

## การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สุนิดา ปรีชาวงษ์\* พอระดี นุชสงสิน\*\* ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์\*\*\*

### บทคัดย่อ

การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เลิกยาสูบเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ สำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง การเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่เฉพาะที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) จาก

ฐานข้อมูลต่าง ๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2014 จากการสืบค้นพบหลักฐานจำนวนทั้งหมด 7 เรื่อง พบหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกันกล่าวคือ การให้คำปรึกษาอย่างเข้มเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ ในขณะเดียวกันการบำบัดโรคติดบุหรี่สำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรังควรมีระยะเวลาหนึ่งเดือน และควรมีการติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ, เลิกบุหรี่, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง รวมทั้งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวนับเป็นเพชฌฆาตที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 โดยเฉลี่ยแล้วจะมีผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ 1 คนในทุก ๆ 6 วินาที หรือกล่าวได้ว่า ในแต่ละปี การสูบบุหรี่พรากชีวิตผู้คนมากถึง 6 ล้านคนและทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่าห้าแสนล้านเหรียญ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า การสูบบุหรี่อาจจะพรากชีวิตผู้คนกว่าพันล้านคนในศตวรรษที่ 21 นี้ หากประเทศต่าง ๆ ยังไม่ได้ดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบอย่างเร่งด่วน<sup>1</sup>

หนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของการควบคุมยาสูบคือ “การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เลิกยาสูบ (Offer Help to Quit)” ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการ MPOWER อันเป็นเครื่องมือสำคัญที่องค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้นสำหรับประเทศต่าง ๆ ใช้ในการลดปริมาณการบริโภคยาสูบ เพื่อเป้าหมายสำคัญคือการลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่เป็นผลมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ<sup>2</sup> ในขณะเดียวกันมาตรการเหล่านี้ก็สอดคล้องกับมาตราต่าง ๆ ในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (The WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) มาตรการนี้มีความก้าวหน้าอย่างมาก กล่าวคือมี 21 ประเทศหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลกเท่านั้นที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้เลิกเสพยาสูบอย่างเพียงพอ<sup>1</sup>

ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่

โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาสูบทั้งในด้านการจัดบริการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ อาทิ โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใส ที่พัฒนาโดยเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และการจัดตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนมาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>3</sup> ทั้งนี้ในรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมาตรการ MPOWER ขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยนับเป็น 1 ใน 4 ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง-รายได้สูง ซึ่งได้จัดให้มีการบำบัดดูแลรักษาผู้ติดยาสูบที่คุ้มค่าแก่ประชาชน<sup>1</sup> อย่างไรก็ตาม การให้บริการโดยทั่วไปยังไม่อำนวยให้ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เข้าถึงบริการได้สะดวกนัก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการขยายบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าว อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง

## ระเบียบวิธีการสืบค้นและวิเคราะห์เนื้อหา

การวิจัยนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดยค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลหลัก ๆ สองฐานข้อมูลคือ PubMed และ Cochrane Database ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2014 ด้วยคำสำคัญคือ (Tobacco Cessation OR Smoking Cessation) AND (Quit Rate OR Abstinence Rate) AND (Systematic Review) รวบรวมบทความวิจัยได้ทั้งหมด 177 เรื่อง นำมาคัดกรองจากหัวข้อเรื่อง

บทคัดย่อ และ บทความฉบับเต็ม จนเหลือบทความที่ตรงกับหลักเกณฑ์ที่กำหนดนำมาใช้ในการทบทวนทั้งหมด 54 บทความ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้บทความที่เกี่ยวกับผู้สูบบุหรี่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 7 บทความ ทั้งนี้จะนำเสนอเนื้อหา 3 ประเด็น ดังนี้

1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์
2. ประเภทของการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่
3. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่

### ตัวชี้วัดผลลัพธ์

หลักการประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ คือ เลิกได้อย่างน้อย 6 เดือนหลังจากเริ่มการบำบัดรักษา<sup>3</sup> จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าในการสังเคราะห์งานวิจัย ประสิทธิภาพของการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกสูบบุหรี่นั้นประเมินได้จากตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 อย่าง ได้แก่ 1) การหยุดสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่องกันตามระยะเวลาที่กำหนด (Continuous Abstinence) เช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน เป็นต้น และ 2) การหยุดสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งหรือในช่วงเวลาที่กำหนด (Point Prevalence Abstinence) โดยทั่วไปจะประเมินว่า ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันหรือไม่ ทั้งนี้ มักจะใช้วิธีการประเมินทางชีวเคมี (Biochemical Verification of Tobacco Cessation) มายืนยันร่วมด้วย เช่น ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (จำนวน 50 เรื่อง) ได้ใช้การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องนาน 12 เดือน ร่วมกับการประเมินตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเป็นเกณฑ์ตัดสินว่า เลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ ทั้งนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ (32 เรื่อง) ใช้การตรวจวัดคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก (Exhaled CO) เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเพื่อยืนยันว่า เลิกสูบบุหรี่ และบางงานวิจัย

(17 เรื่อง) ใช้การตรวจโคตินิน (Cotinine) ในปัสสาวะ, เลือด, หรือ น้ำลาย<sup>4</sup> เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน Nagrebetsky และคณะ<sup>5</sup> ให้ความหมายของการเลิกสูบบุหรี่ว่า เป็นการหยุดสูบบุหรี่ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด

### ประเภทของการให้บริการเลิกบุหรี่

โดยทั่วไปการให้บริการเลิกบุหรี่สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบำบัดรักษาโดยใช้ยา ทว่าหากพิจารณาระดับความเข้ม (Intensity) ของการบำบัดรักษา พบว่า มีเกณฑ์ในการพิจารณาที่แตกต่างกันเล็กน้อย อาทิ Rigotti และคณะ<sup>4, 6</sup> แบ่งระดับความเข้มของการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- การให้บริการเพียงครั้งเดียว ระยะเวลา 15 นาทีหรือน้อยกว่า ไม่มีการติดตามให้กำลังใจ
  - การให้บริการหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ใช้เวลามากกว่า 15 นาที ไม่มีการติดตามให้กำลังใจ
  - การให้บริการหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร่วมกับการติดตามให้กำลังใจ 1 เดือน
  - การให้บริการหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ร่วมกับการติดตามให้กำลังใจมากกว่า 1 เดือน<sup>4, 6</sup>
- ส่วนการให้บริการเลิกบุหรี่ที่พบในการทบทวนงานวิจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่
- การให้คำปรึกษาแบบกระชับ (Brief or Minimal Counseling) ระยะเวลาสั้นกว่า 90 นาที
  - การให้คำปรึกษาแบบเข้มโดยใช้เวลา 90 นาทีหรือนานกว่า (Intensive Counseling) แต่ไม่ได้ให้ยาร่วมด้วย;



- การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นใช้เวลา 90 นาที หรือนานกว่า ร่วมกับการให้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วย<sup>7</sup>

นอกจากนี้ Bartlett, Sheeran, และ Hawley<sup>8</sup> ได้วิเคราะห์ทอิกิมา (Meta-analysis) งานวิจัยเกี่ยวกับ เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบริการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 17 เรื่อง พบว่า เทคนิคที่ใช้ในการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่นิยมใช้ มากที่สุด ได้แก่ การเสริมแรงจิตใจและสมรรถนะ แห่งตน (Boost Motivation and Self-efficacy) ส่วนเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้การให้ บริการเลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ การช่วย ผู้ป่วยวางแผนการเลิกสูบบุหรี่/แผนการรักษา; การติดตาม พฤติกรรมตนเองและลงบันทึกทันที; การให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว; และการให้คำแนะนำ/ อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการสนับสนุนจากบุคคล รอบข้าง ในทางตรงกันข้าม เทคนิคการเสริมแรงจิตใจ และสมรรถนะแห่งตนและการประเมินภาวะติดยาโคติน (Assess Nicotine Dependence) มีความสัมพันธ์ กับประสิทธิผลของการช่วยให้เลิกบุหรี่ที่ลดลง ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าการประเมินภาวะติดยาโคตินทำให้ ผู้ป่วยถูกตราว่า “ติด” บุหรี่ ทำให้หมดกำลังใจที่จะเลิก อีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายจะมีแนวโน้ม ที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่แล้ว หากได้รับแรงจูงใจมากเกินไป อาจทำให้เกิด “Over-motivation” ได้<sup>8</sup>

มีรายงานจากการวิเคราะห์ทอิกิมาระบุว่า การให้บริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดนั้น บางครั้งอาจสอดแทรกอยู่ในโปรแกรม การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หรืออาจเป็นโปรแกรมที่ เน้นเฉพาะการเลิกบุหรี่ โดยวิธีการที่ใช้มีทั้งการปรับ พฤติกรรม การโทรศัพท์ติดตาม การใช้สื่อหรือเอกสาร เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ซึ่ง ผู้ดำเนินการมักเป็นพยาบาลวิชาชีพ<sup>9</sup> หรือแพทย์เป็น

ผู้เริ่มต้นให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ขณะผู้ป่วยรักษา ในโรงพยาบาล จากนั้นพยาบาลเป็นผู้บริหารการดูแล ติดตาม<sup>9</sup> เช่นเดียวกับในผู้ป่วยเบาหวาน Nagrebetsky และคณะ<sup>5</sup> ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการ เลิกสูบบุหรี่ จำนวน 8 เรื่อง พบว่า การบำบัด รักษาเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คล้ายกับกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรังอื่น อันประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและ การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (อาทิ Bupropion, Nicotine Replacement Therapy) โดยผู้ให้คำปรึกษามักเป็น พยาบาล แพทย์ และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

### ประสิทธิผลของการให้บริการเลิกบุหรี่

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือถุงลมโป่งพอง มีรายงานจากการวิเคราะห์ทอิกิมาว่า ประสิทธิภาพ ของการช่วยให้เลิกบุหรี่โดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมีความแตกต่างกัน โดยพบอัตราการเลิกบุหรี่ ในช่วงร้อยละ 0.0-28.9 โดยเฉลี่ย อัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ 13.19 และมีค่าขนาดอิทธิพล ปานกลาง (Effect Size = 0.33) นอกจากนี้การช่วยให้เลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพดีกว่าการจัดให้ บริการที่บ้าน อีกทั้งรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ที่มี การจัดกิจกรรมแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ บริการเลิกสูบบุหรี่แบบตัวต่อตัว (Face-to-Face)<sup>8</sup>

แม้ว่าการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นมาตรฐานการดูแล ประการหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวาน<sup>10</sup> ทว่าประสิทธิผล ของการให้การบำบัดรักษาช่วยเลิกบุรียังไม่มากนัก Nagrebetsky และคณะ<sup>5</sup> ได้สังเคราะห์ข้อมูลจาก งานวิจัยการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 8 เรื่อง โดยเปรียบเทียบระหว่างการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ แบบเข้มข้น (Intensive Intervention) ซึ่งมีการให้ คำปรึกษา การติดตามทางโทรศัพท์ และการใช้ยา (อาทิ ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน และ Bupropion)

กับการดูแลตามปกติ (Usual Care) ซึ่งเป็นรูปแบบการช่วยให้เลิกแบบไม่ใช้ยา เรียกได้ว่าเป็นรูปแบบที่ Less Intensive กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่และข้อมูลผลเสียทางสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แบบเข้มข้น (Intensive Intervention) จะมีแนวโน้มเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แบบ Less Intensive 1.85 เท่า (RR 1.75; 95% CI 0.28-6.92)

การเลิกสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด Barth, Critchley, & Bengel<sup>9</sup> ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Interventions) อาทิ การปรับพฤติกรรม การติดตามสนับสนุนการเลิกทางโทรศัพท์ และการให้เอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Self-help Materials) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จที่ 6 - 12 เดือน ในภาพรวมผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้านจิตสังคมมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ (OR 1.66, 95% CI 1.25-2.22) เมื่อวิเคราะห์แต่ละวิธีการ พบว่า ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าวิธีการบำบัดแบบใดมีประสิทธิผลที่ดีกว่ากัน เนื่องจากในการวิจัยที่ใช้วิธีการเลิกบุหรี่โดยการปรับพฤติกรรมมักจะใช้การติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์ควบคู่ไปด้วย ในขณะที่เดียวกันการให้เอกสารวิธีเลิกบุหรี่ด้วยตนเองซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหัวใจก็มีประสิทธิผลเช่นกัน (OR 1.48, 95% CI 1.11-1.96) อย่างไรก็ตาม การทบทวนงานวิจัยดังกล่าว<sup>9</sup> ยังระบุว่า การให้คำปรึกษาแบบกระชับ (Minimal Counseling) (อาทิ ไม่มีการติดตาม หรือระยะเวลาภายใน 4 สัปดาห์)

ไม่มีผลต่อการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ (OR 0.92; 95% CI 0.70-1.22)

ในการทำงานเดียวกัน Eisenberg และคณะ<sup>11</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเชิงทดลอง 15 เรื่อง ซึ่งเป็นการบำบัดโดยใช้ยาช่วยเลิก 4 เรื่อง และพฤติกรรมบำบัดอีก 11 เรื่อง พบว่า การช่วยให้เลิกบุหรี่โดยใช้พฤติกรรมบำบัดนั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลแบบตัวต่อตัว เมื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลหรือการรักษาแบบทั่วไปแล้ว การใช้พฤติกรรมบำบัดมีประสิทธิผลในการช่วยให้เลิกบุหรี่ดีกว่า 1.97 เท่า (pooled OR = 1.97; 95% CI 1.37-2.85) เป็นที่น่าสังเกตว่า การช่วยให้เลิกบุหรี่โดยวิธีพฤติกรรมบำบัดมีความแตกต่างกันมากทั้งในเรื่องระยะเวลาที่ใช้และจำนวนครั้ง กล่าวคือ จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดมีตั้งแต่ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 20-150 นาที และระยะเวลาของการบำบัด ก็แตกต่างกันตั้งแต่ 20 นาที จนถึง 12 เดือน ทั้งนี้ Eisenberg และคณะ ให้ความสำคัญว่าข้อมูลจากงานวิจัยที่มีอยู่ยังไม่สามารถสรุปรายละเอียดได้ว่า ระยะเวลา จำนวนครั้ง และชนิดของการบำบัดแบบใดจะมีประสิทธิผลมากกว่ากัน<sup>11</sup> แต่ทว่าในการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล Rigotti และคณะ<sup>4</sup> ได้รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มย่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดว่า รูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบเข้ม (Intensive Counseling) ที่เริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยยังพักรักษาในโรงพยาบาล และมีการติดตามดูแลอย่างน้อย 1 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Risk Ratio: RR = 1.42; 95% CI 1.29 - 1.56) ทั้งนี้รูปแบบ





การให้คำปรึกษาดังกล่าวให้ประสิทธิผลใกล้เคียงกันเมื่อพิจารณาในภาพรวมสำหรับผู้ป่วยทั่วไปที่พักรักษาในโรงพยาบาล (RR = 1.37; 95% CI 1.27-1.48) แต่ยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัดว่า การใช้รูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นจะให้ประสิทธิผลที่ดีกว่าเมื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปที่พักรักษาในโรงพยาบาล<sup>4</sup> นอกจากการให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ที่มิโรคเรื้อรังโดยการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ในด้านของการบำบัดโดยใช้ยาพบว่า ในผู้ป่วยโรคหัวใจ การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน (เฉพาะ Nicotine Gum และ Nicotine Patch) หรือยาช่วยเลิกบุหรี่ (Bupropion) มีประสิทธิผลในการช่วยให้เลิกบุหรี่ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก (Placebo) 1.72 เท่า (pooled OR = 1.72; 95% CI 1.15-2.57)<sup>11</sup>

สำหรับการศึกษาประสิทธิผลในระยะยาว (Long-term Effectiveness) ของการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังนั้นยังมีอยู่ไม่มากนัก Hoogendoorn และคณะ<sup>7</sup> ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลในระยะยาวและต้นทุน-ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง โดยมีรายงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง พบว่า จากการเปรียบเทียบ intervention ด้วยวิธี 4 แบบ ได้แก่ การดูแลตามปกติ (Usual Care), การให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างย่อ (Minimal Counseling), แบบเข้มข้น (Intensive Counseling); และแบบเข้มข้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ พบว่า โดยเฉลี่ยอัตราการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งประเมินจากการเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 12 เดือน สำหรับมาตรการแบบเข้มข้นคือ ร้อยละ 6.0 และให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย คือ ร้อยละ 12.3 หากประเมินอัตราการเลิกสูบบุหรี่ ณ จุดเวลา

ที่ 12 เดือน (12-month Point Prevalence Rate) พบว่า มาตรการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แบบเข้มข้นมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับ 12.3 และเมื่อให้ยาเลิกสูบบุหรี่ร่วมด้วย อัตราการเลิกสูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 19.0 เมื่อเปรียบเทียบกับการให้การดูแลตามปกติ ส่วนการประเมินความคุ้มค่าของมาตรการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่พิจารณาปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Years: QALY) โดยพบว่าอัตราส่วนค่าต้นทุนประสิทธิผลในมาตรการให้คำแนะนำเพื่อเลิกยาสูบบุหรี่แบบเข้มข้น (Intensive Counseling); และแบบเข้มข้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เท่ากับ 16,900, 8,200, และ 2,400 ยูโร ต่อหนึ่งปีสุขภาวะ ตามลำดับ<sup>7</sup>

### ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งล่าสุด<sup>12</sup> ปรากฏว่า ประชาชนไทยที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว อันได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ (กล้ามเนื้อหัวใจตาย) และโรคหลอดเลือดสมองยังสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 17.9, 16.6, 25.3, 9.9 และ 14.1 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ชายมีส่วนของการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและการรักษาโรค หากผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ก็มีแนวโน้มว่าอาการของโรคเหล่านั้นจะทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย<sup>13</sup> ดังนั้น การพิจารณาให้มีการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่มีโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญ โรงพยาบาลเป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่เมื่อต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ที่มีโรคเรื้อรัง อาทิ ผู้ป่วยโรคหัวใจมักเริ่มหยุดสูบบุหรี่และตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่และความเสี่ยงต่อสุขภาพ

ของตน ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่จึงมีแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น จึงนับเป็นโอกาสทองที่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลจะให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดเมื่อออกจากโรงพยาบาล<sup>13-14</sup>

การศึกษางานวิจัยซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบแสดงให้เห็นว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรังมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม นักวิชาการบางกลุ่มมีข้อสังเกตว่า บุคคลที่เป็นผู้ให้คำแนะนำคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่นั้น ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลซึ่งเป็นนักวิจัย (Nurse Researcher) หรือไม่ก็เป็นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยเฉพาะ เมื่อพิจารณาในสถานการณ์เมืองไทยพบว่าเคยมีการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แก่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาแล้ว ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการพยาบาลที่เอื้อต่อการให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ที่มีโรคเรื้อรังแต่อาการยังไม่รุนแรงเป็นพิเศษด้วย ทั้งนี้ควรพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ความเข้ม (Intensity) และระยะเวลา (Duration) ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง โดยความเสี่ยงนี้จะสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ผู้ป่วยเบาหวานมักเผชิญกับความท้าทายในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนโดยเฉพาะเมื่อต้องพยายามเลิกสูบบุหรี่จากการศึกษางานวิจัยซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็น

ระบบ พบว่า ยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาและประเมินรูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน ประเด็นที่น่าสนใจคือ รูปแบบการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเบาหวานจะมีประสิทธิผลแตกต่างจากการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยทั่วไปหรือไม่

## บทสรุป

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกัน โดยพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างเข้มเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนจะมีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ โดยต้นทุนต่อหนึ่งปีสุขภาพะของการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้น (Intensive Counseling) และแบบเข้มข้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เท่ากับ 0.5 และ 0.14 เท่าของมาตรการให้คำแนะนำเพื่อเลิกยาสูบแบบย่อตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันการบำบัดโรคติดบุหรี่ควรมีระยะเวลาานานกว่าหนึ่งเดือน และควรมีการติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

## กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการกลุ่มศึกษานโยบายช่วยเลิกบุหรี่ระดับประชากร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.) และกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Luxembourg: WHO Press, 2013.
2. Dhippayom T, Nimpitakpong P. Electronic cigarettes. *Journal of Public Health* 2014; 44(3): 313-28.
3. Yunibhand J, Chaiyawat W, Preechawong S, Rojnawee S. The quit rate among smokers with chronic illnesses who have received smoking cessation counseling from the Thailand National Quitline. *Journal of Public Health and Development* 2013; 11 (2): 50-61.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
5. Nagrebetsky A, Brettell R, Roberts N, Farmer A. Smoking cessation in adults with diabetes: a systematic review and meta-analysis of data from randomised controlled trials. *BMJ Open* 2014; 4:e004107. doi:10.1136/bmjopen-2013-004107
6. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.
7. Hoogendoorn M, Feenstra T, Hoogenveen RT, Rutten-van Mólken MP. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010; doi:10.1136/thx.2009.131631
8. Bartlett YK, Sheeran P, Hawley MS. Effective behavior change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Br J Health Psycho.* 2014; doi: 10.1111/bjhp.12071.
9. Barth J, Critchley JA, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; doi: 10.1002/14651858.CD006886.
10. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care.* 2013. 36 S11-66.
11. Eisenberg MJ, Blum LM, Filion KB, Rinfret S, Pilote L, Paradis A. The efficacy of smoking cessation therapies in cardiac patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Cardiol* 2010; 26(2): 73-9.
12. Aekplakorn W, et al. The Forth National Health Examination Survey in 2008-2009. Bangkok: The Graphico Systems Co., Ltd, 2010.



13. Malasin N, Preechawong S. Effect of tobacco cessation counseling combined with reflexology on smoking cessation behaviors of patients with chronic illness. *Journal of the Police Nurses* 2014; 6(1): 30-43.
14. Bolman C, de Vrier H, van Breukelen G. A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: Long-term effects on smoking cessation. *Prev Med* 2002; 35(2): 181-92.

## Reviews on Effectiveness of Smoking Cessation Interventions Among Patients with Chronic Diseases

Sunida Preechawong\* Forradee Nuchsongsin\*\* Siriwan Pittayarangsarit\*\*\*

### ABSTRACT

Tobacco cessation is considered an effective component in tobacco control. For smokers with chronic diseases, quitting smoking helps reduce complications and mortality rate. The purpose of this 'review of systematic reviews' was to present the evidence from international research regarding smoking cessation for smokers with chronic diseases (i.e., coronary heart disease, and chronic obstructive pulmonary disease). The PubMed and Cochrane databases were searched, limited to publications from 2001-2014. Seven studies met the inclusion criteria.

Evidence of the effectiveness for the following strategies was found: intensive smoking cessation interventions with and without pharmacotherapies (or nicotine replacement therapy) were more effective when compared with usual care. In addition, the duration of smoking cessation counseling for smokers with chronic diseases should be longer than one month and at least one follow-up support should be offered.

**Keywords:** effectiveness, smoking cessation, chronic diseases