

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

มาตรการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงาน: การทบทวนวรรณกรรม

พอรระตี นุชสังสิน สส.ม.*

กรณีการณ์ ฉัตรดอกไม้ไพร วท.ม.(เวชศาสตร์ชุมชน)**

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ สค.ด.(วิเคราะห์นโยบายสุขภาพ)**

* ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวทางการเลิกบุหรี่เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานที่มีความคุ้มค่า ศึกษาโดยค้นหาจากฐานข้อมูลหลักสองฐานข้อมูลคือ Pubmed และ Cochrane โดยใช้ข้อกำหนดตาม PRISMA guideline ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่ใช้ในการบริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานประกอบด้วย 2 รูปแบบหลักคือ การช่วยเลิกบุหรี่แบบรายบุคคล และการใช้นโยบายบังคับในการห้ามสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่แบบเข้ารับคำปรึกษาแบบรายบุคคล การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่มสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้สูงกว่าการใช้นโยบายบังคับไม่สูบบุหรี่โดยการใช้นโยบายผสมโดยเน้นไปที่วิธีการในการช่วยเลิกบุหรี่และการให้รางวัลตอบแทนเมื่อเลิกบุหรี่ (incentive) อย่างไรก็ตามการใช้นโยบายบังคับไม่สูบบุหรี่สามารถลดการสูบบุหรี่ของตัวผู้สูบเองและลดการสูดดมควันของผู้ไม่สูบบุหรี่ (secondhand smoker) นอกจากนี้ยังพบว่า บริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการเนื่องจากสามารถเข้าถึงจำนวนผู้สูบได้เป็นจำนวนมาก และยังช่วยลดการรับควันพิษของบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มือสอง อย่างไรก็ตามทัศนคติ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของตัวผู้สูบและความคุ้มค่าคุ้มทุนในการจัดตั้งการบริการถือเป็นปัจจัยหลักในการตัวกำหนดถึงรูปแบบการให้บริการ การเข้าถึงบริการ ขั้นตอนการรับบริการ ลักษณะและประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ ซึ่งส่งผลสำคัญต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการช่วยเลิกบุหรี่ และจำนวนผู้สูบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

คำสำคัญ: การช่วยเลิกบุหรี่, ที่ทำงาน, อัตราการเลิกบุหรี่

บทนำ

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์⁽¹⁾ จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวน 52.7 ล้าน

คน ในจำนวนนี้มี 11.5 ล้านคนเป็นผู้สูบบุหรี่ซึ่งคิดเป็นอัตราการร้อยละ 21.4 กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มากที่สุดเป็นวัยทำงานซึ่งจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2554⁽²⁾ เกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ จำแนกตามอาชีพ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าการสูบบุหรี่ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.8 และร้อยละ 5.8 ตามลำดับ

โดยในเพศชายพบว่า ผู้ประกอบอาชีพงานพื้นฐานมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด ร้อยละ 59.3 รองลงคือ ผู้มีอาชีพปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและการประมง ร้อยละ 51.8 ผู้ปฏิบัติงานในธุรกิจด้านความสามารถทางฝีมือและธุรกิจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 50.5 ผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรโรงงานและเครื่องจักรผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบ ร้อยละ 45.5 จะเห็นได้ว่าในกลุ่มประชากรวัยทำงานโดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงานพื้นฐานมีจำนวนผู้สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ โดยเพศชายรวมทุกอาชีพมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 41.7 การจัดทำมาตรการเกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานน่าจะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อยได้เป็นจำนวนมาก และมีความเป็นไปได้ที่จะช่วยเพิ่มจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้โดยเพิ่มการเข้าถึง ซึ่งสามารถลดการเสียเวลาในการเดินทางเพื่อเข้าไปรับบริการจากสถานพยาบาล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แนวทางการเลิกบุหรี่เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานที่มีความคุ้มค่าและเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูบบุหรี่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการรวบรวมและสังเคราะห์วรรณกรรมเชิงประจักษ์เพื่อทำให้ทราบถึงรูปแบบในการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงาน และประสิทธิผลของรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ ด้วยวิธีการทบทวนงานวิจัยในงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เคยมีผู้วิจัยมาแล้วโดยใช้คำค้น (tobacco cessation OR smoking cessation) AND (quit rate OR abstinence rate) AND (workplace) สำหรับ Cochrane Library for systematic review of smoking cessation ส่วนคำค้นที่ใช้ในฐานข้อมูล Pubmed คือ (tobacco cessation OR smoking cessation) AND (quit rate OR abstinence rate) AND (Workplace) จากฐานข้อมูล 2 ฐานข้อมูลคือ PubMed and The Cochrane Library for systematic review of smoking cessation กำหนดช่วงเวลาตั้งแต่ มกราคม 2000 ถึง มิถุนายน 2014

กรอบที่ใช้ในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ได้แก่ PICOS โดยอ้างอิงจาก PRISMA guideline⁽³⁾ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- กลุ่มประชากรในงานวิจัย Population เป็นรายงานวิจัยที่ทำในกลุ่มประชากรในสถานประกอบการที่เป็นผู้สูบบุหรี่
- รูปแบบวิธีการในการวิจัย Intervention เป็นรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่
- วิธีการที่ใช้ในการเปรียบเทียบ Comparator เป็นรายงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่
- ประสิทธิผลของงานวิจัย Outcome เป็นรายงานวิจัยที่แสดงประสิทธิผลการวิจัยรูปแบบของการช่วยเลิกบุหรี่ (อัตราการเลิกหรือการลดลงของการบริโภคยาสูบ)
- รูปแบบงานวิจัย Study design เป็นรูปแบบงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial and quasi-randomized control trial.

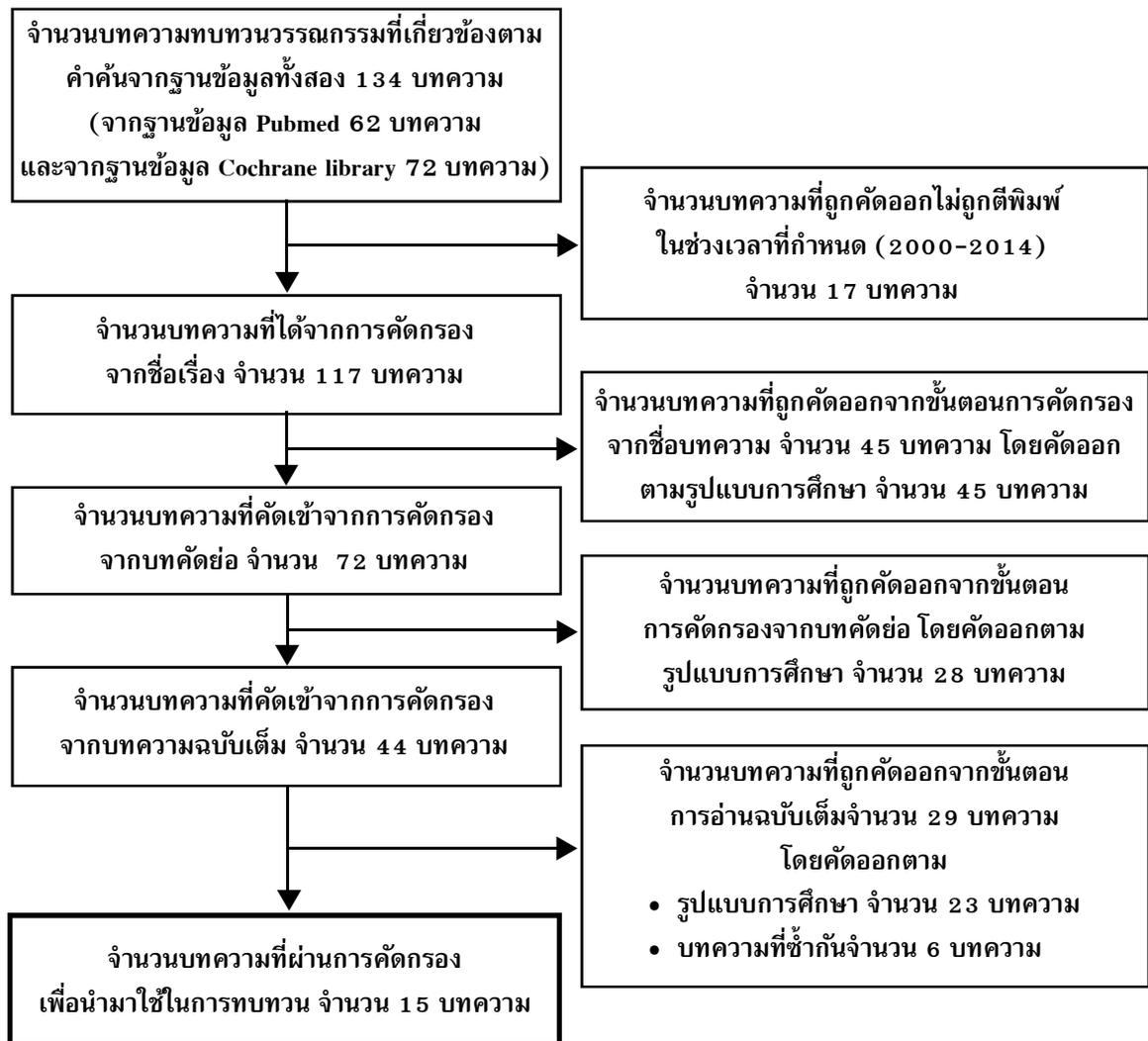
แผนภูมิที่ 1 แสดงการคัดเลือกงานวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรองงานวิจัยจากชื่อเรื่อง การคัดกรองงานวิจัยจากบทคัดย่อ และการคัดกรองงานวิจัยจากบทความฉบับเต็ม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งค้นหาจากฐานข้อมูลหลัก ๆ สองฐานข้อมูลคือ PubMed และ Cochrane Database ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2014 ด้วยคำสำคัญตามวิธีการศึกษาได้ทั้งหมด 134 เรื่องนำมาคัดกรองจากหัวข้อเรื่อง บทคัดย่อ และบทความฉบับเต็มจนเหลือบทความ ที่ตรงกับหลักเกณฑ์ที่กำหนดนำมาใช้ในการทบทวนทั้งหมด 15 บทความ โดยรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานสามารถแบ่งกลุ่มได้ตามลักษณะของรูปแบบได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อมร่วมกับ

แผนภูมิที่ 1 การคัดเลือกงานวิจัยในขั้นตอนต่าง ๆ



การใช้รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นในแบบผสมผสาน เช่น การจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาและใช้สิ่งสิ่งพิมพ์ในการให้ความรู้และอันตรายของการสูบบุหรี่โดยงานวิจัยเหล่านี้⁽⁴⁻¹²⁾ ได้ทำการแบ่งกลุ่มของผู้เข้าร่วมรับบริการเลิกสูบบุหรี่ตามวิธีการช่วยเหลือคือ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลทั้งต่อหน้าและทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จัดกลุ่มการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการให้คำปรึกษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ขณะรับการตรวจเช็คสุขภาพประจำปี โดย Lang T. และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า การให้คำปรึกษาตามมาตรฐาน (simple advice) และเชิงรุก (active programe) โดยแพทย์

หลังจากการตรวจสุขภาพประจำปีจะช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ จากจำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลาหนึ่งปี โดยอัตราส่วนของจำนวนคนเลิกสูบบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรม 68/504 (ร้อยละ 13.5) ในกลุ่มให้คำปรึกษาตามมาตรฐาน (simple advice) และ 109/591 (ร้อยละ 18.4) ในกลุ่มให้คำปรึกษาเชิงรุก (active programe) งานวิจัยของ Kadowaki T. และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยแพทย์เป็นระยะเวลา 5 เดือนโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้ไม่คำนึงถึงความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มคนทำงานในโรงงานผลิตหมอน้ำรถยนต์ ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัย-

สำคัญทางสถิติ 17/132 (ร้อยละ 12.9) เปรียบเทียบกับกลุ่ม control (4/131, ร้อยละ 3.1) ($p=0.003$) ยังสามารถช่วยการเพิ่มระยะเวลาการเลิกบุหรี่ได้ด้วย การศึกษาของ Terazawa T และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกระชั้นระหว่างการตรวจสุขภาพประจำปีและติดตามทางโทรศัพท์เป็นจำนวน 4 ครั้งกับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในโรงงานสามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ 6.2 เท่า และเพิ่มระยะเวลาของการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่ารูปแบบมาตรฐาน 7.6 เท่า

Groeneveld IF และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาร่วมกับการตรวจสุขภาพประจำปีช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ (OR smoking 0.3, 95%CI=0.1–0.7) ในระยะเวลา 6 เดือน และเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ (β 1.7, 95%CI=0.6–2.9) ของกลุ่มคนทำงานในอุตสาหกรรมก่อสร้าง โดยการใช้รูปแบบนี้จะช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยโดย Sorensen G และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบผสมผสาน (tailored interventions) การใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การใช้สื่อเพื่อความรู้ การติดตามทางจดหมายให้เหมาะสม กับกลุ่มผู้ทำงานที่มีการย้ายพื้นที่การทำงาน (high risk mobile workforce) พบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบผสมผสาน (tailored interventions) มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ ร้อยละ 19.0 ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม control ร้อยละ 8.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ การใช้รูปแบบผสมผสานเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มคนทำงานนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมเรื่องการไม่สูบบุหรี่

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาถึงรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบผสมผสานที่สามารถช่วยเพิ่มการเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด โดยการศึกษาของ Mishra GA และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าการช่วยเลิกบุหรี่โดยการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ การสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยารักษา สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 45.0 เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้สื่อ-

สิ่งพิมพ์ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ให้ความรู้และการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 20.0

Okechukwu CA และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษา รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบ Mass built โดยประยุกต์เข้ากับหลักสูตรการฝึกหัดอบรม ผู้เริ่มเข้ามาทำงานในกลุ่มงานก่อสร้างอาคารจำนวน 28 กลุ่มงาน โดยการศึกษาพบว่าการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษา การให้ยาช่วยเลิก การให้คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตัวเองและการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเลิกบุหรี่ สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้เป็นจำนวนมากและยังช่วยลดปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ (OR 3.13; 95%CI=1.55–6.31) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม control

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในการใช้รูปแบบบูรณาการเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่กับผู้สูบบุหรี่ที่ไม่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (immotive or precontemplation) โดย Tanaka H และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าการได้รับการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการสามารถเพิ่มความพร้อมในการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 12.1 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม control ร้อยละ 9.4 ($p=0.021$)

ในการศึกษาประสิทธิภาพของยาช่วยเลิกบุหรี่ Mohamad Noor Z และคณะ⁽¹²⁾ ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ (VivaQS) และติดตามโดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และต่อหน้าทุก ๆ 8 สัปดาห์ ในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมเขตเมือง Kerteh และ Kuantan ประเทศมาเลเซีย การศึกษาพบว่า ที่สัปดาห์ที่ 4 ยาสมุนไพร VivaQS เพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 42.7 สูงกว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของยาหลอก (placebo) ร้อยละ 26.2 ($p=0.038$) ที่สัปดาห์ 12, VivaQS เพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 32.0 สูงกว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของยาหลอก (placebo) ร้อยละ 16.7 ($p=0.031$)

ที่สัปดาห์ 24 VivaQS เพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 30.7 สูงกว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของยาหลอก (placebo) ร้อยละ 13.9 ($p=0.015$)

2. การใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่แบบผสม โดยจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานโดย Sorensen G และคณะ⁽¹³⁾ ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยในสถานที่ทำงานในกลุ่มผู้ใช้แรงงานพบว่า การใช้โปรแกรมทั้งสองร่วมกันช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าการใช้โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งอย่างเดียว ($OR = 2.13, p = 0.04$)

3. การให้คำปรึกษารายกลุ่ม ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์รายบุคคลและการให้คำปรึกษารายกลุ่มร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่โดยการศึกษานี้ของ Henrikus DJ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการมีค่าตอบแทนช่วยเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโปรแกรมภายใต้ชื่อ The SUCCESS Project ได้ทำการศึกษาจาก 24 สถานที่ประกอบการหลายรูปแบบ เช่น โรงงาน โรงพยาบาล สถานที่ราชการ พบว่า การให้ค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้คำปรึกษารายกลุ่ม หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์รายบุคคล สามารถเพิ่มจำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมโปรแกรมได้มากขึ้นถึงสองเท่า (ร้อยละ 22.4 ต่อ ร้อยละ 11.9) แต่ไม่เพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ Kim A และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลของค่าตอบแทนในโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่โดยพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่ได้รับค่าตอบแทนจำนวน 750 US (ประมาณ 25,500 บาท) สามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้สูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน (ร้อยละ 20.2 ต่อร้อยละ 7.1) นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าทัศนคติของการได้ค่าตอบแทนเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่ไม่มีความจำเป็นในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยร้อยละ 69.8 ในผู้ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่และอยู่ในกลุ่มได้รับค่าตอบแทนได้แสดงทัศนคติพวกเขาพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ถึงแม้จะไม่ได้ค่าตอบแทนหรือได้ค่าตอบ-

แทนที่มีจำนวนน้อยกว่า ในขณะที่เดียวกันกับทัศนคติของกลุ่มที่ไม่เลิกบุหรี่พบว่าถึงแม้ค่าตอบแทนในการช่วยเลิกบุหรี่จะมากกว่าจำนวนที่ได้ (1,500 US ประมาณ 50,000 บาท) แต่พวกเขาก็จะไม่เลิกถ้าไม่มีการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นในการช่วยเลิกบุหรี่

4. การสร้างความตระหนักถึงอันตรายของการสูบบุหรี่โดยใช้ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสุขภาพ

Hishida A และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ทำการศึกษาการแจ้งผลทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งจากการสูบบุหรี่ให้กับผู้สูบบุหรี่ร่วมกับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานธนาคารจำนวน 562 คน โดยพบว่า การให้ข้อมูลทางพันธุกรรมไม่ช่วยเพิ่มการเลิกบุหรี่ ($OR 0.64, 95\% CI 0.32-1.28$) กลุ่มผู้ที่ได้รับแจ้งผลทางพันธุกรรมร่วมกับผลการตรวจสุขภาพประจำปีมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ร้อยละ 5.8 (15/257) และผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจและแจ้งผลทางพันธุกรรมร่วมกับผลการตรวจสุขภาพประจำปีมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่ร้อยละ 8.0 (22/276)

5. การช่วยป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่

Schroter M และคณะ⁽¹⁷⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่โดยใช้รูปแบบทางพฤติกรรมแบบมาตรฐาน และรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (การให้ความรู้ทางจิตวิทยาเพื่อสร้างแรงจูงใจและความตระหนัก การติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตัวเอง การวางแผนและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง) ในช่วงเวลา 1 เดือนและ 12 เดือน ซึ่งการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ของรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ไม่มีความแตกต่างจากการใช้รูปแบบติดตามทางพฤติกรรมแบบมาตรฐาน โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 42.1 และการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 41.5 ($p = 0.95$) ในช่วงเวลา 12 เดือน การใช้รูปแบบติดตามทางพฤติกรรมแบบมาตรฐานมีอัตราการเลิกบุหรี่

ร้อยละ 28.9 และการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่มีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 17.1 ($p=0.21$)

นอกจากนี้ Mayer C และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาโดยใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในสถานที่ทำงาน (work group counselling) และการให้คำปรึกษาและติดตามทางโทรศัพท์เชิงรุก (proactive phone counselling) เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ในผู้เลิกสูบบุหรี่ในช่วง 9 เดือนโดยรูปแบบการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ทั้งสองรูปแบบสามารถช่วยป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เท่ากันโดยดูจากค่าความเข้มข้นของสารนิโคตินที่ตรวจในปัสสาวะของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองรูปแบบมีค่าต่ำกว่า 317 ng/ml ซึ่งแสดงถึงอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงขึ้น (OR=4.75, 95% CI=1.23–18.30, $p=0.024$).

วิจารณ์

ข้อสรุปนโยบายในการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงานที่คุ้มค่า

1. แนวคิดการเพิ่มการเข้าถึงการบริการช่วยเลิกบุหรี่: การจัดให้มีบริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นทางการในสถานประกอบการหรือการให้ลูกจ้างสามารถเข้ารับบริการการเลิกบุหรี่โดยไม่จำเป็นต้องเป็นวันลา นอกจากนี้ควรมีการติดตามผู้เข้ารับบริการช่วยเลิกบุหรี่หลังจากจบโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษาและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่

2. แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อม หรือการใช้ข้อบังคับในองค์กรเพื่อให้เกิดการเลิกบุหรี่ ซึ่งควรประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลักคือ

2.1 ข้อบังคับภายในองค์กรต่อการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ข้อบังคับภายในองค์กรต่อการช่วยเลิกบุหรี่ โดยปรับปรุงมาจากการศึกษาของ Fishwick D. และคณะ⁽¹⁹⁾ และ Callinan JE. และคณะ⁽²⁰⁾ เพื่อเพิ่มเติมในรายละเอียดของข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ข้อบังคับ

ภายในองค์กรซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การจัดตั้งกลุ่มคนที่เคยมีประสบการณ์ก่อนเลิกสูบบุหรี่มารวมกันเล่าประสบการณ์และข้อปฏิบัติที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยในการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยเน้นการปรับทัศนคติและเพิ่มความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่โดยคำนึงถึงการให้ความร่วมมือและการหลีกเลี่ยงการตำหนิของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการใช้การกดดันเพื่อให้เลิกบุหรี่

2.2.2 การให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ที่ครอบคลุมกับผู้ที่มีความต้องการที่จะเลิกอย่างจริงจัง โดยการบริการควรประกอบด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความเข้าใจถึงโทษของการสูบบุหรี่และเห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่มากขึ้น และการใช้ยาบำบัดในการช่วยเพิ่มประสิทธิผล

2.2.3 ควรมีการประเมินถึงผลประโยชน์ของผู้ประกอบการ หลังจากที่ได้มีการริเริ่มการให้บริการโดยสามารถตรวจสอบได้จากจำนวนวันป่วยที่ลดลงของผู้ที่เลิกบุหรี่

ดังนั้นในสถานประกอบการ ควรจัดให้มีคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นซึ่งต้องมีการควบคุมบุหรี่ในสถานที่ทำงานเป็นประเด็นหลัก รวมทั้งต้องมีการอบรมคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะเพื่อการลงทุนของรัฐและภาคส่วนต่าง ๆ

มาตรการช่วยเลิกบุหรี่ระดับประชากรในสถานที่ทำงาน ควรมุ่งเน้นในเรื่องของการเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับพฤติกรรมที่ไม่คิดที่จะเลิกบุหรี่ (pre-contemplation) ให้เปลี่ยนไปสู่ขั้นคิดที่จะเลิกบุหรี่ (contemplation)⁽²²⁾ ด้วยมาตรการการใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อจูงใจให้เลิก ร่วมกับการให้คำปรึกษาและการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่มีความพร้อมและต้องการที่จะเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง โดยในการจัดระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

ควรมีการคำนึงถึงองค์ประกอบในส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. กรณีสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานที่มีคนงานหรือลูกจ้าง ตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ซึ่งรัฐได้กำหนดให้มีพยาบาลประจำสถานประกอบการควรจัดบริการช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่อย่างเป็นกิจจะลักษณะในสถานประกอบการ รวมทั้งมีมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมจูงใจให้เลิก

2. สำนักงานประกันสังคมควรเพิ่มสิทธิในการรับบริการช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่สำหรับผู้ประกันตนที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยให้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลโรคติดบุหรี่ ได้ 1 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ และไม่เกิน 3 ปี ในอัตรา 940 บาทต่อปี สำหรับการรับบริการการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ เพียงอย่างเดียว (ต้นทุนของ quit line 1600)⁽²³⁾ หรือ ร่วมกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติกรณีมีภาวะติดนิโคติน ทั้งนี้ถ้าไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้หลังจากใช้สิทธิประกันสังคมครบ 3 ปีแล้ว ผู้ประกันตนที่ต้องการเลิกบุหรี่ จะต้องชำระค่าใช้จ่ายร่วมกับประกันสังคมในการใช้บริการเลิกบุหรี่ครั้งต่อไป

3. ควรมีการรวมตัวชีวิตเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ (รวมทั้งเรื่องสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่) เข้ากับ มอก. หรือ ISO เพื่อให้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพของสถานประกอบการ ซึ่งหลักการนี้จะสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความคิดเห็นของนายจ้างและเจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยต่อตัวชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ปี พ.ศ. 2545^(24,25)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจำง, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. บทที่ 3 ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบเปรียบเทียบกับรายได้ทางเศรษฐกิจจากยาสูบ. ใน: ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจำง,

สุนิดา ปรีชาวงษ์, บรรณาธิการ. สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557. หน้า 19-21.

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ.2554 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2560. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Statistics%20from%20major%20Survey.aspx>

3. Liberati A, Altman G D, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche CP, Loannidis J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration BMJ 2009; 339 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2700>.

4. Lang T, Nicaud V, Slama K, Hirsch A, Imbernon E, Goldberg M, et al. Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study. Worksite physicians from the AIREL group. Journal of Epidemiology and Community Health 2000;54:349-54.

5. Kadowaki T, Watanabe M, Okayama A, Hishida K, Ueshima H. Effectiveness of smoking-cessation intervention in all of the smokers at a worksite in Japan. Industrial Health 2000;38:396-403.

6. Terazawa T, Mamiya T, Masui S, Nakamura M. The effect of smoking cessation counselling at health checkup. Sangyo eiseigaku zasshi (Journal of Occupational Health) 2001;43:207-13.

7. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. BMC Public Health 2011;11:836.

8. Sorensen G, Barbeau EM, Stoddard AM, Hunt MK, Goldman R, Smith A, et al. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. Cancer Causes & Control 2007;18:51-9.

9. Mishra GA, Majmudar PV, Gupta SD, Rane PS, Hardikar NM, Shastri SS. Call centre employees and tobacco de-

- pendence: making a difference. *Indian Journal of Cancer* 2010;47 Suppl 1:43–52.
10. Okechukwu CA, Krieger N, Sorensen G, Li Y, Barbeau EM. MassBuilt: effectiveness of an apprenticeship site-based smoking cessation intervention for unionized building trades workers. *Cancer Causes & Control* 2009; 20:887–94.
 11. Tanaka H, Yamato H, Tanaka T, Kadowaki T, Okamura T, Nakamura M, et al. Effectiveness of a low-intensity intra-worksite intervention on smoking cessation in Japanese employees: a three-year intervention trial. *Journal of Occupational Health*. 2006;48(3):175–82.
 12. Mohamad Noor Z, Aris M, Aznan M, Nik Mohamed MH, Draman S, Bux SR, et al. Safety and efficacy of Viva QS๓ for smoking cessation among industrial workers in Kerteh and Kuantan, Malaysia. *International Medical Journal* 2011;18:188–93.
 13. Sorensen G, Stoddard AM, LaMontagne AD, Emmons K, Hunt MK, Youngstrom R, et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes & Control* 2002;13:493–502.
 14. Hennrikus DJ, Jeffery RW, Lando HA, Murray DM, Brelje K, Davidann B, et al. The SUCCESS project: the effect of program format and incentives on participation and cessation in worksite smoking cessation programs. *American Journal of Public Health* 2002;92:274–9.
 15. Kim A, Kamyab K, Zhu J, Volpp K. Why are financial incentives not effective at influencing some smokers to quit? Results of a process evaluation of a worksite trial assessing the efficacy of financial incentives for smoking cessation. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011;53:62–7.
 16. Hishida A, Terazawa T, Mamiya T, Ito H, Matsuo K, Tajima K, et al. Efficacy of genotype notification to Japanese smokers on smoking cessation—an intervention study at workplace. *Cancer Epidemiology* 2010;34:96–100.
 17. Schroter M, Collins SE, Frittrang T, Buchkremer G, Batra A. Randomized controlled trial of relapse prevention and a standard behavioral intervention with adult smokers. *Addictive Behaviors* 2006;31:1259–64.
 18. Mayer C, Vandecasteele H, Bodo M, Primo C, Slachmuylder J-L, Kaufman L, et al. Smoking relapse prevention programs and factors that predict abstinence: a controlled study comparing the efficacy of workplace group counselling and proactive phone counselling. *Journal of Smoking Cessation* 2010;5:83–94.
 19. Fishwick D, Carroll C, McGregor M, Drury M, Webster J, Bradshaw L, et al. Smoking cessation in the workplace. *Occupational Medicine* 2013;63:526–36.
 20. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Cd005992.
 21. Reda AA, Kotz D, Evers SM, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Cd004305.
 22. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion: AJHP* 1997;12:38–48.
 23. Meeyai A, Yunibhand J, Punkrajang P, Pitayangsarit S. An evaluation of usage patterns, effectiveness and cost of the national smoking cessation quitline in Thailand. *Tobacco Control* 2015;24:481–8.
 24. Bai-Krai U. Opinions of employers and occupational health officers on indicators of health in the workplace. Faculty of Science, Chulalongkorn University. Bangkok; 2002.
 25. กระทรวงแรงงาน. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://www.mol.go.th/sites/default/files/laws/th/welfare_2548.pdf

Abstract: Smoking Cessation Interventions in the Workplace: a Review

Forradee Nuchsongsin, M.P.H.*; Kannikar Chatdokmaiprai, M.Sc. (Community Medicine); Siriwan Pitayarangsarit, Ph.D. (Health Policy Analysis)*****

** Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University; ** Faculty of Nursing, Christian University; *** Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University and International Health Policy Program, Thailand, Ministry of Public Health, Thailand
Journal of Health Science 2018;27:67-75.*

The systematic review method according to PRISMA guideline was applied to collect workplace smoking cessation information from two databases: Pubmed and Cochrane. The findings from investigating effective interventions revealed two main interventions used in workplace which were individual intervention and smoking ban policy intervention. The individual intervention consisted of pharmacotherapy, individual and group counselling whereas the smoking ban policy consisted of comprehensive and incentive interventions. The smoking ban policy apparently reduced tobacco consumption and exposure of second hand smoker. Nonetheless, the individual intervention was likely to be more effective than smoking ban policy intervention. For quit rate of individual interventions, the pharmacotherapy and individual counselling were considerably greater comparing to others. The study demonstrated that smoking cessation in workplace was advantageous for approaching a large number of smokers and reducing the second hand smoker exposure. The attitude and readiness of smokers were main important factors to determine pattern of interventions, approaching methods, designing services and expertise of providers that noticeably related to the effectiveness of smoking cessation interventions and number of successful quitters.

Key words: smoking cessation, workplace, quit rate or abstinence rate