



# งานบำบัดผู้ติดบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐ ในประเทศไทย

ทานตะวัน สุรเดชาสกุล พบ.\* อีรศักดิ์ สาตรา พบ.\*\*  
รณชัย คงสภณธ์ พบ., นบ., วทม., วว.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาลักษณะการบริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งปัญหาและข้อจำกัดในการให้บริการ

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) ด้วยแบบสอบถาม โดยใช้การสุ่มใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ generalized random sampling ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ทำงานในสถานให้บริการสาธารณสุขทั้งระดับปฏิบัติการและระดับผู้บริหาร ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการทุกระดับทั่วประเทศทั้งหมด 150 แห่ง

**ผลการศึกษา** โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งสิ้น 98 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 65 ของประชากรศึกษา มีการให้บริการการเลิกบุหรี่ 92 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 93.9 โรงพยาบาล 88 แห่ง (ร้อยละ 95.7) เปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ มีเพียง 4 โรงพยาบาล (ร้อยละ 4.3) ที่เปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลา มีเพียง 37 แห่ง (ร้อยละ 37.8) ที่มีการให้การรักษารูปแบบเต็มรูปแบบในลักษณะของคลินิกเลิกบุหรี่ ลักษณะการบำบัดใช้วิธีการบำบัดทางด้านจิตใจ (ร้อยละ 38.0) และการใช้ยา (ร้อยละ 27.5) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ ยากลุ่มคลายกังวล (ร้อยละ 35.9) มีการใช้ยากลุ่ม nicotine replacement therapy (NRT) เพียงร้อยละ 12.0 ปัญหาที่ผู้ให้บริการประสบคือการขาดปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษา และงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.9) มีความคิดเห็นว่ารรัฐ ควรสนับสนุนให้มีการบริการการรักษาการเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบ

**สรุป** งานด้านการบำบัดรักษาผู้ต้องการเลิกบุรียังคงเป็นงานที่แฝงอยู่ในงานประจำ สะท้อนถึงภาวะที่ได้รับการสนับสนุนไม่มากเท่าที่ควร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้งานบำบัดรักษาผู้ติดบุรียังจำกัดอยู่ในวงแคบ

**คำสำคัญ** การหยุดสูบบุหรี่ สถานพยาบาลในประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(1): 55-62

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



# Smoking Cessation Program in Public Hospitals in Thailand

*Tantawan Suradechasakul M.D., Teerasakdi Satra M.D.*

*Ronnachai Kongsakon M.D.,LL.B.,M.Sc*

## Abstract

**Objective:** To study characteristics of the smoking cessation program in public hospitals in Thailand

**Methods:** The questionnaire survey was applied to this study. The samples were health personnel who have worked with the smoking cessation program in the hospital. There were 150 hospitals that were sampled using generalized random sampling.

**Results:** Ninety-nine hospitals returned the questionnaire (65%). Of these hospitals, 93.9% had a smoking cessation program in their hospital. There were 88 hospitals (95.7%) that only have services for smokers in official time. Only 4 hospitals (4.3%) have smoking cessation programs in and after official hours. There are 37 hospitals (37.8%) that have smoking cessation programs in a setting separated from the ordinary setting. Eclectic approaches were used in the treatment program, such as the psychological approach (38.0%) and medications (27.5%). The most widely used medications were the benzodiazepine group (35.8%). Nicotine replacement medications were used for only 12.0% of cases. In the opinion of hospitals, problems in running a smoking cessation program in the hospital were scarcely being supported by the government such as with manpower, budget and knowledge.

**Conclusions:** In order to succeed in smoking and tobacco control policy, the government needs to give strong support to the smoking cessation program.

**Keyword:** Smoke cessation program, Thai hospitals.

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(1): 55-62

\* Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University, Bangkok

\*\* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Bangkok

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพองเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอื่นๆ<sup>1</sup> ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพของประชากร ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม<sup>2</sup>

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ประชากรในปัจจุบันจะสูญเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่สูงถึง 500 ล้านคน ในจำนวนนี้มีมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเด็กและวัยรุ่น และภายในปี พ.ศ. 2573 คาดกันว่า บุหรี่จะเป็นสาเหตุการตายที่ใหญ่ที่สุดโดยเป็นจำนวนสูงถึง<sup>10</sup> ล้านคนต่อปีทั่วโลก<sup>3</sup> การศึกษาของธนาคารโลกระบุว่าร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์รวมของบุหรืมาจากประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>4</sup> และในปี พ.ศ. 2579 ประมาณการกันว่าจะมีผู้สูบบุหรี่ถึง 120 ล้านคนซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา<sup>5</sup> ด้วยเหตุนี้จึงมีความพยายามจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านวิชาชีพสุขภาพ นักเศรษฐศาสตร์ นักกฎหมาย สื่อมวลชนหลายแขนง ตลอดจนประชาชนทั่วไปในการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบอย่างกว้างขวางทั่วโลก

แม้ว่าการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย จะได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่ามีความก้าวหน้า แต่จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ยังคงมีมากกว่า 10 ล้านคน และอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนบางกลุ่มกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น หรือยังไม่ลดลงเท่าที่ควร โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และสตรี ดังนั้นการศึกษา รูปแบบและปัญหาของการจัดบริการการรักษาผู้ติดบุหรี่ที่มีอยู่ในปัจจุบันจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในสังกัดสามารถวางแผนงานในการดำเนินงานการรักษาผู้ติดบุหรี่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับลักษณะการบริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐ
2. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและข้อจำกัดในการให้บริการ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ generalized random sampling ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการบำบัดยาเสพติด แห่งละ 1 คน เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงกลาโหม และศูนย์อนามัยในสังกัดกรุงเทพมหานคร เหตุผลที่เลือกสถานให้บริการเหล่านี้เนื่องจากมีบุคคลากรประจำ และต้องรับผิดชอบงานบำบัดยาเสพติดอยู่เดิมตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลเป้าหมายดังกล่าวจำนวน 150 แห่ง แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการในการรักษาการหยุดการสูบบุหรี่ ข้อมูลด้านบุคคลากรในการให้การศึกษ และอุปสรรคในการดำเนินงาน ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกหลายคำตอบ

## ผลการศึกษา

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งสิ้น 98 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบรับร้อยละ 65 แบ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 52 แห่ง (ร้อยละ 53.1) โรงพยาบาลจังหวัด 14 แห่ง (ร้อยละ 14.3) โรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่ง (ร้อยละ 6.1) โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์จำนวน 3 แห่ง

(ร้อยละ 3.1) และโรงพยาบาลหรือศูนย์อนามัยในสังกัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 23 แห่ง (ร้อยละ 23.5)

มีการให้บริการบำบัดสำหรับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 92 แห่ง (ร้อยละ 93.9) ในจำนวนนี้ 88 แห่ง (ร้อยละ 89.8) เปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ มีเพียง 4 แห่ง (ร้อยละ 4.08) ที่ให้บริการแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ทั้งในและนอกเวลาราชการ

ในโรงพยาบาลที่มีบริการรักษาผู้ต้องการเลิกบุหรี่พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.5) มีกิจกรรมโฆษณาจูงใจให้ประชาชนเกิดความสนใจเข้ามารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ หรือรับการบำบัดจากบุคลากรที่รับผิดชอบ

ในสถานพยาบาลทั้ง 98 แห่งมีการให้บริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยเป็นคลินิกเลิกบุหรี่ 37 แห่ง (ร้อยละ 37.8) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.1) ไม่มีการแยกบริการออกมาเป็นคลินิกต่างหาก และสถานพยาบาล 6 แห่ง (ร้อยละ 6.1) ไม่มีการให้บริการบำบัด (ตารางที่ 1)

สำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการบำบัดรักษานั้นพบว่าโรงพยาบาลเพียง 13 แห่ง (ร้อยละ 13.3) ที่มีจิตแพทย์ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ ส่วนโรงพยาบาลอีก 79 แห่ง (ร้อยละ 80.6) เป็นบุคลากรอื่นๆ

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้บริการการเลิกบุหรี่

รูปแบบการให้บริการการเลิกบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
เปิดเป็นคลินิกเพื่อให้บริการเฉพาะ (คลินิกเลิกบุหรี่)	37	37.8
เป็นส่วนหนึ่งของการบริการในแผนกจิตเวช (ไม่ได้เปิดเป็นคลินิกเฉพาะโรค)	28	28.6
เป็นส่วนหนึ่งของการบริการทั่วไป (ไม่ได้เปิดเป็นคลินิกเฉพาะโรค)	23	23.5
ไม่มีบริการให้การรักษา	6	6.1
ไม่ระบุ	4	4.1
<b>รวม</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

ที่ทำหน้าที่หลักในการให้บริการ สำหรับบุคลากรอื่นๆ ที่ทำหน้าที่ให้บริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีจิตแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นวิชาชีพพยาบาล จำนวนร้อยละ 60.2 รองลงมาคือแพทย์ทั่วไป เป็นจำนวนร้อยละ 32.0 นักจิตวิทยา เป็นจำนวนร้อยละ 6.8 และนักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 1.0

วิธีการรักษาที่ใช้คือ ร้อยละ 29.6 ใช้การบำบัดทางจิตใจเพียงอย่างเดียว และร้อยละ 36.7 ใช้การบำบัดทางจิตร่วมกับการใช้ยา (ตารางที่ 2) ได้แก่ การให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม และโดยส่วนใหญ่การบำบัดทางจิตใจใช้มากกว่าหนึ่งวิธี วิธีการที่ใช้มากที่สุด คือ การให้กำลังใจและให้การดูแลเอาใจใส่จากบุคลากร (ร้อยละ 80.6) รองลงมา คือ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ และ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรวมทั้งขั้นตอนในการอดบุหรี่ (ร้อยละ 78.6) (ตารางที่ 3)

ในส่วนของ การบำบัดด้วยยานั้น พบว่ามีการใช้ยาคลายกังวลมากที่สุด คือ ร้อยละ 33.7 ตามด้วย ยา bupropion ร้อยละ 18.4 ยา nortriptyline ร้อยละ 13.3 และยากกลุ่ม Nicotine replacement therapy (NRT) ร้อยละ 12.0 ส่วนยา clonidine ไม่มีการสั่งใช้

ตารางที่ 2 รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่

วิธีการบำบัด	จำนวน ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ
การบำบัดทางจิตใจ	29	29.6
การใช้ยา	11	11.2
การใช้ยาร่วมกับการบำบัดทางจิต	36	36.7
อื่นๆ	22	22.4
<b>รวม</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

## ตารางที่ 3 วิธีการบำบัดที่ใช้\*

วิธีการบำบัดหรือให้ความช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
การให้กำลังใจและให้การดูแลเอาใจใส่จากบุคลากร	79	80.6
การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการรวมทั้งขั้นตอนในการอดบุหรี่	77	78.6
มีการนัดติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องในผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่	55	56.1
กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในการให้กำลังใจและคำแนะนำในการเลิกบุหรี่	53	54.1
การให้สัญญาณร่วมกันของผู้รับการบำบัดในการเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด	39	39.8
จัดบุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมาให้คำแนะนำ	29	29.6
มีการจัดส่งเอกสารความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ให้อย่างต่อเนื่อง	19	19.4
มีสายด่วน(quit-line)ในการให้คำปรึกษา	17	17.3

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

**ปัญหาและอุปสรรคในงานของคลินิกอดบุหรี่**

ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ บุคลากรมีปัญหาในด้านความรู้ในการให้การปรึกษา พบร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ขณะนี้พบร้อยละ 55.1 และงบประมาณที่ใช้ในการจัดบริการทางด้านนี้ไม่เพียงพอพบร้อยละ 51.0 ส่วนปัญหาเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษานั้น พบว่า ร้อยละ 33.7 มีความเห็นว่ามันเพียงพอ

**วิจารณ์****รูปแบบการให้บริการของคลินิกอดบุหรี่**

จากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว (ร้อยละ 52.1) การให้บริการรักษาผู้ต้องการเลิกบุหรี่ในสถานบริการทั่วไป จะเป็นงานที่แฝงอยู่ในงานบริการปกติ ทั้งในส่วน of สถานพยาบาลทั่วไปและในส่วน of โรงพยาบาลทางด้านจิตเวช มีเพียงร้อยละ 37.8 ที่แยกบริการดังกล่าวออกมาชัดเจนในรูปแบบของคลินิกพิเศษเฉพาะโรค เนื่องจากไม่มีการแยกงานออกจากงานตรวจรักษาโรคแก่ผู้มารับบริการตามปกติ อีกทั้งปัญหาและอุปสรรคในแง่ของค่าตอบแทนพิเศษ การขาดความรู้ขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ลักษณะดังกล่าวอาจบ่งถึงการให้ความสำคัญในงานส่วนนี้ไม่มากเท่าที่ควร

ในส่วน of ข้อดีของการแยกการบำบัดออกจากบริการอื่นคือทำให้มีกลุ่มผู้ป่วยที่ชัดเจน สามารถพัฒนา รูปแบบและวิธีการช่วยเหลือ และที่สำคัญคือสามารถพัฒนาให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group)

ในส่วน of ผู้รักษา การแยกงานออกมาเป็นคลินิกชัดเจนจะทำให้ผู้รับผิดชอบงานและมีการพัฒนา ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่ควรได้รับการดูแลโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน

บุคลากรที่รับบทบาทหลักคือวิชาชีพพยาบาล ซึ่งดูจะสอดคล้องกับปริมาณการกระจายของบุคลากรวิชาชีพ แต่ในขณะเดียวกันก็จะเกิดข้อจำกัดในแง่ของการบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการถอนพิษยา (detoxification) แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากที่กลับเป็นซ้ำที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง เพราะปัญหาสำคัญในส่วน of อาการขาดยา (ขาด nicotine) พบว่าปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จ คือ การรักษาอาการขาดนิโคติน (withdrawal) และอาการอยากบุหรี่ (craving) ซึ่งอาจจะมียาบำบัดสำคัญในการลดอาการดังกล่าว<sup>46</sup>

ที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 80.6) มองว่า การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ คือ การให้กำลังใจ

และการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ในขณะที่กระบวนการบำบัดในช่วงหลังจากหมดอาการขาดยา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยหยุดได้อย่างต่อเนื่อง (abstinence) โดยป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (relapse prevention) โดยอาศัยการบำบัดในรูปแบบ CBT (cognitive behavioral therapy) มีความสำคัญมาก ดังการศึกษาของ Killen และ คณะ<sup>7</sup> พบว่า การทำ CBT ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง (abstinence) นานขึ้น ในระยะ 20 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ได้รับการกล่าวถึง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากยังไม่มีกรอบวิธีการบำบัดแบบ CBT สำหรับการหยุดบุหรี่ในประเทศไทย<sup>8, 9</sup>

สิ่งที่น่ากังวลคือ ความรู้ในการใช้ยาบำบัดพบว่า ผู้บำบัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.9) เชื่อว่ายานในกลุ่ม ยาคลายกังวลมีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ติดบุหรี่ 9 ร่วมกับอีก ร้อยละ 30 ที่เชื่อว่ายาอื่นๆ มีบทบาทสำคัญในการรักษา ในขณะที่ยาในกลุ่ม NRT<sup>10</sup> ซึ่งแนวทางการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (clinical practice guideline)<sup>5, 11-13</sup> แนะนำให้ใช้ กลับได้รับความสำคัญไม่มากนัก แสดงให้เห็นว่าผู้ทำงานด้านบำบัดผู้ติดบุหรี่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการบำบัด<sup>14</sup> โดยจากการศึกษา พบว่ายากลุ่มคลายกังวลไม่ให้ผลในการรักษา<sup>15, 16</sup>

จากการศึกษาพบว่าจัดตั้งเป็นคลินิกเฉพาะโรค ยังมีไม่มากเท่าที่ควร เนื่องจากขาดปัจจัยสนับสนุน บางประการ เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความรู้ เกี่ยวกับการรักษา งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้ความพร้อมในการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ยังต้องการปัจจัยสนับสนุนอีกหลายด้าน เช่น ด้านนโยบาย กระบวนการรักษา การให้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดวางแนวทางการรักษา ให้เป็นมาตรฐาน ซึ่งการดำเนินงานเหล่านี้ สามารถทำให้การจัดตั้งคลินิก อดบุหรี่ดำเนินไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>17, 18</sup>

แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนหรือแพทย์ทั่วไปมีศักยภาพในการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ อีกทั้งยังมีผู้ป่วยจำนวนมากเลิกบุหรี่ด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป ก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำในการเลิก บุหรี่ หรือส่งต่อผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง คลินิกเลิกบุหรี่อาจจะเข้าถึงผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ก็เป็นทรัพยากรที่สำคัญและเป็นความหวังสำหรับผู้ป่วยที่ติดบุหรี่รุนแรง (heavy smokers) คลินิกจะเป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถ เลิกได้ด้วยตนเอง เพราะมีกระบวนการบำบัดที่เข้มข้น (intensive program)<sup>19</sup> ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา โปรแกรม การรักษาเพื่อหยุดบุหรี่ (smoking cessation program)<sup>20</sup> มีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ป่วยหลายล้านคนให้เลิก บุหรี่ การประเมินในประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่า มากกว่า ร้อยละ 90 ของผู้เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง จะกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ในช่วง 1 ปี ดังนั้นโปรแกรมที่มีความครอบคลุม ในด้านต่างๆ (comprehensive broad policy) ในคลินิก เลิกบุหรี่ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ยา nicotine replacement therapy<sup>10</sup> จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย<sup>6, 21, 22</sup>

นอกจากนี้ ยังชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีจำนวน ชั่วโมงการบำบัดหลายครั้ง มีผู้รักษามีอาชีพ และ มีการติดตามผู้ป่วย และให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด<sup>7</sup> ซึ่งแม้ว่าโปรแกรม ในลักษณะของคลินิกจะใช้งบประมาณมาก แต่ใน ระยะยาวให้ผลที่คุ้มค่าทั้งในแง่ของบุคคลและสังคม

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการแยกงานบริการออกเป็นคลินิก อดบุหรี่ที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาความรู้และงานบริการ

2. ควรมีการจัดวางแนวทางการรักษาให้เป็นมาตรฐานเนื่องจากยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในผู้ปฏิบัติงานอยู่

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการรักษาให้มีความหลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อป้องกันการติดซ้ำ

## สรุป

งานด้านการบำบัดรักษาผู้ต้องการเลิกบุหรี่ยังคงเป็นงานที่แฝงอยู่ในงานประจำ สะท้อนถึงภาวะที่ได้รับการสนับสนุนไม่มากเท่าที่ควร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้งานบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ยังจำกัดอยู่ในวงแคบ

## เอกสารอ้างอิง

- Talley C, Kushner HI, Sterk CE. Lung cancer, chronic disease, epidemiology, and medicine, 1948-1964. *J Hist Med Allied Sci* 2004; 59:329-74.
- Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco Control* 1994; 3:358-61.
- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. [cited March, 32009]; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf)
- Roozen H, van Beers SE, Weevers HJ, Breteler MH, Willemsen MC, Postmus PE, et al. Effects on smoking cessation: naltrexone combined with a cognitive behavioral treatment based on the community reinforcement approach. *Subst Use Misuse* 2006; 41:45-60.
- Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *BMJ* 1990; 300:1707-9.
- Tim L, Lindsay S, Chris S, Amanda S. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321:355-8.
- Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Arredondo C, Murphy G, Hayward C, et al. Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addiction* 2008; 103:1381-90.
- Perkins KA, Marcus MD, Levine MD, D'Amico D, Miller A, Broge M, et al. Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:604-13.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Eng J Med* 1999; 340:685-91.
- Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995; 333:1196-203.
- Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *J European Psychiatry* 2005; 20:431-41.
- Lopez A, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3:242-7.
- Clinical practice guideline treating tobacco use and dependence 2008 update panel, liaisons, and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008 35:158-76.

14. Pederson L, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict* 1991; 26:107-19.
15. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 2004; 55:69-76.
16. Brook JS, Brook DW, Whiteman M. The influence of maternal smoking during pregnancy on the toddler's negativity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:381-5.
17. แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง [อ้างเมื่อ 2 เมษายน 2552]; เข้าถึงได้จาก: [http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=385&Itemid=54](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=385&Itemid=54)
18. Ivers R, Castro A, Parfitt D, Bailie RS, D'Abbs PH, Richmond RL. Evaluation of a multi-component community tobacco intervention in three remote Australian Aboriginal communities. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30:132-6.
19. Field C, Hungerford DW, Dunn C. Brief motivational interventions: an introduction. *J Trauma* 2005; 59:S21-6.
20. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatzianreou EJ, Newcomb PA, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263:2760-5.
21. Wagena EJ, Knipschild P. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2005; 100:317-26.
22. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drug* 2002; 62:25-35.