Smoking cessation

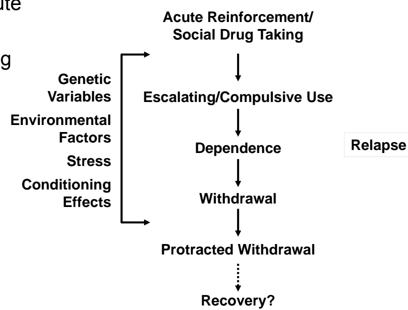
By

Ass.prof. Dr.Prasit Keesukphan
Department of Family medicine,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University

Neurobiology of Addiction

Stages of Addiction

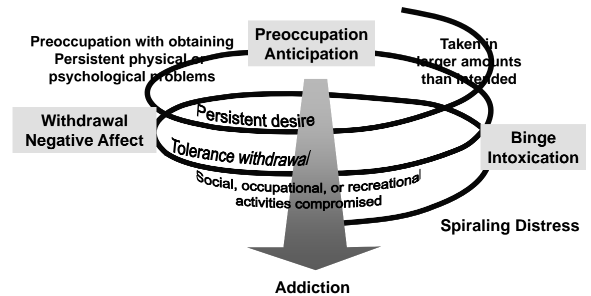
- Begins with social drug taking and acute reinforcement
- Pattern of escalating compulsive use
- Dependence



Le Moal et al. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;17:377-393.

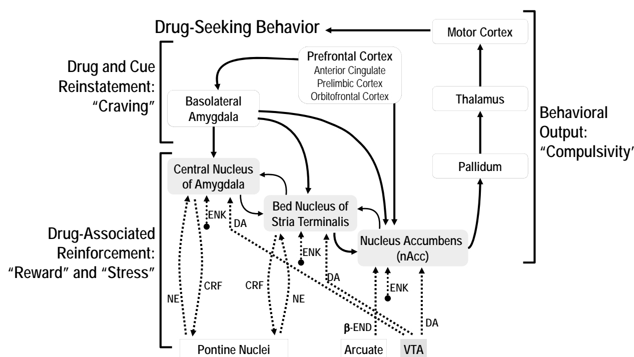
Spiraling Cycle of Addiction *(DSM-IV)*

- The 3 major components of the addiction cycle are preoccupation–anticipation, binge–intoxication, and withdrawal–negative affect
- The cycle is conceptualized as a spiral that increases in amplitude with repeated experience, ultimately resulting in the pathologic addictive state



Koob. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003;13:442-452.

Neurocircuits That Underlie Addiction



NE=norepinephrine, ENK=enkephalin, CRF=corticotropin-releasing factor, DA=dopamine, β-END=β-endorphin.
Le Moal et al. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;17:377-393.

Neurobiologic Basis for Relapse

- Relapse occurs in response to stimulation by compulsive drive circuits and deficits in inhibitory restraint

Compulsive Drive Circuits

- Priming
- Drug cues
- Obsessive thoughts (craving)
- Stress

Inhibitory Control Deficits

- Impulsivity (automaticity)
- Decision making

Adinoff. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12:305-320.

Summary: Neurobiology of Addiction

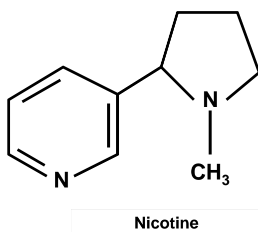
- Addiction is a multistep process
- Multiple neurocircuits are involved in the craving, reward, stress, and compulsivity associated with addiction
- Relapse occurs in response to stimulation by compulsive drive circuits and deficits in inhibitory restraint

Nicotine Dependence

- Action of nicotine in the central nervous system
- Neurobiologic and physiologic effects of tobacco dependence

Nicotine Dependence: *DSM-IV-TR* Criteria

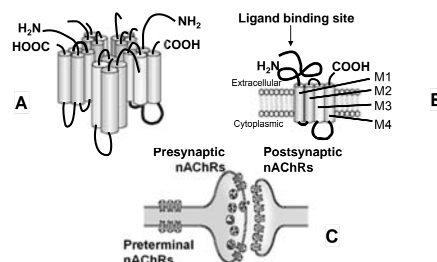
- **3 or more of the following symptoms within a 1-year time span:**
  - Tolerance to nicotine with decreased effect and increasing dose to obtain same effect
  - Withdrawal symptoms with cessation
  - Persistent desire to smoke despite efforts to decrease intake
  - Extensive time spent smoking or purchasing tobacco
  - Postponing work, social, or recreational events in order to smoke
  - Continuing to smoke despite health hazards



American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000; http://www.intox.org/databank/documents/supplem/supp/sup2.htm. Accessed October 19, 2007.

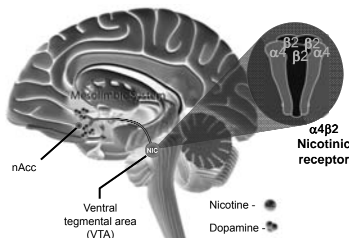
Neuronal Nicotine Acetylcholine Receptor

- Nicotine binds preferentially to nicotinic acetylcholinergic receptors (nAchRs) in the central nervous system
- When nicotine binds to the nAChR, the receptor complex undergoes a conformational change, allowing the channel gate to open, permitting the passage of cations, resulting in signal transmission



Laviolette et al. *Nat Rev Neurosci.* 2004;5:55-65.

Mechanism of Action of Nicotine in the Central Nervous System

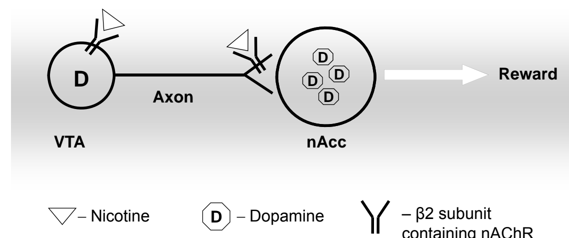


- The α4β2 nicotinic receptor in the VTA mediates the effects of nicotine in the central nervous system
- After nicotine binds to the α4β2 nicotinic receptor in the VTA, it results in a release of dopamine in the nAcc, which is believed to be linked to reward

nAcc= Nucleus Accumbens. Adapted from Picciotto et al. *Nicotine Tob Res.* 1999;1:S121-S125.

Nicotine Stimulates Dopamine Release

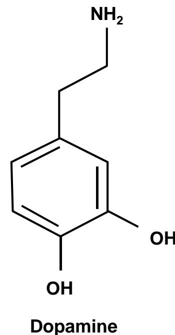
- Nicotine activates α4β2 nicotinic receptors in the VTA, resulting in dopamine release at the nAcc. This may result in the short-term reward/satisfaction associated with cigarette smoking



nAcc= Nucleus Accumbens; VTA= Ventral Tegmental Area.
Adapted from Picciotto et al. *Nicotine Tob Res.* 1999;1:S121-S125.

Role of Dopamine in Nicotine Addiction

- Rewarding effects of nicotine are dependent on mesolimbic dopamine-mediated transmission
- In nicotine-dependent patients, the drive for continued drug use results from the need for heightened dopamine concentrations

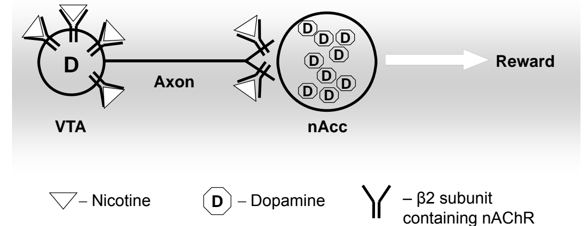


Dopamine

Adinoff. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12:305-320. http://www.biopsychiatry.com/dopamine/dopamine.jpg. Accessed May 1, 2007.

Chronic Nicotine Exposure: Up-Regulation of Nicotine Receptors

- With chronic exposure, nicotine stimulates $\alpha4\beta2$ nicotinic receptor activation and desensitization, followed by $\alpha4\beta2$ nicotinic receptor up-regulation and an increase in the number of $\alpha4\beta2$ nicotinic receptors

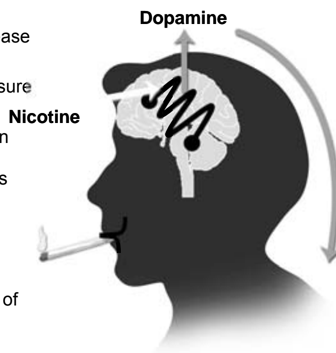


– Nicotine   D – Dopamine   – β2 subunit containing nAChR

Adapted from Picciotto et al. *Nicotine Tob Res.* 1999;1:S121-S125; Corringer et al. *J Phys Paris.* 2006;99: 162-171.

The Cycle of Nicotine Addiction

- Nicotine binding causes an increase in release of dopamine
- Dopamine gives feelings of pleasure and calm
- The dopamine decrease between cigarettes leads to withdrawal symptoms of irritability and stress
- The smoker craves nicotine to restore pleasure and calmness
- Smokers generally titrate their smoking to achieve maximal stimulation and avoid symptoms of withdrawal and craving



Jarvis. *BMJ.* 2004;328:277-279; Picciotto et al. *Nicotine Tob Res.* 1999;1:S121-S125.

Role of Environmental Stimuli in Nicotine Dependence

- Environmental/social stimuli associated with smoking play a role in reinforcing nicotine dependence
- Nonnicotine stimuli are important in both motivating and maintaining smoking behavior
- Role of environmental vs pharmacologic stimuli in nicotine dependence varies between men and women

Direct pharmacologic effects of nicotine are necessary but not sufficient to explain tobacco dependence; these effects must take into account the environmental/social context in which the behavior occurs

Caggiula et al. *Physiol Behav.* 2002;77:683-687.

Summary: Nicotine Dependence

- Nicotine dependence is a well-defined addictive disorder
- Nicotine's effects on the $\alpha4\beta2$ receptors in the Ventral Tegmental Area (VTA) results in
  - Acute dopamine release and short-term reward
  - Chronic receptor activation, desensitization, and up-regulation
- The dopaminergically mediated physical and psychological rewards of smoking reinforce repeat behavior
- Environmental/social stimuli associated with smoking play a role in reinforcing nicotine dependence

Nicotine Withdrawal

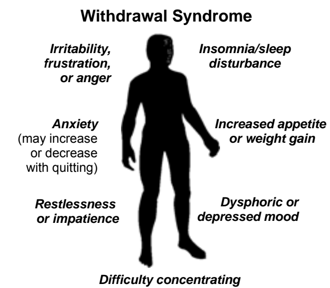
"Why do people smoke . . . to relax; for the taste; to fill the time; something to do with my hands. . . . But, for the most part, people continue to smoke because they find it too uncomfortable to quit"

Philip Morris, 1984

Philip Morris. Internal presentation. 1984, 20th March; Kenny et al. *Pharmacol Biochem Behav.* 2001;70: 531-549.

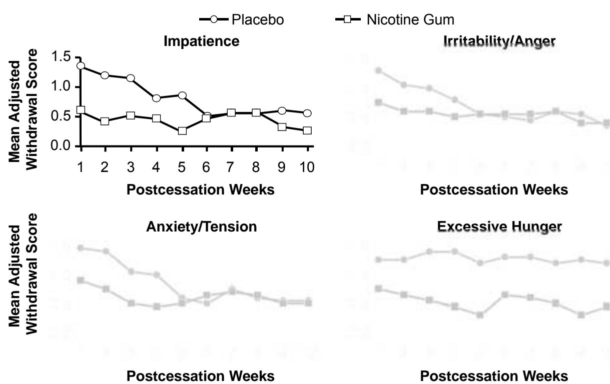
Nicotine Withdrawal

- Nicotine withdrawal syndrome consists of both somatic and affective symptomatology



American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

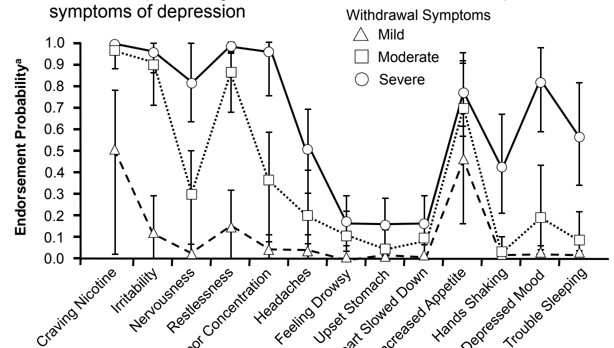
Select Withdrawal Symptoms Over Time



N = 40. Mean adjusted withdrawal scores are from an analysis of covariance with baseline cigarettes per day and baseline scores on the items shown as covariates.
Gross et al. *Psychopharmacology.* 1989;98:334-341.

Nicotine Withdrawal: Severity

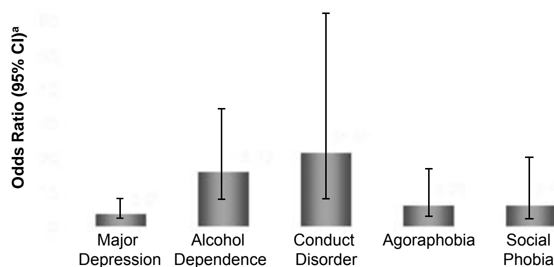
- Smokers experiencing severe withdrawal have the most pronounced symptoms of depression



[a]Classes of withdrawal syndrome are defined by groups of respondents who endorsed similar combinations of symptoms. Estimates of prevalence for different classes of withdrawal were obtained along with expected frequencies of endorsement for each symptom of withdrawal by type.
Madden et al. *Addiction.* 1997;92(7):889-902.

Severity of Withdrawal and Psychiatric Disorders

- Smokers with a history of psychiatric disorders have a higher likelihood of experiencing severe withdrawal



[a]The ratio of the odds of development of disease in exposed persons to the odds of development of disease in nonexposed persons.
Madden. *Addiction.* 1997;92(7): 889-902.

Summary: Nicotine Withdrawal

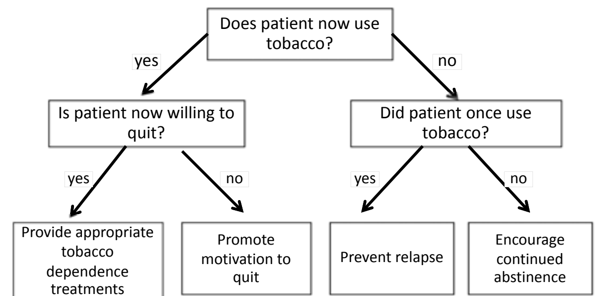
- Nicotine withdrawal syndrome consists of both somatic and affective symptomatology
- Smokers experiencing severe withdrawal have the most pronounced symptoms of depression
- Smokers with a history of psychiatric disorders have a higher likelihood of experiencing severe withdrawal

Objective

- To guide clinicians providing brief intervention. The " 5A's " model for treating tobacco use and dependence.
- To know medications for treating tobacco use and dependence.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Algorithm for treating tobacco use



Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical Interventions for tobacco Use and Dependence

- Brief interventions
- Medications for treating tobacco use and dependence

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Brief intervention

The goal of these strategies is clear :

- To change clinical culture and practice patterns
- To ensure that every patient who used tobacco is identified, advised to quit, and offered scientifically sound treatment

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Brief interventions with 3 types of patients

- Current tobacco users willing to make a quit attempt at this time.
- Current tobacco users unwilling to make a quit attempt at this time.
- Former tobacco users who have recently quit.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

The five major components (the "5A's") of a brief intervention

- **Ask** about tobacco use.
- **Advise** to quit.
- **Assess** willingness to make a quit attempt.
- **Assist** in quit attempt.
- **Arrange** followup.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Ask

- Identify and document tobacco use status for every patient at every visit.
- Expand the vital signs to include tobacco use, or use alternative universal identification system.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Advise

- Clear – " It is important that you quit smoking now, and I can help you." "Occasional or light smoking is still dangerous."

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Advise

- Strong – "As your clinician, I need you to know that quitting smoking is the most important thing you can do to protect your health now and in the future. The clinic staff and I will help you."

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Advise

- Personalized- Tie tobacco use to symptoms and health concerns, and/or its social and economic costs, and/or the impact of tobacco use on children and others in the household.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

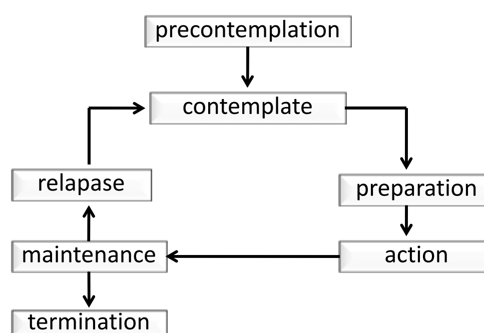
Assess

Assess patient's willingness to quit:

"Are you willing to give quitting a try?"

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Stage of change



Prochska JO, dIClemente CC : Stages of change in the modification of problem behaviors. Pro Behav Modif 28: 184-214,1992.

Assist

- Help the patient with a quit plan.
- Recommend the use of approved medication.
- Provide practical counseling
  (problem solving /skills training)

Arrange

- Timing : Follow up contact should begin soon after the quit date , preferably during the first week.

  A second follow up contact is recommend within the first month.

  Schedule further follow up contact as indicated.

Arrange

- Action during follow up contact:

  For all patients, identify problems already encountered and anticipate challenges in the immediate future.

  Assess medication use and problems.

  Remind patients of quit line support.

Clinical guidelines for prescribing medication for treating tobacco use and dependence

- All smokers trying to quit should be offered medication, except when contraindicated or specific populations for which there is insufficient evidence of effectiveness.

What are the first-line medications recommended in this Guideline update?

- Varenicline
- Bupropion SR
- Nicotine gum
- Nicotine patch
- Nicotine inhaler
- Nicotine lozenge
- Nicotine nasal spray

Second-line medications

- Nortriptyline
- clonidine

Clinical use of varenicline

- A first-line medication
- Cardiovascular diseases – Not contraindicated
- Use with caution in patients with significant kidney disease (Cr clerance < 30 ml/min) or who are on dialysis.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of varenicline

- May experience impairment of the ability to drive or operate heavy machinery.
- Depressed mood, agitation, changes in behavior, suicidal ideation, and suicide have been reported in patients attempting to quit smoking

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of varenicline

- Side effects – Nausea, trouble sleeping, abnormal/vivid/strange dreams.
- Start varenicline 1 week before the quit date at 0.5 mg once daily for 3 days, followed by 0.5 mg twice daily for 4 days, followed by 1 mg twice daily for 3 months.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of bupropion SR

- A first-line medication
- Cardiovascular diseases – Generally well-tolerated; occasional reports of hypertension.
- Side effects – insomnia (35-40%) and dry mouth (10%)

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of bupropion SR

- Bupropion SR is contraindicated in individuals who have a history of seizures or eating disorders, who are taking another from of bupropion, or who have used an MAO inhibitor in the past 14 days.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of bupropion SR

- Should begin treatment 1-2 weeks before quit smoking.
- Begin with a dose of 150 mg every morning for 3 days, then increase to 150 mg twice daily for 7 – 12 weeks.
- For long-term therapy, consider use of bupropion SR 150 mg for up to 6 months post quit.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of nicotine gum

- A first-line medication.
- NRT is not an independent risk factor for acute myocardial events.
- Should be used with caution in the immediate(within 2 weeks) post myocardial infarction period, those with serious arrhythmias, and those with unstable angina pectoris.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of nicotine gum

- Common side effects include mouth soreness, hiccups, dyspepsia, and jaw ache.
- The 2- mg gum is recommended for patients smoking less than 25 cigarettes per day.
- The 4- mg gum is recommended for patients smoking 25 or more cigarettes per day.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of the nicotine patch

- A first-line medication
- NRT is not an independent risk factor for acute myocardial events.
- Should be used with caution in the immediate(within 2 weeks) post myocardial infarction period, those with serious arrhythmias, and those with unstable angina pectoris.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of nicotine patch

- Up to 50% of patients will experience a local skin reaction.
- Other side effects – insomnia and/or vivid dreams.
- Treatment of 8 weeks or less has been shown to be as effiacious as longer treatment periods.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

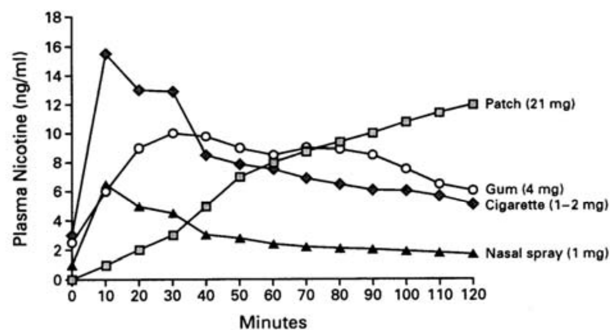


Figure 2. Plasma Nicotine Levels after a Smoker Has Smoked a Cigarette, Received Nicotine Nasal Spray, Begun Chewing Nicotine Gum, or Applied a Nicotine Patch.

The amount of nicotine in each product is given in parentheses. The pattern produced by the use of the nicotine inhaler (not shown) is similar to that for nicotine gum. Modified from Garrett et al.[12]

Clinical use of nortriptyline

- A second – line medication.
- Most commonly reported side effects include sedation, dry mouth (64-78%), blurred vision (16%), urinary retention, lightheadedness (49%), and shaky hands (23%).
- May impair the mental and/or physical abilities.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of nortriptyline

- Because of the risk of arrhythmias and impairment of myocardial contractility, use with caution in patients with cardiovascular disease.
- Do not co-administer with MAO inhibitors.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of nortriptyline

- Initiated treatment at a dose of 25 mg /day, increasing gradually to a target dose of 75–100 mg/day.
- Therapy is initiated 10-28 days before the quit date to allow nortriptyline to reach steady stage at the target dose.
- Duration of treatment approximately 12 weeks.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Clinical use of nortriptyline

- Overdose may produce severe and life-treatening cardiovascular toxicity, as well as seizures and coma.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

For the patient unwilling to quit

- Promoting the motivation to quit.
- Focus on exploring a tobacco user’s feelings, beliefs, ideas, and values regarding tobacco use in an effort to uncover any ambivalence about using tobacco.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Motivational interviewing strategies

- Express empathy
- Develop discrepancy
- Roll with resistance
- Support self-efficacy

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Express empathy

- Use open-ended questions to explore
- Use reflective listening to seek shared understanding
- Normalize feelings and concerns
- Support the patient's autonomy and right to choose or reject change

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Develop discrepancy

- Highlight the discrepancy between the patient's present behavior and expressed priorities, values, and goals.
- Reinforce and support "change talk" and "commitment" language.
- Build and deepen commitment to change.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Roll with resistance

- Back off and use reflection when the patient expresses resistance
- Express empathy
- Ask permission to provide information

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Support self-efficacy

- Help the patient to identify and build on past success.
- Offer options for achievable small steps toward change.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Enhancing motivation to quit tobacco - the "5R's"

- Relevance
- Risks
- Rewards
- Roaadblocks
- Repetition

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

For the patient who has recently quit

- Congratulations on any success and strong encouragement to remain abstinent.
- Identify a problem that negatively affects health or quality of life.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Meta-analysis(2000): Effectiveness of and estimated abstinence rates for various intensity levels of session length (n=43 studies)

Level of contact	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
No contact	30	1.0	10.9
< 3 minutes	19	1.3(1.01-1.6)	13.4 (10.9-16.1)
3-10 minutes	16	1.6(1.2-2.0)	16.0 (12.8-19.2)
>10 minutes	55	2.3(2.0-2.7)	22.1 (19.4-24.7)

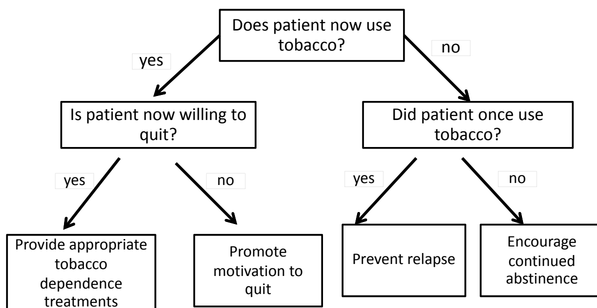
Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Meta-analysis(2008): Effectiveness of and estimated abstinence rate for quitline counceling and medication compared to medication alone (n = 6 studies)

Intervention	Number 0f arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I)
Medication alone	6	1.0	23.2
Medication and quitline counseling	6	1.3 (1.1-1.6)	28.1 (24.5-32.0)

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

Algorithm for treating tobacco use



Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Service. May 2008.

การดำเนินงานเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ในคลินิกรักษ์สุขภาพ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วีณา พินิจวัฒนา
พยาบาลประจำคลินิกรักษ์สุขภาพ

คลินิกรักษ์สุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. ให้บริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย 4 ด้าน
   1. Smoking
   2. Insomnia
   3. Obesity
   4. Sedentary life style

คลินิกรักษ์สุขภาพ

วัตถุประสงค์

2. เป็นที่เรียนรู้ ดูงาน และฝึกปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของ แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว และ นักศึกษานานาชาติ

เวลาให้บริการ วันพฤหัสบดี 13.00 – 15.00 น.

คลินิกรักษ์สุขภาพ

ผู้ร่วมทีม 1. แพทย์
2. พยาบาล
3. นักจิตวิทยา
4. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
5. นักกิจกรรมบำบัด

ทีม Consult 1. นักสังคมสงเคราะห์
2. ทีมเยี่ยมบ้าน

Smoking

วัตถุประสงค์

ให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (BI)

Smoking

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งมาปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่
   จาก - หน่วยผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว
   - หน่วยผู้ป่วยนอกอื่นๆ
2. ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

Smoking

วิธีดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง วัตถุประสงค์ของคลินิกรักษ์สุขภาพ วิธีดำเนินการ การเปิดให้บริการ และให้ผู้ป่วยแสดงความต้องการเข้ารับบริการที่คลินิก
3. ซักประวัติ ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง

Smoking

วิธีดำเนินการ

4. ประเมินระดับการติดนิโคติน
5. ประเมินระดับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
6. ซักประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
7. พบแพทย์

Smoking

วิธีดำเนินการ

8. พบนักจิตวิทยาในรายที่มีปัญหาซับซ้อน
9. ประชุมอภิปราย ปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายแบบสหวิชาชีพ
10. ติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

Smoking

ผลการดำเนินการ

จำนวนผู้ป่วย

ที่ส่งเข้าคลินิก เรื่องต้องการเลิกบุหรี่ 74 ราย

ไม่มาตามนัด	35 ราย	(47.3%)
มารับบริการ	39 ราย	(52.7%)

Smoking

ผลการดำเนินการ

ลักษณะทั่วไป

เพศชาย **94.9** % อายุเฉลี่ย **52** ปี

ส่วนใหญ่ รับราชการ **41** %

มีโรคประจำตัว DLD 33.3 %, DM 28.2%, HT 25.6%

ส่วนใหญ่ เคยลองเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว **87.2** %

Smoking

ผลการดำเนินการ

การประเมินระดับการติดนิโคติน
(Fagerstrom test)

0 - 2 คะแนน	ติดนิโคตินน้อย	**17.9** %
3 - 4 คะแนน	ติดนิโคตินปานกลาง	**30.8** %
5 - 10 คะแนน	ติดนิโคตินรุนแรง	**51.3** %

Smoking

ผลการดำเนินการ

Stage of change (ครั้งแรก)

Precontempation	**17.9** %
Contempation	**5.1** %
Preparation	**76.9** %
Action	- %
Maintenance	- %

Smoking

ผลการดำเนินการ

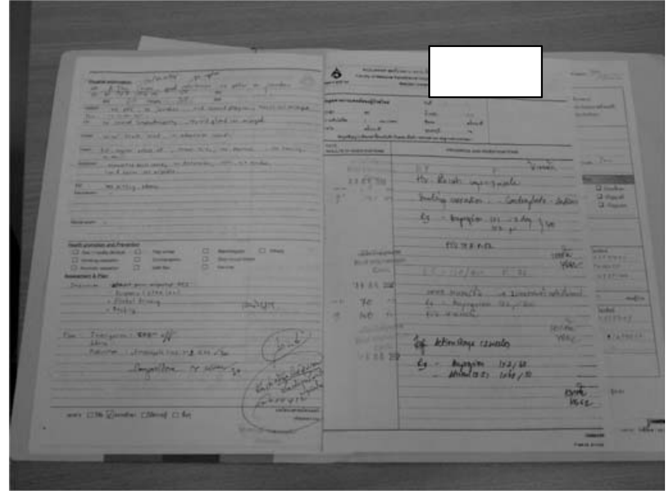
Treatment

Brief advice	59 %
Brief advice + Drug	41 %

Smoking

Stage of change (Follow up)

Precontemplation	**15.4** %
Contemplation	- %
Preparation	**5.1** %
Action	**30.8** %
Maintenance	**5.1** %
สูบลดลง	**23.1** %
Loss Follow up	**20.5** %



89

90

แบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคติน

มีเคล็ดลับง่ายๆ ที่จะช่วยให้คนที่สูบบุหรี่รู้จักตัวเองมากขึ้น

อยากให้คุณลองประเมินตัวเอง และติดตามผลบุหรี่ก่อนที่จะสายเกินแก้ ด้วยวิธีทดสอบว่าคุณติดนิโคตินระดับไหน กรุณาขีด ถูก ลงใน □ หน้าข้อความที่คุณเป็นอยู่ในปัจจุบัน

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
   - ☑ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน)
   - □ 11-20 มวน (1 คะแนน)
   - □ 21-30 มวน (2 คะแนน)
   - □ 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
2. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่
   - ☑ ภายใน 5 นาทีหลังตื่น (3 คะแนน)
   - □ 6-30 นาทีหลังตื่น (2 คะแนน)
   - □ 31-60 นาทีหลังตื่น (1 คะแนน)
   - □ มากกว่า 60 นาที หลังตื่น (0 คะแนน)
3. คุณสูบบุหรี่จัดในชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงอื่นของวัน)
   - ☑ ใช่ (1 คะแนน)
   - □ ไม่ใช่ (0 คะแนน)
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด
   - ☑ มวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน)
   - □ มวนอื่นๆ (0 คะแนน)
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขต "ปลอดบุหรี่" เช่น โรงภาพยนตร์ รถเมล์ ร้านอาหาร
   - ☑ รู้สึกลำบาก (1 คะแนน)
   - □ ไม่รู้สึกลำบาก (0 คะแนน)
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
   - ☑ สูบ (1 คะแนน)
   - □ ไม่สูบ (0 คะแนน)

รวมคะแนนที่ได้ ...7... คะแนน
ครั้งที่ ..1.. วันที่ ....

ข้อมูลการสูบบุหรี่

ประวัติการสูบบุหรี่

เริ่มสูบเมื่อ อายุ ..14.. ปี ครั้งแรกสูบที่ไหน .... กับใคร ....

เหตุจูงใจในการสูบบุหรี่ ..เพื่อน ชวน.. ปริมาณที่เริ่มสูบ .... มวน / วัน

ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ยี่ห้ออะไร .... ปริมาณ .... มวน / วัน ความถี่ .... ครั้ง / วัน

ท่านสูบมวนแรกเมื่อไร ☐ ตอนเช้าหลังตื่นนอน...... นาที ☐ ช่วงเวลาอื่น หรือได้จาก ....

ชอบสูบบุหรี่ ที่ไหน เมื่อใด กับใคร ....

อาการเมื่อไม่ได้สูบ ....

ท่านคิดว่าท่านติดบุหรี่หรือไม่ ☐ ไม่ติด ☑ ติด เนื่องจาก ....

ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ .... บาท / เดือน ซึ่งได้มาจาก ....

มีการใช้สิ่งเสพติดอื่นๆด้วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ....

ปัญหาจากการสูบบุหรี่ ต่อตัวเอง ....

ต่อครอบครัว/สังคม ....

ความกังวลใจต่อปัญหา ....

ประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว/สังคม ....

ท่านอยากเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ ต้องการเลิก ☐ ต้องการลด ☐ ไม่ต้องการเลิก ☐ ไม่แน่ใจ

ท่านคาดหวังว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ ☐ ได้แน่ ☐ น่าจะได้ ☐ ไม่แน่ใจ ☐ น่าจะไม่ได้ ☐ ไม่ได้แน่

ประวัติการเลิกบุหรี่ / การรักษา

- ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย เคยเลิกได้ .... ครั้ง นาน .... วัน/เดือน ครั้งสุดท้ายเมื่อ ....
- ท่านปรึกษาเรื่องการเลิกสูบ กับใคร ที่ไหน ....
- วิธีการเลิก/รักษา อาการเมื่อเลิกบุหรี่ ผลการรักษา ....

- อะไรทำให้เลิกได้ ....
- อะไรทำให้เลิกไม่ได้ ....

ระดับการติดนิโคติน ☐ 1. ไม่ติด ☐ 2. ติดระดับปานกลาง ☐ 3. ติดระดับปานกลางค่อนข้างมาก

(.......... คะแนน) ☐ 4. ติดระดับสูงมาก ☐ 5. ติดระดับสูงที่สุด

ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม

☐ 1. ไม่ทำและไม่คิดจะทำ ☐ 2. ไม่ทำ,คิดทำอีก 6 เดือน ☐ 3. ไม่ทำ,คิดทำใน 1เดือน

☐ 4. ทำประจำ ไม่เกิน 6 เดือน ☐ 5. ทำประจำเกิน 6 เดือน ☐ 6. สัมผัสปัจจัยเสี่ยง การกลับไปสูบอีก

Smoking Follow up Form ชื่อ .... HN ....

หัวข้อ / ครั้งที่/วันที่	1 / [illegible]			
สูบมวนแรกเมื่อใด	[illegible]			
ปริมาณที่สูบ / วัน	10 [illegible]			
ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่/เดือน	300			
พฤติกรรม / ทัศนคติ ที่เปลี่ยนแปลง				
ระยะเวลาที่เปลี่ยนพฤติกรรม/วันเริ่ม				
ระดับการเปลี่ยนพฤติกรรม				
สุขภาพ / ความ รู้สึก ที่ดีขึ้น				
อาการที่เกิดขึ้นเมื่อเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กระวนกระวาย ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ฯลฯ				
Intervention				
1. Ventilate				
2. ให้กำลังใจ				
3. ประเมินปัจจัยเสี่ยง/ปัญหา				
4. แนะนำทางปฏิบัติ				
5. ให้ความรู้ / คำแนะนำ				
6. ค้นหาแหล่งให้กำลังใจ / แรงจูงใจ				
7. อื่นๆ				
เป้าหมายระยะสั้น				
เป้าหมายระยะยาว				
Plan				
นัดครั้งต่อไป				
แพทย์ / พยาบาล				

หมายเหตุ

นศพ. ปี 5 เรียน
Smoking cessation
13.00 - 14.30 น.

SMOKING CESSATION

Thank you

for your attention