



บทความวิชาการ

การให้บริการเลิกบุหรีในกระบวนการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

สุนิดา ปรีชาวงษ์* วิกุล วิศาลเสสส์** ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก*** และยมฤดี เขียรโชติ****

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันสำคัญระดับโลก อีกทั้งยังเป็นวาระอันท้าทายต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน องค์การด้านสุขภาพระดับนานาชาติต่างตระหนักและร่วมกันหาวิธีจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันมียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายยุทธศาสตร์ ส่วนใหญ่เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักด้านพฤติกรรม 4 ปัจจัย ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ บทความฉบับนี้นำเสนอนโยบายในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยเน้นเรื่องมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการบูรณาการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรีในการคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ ในฐานะประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้ดำเนินการตามกรอบติดตามการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ อันประกอบไปด้วย 9 เป้าหมายหลัก และ 25 ตัวชี้วัดที่จะต้องบรรลุร่วมกันในปี พ.ศ. 2568 ในด้านการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น เป้าหมายของประเทศไทย คือ ลดความชุกของการสูบบุหรีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปให้ได้ร้อยละ 30 หรือความชุกของการสูบบุหรีควรอยู่ที่ร้อยละ 14.93 ดังนั้น หากมีการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรีในคลินิกโรคไม่ติดต่อซึ่งจัดเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี น่าจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายของการควบคุมยาสูบระดับโลกได้

คำสำคัญ: การควบคุมยาสูบ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/การเลิกบุหรี

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(1): 1-10

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประจันตคาม ปราจีนบุรี

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางบัวทอง นนทบุรี



Provision of Smoking Cessation Service in NCDs Clinic

Sunida Preechawong*, Wikul Visalseth**, Patumrat Ketlek*** and Yomreudee Teanchot****

Abstract

Non communicable diseases (NCDs) are global health issues and a major challenge for sustainable development. International health organizations have realized and worked collaboratively to address this health concern. To date, a number of strategies and action plans to prevent and control NCDs do exist. Those mainly focus on four behavioral risk factors: tobacco use, harmful use of alcohol, unhealthy diet, and physical inactivity. This article presents national policies regarding tobacco control and a case study of the implementation of brief advice for smoking cessation in NCDs clinic. As WHO Member State, Thailand has implemented the 25 indicators and 9 voluntary global targets for NCDs, by 2025. In regard to tobacco control, Thailand aims to achieve a 30% relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged over 15 years or the prevalence of tobacco use reaches 14.93%. Thus, the provision of brief advice for cessation as a good buy intervention would likely increase the chance for Thailand to achieve the global tobacco target.

Keywords: Tobacco control/Non communicable diseases (NCDs)/Smoking cessation

* Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Baromarajonani Srisataphat building Fl. 11, Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330 Thailand. Email: sunida.p@chula.ac.th

** Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand

*** Prachantakham Hospital, Prachin Buri 25130, Thailand

**** Bangbauthong Hospital, Nonthaburi 11100, Thailand



บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันสำคัญระดับโลก ประชากรไทยป่วยและตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสาเหตุการเสียชีวิตทำอันดับแรกในปี พ.ศ. 2555 คือ 1) มะเร็ง มีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2510 เป็น 98.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555; 2) อุบัติเหตุ เพิ่มขึ้นจาก 26.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 51.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 32.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 32.9 ต่อประชากรแสนคน 3) โรคหัวใจ เพิ่มขึ้นจาก 16.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 31.7 ต่อประชากรแสนคน และ 4) โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจาก 25.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 31.7 ต่อประชากรแสนคน และ 5) เบาหวาน มีอัตราการตายที่คงที่ระหว่าง 11-12 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548-2555 (Ministry of Public Health, 2016) การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ การสูบบุหรี่หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง ดังนั้น การไม่สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมีผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง (Kivimäki et al., 2008; Kuwalairat, Sornkate, & Lertsinudom, 2015) และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้ 660 เหรียญอเมริกาต่อปี QALY หรือ Quality Adjusted Life Year (World Health Organization, 2010) บทความฉบับนี้ นำเสนอนโยบายในการป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยเน้นเรื่องมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งเป็นหนึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

และการบูรณาการให้บริการเลิกบุหรี่ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและตัวอย่างการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน

นโยบายระดับนานาชาติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

นับแต่เริ่มสหัสวรรษใหม่ มีการประชุมระดับนานาชาติและระดับโลกหลายครั้งเพื่อหารือเกี่ยวกับยุทธวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การประชุมสำคัญที่จะกล่าวถึงเบื้องต้น ได้แก่ การประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศ (High-level meeting of the UN General Assembly on the Prevention and Control of NCDs) ซึ่งจัดขึ้นในเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา จากการประชุมดังกล่าวมีการรับรอง “ประกาศปฏิญญาการเมืองว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Political Declaration)” สำคัญของปฏิญญานี้ กล่าวถึงความตระหนักถึงสถานการณ์และความเชื่อมโยงของปัจจัยเสี่ยงร่วมหลัก ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย รวมทั้งตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาศัยการทำงานของภาคีทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ เน้นความสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงาน อีกทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงและสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพโดยการดำเนินงานตามเครื่องมือและยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่มีอยู่ เพิ่มความร่วมมือระหว่างประเทศและภาคีเครือข่าย และให้องค์การอนามัยโลกพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล (Waleewong, et al., 2014) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2558 ประเด็นโรคไม่ติดตอยังได้รับการบรรจุอยู่ในเป้าหมายการพัฒนา



ที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

ในด้านการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นั้น ปัจจุบันมียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายยุทธศาสตร์ ดังที่ Waleewong et al. (2014) ได้สรุปไว้ ดังแสดงในตาราง จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์เหล่านั้นโดยหลักแล้วเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลัก 4 ปัจจัย อันได้แก่ การสูบบุหรี่หรือ

การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม ในบทความนี้จะนำเสนอสาระของยุทธศาสตร์ที่เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ตารางที่ 1 ยุทธศาสตร์โลก แผนปฏิบัติการระดับโลก และเครื่องมือทางวิชาการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง*

พ.ศ.	ยุทธศาสตร์โลก แผนปฏิบัติการระดับโลก และเครื่องมือทางวิชาการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง
2543	ยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global strategy for the prevention and control of NCDs)
2546	กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (WHO framework convention on tobacco control)
2547	ยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ (Global strategy on diet, physical activity and health)
2551	แผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550-2556
2553	ยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับโลก (Global strategy to reduce the harmful use of alcohol)
2553	ชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยเรื่องการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในเด็ก (Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children)
2554	มาตรการระดับประชากรตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในการจัดการปัญหา NCDs อย่างคุ้มค่าและได้ผล (Best buys intervention)
2556	แผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020)
2558	ยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global strategy for the prevention and control of NCDs)

*ปรับแก้ไข เพิ่มเติมจาก Waleewong, Thamarangsi, Panket et al. (2014).



ยุทธศาสตร์การป้องกันและการควบคุม การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการป้องกันและการจัดการกลุ่มโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาพรวมและการจัดการเฉพาะประเด็น ดังจะเห็นได้จากยุทธศาสตร์ระดับชาติ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 และแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะอีก 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557, 2558-2562 แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 และแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ. 2553-2562 (Karnjanapiboonwong et al., 2016) ในด้านการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบนั้น ในฐานะประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้ดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control) อีกทั้งยังดำเนินการตามกรอบติดตามการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ (Comprehensive Global Monitoring Framework for the prevention and control of NCDs) และแผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563 ซึ่งได้รับการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 โดยกรอบติดตามฯ ดังกล่าวประกอบไปด้วย 25 ตัวชี้วัดระดับโลก และ 9 เป้าหมายระดับโลก หรือ “9 Global NCD targets” (Waleewong et al., 2014; Karnjanapiboonwong et al., 2016) ได้แก่

1. อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และ/หรือ โรคปอดเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25
2. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10

3. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ลดลงร้อยละ 10

4. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 30 (มิลลิกรัมต่อวัน)

5. ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30

6. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 25

7. ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานและโรคอ้วนในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น

8. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

9. การมีयाที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการรัฐและเอกชนร้อยละ 80

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูง (Best-buy intervention) และมาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys intervention) ทั้งนี้ ในประเด็นปัจจัยเสี่ยงหลักเรื่องการสูบบุหรี่หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรการควรดำเนินการที่สุดมีความคุ้มค่าสูง ได้แก่ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่ การให้ข้อมูล/คำเตือนจากยาสูบ การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย และการขึ้นภาษียาสูบ มาตรการกลุ่มนี้ ประเทศไทยมีความพร้อมและได้ดำเนินการไปแล้วอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการมีกฎหมายระหว่างประเทศ คือ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกรองรับ (Thamaramsi et al., 2011; Waleewong et al., 2014) อีกทั้งยังมีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาสูบเพื่อให้ทันต่อรูปแบบการตลาด



ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนมาตรการอีกระดับซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มมาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys intervention) ได้แก่ “การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือเบาหวาน”

แม้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และดำเนินการตามมาตรการข้างต้นจนมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ ในด้าน “การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือเบาหวาน” นั้น มีการจัดบริการเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ อาทิ โครงการเครือข่ายคลินิกฟ้าใสที่พัฒนาโดยเครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และจัดตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยลดลงจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 19.9 นั้นยังห่างไกลจากเป้าหมายระดับโลก (9 global NCD targets) ที่ประเทศไทยต้องบรรลุภายใน พ.ศ. 2568 คือ ลดความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปให้ได้ร้อยละ 30 หรือ ความชุกของการสูบบุหรี่ควรอยู่ที่ร้อยละ 14.95 หรือจำนวนผู้ไม่สูบบุหรี่ไม่เกิน 9 ล้านคน (Aekplakorn, Suksaard, & Karnjanapiboonwong, 2016) ดังนั้น การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอย่าง การสูบบุหรี่ จึงต้องการความร่วมมือจากทุกภาคีเครือข่าย

ในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559-2562) ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่และผู้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จยั่งยืน เป้าหมายสำคัญ คือ ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ไม่เกินร้อยละ 16.72 และความชุกการได้รับควันบุหรี่ของประชาชน ลดลงร้อยละ 25 จากปี พ.ศ. 2557 ภายในปี พ.ศ. 2562 หนึ่งในหกยุทธศาสตร์ที่สำคัญจึงได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3: ช่วยผู้เสพให้เลิกยาสูบ ซึ่งในยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วย 3 ยุทธวิธี และ 4 ตัวชี้วัด ดังนี้

ยุทธวิธี

1. สร้างเสริมพลังชุมชนและเครือข่ายเพื่อการบำบัดยาสูบ
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ให้บริการเลิกยาสูบ
3. พัฒนาคูณภาพระบบบริการเลิกยาสูบและสายด่วนเลิกบุหรี่

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 50 ของผู้เสพยาสูบต้องการเลิก
2. ร้อยละ 30 ของผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ
3. ร้อยละ 20 ของผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดสามารถเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน 1 ปี
4. ร้อยละ 30 ของคลินิก NCD และคลินิกโรคเรื้อรังมีการให้บริการเลิกยาสูบ (Ministry of Public Health, 2016a)

การส่งเสริมการเข้าถึงบริการช่วยเหลือเบาหวานในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

การสูบบุหรี่นอกจากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อแล้ว ยังมีผลต่อการรักษาโรคหากผู้ป่วยโรคไม่ติดต้อยคงสูบบุหรี่ต่อไป ก็มีแนวโน้มว่าอาการของโรคเหล่านั้นจะทรุดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (Malasin & Preechawong, 2014) ดังนั้น การให้บริการเพื่อช่วยเหลือเบาหวานจึงต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขาและดำเนินการอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การค้นหาผู้สูบบุหรี่ ให้การบำบัด และติดตามผล ซึ่งต้องมีการเชื่อมโยงการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมในโรงพยาบาล การให้บริการเพื่อช่วยเหลือเบาหวานเป็นพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ ใน “แนวทางการดำเนินงาน (Guidelines for implementation) ตามมาตรา 14 ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ” ได้แนะนำ



ว่าภาคีสัญญาฯ ควรดำเนินการให้ระบบสุขภาพที่มีอยู่ทุกระดับจัดให้มีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่และให้พัฒนาการบำบัดเลิกบุหรี่ในรูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการในระดับประชากร อาทิ การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระชับหรือแบบย่อ (Brief advice) ซึ่งหมายถึง คำแนะนำที่ใช้เวลาสั้นๆ แนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้หยุดสูบบุหรี่ อาจเป็นคำแนะนำที่ให้ระหว่างการรักษาโดยทั่วไป (World Health Organization, 2013) ในต่างประเทศมีรายงานประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระชับในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำตามความพร้อมในการปรับพฤติกรรม (Di Clemente-Prochaska Stage of Change) พบว่า กลุ่มทดลองที่อยู่ในขั้นเตรียมตัวมีแนวโน้มที่เลิกบุหรี่ได้นาน 6 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงคู่มือการเลิกบุหรี่ (OR = 2.1, 95% CI 1.0-4.6) ส่วนกลุ่มทดลองที่อยู่ในระยะลังเลใจ/ซังใจ มีแนวโน้มลดจำนวนบุหรี่แต่ละวันหลังจากได้รับคำปรึกษา (Gorini et al., 2012) นอกจากนี้ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ระบุว่า วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ที่เน้นทางด้านจิตสังคม (Psychosocial interventions) อาทิ การปรับพฤติกรรม การติดตามสนับสนุนการเลิกทางโทรศัพท์ และการให้เอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (Self-help materials) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่สำเร็จที่ 6-12 เดือน (Barth, Critchley & Bengel, 2008) ในขณะเดียวกันมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึงประสิทธิผลของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างสอดคล้องกัน โดยพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างเข้มเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนจะมีต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ (Preechawong, Nuchsongsin, & Pittayarangsarit, 2015)

กรณีศึกษาการให้บริการเลิกบุหรี่ในกระบวนการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ

ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ร้อยละ 100 และขยายการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ (Ministry of Public Health, 2016b) คลินิก NCD คุณภาพ ต้องมีการคัดกรองการสูบบุหรี่ โดยมีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงขอเสนอกรณีศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย NCD ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

โรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี มีทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพร่วมกันดำเนินการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย NCDs สามารถคัดกรองผู้สูบบุหรี่จากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และหอบหืด (Asthma) ในปีงบประมาณ 2556-2558 ได้ครอบคลุม ร้อยละ 69.2 และสามารถจูงใจให้ผู้ป่วยสมัครใจเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 26.8 การจูงใจทำโดยให้คำปรึกษาแบบกระชับผ่านแผ่นภาพโปสเตอร์ ชุดความรู้เรื่อง “บุหรี่กับสุขภาพ” ทั้งนี้ พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ และเห็นภาพมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ ข้อมูล ณ คลินิกจิตสังคม บำบัดรพช.ประจันตคาม ในช่วงตุลาคม 2558-เมษายน 2559 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่นาน 1 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 41.6 ในปี 2558 แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มจะตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และสามารถจูงใจให้เลิกบุหรี่ได้ง่าย แต่ปัญหาอุปสรรค



ที่พบ คือ ผู้ป่วยมักหวนกลับไปสูบบุหรี่ร้อยละ 37.5 จึงจำเป็นต้องมีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เช่น การพัฒนาระบบติดตามและบันทึกในระบบรายงานโดยกำหนดสีที่แตกต่างกันไปตามสถานะการสูบบุหรี่ อาทิ สีแดง หมายถึง ยังสูบบุหรี่อยู่ สีเหลือง หมายถึง ลดการสูบบุหรี่ลง และสีเขียว หมายถึง หยุดสูบบุหรี่ได้แล้ว นอกจากนี้ ยังมีการจัดพื้นที่ชุมชนต้นแบบ “ควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน” เพื่อเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชนและประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขจัดบริการเชิงรุกช่วยสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในชุมชน เป็นต้น

ส่วนโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ได้นำแนวคิดและรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากคลินิกกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ มาทดลองใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อโดยพยาบาลจากคลินิกฟ้าใส (คลินิกเลิกบุหรี่) จัดจุดคัดกรองผู้ไม่สูบบุหรี่ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ (One stop service) หากพบว่ามีผู้ป่วยสูบบุหรี่ก็ให้คำแนะนำเลิกสูบบุหรี่แบบกระชับ (Brief advice) และนัดผู้ป่วยเพื่อให้การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่คลินิกฟ้าใส ประเมินความรุนแรงของการติดนิโคตินโดยใช้แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence และประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แบบประเมินไม้บรรทัดวัดใจ และสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังได้รับเอกสารแผ่นพับให้ความรู้โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่และบางรายได้รับวิตามินซี น้ำยาบ้วนปากหรือยาช่วยเลิกบุหรี่ตามความเหมาะสม ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อ

สังคมไทยปลอดบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีตัวช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังมีการนัดติดตามผลเป็นระยะที่ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 128 คน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 49 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 เมื่อติดตามถึงหนึ่งปี พบว่า ยังคงสภาพเลิกบุหรี่ได้

โดยสรุปจากการทบทวนงานวิจัยและกรณีศึกษาเกี่ยวกับการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกระชับมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น แสดงให้เห็นถึงตัวอย่าง “การเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการเลิกบุหรี่” อันเป็นมาตรการที่ควรดำเนินการหรือมีความคุ้มค่า (Good buys intervention) ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก อีกทั้งเป็นการดำเนินงานที่ครบวงจร ตั้งแต่การค้นหาการบำบัด และการติดตาม เมื่อมีระบบติดตามและการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดบุหรี่เป็นระยะ ซึ่งสามารถทำได้เนื่องจากผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์/พยาบาล หรือมารับยาอย่างต่อเนื่อง น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จตามความตั้งใจ และสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย หลักสูตร ระบบการศึกษาทางไกล TRC E learning Class 3 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



References

- Barth, J., Critchley, J.A., & Bengel, J. (2008). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(1): doi: 10.1002/14651858.CD006886.
- Gorini, G., Carreras, G., Giordano, L., Angjinoni, E., Lossa, A., Coppo, A., ...& Chellini, E. (2012). The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counseling: Effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health*, (12), 740 doi: 10.1186/1471-2458-12-740.
- Karnjanapiboonwong, et al. (2016). *NCDs situation: Kick off to the goals*. International Health Policy Program, Nonthaburi.
- Kivimäki, M. et al. (2008). Best-practice interventions to reduce socioeconomic inequalities of coronary heart disease mortality in UK: A prospective occupational cohort study. *Lancet*, 372 (9650), 1612-13.
- Kuwalairat, P., Sornkate, R., & Lertsinudom, S. (2015). The outcomes of smoking cessation among non-communicable disease patients at community hospitals under the supervision of clinical pharmacist. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 11(4), 83-103.
- Malasin, N., & Preechawong, S. (2014). Effect of tobacco cessation counseling combined with reflexology on smoking cessation behaviors of patients with chronic illness. *Journal of the Police Nurses*, 6 (1), 30-43.
- Ministry of Public Health. (2016a). *Second national strategic plan for tobacco control 2016-2019*. Retrieved February 20, 2017 from http://203.157.41.113/th/upload/download/files/Second_Nation_Strategic_Plan_TC2016-2019_EN_SHORT.pdf
- Ministry of Public Health. (2016b). *Strategy, indicators, and guideline for data collection, Fiscal year 2559*. Retrieved January 3, 2017 from http://region5.moph.go.th/docs/mophplan_2559_final.pdf
- Preechawong, S., Nuchsongsin, F., & Pittayarangsarit, S. (2015). Reviews on effectiveness of smoking cessation interventions among patients with chronic diseases. *Journal of Public Health*, 45(3), 324-333.
- Thamarangsi, T., Pitayarangsarit, S., lam-anan, P., Phulkerd, S., Ponguttha, S., Waleewong, O., & Limwattanayingyong, A. (2011). Gaps and opportunities in addressing non communicable diseases in Thailand with WHO's best buys and good buys interventions. *Journal of Health Systems Research*, 5 (4), 400-438.
- Waleewong, O., Thamarangsi, T., Panket, P. et al. (2014). *NCDs situation*. International Health Policy Program. Nonthaburi.
- World Health Organization (2010). *Package of essential non-communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*. France.



World Health Organization. (2013). *WHO Framework convention on tobacco control: Guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Article 9 and 10; Article 11;*

Article 12; Article 13; Article 14-2013 edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization.