

การเลิกเสพยาสูบของข้าราชการสำนักงาน
ปลัดกระทรวงกลาโหมเพื่อสุขภาพที่ดี

เอกสารวิจัยส่วนบุคคล



โดย

พันเอก ธิติพันธ์ วาจรัตน์

รองผู้อำนวยการกองตรวจรักษาและเวชกรรมป้องกัน
สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

วิทยาลัยการทัพบก

กันยายน 2563

เอกสารวิจัยเรื่อง การเลิกเสพยาสูบของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
เพื่อสุขภาพที่ดี
โดย พันเอก ธิติพันธ์ วาจรัต
อาจารย์ที่ปรึกษา พันเอก ปองภพ พุ่มพวง

วิทยาลัยการทัพบก อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรหลักประจำ วิทยาลัยการทัพบก ปีการศึกษา 2563 และเห็นชอบให้เป็น
เอกสารวิจัยส่วนบุคคลที่อยู่ในเกณฑ์ระดับ

พลตรี **ผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก**
(มหศักดิ์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา)

คณะกรรมการควบคุมเอกสารวิจัยส่วนบุคคล

พันเอก **ประธานกรรมการ**
(นิพนธ์ บุญศิริ)

พลตรี **ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา**
(พจน์ เอ็มพันธุ์)

พันเอก **กรรมการ**
(ปองภพ พุ่มพวง)

พันเอกหญิง **กรรมการ**
(ธัญนุช สิงห์พันธุ์)

บทคัดย่อ

ผู้วิจัย พันเอก ธิติพันธ์ วาจรัต
เรื่อง การเลิกเสพยาสูบของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม เพื่อสุขภาพที่ดี
วันที่ กันยายน 2563 **จำนวนคำ :** 6,290 **จำนวนหน้า :** 16
คำสำคัญ การเลิกเสพยาสูบ, การคัดกรองตรวจสุขภาพ, สุขภาวะ
ชั้นความลับ ไม่มีชั้นความลับ

การเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ ทุกชนิดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และได้มีจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเรียกว่า การบำบัดโรคเสพยาสูบ การเสพยาสูบเป็นพฤติกรรมเสี่ยง 1 ใน 4 ประการของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของคนไทยได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง ที่ก่อให้เกิดการตายโดยเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานานกว่าจะแสดงอาการชัดเจน เมื่อเป็นโรคแล้วไม่หายขาด จึงจำเป็นต้องป้องกันดีกว่าปล่อยให้เกิดโรคแล้วค่อยคิดจะแก้ไข บริการช่วยเลิกเสพยาสูบที่มีคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญในการรองรับและเชิงรุกแก่ผู้เสพยาสูบเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการบำบัดการเสพยาสูบและยาช่วยเลิกยาสูบได้อย่างแท้จริง การคัดกรองตรวจสุขภาพประจำปีข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมมีผู้ที่สูบบุหรี่หรือเสพยาสูบเป็นประจำร้อยละ 16.6 ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิดตัวทั้งที่ทำงานและที่บ้านทำให้เกิดโรคต่างๆ การเลิกเสพยาสูบจะทำให้สมรรถภาพร่างกายของข้าราชการทหารแข็งแรง ห่างไกลจากโรคร้ายต่างๆ มีพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพที่ดีขึ้น พร้อมทั้งจะรับปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการเสพยาสูบ ลดโอกาสการเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาลจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการหยุดเสพยาสูบ

ABSTRACT

AUTHOR: Colonel Thitiphan Vacharata
TITLE: Smoking Cessation among Civil Servants at the Office of Permanent Secretary for Defence for their Well- Being
DATE: September 2020 **WORD COUNT:** 6,290 **PAGES:** 16
KEY TERMS: quit tobacco, health screening, well-being
CLASSIFICATION: Unclassified

Tobacco dependence is a chronic disease, which can come and go over time. Tobacco dependence treatment is available to provide effective therapies for people who want to quit smoking. Smoking is one of the four risks, contributing to non-communicable diseases (NCDs) namely heart and coronary artery diseases, cancer, diabetes and chronic lung diseases. It can gradually kill smokers in the long term and it takes long time for symptoms to develop and to clearly show. These chronic diseases when happen cannot be completely cured. As a result, it is better to prevent disease rather than to try to find cures for diseases after they occur. Quality tobacco cessation services are the key as responsive and proactive solutions for tobacco addicts, so they can really access to effective behavioral treatment and cessation medications appropriate to their needs. Annual health screening and check-ups of the civil servants at the Office of Permanent Secretary for Defence found 16.6 per cent long-term smokers and their smoking behaviors have health impacts on themselves, colleagues and family members. If they achieve tobacco abstinence, it will help boost their physical strength and well-beings. They will be free from diseases and ready to do their duties, assigned by superiors.

Moreover, it will also help save medical treatment costs, incurred by this preventable disease.

กิตติกรรมประกาศ

จากการที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์ สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงาน ปลัดกระทรวงกลาโหม ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสังเกตว่ามีข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมที่ป่วยโรคเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ที่สำคัญคือการเสพยาสูบและโรคดังกล่าวบางรายเป็นข้าราชการที่อายุน้อย ควรที่จะป้องกันโรคเพื่อให้ข้าราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมมีสุขภาพที่ดีก่อนจะลงเอยด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยได้มีการทำแบบสอบถามถึงพฤติกรรมการเสพยาสูบทุกปีในการตรวจสุขภาพประจำปี จึงตั้งใจทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ขั้นตอน แนวทางเวชปฏิบัติ ปัญหาและการแก้ไขปรับปรุงในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ผลจากการทบทวนนี้เป็นจุดเริ่มในการเขียนโครงการและแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเลิกเสพยาสูบให้ข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม และจัดทำเอกสารแนะนำผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อหวังป้องกันตั้งแต่ระยะแรกก่อนเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณในความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา พันเอก ปองภพ พุ่มพวง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษา พลตรี พจน์ เอ็มพันธ์ และอาจารย์คณะกรรมการควบคุมเอกสารวิจัยส่วนบุคคล กลุ่มที่ 3 ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ สละเวลาตรวจทานต้นฉบับและแลกเปลี่ยนทัศนะกับผู้วิจัยตั้งแต่ต้นจนเสร็จสมบูรณ์ตามความมุ่งหวัง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครูบาอาจารย์ที่ประสาทความรู้จนผู้วิจัยสำเร็จเป็นแพทย์ทหารได้ในทุกวันนี้ และท้ายที่สุดขอขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่ น้องสาวและภรรยา คุณจิรนนท์ วาจรัตที่คอยให้กำลังใจสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดมาและหวังว่าวิจัยฉบับนี้น่าจะเป็นประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดีต่อวิทยาลัยการทัพบก กองทัพบกและกระทรวงกลาโหมต่อไป

การเลิกเสพยาสูบของข้าราชการสำนักงาน ปลัดกระทรวงกลาโหมเพื่อสุขภาวะที่ดี

สำนักงานนายแพทย์ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆทุกชนิดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง (Tobacco dependence as a treatable chronic disease) ที่เป็นๆหายๆ และได้ประกาศจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ^{1,2} โดยให้มีแนวทางการบำบัดที่ไม่ต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่บุคลากรสาธารณสุขรู้จักกันดี ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และให้ชื่อโรคนี้ว่า Tobacco Dependence ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2552 ได้กำหนดชื่อโรคนี้ไว้ว่า โรคติดบุหรี่³ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคนี้ ฉบับปรับปรุงพ.ศ. 2555 มีความเห็นให้ปรับเปลี่ยนชื่อเป็นโรคเสพยาสูบ เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทที่มีใช้กันในประเทศไทยอย่างแท้จริง การจัดให้การเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจธรรมชาติและการดำเนินโรคของโรคนี้ที่มีความเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ได้ดียิ่งขึ้น จึงถือเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่บุคลากรสาธารณสุขทุกคน ไม่ว่าจะเป็นวิชาชีพใดก็ตามต้องร่วมมือกันในการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาสูบเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบใดชนิดใดก็ตาม

จากการสำรวจของ Global Adult Tobacco Survey ประเทศไทย เมื่อพ.ศ. 2552 พบว่ามีคนไทยที่อายุเกิน 15 ปีและยังเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอยู่มากถึงเกือบ 12.5 ล้านคน ในจำนวนนี้ 6 ใน 10 มีความประสงค์ที่จะเลิกเสพอยู่แล้ว ในขณะที่ 5 ใน 10 ได้เคยลงมือเลิกจริงภายในหนึ่งรอบปีที่ผ่านมา⁴ ถ้ายังคงสูบบุหรี่ต่อไป จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึง 1 ใน 4 ในอีก 10-20 ปีถัดไป โดยทุกปีคนไทยประมาณ 42,000 ถึง 52,000 คน เสียชีวิตด้วยโรคที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ คิดเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน โรคที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด

ครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตมีอายุไม่เกิน 65 ปี นั่นคือบุหรี่บั่นทอนอายุของผู้สูบให้สั้นลง สำหรับสถานการณ์ทั่วโลก มีการคาดการณ์ว่าภายในค.ศ. 2030 ยาสูบจะทำให้คนเสียชีวิตถึง 10 ล้านคนต่อปี

บุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดจัดเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของคนไทยและประเทศชาติอย่างมหาศาล แต่ละปีมีผู้ที่ต้องเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังอันเป็นผลจากการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบมากถึงเกือบ 300,000 คน คิดเป็นปีสูญภาวะที่สูญเสียชีวิตไปมากถึง 750,000 บาทต่อปี ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ก่อนจะเสียชีวิตปีละกว่า 200,000 ล้านบาท⁵ ในขณะที่ความสูญเสียชีวิตมหาศาลเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ แต่กลับเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกทุกๆ ปี อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มทวีคูณขึ้นไปอีกเรื่อยๆ จึงสมควรอย่างยิ่งที่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพไม่ควรเพิกเฉยและควรหันมาให้ความสำคัญในการร่วมแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบของคนไทยในพื้นที่ของตนให้เบาบางลงจนหมดไปในที่สุด

มีการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เป็นผลสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ในประเทศไทยพบว่าในปีพ.ศ. 2549 ใช้งบประมาณ 9,857 ล้านบาท ซึ่งน่าจะลดลงได้ หากคนไทยเลิกสูบบุหรี่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนรับทราบข้อมูล ขณะเดียวกันผู้อยู่ในวิชาชีพสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์จะต้องสอบถามสถานะการใช้บุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้ป่วยทุกราย พร้อมกับให้คำแนะนำให้เลิกเสพหรือส่งไปรับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป้าหมายในระดับประเทศตามข้อตกลงของ UN Summit คือให้ลดอัตราการเสพยาสูบได้ 30% ภายในปี 2568 ซึ่งแนวทางการดำเนินงานการลดอัตราการสูบบุหรี่ในระดับชุมชน โดยที่ก่อให้เกิดความตระหนักถึงการเข้าถึงการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานการณ์ปัจจุบัน จะช่วยให้อัตราการเสพยาสูบลดลงได้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยาสูบ หมายถึง ยาสูบที่นำมาบริโภคทุกประเภท ทั้งในรูปแบบสูด ดม อม เคี้ยว ได้แก่ บุหรี่ ของที่ผลิตจากโรงงาน (บุหรี่ยี่ห้อ) ยาสูบที่นำมาตนเองหรือฝอยตนเองทุกชนิด (ซีไอ ใบจาก ชิการ์ ไปป์) สูดบุหรี่ผ่านน้ำ (บาราเก้ ฮักกา) บุหรี่ผสมสมุนไพร บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (บุหรี่ยี่ห้อไฟฟ้า) บุหรี่ที่ระบุว่าไม่มีรสอ่อน บุหรี่แต่งกลิ่น ทั้งหมดนี้มีพิษภัยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้มีงานวิจัยสนับสนุนแล้ว

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบและผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มี ส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืช NICOTI-ANATABACUM ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธี ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปาก จมูกหรือโดยวิธีอื่นเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน

การสูบหรือเสพยาสูบ หมายถึง การเสพติดสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในใบยาสูบซึ่งเป็นการเสพติดทางร่างกายและจิตใจ สารเคมีที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการเสพติดทางร่างกายอย่างรุนแรงได้แก่ นิโคติน ทำให้มีผู้เรียกภาวะติดสารนิโคตินแทน ซึ่งสารนิโคตินนี้เองสามารถผลิตสารสื่อประสาทหลายชนิดออกมาโดยเฉพาะโดปามีน ทำให้ผู้เสพรู้สึกสบายสุขใจ ตื่นตัว มีผลให้อยากสูบบุหรี่หรือยาสูบมานต่อไป

ผู้เสพติด หมายถึง ผู้ที่ต้องการเสพสารนี้เป็นประจำอย่างต่อเนื่องโดยขาดมิได้ และจะเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ หากหยุดเสพหรือขาดสารนี้จะทำให้เกิดอาการขาดยาและถอนยา

สารพิษที่สำคัญในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การใช้ยาสูบอาจนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ทั่วโลก และประมาณการว่ามีประชากรโลก 5.4 ล้านคนเสียชีวิตจากบุหรี่ทุกปี ควันบุหรี่ยังมาจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวนและสารบางอย่างที่เติมลงไป บุหรี่

1 มวนเมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีต่าง ๆ มากกว่า 7,000 ชนิด รวมทั้งสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง 60 ชนิดที่มีหลักฐานทางการแพทย์อย่างชัดเจนแล้ว⁶ ต่อให้ใช้ความร้อนถึง 600 องศา สารพิษเหล่านี้ก็ยังมีสภาพคงที่

1. นิโคติน เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ เมื่อสูบเข้าไป ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสโลหิตอย่างรวดเร็วภายใน 6 วินาทีเท่านั้น แล้วจะเดินทางไปสู่สมอง ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งยังเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง กระตุ้นให้มีความสุขสบายในระยะแรก เมื่อระดับนิโคตินลดลง ร่างกายเกิดความต้องการความสบายนั้นอีก จึงต้องสูบบุหรี่มวนต่อไป นิโคตินมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด
2. ทาร์หรือน้ำมันดิน เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งในหลายส่วนของร่างกาย เช่นมะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ
3. คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซแบบที่พบในท่อไอเสีย สุดคมเข้าไปแล้ว มีผลต่อการทำลายคุณสมบัติในการนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเดิม เกิดอาการขาดออกซิเจน ทำให้มีเมื่อยล้า ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง
4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม มีผลต่อการทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
5. แคลเซียม พบมากในเบตเตอรี มีผลกระทบต่อตับ ไตและสมอง ทำให้เกิดมะเร็งปอดและต่อมลูกหมาก
6. พอร์มาลดีไฮด์ สารที่ใช้ดองศพ ทำให้ระคายเคืองเยื่อหูทางเดินหายใจ เยื่อหุ้มตา ก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้อย่างรุนแรง สามารถทำให้เกิดความเสี่ยงในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก
7. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

8. ตะกั่ว พบตามโรงงานอุตสาหกรรมแบตเตอรี่ โรงงานถลุงโลหะ เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่นระบบประสาท ทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ มีผลต่อระบบเลือด ทำให้ความดันเลือดสูง มีผลต่อระบบไตและระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้
9. แอมโมเนีย ทำให้ระคายเคืองเนื้อเยื่อ แสบตา แสบจมูก แสบคอ หลอดลมอักเสบ ไอและเสมหะมาก
10. อะซิโตน สารประกอบในน้ำยาล้างเล็บ ก่อให้เกิดการระคายเคืองเซลล์ตับ ทำให้เซลล์ตับตาย
11. สารกัมมันตภาพรังสี จากสารโพโลเนียม-210 เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปอด
12. สารหนู ยาเบื่อหนู มีผลต่อระบบทางเดินอาหารและเชื่อมโยงกับภาวะหัวใจขาดเลือด
13. แร่ธาตุที่ตกค้างในใบยาสูบ ทำลายระบบการได้ยิน ทำให้ความดันโลหิตสูง เพศชายลดสมรรถภาพทางเพศ เป็นหมันได้

กลไกการเสพติดนิโคติน

เมื่อควันบุหรี่เข้าสู่ระบบการหายใจ สารนิโคตินซึ่งเป็นสารสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสพติดยาสูบ จะถูกดูดซึมผ่านหลอดเลือดฝอยที่ผนังหลอดลมและทางเดินหายใจเข้าสู่กระแสเลือด จากนั้นเลือดก็จะนำพาสารนิโคตินเหล่านี้ไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า Ventral Tegmental Area ภายในเวลาอันรวดเร็ว โดยใช้เวลาเพียง 6-10 วินาทีเท่านั้น ที่สมองส่วนนี้เอง สารนิโคตินจะจับกับ receptor เกิดเป็นกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า nucleus accumbens ให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย กระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกจนกระทั่งสมองเกิดการเรียนรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิด reward effects ในที่สุดสมองจะปรับเพิ่มจำนวนของ receptor เหล่านี้ให้มากขึ้น เพื่อคอยจับนิโคตินเพิ่มขึ้น จะได้มีการกระตุ้นให้เกิด reward effects ได้มากขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้เสพติดอยาสูบปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม เมื่อร่างกายขาดสาร

นิโคตินเป็นระยะเวลาหนึ่ง หากไม่ได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายก็จะเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นได้ ซึ่งอาจมีอาการได้หลายรูปแบบ เช่นหงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ ฉุนเฉียว ท้องผูก ปากเป็นแผล ใจ เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักจะคงอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์แรกหลังเลิกยาสูบ^{7,8}

ภาวะติดบุหรี่

การสูบบุหรี่นั้นมักมีกลไกที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่ได้ 3 ทางคือ

1. การเสพติดทางร่างกาย คือการที่ร่างกายเสพติดสารนิโคติน เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำจนร่างกายติดสารนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดที่อยู่ในบุหรี่ เมื่อหยุดสูบบุหรี่สารนิโคตินในร่างกายจะลดลงทำให้เกิดอาการขาดนิโคตินได้แก่ อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย คิดอะไรไม่ออก ต้องหาบุหรี่มาสูบเพื่อเติมนิโคตินให้เพียงพอดังเดิม เมื่อหยุดสูบบุหรี่ภาวะเสพติดทางร่างกายจะค่อยๆ หายไปในเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ร่างกายก็จะพ้นจากภาวะติดบุหรี่
2. การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจคือ การสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัย เกิดจากการเรียนรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้หายเครียด เพลิดเพลิน หายเบื่อ สมองแล่น ทำให้เกิดการติดอกติดใจอยากสูบบุหรี่เรื่อยๆ จนติดเป็นนิสัย หรือเป็นความเคยชินอย่างหนึ่ง เมื่อไรที่รู้สึกเครียดหรือแปรปรวนทางอารมณ์ ก็จะคิดถึงบุหรี่ ภาวะเสพติดทางจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมาสูบใหม่หลังจากเลิกได้แล้ว ดังนั้นผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วยังต้องปฏิบัติตนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆจนเกิดเป็นนิสัยหรือเป็นความเคยชินใหม่ที่ไม่มีการสูบบุหรี่
3. การเสพติดทางพฤติกรรมและสังคม มีสภาพสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่และอยู่ในสังคมที่สูบบุหรี่ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในวงสนทนา หลังพักการประชุม หลังอาหาร จะชักจูงให้สูบบุหรี่ด้วย

ผู้สูบบุหรี่ทุกรายถือได้ว่ามีโรคเสพยาสูบ ซึ่งมีปัจจัยการติดบุหรี่ทั้งสามอย่างนี้ร่วมกันเสมอ แต่ในสัดส่วนที่แตกต่างกันไปในแต่ละราย

ผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่

ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากมาย⁹

หลังจาก 20 นาทีผ่านไป ความดันโลหิตลดลงและชีพจรเต้นช้าลง

12 ชั่วโมงผ่านไป ระดับของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเริ่มลดต่ำลง

24 ชั่วโมง ปอดเริ่มสามารถขับเสมหะและฝุ่นผงต่างๆ จากการสูบบุหรี่หรือออกจากปอดได้

48 ชั่วโมง ความสามารถในการรับรสและการได้กลิ่นดีขึ้น

72 ชั่วโมง รู้สึกหายใจโล่งขึ้น มีเรี่ยวแรงดีขึ้นกว่าเดิม

2 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดลง

3-9 เดือน อาการไอและหอบเหนื่อยลดลง สมรรถภาพปอดดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 10 การหายใจดีขึ้น

1 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจลดลงครึ่งหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ยังสูบบุหรี่

5 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงจนมาใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

10 ปี ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอดลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่ รวมทั้งมะเร็งในช่องปาก หลอดอาหาร ลำคอ ไต

15 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจเหมือนคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนเลย

ผลดีของการเลิกเสพยาสูบนั้นมิได้จำกัดอยู่แค่เพียงตัวของผู้เสพเองเท่านั้น แต่มีผลต่อบุคคลข้างเคียงด้วย เช่นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง เป็นต้น การเลิกเสพยาสูบช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวดีขึ้น สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวก็แข็งแรงขึ้นกว่าเดิม ไม่เจ็บป่วยบ่อยๆ ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี

ความหมายของสุขภาวะ

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามไว้ว่า สุขภาพ หมายถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา มิใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (ตามนิยาม สุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกัน สะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกี่ยวพันและ เชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ นำมาสู่วิสัยทัศน์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คือ คนไทยมีสุขภาวะยั่งยืน หมายถึงคนไทยมีสุขภาวะดีครบทั้งสี่ด้าน ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา อันได้แก่

1. สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น
3. สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ เป็นต้น
4. สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน

ดังนั้น สุขภาวะ หมายถึงรวมถึง การดำรงชีพของบุคคลอย่างมีสุขทั้งกาย และ จิต อาจกล่าวได้ว่ามิใช่เพียงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ แต่รวมถึงการมีชีวิตที่มีร่างกายแข็งแรง จิตแข็งแรง มีความสุข อยู่ในสังคมโลกในปัจจุบัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว บางอย่างที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อสุขภาวะคนไทยเกิดเป็นปัญหาด้าน สุขภาพ มลภาวะที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับอาหาร วิถีชีวิต ค่านิยมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปล้วน

แล้วแต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา มีโรคหลายโรคที่อาจป้องกันหรือสามารถลดอัตราเสี่ยงลงได้ เป็นที่ชัดเจนว่าการเสพยาสูบทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ มากมาย ดังนั้นการบำบัดเพื่อให้ผู้เสพยาสูบเลิกเสพยาสูบจึงเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพลดความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เกิดสุขภาวะที่ดีแก่ผู้เลิกเสพยาสูบ ครอบครัวและชุมชน

การบำบัดโรคเสพยาสูบ

ทักษะการให้คำปรึกษาที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำได้มีอยู่ 2 วิธีที่เป็นที่นิยมคือ motivational interviewing และ 5-As model โดย motivational interviewing เป็นหลักการให้คำปรึกษาที่ใช้ได้กับสารเสพติดทุกชนิดแต่จะใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานกว่า ส่วน 5-As model เป็นหลักการให้คำปรึกษาแบบสั้นที่ใช้สำหรับการเลิกบุหรี่โดยเฉพาะ รายละเอียดของการให้คำปรึกษาทั้ง 2 แบบมีดังต่อไปนี้

1. Motivational interviewing¹⁰ คือการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการเลิกสารเสพติดได้ด้วยตนเอง โดยใช้หลักการที่ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามสิ่งที่คิดขึ้นมาได้ด้วยตนเองมากกว่าปฏิบัติตามคำสั่งของคนอื่น นอกจากนี้ก่อนที่จะให้คำปรึกษาจะต้องมีการประเมินระยะของแรงจูงใจของผู้ป่วยก่อน เพื่อให้แพทย์สามารถออกแบบวิธีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับระยะของแรงจูงใจของผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยระยะของแรงจูงใจและวิธีการให้คำปรึกษาในแต่ละระยะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 Pre-contemplation ในระยะนี้ผู้ป่วยจะยังไม่มีแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ดังนั้นการให้คำปรึกษาในระยะนี้จึงเน้นที่การให้ข้อมูลถึงผลเสียของการใช้สารเสพติดและสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยได้เห็นถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจริงกับตัวผู้ป่วยเอง พร้อมทั้งถามผู้ป่วยว่ามีความคิดเห็นต่อผลเสียดังกล่าวอย่างไร หากผู้ป่วยเริ่มมองเห็นถึงผลเสีย แรงจูงใจในการเลิกจะมีมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะถัดไป

- 1.2 Contemplation ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มเห็นผลเสียของการใช้สารเสพติดแต่ยังลังเลว่าจะเลิกดีหรือไม่ ดังนั้นวิธีให้คำปรึกษาในระยะนี้จึงเน้นที่การถามถึงข้อดีและข้อเสียของการใช้สารเสพติดเพื่อนำมาทำให้ผู้ป่วยเห็นผลเสียที่ชัดเจนขึ้น โดยจะใช้วิธีการถาม 2 คำถามคือ 1) การใช้สารเสพติดมีข้อดีอย่างไรและมีผลเสียอย่างไร 2) หากผู้ป่วยเลิกสารเสพติดได้จะเกิดผลดีอย่างไรและเกิดผลเสียอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้เปรียบเทียบและเห็นว่าการใช้สารเสพติดมีผลเสียมากกว่าผลดีที่ชัดเจน ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจมากขึ้น
- 1.3 Determination ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกสารเสพติด ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเน้นที่การหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สามารถเลิกได้สำเร็จ โดยหลักการให้คำปรึกษาจะใช้วิธีแนะนำแนวทางปฏิบัติหลายๆ แบบแล้วให้ผู้ป่วยเลือกเองว่าแบบไหนจะเหมาะสมที่สุด อาทิ ต้องการรักษาโดยการพูดคุยกับแพทย์เพียงอย่างเดียวหรือต้องการการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีการบำบัดแบบกลุ่ม เป็นต้น การใช้วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกบังคับและผู้ป่วยจะมีโอกาสสูงที่จะลงมือปฏิบัติได้จริง
- 1.4 Action ในระยะนี้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามแนวทางการเลิกสารเสพติดแล้ว ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเน้นที่การติดตามผลว่าสามารถเลิกได้สำเร็จหรือไม่ หากยังไม่สำเร็จแพทย์ควรใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางการเลิกพร้อมทั้งหาวิธีเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว เมื่อผู้ป่วยค้นพบวิธีการปฏิบัติที่ทำให้เลิกได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง แรงจูงใจก็จะเข้าสู่ระยะต่อไป
- 1.5 Maintenance ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเลิกสารเสพติดได้ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งผู้ป่วยบางส่วนอาจเริ่มเกิดความประมาทคิดว่าตนไม่มีโอกาสกลับมาติดสารเสพติดอีก จึงอาจกลับมาลองใช้สารเสพติดอีกเพียงเล็กน้อยหรืออาจกลับไปอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่กำลังใช้สารเสพติด ดังนั้นการให้คำปรึกษาในระยะนี้จึงเน้นที่การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะนำพาให้กลับไปใช้สารเสพติด

- 1.6 Relapse หลังจากผู้ป่วยเลิกสารเสพติดได้แล้ว อาจมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่กลับไปใช้สารเสพติดอีก โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดความรู้สึกผิดหวังหรือโทษตัวเอง ทำให้ไม่อยากเลิกสารเสพติดต่อ ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเน้นที่การให้กำลังใจและช่วยผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดอีก พร้อมทั้งประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยใหม่ว่าจะกลับมาอยู่ในระยะใด แล้วจึงให้คำปรึกษาตามระยะดังที่กล่าวมาข้างต้น
2. 5-As model¹¹ เป็นหลักการให้คำปรึกษาแบบสั้นที่ใช้สำหรับการเลิกบุหรี่โดยเฉพาะ อันประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือการใช้หลักการ 5 ข้อในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
- 2.1 Ask คือ การถามผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้งที่มาพบแพทย์ว่ามีการสูบบุหรี่หรือไม่พร้อมทั้งบันทึกลงในเวชระเบียน วิธีการนี้มีเป้าหมายเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่สูบบุหรี่
- 2.2 Advice คือ การแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ด้วยท่าทีที่ชัดเจน จริงจัง โดยใช้ปัญหาจากการสูบบุหรี่ที่กำลังเกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยมาเป็นเหตุผลในการแนะนำให้เลิก
- 2.3 Assess คือ การถามถึงความตั้งใจในการเลิก โดยถ้าผู้ป่วยยังไม่เลิกบุหรี่ ให้ถามว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกในครั้งนี้อหรือไม่ แต่ถ้าผู้ป่วยเพิ่งเลิกมาได้ไม่นาน ให้ถามว่าผู้ป่วยเลิกมาได้มานานเท่าไร และมีอุปสรรคอะไรหรือไม่ที่ขัดขวางการเลิกอย่างต่อเนื่อง
- 2.4 Assist คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยหากผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิก ให้แพทย์พิจารณาใช้ยารักษาและให้คำปรึกษาหรือส่งต่อเพื่อรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัด คำพูดต้องกระชับได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจนหนักแน่นและเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย หลักการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ เนื้อหาที่ใช้พูดจะใช้หลักการตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR^{12,13} หรือ 4ล ดังนี้
- 2.4.1 เลือกรวัน (Set a target quit date) กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกเสพ ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก ซึ่งวิธีการหลังนี้ บุคลากรจะต้องเป็นผู้กำหนดวันเลิกเสพที่เป็นไปได้จริงสำหรับผู้ป่วยนั้นๆ (แต่ไม่ควรเกิน 2-4 สัปดาห์นับ

จากครั้งแรก) จากนั้นกำหนดปริมาณการเสพที่ต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละเวลาและแต่ละวัน เช่นลดการเสพวันละ 1 มวน และห้ามเสพนกว่าจะผ่านมืออาหารเข้าหรือเที่ยงในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น โดยอธิบายหรือเขียนเป็นแผนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

2.4.2 ล้นวาจา (Tell family and others) บอกคนในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ ขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน

2.4.3 พร้อมลงมือ (Anticipate challenges) วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน นำเทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destinationเพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

2.4.4 ระบุอุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products) กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด รวมทั้งหมากพลูและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ

2.5 Arrange คือ การนัดหมายเพื่อติดตามว่าผู้ป่วยสามารถเลิกสารเสพติดได้ต่อเนื่องหรือไม่

ผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกเสพยาสูบควรเริ่มสัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบดังนี้

1. อธิบายผลเสียของการสูบบุหรี่สั้นๆ เฉพาะที่จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนั้นๆ
2. เน้นย้ำว่า การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงเพียงอย่างเดียวโดยไม่เลิกจะไม่ช่วยลดความเสี่ยง เช่นโรกระบบการหายใจ มะเร็ง ผลต่อบุตรในครรภ์ โรคหัวใจและหลอดเลือด
3. ให้รางวัล หาสิ่งที่เป็นรางวัลในการเลิกบุหรี่ในทางที่เป็นแรงจูงใจเชิงบวก เช่นสะสมค่าบุหรี่ไว้ใช้ในสิ่งจำเป็นอื่นๆ
4. ช่วยผู้สูบบุหรี่คิดหาวิธีกำจัดอุปสรรคในการเลิก เช่น เทคนิคการรับมือกับอาการอยากบุหรี่ น้ำหนักเพิ่ม ความเครียด
5. ให้ข้อมูลซ้ำๆ สม่ำเสมอ สังเกตจากการตัดสินใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (Intensive Counseling) ควบแน่น 2 ประเด็น ได้แก่

1. การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical/problem solving skill counseling)^{1,2,14,15}

ประกอบด้วย

1.1 ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสพยา

1.2 เน้นย้ำการเลิกเสพยาอย่างแท้จริง เด็ดขาดและรวดเร็วที่สุด

1.3 ทบทวนประสบการณ์การเลิกเสพยาในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ

1.4 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิถีชีวิตประจำวัน เช่น ควบคุมอาหาร เพิ่มการออกกำลังกาย

1.5 วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น และวางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เสพยาสูบต่อไปอีก

1.6 หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เลิกเสพยาสูบด้วย

1.7 แนะนำให้ชวนคนที่เสพยาในบ้านให้เลิกเสพด้วยพร้อมกัน หรืออย่างน้อยขอร้องไห้ช่วยเสพต่อหน้า

1.8 จัดให้มีบุคลากรที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจ (Intra-treatment support)

1.9 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาลด้วย (Extra-treatment support) เช่น จากกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบที่จัดตั้งขึ้นในสถานพยาบาลหรือในชุมชนซึ่งมักประกอบด้วย แกนนำในชุมชน และกลุ่มคนที่เลิกเสพได้แล้ว ร่วมกับญาติพี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification)^{1,2,14,16} ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตน

ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจสุ่มเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก สอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (trigger) และรู้จักเบี่ยงเบนความคิด เมื่อเกิดอาการหรือคิดอยากเสพอีก อาจแนะนำเทคนิคที่เรียกว่า 5D ได้แก่ delay (เลื่อนระยะเวลา), deep

breathe (สูดหายใจลึกๆ ตั้งสมาธิ), drink water (ดื่มน้ำสะอาดมากๆ), do something else (เปลี่ยนอิริยาบถหรือกิจกรรม), destination (ย้ายเตือนตนเองถึงเป้าหมายที่ตนได้ตั้งใจเลิกเสพแล้ว) เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

แพทย์อาจพิจารณาสั่งใช้ยารักษาได้ในรายที่มีข้อบ่งชี้ อันได้แก่ผู้ที่มีความตั้งใจจะเลิกเสพอย่างแท้จริง ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐาน

1. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดหัวใจ ฤกษ์ลมโป่งพอง หืด มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอ็ดส์ โรคติดยาเสพติด โรคจิตประสาท
2. เสพติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กล่าวคือ มีคะแนน HSI อย่างน้อย 3 หรือมากกว่า

ตารางที่ 1 แสดงแบบสอบถาม Heaviness of Smoking Index (HSI) ฉบับภาษาไทย

คำถามที่ใช้	คะแนน
ท่านสูบบุหรี่/ยาสูบมวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน?	
<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาทีหลังตื่น	3
<input type="checkbox"/> 6 – 30 นาทีหลังตื่น	2
<input type="checkbox"/> > 30 นาทีหลังตื่น	1
ปกติท่านสูบบุหรี่ / ยาสูบ วันละกี่มวน?	
<input type="checkbox"/> มากกว่า 30 มวนต่อวัน	3
<input type="checkbox"/> 21-30 มวนต่อวัน	2
<input type="checkbox"/> 11-20 มวนต่อวัน	1
การแปลผล: 5-6 คะแนน = ติดนิโคตินรุนแรง, 3-4 คะแนน = ติดนิโคตินปานกลาง, 0-2 คะแนน = ติดเล็กน้อย	

3. เคยล้มเหลวในการเลิกเสพยามาก่อนภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ในการใช้ยารักษาภาวะติดบุหรี่ส่วนใหญ่จะให้ยานานประมาณ 8-12 สัปดาห์ โดยยาที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้น ได้รับการรับรองจาก US FDA และขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม^{17,18} ได้แก่ nicotine gum, nicotine patch, bupropion และ varenicline¹⁹ อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทย ยาเหล่านี้ยังมีราคาแพงและไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ์การรักษาขั้นพื้นฐาน ดังนั้นทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา คือ การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพรองลงมาแต่ยังไม่ได้รับการรับรองจาก US FDA ได้แก่ nortriptyline และ clonidine¹⁹ รายละเอียดกลุ่มยาที่ใช้ในการเลิกเสพยาสูบมีดังนี้

1. กลุ่มนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) เป็นยาที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่าอาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ NRT อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพยามีโอกาสเลิกเสพยาได้สำเร็จมากขึ้น²⁰⁻²⁴ ในปัจจุบันประเทศไทยมี NRT อยู่ 2 รูปแบบเท่านั้นที่ได้ผ่านการจดทะเบียนจากอย. ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และหมากฝรั่ง (nicotine gum)
2. กลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ได้แก่ bupropionSR, varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์โดยกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีนในสมองให้มากขึ้นจึงช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น²⁵⁻³³

ภาครัฐต้องส่งเสริมให้ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เนื่องจากยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน²⁰⁻²³, แผ่นติดนิโคติน^{22,24}, bupropionSR^{25,26}, varenicline²⁷⁻³² และ nortriptyline³³ มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้เสพยา

ยาสูบสามารถเลิกเสฟได้มากขึ้นกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว อีกทั้งมีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้ยามาตรฐานเหล่านี้ในบริการเลิกยาสูบนั้นมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐ³⁴⁻³⁶

ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการให้คำปรึกษาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และต้องมีการกำหนดวันเลิกเสฟที่ชัดเจน โดยไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์นับจากวันที่เริ่มการบำบัดนั้นและผู้ป่วยที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบต้องได้รับการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกรายอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งอธิบายถึงผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ของยาแต่ละชนิดที่เลือกใช้ให้แก่ผู้ป่วยได้รับทราบก่อนเริ่มใช้ยา

จากสถิติพบว่าร้อยละ 90 ของผู้พยายามเลิกเสฟยาสูบด้วยตนเองประสบความล้มเหลวในการเลิก และกลับไปสูบใหม่ภายใน 1 สัปดาห์ เพราะเกิดการขาดนิโคตินอย่างแรง ผู้รักษาต้องประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิตและประเมินสิ่งแวดล้อมร่วมด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเลิกเสฟยาสูบ

ดังนั้นบริการช่วยเลิกเสฟยาสูบที่มีคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญในการรองรับและเชิงรุกแก่ผู้เสฟยาสูบเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม บริการช่วยเลิกเสฟยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมายังมีการดำเนินงานที่ไม่เป็นระบบ อ่อนแอและให้บริการไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ ยังมีการประเมินกันด้วยว่า หากผู้เสฟเหล่านี้ไม่เลิกเสฟ จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคอันสืบเนื่องจากการเสฟบุหรืหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่ต่ำกว่า 1 ใน 4 หรือกว่า 2 ล้านคน ในขณะที่คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดการเสฟยาสูบและยาช่วยเลิกยาสูบได้อย่างแท้จริง ทำให้ผู้คนจำนวนมากเลือกที่จะเลิกเสฟด้วยตนเอง โดยไม่พึ่งพาการบำบัดจากบุคลากรหรือหาตัวช่วยอื่นๆ เลย ซึ่งการเลิกเสฟแบบนี้มีอัตราความสำเร็จต่ำและมีโอกาสกลับไปเสฟซ้ำได้มากเมื่อเปรียบเทียบกับ การได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นไปตามยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580)³⁶ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์โดยมีแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีครอบคลุม

ทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญาและสังคม มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีและมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม

สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมได้ทำการคัดกรองการเสพยาสูบของข้าราชการก่อนทำการตรวจสุขภาพประจำปี 2563 พบว่าข้าราชการที่สูบบุหรี่หรือเสพยาสูบเป็นประจำมีจำนวน 644 นาย เคยสูบแต่เลิกแล้ว 427 นาย ไม่สูบบุหรี่ 2,815 นาย ผู้ที่ยังสูบอยู่คิดเป็นร้อยละ 16.6 ทำให้ส่งผลต่อสุขภาวะของตนเองและคนใกล้ชิดทั้งที่ทำงานและที่บ้าน การเลิกเสพยาสูบจะเป็นการสร้างสุขภาพ สมรรถภาพร่างกายของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมให้ห่างไกลโรคร้ายดังกล่าว มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เกิดสุขภาวะที่ดี พร้อมทั้งจะรับปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้ประสบความสำเร็จ ช่วยป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากการเสพยาสูบ ลดการเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาลจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการหยุดเสพยาสูบ ส่วนผู้ที่เคยสูบแต่เลิกสูบแล้วคิดเป็นร้อยละ 11 ก็เป็นในส่วนที่ต้องระวัง ส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาสูบอีกเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีจากการปลอดยาสูบอย่างต่อเนื่อง ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ โดยผลักดันการสร้างเสริมสุขภาวะในทุกนโยบายที่ให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะคนไทยอันจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน

บทสรุป

การเสพยาสูบจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพเนื่องจากเป็นต้นเหตุของโรคต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ในแต่ละประเทศยังต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อ

แก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะยาสูบ ปัจจุบันประเทศไทยเองก็ยังมีผู้เสพยาสูบอยู่เป็นจำนวนมาก ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนากลไกควบคุมการบริโภคยาสูบ การดูแลรักษาโรคเสพยาสูบให้มีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อสุขภาพที่ดีและชีวิตที่ยืนยาวของทุกคน ในการรักษาโรคเสพยาสูบต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรจากทุกสาขาวิชาชีพสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยที่เป็นต้นเหตุของการเสพยาสูบมีหลายอย่าง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันทั้งในแง่กาย จิตใจและสังคม การวางแผนการรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยให้สามารถแก้ไข้ปัญหาการเสพยาสูบได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ และช่วยให้การเลิกเสพยาสูบเป็นไปได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการรณรงค์ส่งเสริมไม่เสพยาสูบนั้น นับว่าเป็นการป้องกันโรคที่เกิดจากยาสูบที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีที่สุด ซึ่งต้องประกอบไปด้วยมาตรการหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการเลิกเสพยาสูบอย่างจริงจัง การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนถึงพิษภัยบุหรี่ ให้ถือว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาของสังคม และการสนับสนุนนโยบายจากภาครัฐ การนำยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ตามแผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญาและสังคมมาเป็นแนวทางในการควบคุมการบริโภคยาสูบสู่การปฏิบัติของบริการทางการแพทย์ ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมจะนำเอามาตรการรณรงค์ส่งเสริมการไม่เสพยาสูบมาปฏิบัติให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาโรคเสพยาสูบให้แก่ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ ดังนั้นการสร้างความตระหนัก ปรับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ให้ร่วมมือกันรณรงค์บำบัดเลิกเสพยาสูบเป็นจุดเริ่มต้นและหัวใจสำคัญของความสำเร็จ อีกทั้งต้องคิดวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ไข้ปัญหาการเสพยาสูบของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนปฏิบัติการ

ได้เวลา ลด ละ เลิก อบายมุข

มาแต่ดั้งเดิม เติมความสุข เกษมสันต์

เปลื้องปลดทุกข์ โรคโรคา โดยเร็วพลัน

มอบสวรรค์ ส่งความสุข สู่ครอบครัว

เลิกเถิดหนา สูบบุหรี่ ที่เคยติด

เปลี่ยนความคิด พฤติกรรม ไม่สร้างสรรค์

คนรุ่นใหม่ ต้องห่างไกล รู้เท่าทัน
เริ่มต้นใหม่ ในวันนี้ ไม่มีสาย
กำลังใจ มีมากมาย ล้วนผลักดัน
ใช้ชีวิต เป็นต้นแบบ ให้แก่เด็ก
เต็มสิ่งดี แต่มีความงาม ด้วยหัวใจ

โทษของมัน ต้องหลีกหนี หนีให้ไกล
คุณทำได้ เราทำได้ ด้วยตัวฉัน
ให้คุณนั้น เอาชนะ ละออบาย
ซึ่งยังเล็ก บริสุทธิ์ แสนสดใส
เด็กยุคใหม่ จะไผ่ดี มีสุขเอย³⁸

เอกสารอ้างอิง

- ¹ U.S. department of health and human service, Clinical Practice Guideline: Treatign tobacco use & dependence: 2008 update, Public Health Service, May 2008: 73-142.
- ² Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al, Smoking cessation: Clinical practice guideline no. 18 , Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service 2000.
- ³ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
- ⁴ World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, Global adult tobacco survey: Thailand country report, World Health Organization 2009 , Thailand.
- ⁵ สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์ (บรรณาธิการ), 2556, บุหรี่และยาสูบ พิชัยภัย การดูแลรักษาและป้องกัน ฉบับปรับปรุง 2556, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, หจก.สินทวีกิจพรินติ้ง จำกัด.
- ⁶ Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP, Smoking cessation with and without assistance, a population-based analysis, Am J Prev Med 2000: 18: 305-11.
- ⁷ สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ), 2555, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย พ.ศ. 2555, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, สหประชาพานิชย์.

- ⁸ U.S Department of Health and Human Services, Clinical Practice Guideline for Treatment tobacco use and dependence: 2008 update, Am J Prev Med 2008; 35: 158-76.
- ⁹ The Washington Economics Group, Inc, The Net Benefits and Economic Impacts of Investing in Employee-Smoking Cessations Programs in the Public and Private Sectors of Florida, January 2008: 1.
- ¹⁰ พิชัย แสงชาญชัย, 2549, การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, ใน: พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ, ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด, กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2549, หน้า 193-206.
- ¹¹ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al, Quick reference guide for clinicians 2 0 0 8 update treating tobacco use and dependence: US Department of Health and Human Services-Public Health Service; 2008.
- ¹² U.S. department of health and human service, Brief interventions and brief therapies for substance abuse, DHHS Publication; 2001.
- ¹³ Demers RY et al, The impact of physician's brief smoking cessation counseling, a MIRNET study, J Fam Pract 2001; 50: 138-144.
- ¹⁴ West R, McNeil A, Raw M, National smoking cessation guidelines for health professionals, an update, Thorax, 2000; 55: 987-999.
- ¹⁵ McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al, New Zealand smoking cessation guidelines, N Z Med J, 2008; 121(1276): 57-70.
- ¹⁶ Swartz SH, Hays JT, Office-based intervention for tobacco dependence, Med Clin North Am 2004; 88(6): 1623-41.

- ¹⁷ Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al, Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008; 179:135-44.
- ¹⁸ Nides M, Update on pharmacology options for smoking cessation treatment, *Am J Med* 2008; 121(4): S20-S31.
- ¹⁹ Prochaska JJ, Benowitz NL, The past, present, and future of nicotine addiction therapy, *Annu Rev Med*, 2016; 67: 467-86.
- ²⁰ Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G, Nicotine replacement therapy for smoking cessation, *Cochrane Database of Sys Rev*, 2004; (3): [CD000146](#).
-
- ²¹ Stead LF, Perera R, Bullen C, et al, Nicotine replacement therapy for smoking cessation, *Cochrane Database of Sys Rev*, 2008, Issue 1, Art. No. : CD000146.
- ²² Fagerström K, Nicotine replacement in smoking cessation, *Breathe* 2005; 2:66-68.
- ²³ Rungruanghiranya S, Ekpanyaskul C, Hattapornsawan Y, et al, Effect of nicotine polyestex gum on smoking cessation and quality of life, *J Med Assoc Thai* 2008; 91: 1656-62.
- ²⁴ Hughes JR, Peters EN, Naud S, Effectiveness of over-the-counter nicotine replacement therapy: a qualitative review of nonrandomized trials, *Nicotine Tob Res*, 2011; 13(7): 512-22.
- ²⁵ Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al, A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation, *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-91.

²⁶ Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al, A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation, *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.

²⁷ Jorenby DE, Hays JT, Riigotti NA, et al, Efficacy of Varenicline, an alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, VS placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation, *JAMA* 2006; 56-63.

²⁸ Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al, Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, VS sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial, *JAMA* 2006; 296: 47-55.

²⁹ Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al, Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled-trial, *JAMA* 2006; 296: 64-71.

³⁰ Tsai ST, Cho HJ, Vheng HS, et al, A randomized, placebo-controlled trial of varenicline, a selective alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, as a new therapy for smoking cessation in Asian smokers, *Clin Ther* 2007; 29: 1027-39.

³¹ Nakamura M, Oshima A, Fujimoto Y, et al. Efficacy and tolerability of varenicline an alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers, *Clin Ther* 2007; 29: 1040-56.

³² Stapleton JA, Watson L, Spirling Li, et al, Varenicline in routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement

therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008; 103: 146-54.

³³ Rigotti NA, Pipe AL, BenowitzNL, et al, Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121: 221-9.

³⁴ Thavorn K, Chaiyakunapruk N, A cost-effectiveness analysis of a community pharmacist-based smoking cessation programme in Thailand, *Tob Control*, 2008; 17(3): 177-82.

³⁵ Chen PC, Lee YC, Tsai ST, et al, A Cost-Benefit Analysis of the Outpatient Smoking Cessation Services in Taiwan From a Societal Viewpoint, *Nicotine Tob Res*, 2011Dec 16, [Epub ahead of print].

³⁶ Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, et al, Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011; 106(10): 1819-26.

³⁷ ยุทธศาสตร์ชาติ-ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2563 เข้าถึงได้จาก http://ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF.

³⁸ กลอนวันงดสูบบุหรี่โลก [อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563 เข้าถึงได้จาก <http://dmc.tv/pages/scoop/กลอนวันงดสูบบุหรี่โลก.html>.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ยศ ชื่อ พันเอก ธิติพันธ์ วาจรัต

วัน เดือน ปี เกิด 23 ธันวาคม 2518

ประวัติสำเร็จศึกษา

- พ.ศ.2533 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมสาธิตวชิระศรีมหาธาตุ
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
- พ.ศ.2536 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา
- พ.ศ.2542 ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
- พ.ศ.2544 ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก
(เวชปฏิบัติทั่วไป)
- พ.ศ.2546 วุฒิบัตร สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- พ.ศ.2551 ประกาศนียบัตรหลักสูตรแพทย์ฝังเข็ม กรมแพทย์ทหารบก
- พ.ศ.2554 อนุมัติบัตร สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
โรงพยาบาลศรีธัญญา
- พ.ศ.2560 ปริญญานิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2542-2543 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ โรงพยาบาลค่ายธนระรัชต์
- พ.ศ.2543-2546 แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- พ.ศ.2546-2548 รักษาราชการผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระยา
มหากษัตริย์ศึก
- พ.ศ.2548-2551 รักษาการรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายนวมินทราชินี
- พ.ศ.2551-2558 อายุรแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- พ.ศ.2558-2562 แพทย์ชำนาญเฉพาะทางส่วนตรวจรักษา สำนักงานแพทย์

สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

ตำแหน่งปัจจุบัน

พ.ศ.2562 รองผู้อำนวยการกองตรวจรักษาและเวชกรรมป้องกัน

สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม