



# ถึงเวลาแพทย์แสดงบทบาทผู้นำ ในการรักษาโรคเสพติดบุหรี่



**ประภิต วาทีสาธกกิจ พ.บ.**  
FRCP, ศาสตราจารย์  
เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์  
เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ขอขอบคุณภาพจาก  
<http://www.wegointer.com/wp-content/uploads/2014/03/smo1.jpg> และ  
<http://image.dek-d.com/contentimg/2015/pay/5123.jpg>

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาวะโรคอันดับที่ 2 ของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยและเสียชีวิตก่อนเวลาจากการสูบบุหรี่ปีละกว่า 50,000 คน ขณะที่ชายไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการสูบบุหรี่ยังสูงถึงร้อยละ 40 และจำนวนผู้สูบบุหรี่ยังมีถึง 11 ล้านคน การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบจึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดอัตราและจำนวนผู้สูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตก่อนเวลา.

## การเสพติดบุหรี่ จัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง

องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า การเสพติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรัง Nicotine dependence ตาม ICD-10 F17.2 ที่ต้องให้การรักษา.

การสำรวจในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ร้อยละ 96.1 ของผู้สูบบุหรี่ไทย เชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ร้อยละ 54 ต้องการที่จะเลิกสูบ และร้อยละ 36.7 มีความพยายามที่จะเลิกสูบ.

แต่ก็มีเพียงร้อยละ 27.2 ที่เคยสูบบุหรี่ประจำแล้วเลิกสูบได้ นั่นคือ ร้อยละ 70 ของคนไทยที่ติดบุหรี่ เลิกสูบไม่ได้ แม้มีความต้องการและพยายามที่จะเลิกสูบ.<sup>1</sup>

หน้าที่ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข คือ ต้องให้การรักษาผู้ที่เสพติดบุหรี่ที่พยายามเลิกด้วยตัวเองแล้วไม่สำเร็จให้เลิกสูบ.

จากข้อมูลที่ 1 ใน 3 หรือร้อยละ 34.6 ของผู้สูบบุหรี่ไทย หรือประมาณ 4 ล้านคน มารับบริการทางการแพทย์จากบุคลากรสาธารณสุขแต่ละปี โอกาสที่แพทย์รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขจะให้การรักษาผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ จึงมีอยู่ตลอดเวลาในการทำงานปกติ.

## บทบาทของแพทย์ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่

แพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญในการที่จะริเริ่มกระบวนการรักษาผู้เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ แม้กระทั่งผู้ป่วยที่มาปรึกษาโรคต่างๆ กับตนเอง ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ก็รักษาแต่โรคอื่น แต่ไม่สนใจให้การรักษาโรคเสพติดบุหรี่ การสำรวจพบว่า ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ประมาณ 4 ล้านคนที่มาพบบุคลากรสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2553-54 มีเพียงร้อยละ 63.3 ที่ได้รับการถามประวัติสูบบุหรี่ และในผู้ที่ถูกถามประวัติสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 55.8 ที่ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่โดยบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขา ดังนั้น สัดส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากแพทย์จะยิ่งน้อยลงไปอีก.

ดังที่กล่าวแล้วว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของภาวะโรคอันดับที่ 2 ของคนไทย การลดภาวะของระบบบริการสาธารณสุขจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ต้องทำทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ ซึ่งแทบทั้งหมดเป็นเด็กและเยาวชน และการช่วยให้ผู้ที่ติดบุหรี่อยู่แล้วเลิกสูบบุหรี่.

การป้องกันเด็กไม่ให้ติดบุหรี่จะไม่มีผลต่อการลดจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ใน 10-20 ปีจากนี้ ขณะที่การช่วยให้ผู้ที่ติดบุหรี่อยู่แล้วเลิกสูบบุหรี่ จะลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในปัจจุบัน และใน 10-20 ปีนี้.

การควบคุมยาสูบที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นมาตรการทางกฎหมายและการขึ้นภาษี ที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนเด็กที่จะติดบุหรี่ใหม่ และผู้สูบบุหรี่หลายล้านคนเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

ขณะที่การช่วยให้คนที่ติดบุหรี่อยู่แล้วเลิกสูบบุหรี่ ยังทำน้อยมาก และทำอย่างไม่เป็นระบบ.

ข้อมูลต่อไปนี้ อาจจะทำให้มีแพทย์จำนวนมากขึ้น ที่เห็นความสำคัญ ความคุ้มค่า ความเป็นไปได้ และความรับผิดชอบในฐานะแพทย์ แสดงบทบาทผู้นำในการริเริ่มการรักษาให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่.

## ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่

### ● ผลดีต่อสุขภาพ

เซอร์ริชาร์ด ปีโต และเซอร์ริชาร์ด คอลล์ ได้ทำการศึกษาโดยการติดตามแพทย์อังกฤษ 34,439 คน ถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่และประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ต่อเนื่องเป็นเวลา 50 ปี ระหว่าง ค.ศ. 1951 - 2001 ได้ทำสไลด์ที่น่าสนใจ 2 สไลด์ เพื่อสื่อสารว่า ข้อมูลสำคัญที่จะต้องบอกผู้สูบบุหรี่ คือ ความเสี่ยงที่จะป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่นั้นสูงมาก และการเลิกสูบบุหรี่จะได้ประโยชน์มาก โดยยิ่งเลิกเร็วยิ่งดี.<sup>2</sup>

### Main Message

1. The risk is big : half those who smoke are killed by tobacco.
2.  $\frac{1}{4}$  are killed in middle age (35-69), losing 10 to 20 years of life.
3. Stopping smoking works

### Stopping smoking works

Those who stopped at ages	60 years gained	3 years
	50	6 years
	40	9 years
	30	10 years

Doll and Peto 2004

### ● ผลดีต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือน

ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่ซิการ์แรทในผู้สูบบุหรี่ที่มีฐานะยากจน จัดเป็นสัดส่วนที่สูงถึงสูงมากของรายได้ในแต่ละเดือน.

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557<sup>3</sup> พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ยากจนที่สุด 3.5 แสนคน ที่มีรายได้เฉลี่ย 1,982.50 บาทต่อเดือน เสียเงินค่าซื้อบุหรี่เฉลี่ย 426.80 บาทต่อเดือน, ผู้สูบบุหรี่ที่ยากจน 4.3 แสนคน ที่มีรายได้เฉลี่ย 6,097 บาทต่อเดือน เสียเงินค่าซื้อบุหรี่เฉลี่ย 467.50 บาทต่อเดือน.

ผู้สูบบุหรี่ที่ยากจนเหล่านี้นอกจากเงินค่าซื้อบุหรี่จะเบียดบังเงินที่ควรจะถูกนำไปใช้กับสิ่งที่เป็นประโยชน์อื่นของครอบครัวแล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ครอบครัวจะยิ่งเดือดร้อนจากการขาดรายได้ที่ทำงานไม่ได้ และต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค แม้จะได้รับการรักษาฟรีก็ตาม.

### ● ผลดีต่อการป้องกันลูกหลานจากการติดบุหรี่

การสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่เป็นต้นแบบที่ทำให้เด็กๆ ติดบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ การเลิกสูบบุหรี่จึงลดโอกาสที่ลูกจะกลายเป็นคนสูบบุหรี่.

## ผู้สูบบุหรี่ไทยที่สูบน้อยๆ มีจำนวนมาก และโอกาสที่จะเลิกสูบได้มีสูง

ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องว่าสูบบุหรี่น้อยๆ เช่น ต่ำกว่าวันละ 5 มวน ไม่เป็นไร ทำให้ผู้สูบน้อยๆ เหล่านี้ไม่คิดที่จะเลิก และผู้ให้บริการก็ไม่พยายามที่จะแนะนำให้ผู้สูบที่สูบน้อยๆ เหล่านี้เลิกสูบ.

ในความเป็นจริงหลักฐานการวิจัยพบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่เพียงวันละ 1-4 มวน ความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดก็เพิ่มขึ้นถึงเกือบ 3 เท่า และโอกาสเสียชีวิตจากมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 2.79 เท่าในผู้ชายและ 5 เท่าในผู้หญิง.<sup>46</sup>

ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ไทยประมาณ 12 ล้านคน ประมาณร้อยละ 20 หรือ 2 ล้านคนเศษ สูบวันละน้อยกว่า 5 มวน และร้อยละ 25 สูบระหว่างวันวันละ 5-9 มวน ซึ่งคิดเป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ 4-5 ล้านคน ที่จัดว่าสูบไม่มาก ซึ่งก็หมายถึงว่าเสพติดนิโคตินไม่มาก.

ข้อมูลการสำรวจยังพบว่าในผู้สูบบุหรี่ไทยร้อยละ 14.7 สูบระหว่าง 31-60 นาที และร้อยละ 27.7 สูบหลังจาก 60 นาทีหลังตื่นนอน ซึ่งหมายถึงร้อยละ 40 ของนักสูบบุหรี่ไทยติดบุหรี่น้อย.

การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ที่เสพติดบุหรี่ไม่มาก โดยเฉพาะผู้ที่สูบวันละต่ำกว่า 5 มวน จึงมีโอกาสสำเร็จสูง โดยไม่ต้องใช้ยาช่วย หรือหากจะใช้ยากก็ใช้ placebo เช่น วิตามินหรือให้อมมะนาว น้ำยาบ้วนปาก หรือชาหญ้าดอกขาว พุดง่ายๆ คือ จะเลือกวิธีใดๆ ก็ได้ที่ทำให้เขาเลิกได้ก็ดีทั้งนั้น.

หน้าที่ของแพทย์และทีมงาน คือ ต้องให้ผู้สูบบุหรี่รู้ถึงความเสี่ยงที่จะป่วยและเสียชีวิตจากโรคร้ายแรง แม้ว่าจะสูบไม่มาก แนะนำให้เขาเลิกสูบ และให้ได้รับพฤติกรรมบำบัดและคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่.



## ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ยากที่จะสำเร็จ

แพทย์หลายคนเข้าใจว่า การเลิกบุหรี่เป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูบบุหรี่ทุกคน จึงรู้สึกท้อแท้และไม่สนใจในสิ่งที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่.

ในความเป็นจริง การรักษาให้เลิกสูบบุหรี่ หากเปรียบเทียบกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ แล้ว การรักษาโรคติดบุหรี่ให้หายจากโรค (เลิกสูบ) มีโอกาสประสบความสำเร็จสูงกว่าการรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้หายขาดมาก.

สถิติพบว่าการรักษาโรคติดบุหรี่โดยการ counseling เพียงอย่างเดียว มีโอกาสสำเร็จร้อยละ 10 และหากให้การรักษาโดย counseling ร่วมกับการให้ยาอดบุหรี่ช่วย จะสามารถเพิ่มโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึงร้อยละ 20-30 ซึ่งโอกาสที่จะรักษาโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิต

สูงให้หายได้ในอัตรานี้ เป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้เลย โดยการ  
รักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเกือบทั้งหมดต้อง  
รักษาไปตลอดชีวิตผู้ป่วย.

## คนไข้เยอะ: ไม่มีเวลาที่จะมาแนะนำให้เลิก บุหรี่หรอก

อาจจะจริงที่การรักษาเลิกบุหรี่ใช้เวลา แต่เวลาที่แพทย์ใช้  
ไม่จำเป็นต้องมากเลย ถ้าแพทย์ทำเป็นทีม และแยกแยะ  
บทบาทของตัวเองให้ชัดเจน.

การรักษาให้เลิกสูบบุหรี่นั้นประกอบด้วยการทำงานให้ผู้ป่วย  
เข้าใจว่า “ทำไมจึงต้องเลิกบุหรี่” และ “เลิกอย่างไร”.

หน้าที่ของแพทย์ คือ เน้นกับผู้ป่วยว่า “ทำไมคุณจะต้อง  
เลิกสูบบุหรี่” ทุกครั้งที่เขามาตรวจ ซึ่งอาจจะใช้เวลาไม่เกิน 10-  
15 วินาที ต่อการพบผู้ป่วยหนึ่งครั้ง.

ส่วนรายละเอียด “เลิกอย่างไร” แพทย์ส่งให้ทีมงานทำต่อ  
อาจจะเป็นพยาบาล นักสุขศึกษา เกสเซอร์ ซึ่งอาจจะใช้เวลา 10-  
15 นาทีต่อคนไข้หนึ่งคนต่อการรักษาหนึ่งครั้ง.

## ความสำคัญอยู่ที่การจัดให้มีระบบการช่วย เลิกบุหรี่

ในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดัน  
สูง คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคปอด คลินิกโรคสมอง ควรจะมี  
การมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่ให้ counseling ในการเลิกบุหรี่  
ซึ่งอาจจะเป็นพยาบาล นักสุขศึกษา นักจิตวิทยา เกสเซอร์ ที่  
ผ่านการฝึกอบรมการ counseling ให้เลิกบุหรี่.

ตั้งกติกากว่า ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ทุกคนจะมีสติ๊กเกอร์ที่ให้  
แพทย์รู้ เมื่อผู้ป่วยพบกับแพทย์ หลังจากแพทย์แนะนำการ  
รักษาโรคอื่นที่ผู้ป่วยเป็นอยู่แล้ว แพทย์จะเน้นกับผู้ป่วยว่า  
“คุณต้องเลิกสูบบุหรี่ เดี่ยวพยาบาลจะอธิบายคุณว่าจะเลิก  
อย่างไร”.

ในการตรวจครั้งต่อไปถ้าผู้ป่วยยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ หน้าที่ของ  
แพทย์คือ เน้นกับผู้ป่วยซ้ำ แล้วส่งให้ทีมงานให้ counseling ต่อ  
ทำเช่นนี้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจจนกว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้.

สิ่งที่ต้องทำคือ แพทย์ต้องจัดให้มีระบบการรักษาการเลิก  
บุหรี่ขึ้น ในคลินิกที่ตนเองออกตรวจอยู่ ตามขั้นตอนที่กล่าวแล้ว.



## ความสำคัญของยาอดบุหรี่

ในวัฒนธรรมไทย มีความเชื่อ  
ว่าการรักษาความไม่สบายหรือโรคใดๆ  
ต้องมีการใช้ “ยา” เสมอ ดังนั้นเมื่อ  
แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ จะได้รับคำ  
ถามว่า “มียาช่วยให้เลิกบุหรี่หรือไม่”  
เสมอไปเช่นกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วย  
จำนวนมากเคยพยายามที่จะเลิกด้วย  
ตนเองมาแล้วแต่ไม่สำเร็จ จึงมีความ  
เชื่อว่าต้องมียาช่วยจึงจะสำเร็จ.

ในส่วนของแพทย์ผู้ให้การรักษา  
ความสำคัญของยาอดบุหรี่คือ ทำให้มี  
แพทย์จำนวนมากขึ้น ที่สนใจเข้าร่วม  
กระบวนการรักษาการเลิกสูบบุหรี่.

แพทย์จำนวนมากไม่สนใจที่จะ  
แนะนำให้คนไข้เลิกสูบบุหรี่ เพราะไม่  
สามารถจะสั่งยาอดบุหรี่ได้ จะโดยเพราะ  
ไม่มียาขายในโรงพยาบาลหรือยาเบิก  
ไม่ได้ หรือผู้ป่วยไม่มีเงินที่จะซื้อยา  
เสมือนว่าแพทย์คิดว่าเมื่อเขาไม่มียา  
เขาก็ไม่มีอาวุธที่จะแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย.

การมียาอดบุหรี่ นอกจากจะช่วย  
ให้การรักษาเริ่มขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูบ  
บุหรี่ยร่วมมือในการรักษา และกลับมา  
รับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งหากรักษาโดย  
การให้คำแนะนำ (counseling) เพียงอย่าง  
เดียว ผู้ป่วยจำนวนมากจะขาดหายไป  
จากการรักษา ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริง  
แล้วเขาติดบุหรี่ไม่มาก และไม่จำเป็น  
ต้องใช้ยาก็เลิกได้ ในหลายๆ ครั้งแพทย์  
จึงจำเป็นที่จะต้องให้ “ยา” ไปด้วย จะ  
เป็นยาอดบุหรี่จริงๆ หรือจะเป็นยาอะไร  
อื่นเช่น น้ำยาบ้วนปาก ชาหญ้าดอกขาว.

การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาการ  
เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการ

รักษาเล็กบุหรืดีขึ้น.

แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ต้องไม่ให้ยา  
อดบุหรืโดยไม่มี การ counseling จะโดย  
แพทย์เองหรือที่มงาน.

ปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่พบคือ  
แพทย์ให้ความสำคัญหรือฝากความหวัง  
ไว้กับยาอดบุหรืมากเกินไป และให้ความ  
สำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ  
ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้คนใช้  
เลิกสูบบุหรืน้อยเกินไป.

## คลินิกอดบุหรื ไม่มีคนใช้มา รักษาได้อย่างไร

การตั้งคลินิกอดบุหรืแบบ stand alone  
ส่วนใหญ่จะประสบปัญหามีผู้ป่วยมารับ  
การรักษาน้อย ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรค  
ประจำตัวอื่น และถูกนัดให้มายังคลินิกอด  
บุหรื มักจะไม่มาตามนัด.

แม้แต่การส่งต่อจากคลินิกโรคเรื้อรัง  
หนึ่งไปยังคลินิกอดบุหรืของโรงพยาบาล  
เดียวกัน ในวันเดียวกัน ผู้ป่วยก็ยังชอกกลับ  
บ้านไปก่อน เนื่องจากเสียเวลาและเหน็ด-  
เหนื่อยจากกระบวนการรักษาในคลินิกแรก  
แล้ว.

ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยชิคาโก  
จัดให้การรักษาเล็กบุหรือยู่ใน setting  
เดียวกันกับการรักษาโรคประจำตัวอื่น เช่น  
ผู้ป่วยมาพบแพทย์โรคหัวใจเสร็จ ก็พบกับ  
แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การรักษาหรือคำ  
แนะนำการเลิกสูบบุหรืในเวลาเดียวกันต่อ  
เลย หรือที่เรียกว่า “one stop service”.

ประเทศไทยมีหลายโรงพยาบาลที่ได้  
ดำเนินการให้พยาบาลหรือนักจิตวิทยา  
ของคลินิกเลิกบุหรื มาอยู่ที่คลินิกโรคเรื้อรัง  
ในวันที่มีการนัดผู้ป่วยมารับการรักษา และ  
แพทย์จะส่งผู้ป่วยทุกคนที่มีประวัติสูบบุหรื

ให้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรืก่อนรับยา.

และหลายโรงพยาบาลมีการฝึกอบรมพยาบาลประจำ  
คลินิกให้ทำหน้าที่ counseling การอดบุหรืได้ นอกเหนือ  
จากหน้าที่ประจำอื่นๆ.

## ใช้ Teachable moment ให้เป็นประโยชน์

“Teachable moment” คือจังหวะที่ผู้ป่วยเริ่มถูกตรวจ  
พบว่าเป็นโรคต่างๆ เช่น เพิ่งรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ  
โรคเส้นเลือดสมอง หรือได้รับการผ่าตัดใหญ่ การตั้งครรรภ์  
การเข้าอยู่โรงพยาบาล.<sup>6,7</sup> งานวิจัยพบว่า การรักษาการเลิก  
สูบบุหรืจังหวะนี้จะมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง.

ประสบการณ์ส่วนตัวยังพบ Teachable moment ใน  
โอกาสอื่น เช่น ภรรยาคลอดบุตร ภรรยาตั้งครรรภ์ หรือเมื่อ  
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ก็มีโอกาสูงที่จะ  
แนะนำให้เลิกสูบบุหรืได้สำเร็จ.

## แนะนำให้เลิกสูบบุหรืทุกครั้งที่คุณใช้มา ตรวจ

การสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 4 พบว่ามีผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงและเบาหวานถึง 2.5 ล้านคนที่ยังสูบ  
บุหรือยู่. ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มารับการรักษาที่คลินิก  
ตามโรงพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้ว จึงเป็นโอกาสดีที่แพทย์  
เจ้าของไข้จะแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรืทุกครั้งที่คุณ  
มารับการรักษาต่อเนื่อง. มีผู้ป่วยหลายคนบอกว่าที่เลิกสูบ  
ได้เพราะทนการเข้าชื่อของแพทย์ไม่ไหว.

## แนะนำให้ไม่สูบบุหรืในบ้าน “a must”

งานวิจัยพบว่า ในคนที่พยายามจะเลิกสูบบุหรืนั้น  
การไม่สูบบุหรืในบ้านหรือที่เรียกว่าทำให้ “บ้านปลอดบุหรื”  
จะทำให้ผู้สูบบุหรืน้อยลง เลิกสูบได้ง่ายขึ้น และคนที่เลิกได้  
แล้วจะกลับมาสูบใหม่น้อยลง.<sup>8</sup>

รองศาสตราจารย์ Renee Bittoum จากมหาวิทยาลัย  
ชิคาโก ผู้เชี่ยวชาญการรักษาเลิกสูบบุหรื เคยเน้นต่อนจบ  
การบรรยายที่โรงพยาบาลรามาริบัติเมื่อ 2 ปีก่อนว่า “ถ้า

คุณทำอะไรที่โอบมาบรรยายในวันนี้ไม่ได้เลย ขอให้จำเพียงอย่างเดียวน คือให้บอกคนใช้ของคุณให้ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน". การตั้งกติกาไม่สูบบุหรี่ในบ้าน เป็นเหมือนกับการเตือนสติผู้สูบบุหรี่ตลอดเวลาว่า เขาต้องพยายามเลิกสูบบุหรี่.

## ให้ครอบครัวมีส่วนช่วย

ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยการให้กำลังใจ ไม่ใช่ไปดูต่ำหรือซ้ำเติมผู้สูบบุหรี่ แนะนำให้ครอบครัวร่วมกับผู้สูบบุหรี่ในการตั้งกติกาไม่สูบบุหรี่ในบ้าน.

## เคยช่วยเขาลีกแล้วไม่สำเร็จ ก็เลยสรุปว่า... คนนี้ไม่ต้องพยายามที่จะช่วยให้เขาลีก

บุหรี่ยังมีอำนาจการเสพติดสูงมาก คนที่เลิกแล้วมีโอกาสกลับมาสูบใหม่สูง ในช่วงหนึ่งปีแรกของการเลิกบุหรี่ และคนที่เลิกสูบได้ ส่วนใหญ่ใช้ความพยายามมากกว่าหนึ่งครั้ง แพทย์จึงไม่ควร "ตัดหางปล่อยัด" คนที่เคยเลิกแล้วแต่เลิกไม่สำเร็จ หรือเคยเลิกสำเร็จแล้วแต่กลับไปสูบใหม่ ดังที่ระบุใน clinical practice guidelines "Tobacco dependence is a chronic relapsing disease that often requires repeated intervention".<sup>9</sup> การรักษาการเลิกสูบบุหรี่ซ้ำ ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น.

## อายุมากแล้ว การช่วยให้เลิกบุหรี่ไม่คุ้มค่านับ หรือไม่คุ้มมีประโยชน์

เป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง รายงานวิจัยของเซอร์ริชาร์ด คอลล์ พบว่า แม้แต่ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุ 60 ปี ก็ยัง gain three years of life ข้อดีคือการช่วยให้เลิกบุหรี่ในผู้ที่อายุมาก จะมีโอกาสสำเร็จมากกว่า.

ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากมีความเข้าใจว่า สูบมานานจนป่วยแล้วคงไม่มีประโยชน์ที่จะเลิก หรือซ้ำเกินไปแล้วที่จะเลิก.

แพทย์จึงต้องยืนยันกับผู้ป่วยว่า ไม่ว่าจะเลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไร โรคที่เขาเป็นอยู่ก็จะดีขึ้น และสุขภาพทั่วไปจะดีขึ้น และลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆ แม้เขาจะยังไม่ได้ป่วย.



## เป็นมะเร็งแล้ว อย่าไป查查เขาลีกบุหรี่เลย

รายงานของนายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกาสรุปว่า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ผลการรักษาโรคมะเร็งจะไม่ได้เท่ากับผู้ป่วยมะเร็งที่เลิกสูบบุหรี่ และอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า.<sup>10</sup>

ดังนั้น ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การฉายแสงหรือให้ยาเคมีบำบัด การรักษาการเลิกสูบบุหรี่จึงมีความจำเป็นมาก.

## วิธีอื่นที่ทำให้คนเลิกสูบบุหรี่คุ้มค่าน่ากว่า

มีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่มีทัศนคติว่า การรักษาการเลิกสูบบุหรี่ที่ดีต้องใช้ยาอดบุหรี่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐกิจหรือไม่ cost effective เท่ากับการทำให้คนเลิกด้วยวิธีอื่น เช่น การขึ้นภาษี หรือการจำกัดการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นเรื่องจริง. แต่ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ มีความคุ้มค่าน่ากว่าการไปทุ่มเทรักษาเมื่อผู้สูบบุหรี่ป่วยเป็นโรค เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ โรคสมองเส้นเลือดแล้ว.

อีกประการหนึ่ง การทำให้การสูบบุหรี่ลดลง ต้องใช้มาตรการหลายๆ อย่างร่วมกัน ทั้งการขึ้นภาษี การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การห้ามโฆษณาส่งเสริมการขาย และการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการจะเลิก เลิกสูบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวานที่สูบบุหรี่และมาติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง.

ที่สำคัญการสำรวจพบว่า ผู้สูบบุหรี่ไทยร้อยละ 36.7 พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวเองในแต่ละปี แต่เลิกไม่สำเร็จ ในฐานะแพทย์ การที่ไม่พยายามช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ให้เลิก เป็นเรื่องที่ดีว่า ขัดจริยธรรม. Bittoun และ Fagerstrom มีความเห็นว่า As deaths related to smoking are so high (1:2), it is an ethical, moral and legal duty of care, to help smokers quit or reduce the harm, to do otherwise is medically negligent.”

## บทสรุป

สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้ริเริ่มการให้การรักษาเลิกบุหรี่

ขั้นตอนการช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกโดยทีมงานของแพทย์จึงไม่เกิดขึ้น.

ผลคือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ และมาติดตามรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ กับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ อาจจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าให้หยุดสูบบุหรี่ แต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือในรูปแบบอื่นๆ การเลิกสูบบุหรี่จึงเกิดขึ้นน้อย.

ในฐานะหัวหน้าทีมให้การรักษาผู้ป่วย แพทย์จึงต้องเป็นผู้ริเริ่มกระบวนการรักษาการเลิกสูบบุหรี่ โดยบทบาทของแพทย์คือ ใช้เวลาสั้นๆ แนะนำผู้ป่วยอย่างเข้มข้น ถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะได้จากการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินว่าต้องใช้ยาเลิกบุหรี่ช่วยหรือไม่ แล้วให้ทีมงานรับผิดชอบ แนะนำผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ในจำนวนที่มากที่สุด.

จึงถึงเวลาแล้ว ที่แพทย์จะแสดงภาวะผู้นำ ในการริเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยทุกคนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ.

## เอกสารอ้างอิง

1. Global Adult Tobacco Survey: Thailand Report, 2011 WHO.
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-28.
3. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
4. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control* 2005;14:315-320.
5. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent Smoking: a review. *Circulation* 2010;121:1518-22.
6. Shi Y, Warner DO. Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *Anesthesiology* 2010;112(1):102-7.
7. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res* 2003;18:156-70.
8. Messer K, Mills AL, White MM, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on smoking behavior in the U.S. *Am J Prev Med* 2008;35(3):210-6.
9. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *JAMA* 2000;283(24):3244-54.
10. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
11. Bittoun R, Fagerstrom K, Baker J, Mendelsohn C. Advocating for the Nicotine-Addicted Patient: Duty of care and negligence. *Journal of Smoking Cessation* 2010;5:III-IV.