจูงใจให้หยุดสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ แรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการติดตามผลในเดือนที่ 3 ถึงเดือนที่ 12 ผลการวิจัย (ต่อ) 4. การประเมินพยาธิสภาพทางจิตและคุณภาพชีวิต 4.1 การประเมินอาการทางจิตโดยใช้ Brief Psychotic Rating Scale และ การทำหน้าที่ทางร่างกายระหว่าง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน 4.2 การประเมินสภาวะวิตกกังวลโดยใช้ State –Traid Anxiety Inventory พบว่าสภาวะวิตกกังวลลดลงจาก ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 6 ($P < 0.001$) 4.3 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินของเบค II พบว่าสภาวะซึมเศร้าลดลงจาก ก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 3 เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ($P < 0.001$) และจากการติดตามผล ในช่วงระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าทั้งผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองบางกลุ่ม ยังคงใช้ นิโคตินชนิดแผ่นปะ
---	---

การวัดและประเมินผลการวิจัย (ต่อ)	ทดแทน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เข้ารับการบำบัด 5-7 ครั้ง จะหยุดสูบบุหรี่ได้น้อย สำหรับผู้ที่เข้ารับการบำบัดไม่ถึง 5 ครั้ง ไม่มีผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้เลย ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาถึงวิธีการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดเข้ารับการบำบัดให้ครบโปรแกรม และการให้นิโคตินทดแทนขนาดสูงและระยะเวลานานพอจะช่วยลดการสูบบุหรี่ลง และในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผลลัพธ์ที่แตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมและกลุ่มใหม่ และไม่พบว่าอาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปในช่วงเข้าร่วมโปรแกรม
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	Clinical Relevance: ปัญหาการวิจัยตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข คือการหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ในสถาบัน ฯ ยังมีผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ซึ่งในจำนวนนี้มีทั้งต้องการอยากเลิกสูบและยังไม่มีแรงจูงใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ Scientific Merit: งานวิจัยฉบับนี้ตีพิมพ์ลงในวารสารจิตเวชอเมริกา (American Journal Psychiatry) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย คณะผู้ทำวิจัยมีความรู้ความชำนาญเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาคลินิก วัดประเมินผลด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีการวัดค่าเป็นตัวเลขหรือสถิติอย่างชัดเจน งานวิจัยได้รับเงินกองทุน สนับสนุนโดยศูนย์สุขภาพแห่งชาติและสภาวิจัยแพทยศาสตร์ (National Health and Medical Research Council: Grant number: 141708) สโมสรรโรตารี และสุขภาพชุมชนและวันโรคออสเตรเลีย ได้รับการจัดหา นิโคตินทดแทนฟรีโดย GlaxoSmithKline และสมุดบันทึกส่วนตัวจาก SANE Australia คุณภาพงานวิจัย เป็นงานวิจัยแบบ RCT หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ II (National Health and Medical Research Council, 1999) Implementation Potential Transferability of the finding: ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ได้จากงานวิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างบางส่วนในงานวิจัยครั้งนี้ แต่ผู้ป่วยที่เหมาะสมที่จะบำบัดโดยวิธีนี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบ การรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของตนเองดี ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีมีแรงจูงใจในการรักษาจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความร่วมมือมากยิ่งขึ้น เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานที่ต้องการให้ หน่วยงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health

การประเมิน ความเป็น ไปได้ในการ นำไปใช้ (ต่อ)	Promotion Hospital) มีนโยบายไม่อนุญาตให้ผู้รับบริการสูบบุหรี่ภายในสถาบัน ฯ การพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อการบำบัด รักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวอย่างแท้จริง ทีมสห วิชาชีพมีทิศทางเป็นไปในแนวเดียวกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เป็นอย่างดี รูปธรรม Feasibility of implementation: เป็นแนวทางปฏิบัติที่พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ในขอบเขตและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เนื่องจาก มีโปรแกรมที่ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่มีระยะและขั้นตอนที่ชัดเจน การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมมีขั้นตอนไม่ที่ ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำมาประยุกต์กับงานประจำที่ปฏิบัติอยู่เดิม แต่อาจต้อง ปรับระยะเวลาให้เหมาะสมกับนโยบายของหน่วยงานที่ต้องการให้ผู้ป่วยนอน พักรักษาแบบผู้ป่วยในสั้นที่สุด แต่ขณะเดียวกันการบำบัดรักษาต้องมี ประสิทธิภาพมากที่สุดเช่นเดียวกัน ดังนั้นอาจต้องปรับโปรแกรมให้ต่อเนื่องจากผู้ป่วยในไปสู่ผู้ป่วยนอกหรือ เริ่มโปรแกรมในผู้ป่วยนอกเลย นอกจากนี้บรรยากาศขององค์กรยังสนับสนุน การทำงานเป็นทีมและการนำแบบฉบับนี้ไปใช้ต้องเป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพ Cost-benefit ratio: การนำวิธีการไปใช้อาจมีความเสี่ยงด้านผลข้างเคียง จากการใช้นิโคตินและบิวโทโพรออน และอาจเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อนิโคติน ชนิดทดแทน แต่ถ้าทีมสหวิชาชีพต้องการเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด ผู้ป่วย จะได้รับประโยชน์อย่างมากจากการลดและหยุดสูบบุหรี่ ลดปัญหาสุขภาพกายที่ เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ ลดขนาดและปริมาณยาที่ใช้รักษาหรือจากยาที่ใช้ รักษาลดอาการขาดบุหรี่ที่ผลิตในไทย (หญ้าดอกขาว Vernomia cinerrea) ซึ่งเริ่ม ทดลองพบว่ามีผลอาจทำให้ชาลิ้น เหม็นกลิ่นบุหรี่ ไม่อยากสูบบุหรี่ (แต่ควรมี การนำมาวิจัยในสถาบันฯ ก่อนที่จะนำมาใช้จริง) ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถลดหรือ หยุดสูบบุหรี่ลงได้จะช่วยลดค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุ มาจากการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายประจำวันของผู้ป่วยต้องสูญเสียไปกับการสูบบุหรี่ การที่ผู้ป่วยจะต้องเพิ่มปริมาณและขนาดของยาที่ใช้รักษา นอกจากนี้ยังช่วยให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นไม่เป็นภาระหรือเป็นที่รังเกียจของคนสังคม
การสรุปเพื่อ	1. วิธีการดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติได้กับผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่อาการทางจิต

นำไปใช้เพื่อ แก้ปัญหา ทางคลินิก (ต่อ)	แล้วและเตรียมจำหน่ายกลับสู่สังคม 2. โปรแกรมการงดสูบบุหรี่โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการคิดใคร่ครวญและไตร่ตรองถึงผลเสียของการหยุดสูบบุหรี่และผลที่ได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ และยังเป็นการโน้มน้าว / ชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ กระบวนการสัมพันธภาพและการใช้พฤติกรรมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยนึกคิดเกิดความกระฉ่างของปัญหาที่เกิดขึ้นและมองเห็นหนทางในการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในสภาวะสุขภาพของตนเอง 3. การบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์โดยให้การบำบัดติดต่อกัน 6 สัปดาห์ การกระตุ้นและการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ 2 ครั้งห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ 4. การให้นิโคตินทดแทนเริ่มให้ในสัปดาห์ที่ 5 โดยให้ 21 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 6 ให้ 21 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 8 ให้ 21 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และ 14 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 10 ให้ 14 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และ 7 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตลอดไปจนถึงช่วงติดตามผล
--	--

- ชื่อเรื่อง A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia.
- ชื่อผู้แต่ง Evins, A. E., Mays, V. K., Rigotti, N. A., Tisdale, T., Cather, C., Goff, D. C.
- แหล่งที่พิมพ์ Nicotine and Tobacco Research, 2001, 3, 397-403.

วัตถุประสงค์	เพื่อทดสอบผลของการบำบัดด้วยการใช้ยาบิโพรไพออนร่วมกับการใช้การบำบัดแบบรู้คิด (cognitive behavior therapy) ต่อการหยุดสูบบุหรี่และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 18 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการบำบัดดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยนอกจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยการใช้เกณฑ์กำหนดตามระบบ DSM – IV 2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาจิตเวชอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ 3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายงานว่าสูบบุหรี่อย่างน้อย 1/2 ห่อต่อวันและมีความประสงค์ที่จะหยุดสูบบุหรี่ เกณฑ์การคัดออก 1. ผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังมีอาการทางจิตเฉียบพลันรุนแรง 2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติจากการได้รับการกระตุ้นจากการใช้สารเสพติด หรือมีภาวะบูลิเมีย หรือมีประวัติชัก 3. ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
Setting ของงานวิจัย	โรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยฮาวเวิร์ด
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นการศึกษาแบบ Quasi Experimental เป็นงานวิจัยระดับ III
วิธีการบำบัด	การเตรียมผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการบำบัดจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ร่วมกับการใช้ยาบิโพรไพออน 2. กลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดการรู้คิดและการปรับ

วิธีการบำบัด (ต่อ)	พฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ร่วมกับการใช้ยาหลอก ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำเบื้องต้นเรื่องการหยุดสูบบุหรี่อย่างย่อ ๆ จากทีมจิตแพทย์ที่บำบัดและเริ่มบำบัดด้วยยาและกลุ่มบำบัด วิธีการบำบัด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการกำหนดให้ยาบิวโพรไพออน 150 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลานาน 12 สัปดาห์กลุ่มควบคุมจะได้รับยาหลอกที่มีลักษณะเป็นเม็ด เหมือนกับยาบิวโพรไพออน ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม CBT ซึ่งประกอบด้วยขึ้นด้วยกิจกรรมกลุ่ม 9 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาการหยุดสูบบุหรี่และผ่านการฝึกทักษะทางการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive Behaviour Therapy) รวมทั้งได้รับคู่มือในการบำบัด โปรแกรมการบำบัดเป็นการพัฒนามาจากการผสมผสานแนวคิดโปรแกรมการบำบัดของ แอดดิงตัน แมคเคลย์รี่ กับมันโร- บลัม:1998 , เคลสเกสและคณะ: 1996, เจอเรลล์กับริคเจลี: 1999, วอชิงตัน, มอลกับพาวิก: 1997 เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความเสี่ยงของการรู้คิด ความรู้ทั่วไปการสูญเสียสมาธิ ความจำ การสูญเสียการรวบรวมข้อมูลที่ซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการกำหนดให้หยุดสูบบุหรี่ในระหว่างสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 และมีการให้แรงเสริมด้วยการให้เงินในช่วงเวลาที่เหมาะสม ช่วงการประเมินทางคลินิกและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด แนวคิดและหลักการของการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ที่พัฒนามาจาก แอดดิงตันและคณะ 1998 เน้นยุทธวิธีการให้การเสริมแรงทางบวก การส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดเรียนรู้และฝึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการฝึกกลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุหรืกับอาการทางจิต การฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองได้ ถึงแม้จะมีอาการทางจิตด้านบวกแต่ก็สามารถเรียนรู้และร่วมกิจกรรมกลุ่มในการบำบัดได้ แต่ต้องปรับกิจกรรมในการบำบัดให้ลดความซับซ้อนลง และใช้เวลาไม่มากนัก เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และความตั้งใจ (Restricted information-processing capacity) อาจทำให้เบื่อ และขาดความสนใจในกิจกรรมบำบัด การวางแผนที่ยู่ยากและ
-------------------------------	--

วิธีการบำบัด (ต่อ)	แก้ปัญหาหลายๆสถานการณ์ในเวลาเดียวกัน หรือ อาจลืมทำการบ้าน ตามแผนที่วางไว้ ได้ รูปแบบของการบำบัด ประกอบด้วยการบำบัด 8 ครั้ง ใน 7 สัปดาห์ ซึ่งเนื้อหาของการบำบัดมีดังนี้ 1. การแนะนำโปรแกรมการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 2. สร้างเสริมแรงใจ และเตรียมการหยุดสูบบุหรี่ 3. การกำหนด วันหยุดสูบบุหรี่ 4. รายงานผลของการหยุดสูบบุหรี่ในรอบ 48 ชั่วโมง (อาการที่ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ การจัดการกับภาวะเครียด ประโยชน์ของการหยุดสูบบุหรี่ และการทบทวนกลยุทธ์และเทคนิคการหยุดสูบบุหรี่) 5. ประเมินความก้าวหน้า กลยุทธ์และเทคนิคการฝึกทักษะการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ 6. ประเมินความก้าวหน้า กลยุทธ์และเทคนิคและการเรียนรู้เป็นกลุ่มเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปของสมาชิก 7. แสดงความยินดีกับความสำเร็จ และ ทบทวน กลยุทธ์และเทคนิค ที่จะใช้ในการหยุดการสูบบุหรี่ต่อไปในอนาคต
วิธีการวัด และ ประเมินผล	การวัดและประเมินผลและเครื่องมือที่ใช้ 1. ประเมินระดับอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิตย่อ (Brief Psychiatric rating scale, BPRS) 2. ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินของของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for depression; Ham D) 3. ประเมินระดับความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้อยู่ในอำนาจของจิตใจ (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS) 4. ประเมินเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วยการใช้แบบประเมิน SAFTEE ของ Guy, Wilson, Brookings, Manov, & Fjetland, 1986.
ผลการบำบัด	พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สมัครเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดมีทั้งหมด 19 คน มี 18 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่ครบ 6 เดือน มี 1 คนที่ออกจากกลุ่มก่อนที่จะมีการเข้ารับการศึกษาด้วยวิธีการใช้ยาและไม่เข้าร่วมในการวิเคราะห์ ค่าสถิติก่อนเข้ารับการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านอายุ การศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ขนาดของยาทางจิตเวชที่ใช้รักษา การสูบบุหรี่ต่อวัน และจำนวนห่อต่อปี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 คนที่ได้รับบิวโพรไพออนและกลุ่มตัวอย่าง 2 คนใช้ยาหลอกมีการเพิ่มยาต้านโรคจิตในระหว่างที่ทำการทดลองในผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่ใช้เป็นกลุ่ม ยาบิวโพรไพออน 35 ± 9 ppm กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาหลอก 27 ± 8 ppm ใน $t(16) = 2.0$, n.s. กลุ่มตัวอย่าง 5 ใน 18 คนปฏิเสธที่

ผลการบำบัด (ต่อ)	จะเจาะเลือดหาระดับโคตินินในซีรัม การศึกษาในครั้งนี้ให้ความเชื่อมั่นถึงการพิสูจน์ความจริงของระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ขณะหายใจออกด้วยการใช้วิธีประเมินจากการรายงานพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ด้วยตัวเอง 1. ผลการตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บิวโทรไพออน 3 คนและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาหลอก 1 คน ประสบความสำเร็จในการหยุดสูบ ในวันรายงานการตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์และได้น้อยกว่า 9 ppm (< 9 ppm) 2. ผลการประเมินอัตราการหยุดการสูบบุหรี่พบว่ามียกลุ่มตัวอย่าง 1 คนที่บิวโทรไพออนสามารถกำหนดวันที่หยุดสูบบุหรี่ได้ในสัปดาห์ที่ 4 และยังคงหยุดอยู่ตลอดระยะเวลาที่เข้าศึกษาในโครงการบำบัด ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาหลอกประสบความสำเร็จในการคงไว้ซึ่งการหยุดสูบบุหรี่ 3. ผลการประเมินอัตราการลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง 6 คนที่บำบัดด้วยยา และกลุ่มตัวอย่าง 1 คนที่ใช้ยาหลอกสามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ร้อยละ 50 ของก่อนการทดลอง (โดยการยืนยันพิสูจน์ความจริงจากการตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ลดลงถึงร้อยละ 30) 4. ผลการเปรียบเทียบระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บิวโทรไพออนและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา หลอกพบว่าระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ขณะหายใจออกของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บิวโทรไพออน ลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสัปดาห์ที่ 12 ($f_{1, 16} = 6.8$, $p < 0.01$) และในช่วงเวลาสำคัญสัปดาห์ที่ 24 ($f_{1, 16} = 5$, $p < 0.03$) 5. ผลการวัดระดับนิโคตินในซีรัม สัปดาห์ที่ 12 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้บิวโทรไพออนระดับนิโคตินในซีรัมลดลงจากก่อนการบำบัด 127 ± 179 ng / ml ซึ่งสอดคล้องกับการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 30 ± 38 และในกลุ่มที่ใช้ยาหลอกระดับนิโคตินเพิ่มขึ้น 13 ± 105 ng / ml และอัตรา การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ± 45 6. ผลการวัดระดับนิโคตินในซีรัม สัปดาห์ที่ 24 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้บิวโทรไพออนมีระดับนิโคตินในซีรัมลดลงจากก่อนการบำบัด 99 ± 125 ng / ml ซึ่งสอดคล้องกับการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 25 ± 37 และในกลุ่มที่ใช้ยาระดับนิโคตินเพิ่มขึ้น 33 ± 89 ng / ml และอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ± 32 ผลการประเมินอาการทางคลินิก 1. ในระหว่างระยะเวลา 3 เดือนของการบำบัดและความพยายามที่จะหยุดสูบ
-----------------------------	--

ผลการบำบัด (ต่อ)	บุหรี่ปบว่าระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ในกลุ่มที่ใช้บิวโพรไพออนลดลงและในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาหลอกมีระดับคะแนนอาการทางจิตเพิ่มขึ้นโดยค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มมีความแตกต่าง 4.2 (95 % CL, 0.4 - 8) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($f_{1, 16} = 5.6, p < 0.03$) 2. ในการ ติดตามผลใน สัปดาห์ที่ 24 ระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ในกลุ่มที่ใช้บิวโพรไพออนลดลงและในกลุ่มผู้ป่วยที่ ใช้ยาหลอกมีระดับคะแนนอาการทางจิต แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($f_{1, 16} = 6.1, p < 0.02$) 3. ในการ ติดตามผลใน สัปดาห์ที่ 24 ทั้งสองกลุ่มมีอาการซึมเศร้าไม่ต่างกัน ($f_{1, 16} = 4.2, p < 0.06$) 4. ในการ ติดตามผลใน สัปดาห์ที่ 24 ทั้งสองกลุ่มมีอาการทางจิตด้านลบไม่ต่างกัน ($f_{1, 16} = 3.6, p < 0.08$)
การประเมิน ความเป็น ไปได้ในการ นำไปใช้	Clinical Relevance: ปัญหาการวิจัยตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข คือ การลดและหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากยังสูบบุหรี่ Scientific Merit: งานวิจัยตีพิมพ์ลงในวารสารที่มีชื่อเสียงรู้จักกันแพร่หลายเกือบทั่วโลกทั้งในยุโรปและเอเชียและมีความจำเพาะ คือวารสาร Nicotine & Tobacco Research คณะผู้ทำวิจัยเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยโปรแกรมจิตเภทของโรงเรียนแพทย์และจิตวิทยาคลินิก และผู้ร่วมวิจัยจากศูนย์การรักษาและวิจัยยาสูบ มีซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา งานวิจัยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ มีการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ และวัดประเมินผลการวิจัยด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีการวัดค่าเป็นตัวเลขและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสมกับงานวิจัย ได้รับการสนับสนุนโดย The National Association for Research on Schizophrenia and Affective Disorder (NARSAD) Young Investigator Award and NIDA RO 03 DA 12542 - 01 (Dr.Evins) ได้รับการสนับสนุนด้านยา Bupropion HCL และยาหลอกจากบริษัท GlaxoSmithKline คุณภาพงานวิจัย เป็นงานวิจัยแบบนำทาง (Pilot Study) เป็นอยู่ในระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (National Health and Medical Research Council, 1999) = III

การประเมิน ความเป็น ไปได้ในการ นำไปใช้ (ต่อ)	Implementation Potential Transferability of the finding: ความรู้จากงานวิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ของหน่วยงานได้ เป้าหมายของงานวิจัยมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบัน ฯ คือ มุ่งส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (Health Promotion) ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไม่กลับไปสูบบุหรี่ และดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข Feasibility of implementation: การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมและกลุ่มบำบัด เป็นสิ่งที่พยาบาลเฉพาะทางสามารถปฏิบัติได้ แต่การบำบัดจะต้องเหมาะสมกับ ทีมสหวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพราะการบำบัดเป็นการบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (CBT) โปรแกรมนี้สามารถนำมาปฏิบัติได้ถ้า ทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือและสถาบันมีนโยบายการบำบัดที่ให้มีการบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม Cost-benefit ratio: การนำวิธีการไปใช้อาจมีความเสี่ยงด้านผลข้างเคียงจากการใช้ยาบ้าง และอาจเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบิวโพรไพออน เข้ารับการบำบัดได้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าอย่างแท้จริง ช่วยลดค่ายารักษาทางจิตเวช และค่าใช้จ่ายอื่นๆของผู้ป่วยและครอบครัวได้
การสรุปเพื่อ นำไปใช้ แก้ปัญหา ทางคลินิก ที่พบ	1. วิธีการดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติได้กับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป 2. โปรแกรมการงดสูบบุหรี่โดยใช้ การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ส่วนการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนยา 3. โปรแกรมการบำบัดผสมผสานระหว่างการทำกลุ่ม การใช้การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมและการใช้ยา รวมเวลาทั้งสิ้น 14 สัปดาห์ 4. การทำกลุ่มกระทำสัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 9 สัปดาห์ โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษาเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ 5. การให้ยาบิวโพรเพนีนให้วันละ 150 มิลลิกรัมนาน 12 สัปดาห์

- ชื่อเรื่อง Two – Year Follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia : Increased rates of smoking cessation or reduction.
- ชื่อผู้แต่ง Evins, A. E., Cather, C., Rigotti, N. A., Freudenreich, O., Henderson, D. C., Olm-Shipman, C. M., et al.
- แหล่งที่พิมพ์ Journal Clinical Psychiatry, 3, 307-311.

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามประเมินอัตราการของการหยุดสูบบุหรี่และลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากที่เข้าโปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์กำหนดของระบบ DSM –IV 2. ได้รับการทบทวนรายงานและสัมภาษณ์ด้วยจิตแพทย์ที่ทำการวิจัย (A.E.E.) และทำการทดลองด้วยการให้ยาบิวโพรไพออน 150 มิลลิกรัมต่อวันครบ 12 สัปดาห์
Setting ของงานวิจัย	โรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดและ โครงการวิจัยผู้ป่วยจิตเภท (Harvard Medical School and the Schizophrenia Research) Program.
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	เป็นการศึกษาแบบ One Group Repeated Measures เป็นงานวิจัยระดับ IV
การบำบัด	วิธีการบำบัด 1. ให้การบำบัดด้วยการให้ยาบิวโพรไพออน 150 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ 2. การให้ยาหลอกร่วมกับโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบรู้คิดเพื่อการหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 8 สัปดาห์ร่วมกับ
การวัดและประเมินผล	ประเมินผลโดยการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ด้วยเครื่องมือ EC 50 Micro III Smokerlyzer (ของบริษัท Bedfont Scientific Ltd., Rochester, Kent, UK.) การวิเคราะห์ผลประกอบด้วย 1. อัตราการลดการสูบบุหรี่ภายหลังจากที่เข้ารับการบำบัดทดลองการการสูบบุหรี่ไปแล้ว 2 ปี 2. อัตราการหยุดการสูบบุหรี่ภายหลังจากที่เข้ารับการบำบัดทดลองการการ

การวัดและประเมินผล (ต่อ)	สูบบุหรี่ไปแล้ว 2 ปี (การหยุดสูบบุหรี่กำหนดให้ไม่มีรายงานการสูบบุหรี่ผ่านไประยะ 7 วัน และ ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ขณะหายใจออกในช่วงที่ประเมินน้อยกว่า 9 ppm) 3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 3.1 ค่าระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์เมื่อวัดครั้งสุดท้ายของการทดลอง 3.2 ค่าระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในปีที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 4. การทำนายการหยุดสูบบุหรี่ใน 2 ปี
ผลการวิจัย	ผลการติดตามการทดลองวิจัย 1. ติดตามผลการบำบัดจัดกระทำขึ้นในเดือนที่ 23 ± 1.1 หลังจากที่เริ่มทดลองการหยุดสูบบุหรี่ พบว่า 1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัด 17 ใน 18 คนเข้ารับการบำบัดครบถ้วนทุกครั้งที่ทำการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัด 1 คนสูญหายไปในช่วงที่ติดตาม 1.2 กลุ่มตัวอย่าง 15 คนหรือร้อยละ 88 เป็นคนผิวขาว และมี 2 คนหรือร้อยละ 12 เป็นอเมริกัน-แอฟริกัน กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดจำนวน 11 คนหรือร้อยละ 65 เป็นเพศชาย ผู้เข้าร่วมการบำบัดมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 29 ถึง 58 ปี ค่าเฉลี่ยระดับการศึกษาของผู้เข้ารับการบำบัดอยู่ระหว่าง 12 ± 2.3 (rang, 7- 15 year) ระยะเวลาในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 24 ± 6.3 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบ 32 ± 19 มวนต่อวัน (rang, 20 – 80 มวนต่อวัน) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นระยะเวลา 24 ± 9.5 ปี 2. การประเมินอัตราการหยุดสูบบุหรี่พบว่า 2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัด 6 ใน 7 คนหรือร้อยละ 86 ลดการสูบบุหรี่ลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสุดท้ายของการทดลอง โดยระดับค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในขณะหายใจออกลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30 และลดการสูบบุหรี่ต่อวันลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และคงการลดการสูบบุหรี่ภายใน 2 ปี กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดที่ลดการสูบบุหรี่ได้ในในช่วงสิ้นสุดการทดลองบำบัด (4 ใน 7 คน) มีโอกาสหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 2 ปีได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถลดการสูบ สูบบุหรี่ได้ระหว่างการทดลอง (0 ใน 11 คน) ($\chi^2 = 8.1, p < .005$) 2.2 ค่าเฉลี่ยของระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ขณะหายใจออกเมื่อวัด 2

ผลการวิจัย (ต่อ)	ปีหลังสิ้นสุดการทดลองต่ำกว่าค่าฐานอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 3.91, df = 17, p = .001$) หรือ ในช่วง 12 สัปดาห์ ($t = 3.07, df = 17, p < .01$) 2.3 ระดับค่าการรับนอนมอนออกไซด์ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดลดลงในช่วงท้ายของการใช้วิธีการบำบัดร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญ (การใช้ร่วมกับการใช้ CBT) ซึ่งสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 2 ปีที่ติดตาม ($r = 0.60, p = .01$) 2.4 ในช่วงสิ้นสุดการบำบัดมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คนหรือร้อยละ 6 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดหยุดสูบบุหรี่ได้ 2.5 เมื่อติดตามหลังการบำบัดพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง 4 ใน 18 คน หรือร้อยละ 22 หยุดสูบบุหรี่ได้ 2.6 กลุ่มตัวอย่าง 11 ใน 18 คนหรือร้อยละ 61 ที่รับยาสำหรับลดการสูบบุหรี่ในระหว่างที่ทำการทดลองและติดตามผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน หรือร้อยละ 50 ใช้บิวโพรไพออน เอสอาร์ และกลุ่มตัวอย่าง 2 คนหรือร้อยละ 11 ใช้นิโคตินทดแทน 2.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 10 คนได้รับยามาตรฐาน และกลุ่มตัวอย่าง 11 คนได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ในช่วงติดตามผล รวมทั้งโคลซาปีน 2.8 กลุ่มตัวอย่าง 4 คนที่หยุดสูบบุหรี่ได้ในช่วง 2 ปีที่ติดตามพบว่ามี 3 คนได้รับการรักษาด้วยยาโคลซาปีนและ 1 คนได้รับการรักษาด้วยยาฮาโลเพอริดอล 2.9 กลุ่มตัวอย่าง 3 คนที่ลดการสูบบุหรี่ลงทั้งในช่วงที่ติดตามผลและในช่วงสิ้นสุดการบำบัด 12 สัปดาห์พบว่ามี 1 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาโอแลนซาปีนและอีก 2 คนได้รับการรักษาด้วยยาฮาโลเพอริดอล 2.10 กลุ่มตัวอย่าง 11 คนที่การลดการสูบบุหรี่ได้ในช่วงที่ติดตามพบว่ามีจำนวนนี้มี 4 คนได้รับการรักษาด้วยยา โคลซาปีน 1 คนได้รับการรักษาด้วยยาโอแลนซาปีนและ 1 คนได้รับการรักษาด้วยยา ควอไทอาปีน และ 5 คนได้รับการรักษา ทั้งฮาโลเพอริดอลและฟลูเฟนาซีน 2.11 การประเมินอาการทางคลินิกหลังสิ้นสุดการบำบัด 2 ปี ระหว่างผู้ที่ลดการสูบบุหรี่ได้และผู้ที่ไม่สามารถลดการสูบบุหรี่ พบว่า การประเมินอาการทางจิตโดย Brief Psychotic Rating Scale: BPRS คะแนนระดับภาวะวิตก
-----------------------------	--

ผลการวิจัย (ต่อ)	กังวลของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) คะแนนระดับอาการทางลบ (SANS)ระดับคะแนนความผิดปกติในการเคลื่อนไหว (AIMS) ไม่มีความแตกต่างกัน
การประเมิน ความเป็น ไปได้ในการ นำไปใช้	Clinical Relevance : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้เป็นการติดตามผลผู้เข้ารับการบำบัดที่ผ่านโปรแกรมเพื่อการลดหรือหยุดการสูบบุหรี่แล้วว่าจะยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมลดหรือหยุดการสูบบุหรี่หรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไรในระยะยาว (2 ปี) การวัดผลระยะยาวของพฤติกรรมลดหรือหยุดการสูบบุหรี่ของงานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ และตรงกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่จะต้องมีการบำบัดประเมิน และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรังทั้งโรคจิตเภทและการติดสารเสพติดเช่นบุหรี่ เนื่องจากเป็นโรคที่มีโอกาสกลับเสพยาซ้ำสูง ดังนั้นงานวิจัยนี้ตรงกับความต้องการหน่วยงานในการประเมินผลระยะยาว Scientific Merit: งานวิจัยฉบับนี้ตีพิมพ์ลงในวารสาร Journal Clinical Psychiatry ซึ่งเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายไปเกือบทั่วโลก ทีมผู้ทำวิจัยมีความรู้ความชำนาญเชี่ยวชาญทางด้าน การวิจัยโปรแกรมจิตเวชของโรงเรียนแพทย์ ศูนย์การรักษาและวิจัยยาสูบ มีซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา งานวิจัยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ และวัดประเมินผลการวิจัยด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีการวัดค่าเป็นตัวเลขและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอย่างชัดเจน งานวิจัยได้รับการสนับสนุนโดย Grant 1 K 23 DA 00510 – 01 from the National Institute on drug Abuse (Dr.Evins), a Young Investigator Award from the National Association for Research on Schizophrenia and depression (Dr.Evins) and K 24 MH 02025 from the National Institute of Mental Health (Dr. Goff) ได้รับการสนับสนุนด้านยาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยบริษัท GlaxoSmithKline เป็นการศึกษาแบบ Pilot study หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ IV (National Health and Medical Research Council, (1999) Implementation Potential Transferability of the finding: เนื่องจากนโยบายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยของสถาบัน เน้นการดูแลแบบองค์รวม และดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงสามารถนำแนวทางการติดตามผลระยะยาวของงานวิจัยนี้มาประยุกต์ใช้ในการติดตามผลการบำบัดเพื่อลดหรือหยุดสูบบุหรี่พร้อม ๆ กับการติดตามผลการรักษาอื่น ๆ Feasibility of implementation: การติดตามการบำบัดในงานวิจัยใช้การ

การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการ นำไปใช้ (ต่อ)	ติดตามทั้งแบบเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งทางสถาบันก็มีนโยบายการติดตามการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันทั้ง 2 รูปแบบอยู่แล้ว ขึ้นอยู่กับปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วย ดังนั้นในการติดตามการบำบัดเพื่อลดหรือหยุดสูบบุหรี่ในระยะยาว ของสถาบันอาจใช้ทั้ง 2 รูปแบบกล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนก็อาจจำเป็นต้องใช้วิธีเยี่ยมบ้านได้ Cost-benefit ratio: ถ้านำวิธีการนี้ไปใช้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถลด ค่าใช้จ่ายประจำวัน ความเสี่ยงต่อการเกิดอัตรากาย ความเสี่ยงการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นผลพวงจากการสูบบุหรี่ในอนาคตได้
การสรุปเพื่อ นำไปใช้ แก้ปัญหา ทางคลินิก	1. วิธีการดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติได้กับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป 2. โปรแกรมการงดสูบบุหรี่โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจและการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นการช่วยสนับสนุนด้านกำลังใจ โดยกระบวนการกลุ่มจะเป็นพลังในการจูงใจและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาที่จะตามมาคล้ายกันและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในสภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดและหยุดการสูบบุหรี่ในระยะยาวเพิ่มมากขึ้นหลังการบำบัด กล่าวคือเพิ่มมากกว่าหลังสิ้นสุดการบำบัด 12 สัปดาห์ โดยที่การบำบัดจะต้องกระทำในรูปแบบของทีมบำบัด พยาบาลจะเป็นผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมและจิตแพทย์เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยยาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นศูนย์กลาง ก็จะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้ 3. การติดตามผลการบำบัดอาจใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ หรือติดตามเยี่ยมบ้าน 4. การใช้ยาเพื่อลดอาการขาดยาในช่วงแรกทำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ดีกว่าการไม่ใช้ยา และมีผลถึงการหยุดสูบบุหรี่ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการบำบัดด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม

- ชื่อเรื่อง Effect of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia.
- ชื่อผู้แต่ง Weiner, E., Ball, P., Summerfelt, A., Gold, J., & Buchanan.
- แหล่งที่พิมพ์ American Journal of psychiatry, 2001, 4, 635 – 637.

วัตถุประสงค์	เป็นการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองร่วมกับการใช้บิวโพรไพออนในผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่ความสามารถในการทนต่อฤทธิ์ยาและความปลอดภัยของการใช้ยา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 8 คนที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอเข้าร่วมศึกษาด้วยความสมัครใจ 2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอจนคิดเป็นนิสัยและสนใจในการลดการสูบบุหรี่ 3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทและและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ได้รับการวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV 4. สมัครใจเซ็นยินยอมก่อนมาเข้าโปรแกรมการบำบัด
Setting ของงานวิจัย	ศูนย์วิจัยทางจิตรัฐแมริแลนด์สหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	เป็นการศึกษา แบบ one group pre test- post test เป็นงานวิจัยระดับ IV
วิธีการบำบัด	รูปแบบและวิธีการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่มร่วมกับการใช้บิวโพรไพออนใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ในการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ระยะเวลาในการบำบัดรวมทั้งสิ้น 14 สัปดาห์เป็นการบำบัดด้วยกลุ่มจิตประคับประคองอย่างเดียว 2 สัปดาห์ การบำบัดด้วยกลุ่มจิตประคับประคองร่วมกับการใช้ยาบิวโพรไพออน 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3 - 8) บำบัดด้วยการใช้ยาบิวโพรไพออนอย่างเดียว 6 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 9-14) วิธีการบำบัดทางจิตสังคมใช้โปรแกรมประยุกต์ของ The American cancer society fresh start program 1991 ซึ่ง Addington J, El-guebafy N, Campbell W, Hodgins DC, & Addington D. 1998 ประยุกต์มาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการบำบัดแบบเข้มข้นโดยมีแนวทางและวิธีการดังนี้

วิธีการบำบัด (ต่อ)	เน้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัจจัยที่ขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ 1. อาการขาดยาซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางที่สำคัญในการพยายามหยุดสูบบุหรี่ในอดีต และ 2. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการขัดขวางการหยุดสูบบุหรี่ 3. ช่วยให้ผู้รับบริการหากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคของแต่ละคน 4. การส่งเสริมแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่โดย การส่งเสริมให้ใช้การบำบัดด้วยยาอย่างเหมาะสมร่วมด้วย (Encourage pharmacology therapies as appropriate) ซึ่งรูปแบบของยาที่ใช้ในการบำบัดมีดังนี้คือ 1. Nicotine patches และ 2. Bupropion hydrochloride SR ซึ่งการเลือกการบำบัดด้วยยาแต่ละรูปแบบแพทย์ผู้บำบัดและผู้รับบริการต้องพิจารณาร่วมกัน โดยคำนึงถึงทั้งเรื่อง ราคา ยา รูปแบบหรือวิธีการนำยาเข้าสู่ร่างกาย จำนวนปริมาณยาที่ได้รับแต่ละครั้ง แต่ละวัน การปรับขนาดยา ระยะเวลาในการใช้การรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงของยา การบำบัดด้วยยาแต่ละรูปแบบ ขึ้นอยู่กับขนาดยา และวิธีการให้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติโรคลมชัก หรืออุบัติเหตุทางสมองไม่ควรใช้ยากกลุ่ม Bupropion 2. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการบำบัดคิดหากลยุทธ์หรือวิธีการ หรือสิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การหยุดสูบบุหรี่สำเร็จ (Give key advice on successful quitting) เช่น 2.1 ควรมีความมุ่งมั่นในการหยุดสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่หลังจากวันที่กำหนดว่าจะหยุดสูบบุหรี่ เพราะการกลับไปสูบบุหรี่ครั้งแรก ก็จะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการสูบบุหรี่ในครั้งต่อไป 2.2 ควรงดการดื่มสุรา เพราะการดื่มสุราจะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ได้สูง 2.3 ควรเชิญชวนให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวยังคงสูบบุหรี่ เช่น คู่สามีภรรยาเลิกหรือหยุดการสูบบุหรี่ พร้อมกันหรือวางแผนการหยุดสูบบุหรี่แม้มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวยังคงสูบบุหรี่อยู่ 3. การส่งเสริมการบำบัดในรูปแบบต่างๆเพิ่มเติม เช่นการให้คู่มือหรือหนังสือ หรือ แผ่นพับ เป็นสื่อให้ผู้รับบริการได้ศึกษาเพิ่มเติม (Provide
----------------------------------	---

วิธีการบำบัด (ต่อ)	supplementary educational materials) ตัวอย่าง แผ่นพับ How to use your nicotine product, Tip for Quitting smoking เป็นต้น 4. การนัดหมายเพื่อติดตามรักษาต่อเนื่อง (Arrange) 4.1 การจัดตารางการนัดหมาย (Schedule follow-up) การติดตามประเมินการหยุดสูบบุหรี่จะทำทุกครั้งที่คุณป่วยกลับมาติดตามการให้คำปรึกษา และการติดตามในระยะอื่นๆ ที่ผู้รับบริการไม่ได้มาที่หน่วยบำบัด จะใช้การติดตามทางโทรศัพท์ 4.2 ระยะเวลาในการติดตาม (Time) การติดตามการบำบัดจะทำทันทีเมื่อผู้รับบริการเริ่มหยุดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ และการให้การติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้อัตราการหยุดสูบบุหรี่สูงกว่าการบำบัดที่ไม่มีการติดตาม การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น 4.3 หลักการปฏิบัติในระหว่างการติดตามการบำบัด (Action during follow up) 4.3.1 ในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ (If abstinent) ให้ใช้เทคนิคและวิธีการดังนี้ . แสดงความยินดีกับความสำเร็จนั้น และเน้นให้เห็นความสำคัญของการดำรงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ไว้ . ทบทวนประโยชน์ที่ได้จากการหยุดสูบบุหรี่ . ถามถึงสิ่งที่เป็นปัญหาในการหยุดสูบบุหรี่ที่ผ่านมา และพิจารณาว่าสามารถใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างที่ช่วยให้สามารถดำรงพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ไว้ได้ 4.3.2 ในกรณีที่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (If relapse smoking) . ทบทวนว่า อะไรที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำและกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายที่จะหยุดสู้อย่างแน่นอนอีกครั้ง (Total Abstinence) . เตือนให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการกลับไปสูบบุหรี่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการล้มเหลวแต่สามารถนำประสบการณ์ การกลับไปสูบบุหรี่เป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้และนำมาปรับปรุงให้สามารถเลิกได้ในที่สุด . ระบุนโยบายอะไรทำให้กลับไปสูบบุหรี่ แนะนำให้ปรับเปลี่ยนกลวิธีและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ในอนาคต (Suggest alternative behaviors and anticipate challenges in the immediate future)
-------------------------------	--

วิธีการบำบัด (ต่อ)	ในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการบำบัดในโปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 9 ครั้ง โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกเป็นผู้บำบัดผู้ติดบุหรี่ตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดของสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกัน (The educational model of the American cancer society fresh start program) ผู้เข้ารับการบำบัดจะได้รับการแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ และผู้เข้ารับการบำบัดจะได้รับการให้กำลังใจต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่ประสบผลสำเร็จในการหยุดบุหรี่ก็ตาม การบำบัดโดยการให้ให้บิวโพรไพออนจะเริ่มต้นหลังสัปดาห์ที่ 2 โดยครั้งแรกให้ขนาด 150 มิลลิกรัม 1 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 3 วันและหลังจากนั้นให้ 150 มิลลิกรัม 2 ครั้งต่อวันและคงเหลืออยู่ขนาดนี้ตลอดการรักษา 14 สัปดาห์
การวัดและ ประเมินผล	วัดและประเมินผลโดย 1. ประเมินระดับคาร์บอนไดออกไซด์ จากการหายใจโดยวัดในช่วงสุดท้ายของการหายใจออก โดยเครื่องมือ A EC 50 Micro III สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดการรักษา อาจวัดทันทีก่อนเข้ากิจกรรมกลุ่ม หรือวัดทันทีหลังเสร็จกิจกรรมกลุ่มบำบัดโดยวัดในช่วงเวลาเดียวกันทุกครั้ง คือเวลาประมาณ 14.00 น. 2. ประเมินอาการเบื้องต้นทางคลินิกโดยเริ่มต้นตั้งแต่ สัปดาห์แรกของการบำบัด สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 และเมื่อสิ้นสุดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดย 2.1 ประเมินอาการทางคลินิก โดยใช้แบบวัดระดับอาการทางจิตฉบับย่อ (Brief psychotic rating scale: BPRS) 2.2 ประเมินอาการทางลบ (Scale for the Assessment of Negative Symptoms: SANS) 2.3 ประเมินระดับการพึ่งพาโคตินโดยใช้ Fagerstrom Test 2.4 ทดสอบNeuropsychological test ประกอบด้วย การทดสอบการได้ยินการเห็น การทดสอบความจำ การวัดสมาธิ และทดสอบความถนัด ในสัปดาห์ที่ 2 และเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในสัปดาห์ที่ 14 2.5 ทดสอบความแตกต่างของค่าต่างๆ ที่ใช้เป็นฐานก่อนการทดลองเทียบกับเมื่อสิ้นสุดการทดลองด้วยสถิติ T test

ผลการวิจัย (ต่อ)	ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 9 คน เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดได้ครบทุกครั้ง 8 คน มีผู้เข้ารับการบำบัดออกจากกลุ่มบำบัด 1 คนในสัปดาห์แรกของการบำบัดด้วยชีวโพรไพออน เนื่องจากเป็นผื่นขึ้น และพบว่าใน 8 คนที่เหลืออยู่มีผู้ป่วย 1 คนบ่นเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนอริยาบถ และขอให้ลดขนาดของยาลง และมีผู้ป่วยอีก 1 คนบ่นว่ารู้สึกกระสับกระส่ายและขอหยุดยา แต่ยังร่วมกลุ่มบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดที่เข้าโปรแกรมการบำบัดครบทุกครั้งมี 5 คน ผู้เข้ารับการบำบัดชาวเป็นคอเคเซียน 3 คน เป็นอเมริกันแอฟริกัน 3 คน และ 7 คน เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมศึกษาครบสมบูรณ์ 48.05 ปี และค่าเฉลี่ยของระยะในการเจ็บป่วยทางจิต 29.68 ปี ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ใช้เป็นฐานในการวัดระดับการพึ่งพานิโคติน 6.13 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงระดับการพึ่งพานิโคตินที่สูง ผลการบำบัดพบว่า 1. ค่าเฉลี่ยของระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ก่อนเริ่มทดลองวัดได้ 39.44 PPM (SD = 21.30) และ สัปดาห์ที่ 14 ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ 18.38 PPM ซึ่งค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลองต่างกัน 21.06 PPM (SD = 22.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.68, df = 7, p \leq 0.05$). 2. ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ก่อนการบำบัดและช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการรักษาด้วยยาไม่แตกต่างกัน ($P = 0.07$). 3. อาการทางจิต ก่อนการบำบัดและ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด (สัปดาห์ที่ 14) ไม่แตกต่างกัน (all $p > 0.20$) กล่าวคือ * อาการทางจิตก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย = 10.63, SD = 4.53 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ย = 10.63, SD = 3.81) * ความวิตกกังวลก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย = 2.63, SD = 1.19 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ย = 1.88, SD = 0.83) * ภาวะซึมเศร้าก่อนการบำบัด ค่าเฉลี่ย = 1.63, SD = 1.19 หลังการบำบัดค่าเฉลี่ย = 1.75, SD = 1.16. 4. การวัด Neuropsychological test เปรียบเทียบก่อนการบำบัดและ เมื่อ
--------------------------------	---

ผลการวิจัย (ต่อ)	สิ้นสุดการบำบัด (สัปดาห์ที่ 14) ไม่มีความแตกต่างกัน (all $p > 0.05$ โดยพบว่า 4.1 Rey Auditory verbal learning ก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ย = 37.63 (SD=6.12) หลังการบำบัดค่าเฉลี่ย 35.63(SD=9.53) 4.2 Brief Visuospatial memory test ก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ย = 18.38 (SD=7.1) หลังการบำบัดค่าเฉลี่ย = 20.25(SD=9.24) 4.3 Continuous Performance Task total correct ก่อนการบำบัดค่าเฉลี่ย = 35.75 (SD = 8.14) หลังการบำบัดค่าเฉลี่ย = 31.25 (SD = 9.38) ผลการบำบัดพบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 4 คนขอรับการบำบัดโดยใช้ยาชีวโพรไพออนต่อไปแม้จะสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้เข้ารับการบำบัด 1 คน หยุดสูบบุหรี่ได้ในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง และผู้เข้ารับการบำบัดอีก 3 คน ค่อย ๆ ลดปริมาณการสูบลง และมีอีก 1 คนหยุดสูบบุหรี่ได้เมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 14
การประเมิน ความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้	Clinical Relevance: ปัญหาการวิจัยตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข คือ ต้องการลดและหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ Scientific Merit: งานวิจัยฉบับนี้ตีพิมพ์ลงในวารสารจิตเวชอเมริกา (American Journal Psychiatry) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย คณะผู้ทำวิจัยมีความรู้ความชำนาญเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชและจิตวิทยา วัดประเมินผลด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีการวัดค่าเป็นตัวเลขหรือสถิติอย่างชัดเจน งานวิจัยได้รับการสนับสนุนโดย NIMH Grant MH-40279 คุณภาพงานวิจัย เป็นงานวิจัยแบบ one group, pre test- post test หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 4 Implementation Potential Transferability of the finding: ความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ได้จากงานวิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย แต่ต้องมีการประเมินและคัดกรองวัดระดับอาการทางจิตเป็นอย่างดี ต้องเป็นผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบ การรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของตนเองดี สามารถสื่อสารได้ดี เป้าหมายของงานวิจัยสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงาน เพราะปัจจุบันทางสถาบัน ฯ ได้ประกาศให้หน่วยงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Hospital) มินิโยบายส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่

การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการ นำไปใช้ (ต่อ)	Feasibility of implementation: วิธีการบำบัดดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปใช้ เนื่องจากนโยบายของสถาบันส่งเสริมการหยุดบุหรี่ในบุคลากรและผู้ป่วย ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้เกิด Best Practice โดยการบำบัดในโปรแกรมนี้ แพทย์ผู้บำบัดจะพิจารณาใช้ยาเพื่อลดอาการขาดยา และพยายามให้การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยต้องมีการเตรียมพยาบาลผู้บำบัดให้สามารถให้การบำบัดตาม โปรแกรมการบำบัดของ ของสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกัน(The educational model of the American cancer society fresh start program.) โดยที่จำนวนครั้งของการบำบัดมีทั้งหมด 9 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ซึ่งใช้เวลานานอาจจำเป็นต้องมีการบำบัดแบบต่อเนื่องจากผู้ป่วยในไปสู่อุบัติเหตุนอก เนื่องจากนโยบายของสถาบันเน้นการรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยโดยใช้เวลาน้อยที่สุด และผู้บำบัดควรมีภูมิภานาอยู่ใกล้สถานบำบัด Cost-benefit ratio: การนำวิธีการดังกล่าวไปใช้อาจมีความเสี่ยงในเรื่องผลข้างเคียงจากยาบ้าง เสียค่าใช้จ่ายในเรื่องยา และค่าอุปกรณ์การตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ แต่อาจประยุกต์การตรวจมาเป็นจากตรวจร่างกายโดยวิธีอื่นได้ เช่นการตรวจ นิ้วมือ กลิ่นบุหรี่จากปาก และฟัน การประเมินตนเองสำหรับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อส่งเสริมการหยุดสูบบุหรี่ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมพยาบาลผู้บำบัดและใช้เวลาในการบำบัดแต่เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้กับผู้ป่วยทั้งในเรื่องสุขภาพ ภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นก็เป็นสิ่งที่คุ้มค่าที่จะจัดให้มีการบำบัดในรูปแบบเช่นนี้
การสรุปเพื่อ การนำไปใช้	1. วิธีการดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติได้กับผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่อาการทางจิตดี การรับรู้สภาพความเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี และมีความคิดหรือมีแรงจูงใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ 2. โปรแกรมบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 14 สัปดาห์ ตามแบบโปรแกรมการบำบัดของ American Cancer Society and American Lung Association offer tobacco cessation programs.1991 ที่ Addington J, El-guebafy N, Campbell W, Hodgins DC, & Addington D. 1998 นำมาประยุกต์ให้สามารถใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้ 3. การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองทำทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างเดี่ยวในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 และทำร่วมกับการให้ยาบูรโพรเพนตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 ไปจนถึงสัปดาห์ที่ 8 การให้ยา

การนำไปใช้ (ต่อ)	บรูโทเฟนเริ่มให้ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 ของการทำกลุ่มโดยให้ขนาด 150 มิลลิกรัมวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน และหลังจากนั้นให้ขนาด 150 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้งไปจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม 4. โปรแกรมการงดสูบบุหรี่โดยใช้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองเป็นการช่วยสนับสนุนด้านกำลังใจ กระบวนการกลุ่มจะเป็น พลังในการจูงใจและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยร่วมกันคิดถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ หรือปัจจัยกระตุ้นและผลตามมาของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่สามารถงดเว้นการสูบ บุหรี่ได้ในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรม แต่ดูเหมือนว่าการใช้ยาบรูโทเฟน ร่วมกับการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการ สูบบุหรี่ลงโดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับของค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ และ พบว่ามีผู้ป่วย 1 คนเริ่มลดการสูบบุหรี่ลงก่อนที่จะเริ่มให้ยาบรูโทเฟนและก่อน ลงชื่อวันกำหนดหยุดสูบบุหรี่และยังคงอยู่ตั้งแต่นั้นไปจนถึงหลังสัปดาห์ที่ 14 ของโปรแกรมการบำบัด การเริ่มลดการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะ เนื่องมาจากการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดเองและ / หรือความตั้งใจที่จะหยุดสูบ บุหรี่อย่างมากของผู้เข้ารับการบำบัดอยู่แล้ว
-----------------------------	--

ชื่อเรื่อง Schizophrenia and Nicotine Use: Report of a Pilot Smoking Cessation Program and Review of Neurobiological and Clinical Issues.

ชื่อผู้แต่ง Douglas M. Ziedonis and Tony P. Georhe.

แหล่งที่พิมพ์ Schizophrenia Bulletin, 1997, 23, 241 – 254.

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลโปรแกรมการบำบัดการโดยการใช้นิโคตินทดแทน การบำบัดด้วยการเสริมแรงใจ และการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม ในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 24 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง 1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้รับการวินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคของ DSM-IV ทั้งเพศหญิงและเพศชายวัยผู้ใหญ่ 2. สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี เลิกสูบบุหรี่ 27 มวนต่อวัน
Setting ของงานวิจัย	หน่วยประเมินผลโปรแกรมการหยุดสูบบุหรี่ศูนย์สุขภาพจิตรัฐคอนเนคติกัต (สหรัฐอเมริกา)
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยแบบ One Group Pre test – Post test เป็นงานวิจัยระดับ IV
วิธีการบำบัด	วิธีการบำบัดและ โปรแกรมการบำบัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนบำบัด 2 สัปดาห์ก่อนเริ่มเข้าโครงการบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการทางจิต การบำบัด ด้วยยาทางจิตเวชรวมไปถึงการใช้ นิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับการรับอารมณ์ออกไซด์กับรายงานการใช้นิโคตินของตนเองก่อนการบำบัด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยบำบัดแบบกลุ่ม 1 ครั้งและการบำบัดรายบุคคล 1 ครั้ง รวมกับการบำบัดโดยนิโคตินทดแทน รูปแบบ / วิธีการบำบัด 1. การบำบัดแบบกลุ่ม เป็นกลุ่มประคับประคอง การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม จิตศึกษาบำบัด ร่วมกับ 2. การบำบัดเพื่อ ส่งเสริมแรงใจในการหยุดสูบบุหรี่เป็นรายบุคคลและ

วิธีการบำบัด (ต่อ)	3. การใช้นิโคตินทดแทน การบำบัดแบบกลุ่ม เป็นกลุ่มประคับประคอง การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม จิตศึกษา เน้นยุทธวิธีในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำร่วมไปกับการชี้ให้เห็นถึงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การสูบของแต่ละบุคคลและการพัฒนายุทธวิธีในการรับมือจัดการกับตัวกระตุ้นเหล่านั้น ตัวกระตุ้นที่พบบ่อยที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ได้แก่ สถานที่ที่เคยสูบบุหรี่ เวลาที่เคยสูบบ่อยๆ ในแต่ละวัน เพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ด้วยกัน สถานะทางอารมณ์ รวมทั้งตัวกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคลที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ การบำบัดรายบุคคลในแต่ละสัปดาห์จะใช้ยุทธวิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด (MET) ซึ่งได้ประยุกต์การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดย มิลเลอร์และรอลล์นิกเมื่อปี 1991 (Miller and Rollnick 1991) และสถาบันสุรณานาชาติและโครงการจัดทำชุดคู่มือการสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดผู้เสพยาเสพติดโดย มิลเลอร์และคณะ ปี 1992 (The Nation Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Motivational Enhancement Therapy Manual: Miller et al. 1992) ยุทธวิธีนี้เน้นไปที่การทำให้เกิดพลังในการจูงใจของผู้เข้ารับการบำบัดและสัญญาในการที่จะหยุดสูบบุหรี่ ผู้บำบัดจะแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนทำให้ผู้รับการบำบัดเปิดเผยแรงจูงใจของตนเองเพื่อยืนยันที่จะลดหรือหยุดสูบบุหรี่ ถึงแม้จะมีอุปสรรคที่ยากและการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดคำนึงถึงข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่กับการหยุดสูบบุหรี่ เช่น ผลดีของการหยุดสูบบุหรี่คือช่วยให้ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาวเช่น มะเร็ง ปัญหาเกี่ยวกับปอดและหัวใจ การลดค่าใช้จ่าย ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุไฟไหม้ และลด Stigma ผู้บำบัดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดพัฒนาปรับปรุงแผนการหยุดสูบบุหรี่เหมาะสม ยอมรับได้ ใช้ได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ ผลการบำบัดพบว่ามีผู้ป่วยเพียง 18 คน หรือ ร้อยละ 75 ที่ได้รับการบำบัดรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดสูบบุหรี่ และการบำบัดรายกลุ่มเพื่อการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม และจิตศึกษา ผู้ป่วยอีก 6 คน หรือร้อยละ 25 ได้รับการบำบัดเพียงการบำบัดแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มเพียงอย่างเดียวหนึ่ง
----------------------------------	---

วิธีการบำบัด (ต่อ)	การให้นิโคตินทดแทนในกลุ่มผู้ป่วยที่พึ่งพานิโคตินรุนแรงกลุ่มนี้ ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดได้นิโคตินทดแทนให้กับผู้ป่วยทั้งหมด โดยร้อยละ 83 พยายามหยุดการสูบบุหรี่ด้วยการใช้นิโคตินทดแทน มีอยู่ 14 คนหรือร้อยละ 58 รับการบำบัดด้วยนิโคตินชนิดแผ่นปะและมี 1 คนหรือร้อยละ 4 ที่ขอรับการบำบัดด้วยนิโคตินเคี้ยวเพียงอย่างเดียว ผู้รับการบำบัด 4 คน หรือร้อยละ 17 ที่ขอการบำบัดด้วยนิโคตินเคี้ยวร่วมกับการใช้นิโคตินชนิดแผ่นปะ โดยปกติผู้รับการบำบัดจะเริ่มได้รับนิโคติน เริ่มแรก 21 mg ต่อวัน และผู้ที่ติดบุหรี่รุนแรงจะได้ นิโคตินทดแทนสูงกว่านี้ และมีอยู่ 1 คนที่ขอรับการบำบัดด้วยการใช้นิโคตินทดแทนในขนาดสูงตั้งแต่แรกเริ่มของการบำบัดโดยใช้ขนาด 35 มิลลิกรัมต่อวัน
การวัดและ ประเมินผล	ประเมินและวัดผลการบำบัดโดย 1. ติดตามผลทางโทรศัพท์และทางจดหมายภายใน 6 เดือนหลังครบโปรแกรมการบำบัด 2. วัดปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ของผู้สูบบุหรี่ 3. วัดปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน
ผลการวิจัย	ผลการบำบัด 1. พบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 12 คนหรือร้อยละ 50 ของผู้เข้าโปรแกรมเข้ารับการบำบัดครบ 10 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยของจำนวนสัปดาห์ที่ผู้รับการบำบัดเข้าร่วม 7.3 สัปดาห์ 2. พบว่าหลังการบำบัดร้อยละ 30 ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัด ไม่เปลี่ยนแปลงรูปแบบการสูบบุหรี่และประมาณร้อยละ 40 ลดจำนวนการสูบบุหรี่ในแต่ละวันลงครึ่งหนึ่งจากก่อนการทดลอง 3. พบว่าผู้เข้ารับการบำบัด 3 คนหรือร้อยละ 13 สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้เมื่อวัดผล 6 สัปดาห์หลังจากที่เข้ารับการบำบัดครบ 10 สัปดาห์ (ตรวจสอบความจริงโดยการวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์) และทั้งหมดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ขอรับการบำบัดโดยการใช้นิโคตินทดแทน ผู้ป่วยอื่น ๆ อีก 4 คนหรือร้อยละ 17 มีการหยุดสูบบุหรี่หลาย ๆ ครั้งในแต่ละสัปดาห์และการวางแผนที่จะหยุดและเอาชนะใจกับความพยายามที่จะหยุดสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนข้างหน้าต่อไป สรุปว่า การบำบัดเพื่องดการสูบบุหรี่สามารถทำได้ในผู้ป่วยจิตเภท การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดดูเหมือนว่าจะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและการใช้นิโคตินทดแทนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการบำบัด บทบาทของ

ผลการวิจัย (ต่อ)	แรงจูงใจเสมือนเป็นตัวพยากรณ์ผลลัพธ์ของการรักษา สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมบำบัดการงดสูบบุหรี่ในครั้งนี้ มีการยืดเวลาการหยุดสูบบุหรี่ออกไปและไม่ทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น
การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการ นำไปใช้	Clinical Relevance: ปัญหาการวิจัยตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข คือ การลดและหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ พยาบาลสามารถให้ความรู้เรื่องบุหรี่และทำกลุ่มได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ Scientific Merit: งานวิจัยฉบับนี้ตีพิมพ์ลงในวารสาร Schizophrenia Bulletin ซึ่งเป็นที่รู้จักกันแพร่หลาย คณะผู้ทำวิจัยมีความรู้ความชำนาญและมีความเชี่ยวชาญทางด้านการบำบัดยาเสพติด จิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก และการใช้ยาทางประสาทจิตเวชศาสตร์โดยตรง งานวิจัยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ วัดประเมินผลการวิจัยด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่มีการวัดค่าเป็นตัวเลขและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอย่างชัดเจน งานวิจัยได้รับการสนับสนุนโดย The L.P.Markey Physician Scientist Training Program at Yale University School of Medicine (T.G.P.) and USPHS grants DA – 00193 (D.M.Z) and DA – 09250 from National Institute on Drug Abuse คุณภาพงานวิจัย เป็นงานวิจัยแบบ Pre test – Post test หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ IV (National Health and Medical Research Council, 1999) Implementation Potential Transferability of the finding: รูปแบบของการบำบัดเพื่อลด/หยุดสูบบุหรี่ สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนัก และหยุดสูบบุหรี่ ลักษณะผู้ป่วยในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยของสถาบันคือเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่ Feasibility of implementation: เป็นแนวทางปฏิบัติที่พยาบาลวิชาชีพสามารถนำการบำบัดทางจิตสังคมทั้ง การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายเดี่ยวและ กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อฝึกทักษะการเผชิญสิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ซ้ำ นำมาประยุกต์ใช้ได้ เนื่องจากมีโปรแกรมที่ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่มีระยะและขั้นตอนที่ชัดเจนไม่ที่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำมาประยุกต์กับงานประจำที่ปฏิบัติอยู่เดิม แต่อาจต้องปรับระยะเวลาให้เหมาะสม เนื่องจากการ

การประเมิน ความเป็นไป ได้ในการ นำไปใช้ (ต่อ)	บำบัดมีทั้งการบำบัดด้วยยาและบำบัดทางจิตสังคม ดังนั้นการบำบัดต้องได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลผู้บำบัดทางจิตสังคม Cost-benefit ratio: เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจากโปรแกรมการบำบัด กับการที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินซื้อยาหรือมาสูบและ ค่ารักษาผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว คนใกล้ชิดและผลคดีด้านอื่น ๆ อย่างมากมายในระยะยาว การบำบัดย่อมคุ้มค้ำคุ้มทุน เมื่อคิดภาพรวมระดับประเทศ
การสรุปเพื่อ นำไปใช้ แก้ปัญหา ทางคลินิก ที่พบ	1. วิธีการดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติได้กับผู้ป่วยจิตเภททั่วไปที่อาการทางดีแล้วและเตรียมจำหน่ายกลับสู่สังคม 2. โปรแกรมการงดสูบบุหรี่ โดยใช้กระบวนการผสมผสานระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมบำบัด และกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการใช้โน้ตติดทนแทน กระบวนการจิตบำบัดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการคิดและไตร่ตรองถึงผลเสียของการหยุดสูบบุหรี่และผลที่ได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ และยังเป็นการโน้มน้าว / ชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้พฤติกรรมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยฉุกคิดเกิดความกระแ้างของปัญหาที่เกิดขึ้นและมองเห็นหนทางในการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในสภาวะสุขภาพของตนเองและยังเป็นการชักนำให้ผู้ป่วยรับการบำบัดเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดอื่น ๆ อีกด้วย 3. การบำบัดใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ และติดตามผลทางโทรศัพท์หลังครบโปรแกรม 6 เดือน 4. การให้โน้ตติดทนแทนจะเริ่มให้ 21 มิลลิกรัมต่อวันอย่างไรก็ตามอาจเพิ่มขนาดให้ได้สูงกว่านี้ร่วมกับการใช้ยากดฝั้ง

