

# คู่มือเวชปฏิบัติ

สำหรับ

การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังในประเทศไทย

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561

บรรณาธิการ

อารยา ทองผิว  
สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา  
สุรจิต สุนทรธรรม



# ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ National Library of Thailand Cataloging in Publication Data.

พญ.อารยา ทองผิว

การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง – กรุงเทพฯ:พิมพ์ครั้งที่ 2  
เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2561

..... หน้า

1. การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ออกแบบและจัดพิมพ์ โดย

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สิ้นทวิกิจ  
ที่อยู่  
โทร.  
โทรสาร.



คู่มือเวชปฏิบัติ  
สำหรับ  
การบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ในประเทศไทย\*  
ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561  
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

\*แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดนี้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมคุณภาพของบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคมไทย แนวทางและคำแนะนำต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับในการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติ

แตกต่างไปจากข้อเสนอแนะเหล่านี้ได้ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณอันเป็นที่ยอมรับของสังคม คณะผู้จัดทำขอสงวนสิทธิ์ในการนำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายโดยไม่ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในทุกกรณี

# สารจากประธานเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

จากการดำเนินงานของเครือข่ายวิชาชีพฯ ตั้งแต่ พ.ศ.2546 ปัจจุบัน ก้าวสู่ปีที่ 15 ได้ร่วมกับองค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งสิ้น 34 องค์กร ในการขับเคลื่อนระบบบริการเลิกยาสูบอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมและได้ร่วมกันจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ฉบับแรก เมื่อ พ.ศ. 2552

ซึ่งได้รับการยอมรับจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ให้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติระดับประเทศ และแนวทางฉบับนี้ สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้นำไปแปลเป็นภาษาอังกฤษ และเผยแพร่ให้ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 11 ประเทศ นำไปใช้ และปรับเปลี่ยนให้เข้ากับประเทศของตน

คณะกรรมการดำเนินงาน ตามแผนงานของเครือข่ายวิชาชีพฯ จึงได้ดำเนินการ พัฒนา ปรับปรุงแนวทางการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การบำบัดรักษาผู้เสพติดบุหรี่ให้ความก้าวหน้าในอีกหลายๆ ด้าน เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติทันต่อยุคสมัย ส่งผลต่อในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เสพติดยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพนำไปปฏิบัติ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการดำเนินงาน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน จนทำให้สามารถดำเนินการสำเร็จตามวัตถุประสงค์ออกมาเป็นหนังสือแนวทางการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย\* ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 โดยสมบูรณ์ และขอขอบคุณสถานพยาบาลซึ่งถือปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ การบำบัดรักษาโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย อย่างแพร่หลายสืบไป



ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์  
ประธานเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ  
ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่



## บรรณาธิการแถลง

หนังสือ คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ การบำบัดรักษาโรคเฉพาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับนี้ เป็นการปรับปรุงจากคู่มือ ฉบับแรก พ.ศ. 2552 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

เนื้อหาสาระหลักยังยึดถือฉบับเดิม แต่มีการปรับปรุง “มาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่” ให้เป็นปัจจุบันและมีมาตรฐานย่อเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อเตรียมใช้ในการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 13 APACT ในปี ค.ศ.2020 ที่จะจัดในประเทศไทย

ทั้งนี้ มาตรฐาน ทั้ง 8 ข้อ แยกเป็น 43 เกณฑ์ ได้นำไปใช้จริงในการพัฒนาที่มรนำร่งทั้ง 14 โรงพยาบาล รวมทั้งมีการประเมินผล ให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่สนใจพัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ในโรคเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จสืบไป

อารยา ทองผิว  
สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา  
นันทา อ่วมกุล  
สุรจิต สุนทรธรรม



## รายนามผู้สมัคร

### อารยา ทองผิว

- ❖ พ.บ.
- ❖ Certificate in Internal Medicine,  
New York University Medical Center USA
- ❖ Certificate in Endocrine and Metabolism,  
New York University Medical Center USA
- ❖ อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

### สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

- ❖ พ.บ. (เกียรติคุณอันดับ 1), FCCP
- ❖ Diplomate, American Board of Internal Medicine
- ❖ Diplomate, American Board of Pulmonary Disease
- ❖ Diplomate, American Board of Critical Care Medicine
- ❖ อ.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจ  
และเวชบำบัดวิกฤตระบบการหายใจ, อ.ว.อายุรศาสตร์  
อนุสาขาย่อยเวชบำบัดวิกฤต
- ❖ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- ❖ หน่วยโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์
- ❖ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ❖ รองเลขาธิการ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่



## สรุป สุนรรสม

- ❖ พ.บ. (เกียรติคุณอันดับ 1),
- ❖ ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน  
แขนงอาชีวเวชศาสตร์
- ❖ ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- ❖ ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ❖ ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ศัลยกรรมและพิษวิทยา
- ❖ คณะกรรมการวิชาการ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
- ❖ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## บันทึก อ่วมกุล

- ❖ พ.บ., MPH.
- ❖ อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
- ❖ อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กระทรวงสาธารณสุข
- ❖ อดีตผู้เชี่ยวชาญจักษุวิทยา  
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



## วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

- ❖ แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2523)
- ❖ วุฒิบัตร รังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ แพทยสภา (พ.ศ.2529)
- ❖ ประกาศนียบัตร ทางศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมอส์โคว์ รัสเซีย (พ.ศ.2530)
- ❖ ประกาศนียบัตร ทางรังสีรักษา โรงพยาบาลรอยัลอดีเลด ออสเตรเลีย (พ.ศ. 2533)
- ❖ สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ: Radiation oncology Nuclear Medicine
- ❖ Tobacco Control
- ❖ Assessor Thailand Quality Awards

## ปานฤดี มโนมัยพิบูลย์

- ❖ พ.บ. อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ครอบครัว สาขาเวชศาสตร์
- ❖ ตำแหน่งปัจจุบัน  
ผู้ช่วยปลัดกรุงเทพมหานคร สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

## วินัย ศรีสอาด

- ❖ ว.ท.บ.,พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)
- ❖ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- ❖ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี



## รายนามที่ปรึกษาเฉพาะโรค

### ฉันชาย สิริพันธุ์

- ❖ พ.บ. (เกียรติคุณิยม อันดับ 2) ว.ว. อายุรแพทย์ทั่วไป
- ❖ Certificate in Critical care medicine (Mayo Clinic Foundation, USA)
- ❖ Certificate in Pulmonary disease and Critical care Medicine (University of Washington, USA)
- ❖ รองศาสตราจารย์  
หน่วยโรคทางการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต

### ปิยะมิตร ศรีธรา

- ❖ พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ❖ ป.ร.ด. (อายุรศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ❖ อายุรศาสตร์โรคหัวใจ University of London, UK
- ❖ ศาสตราจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- ❖ คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



## พีชีย แสงชาญชัย

- ❖ พ.บ.,ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป
- ❖ ว.ว. มะเร็งวิทยา
- ❖ หน่วยโรคมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์

- ❖ พ.บ. (เกียรตินิยม อันดับ 2) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ❖ ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์ สาขาต่อมไร้ท่อและ  
เมตะบอลิซึม
- ❖ ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว



## คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดสำหรับโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับเพิ่มเติม พ.ศ. 2561 นี้ ได้รับการพัฒนาต่อจากแนวทางเวชปฏิบัติ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557 และฉบับแรก พ.ศ. 2554 ซึ่งได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำถึง 34 องค์กรได้รับการเผยแพร่ไปแล้ว ทั่วประเทศไทย

เนื่องจากผู้มีโรคเรื้อรังที่มีจำนวนมากในประเทศไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคทางจิตเวช ล้วนมีสาเหตุจากการเสพติด และเมื่อมีโรคแล้วยังคงเสพยาต่อเนื่อง จะทำให้มีโรคแทรกซ้อนได้รุนแรงยิ่งขึ้น

คณะกรรมการบริหารของเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงมีมติให้จัดแนวทางเวชปฏิบัติเฉพาะโรคเหล่านี้ และนำมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลใน 6 ภาคของประเทศไทย จำนวน 16 แห่ง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 โดยฝึกอบรมบุคลากรในแต่ละโรคเรื้อรังให้มีความสามารถในการบำบัดโรค เสพยาสูบเป็นแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service)

แต่ละโรงพยาบาลนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขได้เป็นระยะ ดังนั้นจึงรวบรวมแนวทางเวชปฏิบัติของแต่ละโรคไว้ เพื่อเผยแพร่ให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้นำไปใช้

หากท่านพบว่ามีประเด็นใดที่ต้องพัฒนา โปรดแจ้งให้คณะทำงานทราบ เพื่อนำไปปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

อารยา ทงฉิม  
นันทา อ่วมกุล  
วารากรณ์ ภูมิสวัสดิ์  
ปานฤดี มโนมัยพิบูลย์  
วินัย ศรีสะอาด



# สารบัญ

	หน้า
บทนำ	14
น้ำหนักของคำแนะนำ (Strength of Recommendation)	16
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	17
บทสรุปสำหรับผู้ริบาล	20
คำจำกัดความ	29
แนวทางการบำบัดโรคเสพติด	
บทที่ 1 การบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก	32
1.1 แนวทาง 5A	32
1.2 การนิเทศเพื่อการเลิกยาสูบ	43
1.3 การนิเทศแบบสั้นเฉป (Brief Intervention)	43
1.4 การนิเทศแบบเข้ม (Intensive Counseling)	44
1.5 การให้ยาช่วยเลิกยาสูบ	46
1.6 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง	58
1.7 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัด	58
บทที่ 2 การป้องกันโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลิก เสพติดแล้วหรือไม่เคยเสพติด	65
บทที่ 3 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดใน ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2561	68
บทที่ 4 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดใน ผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ. 2561	80
บทที่ 5 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดใน ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือด แดง พ.ศ. 2561	92



	หน้า
บทที่ 6 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคหลอดเลือด สมอง พ.ศ. 2561	104
บทที่ 7 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเบาหวาน พ.ศ. 2561	116
บทที่ 8 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคทางจิตเวช พ.ศ. 2561	128

#### ภาคผนวก

เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561	138
แผนภาพ มาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ (ฉบับภาษาไทย)	152
แผนภาพ มาตรฐานสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ (ฉบับภาษาอังกฤษ)	153



# บทนำ

## สุกัญน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุทนสสรุ

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๓ สำนักงานนายแพทย์ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การเสพติดนิโคตินยาสูบชนิดต่างๆ ทุกชนิดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง (Tobacco dependence as a treatable chronic disease) ที่เป็นๆ หายๆ และได้ประกาศจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ<sup>1,2</sup> โดยให้มีแนวทางการบำบัดที่ไม่ต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่บุคลากรสาธารณสุขรู้จักกันดีไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และให้ชื่อโรคนี้ว่า Tobacco Dependence ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดชื่อโรคนี้ไว้ว่า โรคติดบุหรี่<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคนี้ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้พิจารณาเห็นว่าชื่อเดิมนี้อาจมีความหมายอยู่ในวงจำกัด อาจทำให้บุคลากร

สาธารณสุขเข้าใจผิดคิดไปว่า ต้องบำบัดเฉพาะผู้ที่เสพบุหรี่มวนเท่านั้น ซึ่งบุหรี่มวนเป็นเพียงหนึ่งในผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีมากมายหลายชนิดในปัจจุบัน บางชนิดก็ต้องเสพด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากการสูบ เช่น เคี้ยว (หมากพลู, snus, ใบบายาสูบ) จึงมีความเห็นให้ปรับเปลี่ยนชื่อภาษาไทยเป็น โรคเสพยาสูบ เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมการเสพติดนิโคตินยาสูบทุกประเภทที่มีใช้กันในประเทศไทยอย่างแท้จริง โดยมีรหัส International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เริ่มต้นเป็น F17 การจัดให้การเสพติดนิโคตินยาสูบเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจธรรมชาติและการดำเนินโรคของโรคนี้ที่มีความเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ได้ดียิ่งขึ้น จึงถือเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงมิได้ที่บุคลากรสาธารณสุขทุกๆ คน ไม่ว่าจะเป็นวิชาชีพใดก็ตาม



ต้องร่วมมือกันในการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาสูบเหล่านี้ ไม่ว่าจะเสพยาสูบชนิดกัญช้ายาสูบแบบใดชนิดใดก็ตาม

จากการสำรวจของ GATS ประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า มีคนไทยที่อายุเกิน 15 ปีและยังเสพยาสูบชนิดกัญชามีวันอยู่มากถึงเกือบ 12.5 ล้านคน ในจำนวนนี้ 6 ใน 10 มีความประสงค์ที่จะเลิกเสพยาสูบแล้ว ในขณะที่ 5 ใน 10 ได้เคยลงมือเลิกจริงภายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา<sup>4</sup> ดังนั้น บริการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญในการรองรับและให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกแก่ผู้เสพยาสูบเหล่านี้

อย่างไรก็ตาม บริการช่วยเลิกยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมายังมี การดำเนินงานที่ไม่เป็นระบบ อ่อนแอ

และให้บริการไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ ยังมี การประเมินกันด้วยว่า หากผู้เสพยาสูบเหล่านี้ ไม่เลิกเสพยาสูบ จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคอันสืบเนื่องจากการเสพยาสูบหรือผลผลิตกัญช้ายาสูบไม่ต่ำกว่า 1 ใน 4 หรือกว่า 2 ล้านคน ในขณะที่คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดการเสพยาสูบและยาช่วยเลิกยาสูบได้อย่างแท้จริง ทำให้ผู้คนจำนวนมากเลือกที่จะเลิกเสพยาสูบด้วยตนเอง โดยไม่พึ่งพาการบำบัดจากบุคลากรหรือหาตัวช่วยอื่นๆ เลย ซึ่งการเลิกเสพยาสูบแบบนี้มีอัตราความสำเร็จต่ำและมีโอกาสกลับไปเสพยาสูบซ้ำได้มากเมื่อเปรียบเทียบกับการได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) “แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำไม่ได้ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ “แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่แนะนำ (อาจทำได้ ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)



## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	การสูบบุหรี่ ตลออดจนการเสพ ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใดๆ ก็ตาม จัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นๆ หายๆ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัด รักษาด้วยบุคลากรสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง	โรคเสพยาสูบ (Tobacco dependence) จัดเป็นโรคเรื้อรัง ชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ มีกลไกการ เสพติดที่พิสูจน์ได้อย่างชัดเจน ไม่ว่า ผู้ป่วยจะเสพมากน้อยเพียงใด และ มีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอย่าง แท้จริง	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาล ทุกแห่งจัดให้มีบริการเลิกยาสูบ โดยจัดบริการเหล่านี้ไว้ทั้งในคลินิก โรคทั่วไปคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ และ บริการผู้ป่วยใน โดยมีแพทย์และ บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน ดูแลและพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่อง	บริการเลิกยาสูบด้วยบุคลากร สาธารณสุขมีความคุ้มค่าต่อการ ลงทุน ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลิกเสพ ได้สำเร็จเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นและป้องกันผู้ป่วยจากโรคเรื้อรัง อีกมากมาย อีกทั้งยังช่วยประหยัด งบประมาณของสถานพยาบาลและ ประเทศได้อย่างมหาศาล	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาล ทุกระดับและทุกแห่งจัดและพัฒนา ระบบการสอบถามและบันทึก สถานะการเสพยาสูบ (A1-Ask) ไว้ ในเวชระเบียนของผู้ที่มาใช้บริการ ทุกราย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	การสอบถามและบันทึกสถานะ การเสพยาสูบ (A1-Ask) เป็นด่านแรกและเป็นประตู ไปสู่การบำบัดขั้นต่อไปตาม แนวทาง 5A	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้บันทึกการเสพ ยาสูบของผู้ป่วยที่ยังคงเสพยาสูบ อยู่ให้เป็นปัญหาการเจ็บป่วย (active problem) ใน problem list ของผู้ป่วยรายนั้นๆ ด้วยเสมอ พร้อมทั้งบันทึกรหัสโรค ICD-10 กลุ่ม F-17 ไว้ด้วย	โรคเสพยาสูบ (Tobacco dependence) จัดเป็นโรคเรื้อรัง ชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และ ต้องได้รับการบำบัดที่เหมาะสม	I



น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลพัฒนาระบบการบำบัดและส่งต่อผู้ป่วยที่เสพยาสูบและไม่มีโรคเรื้อรังร่วมกับชุมชน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและติดตามภายในชุมชนเองให้มากที่สุด ภายใต้การสนับสนุน ดูแลและติดตามประเมินผลของสถานพยาบาลระดับชุมชน	ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบที่ไม่มีโรคเรื้อรังนั้นมีความตั้งใจอย่างมากในการเข้ามารับการบำบัดเพื่อเลิกยาสูบในสถานพยาบาล ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ชุมชน โดยเฉพาะ อสม. แกนนำชุมชนและจิตอาสาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดคนในชุมชนด้วยกันเองย่อมทำให้โอกาสสำเร็จในการบำบัดสูงขึ้น	IV
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลพัฒนาระบบการบำบัดและส่งต่อผู้ป่วยที่เสพยาสูบและมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยร่วมกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 และสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการบำบัดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการบำบัดไม่ประสบความสำเร็จภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังเริ่มรักษา	ผู้ป่วยที่เสพยาสูบและมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยนั้นมักมีแรงจูงใจที่ดีในการบำบัดทั้งโรคเสพยาสูบและโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อให้เลิกเสพยาสูบได้โดยเร็ว อันจะช่วยป้องกันผลแทรกซ้อนจากการเสพยาสูบที่มีต่อโรคเรื้อรังต่างๆ ได้	IV
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลที่ยังไม่พร้อมที่จะให้บริการเลิกยาสูบด้วยตนเอง ต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบำบัดโรคเสพยาสูบอย่างเหมาะสมจากสถานพยาบาลอื่นที่อยู่ใกล้เคียงหรือจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600	ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบทุกรายควรได้รับการบำบัดให้เลิกเสพโดยเร็วที่สุด เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพน้อยที่สุด	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้บริหารของสถานพยาบาลทุกแห่งกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับบริการบำบัดผู้เสพยาสูบให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการในสถานพยาบาลของตนด้วย	เพื่อให้บริการเลิกยาสูบได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน	II

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาล ทุกแห่งทุกระดับดำเนินการ ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อให้สถานพยาบาลของตนเป็น เขตปลอดบุหรี่ 100%	สถานพยาบาลเป็นแหล่งรวมของ ผู้ป่วยและคนทุกเพศวัย จึงเป็น หน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะต้องช่วยกันปกป้องสุขภาพของ ประชาชนที่มาใช้บริการ	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ภาครัฐสนับสนุน ทั้งในด้านนโยบายและงบประมาณ ให้มีการจัดตั้งและพัฒนาบริการ เลิกเสพยาสูบให้ครอบคลุม ทั่วประเทศอย่างเป็นรูปธรรม และมีมาตรฐานทัดเทียมสากล	บริการเลิกยาสูบด้วยบุคลากร สาธารณสุขมีความคุ้มค่าต่อการ ลงทุนเป็นอย่างยิ่ง ช่วยป้องกัน ผู้เสพยาสูบจากโรคเรื้อรังมากมาย อีกทั้งยังช่วยประหยัดงบประมาณ ของภาครัฐในการดูแลรักษาโรค เรื้อรังต่างๆ ของประชาชนได้อย่าง มหาศาล	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ภาครัฐส่งเสริม ให้ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ สามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบ มาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและ เท่าเทียม	ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิด ที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, แผ่นติด นิโคติน, bupropionSR, varenicline และ nortriptyline มีประสิทธิภาพ สูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้เสพยา สูบสามารถเลิกเสพได้ดีกว่าการ นิเทศเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การใช้ยามาตรฐานในบริการเลิก ยาสูบยังมีความคุ้มค่าต่อการลงทุน โดยภาครัฐอย่างแท้จริง	I



## มาตรฐานสำหรับผู้บริบาล (Holistic Care Provider)

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	แนะนำอย่างย่งให้ผู้เสพยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพยาสูบทุกชนิดทุกรูปแบบ	การเสพยาสูบจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	I
++	แนะนำอย่างย่งให้ผู้เสพยาสูบทุกรายได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกเสพโดยเฉพาะจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600	การเลิกเสพยาสูบด้วยความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรเหล่านี้จะทำให้มีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จเพิ่มขึ้น	I
++	เป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้คือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาด เท่านั้น ไม่ยอมรับการลดปริมาณการเสพโดยไม่เลิก	การลดปริมาณการเสพยังคงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้แก่ผู้สูบและคนข้างเคียงได้ไม่ต่างจากการเสพปริมาณเดิม	I
++	แนะนำอย่างย่งให้วางแผนการบำบัดร่วมกับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างใกล้ชิดเสมอและปรับเปลี่ยนแผนการเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา	ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นแผนการบำบัดที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกันไป	II
++	แนะนำอย่างย่งให้ให้เทศ (counseling) ผู้เสพนั้นให้เลิกเสพทุกคน พร้อมนำสมาชิกครอบครัวที่ยังคงเสพมารับการรักษาต่อไป	เพื่อป้องกันผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และลดโอกาสการกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วย	I



น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	<p>แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้มาตรการ 5A ในการค้นหาผู้เสียหายและดำเนินการบำบัดให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ ประกอบด้วย</p> <p>Ask A1 สอบถามประวัติการเสพยาเสพติดทุกชนิด</p> <p>Advice A2 แนะนำให้ผู้เลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาด</p> <p>Assess A3 ประเมินความรุนแรงในการเสพยาสูบและความตั้งใจในการเลิกเสพ</p> <p>Assist A4 บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพได้สำเร็จ</p> <p>Arrange A5 ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพยาสูบ (follow up)</p>	<p>การเสพยาสูบจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง จำเป็นต้องบำบัดอย่างครบถ้วนเป็นระบบจึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด</p>	I
A1-Ask			
++	<p>สอบถามสถานะของการเสพยาสูบทุกชนิดในผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับและบุคคลในครอบครัว <b>ทุกราย</b> และทุกแผนก ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแยกเป็น กลุ่มที่ยังเสพยาอยู่เคยเสพ และไม่เสพยาเลย พร้อมกับบันทึกข้อมูลที่ได้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มาใช้บริการ</p> <p><b>"คุณสูบบุหรี่/ยาสูบหรือเปล่า?"</b></p>	<p>การสอบถามสถานะการเสพยาสูบจัดเป็นประเด็นเริ่มต้นเข้าสู่การบำบัดโรคเสพยาสูบ หากไม่มี A1 เกิดขึ้น A2-A5 ย่อมไม่เกิดขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ หากไม่มีการบันทึกสถานะการเสพยาสูบในแฟ้มประวัติการสอบถามก็ย่อมได้ประโยชน์น้อยและไม่สามารถติดตามข้อมูลได้</p>	I

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
A2-Advise			
++	แนะนำผู้เสพให้เลิกเสพด้วยคำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)	เพื่อให้เป็นที่เข้าใจและชักจูงใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ	III
A3-Assess			
++	ประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพโดยใช้ Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model  “คุณเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบบ้างไหม?”	เพื่อประเมินความพร้อมหรือความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบของผู้ป่วยและวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสม	I
++	ประเมินความรุนแรงในการเสพติดโดยใช้ Heaviness of Smoking Index (HSI)  “คุณสูบบุหรี่/ยาสูบมานานแค่ไหน?”  “คุณสูบบุหรี่/ยาสูบวันละกี่มวน?”	เพื่อทราบความรุนแรงในการเสพติดยาสูบของผู้ป่วยและนำไปวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสมต่อไป	I



น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
A4-Assist			
++	<p>แนวทางการบำบัดหลักโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การนิเทศ (Counseling) สามารถทำได้หลายแนวทาง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention)</li> <li>- การนิเทศแบบเข้มข้น (Intensive counseling) ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก ได้แก่ แบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling)</li> <li>- การนิเทศทางโทรศัพท์ (Telephone counseling)</li> <li>- การนิเทศผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือ ข้อความสั้น (SMS &amp; MMS) (Interactive counseling)</li> </ul> </li> <li>2. การนิเทศร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ ตามข้อบ่งชี้</li> </ol>	การนิเทศไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด จัดเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยทุกราย	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ดำเนินการนิเทศอย่างน้อยหนึ่งอย่างแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงเสพยาสูบโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมาด้วยอาการใดก็ตาม	การนิเทศไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Medication) ตามข้อบ่งชี้ จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ที่มีประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ	I

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	<p>คำพูดของการนิเทศทุกรูปแบบต้องกระชับ ได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจน หนักแน่น และเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย เนื้อหาที่ใช้พูดอาจประกอบด้วย 4 ประการหลักๆ ตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR หรือ “4ล” ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>เลือกวัน</b> (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์โดยอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก</li> <li>• <b>ลั่นวาจา</b> (Tell family and others): บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน</li> <li>• <b>พร้อมลงมือ</b> (Anticipate challenges): วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน โดยแนะนำเทคนิค 5D ได้แก่ delay (เลื่อนระยะเวลา), deep breathe (สูดหายใจลึกๆ ตั้งสมาธิ), drink water (ดื่มน้ำสะอาดมากๆ), do something else (เปลี่ยนอิริยาบถ หรือกิจกรรม), destination (ย้ำเตือนตนเองถึงเป้าหมายที่ตนได้ตั้งใจเลิกเสพแล้ว)</li> <li>• <b>ละอุปกรณ</b> (Remove all tobacco-related products): กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกทุกชนิด และอุปกรณที่เกี่ยวข้องทั้งหมด</li> </ul>	<p>เนื้อหาในการนิเทศทุกรูปแบบควรเน้นย้ำถึงวิธีการในการเลิกเสพ โดยอาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบของการนิเทศที่เลือกใช้</p>	IV



น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	<p>แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานเฉพาะในผู้เสพที่มีความประสงค์จะเลิกเสพยาสูบอย่างแท้จริง <b>ร่วมกับ</b> ข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ภาวะลมโป่งพอง หืด มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอชไอวี โรคติดยาเสพติด โรคจิตประสาท</li> <li>เสพติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กล่าวคือ มีคะแนน HSI อย่างน้อย 3 หรือมากกว่า</li> <li>เคยล้มเหลวในการเลิกเสพมาก่อนภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา</li> </ol>	<p>ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพได้ดีกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว อีกทั้งการใช้ยามาตรฐานเหล่านี้ในบริการเลิกยาสูบนั้นมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐ</p>	IV, II
++	<p>ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, แผ่นติดนิโคติน, bupropionSR, varenicline และ nortriptyline</p> <p>ในการเลือกให้ยาเหล่านี้ว่าจะใช้ชนิดใดเป็นยาแรกนั้น แนะนำให้พิจารณาถึงประสิทธิผล ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงของยา ความประสงค์ของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งประสบการณ์ในความพยายามเลิกเสพครั้งก่อนๆ โดยให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้ ในรายที่จำเป็นและให้ยาเพียงชนิดเดียวไม่ได้ผลนั้น แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกันได้</p>	ผู้ป่วยแต่ละรายอาจตอบสนองต่อยาแต่ละชนิดแตกต่างกันได้	IV

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดผู้ป่วย ทุกรายที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบ ด้วยการนิเทศในรูปแบบใดรูปแบบ หนึ่งร่วมด้วยเสมอ ไม่ว่าจะเป็ นแบบสั่งเขป แบบเข้มขัน หรือทาง โทรศัพท์ก็ตาม	เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการ บำบัด	I
--	ไม่แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิก ยาสูบโดยปราศจากการนิเทศแก่ ผู้ป่วยเลย	การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ โดยปราศจากการนิเทศใดๆ แก่ผู้ป่วยจะให้ผลสำเร็จต่ำและ อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ง่าย	I
--	ไม่แนะนำอย่างยิ่งในการใช้ยาอื่นใด ที่ไม่ใช่ยามาตรฐานดังกล่าวข้างต้น เช่น ยา กลุ่ม benzodiazepine และ ยาด้านโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ ในการ บำบัดผู้ป่วยโรคเสพยาสูบ	ยานอกเหนือจากกลุ่มยามาตรฐาน จะไม่ได้ผลในการบำบัดโรคเสพ ยาสูบ อีกทั้งก่อให้เกิดผลข้างเคียง อย่างรุนแรงแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น	II
<b>A5-Arrange Follow up</b>			
++	นัดติดตามผลการบำบัดทุกราย โดยควรมีการติดตามผลครั้งแรก ภายใน 2 สัปดาห์	การนัดติดตามผลเป็นหัวใจสำคัญ อีกอันหนึ่งในการรักษาโรคเรื้อรัง หากนัดติดตามผลครั้งแรกล่าช้า อาจส่งผลให้มีโอกาสล้มเหลว ในการบำบัดได้มากขึ้น	I
++	สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ ควรทำดังนี้ - แสดงความยินดีกับผู้ป่วยและ ชื่นชมที่เลิกเสพได้สำเร็จ - เน้นการป้องกันการกลับมาเสพ ใหม่และความสำคัญของการไม่คิด ลองเสพอีกแม้แต่เน็อย - ติดตามผลของการเลิกเสพต่อไป	เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจจะไม่หวน กลับไปเสพซ้ำอีก	II

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพ หลักฐาน
++	<p>ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพซ้ำ ควรทำดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพต่อไป (5R)</li> <li>- ทบทวนสถานการณ์และหาสาเหตุที่ทำให้กลับมาเสพซ้ำ</li> <li>- กำหนดวันเลิกเสพอีกครั้ง</li> <li>- อาจพิจารณาตัวช่วยอื่นๆ เช่น ยาช่วยเลิกเสพมาตรฐานหากยังไม่เคยใช้ยามาก่อนเลย แต่หากได้เคยใช้ยามาก่อนแล้ว อาจต้องพิจารณาถึงเทคนิคของการใช้ยาเดิมว่าเหมาะสมหรือไม่</li> <li>- พยายามแก้ไขปัญหาก่ที่เกิดขึ้นและหาหนทางป้องกัน</li> <li>- ติดตามผลต่อไป</li> </ul>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินกลไกที่กระตุ้นเร้าให้ยังคงเสพยาสูบอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านร่างกาย (การเสพติด สารนิโคติน) ด้านจิตใจ และด้านสังคม พฤติกรรมต่างๆ แล้วแก้ไข</p>	II

น้ำหนัก คำแนะนำ	มาตรการ
P3- Promote motivation	
++	<p>ใช้แนวทาง 5R ซึ่งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relevance ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้เสพเองอย่างไร หรือเจาะจงในสิ่งที่ผู้เสพให้ความสำคัญ</li> <li>2. Risks เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลที่จะเกิดแก่คนรอบข้างด้วย</li> <li>3. Reward เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย</li> <li>4. Roadblock วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมช่วยคิดหาแนวทางแก้ไข</li> <li>5. Repetition ควรให้คำแนะนำซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบและยังคงเสพยาสูบอยู่</li> </ol>

# คำจำกัดความ

“ยาสูบ” หมายถึง ผลิตภัณฑ์ใดๆ ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชตระกูลนิโคทีนนาทาบากัม (*Nicotiana tabacum*) รวมไปถึงสารสกัดหรือสารสังเคราะห์จากพืชตระกูลนี้ ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งแบบใช้ไฟฟ้าหรือไม่ใช้ก็ตาม<sup>5</sup>

“โรคเสพยาสูบ” หมายถึง การเสพ “ยาสูบ” ไม่ว่าจะการเสพนั่นจะเป็นผลมาจากปัจจัยการเสพติดทางกาย จิตใจ หรือทางด้านสังคมและพฤติกรรม

## แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ

- แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้เสพยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพยาสูบทุกชนิดทุกรูปแบบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> (บุหรี่กันกรอง บุหรี่มวนเอง ยาเส้น ยาฝอย ยาสูบชนิดเคี้ยว บุหรี่ไฟฟ้า หรือผลิตภัณฑ์ที่มียาสูบเป็นส่วนประกอบ ไม่ว่าจะป็นชนิดใดก็ตาม) เนื่องจากการเสพยาสูบจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

เนื่องจากจะทำให้สุขภาพดีขึ้น ป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับตนเองและคนรอบข้าง

- แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้เสพยาสูบทุกรายได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกเสพโดยเฉพาะจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup>

เนื่องจากการเลิกเสพยาสูบด้วยความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรเหล่านี้จะทำให้มีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จเพิ่มขึ้น

- แนะนำอย่างยิ่งให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบของผู้ที่มารับบริการทางสุขภาพทุกรายในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง รวมทั้งจัดให้มีบริการเพื่อบำบัดผู้ที่เสพยาสูบในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งหรือจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้เสพให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup>

- เป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาดเท่านั้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> ไม่

ยอมรับการลดปริมาณการเสพโดยไม่ เลิก (น้ำหนักคำแนะนำ --) ' เพราะการ ลดปริมาณการเสพยาสูบยังคงก่อให้เกิดผล กระทบต่อสุขภาพให้แก่ผู้สูบบุหรี่และคน ข้างเคียงได้ไม่ต่างจากการเสพยาสูบ ปริมาณ เดิม<sup>6</sup> แต่หนทางที่นำไปสู่เป้าหมาย ดังกล่าวนี้อาจทำได้ทั้งการเลิกเสพใน ทันทีตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา หรือ โดย การค่อยๆ ลดปริมาณการเสพยาสูบลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องจนเลิกได้ในท้ายที่สุด (“ลดเพื่อเลิก”)<sup>7,8</sup> ทั้งนี้ ต้องมีการตกลง กับผู้ป่วยเพื่อกำหนดวันเลิกเสพยาสูบ ให้ชัดเจนเสมอ ส่วนระยะเวลาในการ ลดเพื่อเลิกนั้นให้พิจารณาตามความ เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

- แนะนำอย่างยิ่งให้วางแผน การบำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างใกล้ชิดเสมอและปรับเปลี่ยน แผนการเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)" ทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบแต่ละรายมีความ แตกต่างกันไป ดังนั้นแผนการบำบัดที่ จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยแต่ละ รายอาจไม่เหมือนกัน แนวทางใดก็ตาม ที่ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าน่าจะได้ผลดีสำหรับ ตน ไม่ส่งผลลบต่อการรักษาและไม่

กระทบต่อเป้าหมายของการบำบัด กล่าวคือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาดแล้ว น่าจะเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ สูงสุดในการบำบัดผู้ป่วยรายนั้นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)"

- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอใน การสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การตรวจ คัดกรองผู้เสพยาสูบด้วยการตรวจ สมรรถภาพปอดจะช่วยให้ผู้เลิกเสพ ได้มากขึ้น<sup>9,10</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)"<sup>11</sup> แต่แนะนำให้ตรวจสมรรถภาพปอด หากผู้เสพยาสูบมีอาการทางระบบการหายใจ เช่น ไอ เหนื่อยง่าย มีเสมหะมาก (น้ำหนักคำแนะนำ +)"<sup>12</sup> เพื่อประเมินว่า ผู้เสพยาสูบนั้นๆ มีการสูญเสียสมรรถภาพ ปอดหรือเกิดโรคการหายใจอันเป็นผล สืบเนื่องมาจากการเสพยาสูบหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

- แนะนำให้ตรวจคัดกรอง สมรรถภาพปอด เพื่อค้นหาโรคระบบ การหายใจเฉพาะในผู้ที่มีประวัติเสพยา สูบต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี และมี อาการทางระบบการหายใจ<sup>9,11</sup> ได้แก่ เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หรือ มีอาการไอและเหนื่อยมากขณะที่มี การติดเชื้อในการหายใจ (น้ำหนักคำ แนะนำ +)"<sup>12</sup>



- แนะนำอย่างยั้งให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบของผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดทั้งหมดของผู้ที่มีความเสี่ยงในการได้รับผลกระทบจากการเสพยาสูบโดยตรงและการสัมผัสควันบุหรี่มือสองสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง อันประกอบด้วยสตรีมีครรภ์ เด็ก รวมทั้ง ผู้ป่วยที่เกิดโรคอันเป็นผลจากการเสพยาสูบแล้ว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> หากพบว่าบุคคลเหล่านี้ยังคงเสพ แนะนำอย่างยั้งให้ผู้นั้นได้รับการแนะนำเพื่อเลิกเสพโดยเร็วที่สุด และจัดการให้ผู้นั้นได้รับการบำบัดและติดตามผลการเลิกเสพอย่างต่อเนื่อง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup>

- แนะนำให้หนีเทศ (counseling) ผู้เสพนั้นให้เลิกเสพทุกคนพร้อมนำสมาชิกครอบครัวที่ยังคงเสพมารับการรักษาต่อไป หากพบว่าผู้เสพยาสูบในครัวเรือนของผู้มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> เพื่อป้องกันผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การหนีเทศเพื่อป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ (primary prevention)<sup>12</sup> เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะระบุว่า การให้คำแนะนำอย่างไรจะสามารถลดการเริ่มสูบบุหรี่ในคนกลุ่มนี้ได้ (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)<sup>11</sup>

- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการใช้การบำบัดทางเลือกต่างๆ<sup>13</sup> (เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนตะวันออก สมุนไพรไทยต่างๆ และ การฝังเข็ม ฯลฯ) เนื่องจากรายงานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นไม่เพียงพอในการพิสูจน์ทราบถึงประสิทธิผล เช่น มีกำลังของสถิติไม่เพียงพอ ไม่สามารถเป็นตัวแทนซึ่งแสดงถึงสภาพของประชากร ขาดจุดสิ้นสุดที่สำคัญทางเวชกรรมหรือมีการออกแบบวิจัยไม่เหมาะสม หากต้องการใช้แนวทางนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)<sup>14</sup>

## บทที่ 1

# การบำบัดโรคเสพติด สำหรับผู้ป่วย ที่ประสงค์จะเลิก

สุกัสน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

### 1.1 แนวทาง 5A

แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้มาตรการ 5A ในการค้นหาผู้เสพติดและดำเนินการบำบัดให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกเสพติดได้สำเร็จ<sup>1-3, 14-17</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ ++)' ประกอบด้วย

**Ask A1** สอบถามประวัติการเสพติดกัญชาทุกชนิด

**Advice A2** แนะนำให้ผู้เสพติดทุกชนิดโดยเด็ดขาด

**Assess A3** ประเมินความรุนแรงในการเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพติด

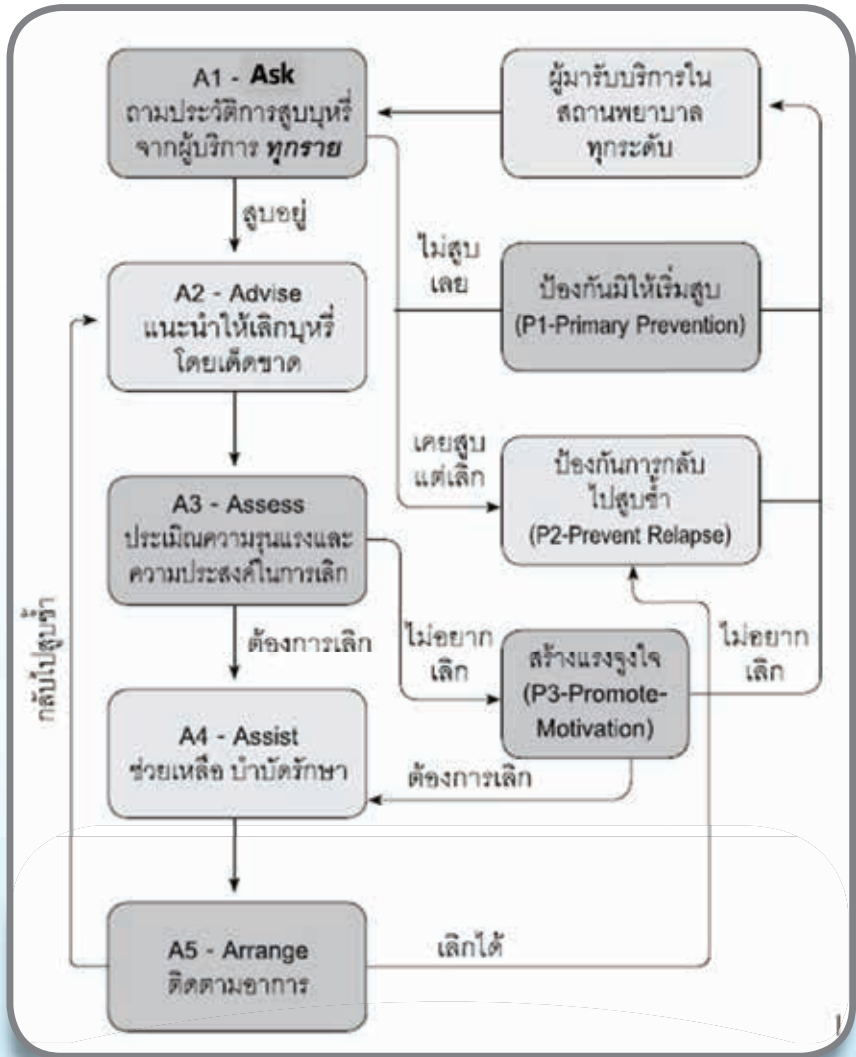
**Assist A4** บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพติดได้สำเร็จ

**Arrange A5** ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพติดทุกราย (follow up)

สำหรับ รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนของแนวทาง 5A นั้น แสดงไว้ในตารางที่ 1



แผนภูมิที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพติด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)"



ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในการบำบัดโรคเสพติด ตามแนวทาง 5A & 3P

<p>น้ำหนัก คำแนะนำ</p>	<p>ขั้นตอน</p>	<p>รายละเอียด</p>	<p>แนวทางปฏิบัติ</p>
<p>++</p>	<p>A1-Ask (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพติด) ยาสูบทุกชนิด)</p>	<p>สอบถามสถานะของการเสพติด ทุกชนิดในผู้ที่เข้ามารับบริการที่ สถานบริการสุขภาพทุกระดับ และบุคคลในครอบครัว ชุมชน และ ทุกแผนก ทั้งผู้ช่วยนอกและผู้ป่วยใน<sup>16</sup> โดยแยกเป็น กลุ่มที่เสี่ยงเสพยา และไม่เสพยา (น้ำหนักคำแนะนำ++)' ร่วมกับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัด สัญญาณชีพ ด้วยคำถาม "คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบ และแบบเคี้ยว ยานัตถ์หรือไม่?"</li> </ul>
<p>++</p>		<p>บันทึกข้อมูลที่ได้ลงในวงจรประเมินของ ผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มาใช้บริการ (น้ำหนักคำแนะนำ++)'</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพยาสูบลงในแบบบันทึก สัญญาณชีพ (น้ำหนักคำแนะนำ++)</li> <li>• ใช้สติ๊กเกอร์หรือสัญลักษณ์ในการระบุสถานะ การเสพยาสูบลงปัจจุบัน (น้ำหนักคำแนะนำ++)</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ (น้ำหนักคำแนะนำ++)</li> </ul>

++	<p><b>A2-Advise</b></p> <p>(แนะนำให้ผู้ใช้เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด)</p>	<p>พูดแนะนำให้ผู้ใช้เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized) <sup>1,2,16</sup> (น้ำหนักค่าแนะนำ ++)<sup>III</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ผม/ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ โรคหัวใจของคุณจะไม่ได้กลับมาแบบนี้อีก” (เชื่อมโยงกับสุขภาพ)</li> <li>• “ผม/ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ การเลิกบุหรี่จะช่วยให้โรคหัวใจของคุณดีขึ้น” (เชื่อมโยงกับคนที่รัก)</li> <li>• “ผม/ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ นอกจากจะประหยัดเงินได้แล้ว ยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาอาการหอบหืดของคุณด้วย” (เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ)</li> </ul>
++	<p><b>A3-Assess</b></p> <p>(ประเมินความรุนแรงในการเลิกสูบบุหรี่)</p>	<p>ประเมินความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ Trans-theoretical (TTM) หรือ Stage of Change model<sup>19</sup> (ตารางที่ 2) (น้ำหนักค่าแนะนำ ++)<sup>I</sup></p>	<p>ใช้คำถาม “คุณเคยคิดอยากจะเลิกสูบบุหรี่ไหม?” (ตารางที่ 2)</p>
++		<p>ประเมินความรุนแรงในการเสพติด โดยใช้ Heaviness of Smoking Index (HSI)<sup>20</sup> (ตารางที่ 3) (น้ำหนักค่าแนะนำ ++)<sup>I</sup></p>	<p>ดูรายละเอียดของ HSI ในตารางที่ 3</p>
+		<p>ประเมินกลไกที่กระตุ้นทำให้เกิดการเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสุ่มแบบการสุ่ม และปัจจัยด้าน (น้ำหนักค่าแนะนำ +)<sup>IV</sup></p>	<p>แบ่งได้เป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเสพติดทางกาย (เสพติดสารนิโคติน)</li> <li>- เสพติดทางจิตใจ ที่คนคิด ความเชื่อ</li> <li>- เสพติดทางสังคม พฤติกรรม ความเคยชิน</li> </ul>

<p>น้ำหนัก คำแนะนำ</p>	<p>ขั้นตอน</p>	<p>รายละเอียด</p>	<p>แนวทางปฏิบัติ</p>
<p>++</p>	<p>A4-Assist (บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้ เลิกเสพยาได้สำเร็จ)</p>	<p>การบำบัดโรคเสพติดไม่ว่าชนิดใด ควรยึดหลักการเบื้องต้น ดังนี้ 1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผน การเลิกเสพยาพร้อมกันเสมอ เพื่อให้การ บำบัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด 2. แผนการบำบัดควรมีเป้าหมายการ เลิกเสพยาที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดวันและ ลำดับขั้นในการลดและเลิกเสพยา 3. แผนการบำบัดที่ร่วมกับผู้ป่วย จัดทำขึ้นต้องสามารถนำไปปฏิบัติได้ จริงสำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด โดยไม่กระทบต่อผลของการบำบัด แนวทางการบำบัดหลักโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ<sup>3,14-15</sup> ได้แก่ 1) การนิเทศ (Counseling) (<i>‘นำหนักรัดค้ำและนำ ++’</i>) สามารถทำได้หลายแนวทาง ได้แก่ - การนิเทศแบบสั้นๆ (Brief Intervention) - การนิเทศแบบเต็ม (Intensive counseling) ซึ่งแบ่ง ย่อยได้อีก ได้แก่ แบบตัวต่อตัว</p>	<p>ดูรายละเอียดในหัวข้อต่อไป</p>

		<p>(face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนิเทศทางโทรศัพท์ (Telephone counseling)</li> <li>- การนิเทศผ่านระบบอินเทอร์เนตหรือข้อความสั้น (SMS &amp; MMS) (Interactive counseling)</li> </ul> <p>2) การนิเทศร่วมกับการใช้วิทยุเสียงตามช่องซึ่งมี (น้ำหนักค่าแนะนำ ++)'</p>	
+/-		<p>การบำบัดทางเลือกเพิ่มเติมจากการบำบัดหลัก (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)<sup>iv</sup> ทั้งนี้ ควรพิจารณาปัจจัยสนับสนุนที่มีอยู่ในพื้นที่อยู่แล้วหรือใช้ภูมิปัญญาไทยท้องถิ่นเข้ามาเสริมในการบำบัด อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป หากต้องการใช้แนวทางนี้ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง</p>	<p>เช่น ใช้ผสมในวิธีอื่นๆ, การนัดฝนอ่อนคลาย, การนัดกดจุดที่เท้า, การฝังเข็ม เป็นต้น) กิจกรรมศึกษาปรับแก้ โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มวัยรุ่น และการใช้ธรรมชาติบำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)<sup>iv</sup></p>
+		<p>มาตรวจทางสังคม โดยยึดหลักการสร้างค่านิยมใหม่ของชุมชนที่ถูกต้อง (social denormalization)<sup>21</sup> โดยจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกต่างๆ ในครอบครัวชุมชนเป็นชุมชน (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>ii</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รณรงค์ร่วมกับองค์กรระดับท้องถิ่น วัด และโรงเรียนในการสร้างค่านิยมใหม่ในชุมชนให้ผู้คนในชุมชนไม่ยอมรับพฤติกรรมกาเสพติดยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นผู้คนวัยใดก็ตาม (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>ii</sup></li> <li>• การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาพิทักษ์สุขภาพ โดยรวมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องได้สำเร็จในชุมชน เพื่อเป็นแกนนำในการรณรงค์เชิงรุกระดับชุมชน และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่อุบัติที่ประสงค์จะเลิกต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>iv</sup></li> </ul>

น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางการปฏิบัติ
++	A5-Arrange Follow up (ติดตามผลการบำบัด ของผู้เสพทุกราย)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• นัดติดตามผลการบำบัดทุกราย โดยควรมีการติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ (<i>น้ำหนักคำแนะนำ ++</i>)<sup>1</sup></li> <li>• สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ ควรทำดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>- แสดงความยินดีกับผู้ป่วยและชื่นชมที่เลิกเสพได้ สำเร็จ</li> <li>- เน้นการป้องกันกรากลับมาเสพใหม่ และควรมุ่งสำคัญของการไม่ติดลง เสพอีกแม้แต่น้อย</li> <li>- ติดตามผลของการเลิกเสพต่อไป (<i>น้ำหนักคำแนะนำ ++</i>)<sup>1</sup></li> </ul> </li> <li>• ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมามีอาการซ้ำ ควรทำดังนี้               <ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพต่อไป (5R)</li> <li>- ทบทวนสถานการณ์และหาสาเหตุที่ทำให้กลับมามีอาการซ้ำ</li> <li>- กำหนดวันเลิกเสพอีกครั้ง</li> <li>- อาจพิจารณาตัวช่วยอื่น ๆ เช่น ยาช่วยเลิกเสพมาตรฐานหากยังไม่เคยใช้ยามาก่อนเลย แต่หากได้เคยใช้ยามาก่อนแล้ว อาจต้อง</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• นัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 2-4 สัปดาห์ จนครบ 3 เดือน แล้วจึงนัดติดตามทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน จากนั้นติดตามอย่างห่างๆ จนครบ 1 ปีเต็ม (<i>น้ำหนักคำแนะนำ ++</i>)<sup>1V</sup></li> <li>• แนะนำอย่างยิงให้ตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยการตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (exhaled carbon monoxide [CO])<sup>*</sup> ในผู้ป่วยทุกราย (<i>น้ำหนักคำแนะนำ ++</i>)<sup>1</sup></li> <li>• แนะนำให้ตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยการตรวจวัดระดับสารโคตินีน (cotinine) ในปัสสาวะหรือน้ำลาย อย่างหนึ่งอย่างใด เฉพาะในกรณีที่ไม่วางตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจได้ (<i>น้ำหนักคำแนะนำ ++</i>)<sup>1</sup></li> </ul> <p>[* เครื่องตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ราคาประมาณ 15,000 บาทต่อเครื่อง มีอายุการใช้งานราว 5 ปี ส่วน mouthpiece นั้นสามารถจัดทำได้เอง</p>

		<p>พิจารณาถึงทัศนคติของการใช้ยาเดิมว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร หากใช้ยาไม่ถูกต้องก็แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนยาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นหรือใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิดขึ้นไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและหาหนทางป้องกัน</li> <li>- ติดตามผลต่อไป</li> </ul> <p>(น้ำหนักค่าแนะนำ ++)</p>	
+	<p><b>P1- Prevent new users</b></p> <p>ป้องกันผู้เสพยาหน้าใหม่</p>	<p>สนับสนุน ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ไว้วางใจให้เริ่มลองเสพยา หรือแนะนำให้เข้ารับการเสพยาสูบททุกชนิดที่จะเกิดขึ้นได้ หากทดลองสูบ (น้ำหนักค่าแนะนำ +)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กล่าวชื่นชมว่า "ดีมากที่ไม่สูบบุหรี่ สุขภาพของคุณจะแข็งแรง"</li> </ul>
+	<p>มาตรการทางสังคม โดยยึดหลักการสร้างค่านิยมใหม่ของผู้ชม (social denormalization) โดยจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกต่างๆ ในการควบคุมยาสูบในชุมชน (น้ำหนักค่าแนะนำ +)</p>	<p>มาตรการทางสังคม โดยยึดหลักการสร้างค่านิยมใหม่ของผู้ชม (social denormalization) โดยจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกต่างๆ ในการควบคุมยาสูบในชุมชน (น้ำหนักค่าแนะนำ +)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รณรงค์ร่วมกับองค์กรระดับท้องถิ่น วัด และโรงเรียน ในการสร้างค่านิยมใหม่ในชุมชน</li> <li>• ให้ผู้คนในชุมชนเฝ้าระวังพฤติกรรมและการเสพยาสูบ</li> <li>• ไม่ว่าจะเป็นผู้คนวัยใดก็ตาม (น้ำหนักค่าแนะนำ +)</li> <li>• การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาเสพยาสูบ โดยรวมกลุ่มผู้ที่เสพยาสูบได้สำเร็จในชุมชน เพื่อเป็นแกนนำในการรณรงค์เชิงรุกระดับชุมชน และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาต่อไป (น้ำหนักค่าแนะนำ +)<sup>iv</sup></li> </ul>

<p>น้ำหนัก คำแนะนำ</p>	<p>ขั้นตอน</p>	<p>รายละเอียด</p>	<p>แนวทางการปฏิบัติ</p>
<p>+</p>	<p>P2- Prevent relapse</p> <p>ป้องกันอาการกลับไปสู่อีก*</p> <p>*Relapse หมายถึง การกลับไปเสพสุราซ้ำอีกครั้ง ซึ่ง อาจมีปริมาณการเสพเท่าเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม</p> <p>ไม่ไว้มากขึ้นหรือน้อยลงก็ได้</p> <p>*Lapse หมายถึง การกลับไปสู่อีก 1 มวน หรือ 1 วัน หากผลอดปอดๆ ต่อเนื่องกัน ก็จะกลายเป็น relapse</p>	<p>• แนะนำให้เริ่มต้นป้องกันอาการกลับไปเสพตั้งแต่เลิกเสพวันแรก <sup>1,3</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ +)</p> <p>• มี 3 วิธี (น้ำหนักคำแนะนำ +) ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนิเทศ เน้นการสนับสนุน</li> <li>- ระดับบระครอง จากครอบครัว และชุมชน</li> <li>- มาตรการทางสังคม</li> <li>- การใช้ช่วยเลิกยาสูบบางชนิด โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน</li> </ul>	<p>• ชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความภาคภูมิใจในความกล้าใจ แสดงความห่วงใยในอุปสรรคที่มี (น้ำหนักคำแนะนำ +)</p> <p>• สอนการปรับวิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้หลักศาสนา ทางานอดิเรก (น้ำหนักคำแนะนำ +)</p> <p>• หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นความอยากเสพ</p> <p>• จัดให้มีการติดตามผลการเลิกทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือใช้บริการ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ ทางโทรศัพท์ 1600 (น้ำหนักคำแนะนำ +)</p> <p>• จัดให้มีกลุ่มจิตอาสาพบเลิกยาสูบ เพื่อเป็นแกนนำ รณรงค์ในชุมชนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ ผู้ที่ยังเสพอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>iv</sup></p>
<p>++</p>	<p>P3- Promote motivation</p> <p>สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพ</p>	<p>ใช้แนวทางการ SR <sup>3,22-24</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ ++)</p> <p>ซึ่งประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevance ที่ให้เห็นว่าการเลิกยาสูบ เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์ กับปัญหาทางสุขภาพของผู้เสพเอง อย่างไรก็ตาม หรือจะจูงใจในสิ่งที่ผู้เสพ ให้ความสำคัญ</li> </ul>	<p>• กล่าวต่อผู้ป่วยว่า “การสูบบุหรี่เป็นต้นเหตุทำให้โรคหัวใจ (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) ของคุณ กำเริบอย่างต่อเนื่องและทรุดหนักลงเรื่อยๆ อย่างนี้”</p> <p>• กล่าวต่อผู้ป่วยว่า “การเลิกบุหรี่จะช่วยให้โรคคุณมีไปของของคุณกำเริบน้อยลงและไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ อย่างนี้”</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risks เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลที่จะเกิดแก่คนรอบข้างด้วย</li> </ul>	อธิบายผลเสียที่เกิดขึ้นแล้วหรือกำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และอาจเกิดกับคนรอบข้างได้แบบสั้นๆ แต่ได้ใจความ โดยต้องพิจารณาเทคนิคการพูดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและระดับการศึกษาของผู้ป่วยด้วย (น้ำหนักคำ ++)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reward เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย</li> </ul>	ให้เน้นย้ำผลดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเข้าใจได้ง่าย (น้ำหนักคำ ++)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roadblock วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาเลิกเสพ พร้อมเสาะหาแนวทางแก้ไข</li> </ul>	เช่น สอนวิธีการแก้ข้อถกเถียงที่เกิดขึ้นด้วยเทคนิคต่างๆ พฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขความเคยชิน การรักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น (น้ำหนักคำ ++)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetition ควรให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และยังคงเสพยาสูบบุหรี่</li> </ul>	

**ตารางที่ 2: แสดงการประเมินความตั้งใจใจการเลิกเสพตาม Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model**

ระยะ	รายละเอียด
ไม่สนใจ (Precontemplation)	ไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบใน 6 เดือนข้างหน้า
ลังเล (Contemplation)	คิดจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ แต่ยังไม่มีความชัดเจน
พร้อม (Preparation)	กำลังวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ ภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรือ กำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่
ลงมือ (Action)	เลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ มาได้ไม่เกิน 6 เดือน
คงสภาพ (Maintenance)	เลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ มาแล้วนานกว่า 6 เดือน

**ตารางที่ 3: แสดงแบบสอบถาม Heaviness of Smoking Index (HSI) ฉบับภาษาไทย**

คำถามที่ใช้	คะแนน
ท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน? • ภายใน 5 นาทีหลังตื่น • 6 - 30 นาทีหลังตื่น • > 30 นาทีหลังตื่น	3 2 1
ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ วันละกี่มวน? • มากกว่า 30 มวนต่อวัน • 21-30 มวนต่อวัน • 11-20 มวนต่อวัน	3 2 1
<b>การแปลผล:</b> 5-6 คะแนน = ติดนิโคตินรุนแรง; 3-4 คะแนน = ติดนิโคตินปานกลาง; 0-2 คะแนน = ติดเล็กน้อย	



## 1.2 การนิเทศ (Counseling) เพื่อเลิกยาสูบ

การนิเทศเพื่อเลิกเสพยาสูบนั้น แบ่งเป็น 4 ชนิด<sup>1-3,14-17</sup> ได้แก่

1. การนิเทศ แบบสั้นเชป (Brief Intervention)

2. การนิเทศ แบบเข้ม (Intensive counseling) ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก ได้แก่ แบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling)

3. การนิเทศทางโทรศัพท์ (Telephone counseling)

4. การนิเทศทางอินเทอร์เน็ต หรือ ข้อความสั้น (SMS & MMS) (Interactive counseling)

- แนะนำอย่างยิ่งให้ดำเนินการนิเทศอย่างน้อยหนึ่งอย่างแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงเสพยาสูบโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมาด้วยอาการใดก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากการนิเทศร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Medication) ตามข้อบ่งชี้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> การนิเทศไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพดีสำหรับผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ ดังนั้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup>

## 1.3 การนิเทศแบบสั้นเชป (Brief Intervention)

การนิเทศแก่ผู้ป่วยแม้เพียงระยะเวลาสั้นๆ (1-3 นาที) ที่เรียกว่า brief intervention ก็สามารเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพยาสูบสำเร็จได้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การเลิกด้วยตนเองของผู้ป่วย<sup>1-3,16, 25-28</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> ทั้งนี้ คำพูดของการนิเทศชนิดนี้ต้องกระชับ ได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจนหนักแน่น และเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย เนื้อหาที่ใช้พูดอาจประกอบด้วย 4 ประการหลักๆ ตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR<sup>27-28</sup> หรือ “4ล” (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> ประกอบด้วย

- เลือ่วัน (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกเสพ ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก ซึ่งวิธีการหลังนี้ บุคลากรจะต้องเป็นผู้กำหนดวันเลิกเสพที่เป็นไปได้จริง สำหรับผู้ป่วยนั้นๆ (แต่ไม่ควรเกิน 2-4 สัปดาห์ นับจากครั้งแรก) จากนั้น กำหนดปริมาณการเสพที่ต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละเวลาและแต่ละวัน เช่น ลดการเสพวันละ 1 มวน และห้ามเสพจนกว่าจะผ่านมื้ออาหารเช้าหรือเที่ยง

ในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น โดยอธิบาย หรือเขียนเป็นแผนให้ผู้ช่วยนำไป ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

- **ลั่นวาจา (Tell family and others):** บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิก เสพ และขอกำลังใจและการสนับสนุน จากทุกคน

- **พร้อมลงมือ (Anticipate challenges):** วางแผนรับมือปัญหา ที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้ง พร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน นำเทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination เพื่อรับมืออาการ ถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

- **ละอูปกรณ (Remove all tobacco-related products):** กำจัด บุหรี่ ยาสูบทุกทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอูปกรณที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อม หลีกเลี้ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ

#### 1.4 การนิเทศแบบเข้ม (Intensive Counseling)

หลักการนิเทศแบบเข้มที่ดี ควร เน้น 2 ประเด็น ได้แก่

1. การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical/problem solving skill counseling)<sup>1,2,15,25</sup> ประกอบด้วย

- ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสพ
- เน้นย้ำการเลิกเสพอย่าง แท้จริง เด็ดขาดและรวดเร็วที่สุด

- ทบทวนประสบการณ์การ เลิกเสพในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือ วิธีชีวิตประจำวัน (เช่น อาหาร การออกกำลังกาย)

- วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือ กับการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น และ วางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ เสพยาสูบต่อไปอีก

- หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่ เลิกเสพยาสูบด้วย

- แนะนำให้ชวนคนที่เสพ ในบ้านให้เลิกเสพด้วยพร้อมกัน หรือ อย่างน้อยขอร่องให้อยาเสพต่อหน้า

- จัดให้มีบุคคลากรที่คอย สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ปวย และ เสริมสร้างแรงจูงใจ (Intra-treatment support)

- ส่งเสริมให้ผู้ปวยได้รับการ สนับสนุนและกำลังใจจากภายนอก สถานพยาบาลด้วย (Extra-treatment support) เช่น จากกลุ่มจิตอาสาพาลเลิก ยาสูบที่จัดตั้งขึ้นในสถานพยาบาลหรือ ในชุมชนซึ่งมักประกอบด้วย แกนนำใน



ชุมชน และกลุ่มคนที่เลิกเสพได้แล้ว ร่วมกับญาติพี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification)<sup>1,2,14-15</sup> ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจส่งผลต่อการกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก สอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (trigger) และรู้จักเบี่ยงเบนความคิด เมื่อเกิด

อาการหรือคิดอยากเสพอีก (ดูภาคผนวก) อาจแนะนำเทคนิคที่เรียกว่า 5D (น้ำหนักค่าแนะนำ ++)<sup>IV</sup> ได้แก่ delay (เลื่อนระยะเวลา), deep breathe (สูดหายใจลึกๆ ตั้งสมาธิ), drink water (ดื่มน้ำสะอาดมากๆ), do something else (เปลี่ยนอิริยาบถหรือกิจกรรม), destination (ย้ายเตือนตนเองถึงเป้าหมายที่ตนได้ตั้งใจเลิกเสพแล้ว) เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

**ตารางที่ 4: แสดงแนวทางแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในการกระตุ้นให้ยังคงเสพยาสูบ<sup>29</sup>**

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางแก้ไข
อาการถอนนิโคติน เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เวียนศีรษะ ไม่มีสมาธิ ใจสั้น	ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผลไม้รสเปรี้ยว
ความเครียด จากชีวิตประจำวัน	รู้จักปล่อยวาง ฝึกจิต ไม่จริงจังกับชีวิตจนเกินไป ฝึกมองปัญหาต่างๆ ในมุมบวก
ความเครียด จากการทำงาน	ทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด หากยังถูกตำหนิรับฟังแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข มองสิ่งต่างๆ รวมทั้งคำตำหนิในมุมบวก
คนใกล้ชิดหรือกลุ่มเพื่อนเสพยาสูบ	หลีกเลี่ยงชั่วคราวให้ไกลจากกลุ่มผู้ที่เสพยาสูบ โดยเฉพาะใน 2-3 สัปดาห์แรก รู้จักปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ดีแก่ตน
พฤติกรรมความเคยชินและสถานที่ที่เคยเสพเป็นประจำ เช่น ที่โต๊ะอาหาร หลังอาหารแต่ละมื้อ ในห้องน้ำ เป็นต้น	เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม สร้างพฤติกรรมใหม่ที่ไม่สู่มเสี่ยง เช่น หลีกเลี่ยงการนั่งที่โต๊ะอาหารนานๆ จัดห้องทำงานหรือห้องนอนให้ดูแปลกตามจากเดิม ย้ายเฟอร์นิเจอร์ไปตามมุมใหม่ๆ ติดโปสเตอร์เตือนสติไว้ตามพื้นที่สู่มเสี่ยง
อุปกรณ์การเสพ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ไฟแช็ค	กำจัดอุปกรณ์ทั้งหมดในการเสพยาสูบโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ให้ความอุปกรณ์เหล่านี้เป็นเครื่องมือการคว่ำชีวิตตนเองทั้งสิ้น

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางแก้ไข
การเที่ยวกลางคืน	เลิกพฤติกรรมนี้ อย่างน้อยชั่วคราว 1-2 เดือน หาพฤติกรรมอื่นๆ ที่สร้างสรรคมาทดแทน เช่น การออกกำลังกาย ไปฟิตเนส เดินแอโรบิค ฟีกนั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ ดูหนัง ทำกิจกรรมเพื่อชุมชน เป็นต้น
การดื่มสุรา	เลิกพฤติกรรมนี้ ถ้าปฏิเสธ รู้จักทดแทนด้วยพฤติกรรม สร้างสรรคอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย ไปฟิตเนส เดินแอโรบิค ฟีกนั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ ดูหนัง ทำกิจกรรม เพื่อชุมชน เป็นต้น หรืออาจทดแทนสุราด้วยเครื่องดื่ม ที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น โคล่า โซดา

### 1.5 การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Tobacco cessation medications)

ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิศักร์เหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้น ยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม<sup>30-31</sup> ได้แก่

1. สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) เป็นยาที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่า อาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ NRT อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพมีโอกาสเลิก

เสพได้สำเร็จมากขึ้น<sup>32-36</sup> ในปัจจุบันประเทศไทยมี NRT อยู่ 2 รูปแบบเท่านั้น ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>1</sup> และหมากฝรั่ง (nicotine gum) (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>1</sup> ในอนาคตจะมีแบบเม็ดอม (nicotine lozenges) (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)<sup>1</sup> อีกด้วย

2. ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropionSR (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>1</sup>, varenicline (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>1</sup> และ nortriptyline (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>1</sup> ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำให้ผู้สูบสามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น<sup>37-45</sup>

• แนะนำอย่างยิ่งให้ภาครัฐส่งเสริมให้ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ

สามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>I</sup> เนื่องจากยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน<sup>32-35</sup>, แผ่นติดนิโคติน<sup>34,36</sup>, bupropionSR<sup>37-38</sup>, varenicline<sup>39-44</sup> และ nortriptyline<sup>45</sup> มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้เสพยาสูบสามารถเลิกเสฟได้มากขึ้นกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว อีกทั้ง มีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้ยามาตรฐานเหล่านี้ในบริการเลิกยาสูบนั้นมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐ<sup>48-50</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>II</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานเฉพาะในผู้เสฟที่มีความประสงค์จะเลิกเสฟยาสูบอย่างแท้จริง ร่วมกับ ข้อหนึ่งข้อใด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ภาวะถุงลมโป่งพอง หืด มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคติดยาเสฟติดแอดส์ โรคจิตประสาท

2. เสฟติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กล่าวคือ มีคะแนน HSI อย่างน้อย 3 หรือมากกว่า

### 3. เคยล้มเหลวในการเลิกเสฟมาก่อนภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

- แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตามอาการผู้ป่วยที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบทุกรายอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งอธิบายถึงผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ของยาแต่ละชนิดที่เลือกใช้ให้แก่ผู้ป่วยได้รับทราบก่อนเริ่มใช้ยา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>I</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบด้วยการนิเทศในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมร่วมด้วยเสมอ ไม่ว่าจะเป็แบบสังเขป แบบเข้ม หรือทางโทรศัพท์ก็ตาม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>I</sup> เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัด<sup>1-3,25</sup> ไม่แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบโดยปราศจากการนิเทศแก่ผู้ป่วยเลย<sup>1-3,25,30-31</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ --)<sup>I</sup>

- ในการเลือกใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานว่าจะใช้ชนิดใดเป็นยาแรกนั้น แนะนำให้พิจารณาถึงประสิทธิผล ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงของยา ความประสงค์ของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์ในความพยายามเลิกเสฟครั้งก่อนๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> โดยให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป<sup>1-3,25</sup> นอกจากนี้ในรายที่จำเป็นและใช้ยาเพียงชนิดเดียวไม่ได้ผลนั้น แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย

2 ชนิดร่วมกัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพยาให้สำเร็จได้มากขึ้น<sup>1-2,30,46</sup>

- แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน<sup>1-3,14,25,30-32</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>II</sup> มีข้อมูลบางแห่งระบุว่าการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเกินจากระยะเวลาดังกล่าว เช่น 6 เดือนสำหรับยา varenicline อาจช่วยลดโอกาสการกลับมาเสพติดได้ด้วย<sup>41</sup> (น้ำหนัก

คำแนะนำ +/-)<sup>II</sup> นอกจากนี้ไม่แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานสั้นกว่า 3 เดือน<sup>1,25,30-31,34</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ -)<sup>II</sup> เพราะอาจทำให้โอกาสการกลับมาเสพติดสูงขึ้นได้

- ไม่แนะนำอย่างยิ่งในการใช้ยาอื่นใดที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงแก่ผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม benzodiazepine และยาด้านโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ ในการบำบัด<sup>1-3,14,25</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ -)<sup>II</sup>

ขนาดและวิธีใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานแต่ละชนิด<sup>1-3,15,25,31,34-35,39-40</sup>

**ชาหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea Less)**

**ขนาดยา** ชาหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อซอง) วันละ 3 ครั้ง  
**วิธีใช้** รับประทานชาหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัมต่อซอง) ผสมกับน้ำ 150 มิลลิลิตร ต้มวันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานชาอย่างน้อย 7 วันก่อนกำหนดวันเลิกเสพยา และรับประทานต่ออีก 7 วัน (รวมทั้งสิ้น 14 วัน)

**อาการไม่พึงประสงค์** คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

**ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้** ไม่ทราบ

**Pregnancy risk category :** ไม่ทราบ

**ข้อดี** ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

**ข้อเสีย** ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และยังไม่มีความรู้ประสิทธิภาพในการรักษาโรคเสพยาสูบในระยะยาว ต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

## นิโคตินทดแทน ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine Patch)

- ขนาดยา - ผู้ที่เสพน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัม ติด 24 ชั่วโมง ต่อแผ่น เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 7 มก. เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์
- ผู้ที่เสพตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป ใช้ขนาด 21 มก. ติด 24 ชั่วโมง ต่อแผ่น เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 14 มก. เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ จากนั้นลดลงเป็น 7 มก. อีก 3-4 สัปดาห์

วิธีใช้ ควรติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน ไม่มัน ไม่มีบาดแผลอักเสบ โดยอาจติดบริเวณคอ สะโพกหรือต้นแขนด้านนอก ควรติดแผ่นยาทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดไว้ 24 ชั่วโมง ยกเว้นมีปัญหานอนไม่หลับหรือฝันร้ายให้ดึงออกขณะนอนหลับ ในบางรายที่มีประวัติเสพติดรุนแรงหรือมีอาการถอนนิโคตินมากอาจพิจารณาติดแผ่นยา 2 แผ่นพร้อมกันในตำแหน่งที่แตกต่างกันได้

อาการไม่พึงประสงค์

ระคายเคืองผิวหนัง นอนไม่หลับ

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์

ถ้านอนไม่หลับให้ดึงยาออกก่อนนอน ถ้าระคายเคืองผิวหนังให้เปลี่ยนที่ติดหรือทายาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้นิโคติน, ผู้ป่วยที่แพ้แผ่นติดผิวหนัง, life-threatening arrhythmia, recent myocardial infarction ภายในเวลา 2 สัปดาห์
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วย hyper-thyroidism, ผู้ป่วย DM type 1

Pregnancy risk category : D

ข้อดี ใช้สะดวก ง่าย วันละ 1 ครั้ง ขนาดยาคงที่ได้อย่างต่อเนื่องตลอดวัน ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้ดี มีผลข้างเคียงไม่มากนัก

ข้อเสีย ปรึบยาไม่ได้ ระดับนิโคตินที่ได้ในกระแสเลือดขึ้นช้าและต่ำ

## หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine Gum)

ขนาดยา ใช้เดี่ยว 1-2 ชิ้นเมื่อมีอาการถอนนิโคติน (ทุก 1-2 ชั่วโมง) หรือใช้หลังง่ายๆ ว่า 1 ชิ้นของหมากฝรั่งขนาด 4 มก. แทนบุหรี่/ยาสูบ 1 มวน

- ผู้ที่เสवन้ละ 10-24 มวน ใช้ขนาด 2 มก. ไม่เกินวันละ 30 ชิ้น
- ผู้ที่เสवन้ละ 25 มวนขึ้นไป ใช้ขนาด 4 มก. ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น

วิธีใช้ ต้องงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด (เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว) อย่างน้อย 15 นาทีก่อนใช้ยา เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา การเคี้ยวยาให้เคี้ยวช้าๆ จนได้รสเผ็ดซ่า แล้วอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสซาหายไป จึงนำมาเคี้ยวใหม่ สลับกันไปเช่นนี้ (chew & park technique) โดยใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อเม็ด

อาการไม่พึงประสงค์ อาจมีอาการ ปวดกราม สะอึก ท้องอืด ปวดท้อง แผลในปาก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ เคี้ยวยาให้ถูกต้อง ไม่เคี้ยวเร็วจนเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืนน้ำลายระหว่างเคี้ยวยา

### ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยแพ้นิโคติน, ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรม, life-threatening arrhythmia, recent myocardial infarction ภายในเวลา 2 สัปดาห์, ผู้ป่วยที่มีปัญหา peptic ulcer
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วย hyperthyroidism, ผู้ป่วย DM

Pregnancy risk category : C

ข้อดี ใช้สะดวก รับประทานยาได้เอง ใช้ระงับอาการถอนนิโคตินได้ค่อนข้างดีกว่าแผ่นติดนิโคติน เนื่องจากได้ระดับนิโคตินที่สูงขึ้นเร็วกว่าหลังใช้

ข้อเสีย ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น ทำให้ต้องเข้ายาบ่อย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรมอาจไม่สามารถใช้ได้

## Bupropion HCL Sustained Release

ขนาดยา 150 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 150 มก. วันละ 2 เวลา เข้า-เย็น ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูบบุหรี่รับประทานยา 1-2 ฝัปดาห์ก่อนลงมือเลิกเสพยาสูบ ห้ามรับประทานเกินวันละ 300 มก.

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ด ห้ามหักหรือเคี้ยว

อาการไม่พึงประสงค์ นอนไม่หลับ ปากแห้ง ปวดศีรษะ มือสั่น ชัก (1:1,000)

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ถ้านอนไม่หลับให้พยายามรับประทานม็อดอนเอนในเวลากลางคืน หรืออาจลองใช้ยาขนาดลดลงเป็นวันละ 150 มก. แทน

### ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคลมชัก (seizure disorders), bulimia, anorexia nervosa
2. ห้ามใช้ร่วมกับยากลุ่ม MAOIs
3. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการชัก

Pregnancy risk category : C

ข้อดี ใช้รับประทาน ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ใช้ร่วมกับ NRT ได้ จากผลการศึกษาพบว่าการใช้ยา bupropion จะสามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลิกเสพยาสูบในระยะยาวได้มากกว่าการใช้ NRT เพียงอย่างเดียว

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงบ้าง เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ

## Varenicline

เป็นยาต้านนิโคตินที่ออกฤทธิ์เป็น partial agonist และ partial antagonist ของ alpha4-beta2 nicotinic receptors ทำให้สามารถลดทั้งอาการอยากบุหรี่/ยาสูบ และป้องกัน positive reinforcement จากการเสพยาสูบลงได้พร้อมๆ กัน

ขนาดยา 0.5 มก. รับประทาน วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 0.5 มก. เข้า-เย็น จนครบ 7 วัน และเพิ่มเป็น 1.0 มก. เข้า-เย็น โดยให้ ผู้สูบบุหรี่รับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกเสพยาสูบ

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ดพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานยาตอนก่อนนอน

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ผันแปรต่างๆ (vivid dream)

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ รับประทานยาพร้อมอาหารจะลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนลงได้ อาการคลื่นไส้ มักจะดีขึ้นหลัง รับประทานยาไปได้ราว 1-2 สัปดาห์

### ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคไตวายระยะสุดท้าย (end-stage renal disease), อายุต่ำกว่า 18 ปี, สตรีตั้งครรภ์
2. ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีประวัติโรคลมชักหรือโรคทางจิตเวชต่างๆ

Pregnancy risk category : C

ข้อดี ใช้วิธีรับประทาน เป็นยาที่มีการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการ ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาสูบได้สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับยาช่วยเลิก ยาสูบชนิดอื่น ๆ

ข้อเสีย มีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แต่ไม่รุนแรง



## Nortriptyline

ขนาดยา 50-75 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจากขนาดยาประมาณ 10-25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆ ทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีผลข้างเคียง

วิธีใช้ รับประทานยาวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยให้เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกยาสูบ

อาการไม่พึงประสงค์ ง่วงนอน ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะไม่ออก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ พิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามเท่านั้น และเลือกใช้ขนาดยาที่เหมาะสม โดยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาอย่างช้าๆ พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

### ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหา cardiac arrhythmia โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางสมองและระบบประสาท
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า
3. การหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ ห้ามหยุดยาทันที

Pregnancy risk category : D

ข้อดี ราคาถูก เป็นยาช่วยเลิกยาสูบเพียงชนิดเดียวที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงมาก เช่น ปากแห้ง ง่วงนอน และต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด



ตารางที่ 5: เปรียบเทียบวิธีใช้และข้อเสียของยาสูบมาตรฐานแต่ละชนิด 1-3,14,25,31

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยารักษา ยาสูบ	ขนาดยา	ระยะเวลา (สัปดาห์)	Estimated Odds Ratio (95%CI)	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
+	แผ่นติด นิโคตินชนิด (Nicotine patch)	> 10 มก./วัน: 21mg/24hr x 6-8 wk ติดวันละ 1 ครั้ง ตอนเช้าหรือเย็นก็ได้; จากนั้นลดเป็น 14mg/24hr & 7mg/24hr ทุกๆ 2-4 wk	6-16	1.9 (1.7-2.2)	ออกฤทธิ์ยาว และระดับยา คงที่	onset ช้า ไม่เหมาะกับการ breakthrough craving; เกิดผิวหนัง อักเสบ	หลีกเลี่ยงใน สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category D) หรือเห็นมดลูก; ระวังการใช้ใน ผู้ป่วยเบาหวาน
+	หมากฝรั่ง นิโคติน	≥25 มก./วัน: ใช้ 4 mg โดย week 0-6 ให้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 hr จากนั้นค่อยๆ ลดลงโดยเพิ่ม ระยะห่างของการเคี้ยวออกไป หรืออาจพิจารณาจากจำนวน บุหรี่ยาสูบ ที่สูบต่อวัน โดย หมากฝรั่ง (4mg) 1 เม็ด แทนบุหรี่ยาสูบ 1 มวน;  < 25 มก./วัน: ใช้ 2 mg ด้วย schedule เดียวกัน	6-14	1.5 (1.2-1.7)	ใส่ง่าย ลดอาการ ถอนนิโคตินแบบ breakthrough craving ได้ดี; ชะลอ weight gain ได้	ต้องเคี้ยว ให้ถูกวิธี (Chew and Park technique) เพื่อลด ผลข้างเคียง	ผู้ที่มี Temporo mandibular joint (TMJ) หรือใช้ฟันปลอม; ในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C); ระวังการใช้ใน ผู้ป่วยเบาหวาน

+	Bupropion SR	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ ก่อนหยุดเสพยาสูบ โดยให้ ขนาด 150 mg po QD x 3 วัน แล้วเพิ่มเป็น 150 mg BID	12-24	2.0 (1.8-2.2)	ใช้ในผู้ป่วย cardiovascular disease ได้; ระวัง weight gain ได้; ใช้ได้ดี ในผู้ป่วยที่มี depression ด้วย	Seizure (1:1,000); eating disorders; นอนไม่หลับ (35-40%)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า; ผู้ป่วยใช้หรือ เคยใช้ยากลุ่ม MAOI; สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C)
+	Varenicline	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ ก่อนหยุดเสพยาสูบ โดยให้ ขนาด 0.5 mg po QD x 3 วัน จากนั้น 0.5 mg BID ในวันที่ 4-7 และ 1mg BID ต่อจากนั้น จนครบ 12 สัปดาห์	12-24	3.1 (2.5-3.8)	ได้ผลสูงสุด; ลด positive reinforcement ได้; ใช้ในผู้ป่วย cardiovascular disease ที่อาการคงที่ได้	Nausea (30%); abnormal dreams (5%)	สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C); ผู้ป่วย end-stage renal disease; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือมี psychiatric disorders ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

น้ำหนัก คำ แนะนำ	ยาช่วยเลิก ยาสูบ	ขนาดยา	ระยะเวลา (สัปดาห์)	Estimated Odds Ratio (95%CI)	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
++	Nortriptyline	เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วัน ก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 10-25 mg po QD แล้วเพิ่ม ขนาดขึ้นเรื่อยๆ ทุก 3-5 วัน จนถึง 75 mg QD	12	1.8 (1.3-2.6)	ประสิทธิภาพดี; ราคาถูกมาก; มีใช้กว้างขวาง	ปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอน ปวดศีรษะ	สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category D); หลีกเลี่ยงใน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ทุกประเภทและ ผู้ที่เคยใช้ยากด MAOI ภายใน 2 สัปดาห์
++	ชาหญ้า ดอกขาว (Vernonia cinerea Less)	ชงน้ำร้อนดื่ม ครั้งละ 1 ชง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อชง) วันละ 3 ครั้ง	6-12	ไม่ทราบ	ราคาถูก เป็น ผลิตภัณฑ์ ธรรมชาติ	ยังไม่มีข้อมูล ประสิทธิภาพ ในการบำบัด ในระยะยาว	ยังไม่ทราบ รายละเอียด เกี่ยวกับอาการ ไม่พึงประสงค์ ในระยะยาว

ตารางที่ 6: แสดงประสิทธิภาพของยาช่วยเลิกยาสูบชนิดต่างๆ เปรียบเทียบกัน<sup>1-3,25</sup>

ยาช่วยเลิกบุหรี่		Odds Ratio† (95%CI)	Odds Ratio† (95%CI)
<b>Monotherapy</b>			
แผ่นดัตนินโคดีน ขนาดสูง (>25 มิลลิกรัม)		2.3 (1.7-3.0)	1.2 (0.9-1.6)
หมากฝรั่งนิโคดีน (ไม่เกิน 3 เดือน)		1.5 (1.2-1.7)	0.8 (0.6-1.0)
หมากฝรั่งนิโคดีน (3-6 เดือน)		2.2 (1.5-3.2)	1.2 (0.8-1.7)
Bupropion SR		2.0 (1.8-2.2)	1.0 (0.9-1.2)
Varenicline		3.1 (2.5-3.8)	1.6 (1.3-2.0)
Nortriptyline		1.8 (1.3-2.6)	0.9 (0.6-1.4)
<b>Combination Therapy</b>			
แผ่นดัตนินโคดีน + หมากฝรั่งนิโคดีน (เคี้ยวเฉพาะเวลาอยากบุหรี่)		3.6 (2.5-5.2)	1.9 (1.3-2.7)
แผ่นดัตนินโคดีน + Bupropion SR		2.5 (1.9-3.4)	1.3 (1.2-1.8)
แผ่นดัตนินโคดีน + Nortriptyline		2.3 (1.3-4.2)	0.9 (0.6-1.4)
แผ่นดัตนินโคดีน + ยาด้านที่เพิ่มศรัทกลุ่ม second generation (paroxetine, ventalafaxine)		2.0 (1.2-3.4)	1.0 (0.6-1.7)

† เมื่อเปรียบเทียบกับ placebo

‡ เมื่อเปรียบเทียบกับแผ่นดัตนินโคดีนเพียงอย่างเดียว

## 1.6 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและประสงค์จะเลิกเสพ

- แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดโรคเสพยาสูบควบคู่กันไปกับการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ และประสงค์จะเลิกเสพยาสูบเหล่านี้ทุกรายที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> หากยังไม่สามารถเลิกเสพยาสูบได้ แม้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัด แนะนำให้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกเสพยาสูบมาตรฐานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการใช้ยา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>II</sup>

## 1.7 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการบำบัด

- หากสถานพยาบาลใดยังขาดความพร้อมในการบำบัดโรคเสพยาสูบ แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่าโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการบำบัดโรคเสพยาสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโรคเสพยาสูบอย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังคงเสพยาสูบไม่ได้ภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัด ไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

## 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 Dept of Health and Human Services, Public Health Service 2000.
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดยูรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ 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. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2535: มาตรา 3.
6. Hatsukami DK, Le CT, Zhang Y, et al. Toxicant exposure in cigarette reducers versus light smokers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15(12):2355-8.
7. Shiffman S, Ferguson SG, Strahs KR. Quitting by gradual smoking reduction using nicotine gum: a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2009;36(2):96-104.
8. Cheong Y, Yong HH, Borland R. Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the International Tobacco Control Policy Evaluation Study. Nicotine Tob Res. 2007;9(8):801-10.
9. Martin-Lujan F, Piñol-Moreso JL, Martin-Vergara N, et al. Effectiveness of a structured motivational intervention including smoking cessation advice and spirometry information in the primary care setting: the ESPITAP study. BMC Public Health. 2011;11:859.



10. Spata J, Kelsberg G, Safranek S. Clinical inquiries. Does office spirometry improve quit rates in smokers? *J Fam Pract.* 2010;59(10):593-4.
11. Parkes G, Greenhalgh T. Paradoxes of spirometry results, and smoking cessation. *Prim Care Respir J.* 2010;19(3):295-6.
12. Katz A, Lambert-Lanning A, Miller A, et al. Delivery of preventive care: the national Canadian Family Physician Cancer and Chronic Disease Prevention Survey. *Can Fam Physician.* 2012;58(1):e62-9.
13. White AR, Rampes H, Liu JP, et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1):CD000009.
14. Swartz SH, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. *Med Clin North Am* 2004; 88(6):1623-41.
15. West R, McNeil A, Raw M. National smoking cessation guidelines for health professionals. an update. *Thorax.* 2000;55: 987-999.
16. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of systemic Reviews* 2000; (2)CD000165.
17. West R. & Shiffman S. Smoking Cessation. Fast Facts: Indispensable Guides to Clinical Practice. Oxford: Health Press Limited; 2004
18. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;12:CD008743.
19. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992; 47:1102.
20. Borland R, Yong HH, O'Connor RJ, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res.* 2010;12 Suppl:S45-50.



21. Hammond D, Fong GT, Zanna MP, et al. Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. *Am J Prev Med.* 2006;31(3):225-32.
22. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1): CD003999.
23. McEwan A. & West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tobacco Control;* 2001;10(1):27-32.
24. Hajek P, Stead L.F, West R, Jarvis M. & Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.* Art.
25. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J.* 2008;121(1276):57-70.
26. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD000165.
27. U.S. department of health and human service. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. *DHHS Publication;* 2001
28. Demers RY et al. The impact of physician's brief smoking cessation counseling. a MIRNET study. *J Fam Pract* 2001; 50:138-144.
29. เตียรชัย งามทิพย์วัฒนา. การดูแลรักษาโรคติดยาโดยไม่ใช้ยา. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา รณชัย คงสกนธ์. (บรรณาธิการ) ตำราพิษภัยและการรักษาโรคติดยาหรือ พิษครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์; 2552. หน้า 360-374.
30. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008; 179:135-44
31. Nides M. Update on pharmacology options for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008; 121(4): S20-S31.



32. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Sys Rev.* 2004;(3):CD000146.
33. 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.
34. Fagerström K. Nicotine replacement in smoking cessation. *Breathe* 2005;2:66-68.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. Jorenby DE, Hays JT, Riiigotti NA, et al. Efficacy of Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, VS placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *JAMA* 2006;56-63.
40. 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.



41. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Efficacy of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled-trial. *JAMA* 2006;296:64-71.
42. Tsai ST, Cho HJ, Vheng HS, et al. A randomized, placebo-controlled trial of varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, as a new therapy for smoking cessation in Asian smokers. *Clin Ther* 2007;29:1027-39.
43. Nakamura M, Oshima A, Fujimoto Y, et al. Efficacy and tolerability of varenicline an alpha4beta2 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.
44. Stapleton JA, Watson L, Spirling Li, et al. Varenicline in routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with conitine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008;103:146-54.
45. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NI, et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation* 2010;121:221-9.
46. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009 May;11(5):572-6.
47. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf.* 2011;34(3):199-210.
48. 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.





## บทที่ 2

# การป้องกันโรคเสพติด ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เลิกเสพแล้วหรือไม่เคยเสพ

สุกัญญา รุ่งเรืองศิริรักษา

### 2.1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

เมื่อพบผู้ป่วยที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสพติด แนะนำให้ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ชักจูงให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใจหันมาอยากเลิกเสพด้วยแนวทาง 5R1-6 อันประกอบด้วย การพูดคุยใน 5 ประเด็น ได้แก่ relevance, risks, rewards, roadblock, repetition (ตารางที่ 1) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

### 2.2 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังแต่ไม่ประสงค์จะเลิกเสพ

- แนะนำอย่างยั้งให้ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทุกรายได้รับการ

สอบถาม พร้อมบันทึกสถานะการเสพยาสูบลงในแฟ้มประวัติทุกๆ ครั้งที่เข้ารับบริการ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> และแนะนำอย่างยั้งให้ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในบริการเลิกยาสูบในโรงพยาบาลนั้นๆ ทุกครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วยเปลี่ยนใจอยากเลิกเสพ<sup>5-7</sup> (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำให้ส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้นในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup> หรือได้เปลี่ยนใจอยากเลิกเสพแล้ว แต่ยังไม่สามารถเลิกได้สำเร็จหลังจากได้รับการ

บำบัดอย่างเหมาะสมแล้วอย่างน้อย 1 เดือน (น้ำหนักค่าแนะนำ +) <sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทุกรายที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (น้ำหนักค่าแนะนำ ++) <sup>IV</sup> หากยังไม่สามารถเลิกเสฟได้ แม้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัด แนะนำให้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า (น้ำหนักค่าแนะนำ ++) <sup>IV</sup>

- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการใช้เครื่องวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (exhaled CO) เพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสฟให้เปลี่ยนใจมาอยากเลิกเสฟ <sup>1-2,8-9</sup> (น้ำหนักค่าแนะนำ +/-) <sup>III</sup> ควรรอผลการศึกษาเพิ่มเติมก่อน

- ไม่แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสฟให้เปลี่ยนใจมาเลิกเสฟ <sup>1-2,4,11-13</sup> (น้ำหนักค่าแนะนำ -) <sup>II</sup> เนื่องจากมีข้อมูลจำกัด และได้ผลไม่แน่นอน

## เอกสารอ้างอิง

1. U.S. department of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating 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 Dept of Health and Human Services, Public Health Service 2000.
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดยาหรือในในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
4. Swartz SH, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. Med Clin North Am 2004; 88(6):1623-41.



5. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J.* 2008;121(1276):57-70.
6. West R, McNeil A, Raw M. National smoking cessation guidelines for health professionals. an update. *Thorax.* 2000;55: 987-999.
7. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of systemic Reviews* 2000; (2)CD000165.
8. McEwan A. & West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tobacco Control;* 2001;10(1):27-32.
9. Bittoun R. Carbon Monoxide Meter: The essential clinical tool-the “stethoscope”-of smoking cessation. *J Smoking Cessation* 2008;3(2): 69-70.
10. West R. & Shiffman S. Smoking Cessation. *Fast Facts: Indispensable Guides to Clinical Practice.* Oxford: Health Press Limited; 2004
11. Nides M. Update on pharmacology options for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008; 121(4): S20-S31.
12. 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.
13. Fagerström K. Nicotine replacement in smoking cessation. *Breathe* 2005;2:66-68.



บทที่ 3

# แนวทางเวชปฏิบัติ ในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง\* พ.ศ. 2561

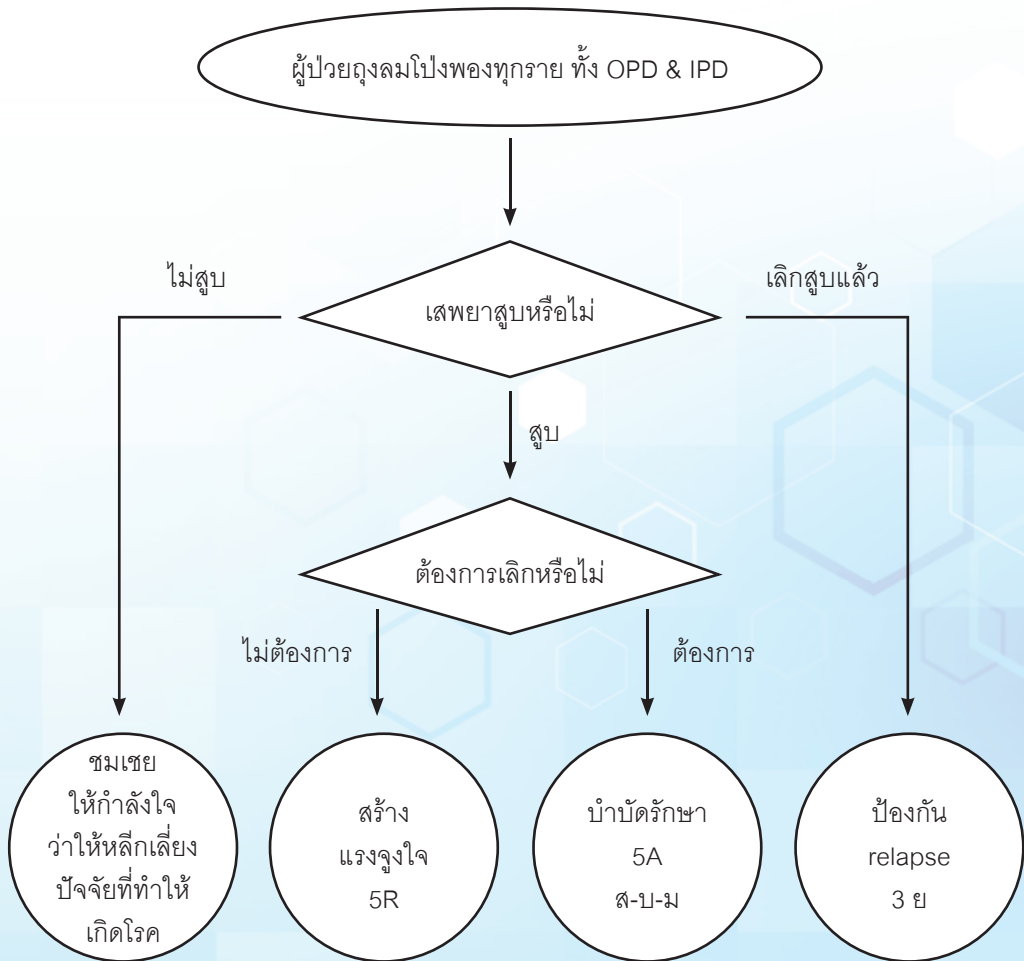
## บทนำ

ตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา โรคถุงลมโป่งพองนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากถึง 1 ล้านคนทั่วประเทศ และมี prevalence ที่ร้อยละ 7.1<sup>1</sup> ของคนไทยสาเหตุเกือบร้อยละ 90 เกิดจากการสูบบุหรี่ แม้ผู้ป่วยเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 32 ก็ยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup> ยิ่งกว่านั้น

ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ได้รับความช่วยเหลือ ในด้านการเลิกบุหรี่จากทีมบุคลากร ที่ดูแลโรคถุงลมโป่งพองของเขาเป็นประจำเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่ทราบกันดีว่าการเลิกบุหรี่เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ อีกทั้งผู้ป่วยเหล่านี้ก็มีนัดตรวจติดตามอาการอยู่เป็นระยะๆ อยู่แล้วก็ตาม



แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง  
พ.ศ. 2561 สำหรับทีมสหวิชาชีพ



## คำแนะนำในการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกโรคถุงลมโป่งพอง

- แนะนำให้ชี้แนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่ยังคงสูบบุหรี่ทุกราย โดยนำแนวทางนี้ไปสอดแทรกไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของงานประจำที่มีอยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นประจำอยู่แล้วในทุกขั้นตอน อันประกอบด้วย แพทย์/ อurses แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสมรรถภาพปอด เจ้าหน้าที่ธุรการ ฯลฯ เป็นแกนหลักในการให้คำแนะนำปรึกษา/บำบัด และติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ให้เลิกบุหรี่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> โดยอาจมีเจ้าหน้าที่จากคลินิกเลิกบุหรี่ (หากมี) เข้ามาร่วมให้คำปรึกษาและติดตามผล ณ คลินิกนั้นพร้อมๆ กันด้วยในรูปแบบของบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one-stop service) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- ในสถานพยาบาลที่มีบริการเลิกบุหรี่อยู่แล้วหรือมีศักยภาพเพียงพอในการจัดตั้งบริการเลิกบุหรี่ แนะนำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายได้รับการบำบัด

และติดตามผลในคลินิกเลิกบุหรี่หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) ควบคู่กันไปด้วย ในระหว่างที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดของแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองทุกราย ในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทุกๆ ครั้ง โดยสอดแทรกไว้ในขั้นตอนของงานประจำที่มีอยู่แล้วสำหรับคลินิกนั้นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้ง เมื่อเข้ารับบริการ โดยควรเลือกใช้ระบบที่ง่าย สะดวก ราคาถูก เป็นที่ยอมรับ เข้าใจได้ ตรงกันในทุกๆ หน่วยงาน และเหมาะสมกับบริบทของคลินิกนั้นๆ เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการบำบัด

และติดตามผลการให้บริการในระดับประเทศ พร้อมมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้เหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

### คำแนะนำในกระบวนการบำบัดในคลินิกโรคถุงลมโป่งพอง

- แนะนำอย่างยิ่งให้ทำการคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ด้วยการสอบถามผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการรักษาต่างๆ ครั้ง พร้อมบันทึกผลการสอบถามดังกล่าวลงในแฟ้มประวัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งให้ชัดเจน เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านในใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำให้บันทึกผลการสอบถามสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในแฟ้มประวัติ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ ได้แก่ สูบอยู่ เล็ก<1ปี ไม่สูบเลยหรือเลิกแล้ว≥1ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมินความรุนแรงในการเสพติดนิโคตินด้วย Heaviness of Smoking Index (HSI) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 2 คำถามสำคัญเท่านั้น ได้แก่ สูบบุหรี่วันละกี่มวน และ สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะชนิดใด ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป หรือต้องสูบบุหรี่มวนแรกแทบจะทันทีหรือภายในไม่เกินครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่เสพติดสารนิโคตินอย่างรุนแรง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับบริการ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาที่หลากหลาย โดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันสอดแทรกการบำบัดส่วนนี้ไว้ในแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของบุคลากรในคลินิก (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เช่น

- o เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลประจำคลินิกอาจใช้การให้คำแนะนำแบบสังเขป (Brief Intervention) ในขณะที่ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับการรักษา, ขณะตรวจ



วัดระดับก๊าซคาร์บอน-มอนอกไซด์ในลมหายใจ และ

ขณะที่ทำ 6-minute walk test

- o เมื่อผู้ป่วยไปตรวจสมรรถภาพปอด เจ้าหน้าที่ตรวจสมรรถภาพปอดก็สามารถให้คำแนะนำแบบสังเขปหรือแบบตัวต่อตัวทั้งก่อนและหลังการตรวจได้ โดยเชื่อมโยงอาการหอบเหนื่อยที่เกิดขึ้นหลังการตรวจเข้ากับการสูบบุหรี่

- o เมื่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ หลังจากที่ได้อำนาจการรักษาและติดตามอาการของโรคถุงลมโป่งพองแล้ว แพทย์ประจำคลินิกก็อาจใช้การให้คำแนะนำแบบสังเขปเช่นกัน โดยเน้นที่กระบวนการในการเลิกยาสูบ

- o เมื่อพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง เทคนิคการใช้ยาสูดขยายหลอดลม การออกกำลังกายและอาหาร พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลอาจพิจารณาให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว

(individual counseling) หรือแบบกลุ่ม (group counseling) เพื่อการเลิกยาสูบไปพร้อมกันเลยก็ได้

- o เกสเซอร์ก็อาจให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ในช่วงเดียวกันกับที่ให้คำแนะนำเรื่องยา

- o นักกายภาพบำบัดสามารถใช้การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่มก็ได้ในช่วงก่อนหรือระหว่างที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยต้องเชื่อมโยงอาการหอบเหนื่อยที่เกิดขึ้นจริงกับการเสพยาสูบของผู้ป่วย เป็นต้น

- ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และแสดงความสัมพันธ์กันระหว่างการสูบบุหรี่กับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำให้ใช้ผลตรวจสมรรถภาพปอดทั้งที่ปกติและที่ผิดปกติเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>



- ในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้แต่ละราย แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานอย่างน้อยชนิดใดชนิดหนึ่ง ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหลากหลายรูปแบบร่วมกันโดยเฉพาะแบบเข้มข้น ใน แต่ละครั้งโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกๆ สาขาที่เกี่ยวข้อง (น้ำหนักคำแนะนำ +) "

- แนะนำอย่างยิ่งให้ นิดติดตามผลการบำบัดอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> หากยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงระยะดังกล่าว แนะนำให้คงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดไปก่อนจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ทุกคลินิกจัดทำหรือจัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจติดตามทางคลินิก เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์ การประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด การส่งข้อความ SMS เพื่อสร้างกำลังใจ การเยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล การประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ +) "

- แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ทุกๆ ครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการของโรค ฉุกเฉินไปพองที่คลินิก และจัดให้มีคำแนะนำในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ (relapse prevention) แก่ผู้ป่วยทุกรายที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว อย่างน้อยทุกๆ 4 เดือนต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า 5 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในการบำบัดโรคพิษสุราในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ตามแนวทาง ส-บ-ม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางการปฏิบัติ
++	<p><b>ส-สอบถาม</b> (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพติดสุรยาสูบทุกชนิด)</p>	<p>สอบถามสถานะของการเสพติดสุราชนิดในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง <b>ทุกราย</b> ทุกๆ ครั้งที่มารับบริการ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน<sup>18</sup> ในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ให้สอบถามเพิ่มอีก 2 คำถาม ได้แก่ (1) สูบวันละกี่มวน; (2) สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน <b>ร่วมกับ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยว ยาฉัตูหรือเคมเปิ้ลาคับ (เคะ)?”</li> <li>• “คุณสูบวันละกี่มวนครับ (เคะ)?”</li> <li>• “โดยปกติ คุณสูบบุหรี่มวนแรกนานแค่ไหนหลังจากตื่นนอน?”</li> </ul>
++		<p>บันทึกข้อมูลที่ได้จาก 3 คำถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มารับบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพติดสูบลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>• ใช้สถิติภาวะหรือสัญญาณอื่น ๆ ในการระบุสถานะการเสพติดสูบบุหรี่ปัจจุบัน</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ</li> </ul>
++	<p><b>บ-บำบัด</b> (ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ)</p>	<p>แนะนำหรือให้คำปรึกษาโดยสอดแทรกไว้ในแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของคลินิกโดยบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในคลินิกโรคถุงลมโป่งพอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “คำก้ำพิช (CO) ในลมหายใจของคุณอยู่ในระดับที่สูงมากเลย คุณคงต้องเลิกก้ำพิชได้แล้วนะค่ะ พวกเราพร้อมช่วยเหลือนะค่ะ”</li> <li>• “ผลตรวจสมรรถภาพปอดของคุณคงออกมาไม่ดีเลยครั้บ หากคุณยังคงสูบบุหรี่อย่างนี้ต่อไป ตัวคุณสูงจะแย่แน่ๆ เพราะจะไม่มีปอดเหลือไว้ให้หายใจต่อไปอีก เลิกเถอะครั้บ พวกเราช่วยคุณสูงได้”</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• คุณลุงครับ โรคถุงลมโป่งพองของคุณลุงแย่มาก หมอขอให้คุณลุงเลิกบุหรี่ทันทีตั้งแต่วันนี้เลยนะครับ ไม่อย่างนั้นจะสายเกินแก้ การเลิกก็ไม่ยากวางเลยทิ้งเลย บอกลูกบอกเมียเลยนะว่าสัญญาทั้งหมดแล้วว่าจะเลิกบุหรี่ ทั้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด หยัดไปข้างหลังวางเพื่อนที่สูบบุหรี่ไว้ก่อนสัก 2-3อาทิตย์ ภายหลังค่อยเพิ่มเติมไปอ่านในเอกสารชิ้นนี้จะครับ (พร้อมยื่นเอกสารหรือแผ่นพับให้)</li> </ul>
<p>++</p>	<p><b>ม-หมั่นติดตาม</b> (หมั่นติดตามผลการบำบัด ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายและให้กำลังใจ)</p>	<p>นัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก หากยังไม่สามารถติดตามผลได้สำเร็จ แนะนำให้คงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดไปก่อน แต่หากเลิกได้สำเร็จก็อาจพิจารณาติดตามให้ห่างขึ้นได้ตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจติดตามทางคลินิก เช่น             <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์</li> <li>ข. ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด</li> <li>ค. ส่งข้อความ SMS เพื่อสร้างกำลังใจ</li> <li>ง. เยี่ยมบ้านเคย์ที่ทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล</li> <li>จ. ประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่</li> </ul> </li> </ul>

### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) “แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำไม่ได้ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ “แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่แนะนำ (อาจทำได้ ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)

### คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

- ระดับ I** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
- ระดับ II** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษา controlled clinical trials หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบวิจัยอื่นที่มีคุณภาพและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัด เช่น cohort study, case-control study เป็นต้น
- ระดับ III** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) หรือ การศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่ดำเนินการยังไม่เหมาะสมหรือมีคุณภาพยังไม่ดีนัก
- ระดับ IV** หมายถึง เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการวางแผนทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

## Patient Care Process (COPD)

Entry (Ask, Advise)	Patient Assessment		Care Plan	Care Delivery (Assist) (++)	Empowerment (Assist) (++)	Discharge Plan Refer (Assist) (++)
	Assessment (++)	Reassessment				
1. ลงทะเบียน ประวัติผู้ป่วย 2. คัดกรอง ความเสี่ยงด้าน ของปัญหา 3. Ask สอบถาม และบันทึก (++) สถานะ การสูบบุหรี่ - บันทึก เวรระเบียบ - Sticker - โปรแกรม คอมพิวเตอร์	1. น้ำหนัก/ส่วนสูง/ ดัชนีมวลกาย 2. Vital sign 3. ประวัติ/ตรวจ ร่างกาย 4. เจาะเลือด และ brief advise 5. Pulmonary function test และ brief advise 6. Six minute walk test PEFR และ brief advise  * ผลการประเมิน ได้การวินิจฉัยโรค หรือระบุปัญหา COPD	1. ติดตาม PFT หลังจากเลิกบุหรี่ 2. ติดตามทดสอบ หลังจากเลิกบุหรี่ (PFT ครบถ้วน)  1. วางแผนการรักษาตามโรคที่ วินิจฉัย (แพทย์) 2. จัดลำดับความเร่งด่วนของ การรักษา (พยาบาล) 3. เชื่อมโยง COPD กับบุหรี่ 4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผน 5. นิเทศสิ่งพบ (FRAMES) 6. วางแผนส่ง counseling ถ้าผู้ป่วยพร้อม 7. พิจารณาการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ในรายที่เลิกเองไม่สำเร็จ โดย ต้องใช้ร่วมกับ counseling 8. วางแผนบำบัดทางเลือก - น่ายาบัวปาก - ยาแก้ไอ - สมุนไพร มะนาว - นวดจุดจุดที่เท้า - ฝังเข็ม - สัมผัสบำบัด - ธรรมะ - กิจกรรม บันเทิง - ศาสนบำบัด 9. ส่ง counseling ต่อไป 10. ถ้า admit เข้า รพ. ต้องติดตามตอนผู้ป่วย ออกจาก รพ.	1. แพทย์สั่งรักษาภาวะ COPD ยารับประทาน ยาพ่น 2. ยาเลิกบุหรี่ที่ใช้ 1. Nicotine patch (+) 2. Nicotine gum (+) 3. Bupropion SR (+) 4. Nortriptyline (++) 5. Varenicline (+) 3. มาสั่งกรสอนวิธีพ่นยา และสอนวิธีใช้ยาเลิก บุหรี่เสริมด้วย brief advise 4. นำกยาบำบัด ทำ brief advise ซ้ำ 5. นำขนบำบัดสอนอาหาร เพื่อคุมน้ำหนัก 6. พยาบาลให้การพยาบาล พร้อมกับ brief advise	1. เริ่มกระบวนการ counseling (1) มีเหตุและสนับสนุน จาก (+) ครอบครัว และชุมชน 2. การสนับสนุนจากสังคม 3. ใช้ยาเสริมถ้าไม่สำเร็จ 4. prevent relapse 1. ปรึกษารวมทีม 2. ปรึกษาจิตวิทยา 3. เสี่ยงปัจจัยกระตุ้น 4. จัดจิตอาสา	1. ติดตามการรักษาตาม COPD 2. นัดติดตามผลการบำบัด ทางโทรศัพท์, internet, SMS 1. แนะนำ Quit line 1600 2. นัด 2 สัปดาห์ต่อไป 3. 2 - 4 สัปดาห์ ครบ 3 เดือน 4. ต่อไป 1 - 2 เดือน 5. ต่อไปนัดทุกปี 3. เมื่อเลิกได้เป็น CO เปรียบเทียบกับ 4. ถ้าไม่สำเร็จส่งปรึกษา ผู้ที่มีความพร้อมกว่า (refer up) 5. กรณีเป็นรพ.ศ., รพ.ท. ส่งกลับต้นสังกัดเดิม (refer down)	



<p><b>Advise (++)</b></p> <p>1. แจ้งว่าผู้ป่วยต้องเลิกสูบบุหรี่เพื่อลดอาการกำเริบของโรค (++)</p> <p>2. แจ้งว่ามีบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกนี้</p>	<p><b>Assessment (++)</b></p> <p>1. ประเมินความตั้งใจ TTM</p> <p>2. ประเมินความรุนแรง Heaviness of smoking index</p> <p>3. ประเมินกาลไทม์ที่กระตุ้น</p> <p>4. เป้า CO ก่อนเลิกบุหรี่</p> <p>5. บันทึกประวัติ</p> <p>6. วินิจฉัยโรคเฉียบพลัน ICD10 ถ้าพร้อมเตรียมส่ง assist</p>	<p><b>Reassessment</b></p> <p>1. เป้า CO เมื่อเลิกบุหรี่แล้ว</p>	<p><b>Assist (++)</b></p> <p>ประเมินความต้องการใช้ยาเลิกบุหรี่</p> <p>สร้างแรงจูงใจ 5R</p> <p>1. การเลิกบุหรี่จะทำให้ COPD ของเราเบ็บบ่อยลง</p> <p>2. Risk บุหรี่ทำให้งดมนโง่งพองเป็นมากขึ้น</p> <p>3. Reward การเลิกบุหรี่จะทำให้มีอาการทุเลา</p> <p>4. Roadblock หัวใจให้สูบบุหรี่</p> <p>5. Repetition แนะนำซ้ำทุกครั้ง</p>	<p><b>Counseling (Assist) (++)</b></p> <p>1. แบบสั่งจบ</p> <p>2. แบบเข้มข้น</p> <p>3. แบบกลุ่ม</p> <p>S: Set เดือนวัน</p> <p>T: Tell ต้นวาจา</p> <p>A: Anticipate challenge +5D ลงมือ</p> <p>R: Remove ละเลิกการณ (5D: Delay, Deep breath, Drink water Do something, Destination)</p>	<p><b>Arrange (++)</b></p> <p>Counseling ติดตาม</p> <p>1. ติดตามทางโทรศัพท์</p> <p>2. SMS</p> <p>3. Social Media</p> <p>4. Promote Campaign ในชุมชน</p>
<p>บุคลากรที่สามารถทำได้</p> <p>เจ้าหน้าที่ทุกคน</p>	<p>บุคลากรที่สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล</p> <p>นักเทคนิคการแพทย์</p>	<p>บุคลากรที่สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล</p>	<p>บุคลากรที่สามารถทำได้</p> <p>แพทย์และบุคลากรตามสาขาวิชาชีพ</p>	<p>บุคลากรที่สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรผู้ผ่านการฝึกอบรม counseling</p>	<p>บุคลากรที่สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรทุกคน</p>

บทที่ 4

# แนวทางเวชปฏิบัติ ในการบำบัดโรคเสพติด ในผู้ป่วยวัณโรค\* พ.ศ. 2561

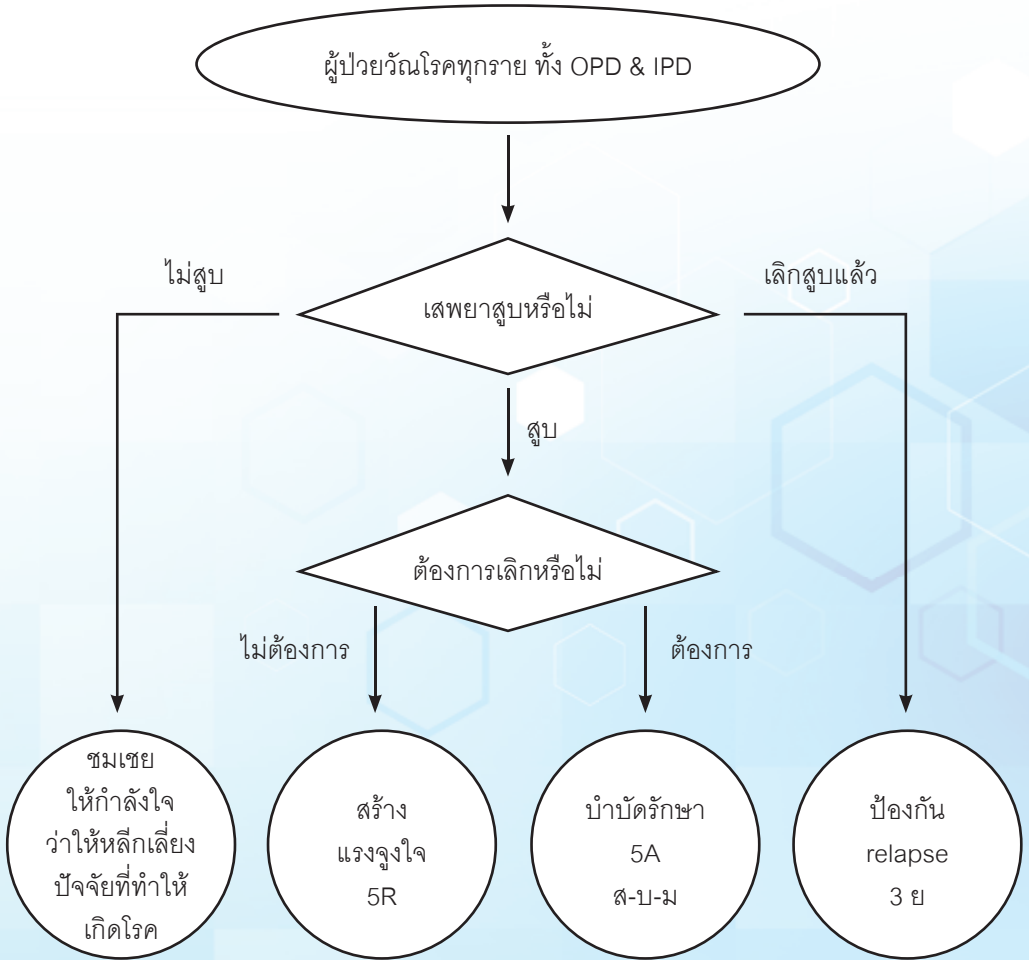
## บทนำ

วัณโรคนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากจนได้รับการจัดเป็นหนึ่งใน 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดในโลก ล่าสุดมีรายงานพบผู้ป่วยรายใหม่มากถึงปีละ 80,000 ราย สิ่งที่น่าตกใจกว่าและถูกมองข้ามอยู่บ่อยครั้งก็คือ การติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเกิดจากการเสพติดสาร งานวิจัยต่างๆ

พบหลักฐานที่ชัดเจนว่า การเสพติดสารนั้นเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มโอกาสเกิดความล้มเหลวในการรักษา อีกทั้งเพิ่มโอกาสในการกลับมาเป็นซ้ำของวัณโรคแม้ได้รักษาครบไปแล้วก็ตาม ดังนั้น การบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ให้เลิกจากการเสพติดไปด้วยพร้อมๆ กันย่อมช่วยให้การรักษาวัณโรคประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น



แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยวัณโรค  
พ.ศ. 2561 สำหรับทีมสหวิชาชีพ



## คำแนะนำในการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกวัณโรค

- แนะนำให้ชี้แนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม) ในการบำบัดผู้ป่วยวัณโรคที่ยังคงสูบบุหรี่ทุกราย โดยนำแนวทางนี้ไปสอดแทรกไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของงานประจำที่มีอยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นประจำอยู่แล้วในทุกขั้นตอน อันประกอบด้วย แพทย์/ อurses แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ ฯลฯ เป็นแกนหลักในการให้คำแนะนำปรึกษา/ บำบัดและติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ให้เลิกบุหรี่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> โดยอาจมีเจ้าหน้าที่จากคลินิกเลิกบุหรี่ (หากมี) เข้ามาร่วมให้คำปรึกษาและติดตามผล ณ คลินิกนั้นพร้อมๆ กันด้วย ในรูปแบบของบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one-stop service) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- ในสถานพยาบาลที่มีบริการเลิกบุหรี่อยู่แล้วหรือมีศักยภาพเพียงพอในการจัดตั้งบริการเลิกบุหรี่ แนะนำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายได้รับการบำบัด

และติดตามผลในคลินิกเลิกบุหรี่หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) ควบคู่กันไปด้วย ในระหว่างที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดของแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทุกๆ ครั้ง โดยสอดแทรกไว้ในขั้นตอนของงานประจำที่มีอยู่แล้วสำหรับคลินิกนั้นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้ง เมื่อเข้ารับบริการ โดยควรเลือกใช้ระบบที่ง่าย สะดวก ราคาถูก เป็นที่ยอมรับ เข้าใจได้ ตรงกันในทุกๆ หน่วยงาน และเหมาะสมกับบริบทของคลินิกนั้นๆ เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการบำบัดและติดตามผลการให้บริการใน

ระดับประเทศ พร้อมมีการวิเคราะห์ ผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้เหมาะสมต่อไป (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

### คำแนะนำในกระบวนการบำบัดในคลินิกวัณโรค

- แนะนำอย่างยิ่งให้ทำการคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ด้วยการสอบถามผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับ การตรวจรักษาทุกๆ ครั้ง พร้อมบันทึกผลการสอบถามดังกล่าวลงในแฟ้มประวัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งให้ชัดเจน เช่น ใช้ตราประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านในใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์ สีต่างๆ ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ฯลฯ (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำให้บันทึกผลการสอบถามสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในแฟ้มประวัติ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ ได้แก่ สูบอยู่ เล็ก < 1 ปี ไม่สูบเลยหรือเลิกแล้ว ≥ 1 ปี (น้ำหนัก คำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมิน ความรุนแรงในการเสพติดนิโคตินด้วย

Heaviness of Smoking Index (HSI) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 2 คำถาม สำคัญ ได้แก่ สูบบุหรี่วันละกี่มวน และ สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>II</sup>

- ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะชนิดใด ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป หรือต้องสูบ มวนแรกแทบจะทันทีหรือภายในไม่เกิน ครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน อย่างใดอย่าง หนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ถือได้ว่าเป็น ผู้ป่วยที่เสพติดสารนิโคตินอย่างรุนแรง (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>II</sup>

- ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ เข้ารับบริการ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ รูปแบบการให้คำปรึกษาที่หลากหลาย โดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ร่วมกัน สอดแทรกการบำบัดส่วนนี้ไว้ในแต่ละ ขั้นตอนที่มีอยู่แล้ว และทำอยู่ เป็น ประจําของบุคลากรในคลินิก (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เช่น

- o เจ้าหน้าที่ หรือ พยาบาลประจำคลินิกอาจ ใช้การให้คำแนะนำแบบ สั้นเขป (Brief Intervention) ในขณะที่ผู้ป่วยลงทะเบียน เข้ารับการตรวจ และ ขณะที่ ตรวจวัดระดับก๊าซคาร์บอน มอนอกซีในลมหายใจ

o เมื่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ หลังจากที่ได้นำการรักษาและติดตามอาการของวัณโรคแล้ว แพทย์ประจำคลินิกก็อาจใช้การให้คำแนะนำแบบสังเขปเช่นกัน โดยเน้นที่กระบวนการในการเลิกยาสูบ

o เมื่อพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง การกินยาต้านวัณโรค การปฏิบัติตนพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล อาจพิจารณาให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (individual counseling) หรือแบบกลุ่ม (group counseling) เพื่อการเลิกยาสูบไปพร้อมกันเลยทีเดียว

o เกสซ์ชกรก็อาจให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ในช่วงเดียวกันกับที่ให้คำแนะนำเรื่องยาต้านวัณโรค

o อสม.อาจสอบถามถึงการเลิกเสพยาสูบทุกครั้ง ที่พบผู้ป่วยหรือทุกครั้ง ที่เข้าไปทำ directly observed treatment (DOT)

• ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และแสดงความสัมพันธ์กันระหว่างการสูบบุหรี่กับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

• แนะนำให้ใช้ผลตรวจเสมหะ ภาพรังสีทรวงอก และผลการรักษาวัณโรค เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

• ในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้แต่ละราย แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานอย่างน้อยชนิดใดชนิดหนึ่ง ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหลากหลายรูปแบบร่วมกัน โดยเฉพาะแบบเข้มข้น ในแต่ละครั้งโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกๆ สาขาที่เกี่ยวข้อง (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>II</sup>

• แนะนำอย่างยิ่งให้ นิดติดตามผลการบำบัดอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> หากยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงระยะดังกล่าว แนะนำให้คงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดไปก่อนจนกระทั่งผู้ป่วย

สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (น้ำหนัก  
คำแนะนำ +) <sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ทุกคลินิก  
จัดทำหรือจัดให้มีระบบการติดตาม  
ผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย  
รูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัด  
ตรวจติดตามทางคลินิก เช่น การ  
ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์ การ  
ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการ  
เลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.)  
1600 เพื่อร่วมบำบัด การส่งข้อความ  
SMS เพื่อสร้างกำลังใจ การเยี่ยมบ้าน  
โดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยม

บ้านของโรงพยาบาล การประสานงาน  
กับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่  
เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ +) <sup>II</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตาม  
ผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ทุกๆ ครั้งที่  
ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการของโรค  
ที่คลินิก และจัดให้มีคำแนะนำในการ  
ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ (relapse  
prevention) แก่ผู้ป่วยทุกๆ รายที่เลิก  
บุหรี่ได้แล้ว อย่างน้อยทุกๆ 4 เดือน  
ต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า 5 ปี (น้ำหนัก  
คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

# ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยด้วยโรคจิตตามแนวทาง ส-บ-ม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางการปฏิบัติ
++	<b>ส-สอบถาม</b> (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพติดด้วยยาสูบทุกชนิด)	สอบถามสถานะของการเสพติดทุกชนิดในผู้ป่วยด้วยโรคจิตรายครั้งที่มารับบริการ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ให้สอบถามเพิ่มอีก 2 คำถาม ได้แก่ (1) สูบวันละกี่มวน; (2) สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน <b>ร่วมกับ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยว ยาตัดูหรือเคี้ยวใบยาสูบ (คะ)?”</li> <li>• “คุณสูบวันละกี่มวนครับ (คะ)?”</li> <li>• “โดยปกติ คุณสูบบุหรี่มวนแรกนานแค่ไหนหลังจากตื่นนอน?”</li> </ul>
++		บันทึกข้อมูลที่ได้จาก 3 คำถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มารับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพติดสูบลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>• ใช้สถิติภาวะหรือสัญญาณอื่น ๆ ในการระบุสถานะการเสพติดสูบบุหรี่ปัจจุบัน</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ</li> </ul>
++	<b>บ-บำบัด</b> (ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ)	แนะนำหรือให้คำปรึกษาโดยสอดแทรกไว้ในแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของคลินิกโดยบุคลากรทุกระดับ ที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในคลินิกโรคจิต	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “คำก้ำพิช (CO) ในลมหายใจของคุณอยู่ในระดับที่สูงมากเลย คุณคงต้องเลิกก้ำพิชได้แล้วนะคะ พวกเราพร้อมช่วยเหลือนะคะ”</li> <li>• “ผลตรวจสมรรถภาพปอดของคุณคงออกมาไม่ดีเลยครับ หากคุณยังคงสูบบุหรี่อย่างนี้ต่อไป ตัวคุณสูงจะแย่แน่ๆ เพราะจะไม่มีปอดเหลือไว้ให้หายใจต่อไปอีก เลิกเถอะครับ พวกเราช่วยคุณสูงได้”</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• คุณลุงครับ โรคหัวใจของคุณลุงแย่ลงมาก หมอขอให้คุณลุงเลิกบุหรี่ทันทีตั้งแต่วันนี้เลยนะครับ ไม่อย่างนั้นจะสายเกินแก้ การเลิกก็ไม่ยากวางเลยทิ้งเลย บอกลูกบอกเมียเลยนะว่าสัญญากับหมอแล้วว่าจะเลิกบุหรี่ ทั้งอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทั้งหมด หยอดไปเข้าวงเหล้าวงเพื่อนที่สูบบุหรี่ไว้ก่อนสัก 2-3 อาทิตย์ ภายหลังค่อยเพิ่มดื่มไปอ่านในเอกสารชิ้นนี้จะครับ (พร้อมยื่นเอกสารหรือแผ่นพับให้)</li> </ul>
<p>++</p>	<p><b>ม-หมั่นติดตาม</b> (หมั่นติดตามผลการบำบัด ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายและให้กำลังใจ)</p>	<p>นัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก หากยังไม่สามารถติดตามผลได้สำเร็จ แนะนำให้คงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดไปก่อน แต่หากเลิกได้สำเร็จก็อาจพิจารณาติดตามให้ห่างขึ้นได้ตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจติดตามทางคลินิก เช่น             <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์</li> <li>ข. ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด</li> <li>ค. ส่งข้อความ SMS เพื่อสร้างกำลังใจ</li> <li>ง. เยี่ยมบ้านเคยมที่มีงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล</li> <li>จ. ประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่</li> </ul> </li> </ul>

### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) “แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำไม่ได้ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ “แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่แนะนำ (อาจทำได้ ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)

### คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

- ระดับ I** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
- ระดับ II** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษา controlled clinical trials หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบวิจัยอื่นที่มีคุณภาพและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัด เช่น cohort study, case-control study เป็นต้น
- ระดับ III** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) หรือ การศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่ดำเนินการยังไม่เหมาะสมหรือมีคุณภาพยังไม่ดีนัก
- ระดับ IV** หมายถึง เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการวางแผนทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

## Patient Care Process (TB)



Entry (Ask, Advise)	Patient Assessment		Care Plan	Care Delivery (Assist) (++)	Empowerment (Assist) (++)	Discharge Plan Refer (Assist) (++)
	Assessment (++)	Reassessment				
1. ลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย 2. ดัดแปลงความเร่งด่วนของปัญหาของ(++) 3. Ask สอบถามและบันทึกสถานะการสูบบุหรี่ - บันทึก - Sticker - โปสเตอร์ 4. ข้อมูลบันทึก - ปัจจุบัน - เคยสูบบุหรี่ - ไม่เคยสูบบุหรี่ - มีไข้ใกล้ติด - สูบบุหรี่	1. น้ำหนัก/ส่วนสูง/ดัชนีมวลกาย 2. Vital signs 3. ประวัติ/ตรวจร่างกาย 4. chest X-ray 5. Sputum AFB 6. Anti HIV 7. mainagnition ดังครรภ ตรวจฯ LFT เพิ่ม **ในผู้ที่ไม่มีประวัติ สงสัยผู้ป่วย วัณโรคติดเชื้อ/ผู้ป่วย สงสัยวัณโรค ที่ตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อ (sputum smear negative- pulmonary tuberculosis) ตรวจฯ sputum C/S TB	1. ตรวจเสมหะ AFB เดือนที่ 2 และ เดือนที่ 5 ของ การรักษา (กรณีเสมหะ เดือนที่ 2 ยังมี เชื้อ C/S TB, AFB ให้ส่งตรวจ และ repeat AFB ที่เดือนที่ 3 ด้วย 2. F/U CXR ที่ เดือนที่ 2 และ เดือนที่ 5 ของ การรักษา 3. ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อ ตับอักเสบจาก วัณโรคให้ ตรวจฯ LFT ที่ 2 สัปดาห์หลัง การรักษา	1. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับวัณโรคให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและแจ้งหากมีอาการผิดปกติที่สงสัยแพทย์ เช่น ไข้ ฝัน อาเจียน ตัวเหลือง ให้รีบมาพบแพทย์ 2. ให้ความรู้และคำแนะนำให้ผู้ป่วยป้องกันอาการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลอื่น 3. ตรวจคัดกรองบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยเพื่อหาการติดเชื้อวัณโรคแบบແຂ່ງແຂ່ງ 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับกาดูแลสุขภาพตนเองแบบครอบครัว (เช่น การเลิกบุหรี่ เลิกสุรา และการออกกำลังกาย ฯลฯ) 5. เพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	- ให้ความรู้ติดตามแผนการรักษา ประเมินความต้องการใช้ยาเลิกบุหรี่ 1. Nicotine patch (+) 2. Nicotine gum (+) 3. Bupropion SR (+) 4. Nortriptyline (++) 5. Varenicline (+)	1. ความสำเร็จ - ยากินสม่ำเสมอ - ถ้ามีอาการผิดปกติ - สงสัยแพทย์ เช่น ไข้ ฝัน อาเจียน ตัวเหลือง - รีบมาพบแพทย์ 2. แนะนำผู้ป่วยป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลอื่น 3. แนะนำผู้ใกล้ชิด ค้นหา แอบแฝง เพื่อให้ การรักษาทันที 4. ให้ความรู้ดูแลครอบครัว บุหรี่, เลิกสุรา, ออกกำลังกาย เพื่อให้การรักษา มีประสิทธิภาพ	1. ติดตามการรักษาในโรคแบบใกล้ชิด 2. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 3. มีการโทรแจ้งเดือน ผู้ป่วยให้มาตรวจก่อนนัด 4. ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด 5. ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด 5.1 quitline 5.2 นัด 2 สัปดาห์ 5.3 4 สัปดาห์ จนครบ 3 เดือน 5.4 ต่อไป 1 - 2 เดือน ครบ 6 เดือน 5.5 ต่อไปตรวจ 6. ถ้าไม่สำเร็จส่งปรึกษา ผู้มีความพร้อมต่างๆ 7. ส่งผู้ป่วยกลับ รพ.เดิม

<p><b>Advise (++)</b></p> <p>1. พูดชัดเจนว่า บุหรี่ทำให้ วันโรคกำเริบ หากเลิกบุหรี่ อากาการจะดีขึ้น แนนอน (++)</p> <p>2. แจ้งว่าผู้ป่วย ต้องเลิกเสพยาสูบ</p> <p>3. แจ้งว่ามีบริการ เลิกบุหรี่ใน คลินิกนี้</p>	<p><b>Assessment (++)</b></p> <p>1. ประเมินความ ตึงใจ TTM</p> <p>2. ประเมินความ รุนแรง Heaviness of smoking index</p> <p>3. ประเมินกาลไก ที่กระตุ้น การเสพยาสูบ</p> <p>4. เป่า CO ก่อนเลิก บุหรี่</p> <p>5. บันทึกประวัติ</p> <p>6. วินิจฉัยโรคเสพยาสูบ ICD10 ถ้าพร้อมเตรียม ส่ง assist</p>	<p><b>Reassessment</b></p> <p>1. เป่า CO เมื่อเลิก บุหรี่แล้ว</p>	<p><b>Assist (++)</b></p> <p>สร้างแรงจูงใจ 5 R</p> <p>1. การเลิกบุหรี่จะทำให้ มีผลการรักษาตาม เป้าหมาย</p> <p>2. Risk ของบุหรี่</p> <p>3. Reward ให้กำลังใจ</p> <p>4. Roadblock แก้ไขปัจจัย ที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ ใหม่</p> <p>5. Repetition แนะนำซ้ำๆ</p>	<p><b>Counseling (Assist) (++)</b></p> <p>1. แบบสั่งจบ</p> <p>2. แบบเข้มข้น ให้หลัก 4 ประการ</p> <p>3. แบบกลุ่ม</p> <p>S: Set เลิกวัน</p> <p>T: Tell ต้นวาจา</p> <p>A: Anticipate challenge +5D ลงมือ</p> <p>R: Remove ละเลิกการนิ้ (5D: Delay, Deep breath, Drink water Do something, Destination)</p>	<p><b>Arrange (++)</b></p> <p>Counseling ติดตาม</p> <p>1. ติดตามทางโทรศัพท์</p> <p>2. SMS</p> <p>3. Social Media</p> <p>4. Promote Campaign ในชุมชน</p>
<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>เจ้าหน้าที่ทุกคน</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>แพทย์และบุคลากรตาม สาขาวิชาชีพ</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรผู้ผ่านการฝึกอบรม counseling</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรทุกคน</p>

บทที่ 5

# แนวทางเวชปฏิบัติ ในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดแดง\* พ.ศ. 2561

## บทนำ

ความดันเลือดสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชาชนชาวไทย และจะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มากขึ้นจากภาวะอ้วนลงพุง ความดันเลือดสูงเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง จนเข้าสู่ภาวะหัวใจ ไตวายในที่สุด

ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2.4 เท่า โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันเลือดสูงร่วมด้วย โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดบุหรี่จะมีหลอดเลือดเสื่อมและตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 10-15 ปี

ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเกิด

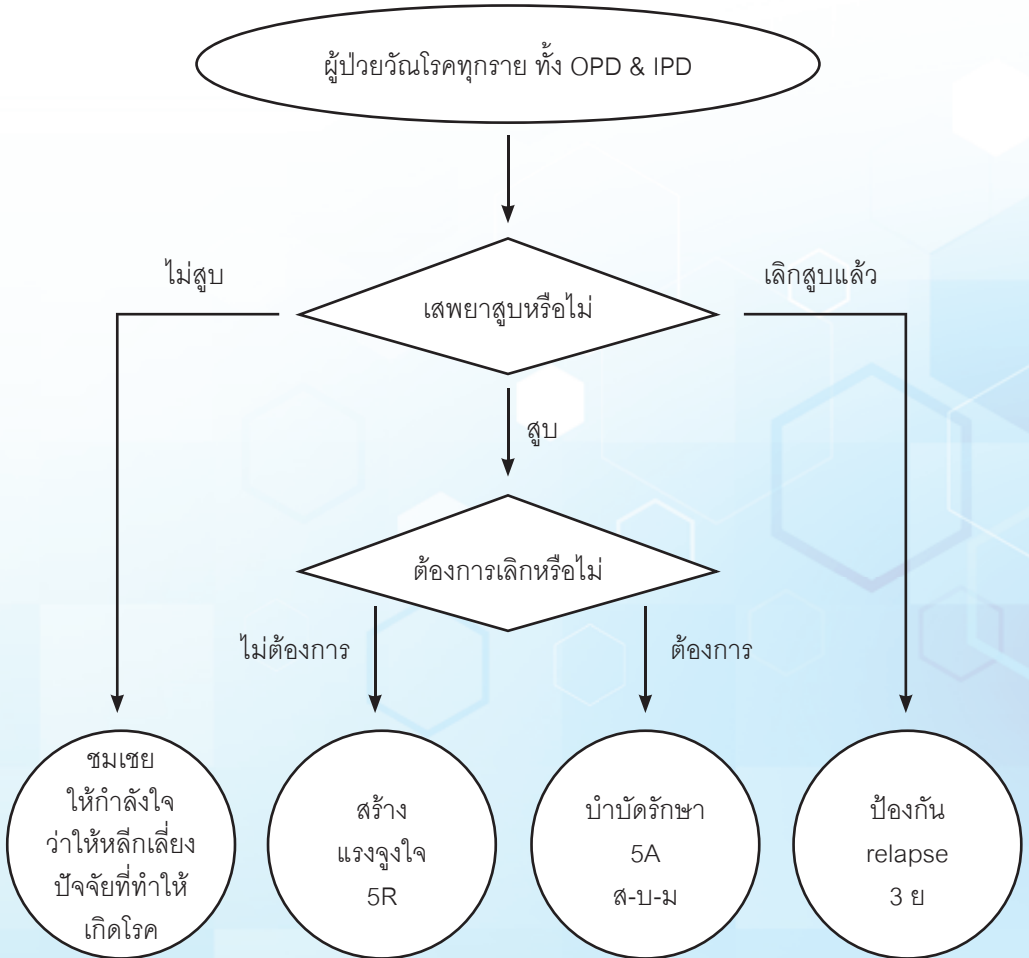
ภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงเท่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า ความเสี่ยงเพิ่มตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มระดับความดันเลือดสูงทั้ง ซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ในขณะที่พัก ขณะออกกำลังกาย โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิติก บุหรี่ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงลดลง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันเลือดสูงเรื้อรัง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาสูบไปพร้อมกับการรักษาภาวะความดันเลือดสูงและหลอดเลือดแดงตีบ (ดูตัวชี้วัด Towards Clinical Excellence Network TCEN ของ โรคความดันเลือดสูง)



แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
และหลอดเลือดหัวใจ พ.ศ. 2561 สำหรับทีมสหวิชาชีพ



## คำแนะนำในการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกโรคความดันเลือดสูงและหลอดเลือดแดง

- ใช้แนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม) ผู้ป่วยทุกราย โดยแทรกไว้ทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ลงทะเบียน การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การรักษาการเสริมพลังความรู้ และการส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์/อายุรแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ/พยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน/ผู้ช่วยพยาบาล/เจ้าหน้าที่ธุรการ/เทคนิคการแพทย์/นักกายภาพบำบัด/นักกำหนดอาหาร/เภสัชกรผู้จ่ายยา ให้แก่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> สามารถทำแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one-stop service) จะยิ่งเป็นการดี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) ควบคู่กันไปในระหว่างที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดของแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

แนะนำ +)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำระบบคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดแดงหลอดเลือดแดง (หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดแดงส่วนรอบ) ทุกราย ในขณะที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาทุกๆ ครั้งและต้องสอดแทรกไว้ในขั้นตอนของงานประจำของสหสาขาวิชาชีพ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการ โดยควรเลือกใช้ระบบที่ง่าย สะดวก ราคาถูก เป็นที่ยอมรับ เข้าใจได้ตรงกันในทุกๆ หน่วยงาน และเหมาะสมกับบริบทของคลินิกนั้นๆ เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

- แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการบำบัดและติดตามผลการให้บริการในระดับประเทศ พร้อมมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อนำมา



ปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้  
เหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

### คำแนะนำในกระบวนการ บำบัดในคลินิกโรคความดันเลือดสูง และหลอดเลือดแดง

1. แนะนำอย่างยิ่งให้ทำการ  
คัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือ  
ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ด้วยการ  
สอบถามผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง  
และโรคหลอดเลือดแดงตีบทุกรายใน  
ขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียน  
เพื่อเข้ารับการรักษาทุกๆ ครั้ง  
พร้อมบันทึกผลการสอบถามดังกล่าว  
ลงในแฟ้มประวัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง  
ให้ชัดเจน เช่น ใช้ตารางประทับ  
ในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติด  
ที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้  
แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ใช้  
ระบบคอมพิวเตอร์ ฯลฯ (น้ำหนัก  
คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

2. แนะนำให้บันทึกผลการ  
สอบถามสถานะการสูบบุหรี่หรือ  
ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในแฟ้ม  
ประวัติ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ ได้แก่  
สูบบุหรี่ เลิก < 1 ปี ไม่สูบบุหรี่หรือเลิก  
แล้ว ≥ 1 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

3. แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมิน  
ความรุนแรงในการเสพติดนิโคตินด้วย

Heaviness of Smoking Index (HSI)  
ซึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 2 คำถาม  
สำคัญเท่านั้น ได้แก่ สูบบุหรี่วันละ  
กี่มวน และ สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน  
นานแค่ไหน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

4. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะชนิดใด  
ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป หรือต้องสูบ  
มวนแรกแทบจะทันทีหรือภายในไม่เกิน  
ครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน อย่างใดอย่าง  
หนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ถือได้ว่าเป็นผู้  
ป่วยที่เสพติดสารนิโคตินอย่างรุนแรง  
(น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5. ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้  
เข้ารับบริการ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้  
รูปแบบการให้คำปรึกษาที่หลากหลาย  
โดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ร่วมกัน  
สอดแทรกการบำบัดส่วนนี้ไว้ในแต่ละ  
ขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำ  
ของบุคลากรในคลินิก (น้ำหนัก  
คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เช่น

5.1 เมื่อผู้ป่วยเข้าพบ  
แพทย์ หลังจากที่ได้ให้การ  
รักษาและติดตามอาการของ  
โรคความดันเลือดสูงและโรค  
หลอดเลือดแดงแล้ว แพทย์  
ประจำคลินิกให้คำแนะนำ  
แบบสังเขปเช่นกัน โดยเน้นที่  
กระบวนการในการเลิกยาสูบ

5.2 เมื่อพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลให้คำแนะนำการใช้ยารักษาโรคความดันเลือดสูงและยาหัวใจหลอดเลือดแดง การออกกำลังกายและอาหารแล้วพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลอาจพิจารณาให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (individual counseling) หรือแบบกลุ่ม (group counseling) เพื่อการเลิกยาสูบไปพร้อมกันเลยทีเดียว

5.3 เกดัสครก็อาจให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ในช่วงที่มอบยารักษาโรคความดันเลือดสูงและยาหัวใจหลอดเลือดแดง

5.4 นักกายภาพบำบัดสามารถใช้การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่มก็ได้ในช่วงก่อนหรือระหว่างที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยต้องเชื่อมโยงอาการหอบเหนื่อยที่เกิดขึ้นจริงกับการเสพยาสูบของผู้ป่วย เป็นต้น

5.5 ทีมเยี่ยมบ้านสอบถามถึงการเลิกยาสูบและให้การปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ร่วมไปกับการเยี่ยมติดตามโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดแดง

5.6 อสม. สอบถามถึงการเลิกเสพยาสูบที่พบผู้ป่วยในขณะวัดความดันเลือดที่บ้าน

6. ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และแสดงความสัมพันธ์กันระหว่างการสูบบุหรี่กับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) <sup>IV</sup>

7. แนะนำให้ใช้ผลการวัดความดันเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจพิเศษ เช่น คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echo cardiogram) ผลการฉีดสีหลอดเลือดแดง ให้สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) <sup>IV</sup>

8. ในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้แต่ละราย แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานอย่างน้อยชนิดใดชนิดหนึ่ง

ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหลากหลายรูปแบบร่วมกันโดยเฉพาะแบบเข้มข้นในแต่ละครั้งโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกๆ สาขาที่เกี่ยวข้อง (น้ำหนักคำแนะนำ +) <sup>II</sup>

9. แนะนำอย่างยั้งให้นัดติดตามผลการบำบัดอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้งโดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ ++) <sup>IV</sup> หากยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วงระยะดังกล่าว แนะนำให้คงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดไปก่อนจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (น้ำหนักคำแนะนำ +) <sup>IV</sup>

10. แนะนำอย่างยั้งให้ทุกคลินิกจัดทำหรือจัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจติดตามทางคลินิก เช่น การ

ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์การประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด การส่งข้อความ SMS เพื่อสร้างกำลังใจการเยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลการประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ +) <sup>II</sup>

11. แนะนำอย่างยั้งให้ติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ทุกๆ ครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการของโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดแดงที่คลินิก และจัดให้มีคำแนะนำในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ (relapse prevention) แก่ผู้ป่วยทุกๆ รายที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว อย่างน้อยทุกๆ 4 เดือนต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า 5 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++) <sup>IV</sup>

ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตสูงและหลอดเลือดแดงตามแนวทาง ส-บ-ม



น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	<p><b>ส-ส</b> สอบถามและบันทึก (สอบถามและบันทึก ประวัติการเสพติดกัญชา ยาสูบทุกชนิด)</p>	<p>สอบถามสถานะของการเสพติดทุกชนิดในผู้ป่วยโรคจิตสูง และหลอดเลือดแดง <b>ทุกอายุ</b> ทุกๆ ครั้ง ที่มารับบริการ ทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน<sup>18</sup> ในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ให้สอบถามเพิ่ม อีก 2 คำถาม ได้แก่ (1) สูบวันละกี่มวน; (2) สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน <b>ร่วมกับ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยว ยานัตถ์หรือเปล่าครับ (คะ)?”</li> <li>• “คุณสูบวันละกี่มวนครับ (คะ)?”</li> <li>• “โดยปกติ คุณสูบบุหรี่มวนแรกนานแค่ไหนหลังจากตื่นนอน?”</li> </ul>
++		<p>บันทึกข้อมูลที่ได้จาก 3 คำถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มาใช้บริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพติดลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>• ใช้สติ๊กเกอร์หรือสัญลักษณ์อื่นๆ ในการระบุสถานะการเสพติดสูบบุหรี่ปัจจุบัน</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ</li> </ul>
++	<p><b>บ-บ</b> บำบัด (ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ)</p>	<p>แนะนำหรือให้คำปรึกษา โดยสอดแทรกไว้ในแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของคลินิกโดยบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในคลินิก ให้ความสำคัญเป็นประเด็นและหลอดเลือดแดง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “คำกักพิษ (CO) ในเมทาบอไลต์ของคุณอยู่ในระดับที่สูงมากเลย คุณจะต้องเลิกบุหรี่ได้แล้วนะคะ พวกเราพร้อมช่วยเหลือค่ะ”</li> <li>• ความดันเลือดของคุณสูงอยู่เสมอ</li> <li>• คิดหัวใจผิดปกติ คุณต้องเลิกบุหรี่ เพื่อให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น</li> <li>• บุหรี่ทำให้ความดันเลือดสูงทั้งค่าบน ค่าล่าง</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• บุหรี่ ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง</li> <li>• บุหรี่ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงได้ ดังนั้นจึงขอร้องให้เลิกบุหรี่ การเลิกนั้นไม่ยาก (4ล)</li> <li>- เลิกวันเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง</li> <li>- บอกคนใกล้ชิด ขอกำลังใจ (สั้นๆ)</li> <li>- อย่านั่งในสถานที่ที่เคยสูบบุหรี่ประจำ (หลีกเลี่ยง)</li> <li>- ละทิ้งอุปกรณ์ไปเลย (มีเอกสารให้อ่านเพิ่มเติม)</li> </ul>
<p>++</p>	<p><b>ม-หมั่นติดตาม</b> (หมั่นติดตามผลการบำบัด ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายและให้กำลังใจ)</p>	<p>นัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด ไม่ต่ำกว่า เดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก หากยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ ได้สำเร็จ แนะนำให้คงการติดตามผล อย่างใกล้ชิดไปก่อน แต่หากเลิกได้ สำเร็จก็อาจพิจารณาติดตามให้ห่างขึ้น ได้ตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วย เหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจ ติดตามทางคลินิก เช่น             <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์</li> <li>ข. ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด</li> <li>ค. ส่งข้อความ SMS เพื่อตรงกำลังใจ</li> <li>ง. เยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยม บ้านของโรงพยาบาล</li> <li>จ. ประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่</li> </ul> </li> </ul>

### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) “แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำไม่ได้ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ “แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่แนะนำ (อาจทำได้ ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)



### คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

ระดับ I	หมายถึง	มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
ระดับ II	หมายถึง	มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษา controlled clinical trials หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบวิจัยอื่นที่มีคุณภาพและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัด เช่น cohort study, case-control study เป็นต้น
ระดับ III	หมายถึง	มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) หรือ การศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่ดำเนินการยังไม่เหมาะสมหรือมีคุณภาพยังไม่ดีนัก
ระดับ IV	หมายถึง	เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการวางแผนทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

## Patient\_Care\_Process\_(CVD&HT)

Entry (Ask, Advise)	Patient Assessment		Care Plan	Care Delivery (Assist) (++)	Empowerment (Assist) (++)	Discharge Plan Refer (Assist) (++)
	Assessment (++)	Reassessment				
1. ลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย 2. ดัดแปลงความเร่งด่วนของปัญหา 3. Ask สอบถามและบันทึกสถานะการสูบบุหรี่ - บันทึก - ระยะเวลา - Sticker - โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 4. ข้อมูลบันทึก - ปัจจุบัน - เคยสูบบุหรี่ - ไม่เคยสูบบุหรี่ - มีผู้ใกล้ชิด - สูบบุหรี่	1. น้หนัก/ส่วนสูง/ดัชนีมวลกาย 2. Vital signs 3. ประวัติ/ตรวจร่างกาย 4. การตรวจด้านโรคหัวใจและความดันเลือดสูง 5. เจาะเลือดตามตามที่แพทย์สั่ง TCEN hypertension 6. วินิจฉัยโรค ด้านหัวใจ และหลอดเลือด 7. ปัจจุบัน 8. ความเร่งด่วน ถ้าเป็น acute illness ต้องรักษา ก่อน 9. เป้า 3CO ถ้าพร้อมทุกจุดบริการทำ brief advise ได้	1. เพื่อเฝ้าระวังปัญหาการสูบบุหรี่กับการเจ็บป่วยทางหัวใจและหลอดเลือด 2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติที่มีความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ 3. ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ 4. การเลิกบุหรี่จะทำให้ความดันเลือดควบคุมได้ดี 5. ใช้แผนการรักษาของโรค 6. วางแผน Counseling เมื่อผู้ป่วยพร้อม 7. พิจารณาความจำเป็นของการให้ยาลดไขมัน 8. วางแผนบำบัดทางเลือก - น้หนัก - ขาหนีบ - สวมใส่ - งดดื่ม - งดสูบบุหรี่ 9. ถ้าพร้อมส่ง counseling ต่อไป 10. ถ้า admit เข้า รพ. ต้องติดตามต่อจนผู้ป่วยออกจาก รพ.	1. แพทย์สั่งการรักษาเฉพาะโรค 2. พิจารณาการรักษาด้วยยา NRT (+) Bupropion (+), Varenicline (+), Nortriptyline (++) 3. มีข้อห้ามการใช้ NRT (+), Varenicline (+), Nortriptyline ในผู้ป่วย acute coronary syndrome 4. โภชนาบำบัดให้อาหารตรงกับปัญหาและช่วย คุมน้ำหนัก 5. กายภาพบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร่างกาย สอดแทรกการ เลิกสูบบุหรี่ 6. มาสมัครและแนะนำการใช้ยาเฉพาะโรคและการใช้ยาเลิกบุหรี่ตามคำสั่งแพทย์ 7. พยาบาลให้การพยาบาล พร้อม brief advise ให้กำลังใจ	1. จัดกระบวนการ counseling (1) การเริ่มต้นการสนทนา 2. การสนับสนุนจากครอบครัว 3. การใช้กลยุทธ์ไม่สำเร็จ 3. Prevent relapse ด้วยการชมเชย 4. วิถีชีวิต - เลี่ยงปัจจัยกระตุ้น - จัดจิตอาสา 5. 1-2 เดือน 6 เดือน 2.6 ต่อไปด้วย 3. เป้า exhale CO ยืนยันว่าเลิกได้ 4. ส่งสติ๊กเกอร์กลับบ้าน 1สัปดาห์ รพ.รพ.ต. (refer down) 5. รพ.ช., สฟ.ต. บริการผู้มีความพร้อมกว่า (รพ.รพ.ต.) (refer up)		



<p><b>Advise (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ชัดเจน หนักแน่น ตรงประเด็น ว่าการเสพ ยาสูบเพิ่มโรค แทรกซ้อนทาง หัวใจ (++) แจ้งว่าผู้ป่วย ต้องเลิกเสพ</li> <li>แจ้งว่ามีบริกร เลิกบุหรี่ใน คลินิกนี้</li> </ol>	<p><b>Assessment (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความ ตั้งใจ TTM</li> <li>ถ้ามีโรคเรื้อรังพบต้น ต้งติดตาม Assess ต่อ</li> <li>ประเมินกาลโก ที่กระตุ้น การเสพยาสูบ</li> <li>ประเมินความ รุนแรงของการ ติดบุหรี่ Heaviness of smoking index</li> <li>บันทึกประวัติ และวินิจฉัยโรค เสพยาสูบ ICD10</li> </ol>	<p><b>Reassessment</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เป้า CO เมื่อเลิก บุหรี่แล้ว</li> </ol>		<p><b>Assist (++)</b></p> <p>ประเมินความต้องการใช้ยา เลิกบุหรี่</p> <p>สร้างแรงจูงใจ 5R</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>การเลิกบุหรี่จะทำให้คุณ BP ได้ดี (Relevance)</li> <li>Risk บุหรี่ทำให้ หลอดเลือดตีบแข็ง เมื่อทำได้</li> <li>Reward ชมเชย</li> <li>Roadblock หากเลิก บุหรี่ได้จะลดความเสี่ยง โรคแทรก</li> <li>Repetition แนะนำซ้ำ ทุกครั้ง</li> </ol>	<p><b>Counseling (Assist) (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>แบบสั่งจบ</li> <li>แบบเข้มข้น <sup>ให้หลัก</sup> 4 ประการ</li> <li>แบบถาม ตัวต่อตัวและ</li> </ol> <p>S: Set เลิกวัน T: Tell สั้นวาจา A: Anticipate challenge +5D ลงมือ R: Remove ละเลิกการ (5D: Delay, Deep breath, Drink water Do something, Destination)</p>	<p><b>Arrange (++)</b></p> <p>Counseling ติดตาม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ติดตามทางโทรศัพท์</li> <li>SMS</li> <li>Social Media</li> <li>Promote Campaign ในชุมชน</li> </ol>
<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>เจ้าหน้าที่ทุกคน</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>แพทย์วางแผนร่วมทีมสหสาขา วิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>แพทย์และบุคลากรตาม สาขาวิชาชีพ</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรผู้ผ่านการฝึก อบรม counseling</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรทุกคน</p>

บทที่ 7

# แนวทางเวชปฏิบัติ ในการบำบัดโรคหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง\* พ.ศ. 2561

## บทนำ

Stroke หรือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่มีสาเหตุจากหลอดเลือด เป็นภาวะที่เกิดอย่างเฉียบพลัน บางรายอาจเป็นชั่วคราว อาการดีขึ้นจนเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า “Transient Ischemic Attack (TIA)” บางรายความผิดปกติยังคงอยู่ มากน้อยแล้วแต่ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ และขนาดของสมองที่ขาดเลือด หรือปริมาณเลือดที่ออก

มีการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดเป็น 1.5 เท่า โดยมีความ

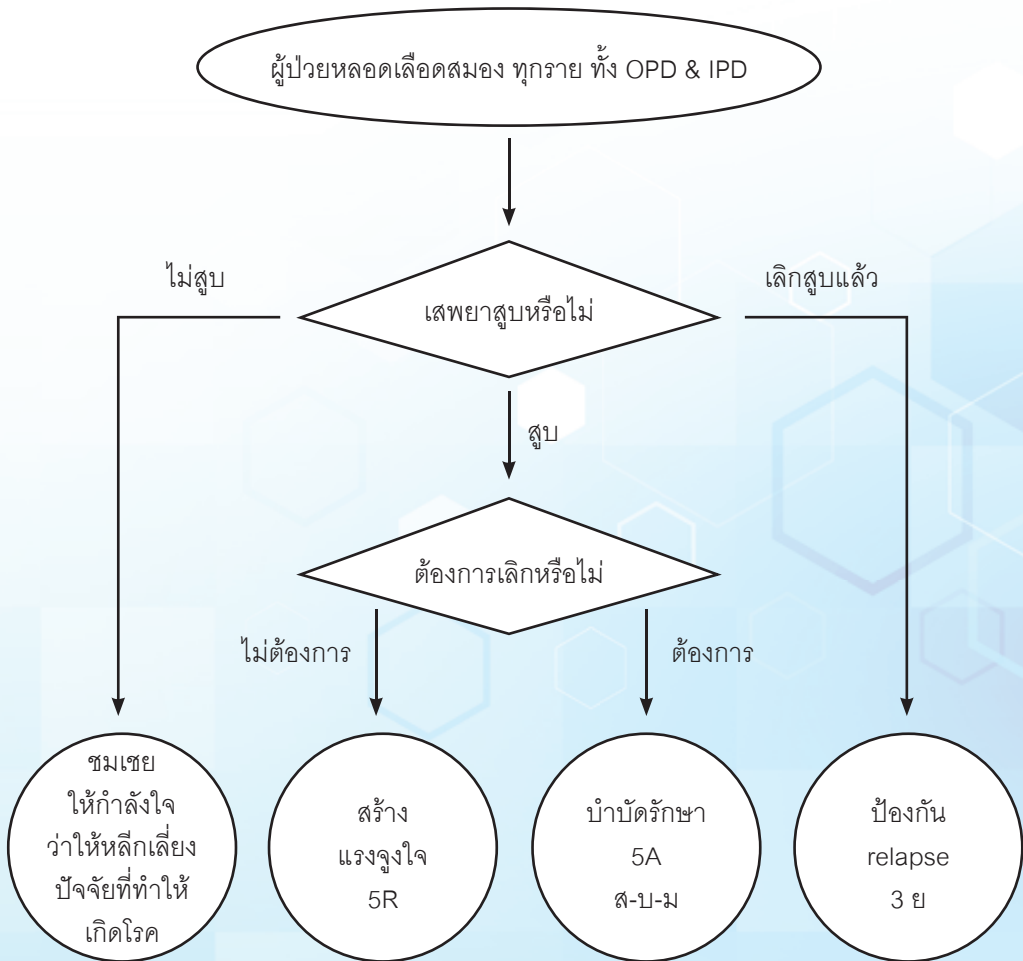
เสี่ยงให้เกิด Subarachnoid 1.9 เท่า และ intraparenchymal hemorrhage 0.7 เท่า การสูบบุหรี่จำนวนมากมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่จำนวนน้อย

บุหรี่ยังเป็นต้นเหตุของความดันเลือดสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งแต่ละภาวะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเล็กเสพยาสูบ ไปพร้อมกับการรักษาทางด้านอื่นๆ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการซ้ำได้อีก



**แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
พ.ศ. 2561 สำหรับทีมสหวิชาชีพ**



## คำแนะนำในการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง

1. แนะนำให้ชี้แนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงสูบบุหรี่ทุกราย โดยนำแนวทางนี้ไปสอดแทรกไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของงานประจำที่มีอยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

2. แนะนำอย่างยิ่งให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นประจำอยู่แล้วในทุกขั้นตอนอันประกอบด้วย แพทย์/อายุรแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ตรวจสมรรถภาพปอด เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน ฯลฯ เป็นแกนหลักในการให้คำแนะนำปรึกษา/บำบัดและติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ให้เลิกบุหรี่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> โดยอาจมีเจ้าหน้าที่จากคลินิกเลิกบุหรี่ (หากมี) เข้ามาร่วมให้คำปรึกษาและติดตามผล ณ คลินิกนั้นพร้อมๆ กันด้วย ในรูปแบบของบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one-stop service) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

3. ในสถานพยาบาลที่มีบริการเลิกบุหรี่อยู่แล้วหรือมีศักยภาพเพียงพอในการจัดตั้งบริการเลิกบุหรี่ แนะนำให้

ผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายได้รับการบำบัดและติดตามผลในคลินิกเลิกบุหรี่หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) ควบคู่กันไปด้วย ในระหว่างที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดของแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

4. แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาต่างๆ ครั้งโดยสอดแทรกไว้ในขั้นตอนของงานประจำที่มีอยู่แล้วสำหรับคลินิกนั้นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5. แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการ โดยควรเลือกใช้ระบบที่ง่าย สะดวก ราคาถูก เป็นที่ยอมรับ เข้าใจได้ตรงกันในทุกๆ หน่วยงาน และเหมาะสมกับบริบทของคลินิกนั้นๆ เช่น ใช้ตรายางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

6. แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและ



พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการบำบัด และติดตามผลการให้บริการในระดับ ประเทศ พร้อมมีการวิเคราะห์ผลการ ดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อนำมา ปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้ เหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

### คำแนะนำในกระบวนการ บำบัดในคลินิกโรคหลอดเลือด สมอง

1. แนะนำอย่างยั้งให้ทำการคัด กรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ ยาสูบชนิดอื่นๆ ด้วยการสอบถามผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองทุกรายในขณะที่ กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้า รับการตรวจรักษาทุกๆ ครั้งพร้อมบันทึก ผลการสอบถามดังกล่าวลงในแฟ้ม ประวัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งให้ชัดเจนเช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้ แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้ม หรือด้านในใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์ สีต่างๆ ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

2. แนะนำให้บันทึกผลการ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่หรือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในแฟ้ม ประวัติ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ ได้แก่ สูบอยู่ เล็ก<1ปี ไม่สูบเลยหรือเลิก

แล้ว≥1ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

3. แนะนำอย่างยั้งให้ประเมิน ความรุนแรงในการเสพติดนิโคตินด้วย Heaviness of Smoking Index (HSI) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 2 คำถาม สำคัญเท่านั้น ได้แก่ สูบบุหรี่วันละกี่ มวน และ สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน นานแค่ไหน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

4. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะชนิดใด ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป หรือต้องสูบ มวนแรกแทบจะทันทีหรือภายในไม่เกิน ครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน อย่างใดอย่าง หนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ถือได้ว่าเป็น ผู้ป่วยที่เสพติดสารนิโคตินอย่างรุนแรง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5. ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ เข้ารับบริการ แนะนำอย่างยั้งให้ใช้ รูปแบบการให้คำปรึกษาที่หลากหลาย โดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ร่วมกัน สอดแทรกการบำบัดส่วนนี้ไว้ในแต่ละ ขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำ ของบุคลากรในคลินิก (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เช่น

5.1 เจ้าหน้าที่หรือ พยาบาลประจำคลินิกอาจ ใช้การให้คำแนะนำแบบ สั้นเขป (Brief Intervention) ในขณะที่ผู้ป่วยลงทะเบียน

เข้ารับการตรวจ, ขณะตรวจ  
วัดระดับก๊าซคาร์บอนมอน-  
ออกไซด์ในลมหายใจ และ  
ขณะที่ทำ 6-minute walk test

5.2 เมื่อผู้ป่วยไปตรวจ  
อาการของโรคหลอดเลือดใน  
สมอง การเจาะเลือด การ  
X-ray เจ้าหน้าที่ก็สามารถให้  
คำแนะนำแบบสังเขปหรือ  
แบบตัวต่อตัวทั้งก่อนและ  
หลังการตรวจได้โดยเชื่อมโยง  
อาการอ่อนแรงที่เกิดขึ้นหลัง  
การตรวจเข้ากับการสูบบุหรี่

5.3 เมื่อพยาบาลหรือ  
ผู้ช่วยพยาบาลให้คำแนะนำ  
เรื่องการดูแลตนเองเทคนิค  
การใช้ยาของโรคหลอดเลือด  
สมอง การออกกำลังกาย  
และอาหาร พยาบาลหรือ  
ผู้ช่วยพยาบาลอาจพิจารณา  
ให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว  
(individual counseling)  
หรือแบบกลุ่ม (group  
counseling) เพื่อการเลิก  
ยาสูบไปพร้อมกันเลยก็ได้

5.4 เกสซกรก็อาจให้คำ  
แนะนำในการเลิกบุหรี่ใน  
ช่วงเดียวกันกับที่ให้ คำ

แนะนำเรื่องยารักษาโรค  
หลอดเลือดอุดตัน

5.5 ทีมเยี่ยมบ้านสอบถาม  
ถึงการเลิกเสพยาสูบและ  
ให้การปรึกษาเลิกบุหรี่ร่วมไป  
กับการเยี่ยมติดตามโรค  
หลอดเลือดอุดตัน

5.6 อสม.สอบถามการ  
เลิกเสพยาสูบ เมื่อไปติดตาม  
เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

6. ในการให้คำแนะนำปรึกษา  
แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้  
ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และ  
แสดงความสัมพันธ์กันระหว่างการสูบ  
บุหรี่ยับกับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลัง  
เผชิญอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++) <sup>IV</sup>

7. แนะนำให้แจ้งผลการตรวจ  
วัดความดันเลือด การตรวจร่างกาย  
ทั่วไปโดยแพทย์ ทั้งอายุรแพทย์ และ  
ผู้เชี่ยวชาญทางสมอง สร้างแรงจูงใจ  
ให้เลิกบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ  
(น้ำหนักคำแนะนำ ++) <sup>IV</sup>

8. ในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้  
แต่ละราย แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่  
มาตรฐานอย่างน้อยชนิดใดชนิดหนึ่ง  
ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหลากหลาย  
รูปแบบร่วมกันโดยเฉพาะแบบ  
เข้มข้นในแต่ละครั้งโดยบุคลากรวิชาชีพ

สุขภาพทุกๆ สาขาที่เกี่ยวข้อง (น้ำหนัก  
คำแนะนำ +) "

9. แนะนำอย่างยิ่งให้  
ติดตามผลการบำบัดอย่างใกล้ชิด  
อย่างน้อยไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง  
โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการ  
บำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> หากยัง  
ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วง  
ระยะดังกล่าว แนะนำให้คงการติดตาม  
ผลอย่างใกล้ชิดไปก่อนจนกระทั่งผู้ป่วย  
สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (น้ำหนัก  
คำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

10. แนะนำอย่างยิ่งให้ทุกคลินิก  
จัดทำหรือจัดให้มีระบบการติดตามผล  
การบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบ  
อื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจ  
ติดตามทางคลินิก เช่น การติดตามทาง  
โทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์การประสานความ

ร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทาง  
โทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อ  
ร่วมบำบัด การส่งข้อความ SMS เพื่อ  
สร้างกำลังใจการเยี่ยมบ้านโดยทีมงาน  
ของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของ  
โรงพยาบาลการประสานงานกับ อสม.  
ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นต้น  
(น้ำหนักคำแนะนำ +) "

11. แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตาม  
ผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ทุกๆ ครั้งที่  
ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการของโรค  
หลอดเลือดสมองที่คลินิก และจัดให้มี  
คำแนะนำในการป้องกันการกลับมาสูบ  
ซ้ำ (relapse prevention) แก่ผู้ป่วย  
ทุกๆ รายที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว อย่างน้อย  
ทุกๆ 4 เดือนต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า 5 ปี  
(น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆในการบำบัดโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทาง ส-บ-ม



น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	<p><b>ส-ส</b>สภาพ (สอบถามและบันทึกประวัติการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) ยาสูบทุกชนิด)</p>	<p>สอบถามสถานะของการหายใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาสูบ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาสูบที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ</p> <p>แนะนำให้ผู้ป่วยสูบยาสูบที่แพทย์สั่งให้สูบซ้ำใน 15-30 นาที</p> <p>แนะนำให้ผู้ป่วยสูบยาสูบที่แพทย์สั่งให้สูบซ้ำใน 15-30 นาที</p> <p>แนะนำให้ผู้ป่วยสูบยาสูบที่แพทย์สั่งให้สูบซ้ำใน 15-30 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยว ยานัตถ์หรือเป่าคาบ (คะ)?”</li> <li>• “คุณสูบวันละกี่มวนครับ (คะ)?”</li> <li>• “โดยปกติ คุณสูบบุหรี่รวมแรกมวนแค่ไหนหลังจากตื่นนอน?”</li> </ul>
++		<p>บันทึกข้อมูลที่ได้จาก 3 คำถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มีมารับบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการหายใจลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>• ใช้สติ๊กเกอร์หรือสัญลักษณ์อื่น ๆ ในการระบุสถานะการหายใจสูบปัจจุบัน</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ</li> </ul>
++	<p><b>บ-บ</b>บำบัด (ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ)</p>	<p>แนะนำให้ผู้ป่วยสูบยาสูบที่แพทย์สั่งให้สูบซ้ำใน 15-30 นาที</p> <p>แนะนำให้ผู้ป่วยสูบยาสูบที่แพทย์สั่งให้สูบซ้ำใน 15-30 นาที</p> <p>แนะนำให้ผู้ป่วยสูบยาสูบที่แพทย์สั่งให้สูบซ้ำใน 15-30 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “คาร์บอนไดออกไซด์ (CO) ในลมหายใจของคุณอยู่ในระดับที่สูงมากเลย คุณจะต้องเลิกสูบบุหรี่ได้แล้วนะค่ะ พวกเราพร้อมช่วยเหลือค่ะ”</li> <li>- ความดันเลือด</li> <li>- การตรวจร่างกาย การพูด การกลืน การทรงตัว ตรวจ motor power ตรวจการรับรู้ความรู้สึก</li> <li>- การตรวจเลือดหาน้ำตาล ไซมัน กรดแลคติก</li> </ul>

			<p>อธิบายว่า บุรุษทำให้ความดันเลือดสูงทั้งค่าบนและค่าล่าง เป็นต้นเหตุให้หลอดเลือดตีบตัน</p> <p>จึงขอร้องให้เลิกบุหรื สามารถทำได้ (4 ค)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เลิกวันเลิกบุหรืด้วยตนเอง</li> <li>2. บอกคนใกล้ชิด ขอกำลังใจ (ล้นวาจา)</li> <li>3. อย่านไปนสถานที่ที่เคยสูบบุหรืประจำ (หลีกเลี่ยง)</li> <li>4. ละทิ้งอุปกรณ์ไปเลย (มีเอกสารให้อ่านเพิ่มเติม)</li> </ol>
++	<p><b>ม-หมั่นติดตาม</b> (หมั่นติดตามผลการบำบัด ผู้ป่วยที่สูบบุหรืทุกรายและให้กำลังใจ)</p>	<p>นัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด ไม่ต่ำกว่า เดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก หากยังไม่สามารถเลิกบุหรืได้สำเร็จ แนะนำให้คงการติดตามผล อย่างใกล้ชิดไปก่อน แต่หากเลิกได้ สำเร็จก็อาจพิจารณาติดตามให้ห่างขึ้นได้ตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วย เหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจ ติดตามทางคลินิก เช่น             <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์</li> <li>ข. ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรื ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด</li> <li>ค. ส่งข้อความ SMS เพื่อตรงกำลังใจ</li> <li>ง. เยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยม บ้านของโรงพยาบาล</li> <li>จ. ประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่</li> </ol> </li> </ul>

### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) “แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำไม่ได้ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ “แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่แนะนำ (อาจทำได้ ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)



### คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

- ระดับ I** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
- ระดับ II** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษา controlled clinical trials หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบวิจัยอื่นที่มีคุณภาพและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัด เช่น cohort study, case-control study เป็นต้น
- ระดับ III** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) หรือ การศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่ดำเนินการยังไม่เหมาะสมหรือมีคุณภาพยังไม่ดีนัก
- ระดับ IV** หมายถึง เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการวางแผนทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

## Patient Care Process (STROKE)



Entry (Ask, Advise)	Patient Assessment		Care Plan	Care Delivery (Assist) (++)	Empowerment (Assist) (++)	Discharge Plan Refer (Assist) (++)
	Assessment (++)	Reassessment				
1. ลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย 2. ดัดแปลงความเร่งด่วนของปัญหา 3. Ask สอบถามและบันทึกสถานะการสูญเสีย 4. บันทึกระยะการสูญเสีย 5. Sticker 6. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 7. ข้อมูลบันทึกปัจจุบัน 8. สูบพรี 9. ไม่เคยสูบพรี 10. มีไข้ลัทธิ 11. สูบพรี	1. น้ำหนัก/ส่วนสูง/ดัชนีมวลกาย 2. Vital signs 3. ประวัติ/ตรวจร่างกาย 4. Neuro sign - orientation - Cranial nerve I-XII - Muscle tone - Motor power : gr 0 - 5 - Sensory : pinprick, touch, Proprioception - Deep tendon reflex: gr 0-4+ - Babinski reflex - Cerebellar signs: finger to nose, tandem 5. เจาะเลือด CBC, BUN, Cr., A1c X-ray: Chest Image: CT, MRI, MRA brain	1. ใช้ stroke care map ในกรณี 2. เชื่อมโยงการรักษาสโตรกกับพรี (พยาบาล) 3. การประเมินเรื่องสุขภาพต่อไป 4. วางแผน counseling เมื่อผู้ป่วยพร้อม 5. พิจารณาการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ 6. วางแผนบำบัดทางเดินหายใจ - น้ยาสูบพรี - ฝังเข็ม - ฐานบำบัดอกาก - สมุนไพร, มะนาว - นวดจุดที่เท้า - นวดฝ่าเท้า - ธรรมะ - กิจกรรมผ่อนคลาย - ศาสตร์บำบัด 7. ส่ง counseling ต่อไป 8. ถ้า admit เข้ารพ. ต้องติดตามต่อจนผู้ป่วยออกจาก รพ.	1. แพทย์สั่งยาเฉพาะโรค: ASA gr V (300 mg) 1 tab oral pc เข้า 2. พิจารณาการรักษาด้วยยา NRT (+), Bupropion (+), Varenicline (+), Nortriptyline (++) *ผู้ป่วยดมชัก ห้ามใช้ Bupropion และ Nortriptyline 3. ป้องกันการใช้ Varenicline 4. ติดตามเรื่องอาหารโดยโภชนบำบัด 5. พรีรวมทั้งแนะนำอาหารที่ช่วยควบคุมน้ำหนัก 6. ภาวะสุขภาพบำบัดฟื้นฟู 7. สภาพร่างกายสอดคล้อง 8. เร็วการเลิกเสพติด 9. มาสมัครให้คำแนะนำการใช้ยาเลิกพรีตามคำสั่งแพทย์	1. จัดกระบวนการ counseling (1) การมีทัศนคติการสนับสนุน 2. การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (+) 3. การสนับสนุนจากสังคม 4. การใช้ยาช่วยถ้ามี 5. แปรวิธิตี 6. ป้องกันไม่สำเร็จ 7. Prevent Relapse 8. - งดการดื่ม, - ปฏิเสธ 9. - เปลี่ยนใจกระตุ้น 10. - จัดจิตอาสาช่วย	1. นัดติดตามผลการรักษาทางสมอง 2. ติดตามผลการบำบัดทางจิตเวช - SMS, social media 3. 2.1 แนะนำ Quitline 1600 เสริม 4. 2.2 นัด 2 สัปดาห์ 5. 2.3 นัด 2-4 สัปดาห์ 6. 2.4 นัด 1-2 เดือน 7. 2.5 ต่อไปนัดทุกปี 8. 3. เป้า exhale CO ยืนยันว่าเลิกได้ 9. 4. ส่งต่อคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจ รพช. รพ.สต. (refer down) 10. 5. รพช. รพ.สต. ถ้าไม่สำเร็จต้องส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญพร้อมร่วมทำ (refer up)	

	<p>6. วินิจฉัยโรคหรือ สรุปปัญหาการ เจ็บป่วย</p> <p>7. เป้า CO (ทุกจุด บริการสามารถ brief advise )</p>	<p>Reassessment</p> <p>1. เป้า CO เมื่อเลิก บุหรี่แล้ว</p>	<p>Assist (++)</p> <p>ประเมินความต้องการ ใช้ยา เด็กบุหรี่</p> <p>สร้างแรงจูงใจ 5R</p> <p>1. การเลิกบุหรี่จะทำให้ ไม่เป็น Stroke ช้ำ (Relevance)</p> <p>2. Risk บุหรี่ทำให้ หลอดเลือดตีบซ้ำ</p> <p>3. Reward (การเลิกบุหรี่ หลีกเลี่ยงการเป็นซ้ำ)</p> <p>4. Roadblock (ช่วยแก้ ปัญหาทำให้สูบบุหรี่)</p> <p>5. Repetition แนะนำซ้ำ ทุกครั้ง</p>	<p>Assist (++)</p> <p>1. แบบตั้งข้อป ให้เด็ก 4 เบรการ</p> <p>2. แบบเข้มข้น ตัวต่อตัวและ</p> <p>3. แบบกลุ่ม</p> <p>S: Set เตือนวัน</p> <p>T: Tell ต้นวาจา</p> <p>A: Anticipate challenge +5D ลงมือ</p> <p>R: Remove ละอุปกรณ์ (5D: Delay, Deep breath, Drink water Do something, Destination)</p>	<p>Arrange (++)</p> <p>Counseling ติดตาม</p> <p>1. ติดตามทางโทรศัพท์</p> <p>2. SMS</p> <p>3. Social Media</p> <p>4. Promote Campaign ในชุมชน</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรทุกคน</p>
	<p>Assessment (++)</p> <p>1. ประเมินความ ตั้งใจ</p> <p>2. ประเมินความ รุนแรงของ Heaviness of smoking index</p> <p>3. ประเมินกาลไ ที่กระตุ้นการเสพ ยาสูบ</p> <p>4. เป้า CO ก่อนเลิก บุหรี่</p> <p>5. บันทึกข้อมูล เป็นหลักฐาน</p> <p>6. วินิจฉัยโรค เฉพยสูบ ICD10 ถ้าพร้อม ส่ง assist</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>แพทย์วางแผนร่วมทีมสหสาขา วิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรผู้ผ่านการฝึก อบรม counseling</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>
<p>Advise (++)</p> <p>1. พูดชัดเจน หนักแน่น</p> <p>2. ประเด็น ว่าบุหรี่ทำให้ เกิดโรค หากเลิกบุหรี่ อาการจะดีขึ้น</p> <p>3. ประเด็น หนัก ไม่เลิกบุหรี่ จะมีอาการซ้ำ</p> <p>4. อธิบาย อีก (++)</p> <p>5. ตั้งใจ ต้องเลิกบุหรี่ ในขณะนี้</p> <p>6. เมื่อพ้นภาวะ เฉียบพลันจะ ติดตาม</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>พยาบาล</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>แพทย์วางแผนร่วมทีมสหสาขา วิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p> <p>บุคลากรผู้ผ่านการฝึก อบรม counseling</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>

บทที่ 7

# แนวทางเวชปฏิบัติ ในการบำบัดโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวาน\*\* พ.ศ. 2561

## บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับสอง รองจากความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวาน Type 2 ร้อยละ 9.6 และมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปีจากการมีภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งประกอบด้วย อ้วน ความดันโลหิตสูง ไชมันน์ในเลือดสูงและเบาหวาน

เบาหวาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดใหญ่ นำไปสู่ภาวะตาบอด ไตวาย ระบบประสาทเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้เสียสุขภาพ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศชาติสูญเสียเศรษฐกิจ

การเสพยาสูบทำให้น้ำตาลในเลือดสูงหลังอาหาร ถ้าเสพระยะยาว น้ำตาลจะสูงขึ้นหลังอาหาร ถ้าเสพ

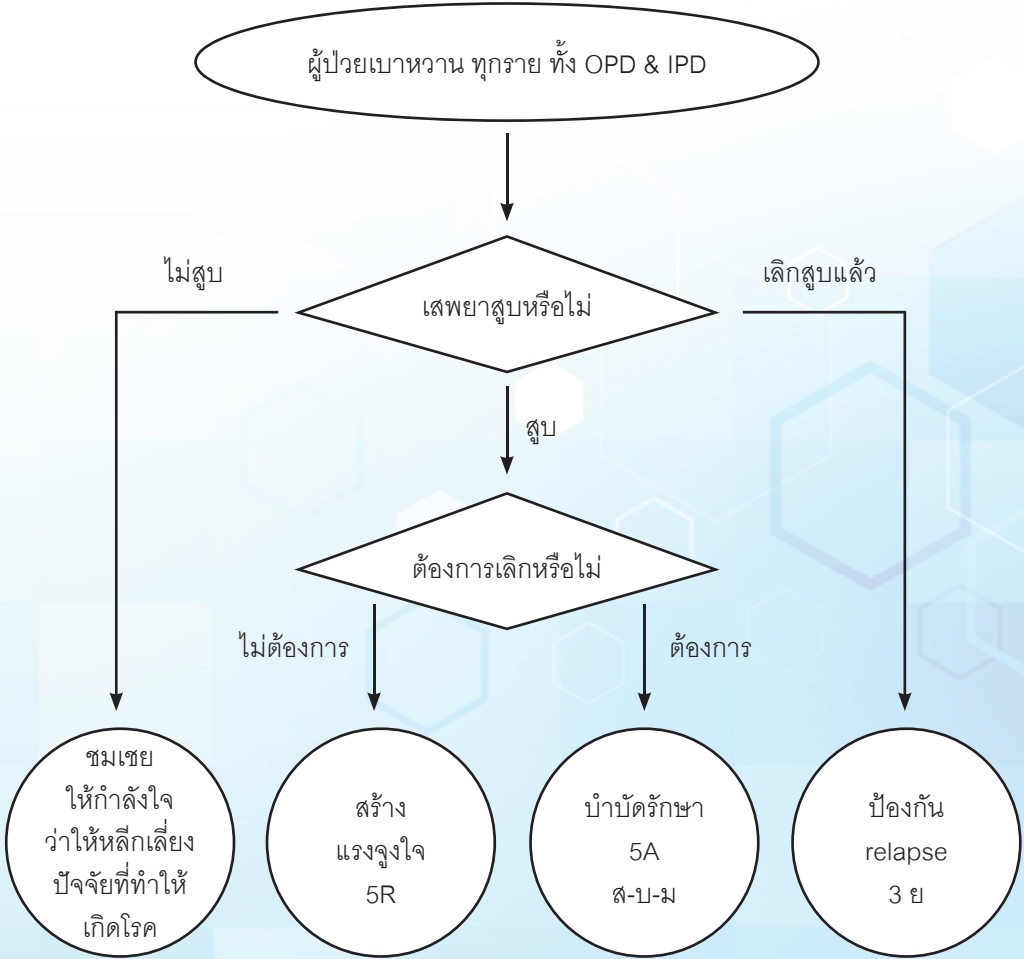
ระยะยาวน้ำตาลจะสูงขึ้นจนเกิดภาวะเบาหวาน โดยมีการทบทวน ติดตามผู้เสพยาสูบในช่วง 1996-2007 ในประชากร 1.2 ล้านคน ผู้เป็นเบาหวาน 45,844 รายที่เกี่ยวข้องกับประวัติการสูบบุหรี่ ถ้าสูบมากมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่า ผู้สูบบุหรี่จำนวนน้อย

การเสพยาสูบก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) มีภาวะอ้วนลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันน์สูง และภาวะโรคหลอดเลือดตีบแข็ง นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง

ผู้ที่เบาหวานจึงต้องเลิกเสพยาสูบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถชะลอลงได้ (คู่มือชี้วัด Towards Clinical Excellence Network TCEN สำหรับผู้เป็นเบาหวาน



แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2561  
สำหรับทีมสหวิชาชีพ



## คำแนะนำในการจัดตั้งและ พัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในคลินิก โรคเบาหวาน

1. แนะนำให้ใช้แนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม) ในการ บำบัดผู้เป็นเบาหวานที่ยังคงสูบบุหรี่ ทุกราย โดยนำแนวทางนี้ไปสอดแทรก ไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของงานประจำที่มี อยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

2. แนะนำอย่างยิ่งให้บุคลากร ที่ดูแลและผู้เป็นเบาหวานในทุกขั้นตอน อันประกอบด้วย แพทย์ทุกสาขาที่ร่วม ดูแล พยาบาลประจำคลินิก วิทยากร เบาหวานทุกสาขาวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล บุคลากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต้อง ให้คำแนะนำใช้แนวทาง ส-บ-ม ให้เลิก บุหรี่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

พยายามให้ มีการปรึกษา ติดตามผล เป็นแบบบริการเบ็ดเสร็จใน จุดเดียว (one-stop service) (น้ำหนัก คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

3. ในสถานพยาบาลที่มีบริการ เลิกบุหรี่อยู่แล้วหรือมีศักยภาพเพียงพอ ในการจัดตั้งบริการเลิกบุหรี่ แนะนำให้ ผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายได้รับการบำบัดและ ติดตามผลในคลินิกเลิกบุหรี่หรือศูนย์ บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

(Quitline 1600) ควบคู่กันไปด้วยใน ระหว่างที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดของแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

4. แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและ พัฒนาระบบคัดกรองสถานะการสูบ บุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ใน ผู้เป็นเบาหวานทุกรายในขณะที่กำลัง แสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับ การ ตรวจรักษาต่างๆ ครั้ง โดยสอดแทรกไว้ ในขั้นตอนของงานประจำที่มีอยู่แล้ว สำหรับคลินิกนั้นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5. แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและ พัฒนาระบบบันทึกสถานะการสูบบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วย ทุกรายและทุกครั้ง เมื่อเข้ารับบริการ โดยควรเลือกใช้ระบบที่ง่าย สะดวก ราคาถูก เป็นที่ยอมรับ เข้าใจได้ตรงกัน ในทุกๆ หน่วยงาน และ เหมาะสมกับ บริบทของคลินิกนั้นๆ เช่น ใช้ตาราง ยาง ประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้ แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

6. แนะนำอย่างยิ่งให้จัดทำและ พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการบำบัด และติดตามผลการให้บริการในระดับ ประเทศ พร้อมมีการวิเคราะห์ผลการ

ดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้เหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

7. สำหรับผู้เป็นเบาหวาน มีการเก็บตัวชี้วัดใน (ดูตัวชี้วัด Towards Clinical Excellence Network ของเบาหวานระบุให้ต้องมีคำแนะนำให้ผู้เป็นเบาหวานเลิกบุหรี่)

#### คำแนะนำในกระบวนการบำบัดในคลินิกเบาหวาน

1. แนะนำอย่างยิ่งให้ทำการคัดกรองสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ด้วยการสอบถามผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาต่างๆ ครั้ง พร้อมบันทึกผลการสอบถามดังกล่าวลงในแฟ้มประวัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งให้ชัดเจน เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

2. แนะนำให้บันทึกผลการสอบถามสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในแฟ้มประวัติ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ ได้แก่

สูบบุหรี่ < 1 ปี ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกแล้ว ≥ 1 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

3. แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมินความรุนแรงในการเสพติดนิโคตินด้วย Heaviness of Smoking Index (HSI) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 2 คำถามสำคัญเท่านั้น ได้แก่ สูบบุหรี่วันละกี่มวน และ สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

4. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะชนิดใด ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป หรือต้องสูบบุหรี่มวนแรกแทบจะทันทีหรือภายในไม่เกินครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่เสพติดสารนิโคตินอย่างรุนแรง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5. ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับบริการ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาที่หลากหลาย โดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันสอดแทรกการบำบัดส่วนนี้ไว้ในแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของบุคลากรในคลินิก (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เช่น

5.1 พยาบาลวิทย์ากรเบาหวานหรือพยาบาลประจำคลินิกอาจให้การให้คำแนะนำแบบสั้นๆ (Brief

Intervention) ในขณะที่ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับการรักษา, ขณะตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และขณะที่ทำ 6-minute walk test

5.2 เมื่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์หลังจากที่ได้ให้การรักษาดูแลและติดตามผลเลือดของผู้เป็นเบาหวาน แพทย์ประจำคลินิกก็อาจใช้การให้คำแนะนำแบบสังเขปเช่นกัน โดยเน้นที่กระบวนการในการเลิกยาสูบ

5.3 เมื่อพยาบาลหรือวิทยากรเบาหวานแนะนำการกินยาเบาหวาน การปฏิบัติตน พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลอาจพิจารณาให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (individual counseling) หรือแบบกลุ่ม (group counseling) เพื่อการเลิกยาสูบไปพร้อมกันเลยก็ได้

5.4 เกสท์ชกรก็อาจให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ในช่วงเดียวกันกับที่ให้คำแนะนำเรื่องยา

5.5 อสม. สอบถามถึงการเลิกยาสูบทุกครั้งที่พบผู้เป็นเบาหวานติดตามเจาะน้ำตาลในเลือด

5.6 ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และแสดงความสัมพันธ์กันระหว่างการสูบบุหรี่กับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5.7 แนะนำให้ใช้ผลตรวจสมรรถภาพปอดทั้งที่ปกติและที่ผิดปกติเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

5.8 ในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้แต่ละราย แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานอย่างน้อยชนิดใดชนิดหนึ่ง ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหลากหลายรูปแบบร่วมกันโดยเฉพาะแบบเข้มข้นในแต่ละครั้งโดยบุคลากร

วิชาชีพสุขภาพทุกๆ สาขา  
ที่เกี่ยวข้อง (น้ำหนักคำ  
แนะนำ +) "

5.9 แนะนำอย่างยิ่งให้  
นัดติดตามผลการบำบัด  
อย่างใกล้ชิด อย่างน้อย  
ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง  
โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือน  
แรกของการบำบัด (น้ำหนัก  
คำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> หากยัง  
ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ  
ในช่วงระยะดังกล่าว แนะนำ  
ให้คงการติดตามผลอย่าง  
ใกล้ชิดไปก่อนจนกระทั่ง  
ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้  
สำเร็จ (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

5.10 แนะนำอย่างยิ่งให้  
ทุกคลินิกจัดทำหรือจัดให้มี  
ระบบการติดตามผลการ  
บำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย  
รูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก  
การนัดตรวจติดตามทาง  
คลินิก เช่น การติดตามทาง  
โทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์ การ  
ประสานความร่วมมือกับ  
ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทาง  
โทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.)  
1600 เพื่อร่วมบำบัด การส่ง

ข้อความ SMS เพื่อสร้าง  
กำลังใจ การเยี่ยมบ้านโดย  
ทีมงานของคลินิกหรือหน่วย  
เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล  
การประสานงานกับ อสม.  
ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่  
เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ +) "

5.11 แนะนำอย่างยิ่งให้  
ติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิก  
บุหรี่ทุกๆ ครั้งที่ผู้ป่วยมา  
ตรวจติดตามอาการของโรค  
ถูกลมโป่งพองที่คลินิก และ  
จัดให้มีคำแนะนำในการ  
ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่  
(relapse prevention) แก่  
ผู้ป่วยทุกๆ รายที่เลิกบุหรี่  
ได้แล้ว อย่างน้อยทุกๆ  
4 เดือนต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า  
5 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

# ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆในการบำบัดโรคเสพติดในผู้เป็นเบาหวานตามแนวทาง ส-บ-ม



น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางการปฏิบัติ
++	<p><b>ส-سوبถาม</b> (ตอบถามและบันทึกประวัติการเสพติดกัญชยาสูบทุกชนิด)</p>	<p>สอบถามสถานะของการเสพติดทุกชนิดในผู้เป็นเบาหวาน<b>ทุกราย</b> ครึ่งที่มีมารับบริการ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 18 ในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ให้สอบถามเพิ่มอีก 2 คำถาม ได้แก่ (1) สูบวันละกี่มวน (2) สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนับแต่<b>หัวรุ่ง</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยว ยาตัดูหรือเปลวคาสูบ (คะ)?”</li> <li>• “คุณสูบวันละกี่มวนคาสูบ (คะ)?”</li> <li>• “โดยปกติ คุณสูบบุหรี่มวนแรกนานแค่ไหนหลังจากตื่นนอน?”</li> </ul>
++		<p>บันทึกข้อมูลที่ได้จาก 3 คำถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มีมารับบริการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพติดสูบลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>• ใช้สถิติภาวะหรือสัญญาณอื่นๆ ในภาวะระบุสถานะการเสพติดสูบบุหรี่ปัจจุบัน</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ</li> </ul>
++	<p><b>บ-บำบัด</b> (ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ)</p>	<p>แนะนำหรือให้คำปรึกษาโดยสอดคล้องและทันตคนที่อยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของคลินิกโดยบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในคลินิกเบาหวาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ค่าก๊าซพิษ (CO) ในลมหายใจของคุณอยู่ในระดับที่สูงมากเกินไป คุณจึงต้องเลิกบุหรี่ได้แล้วคะ พวกเราพร้อมช่วยเหลือคะ”</li> <li>• “ฉันนำตาลในเลือด HbA1C ไม่น่าดีของคุณออกมาไม่ดี การสูบบุหรี่จะทำให้โรคที่แทรกซ้อนที่หลอดเลือดตีบรุนแรงและรวดเร็ว ส่งผลไปตา ไต หัวใจ สมอง เข้าระบบประสาททุกส่วนในร่างกายแนะนำให้เลิกบุหรี่</li> </ul>

			<p>การเลิกบุหรี่ไม่ยาก ใช้วิธี 5 ล.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เลิกวันเล็ก วันนั้นเลย</li> <li>2. บอกคนใกล้ชิดให้กำลังใจ (ล้นวาจา)</li> <li>3. เลี่ยงสถานที่ที่ชวนให้สูบบุหรี่</li> <li>4. ละทิ้งอุปกรณ์</li> </ol> <p>มีรายละเอียดเพิ่มเติมตามเอกสาร (พร้อมยื่นเอกสารหรือแม่พิมพ์ให้)"</p>
<p>++</p>	<p><b>ม-หมั่นติดตาม</b> (หมั่นติดตามผลการบำบัด ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายและให้กำลังใจ)</p>	<p>นัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด ไม่ต่ำกว่า เดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก หากยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ ได้สำเร็จ แนะนำให้คงการติดตามผล อย่างใกล้ชิดไปก่อน แต่หากเลิกได้ สำเร็จก็อาจพิจารณาติดตามให้ห่างขึ้น ได้ตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วย เหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจ ติดตามทางคลินิก เช่น             <ol style="list-style-type: none"> <li>ก. ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์</li> <li>ข. ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด</li> <li>ค. ส่งข้อความ SMS เพื่อตรงกำลังใจ</li> <li>ง. เยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยม บ้านของโรงพยาบาล</li> <li>จ. ประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่</li> </ol> </li> </ul>

### น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) “แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำได้ ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ “แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำเนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ “ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่แนะนำ (อาจทำได้ ไม่ทำก็ได้)”
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)

### คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

- ระดับ I** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
- ระดับ II** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษา controlled clinical trials หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบวิจัยอื่นที่มีคุณภาพและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัด เช่น cohort study, case-control study เป็นต้น
- ระดับ III** หมายถึง มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) หรือ การศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่ดำเนินการยังไม่เหมาะสมหรือมีคุณภาพยังไม่ดีนัก
- ระดับ IV** หมายถึง เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการวางแผนทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

## Patient Care Process (DM)

Entry (Ask, Advise)	Patient Assessment		Care Plan	Care Delivery (Assist) (++)	Empowerment (Assist) (++)	Discharge Plan Refer (Assist) (++)
	Assessment (++)	Reassessment				
1. ลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย 2. คัดกรอง 3. ประเมินความเสี่ยง 4. ประเมินทางร่างกาย 5. Ask สอบถามและบันทึกสถานะการสูบบุหรี่ 6. บันทึกเวรระเบียบ 7. Sticker 8. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ 9. ข้อมูลบันทึกปัจจุบัน 10. ปัจจุบันสูบบุหรี่ 11. เคยสูบบุหรี่ 12. ไม่เคยสูบบุหรี่ 13. มีผู้ใกล้ชิดสูบบุหรี่	1. น้ำหนัก/ส่วนสูง/ดัชนีมวลกาย 2. Vital signs 3. ประวัติ/ตรวจร่างกาย 4. ประเมินทางห้องปฏิบัติการ 5. FBS, HbA1c, ไขมัน ตามเกณฑ์ TCEN DM 6. วิตจัดโรคเบาหวานและสุขภาพ 7. วิตจัดโรคเบาหวานและสุขภาพ 8. วิตจัดโรคเบาหวานและสุขภาพ 9. วิตจัดโรคเบาหวานและสุขภาพ 10. วิตจัดโรคเบาหวานและสุขภาพ	1. เชื้อเม็บบัญชีหากการสูบบุหรี่กับโรคแทรกซ้อนเบาหวาน 2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 3. ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ 4. ผลของการเลิกบุหรี่ทำให้ระดับน้ำตาลดี, A1c ลด 5. ให้อาหารเสริมตามแนวทางโรคเบาหวาน 6. หากผู้ป่วยพร้อมส่งต่อให้ 7. พิจารณาความจำเป็นของการให้ยา 8. พิจารณาการรักษาทางเลือก 9. ปรึกษาเภสัชกร 10. ปรึกษาเภสัชกร 11. ปรึกษาเภสัชกร 12. ปรึกษาเภสัชกร 13. ปรึกษาเภสัชกร 14. ปรึกษาเภสัชกร 15. ปรึกษาเภสัชกร 16. ปรึกษาเภสัชกร 17. ปรึกษาเภสัชกร 18. ปรึกษาเภสัชกร 19. ปรึกษาเภสัชกร 20. ปรึกษาเภสัชกร	1. การใช้ยาตามโรคของเบาหวาน 2. พิจารณาใช้ยาชนิดใหม่ 3. ปรึกษาเภสัชกร 4. ปรึกษาเภสัชกร 5. ปรึกษาเภสัชกร 6. ปรึกษาเภสัชกร 7. ปรึกษาเภสัชกร 8. ปรึกษาเภสัชกร 9. ปรึกษาเภสัชกร 10. ปรึกษาเภสัชกร 11. ปรึกษาเภสัชกร 12. ปรึกษาเภสัชกร 13. ปรึกษาเภสัชกร 14. ปรึกษาเภสัชกร 15. ปรึกษาเภสัชกร 16. ปรึกษาเภสัชกร 17. ปรึกษาเภสัชกร 18. ปรึกษาเภสัชกร 19. ปรึกษาเภสัชกร 20. ปรึกษาเภสัชกร	1. กระบวนการ counseling เน้นพิษภัย ยาสูบต่อการดำเนินชีวิต 2. นำบัตรทางจิตสังคม (+) 3. พฤติกรรมบำบัด (++) 4. มาตรการทางสังคมและชุมชน (+) 5. Prevent 6. Relapse ด้วยยา 7. ชุมชน, ปรึกษาจิต 8. เสริมกำลังใจกระตุ้น 9. จัดจิตอาสาช่วย	1. นัดพร้อมเรื่องเบาหวาน 2. ติดตามผลการบำบัดโรค 3. นัด 2 สัปดาห์ 4. นัด 2-4 สัปดาห์ 5. นัด 3 เดือน 6. นัด 6 เดือน 7. นัด 12 เดือน 8. นัด 12 เดือน 9. นัด 12 เดือน 10. นัด 12 เดือน 11. นัด 12 เดือน 12. นัด 12 เดือน 13. นัด 12 เดือน 14. นัด 12 เดือน 15. นัด 12 เดือน 16. นัด 12 เดือน 17. นัด 12 เดือน 18. นัด 12 เดือน 19. นัด 12 เดือน 20. นัด 12 เดือน	



<p><b>Advise (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ชัดเจน หนักแน่น ตรงประเด็น ว่าจำเป็นต้องเลิกบุหรี่ เนื่องจากทำให้เกิดภาวะ ต้อหิน สูติติ่ง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ รุนแรงขึ้น (++) แจ้งว่ามีวิธีการเลิกบุหรี่ในคลินิกร</li> </ol>	<p><b>Assessment (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความตั้งใจ ถ้าไม่แน่ใจ ต้อง motivate ด้วยเทคนิค 5R</li> <li>ประเมินภาวะเฉียบพลัน</li> <li>ประเมินปัจจัยกระตุ้นการเสพติด ยาสูบ</li> <li>ประเมินความรุนแรงการติดบุหรี่ Heaviness of smoking index</li> <li>บันทึกผล การประเมินในรูปแบบฟอร์ม</li> <li>วินิจฉัยโรคเสพติด ยาสูบ ICD10</li> </ol>	<p><b>Reassessment</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เมื่อเลิกได้แล้ว ต้องยืนยันด้วย exhale CO</li> </ol>	<p><b>Assist (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความต้องการใช้ยาเลิกบุหรี่</li> <li>สร้างแรงจูงใจ 5 R <ol style="list-style-type: none"> <li>การเลิกบุหรี่จะช่วยให้ลดภาวะต้อหิน (Relevance)</li> <li>Risk บุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง</li> <li>การเลิกบุหรี่ลดภาวะแทรกซ้อน</li> <li>Roadblock แนะนำเสียปัญหาทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำทุกครึ่ง</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Counseling (Assist) (++)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>แบบสั่งขงป</li> <li>แบบชี้แนะ ให้หลักประการ 4</li> <li>แบบถาม-ตอบ</li> <li>แบบกลุ่ม</li> </ol> <p>S: Set เลิกวัน T: Tell สั้นๆ A: Anticipate challenge +5D ลงมือ R: Remove ละเลิก (5D: Delay, Deep breath, Drink water Do something, Destination)</p>	<p><b>Arrange (++)</b></p> <p>Counseling ติดตาม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ติดตามทางโทรศัพท์</li> <li>SMS</li> <li>Social Media</li> <li>Promote Campaign ในชุมชน</li> </ol>
<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>	<p>บุคลากรที่ สามารถทำได้</p>
<p>เจ้าหน้าที่ทุกคน</p>	<p>พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>แพทย์วางแผนร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม</p>	<p>บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม counseling</p>	<p>บุคลากรทุกคน</p>

บทที่ 8

# แนวทางเวชปฏิบัติ ในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ในผู้ป่วยโรคจิตเวช พ.ศ. 2561

## บทนำ

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาทางกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2546 จากประชากร 11,700 คน ทางโรคจิตเวช 2,169 คน เป็นหญิง ร้อยละ 53.30 ชาย ร้อยละ 46.70

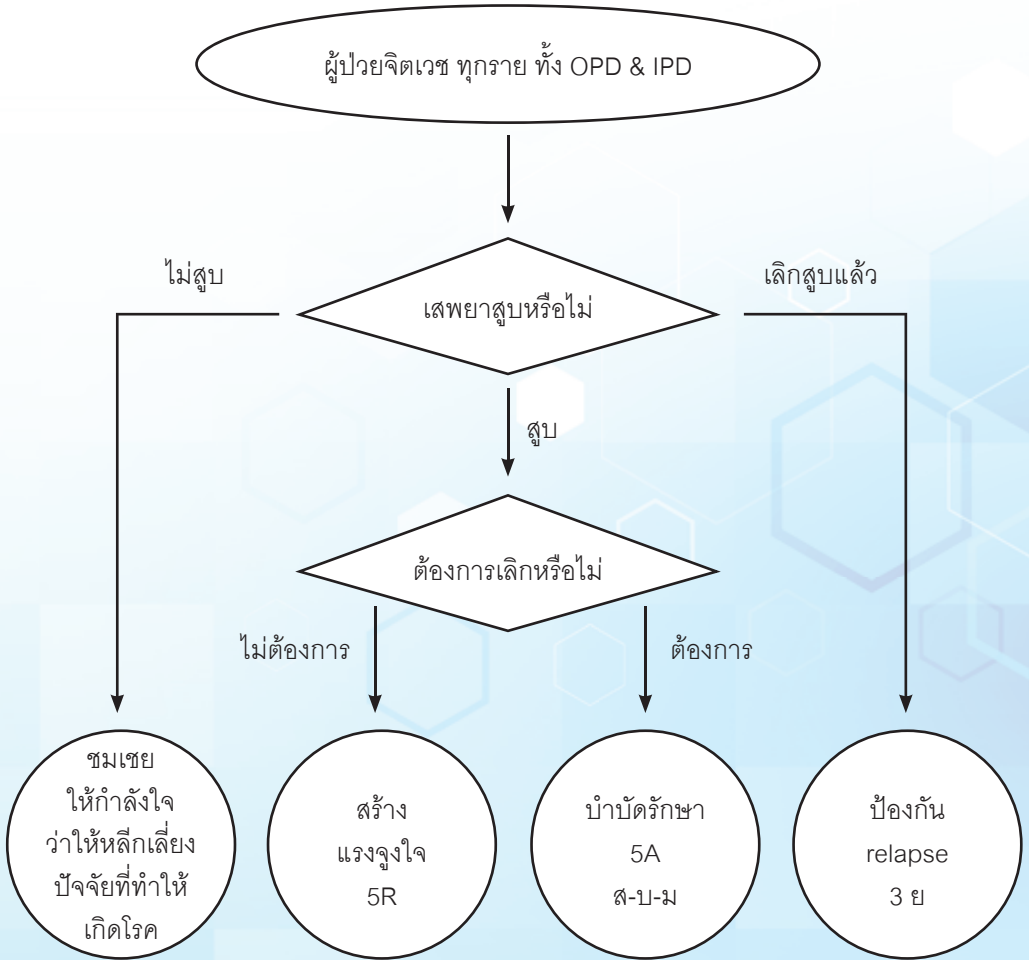
ในผู้ป่วยที่มีโรคจิตประสาทพบว่า มีอัตราการเสพยาสูบมากกว่าประชากรทั่วไป 204 เท่า คือ ร้อยละ 41 ของผู้ป่วยจิตเวช และพบอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าประชาชนทั่วไป

โรคทางจิตประสาทที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major depression) ความผิดปกติด้านอารมณ์และความวิตกกังวล (Mood and anxiety disorder) จิตเวช (Schizophrenia) และ Panic disorder

จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดการบำบัดโรคเสพยาสูบให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อย่างจริงจัง และชัดเจน



แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเวช พ.ศ. 2561  
สำหรับทีมสหวิชาชีพ



## แนะนำในการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวช

1. แนะนำให้ใช้แนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ยังคงสูบบุหรี่ทุกราย โดยนำแนวทางนี้ไปสอดแทรกไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของงานประจำที่มีอยู่แล้วในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (นำหนักคำแนะนำ ++)

2. แนะนำอย่างยั้งให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นประจำอยู่แล้วในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ แพทย์ จิตแพทย์ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ให้คำปรึกษาให้เลิกบุหรี่ (นำหนักคำแนะนำ ++) และปฏิบัติเป็น บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One-stop service) (นำหนักคำแนะนำ ++)

3. ในสถานพยาบาลที่มีบริการเลิกบุหรี่อยู่แล้วหรือมีศักยภาพเพียงพอในการจัดตั้งการเลิกบุหรี่แนะนำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายได้รับการบำบัดและติดตามผลในคลินิกเลิกบุหรี่หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) ควบคู่กันไปด้วยในระหว่างที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดของแพทย์ (นำหนักคำแนะนำ ++)

4. แนะนำอย่างยั้งให้จัดทำและพัฒนาระบบคัดกรองสถานการณ์สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยจิตเวชทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทุกๆ ครั้ง โดยสอดแทรกไว้ในขั้นตอนของงานประจำที่มีอยู่แล้วสำหรับคลินิกนั้นๆ (นำหนักคำแนะนำ ++)

5. แนะนำอย่างยั้งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการ โดยควรเลือกใช้ระบบที่ง่าย สะดวก ราคาถูก เป็นที่ยอมรับ เข้าใจได้ ตรงกันในทุกๆ หน่วยงาน และเหมาะสมกับบริบทของคลินิกนั้นๆ เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ฯลฯ (นำหนักคำแนะนำ ++)

6. แนะนำอย่างยั้งให้จัดทำและพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการบำบัดและติดตามผลการให้บริการในระดับประเทศ พร้อมมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้เหมาะสมต่อไป (นำหนักคำแนะนำ ++)



## คำแนะนำในกระบวนการ บำบัดในคลินิกโรคจิตเวช

1. แนะนำอย่างยั้งให้ทำการคัดกรองสถานการณ์สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ด้วยการสอบถามผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกรายในขณะที่กำลังแสดงตนหรือลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาทุกๆ ครั้งพร้อมบันทึกผลการสอบถามดังกล่าวลงในแฟ้มประวัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งให้ชัดเจน เช่น ใช้ตารางประทับในแฟ้มประวัติ ใช้แถบสติ๊กเกอร์ติดที่ปกหน้าของแฟ้มหรือด้านใน ใช้แถบสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์สีต่างๆ ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

2. แนะนำให้บันทึกผลการสอบถามสถานะการสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นๆ ในแฟ้มประวัติ โดยแบ่งเป็น 3 สถานะ ได้แก่ สูบอยู่ เล็ก < 1 ปี ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกแล้ว  $\geq 1$  ปี (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>IV</sup>

3. แนะนำอย่างยั้งให้ประเมินความรุนแรงในการเสพติดนิโคตินด้วย Heaviness of Smoking Index (HSI) ซึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 2 คำถามสำคัญเท่านั้น ได้แก่ สูบบุหรี่วันละกี่มวน และ สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>II</sup>

4. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะชนิดใด ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป หรือต้องสูบบุหรี่มวนแรกแทบจะทันทีหรือภายในไม่เกินครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน อย่างไรก็ตามหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่เสพติดนิโคตินอย่างรุนแรง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>II</sup>

5. ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับบริการ แนะนำอย่างยั้งให้ใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาที่หลากหลายโดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ร่วมกันสอดแทรกการบำบัดส่วนนี้ไว้ในแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอยู่เป็นประจำของบุคลากรในคลินิก (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> เช่น

5.1 เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลประจำคลินิกอาจใช้การให้คำแนะนำแบบสังเขป (Brief Intervention) ในขณะที่ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับการตรวจ และขณะตรวจวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกซ์ในลมหายใจ

5.2 เมื่อผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ หลังจากที่ได้ให้การรักษาและติดตามอาการของจิตเวชแล้ว แพทย์ประจำคลินิกก็อาจใช้การให้คำ

แนะนำแบบสังเขปเช่นกัน โดยเน้นที่กระบวนการในการ เลิกยาสูบ

5.3 เมื่อพยาบาลหรือ ผู้ช่วยพยาบาลให้คำแนะนำ เรื่องการดูแลตนเอง การใช้ ยาทางจิตเวช การปฏิบัติตน พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล อาจพิจารณาให้คำปรึกษา แบบตัวต่อตัว (Individual counseling) หรือแบบกลุ่ม (Group counseling) เพื่อ การเลิกยาสูบไปพร้อมกัน เลยก็ได้

5.4 เกดซ์กรก็อาจให้ คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ในช่วงเดียวกันกับที่ใช้ยารักษา โรคจิตเวช

5.5 อสม. สอบถามถึง การเลิกเสพยาสูบทุกครั้ง ที่เยี่ยมติดตาม ให้กำลังใจ

6. ในการให้คำแนะนำปรึกษา แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ และ แสดงความสัมพันธ์กันระหว่างการสูบบุหรี่กับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลัง เผชิญอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

7. หากผู้ป่วยต้องไปตรวจทาง รังสี ตรวจเลือด ควรให้บุคลากรกระตุ้น ให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่

8. แพทย์พิจารณารายชื่อช่วย เลิกบุหรี่ ร่วมกับการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ แต่ละคราย แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ มาตรฐานอย่างน้อยชนิดใดชนิดหนึ่ง ร่วมกับการให้คำแนะนำปรึกษาหลากหลายรูปแบบร่วมกันโดยเฉพาะแบบ เข้มข้น ใน แต่ละครั้งโดยบุคลากร วิชาชีพสุขภาพทุกๆ สาขาที่เกี่ยวข้อง (น้ำหนักคำแนะนำ +)<sup>II</sup>

9. แนะนำอย่างยิ่งให้นัดติดตาม ผลการบำบัดอย่างใกล้ชิด อย่างน้อย ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะ ในช่วง 3 เดือนแรกของการบำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup> หากยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในช่วง ระยะเวลาดังกล่าว แนะนำให้คงการติดตาม ผลอย่างใกล้ชิดไปก่อนจนกระทั่งผู้ป่วย สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (น้ำหนัก คำแนะนำ +) IV

10. แนะนำอย่างยิ่งให้ทุกคลินิก จัดทำหรือจัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบ อื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจ ติดตามทางคลินิก เช่น การติดตามทาง

โทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์ การประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (สบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด การส่งข้อความ SMS เพื่อสร้างกำลังใจ การเยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล การประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ +) "

11. แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ทุกๆ ครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการของโรคถุงลมโป่งพองที่คลินิก และจัดให้มีความแนะนำในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (relapse prevention) แก่ผู้ป่วยทุกๆ รายที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว อย่างน้อยทุกๆ 4 เดือนต่อเนื่องกันไม่ต่ำกว่า 5 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++)<sup>IV</sup>

## ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆ ในการบำบัดโรคจิตเวชตามแนวทาง ส-บ-ม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางการปฏิบัติ
++	<b>ส-สอบถาม</b> (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพยาทุกชนิด)	สอบถามสถานะของการเสพยาทุกชนิดในผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกอายุ ครึ่งที่มารับบริการ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 18 ในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ให้สอบถามเพิ่มอีก 2 คำถาม ได้แก่ (1) สูบวันละกี่มวน; (2) สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน <b>รวมกับ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยวยานัตถ์หรือเปลวคาร์บ (คะ)?”</li> <li>• “คุณสูบวันละกี่มวนคาร์บ (คะ)?”</li> <li>• “โดยปกติ คุณสูบบุหรี่มวนแรกนานแค่ไหนหลังจากตื่นนอน?”</li> </ul>
++		บันทึกข้อมูลที่ได้จาก 3 คำถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มาใช้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพยาสูบลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>• ใช้สถิติภาวะหรือสัญญาณอื่นๆ ในการระบุสถานการณ์เสพยาสูบบ่อยปัจจุบัน</li> <li>• ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ</li> </ul>
++	<b>บ-บำบัด</b> (ให้การบำบัดในรูปแบบต่างๆ)	แนะนำหรือให้คำปรึกษาโดยสอดคล้องกับความต้องการแต่ละขั้นตอนที่มีอยู่แล้วและทำอย่างเป็นประจำของคลินิกโดยบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในคลินิกเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ค่าก๊าซพิษ (CO) ในลมหายใจของคุณสูงอยู่ในระดับที่สูงมากเลย คุณคงต้องเลิกบุหรี่ได้แล้วนะ พวกเราพร้อมช่วยเหลือค่ะ”</li> <li>• ถ้ามีการตรวจเลือด X-ray แจ้งผลเลือด X-ray และอธิบายว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผลเหล่านั้นลดลง</li> <li>• การเลิกบุหรี่ทำผู้ป่วยโรคจิตเวชยังไม่บังคับกำหนด ใช้กระบวนการพฤติกรรมบำบัดร่วมกับการใช้ยา NRT และยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในดุลพินิจของจิตแพทย์</li> </ul>

++	<p><b>ม-หมั่นติดตาม</b> (หมั่นติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่สูญหายหรือถูกรายและให้กำลังใจ)</p>	<p>นัดติดตามผลอย่างใกล้ชิด ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก หากยังไม่สามารถติดตามผลได้สำเร็จ แนะนำให้คงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดไปก่อน แต่หากเลิกได้สำเร็จก็อาจพิจารณาติดตามให้ห่างขึ้นได้ตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัดให้มีระบบการติดตามผลการบำบัดของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยรูปแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการนัดตรวจติดตามทางคลินิก เช่น             <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ติดตามทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์</li> <li>ข. ประสานความร่วมมือกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) 1600 เพื่อร่วมบำบัด</li> <li>ค. ส่งข้อความ SMS เพื่อสร้างกำลังใจ</li> <li>ง. เยี่ยมบ้านโดยทีมงานของคลินิกหรือหน่วยเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล</li> <li>จ. ประสานงานกับ อสม. ในหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่</li> </ul> </li> </ul>
----	--	---	--

## Patient Care Process (PSY)

Entry (Ask, Advise)	Patient Assessment		Care Plan	Care Delivery (Assist) (++)	Empowerment (Assist) (++)	Discharge Plan Refer (Assist) (++)
	Assessment (++)	Reassessment				
1. ลงทะเบียน ประวัติผู้ป่วย 2. ดัดแปลง ความแรงของ ของปัญหา 3. Ask สอบถาม สถานะการสูบบุหรี่ (++) - บันทึก เวชระเบียน - Sticker - โปรแกรม คอมพิวเตอร์ 4. ข้อมูลบันทึก - ปัจจุบัน - สูบบุหรี่ - เคยสูบบุหรี่ - ไม่เคยสูบบุหรี่ - มีผู้ใกล้ชิด สูบบุหรี่	1. ประเมินโรค ทางกาย 2. ประเมินภาวะ ทางจิต 3. ประเมินภาวะ ซึมเศร้า 4. หากพบกรณี เร่งด่วนให้รักษา ตามแนวทาง นั้นๆ ก่อน 5. เป่า exhale CO ก่อนการบำบัด 6. วิจัยจิต 7. บันทึกการวินิจฉัย โรคเสพติด	exhale CO หลังจากบำบัดแล้ว	1. เชื่อมโยงปัญหาทางจิตกับการ สูบบุหรี่ 2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วย 3. ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ ที่ติดร่างกาย 4. วางแผนรักษาโรคทางกาย ตามแนวทาง 5. วางแผนรักษาโรคทางจิต ตามแนวทาง 6. ถ้าพร้อมส่งรับคำปรึกษา 7. พิจารณาความจำเป็นของการ การเข้าเลิกบุหรี่ 8. พิจารณาการรักษาทงทางเลือก - ให้น้ำยวอนปาก - สูดน้ำดูดอกทาว - สูดน้ำพร มนะนาว - นวดกดจุดที่เท้า - ฝังเข็ม - สูดน้ำบำบัด - ธรรมชาติ - กิจกรรมผ่อนคลาย - ынหิง - ศาสนบำบัด 9. ส่ง counseling ถ้าพร้อม 10. ถ้า admit เข้า รพ. ต้องติดตามต่อจนผู้ป่วย ออกจาก รพ.	1. ให้อาตามโรคทางกาย และทางจิต - การสูยา - NRT (+) - Bupropion (+) - Varenicline (+) - Nortriptyline (++) 2. ปรึกษาโภชนบำบัด กรณีน้ำหนักเพิ่ม 3. กายภาพบำบัดแนะนำ การออกกำลังกาย เพื่อเมียงแบบความสนใจ 4. เภสัชกร แนะนำเรื่อง ยาทางจิตเวช และ ยาเลิกบุหรี่	1. ต้องปรึกษาจิตแพทย์ ร่วมบำบัด ++ 2. นำบำบัดทางจิตสังคม ++ 3. พฤติกรรมบำบัด ++ 4. มาตรการสังคมและ ชุมชน 5. Prevent relapse - ชมเชย - ปรับวิถีชีวิต - เสียยังจัดระยะสั้น - จัดอาสา	1. นัดจิตแพทย์ 2. บุหรี่ นิด 2 สัปดาห์ 2.1 นิด 2-4 สัปดาห์ 3 เดือน 2.2 นิด 1-2 เดือน ครบ 6 เดือน 2.3 ต่อไปด้วยทุกปี 3. เป่า exhale CO ынยืน ว่าเลิกได้ 4. พิจารณาติดตามใน รพช. รพสต. (refer down) 5. รพช. รพสต. ต้องส่ง ปรึกษาจิตแพทย์ ทุกราย



<p><b>Advise (++)</b></p> <p>1. ชัดเจน หนักแน่น ตรงประเด็น ว่าจำเป็นต้อง เลิกบุหรี่ เนื่องจาก ทำให้เกิดภาวะ ตีอั้นสูติน ทำให้เกิดโรค แทรกซ้อนได้ รุนแรงขึ้น (++) 2. แจ้งว่ามีวิธีการ เลิกบุหรี่ใน คลินิกนี้</p>	<p><b>Assessment (++)</b></p> <p>1. ประเมินความ ตั้งใจ ถ้าไม่แน่ใจ ต้อง motivate ด้วยเทคนิค 5R 2. ประเมินภาวะ เฉียบพลัน 3. ประเมินปัจจัย กระตุ้นการเสพ ยาสูบ 4. ประเมินความ รุนแรงการติด บุหรี่ Heaviness of smoking index 5. มีบันทึกผล การประเมินใน แบบฟอร์ม 6. วินิจฉัยโรคเสพ ยาสูบ ICD10</p>	<p><b>Reassessment</b></p> <p>1. เมื่อเลิกได้แล้ว ต้องยืนยันด้วย exhale CO</p>	<p><b>Assist (++)</b></p> <p>1. ประเมินความต้องการใช้ ยาเลิกบุหรี่ 2. สร้างแรงจูงใจ 5 R 1. การเลิกบุหรี่จะช่วยให้ ลดภาวะตีอั้นสูติน (Relevance) 2. Risk บุหรี่ทำให้หลอดเลือด ตีอั้นตีบแข็ง 3. การเลิกบุหรี่ลดภาวะ แทรกซ้อน 4. Roadblock แนะนำ เสียปัญหาทำให้ ต้องกลับไปสูบบุหรี่ 5. Repetition แนะนำ ซ้ำทุกครั้ง</p>	<p><b>Counseling (Assist) (++)</b></p> <p>1. แบบสั่งจบ 2. แบบเข้มข้น 3. แบบกลุ่ม S: Set เลิกวัน T: Tell สั้นวาจา A: Anticipate challenge +5D ลงมือ R: Remove ละอุปกรณ์ (5D: Delay, Deep breath, Drink water Do something, Destination)</p>	<p><b>Arrange (++)</b></p> <p>Counseling ติดตาม 1. ติดตามทางโทรศัพท์ 2. SMS 3. Social Media 4. Promote Campaign ในชุมชน</p>
<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p>	<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p>	<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p>	<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p>	<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p>	<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p>
<p>เจ้าหน้าที่ทุกคน</p>	<p>พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>แพทย์วางแผนร่วมทีมสหสาขา วิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม</p>	<p><b>บุคลากรที่ สามารถทำได้</b></p> <p>บุคลากรผู้ผ่านการฝึก อบรม counseling</p>	<p>บุคลากรทุกคน</p>

# ภาคผนวก

คู่มือเวชปฏิบัติ

สำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561



ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้องค์กรบรรลุผลสัมฤทธิ์

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>1.1 ประสงค์วิสัยทัศน์ นโยบายและแสดงความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และการลด ละ เลิก การบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาลสถานพยาบาล ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป</p> <p>1.2 ปฏิเสธการสนับสนุนทุกประเภท ทุกรูปแบบจากผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย บุหรี่</p> <p>1.3 กำหนดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงาน รับผิดชอบการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมอบอำนาจเต็มในการตัดสินใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลตลอดผู้บริหารให้ประเด็นคณะกรรมการ/หัวหน้าคณะทำงานซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในภารกิจที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>1.4 กำหนดให้มีแผนปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม เป้าหมาย ระยะเวลา ดำเนินการงบประมาณ และผู้รับผิดชอบชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการติดตามและประเมินผล</p> <p>1.5 หัวหน้าหน่วยงานและผู้บริหารมีหน้าที่รับผิดชอบให้คำแนะนำ และติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานตามนโยบายเป็นกิจวัตร</p>	<p>1.1 ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิสัยทัศน์ นโยบายและจัดทำคำประกาศ เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการผู้นำระดับสูงแสดงตนเป็นแบบอย่าง</p> <p>1.2 ผู้นำไม่ร่วมกิจกรรมหรือรับการสนับสนุนทุกรูปแบบจากผู้ผลิต/ผู้จำหน่ายยาสูบทั้งในและต่างประเทศ และควบคุมกำกับให้บุคลากรปฏิบัติตามระเบียบ</p> <p>1.3 ผู้นำระดับสูงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่ระบุอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบที่สนองต่อวิสัยทัศน์และนโยบาย โดยเลือกผู้มีความรู้และสูงตามภารกิจที่มอบหมายเป็นประธาน</p> <p>1.4 โรงพยาบาลสถานพยาบาลจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีรายละเอียดครบถ้วนที่สามารถสื่อสารได้ระหว่างผู้บริหาร/ผู้นำและผู้ปฏิบัติ และผู้นำสามารถใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน มีการจัดสรรทรัพยากรเพียงพอเหมาะสม</p> <p>1.5 หัวหน้าหน่วยงานและผู้มีทัศนคติสนับสนุนและติดตามผลงานเป็นประจำ</p>	
คะแนนรวมมาตรฐานที่ 1	เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของข้อ 1.1-1.5 คูณด้วย 4 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)	

## มาตรฐานที่ 2 การสื่อสารและประชาสัมพันธ์

คะแนน 100

โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีการสื่อสารทำความเข้าใจภายใต้เป้าหมายในองค์กร ตลอดจนเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการชุมชน ใกล้เคียง เครือข่าย และประชาชนทั่วไปเพื่อระดมความร่วมมือในการป้องกัน และกำจัด ไล่ เลิก การบริโภคยาสูบและสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>2.1 บุคลากรขององค์กร โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีกลไกสื่อสาร 2 ทิศทางอย่างทั่วถึงเพื่อสร้างความเข้าใจในนโยบายและแนวปฏิบัติในหมู่บุคลากรภายในองค์กรทุกคนทุกระดับประเภท และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือดำเนินการบรรลุผล</p> <p>2.2 เจ้าหน้าที่จากบริษัทที่เป็นคู่สัญญาจ้างทำงานในองค์กร โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีกลไกสื่อสาร 2 ทิศทางอย่างทั่วถึง เพื่อสร้างความเข้าใจในนโยบายและแนวปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ จากบริษัทที่เป็นคู่สัญญาจ้างทำงานในโรงพยาบาลและ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือดำเนินการบรรลุผล</p> <p>2.3 ผู้รับบริการ โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการและญาติ รู้ถึงนโยบายการเป็น โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ กิจกรรมสนับสนุนการป้องกันและ กำจัด ไล่ เลิกการบริโภคยาสูบ และผลจากการดำเนินงานเพื่อสร้าง ความตระหนักรู้และมีส่วนร่วม</p>	<p>2.1 บุคลากรขององค์กรทุกคนรับทราบนโยบายปลอดบุหรี่และยาสูบ และแนวทางปฏิบัติในภาพรวมและของตนเอง รู้สถานที่และเวลา ให้บริการเลิกบุหรี่ยาสูบ องค์กรมีการทบทวนวิธีการสื่อสาร และ สร้างการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาวิธีการสื่อสาร</p> <p>2.2 เจ้าหน้าที่ของบริษัทที่เป็นคู่สัญญาจ้างในองค์กรทุกคนรับทราบ นโยบายปลอดบุหรี่และยาสูบ และแนวปฏิบัติในภาพรวมและของ ตนเอง รู้สถานที่และเวลาให้บริการเลิกบุหรี่ยาสูบ องค์กรมีการ ทบทวนวิธีการสื่อสาร และสร้างการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาวิธีการ สื่อสาร</p> <p>2.3 ผู้รับบริการทุกคนและญาติรับทราบนโยบายปลอดบุหรี่และยาสูบ และแนวทางการปฏิบัติตนเองอยู่ในสถานพยาบาล รู้โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลมีบริการเลิกบุหรี่ยาสูบ องค์กรมีการทบทวนวิธีการ สื่อสาร และสร้างการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาวิธีการสื่อสาร</p>	

<p>2.4 ประชาชนและชุมชน โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนใกล้เคียง เครื่องหมายของโรงพยาบาลและ ประชาชนรับรู้ถึงนโยบายการเป็นโรงพยาบาลปลอดภัย กิจกรรม สัมพันธภาพป้องกันและลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ และ ผลการดำเนินงานเพื่อสร้างตระหนักรู้และมีส่วนร่วม</p> <p>2.5 โรงพยาบาล/สถานพยาบาลจัดกิจกรรมรณรงค์ในวาระต่าง ๆ วันงดสูบบุหรี่โลก วันเบาหวานโลก วันหัวใจโลก เป็นต้น เพื่อขยาย ขอบเขตการตระหนักรู้ในสังคม และสร้างแนวร่วม/เครือข่ายปลอดภัย บุหรี่ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น</p>	<p>2.4 ประชาชนและชุมชนตลอดจนเครือข่ายรับทราบนโยบายปลอดภัย และยาสูบ และแนวทางการปฏิบัติตนขณะอยู่ในสถานพยาบาล รู้ว่า โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีบริการเลิกบุหรี่หรือยาสูบ และกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องในชุมชน แก่นนำชุมชนและเครือข่ายรับทราบผลการ ดำเนินงาน องค์กรมีบทบาททวนวิถีการสื่อสาร และสร้างการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาวิถีการสื่อสาร</p> <p>2.5 โรงพยาบาล/สถานพยาบาลจัดกิจกรรมรณรงค์ในวาระต่าง ๆ อย่างมีเป้าหมายชัดเจน ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ ในวาระต่างๆ ตระหนักรู้ภัยของบุหรี่ยาสูบ มีเครือข่ายร่วม กิจกรรมเพิ่มขึ้น โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีกิจกรรมรณรงค์ สื่อสาร/จัดกิจกรรม และสร้างการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาวีถีการ สื่อสาร/จัดกิจกรรม</p>
<p>คะแนนรวมมาตรฐานที่ 2</p>	<p>เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของ ข้อ 2.1-2.5 คูณด้วย 4 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)</p>

### มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาบุคลากร

คะแนน 100

โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากรทุกประเภททุกระดับ ด้วยรูปแบบที่เป็นทางการ และ/หรือไม่เป็นทางการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามแผนอย่างได้ผลดี

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>3.1 มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรทุกคนทุกแผนกในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล เพื่อนำนโยบายตลอดผู้บริหารปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>3.2 จัดการอบรม/กิจกรรมสร้างเสริม แลกเปลี่ยนความรู้และทักษะแก่บุคลากรอย่างทั่วถึงตามความจำเป็นและความต้องการ ด้วยรูปแบบและวิธีการต่างตามความเหมาะสม เช่น การศึกษา/ดูงาน/ อบรมกับหน่วยงานภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในโรงพยาบาลหรือกับหน่วยงานอื่น การรวมวิธีปฏิบัติ(Best Practice) สร้างเป็นองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับการใช้งานในโรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>3.3 จัดอบรม/กิจกรรมเสริมความรู้และทักษะบุคลากรประจำคลินิกเด็กบุหรี่ปริศมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการ/ประชาชนในชุมชนลด ละ เลิกสูบบุหรี่ ทั้งจัดอบรมภายในและหน่วยงานนอกที่มีความเชี่ยวชาญ</p>	<p>3.1 มีแนวปฏิบัติและติดตามการใช้ มีการทบทวนเรียนรู้เพื่อการพัฒนา</p> <p>3.2 บุคลากรทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องบุหรี่/ยาสูบ ตามกรณีเข้าถึงคั้ง/แหล่งความรู้ วิธีการบอกกล่าวหรือมูลค่าภัยเบื้องต้นแก่ผู้สูบบุหรี่</p> <p>3.3 บุคลากรประจำคลินิก/บริการเด็กบุหรี่ปริศ และบุคลากรที่ไม่ทำงานเชิงรุกในชุมชนได้รับการอบรมและสามารถสร้างแรงจูงใจให้การรักษา/รักษาโรคติดบุหรี่ได้</p> <p>3.4 ทีมผู้ให้บริการสามารถสร้างนวัตกรรมและหรือผลงานวิชาการ มีตัวอย่างนวัตกรรมและหรือผลงานวิชาการที่นำไปใช้</p> <p>3.5 มีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติงานและส่งเสริมให้หน่วยงานดำเนินการจัดการความรู้ทั้งเชิงความรู้/ทัศนคติ/ความรู้/ประสบการณ์และความรู้ เปิดเผยภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานประจำ</p>	

<p>3.4 สร้างโอกาสและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาวิชาการ ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ให้สามารถ ทำงานประจำเป็นงานวิจัย (R2R) หรือทำการศึกษาวិจัย เต็มรูปแบบ กำหนดให้มีหัวข้อการประชุมเกี่ยวข้องกับยาสูบ ในการประชุมวิชาการประจำปีของโรงพยาบาล ส่งเสริมและ สนับสนุนบุคลากรให้นำเสนอผลงานวิชาการเกี่ยวกับยาสูบ ในการประชุมวิชาการทั้งในและต่างประเทศ เป็นต้น</p> <p>3.5 นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาต่อด้วยความรู้ ความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง</p>	
<p><b>คะแนนรวมมาตรฐานที่ 3</b></p>	<p><b>เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของ ข้อ 3.1-3.5 คูณด้วย 4 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)</b></p>

## มาตรฐานที่ 4 การค้นหา และการดูแลผู้ติดเชื้อ

คะแนน 100

โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีระบบการค้นหาผู้ติดเชื้อ มีสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อ  
 ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพ และมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการลด ละ เลิกบุหรี่ที่ผสมผสานกับการดูแล  
 ปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทั้งการดูแลกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>4.1 การค้นหา มีระบบและแนวปฏิบัติในการค้นหาผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่เป็นผู้สูบบุหรี่มีสอง ประเด็นระดับความรุนแรง ของการติดเชื้อ พร้อมบันทึกผลในเวชระเบียน และอธิบายให้ ผู้รับบริการประเมินและครอบครัวรับทราบด้วยภาษาที่ชัดเจนและ เข้าใจง่าย</p> <p>4.2 แผนกการดูแล มีแผนการดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สูบบุหรี่ โดยคำนึงถึงความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์/ความต้องการด้านสุขภาพ ของผู้ป่วย และมีแผนการจำหน่ายที่มุ่งหมายให้ผู้ป่วยสามารถ ดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหลังจากออกจาก โรงพยาบาล/สถานพยาบาล</p>	<p>4.1 มีการกำหนดบทบาทของบุคลากรเป้าหมายสำคัญ จัดระบบการค้นหา และแนวปฏิบัติชัดเจนสอดคล้องกับบริบท มีการบันทึกข้อมูลใน เวชระเบียน สื่อสารให้ผู้รับบริการและครอบครัวรับทราบผลการ ประเมิน ให้คำแนะนำและส่งต่อแล้วแต่กรณี</p> <p>4.2 มีการวางแผนการดูแลแบบสหวิชาชีพพร้อมกับผู้รับบริการ/ครอบครัว ตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานทั่วไป และการดูแลกลุ่มโรคกลุ่มผู้รับ บริการ</p> <p>4.3 การดูแลรักษาแบบสหวิชาชีพ ที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการให้ข้อมูลและการเสริมพลังผู้รับบริการ และเสริมพลังให้ ครอบครัวเข้าใจและให้การสนับสนุนด้านกายและจิตที่ถูกต้อง โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีระบบการติดตามให้กำลังใจและเป็น ที่ปรึกษาเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง หรือมี ระบบส่งต่อ Quit line เพื่อดูแลต่อเนื่อง</p>	

<p>4.3 การดูแลที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง  กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล/  สถานพยาบาลและหลังจกย้ายจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาล  เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ตอบรับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยในลักษณะของความโดยเฉพะอย่างยิ่งด้านอารมณ์และจิตสังคม ให้ข้อมูล/การปรึกษา/เสริมพลังเพื่อสร้างความมั่นใจในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วยและครอบครัว  (การให้ข้อมูลและเสริมพลัง ที่มีให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และข้อมูลที่เป็นเพื่อช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ การดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิด มีกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น สร้างความมั่นใจผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้ การดูแลต่อเนื่อง ที่มีผู้ให้บริการประสานงาน เพื่อให้การติดตามและดูแลต่อเนื่อง มีระบบให้ความช่วยเหลือ และให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาลตามความเหมาะสม)</p> <p>4.4 การทบทวนและปรับปรุงระบบและกระบวนการ เปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมาย และ ปรับปรุงระบบและกระบวนการเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อคงคุณภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p>		<p>คะแนนรวมมาตรฐานที่ 4</p>
		<p>เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของข้อ 4.1-4.4 คูณด้วย 6 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)</p>

## มาตรฐานที่ 5 การจัดบริการเด็กหูหนวก

คะแนน 100

โรงพยาบาล/สถานพยาบาลจัดให้มีบริการเด็กหูหนวกและหรือคอดีนิกเด็กหูหนวกเพื่อส่งเสริม และสนับสนุนการลด ละ เลิกหูหรือของ ผู้รับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>5.1 ให้บริการในวัน เวลา และสถานที่ที่เหมาะสม</p> <p>5.2 มีทีมงานที่มีความรู้และทักษะทั้งด้านคลินิกและด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งบันทึกการวินิจฉัยและการรักษาโรคติดหูหรือ ตลอดจนรายงานโรคตาม ICD 10</p> <p>5.3 มีเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และสื่อ เพียงพอเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการและปริมาณงาน</p> <p>5.4 ให้บริการหรือส่งต่อเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ</p> <p>5.5 มีการทบทวนผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>5.1 มีการกำหนดทบทวนวัน เวลาและสถานที่ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายหลัก</p> <p>5.2 มีการประเมินสมรรถนะทีมให้บริการ การทบทวนเวชระเบียนและการรายงานโรค</p> <p>5.3 มีระบบยา และระบบพัสดุที่เชื่อมต่อการให้บริการ</p> <p>5.4 มีระบบส่งต่อแพทย์ทางเลือก และการติดตามกระบวนการและผลลัพธ์</p> <p>5.5 ทีมงานร่วมกันทบทวนและเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบสม่ำเสมอ</p>	
คะแนนรวมมาตรฐานที่ 5	เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของข้อ 5.1-5.5 คูณด้วย 4 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)	

## มาตรฐานที่ 6 การกำกับดูแลให้โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่

คะแนน 75

โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ทั้งภายในและภายนอกอาคาร

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>6.1 กำหนดเขตปลอดบุหรี่สอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>6.2 โรงพยาบาลและยานพาหนะของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล อยู่ในมาตรฐานปลอดบุหรี่</p> <p>6.3 ไม่มีการจำหน่ายบุหรี่และไม่ยินยอมให้มีการโฆษณาบุหรี่ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล</p> <p>6.4 มีมาตรการและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนกรณีที่มีการละเมิด</p> <p>6.5 มีการติดตามประเมินผล และใช้ผลการติดตามในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>6.1 กำหนดเขตปลอดบุหรี่ แสดงสัญลักษณ์และอื่นๆ ตาม พรบ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ 2535 และประกาศกฎกระทรวง ที่เกี่ยวข้อง มีการขออนุญาตกันบุหรี่และระบุโทษในสิ่ง เพื่อเฝ้าระวังเป็นพิเศษ</p> <p>6.2 รถพยาบาลและยานพาหนะของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล เป็นเขตปลอดปลอดบุหรี่ แสดงสัญลักษณ์ชัดเจน</p> <p>6.3 ไม่มีการจำหน่าย/การโฆษณาบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม มีระบบการประเมิน</p> <p>6.4 มีมาตรการและแนวปฏิบัติที่เป็นที่รับรู้ทั่วทั้งโรงพยาบาล/สถานพยาบาล กรณีที่มีการละเมิด มีวิธีเตือนที่สุภาพและดูใจให้ร่วมมือ มีระบบการรายงาน</p> <p>6.5 มีการติดตาม สร้างการเรียนรู้และพัฒนา</p>	
คะแนนรวมมาตรฐานที่ 6	เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของข้อ 6.1-6.5 คูณด้วย 3 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)	

## มาตรฐานที่ 7 การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

คะแนน 135

โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้บูรณาการการควบคุมและป้องกันกาสูบหรี่ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และให้ความสำคัญกับการสร้างพลังชุมชนเข้มแข็ง

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>7.1 ร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานพันธมิตร ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบและความต้องการป้องกัน และการลด ละ เลิก การบริโภคยาสูบของชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง</p> <p>7.2 เสริมพลังท้องถิ่นและความรับผิดชอบต่อของโรงพยาบาล หรือพื้นที่ในมารับผิดชอบของโรงพยาบาล</p> <p>7.3 เพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>7.4 ทบทวนและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>7.1 มีการกำหนดบทบาทชุมชนสำคัญเพื่อการให้บริการ ลด ละ เลิก การบริโภคยาสูบเชิงรุก ร่วมกับเครือข่าย และชุมชน ตามผลการวิเคราะห์ชุมชน</p> <p>7.2 เสริมพลังชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้นสามารถสร้าง มาตรการทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้ประชาชนในชุมชนลดพื้นที่น จากพิษภัยและอันตรายจากยาสูบ</p> <p>7.3 มีระบบและกระบวนการที่ช่วยให้ผสม. ชุมชนและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีความรู้ที่ทันสมัย และสมรรถนะที่จำเป็นในการช่วยให้มีครอบครัวปลอดบุหรี่ ชุมชนปลอดบุหรี่</p> <p>7.4 ทบทวนแผน กระบวนการและผลการเสริมพลังชุมชน เพื่อพัฒนา คุณภาพงานและขยายงานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น</p>	
<p>คะแนนรวมมาตรฐานที่ 7</p>	<p>เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของ ข้อ 7.1-7.4 คูณด้วย 6.75 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)</p>	

## มาตรฐานที่ 8 การวัดวิเคราะห์และการประเมินผล

คะแนน 270

โรงพยาบาล/สถานพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้าและประเมินความสำเร็จของตนเองใน 4 ด้าน เปรียบเทียบกับอดีตและหน่วยงานอื่น และนำผลสู่การปรับทิศทางและกระบวนการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ

มาตรฐาน	แนวทางการประเมิน	คะแนน
<p>8.1 ด้านการนำ</p> <p>8.1.1 ร้อยละของหน่วยงานในองค์กรให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง</p> <p>8.1.1.2 จำนวนหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง</p> <p>8.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล</p> <p>8.2.1 ร้อยละของบุคคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี</p> <p>8.2.2 ร้อยละของบุคคลากรที่ต้องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล</p> <p>8.2.3 ร้อยละที่สามารลด ละ เลิกได้รายปี</p> <p>8.3 ด้านการค้นหาและรักษาระบบสุขภาพ</p> <p>8.3.1 ร้อยละของผู้รับบริการอายุ 18 ปีหรือมากกว่า ที่ได้รับการคัดกรองการบริโภคยาสูบรายปี</p> <p>8.3.2 ร้อยละของผู้รับบริการอายุ 18 ปีหรือมากกว่าที่ได้รับการคัดกรองว่าสูบบุหรี่ได้รับการรักษารายปี</p> <p>8.3.3 ร้อยละของผู้รับบริการอายุ 18 ปีหรือมากกว่าที่ได้รับการรักษาสามารถลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้รายปี</p> <p>8.4 ด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน</p> <p>8.4.1 ร้อยละของชุมชนหมู่บ้าน/ตำบล (ชุมชนทางภูมิศาสตร์) ในพื้นที่รับผิดชอบที่มีมาตรการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบที่เข้มแข็ง</p> <p>8.4.2 จำนวนโรงเรียน/วัด/สถานที่ทำงาน/setting อื่นๆกลุ่มสนใจ ในพื้นที่รับผิดชอบ มีมาตรการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบที่เข้มแข็ง</p>	<p>มีการกำหนดตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ด้าน พร้อมทั้งมีการตัดสินใจร่วมกันบนพื้นฐานข้อมูลสถานการณ์เมื่อวางแผน เพื่อกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายของแต่ละปี มีการวัดวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มผลการดำเนินงานย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี และปัจจัยสู่ความสำเร็จ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เอื้อต่อการพัฒนางานให้มีความยั่งยืน</p>	คะแนน
คะแนนรวมมาตรฐานที่ 8	เท่ากับผลรวมคะแนนดิบของข้อ 8.1.1-8.4.2 คูณด้วย 6 (ค่าถ่วงน้ำหนัก)	

## แนวทางการให้คะแนนดิบมาตรฐานที่ 1-7

### แนวทางการให้คะแนนดิบแต่ละข้อย่อยของมาตรฐาน 1-7

คะแนน 1	เริ่มต้น	มีผู้รับผิดชอบ แต่การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ ผลงานยังไม่น่าพึงพอใจ
คะแนน 2	พอใช้	มีการออกแบบระบบและกระบวนการและเริ่มใช้ ผลงานยังไม่น่าพึงพอใจ
คะแนน 3	ดี	มีการปฏิบัติครอบคลุมทั่วถึงสอดคล้องกับบริบท สามารถบรรลุเป้าหมายพื้นฐาน ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
คะแนน 4	ดีมาก	มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการบูรณาการ เกิดการเรียนรู้และนำไปปรับปรุงและมีนวัตกรรม ผลลัพธ์ดีกว่าระดับเฉลี่ย
คะแนน 5	ดีเยี่ยม	มีการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง เป็นแบบอย่างที่ดี ผลลัพธ์ดีเลิศ

## แนวทางการให้คะแนนดิบมาตรฐานที่ 8

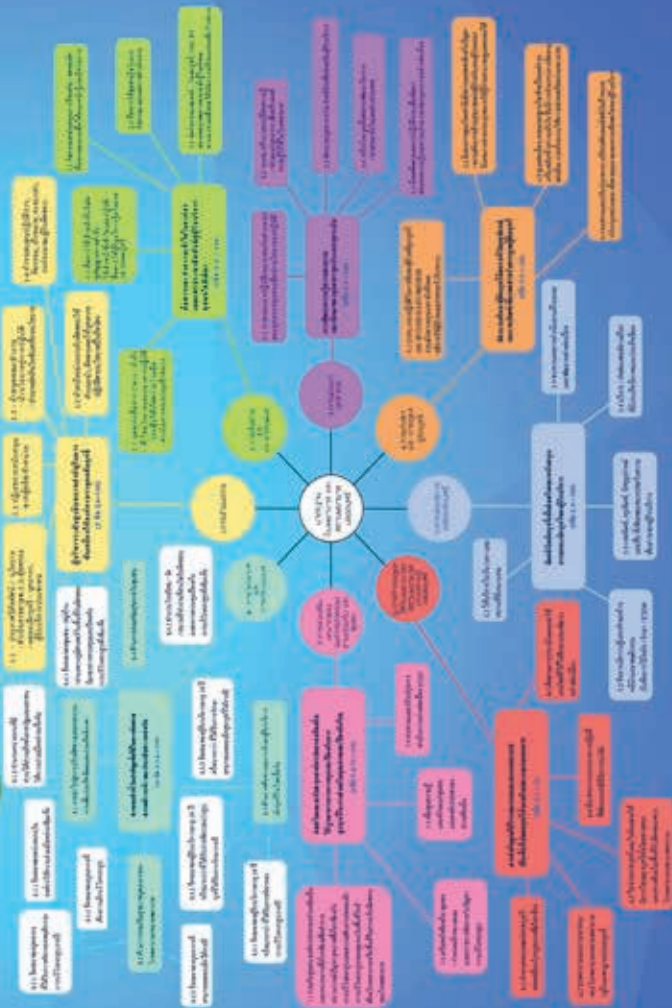
คะแนน 1	เริ่มต้น	มีการจัดเก็บข้อมูลแต่ยังไม่เป็นระบบ
คะแนน 2	พอใช้	มีการออกแบบระบบการจัดเก็บที่น่าเชื่อถือ มีข้อมูล การดำเนินงานปัจจุบัน ผลงานตามตัวชี้วัดอยู่ใน ระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
คะแนน 3	ดี	มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีข้อมูลที่ แสดงแนวโน้ม ผลงานตามตัวชี้วัดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย
คะแนน 4	ดีมาก	ผลงานดีที่เกณฑ์เฉลี่ย มีการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น
คะแนน 5	ดีเยี่ยม	ผลงานดีเลิศ เชื่อมโยงและบูรณาการการใช้ตัวชี้วัดนี้ กับตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องอื่นขององค์กรเพื่อการพัฒนา สุขภาพของบุคลากร ผู้รับบริการและประชาชน และ การพัฒนานโยบายสาธารณะ

## แนวทางการคำนวณคะแนนรวม

มาตรฐาน	คะแนนดิบ (1)	ค่าถ่วงน้ำหนัก (2)	คะแนนที่ได้ (3= 1 X 2)
1. การนำองค์กร	25	4	100
2. การสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์	25	4	100
3. การพัฒนาบุคลากร	25	4	100
4. การค้นหาและการดูแล ผู้ติดบุหรี่	20	6	120
5. การจัดบริการเลิกบุหรี่	25	4	100
6. การกำกับดูแลให้เป็น สถานที่ปลอดบุหรี่	25	3	75
7. การส่งเสริมบทบาท ของอปท.และชุมชน	20	6.75	135
8. การวัดวิเคราะห์และ การประเมินผล	45	6	270
<b>รวม</b>	<b>210</b>	<b>-</b>	<b>1,000</b>



# มาตรฐานโรงพยาบาล และ สถานพยาบาลเอกชน



# TOBACCO-FREE HOSPITAL/HEALTH-CARE SETTING STANDARDS



