

# กระบวนการบำบัดโรคเสพติดในร้านยา

อ.ภญ.พัชญา คชศิริพงศ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม** หลังจบการศึกษาสามารถ

1. ประเมินความรุนแรงและสาเหตุการติดยาสูบได้
2. อธิบายหลักการบำบัดรักษาและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
3. ประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) ในกระบวนการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## บทนำ

บุหรี่จัดเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ที่ว่า “ยาเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพยาเข้าไปแล้วก่อให้เกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพยาได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิด โรคภัยไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น” จากนิยามข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาของการติดยาสูบไม่ใช่เพียงทำลายสุขภาพทางเดินหายใจเท่านั้นแต่ยังกระทบถึงการ ทำงานของระบบต่างๆทั้งร่างกายและจิตใจ ในปี พ.ศ. 2543 สำนักงานแพทย์ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การเสพติดนิโคตินยาสูบทุกชนิดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งโดยให้ชื่อโรคว่า “Tobacco Dependence” สำหรับประเทศไทยคณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดรักษาโรคเสพติด พ.ศ. 2555 ได้ปรับเปลี่ยนชื่อโรคจากเดิมที่ใช้ชื่อว่า “โรคติดยาสูบ” เป็น “โรคเสพติดยาสูบ” เพื่อให้ครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท<sup>1</sup>

สำหรับบุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับผู้ติดยาสูบทุกคนว่าเป็นผู้ป่วย โดยมีรหัสในการวินิจฉัยโรคเป็น F17 ตามหลักการจำแนกโรคของ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10)<sup>2</sup> ดังนั้นในบทบาทของเภสัชกรเมื่อมีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยไม่ว่าในโรคใดก็ตามในทุก ๆ บริบทไม่ว่าจะเป็นร้านยา โรงพยาบาล หรือชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับการถามผู้ป่วยทุกรายว่า มีการเสพยาสูบหรือไม่ ถ้ามีต้องชักชวนให้ผู้ป่วยเลิกทันที โดยใช้เทคนิคการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้วค้นหาแรงจูงใจในการเลิกที่จำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย หลังจากทราบข้อมูลแล้วต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลทุกครั้งเพื่อติดตามผลในระยะยาว และในการบริบาลทางเภสัชกรรมต้องนำโรคเสพติดมาเป็นหนึ่งในรายการปัญหา (problem list) ของผู้ป่วยเสมอ

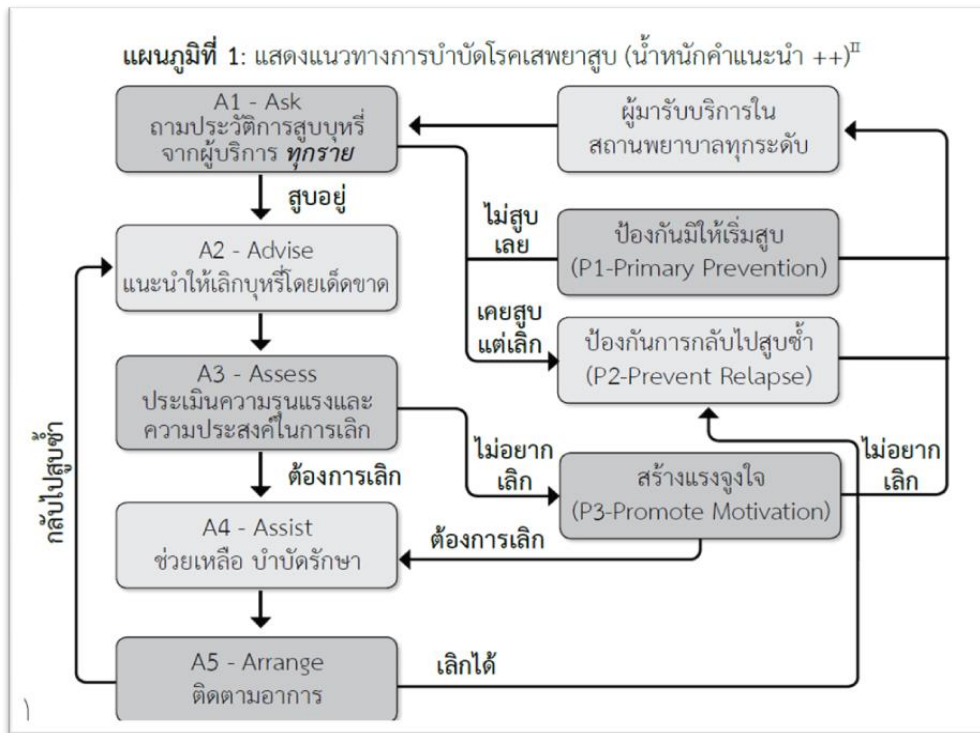
## แนวทางในการบำบัดโรคเสพยาสูบ

แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคนิโคตินในประเทศไทย พ.ศ.2559 ได้ออกมาตรการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเสพยาสูบทุกคนในทุกสถานพยาบาลหรือหน่วยย่อยทางสาธารณสุขไม่ว่าในระดับใดก็ตาม โดยมีน้ำหนักของคำแนะนำ ++ หรือ แนะนำอย่างยิ่ง (น้ำหนัก ++ หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ในระดับสูงเพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ่มค่า) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในร้านยาได้อย่างดียิ่ง รายละเอียดที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

- ให้ผู้เสพยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพยาสูบทุกชนิด ไม่ว่าจะจะเป็นบุหรี่ปั๊กรอง บุหรี่มวนเอง ยาเส้น ยาฝอย ยาสูบชนิดเคี้ยว บุหรี่ไฟฟ้า หรือผลิตภัณฑ์ที่มียาสูบเป็นส่วนประกอบไม่ว่าชนิดใดก็ตาม
- ให้ผู้ที่เสพยาสูบทุกรายได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกเสพ โดยเฉพาะจากบุคลากรสาธารณสุข
- ให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวกับการเสพยาสูบของผู้ที่มีรับบริการทางสุขภาพทุกรายในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งหรือจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้เสพให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมต่อไป
- เป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาดเท่านั้น ไม่ยอมรับการลดปริมาณการเสพโดยไม่เลิก
- ให้วางแผนการบำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างใกล้ชิดเสมอและปรับเปลี่ยนแผนการเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา
- ให้นิเทศ (counseling) ผู้เสพนั้นให้เลิกเสพทุกคน พร้อมนำสมาชิกครอบครัวที่ยังคงเสพมารับการรักษาต่อไป
- ให้ใช้มาตรการ 5A ในการค้นหาผู้เสพยาสูบและดำเนินการบำบัดให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ

ในด้านการตรวจสอบรรถภาพปอดเพื่อดูการทำงานของระบบทางเดินหายใจ แนะนำให้ทำการคัดกรองเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติเสพยาสูบต่อเนื่องมากกว่า 10 ปีและมีอาการทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย ได้แก่ เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หรือไอและเหนื่อยมากขณะที่มีการติดเชื้อในการหายใจ แต่อย่างไรก็ตามการตรวจสอบรรถภาพปอดไม่ได้ความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกเสพแต่อย่างใด ดังนั้นในบทบาทของร้านยาจึงพิจารณาส่งต่อสถานพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวข้างต้น

แนวทาง 5A พัฒนาขึ้นจาก Agency for health care policy and research (AHCPR)<sup>3,4</sup> มี 5 ขั้นตอนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งเมื่อดำเนินการเชื่อมโยงกับ 3P แล้วจะยิ่งทำให้กระบวนการบำบัดรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น ดังแผนภูมิด้านล่าง



รูปที่ 1 แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพติด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

### 1. Ask

ขั้นตอนแรกเมื่อมีผู้รับบริการ **ทุกราย** เข้ามาในร้านยา เกสัชกรควรสอบถามสถานะการเสพติดทุกประเภท ปริมาณการเสพติดต่อวัน ประวัติการเสพติดของบุคคลในครอบครัวและคนรอบข้าง ความเสี่ยงในการได้รับสัมผัสควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งประวัติการเลิกเสพติดในอดีต หลังจากนั้นให้บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในประวัติของผู้ป่วย หรือโปรแกรมของร้านยา (ถ้ามี) และถามซ้ำในทุกครั้งที่มารับบริการ

คำถามแรกเริ่มต้นด้วย “คุณสูบบุหรี่หรือไม่” ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบว่า “สูบ” ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปคือ advise ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “ไม่สูบ” ให้ใช้แนวทาง 3P ; **P1-Primary prevention** คือการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจเพื่อคงสภาพนี้ต่อไปพร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของยาสูบเท่าที่เวลาจะอำนวย หากผู้ป่วยตอบว่า “เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว” แนะนำให้ใช้ **P2-Prevent relapse** เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ โดยการกล่าวชมเชยในความเข้มแข็งและเด็ดเดี่ยว ให้กำลังใจ แนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามหลักศาสนา การหางานอดิเรกที่สนใจ รวมทั้งวิธีการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นความอยากเสพติดต่างๆที่จำเพาะกับผู้ป่วย นอกจากนี้ร้านยาอาจมีการดำเนินงานเชิงรุกโดยการติดตามผลการเลิกเสพติดอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นๆเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีนับจากวันที่เลิกเสพติด ในกรณีที่ร้านยามีการออกเยี่ยมบ้านอาจชักชวนให้ผู้ที่เคยเลิกเสพติดได้สำเร็จมาเป็นแกนนำในการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในชุมชน

## 2. Advise

ในผู้ป่วยที่กำลังเสพยาสูบทุกรายต้องแนะนำให้เลิกเสพอย่างเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสถานะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized) โดยเน้นย้ำในประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด หรือ กล่าวถึงข้อดีของการเลิกเสพที่สอดคล้องกับแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอยากเลิกเสพ เช่น

- “ผมคิดว่า คุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ โรคหัวใจจะได้ไม่กำเริบแบบนี้อีก”
- “ดิฉันคิดว่า คุณต้องเลิกบุหรี่ละ จะได้ช่วยให้อาการหอบของลูกคุณดีขึ้น”
- “ผมคิดว่า คุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล”

## 3. Assess

ขั้นตอนต่อไปคือ การประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพ และการรวบรวมข้อมูลต่างๆเพื่อใช้ประกอบในการบำบัดรักษา ได้แก่

- ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเสพ ประวัติการเลิกเสพ แรงจูงใจ อุปสรรค อาการถอนยาและวิธีการแก้ไข ปัจจัยกระตุ้นให้อยากเสพ เป็นต้น
- การประเมินความตั้งใจในการเลิกโดยใช้ Transtheoretical model of change (TTM model)<sup>5</sup>
- การประเมินความรุนแรงในการติดสารนิโคติน โดยใช้ Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)<sup>6</sup> หรือ Heaviness of smoking index (HSI) ฉบับภาษาไทย<sup>1</sup>
- การประเมินสาเหตุของการติดบุหรี่

### 3.1. การประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

ใช้หลักการของ Transtheoretical model of change (TTM model) ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระยะ ดังนี้

- Precontemplation ผู้เสพไม่มีความสนใจจะเลิกบุหรี่ในขณะนี้และภายใน 6 เดือนข้างหน้า ควรให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพ ผลเสียต่อตนเองและคนรอบข้าง
- Contemplation ผู้เสพคิดจะเลิกแต่ยังไม่มีแผนชัดเจน ในระยะนี้ควรเน้นย้ำให้ตระหนักถึงโรคและพิษภัยจากบุหรี่รวมทั้งการชี้ให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดจากการเลิกเสพได้ในอนาคตให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าการเลิกบุหรี่ไม่ใช่เรื่องยาก
- Preparation ผู้เสพกำลังวางแผนที่จะเลิกใน 1 เดือนข้างหน้าหรือกำลังเลิก ในผู้ที่กำลังวางแผนที่จะเลิกอาจต้องเน้นย้ำถึงปัญหาด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับบุหรี่ ส่วนผู้ที่กำลังอยู่ในขั้นตอนการเลิกต้องมีการเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งวางแผนทางในการแก้ไขล่วงหน้า
- Action ผู้เสพเลิกเสพมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน เป็นระยะที่ต้องมีการให้กำลังใจร่วมกับแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นจากการถอนยาอย่างใกล้ชิดรวมทั้งต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

• Maintenance ผู้เสพยาเลิกเสพยามานานกว่า 6 เดือน ในระยะนี้ควรมีการติดตามอย่างห่างๆ สอบถามถึงสถานะอย่างสม่ำเสมอ ชมเชยและให้กำลังใจ ซึ่งให้เห็นถึงข้อดีที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผลลงทนถาวร

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเลิกหรือยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องเลิกในตอนนี้อาจให้ผู้ป่วยที่เคยล้มเหลวจากการเลิกเสพยาแล้ว จำเป็นต้องมีการใช้เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้เทคนิค 5R อันประกอบด้วย

1. Relevance คือการชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงของบุหรี่ยุติกับปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพอย่างชัดเจนว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง

2. Risks คือการเน้นย้ำถึงผลเสียทั้งต่อตนเองและคนรอบข้างทั้งในระยะสั้นและระยะยาวให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและรับทราบถึงปัญหาที่จะตามมาในอนาคต

3. Reward คือการย้ำถึงผลดีที่จะเกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงที่จะสังเกตได้ทันทีทั้งในด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต

4. Roadblocks คือการช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมวางแผนแก้ไขร่วมกัน ทั้งปัญหาที่เกิดจากภาวะถอนยาและปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคในการเลิก เช่น เพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก

5. Repetition คือการให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยกลับมาที่ร้านยา รวมทั้งการโทรศัพท์หรือติดต่อผู้ป่วยโดยช่องทางอื่นเพื่อติดตามผลการบำบัดและให้กำลังใจ

### 3.2. การประเมินความรุนแรงในการติดสารนิโคติน

3.2.1. Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) มีการแปลผลดังนี้

- คะแนน 1-2 แสดงถึงการติดนิโคตินในระดับต่ำ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้
- คะแนน 3-4 แสดงถึงการติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง อาจพิจารณาวิธีหักดิบหรือการใช้นิโคตินทดแทนขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วย

- คะแนน 5-7 แสดงถึงการติดนิโคตินในระดับปานกลาง อาจพิจารณาวิธีการใช้ยา

- ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงการติดนิโคตินในระดับสูง ควรมีการใช้ยาร่วมด้วยเสมอเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด	สูบทันที หรือ ภายใน 5 นาที	3
	เกิน 5 นาทีแต่ไม่เกิน 30 นาที	2
	เกิน 30 นาทีแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	1
	เกิน 1 ชั่วโมง	0
2. คุณรู้สึกอย่างไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในพื้นที่ห้ามสูบเป็นระยะเวลานาน เช่น ห้องสมุด หรือ โรงหนัง	หงุดหงิด	1
	เฉยๆ	0
3. ในแต่ละวันบุหรี่ยามใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด	มวนแรกในตอนเช้า	1
	มวนไหนๆก็เหมือนกัน	0
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	มากกว่า 31 มวน	3
	21 – 30 มวน	2
	11 – 20 มวน	1
	ไม่เกิน 10 มวน	0
5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆของวันใช่หรือไม่	ใช่	1
	ไม่ใช่	0
6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนบนเตียงเกือบตลอดทั้งวันคุณต้องสูบบุหรี่หรือไม่	ใช่	1
	ไม่ใช่	0

3.2.2. Heaviness of smoking index (HSI) ฉบับภาษาไทย ตาม แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคยาสูบแห่งประเทศไทย ปรับปรุง พ.ศ.2559 รับรองให้ใช้ทดแทน FTND ได้ในกรณีที่มีผู้ประเมินมีเวลาค่อนข้างจำกัดโดยมีระดับคำแนะนำ ++ (แนะนำอย่างยิ่ง แบบประเมินนี้จะมีแค่ 2 ข้อคำถาม ดังนี้

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
ท่านอยากสูบบุหรี่/ยาสูบ มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้ามากแค่ไหน	ภายใน 5 นาทีหลังตื่น	3
	6 -30 นาทีหลังตื่น	2
	> 30 หลังตื่น	1
ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ วันละกี่มวน	มากกว่า 30 มวนต่อวัน	3
	21 – 30 มวนต่อวัน	2
	11 – 20 มวนต่อวัน	1
การแปลผล : 5-6 คะแนน = ดิจนิโคตินรุนแรง      3-4 คะแนน = ดิจนิโคตินปานกลาง 0-2 คะแนน = ดิจนิโคตินเล็กน้อย		

### 3.3. แบบประเมินสาเหตุของการติดบุหรี่

แบบประเมินนี้ถูกดัดแปลงมาจาก “Quit Kit, Part I: Getting ready to Quit, ของ National Health Education Department Ministry of Health, Singapore” แสดงให้เห็นสาเหตุของการติดบุหรี่ แบ่งเป็น

- การเสพติดทางกาย หรือ การติดสารนิโคติน ผู้เสพกลุ่มนี้มักจะมีผลการประเมิน FTND ในระดับสูงสอดคล้องกัน ผู้ป่วยจะมีอาการถอนยาค่อนข้างชัดเจนเมื่อไม่ได้เสพ ดังนั้นวิธีในการเลิกบุหรี่ต้องมีการเตรียมตัวรับมือกับอาการถอนยาเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรก
- การเสพติดทางจิตใจ ทศนคติ ความเชื่อ ผู้เสพกลุ่มนี้มีอาการติดบุหรี่เนื่องจากจิตใจมีความเครียด เป็นทุกข์หรือกระวนกระวายในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือ อยู่ในภาวะที่เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ดังนั้นจึงมีการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย สร้างความสุขและลดความเครียด วิธีในการเลิกบุหรี่ต้องค้นหาให้ได้ว่าอารมณ์หรือเหตุการณ์ใดที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งหาวิธีการผ่อนคลายวิธีอื่นเมื่อต้องเผชิญกับภาวะนั้น
- การเสพติดทางสังคม พฤติกรรมความเคยชิน ผู้ป่วยมีการสร้างพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาสูบ เช่น ระหว่างการเข้าห้องน้ำ หลังรับประทานอาหาร ระหว่างคุยโทรศัพท์ หรือเมื่อออกไปสังสรรค์กับเพื่อนเป็นต้น วิธีในการเลิกต้องเน้นการสำรวจว่าในระหว่างวันมีการสูบบุหรี่ในช่วงเวลาใดบ้างและพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานที่ดังกล่าว

**แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่”**

วันที่บันทึก.....

ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวัน โดยไม่สูบบุหรี่

บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่ หรืออยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไร

ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ชัดเจน มีชีวิตชีวขึ้น

ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่ เมื่อเวลาที่ฉันพ้นออกมา

ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าไม่ได้สูบบันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง

การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต

ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่น การสัมผัสบุหรี่และการได้จุดไฟแช็ค

ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า

เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด

ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร

ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ

ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบบันอีก

การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ยืนนิ่งเครียด

ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ

เมื่อบุหรี่หมดมวน มันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม

คะแนนรวม       .....       .....       .....

รูปที่ 3 แสดงแบบประเมินสาเหตุในการติดบุหรี่

## การแปลผล

<p><b>สัญลักษณ์สี่เหลี่ยม</b> แสดงถึง ผู้ป่วยคิดสารนิโคตินในบุหรี่ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ ทำให้เกิดอาการถอนยา เช่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย เป็นต้น</p> <p><b>สัญลักษณ์วงกลม</b> แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่ เนื่องจากรู้สึกเครียดเป็นทุกข์ หรือกระวนกระวายใจเมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกสบายใจมีชีวิตชีวาขึ้น</p> <p><b>สัญลักษณ์สามเหลี่ยม</b> แสดงถึง ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน หรือมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น ต้องสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเสร็จ หรือภายหลังดื่มกาแฟตอนเช้า หรือระหว่างโทรศัพท์</p> <p><b>การแปลผลข้อมูล</b></p> <p>ถ้าผลคะแนนสัญลักษณ์ใดมากที่สุด แสดงว่าผู้ป่วยติดบุหรี่จากสาเหตุนั้น แต่ถ้าได้ผลคะแนนในแต่ละสัญลักษณ์เท่าๆกัน แสดงว่าผู้ป่วยติดบุหรี่จากหลายสาเหตุร่วมกัน</p>
---

รูปที่ 4 แสดงการแปลผลจากแบบประเมินสาเหตุของการติดบุหรี่

## 4. Assist

หลังจากทำการประเมินข้อมูลต่างๆเรียบร้อยแล้ว ในขั้นตอนนี้จะเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัด ซึ่งต้องเป็นแผนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ไม่ควรเป็นแผนที่ตั้งตามทฤษฎีหรือสุดโต่งจนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และปฏิเสธการเข้าร่วมบำบัด การกำหนดเป้าหมายต้องมีความชัดเจนตั้งแต่วันแรกที่เริ่มการบำบัดโดยระบุวันที่จะเลิกและระบุลำดับขั้นในการค่อยๆลดจำนวนลงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรลงในแฟ้มประวัติ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและถือเป็นสัญญาใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด

การบำบัดโดยทั่วไปมีอยู่ 2 แบบได้แก่ การให้คำปรึกษาร่วมกับการหักดิบ (cold turkey) และการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา การให้คำปรึกษา (counseling) และการติดตามอย่างใกล้ชิดซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่เป็นอย่างมากโดยแนะนำอย่างยิ่งให้มีกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างใดอย่างหนึ่งแก่ผู้ป่วยทุกรายโดยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การให้คำปรึกษาแบบสังเขป (brief intervention) การให้คำปรึกษาแบบเข้ม (intensive counseling) ซึ่งอาจแบ่งย่อยออกเป็นแบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือการส่งข้อความสั้นๆ เป็นต้น โดยเภสัชกรสามารถเลือกตามความเหมาะสมของตนเองและการยอมรับของผู้ป่วย เทคนิคหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interview)

**Motivation Interview** เป็นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาหรือการทำจิตบำบัดในกรณีที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ติดยาหรือสารเสพติดต่างๆ โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแล้วผู้ป่วยจะสามารถแสวงหาวิธีการปฏิบัติ



ที่เหมาะสมได้ด้วยตนเองและจะมีกำลังใจในการต่อต้านกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในระหว่างการบำบัด  
หลักการพื้นฐานของ motivation interview ประกอบด้วย

1. Express empathy เกสัชกรต้องแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจในผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือก  
กระบวนการในการบำบัดได้อย่างอิสระและกำหนดแผนการร่วมกันอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรตั้งแต่  
เริ่มต้นกระบวนการบำบัดเพื่อเป็นสัญญาใจร่วมกัน เช่น ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ในทันทีที่สามารถ  
ค่อย ๆ ลดจำนวนลงได้ แต่ต้องมีการกำหนดวันอย่างชัดเจนว่าในการติดตามผลครั้งหน้าจะลดเหลือกี่มวน  
และสัปดาห์ต่อไปจะลดเป็นจำนวนเท่าใดโดยระยะเวลานับจากวันแรกที่เริ่มจนกระทั่งเลิกเสพได้สำเร็จไม่  
ควรเกิน 1 เดือนเพราะหากนานกว่านั้นจะทำให้ความตั้งใจของผู้ป่วยลดลง

2. Develop discrepancy คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เห็นความแตกต่างระหว่างอนาคตที่จะดีขึ้น  
หากเลิกเสพได้แล้วกับปัจจุบันที่ประสบปัญหาต่างๆจากการเสพยาสูบ เมื่อผู้ป่วยมีความหวังและมองเห็น  
อนาคตที่สวยงาม ก็จะเกิดแรงจูงใจในการเลิกเสพยาสูบมากขึ้น เช่น ถ้าผู้ป่วยเลิกเสพได้ร่างกายก็จะกลับมา  
แข็งแรงเหมือนเดิม กลิ่นตัว กลิ่นปากหรือการเจ็บคอบ่อยๆก็จะหายไปด้วย

3. Avoid argumentation ในระหว่างการให้คำปรึกษา เกสัชกรควรหลีกเลี่ยงการปะทะ หรือการ  
แสดงความเห็นที่ขัดแย้ง ถ้าผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการต่อต้านนั้นเป็นสัญญาณว่า เกสัชกรจำเป็นต้องเปลี่ยน  
วิธีในการสนทนาโดยหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือพูดในทำนองว่าผู้ป่วยกำลังทำผิด และควรหลีกเลี่ยงการทำ  
สัญลักษณ์ใดๆบนแฟ้มประวัติที่สามารถเห็นได้ชัดว่าเขาแตกต่างจากผู้อื่นเพราะอาจทำให้เกิดการต่อต้าน

4. Roll with resistance คือการตอบสนองต่อแรงต้านของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสัญญาณว่า การบำบัด  
กำลังจะล้มเหลว ตัวอย่างเทคนิคในการสนทนาที่ใช้เพื่อลดแรงต้านเช่น

- Reflection คือ การสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เช่น “คุณกำลังหมายความว่า บุหรี่ไม่ได้  
เป็นปัญหาต่อสุขภาพของคุณเลยใช่ไหมคะ” จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการทบทวนในสิ่งที่ตัวเองพูด และเริ่ม  
ตระหนักถึงปัญหาที่พบ

- Shifting focus คือ การเปลี่ยนหรือย้ายจุดสนใจไปเรื่องอื่นในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นแต่  
ปัญหาและอุปสรรคที่จะเลิกเสพ เช่น หากผู้ป่วยบอกว่า “ผมจะเลิกสูบบุหรี่ได้ยังไงเมื่อเพื่อนมันก็สูบกันทุก  
คน” เกสัชกรอาจจะบอกว่า “เอาอย่างนี้ดีไหมคะคุณก็บอกเพื่อนไปเลยว่าสุขภาพกำลังแย่และกำลังจะต้อง  
เลิกบุหรี่อย่างเร่งด่วน บางทีอาจเป็นจุดเปลี่ยนให้เพื่อนของคุณหันมาเลิกสูบบุหรี่ด้วยก็ได้ล่ะคะ” จากประโยค  
ข้างต้นก็จะทำให้ผู้ป่วยลดความสนใจในอุปสรรคที่มีแต่หันไปสนใจวิธีในการจัดการกับปัญหามากกว่า

- Agreement with a twist คือการคล้อยตามเพื่อลดการต่อต้านแล้วค่อยดึงกลับมาในจุดที่  
พอดี เช่น “ภรรยาผมก็เอาแต่ว่าผมเรื่องบุหรี่ แต่ไม่เคยทำให้ครอบครัวมันมีความสุขพอเครียดผมก็ต้องสูบ  
สิ” เกสัชกรอาจพูดว่า “ผมเห็นด้วยนะครับว่า การเลิกบุหรี่คงต้องให้ความร่วมมือกันทั้งครอบครัวถึงจะ  
สำเร็จ คราวหน้าที่เรานัดกันคุณลองชวนภรรยาไปด้วยดีไหมครับ”

- Reframing คือการเปลี่ยนมุมมอง เช่น “สามีก็เอาแต่ว่าฉันเป็นไอ้ขี้ยา เขาคงไม่สนใจหรอก  
กว่าฉันจะทำอะไร” ในกรณีนี้ผู้ป่วยกำลังเกิดความน้อยใจสามีที่ไม่ให้ความสนใจในขณะที่เขากำลังพยายาม

เลิกบุหรี่ เกษ็กรอาจพูดว่า “ผมว่ามันอาจจะเป็วิธีพูดเพื่อให้คุณฮึดสู้ก็ได้เนาะครับ จริ่งๆเขาคงห่วงคุณมาก ไม่นั่นเขาคงไม่พูดอะไรกับคุณเลย ปล่อยให้สุขภาพคุณแย่งง”

5. Support self-efficacy คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองและเชื่อมั่นว่าการบำบัดครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จได้เนื่องจากครั้งนี้เป็นการเลิกเสพอย่างถูกวิธีและมีเก็กรคอยช่วยในการแก้ปัญหาและวางแผนรับมืออย่างใกล้ชิดไปพร้อมๆกับผู้ป่วย

ในกรณีทีเก็กรไม่มีเวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาแบบยาวก็อาจจะเลือกใช้คำพูดทีกระชับโดยยึดหลักสำคัญ 4 ประการ เรียกเป็นตัวย่อว่า “STAR”

- Set a quit date กำหนดวันเลิกเสพ ซึ่งไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์หลังจากตัดสินใจว่าจะเลิก จากนั้นกำหนดปริมาณการเสพทีต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละวัน หรือในกรณีทียังไม่มีการเริ่มใช้ยาแต่ใช้วิธีค่อยๆลดด้วยตนเองก็ไม่ควรให้นานเกิน 1 เดือน

- Tell family and others บอกคนในครอบครัว เพื่อนและคนรอบข้างว่ากำลังเลิกเสพเพื่อขอกำลังใจและการสนับสนุน

- Anticipate challenges วางแผนรับมือกับปัญหาทีจะเกิดขึ้น เช่น อาการถอนยาหรือการแก้ไขเมื่อต้องอยู่ในเหตุการณ์ทีอาจทำให้อายเสพ เทคนิคทีใช้รับมือกับอาการถอนยา คือ 5D ได้แก่ **Delay** เลื่อนระยะเวลาออกไปให้นานทีสุดแล้วค่อยเสพ **Deep breath** สูดลมหายใจเข้าลึกๆ **Drink water** ดื่มน้ำมากๆ หรือจิบน้ำตลอดเวลา **Do something else** เปลี่ยนอิริยาบถหรือหากิจกรรมอื่นทำ **Destination** คิดถึงเป้าหมายข้างหน้า

- Remove all tobacco products กำจัดบุหรี่รวมทั้งอุปกรณ์ทีเกี่ยวข้องทุกชนิดและหลีกเลี่ยงสถานที่ทีเคยเสพเป็นประจำ

ในบางกรณี อาจเรียกเป็นเทคนิค **START** ซึ่งได้รับการแนะนำให้ใช้โดย The National Cancer Institute<sup>7</sup> แต่โดยรวมก็มีเนื้อหาทีเหมือนกันเพียงแต่เพิ่มตัว T ตัวหลังคือ **Talk to your doctor for help** คือการขอคำแนะนำและความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

สำหรับการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดควรมีการใช้ยาช่วยในการบำบัดหรือไม่นั้นให้ยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรครยาสูบแห่งประเทศไทย พ.ศ.2559 ซึ่งแนะนำให้มีการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบเฉพาะใน**ผู้ทีประสงค์ทีจะเลิกเสพอย่างจริงจัง** ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ถูกลมโป่งพอง หอบหืด มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอคส์ ติดยาเสพติด โรคจิตประสาท
2. เสพติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป
3. เคยล้มเหลวในการเลิกเสพมาก่อนภายในช่วง 1 ปีทีผ่านมา

คำแนะนำอื่นๆที่สำคัญในการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เช่น

- แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตามอาการผู้ป่วยที่ได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่ทุกรายอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งอธิบายผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ให้ผู้ป่วยทราบก่อนเริ่มใช้ยา
- แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดผู้ป่วยทุกรายด้วยการให้คำปรึกษาร่วมด้วยเสมอ
- การเลือกชนิดของยาให้พิจารณาถึงประสิทธิผล ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงของยา ความประสงค์ของผู้ป่วยรวมทั้งประสบการณ์ในการเลิกครั้งก่อน เป็นรายๆไป ในรายที่ใช้ยาเพียงชนิดเดียวไม่ได้ผล แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกันเพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพยาให้สำเร็จได้มากขึ้น
- แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำ
- ไม่แนะนำให้ใช้ยาอื่นใดที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงในการบำบัดโดยเฉพาะกลุ่ม benzodiazepines และยาต้านโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ

ยาหลักๆที่ใช้เป็นทางเลือกแรกในการช่วยเลิกบุหรี่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีสารนิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy; NRT) ซึ่งมีการทำในรูปแบบต่างๆ เช่น หมากฝรั่ง (gum) แผ่นแปะผิวหนัง (transdermal patch) สเปรย์พ่นทางจมูก (nasal spray) ยาสูดพ่นทางปาก (inhaler) และลูกอม (lozenge) สำหรับในประเทศไทยมีเพียงรูปแบบหมากฝรั่งและแผ่นแปะผิวหนังเท่านั้นซึ่งสามารถซื้อขายได้ในร้านยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์

2. กลุ่มที่ไม่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ (Non-Nicotine Replacement Therapy; NNRT) ได้แก่ bupropion และ varenicline

หลักการเลือกใช้ยาในกรณีที่เป็นการใช้ยาครั้งแรกอาจเริ่มต้นพิจารณาจากกลุ่ม NRT โดยมีข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะต้องพร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ในวันที่เริ่มใช้ยาวันแรก และจะต้องไม่มีข้อห้ามใช้หรือข้อจำกัดที่สำคัญต่อไปนี้ เช่น มีความผิดปกติของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงหรืออาการกำดั่งแยะลง มีโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นในระยะไม่เกิน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาในกลุ่ม NRT หรือ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานอาจจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NRT เนื่องจากนิโคตินมีผลทำให้เกิดภาวะ insulin resistance ซึ่งทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นไปได้ยากขึ้น ข้อจำกัดอื่นๆเช่น

- หมากฝรั่งนิโคติน ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทันตกรรมหรือเพิ่งผ่านการทำทันตกรรม ผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารหรือกรดไหลย้อน นอกจากนี้ในแง่ของความสะดวกในการใช้งานอาจไม่สะดวกในผู้ที่ไม่สามารถบ้วนน้ำลายทิ้งในระหว่างการเคี้ยวได้รวมทั้งประเด็นในเรื่องของบุคลิกภาพด้วย
- แผ่นแปะนิโคติน ระวังการใช้ในผู้ที่แพ้แผ่นแปะผิวหนัง หรือ มีประวัติแพ้ส่วนประกอบต่างๆที่ใช้ทำแผ่นแปะ และอาจไม่เหมาะสมกับผู้ที่ต้องทำงานหรือมีกิจกรรมกลางแจ้งหนักๆที่อาจต้องมีเหงื่อออกมากตลอดวันเพราะอาจเกิดปัญหาการอักเสบหรือระคายเคือง

หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่อการใช้ยาในกลุ่ม NRT หรือเคยล้มเหลวจากการใช้ยาในกลุ่ม NRT มาก่อนก็อาจพิจารณาเลือกยาในกลุ่ม NNRT แทน ได้แก่ ยา bupropion และ varenicline ในแง่ประสิทธิภาพ varenicline มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าแต่ก็มีราคาที่สูงกว่า bupropion สถานะทางกฎหมายปัจจุบัน bupropion เป็นยาอันตราย เกษขกรสามารถขายได้ในร้านยา ส่วน varenicline เป็นยาควบคุมพิเศษซึ่งต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์เท่านั้นจึงจะขายในร้านยาได้ การใช้ยา 2 ตัวนี้มีข้อดีคือ เหมาะกับผู้ที่ยังไม่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ในทันทีที่เริ่มใช้ยา ผู้ป่วยสามารถเริ่มใช้ยาไปแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์เพื่อให้ระดับยาในเลือดถึงระดับออกฤทธิ์ก่อนจึงค่อยหยุดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยา bupropion อาจมีได้ผลดีในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ข้อจำกัดอื่นๆ เช่น

- Bupropion มีข้อห้ามใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor (MAOI), linezolid และ methylene blue ผู้ที่มีภาวะชัก ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น bulimia หรือ anorexia nervosa ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก

- Varenicline มีข้อห้ามใช้ในผู้ที่มโรควิตวาระยะสุดท้าย ผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี สำหรับผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่องรุนแรง (GFR < 30 ml/min) ควรมีการปรับขนาดยา และควรมีการใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีประวัติโรคลมชักหรือโรคทางจิตเวช

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาในทางเลือกแรกทั้ง 2 กลุ่มได้เนื่องจากข้อจำกัดบางประการหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ทำให้ปฏิเสธยาอาจพิจารณาทางเลือกที่สอง ได้แก่ nortriptyline แทน สำหรับ clonidine ไม่แนะนำให้มีการใช้ในร้านยาเนื่องจากมีผลต่อความดันโลหิต เมื่อจะหยุดยาต้องค่อย ๆ ลดขนาดยาโดยแพทย์ การหยุดยาอย่างกะทันหันอาจทำให้เกิดการกระสับกระส่าย ปวดหัวและความดันโลหิตสูง

หากผู้ป่วยใช้ยาตัวเดียวแล้วไม่ได้ผลหรือล้มเหลวจากการรักษาบ่อยครั้ง อาจพิจารณาใช้ยา 2 ตัวร่วมกัน ซึ่งในปัจจุบันมีหลายการศึกษาพบว่า การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่หลายชนิดร่วมกันอาจให้ประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในผู้ที่มีการติดนิโคตินในระดับสูง หรือ เคยมีการล้มเหลวจากการเลิกบุหรี่มาก่อน ยาที่ได้รับการยอมรับให้มีการใช้ร่วมกันในปัจจุบัน ได้แก่

- nicotine patch + nicotine gum
- nicotine patch + bupropion หรือ varenicline (ผลการศึกษายังไม่มีข้อสรุปแน่ชัดว่าได้ผลดีกว่าการใช้ยาเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)

การใช้นิโคตินทดแทนร่วมกับ varenicline อาจไม่แนะนำเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังใช้ยา สำหรับการ ใช้ bupropion ร่วมกับ varenicline ในระยะหลังมีงานวิจัยออกมาสนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการอดบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยา 2 ตัวนี้ร่วมกัน<sup>22-24</sup> ซึ่งอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ต่อยาในกลุ่ม nicotine replacement แต่อย่างไรก็ตาม ยาทั้ง 2 ตัวนี้มีค่าเดือนเกี่ยวกับภาวะความผิดปกติของจิตใจและพฤติกรรม ดังนั้น หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สำหรับการบำบัดทางเลือกอื่นเพิ่มเติมจากการรักษาหลักยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าได้ผลหรือไม่ ตัวอย่าง เช่น การใช้สมุนไพรอื่น เช่น หนุ่ยดอกขาว การนวดผ่อนคลาย การกดจุดที่เท้า การ

ฝังเข็ม เป็นต้น ในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นอาจแนะนำให้ทำกิจกรรมจิตอาสา นันทนาการ หรือการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างน้อยลง ในกลุ่มผู้สูงอายุอาจใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด

## 5. Arrange

ควรมีการติดตามผลของการบำบัด (follow up) ในผู้ป่วยทุกรายอย่างใกล้ชิดโดยติดตามผลครั้งแรก ภายใน 2 สัปดาห์จากนั้นให้นัดทุก 2-4 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน แล้วจึงนัดติดตามทุก 1-2 เดือนจนครบ 6 เดือน หลังจากนั้นค่อยติดตามผลอย่างห่างๆ จนครบ 1 ปี ในร้านยาควรมีการตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาด้วยการตรวจวัดปริมาณก๊าซ carbon monoxide ในลมหายใจออกทุกครั้งที่มีโอกาสโดยใช้เครื่อง exhaled breath carbon monoxide ซึ่งจะแสดงผลในหน่วย ppm ข้อจำกัดของเครื่องมือนี้คือ ถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ก่อนมาทำการวัดนานเกินไปก็อาจจะเกิดผลลบลง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับก๊าซ carbon monoxide จากช่องทางอื่นก็ทำให้เครื่องแสดงผลบวกลงได้ วิธีนี้จึงใช้ได้เพียงคร่าวๆ ในการติดตามผลทางคลินิก ส่วนการติดตามผลในงานวิจัยที่ต้องการความแม่นยำมาก อาจใช้วิธีวัดจากปริมาณ cotinine ในน้ำลาย ปัสสาวะ หรือเลือด ซึ่งจัดว่าเป็น gold standard ของการยืนยันผลการเลิกสูบบุหรี่

## ข้อมูลยาช่วยเลิกบุหรี่

### หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum)

เป็นนิโคตินทดแทนตัวแรกที่มีการนำมาใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ผลิตมาในรูปแบบของยาออกฤทธิ์ทันที (immediate release) สามารถหาซื้อได้ง่ายและมีราคาถูก ตัวอย่างชื่อการค้าที่มีในประเทศไทย เช่น Nicomild<sup>®</sup>, Nicorette<sup>®</sup> และ Nicotinell<sup>®</sup> ผู้ที่จะใช้หมากฝรั่งนิโคตินต้องตั้งใจแน่วแน่ที่จะเลิกบุหรี่ในทันที เนื่องจากการใช้ร่วมกันอาจทำให้เกิดพิษจากการได้รับนิโคตินเกินขนาดและมีผลต่อการปรับขนาดยา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาและเกิดอาการข้างเคียงขึ้น ระหว่างเคี้ยวหมากฝรั่งจะมีการดูดซึมนิโคตินผ่านเยื่อช่องปากอย่างช้าๆ โดยมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที ขนาดยาที่ใช้ขึ้นกับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ดังนี้ ปริมาณสูบบุหรี่น้อยกว่า 25 มวนต่อวัน ใช้ขนาด 2 มิลลิกรัม และปริมาณสูบบุหรี่ตั้งแต่ 25 มวนต่อวันขึ้นไปใช้ขนาด 4 มิลลิกรัม รูปแบบในการใช้ยามี 2 แบบ คือ

1. เคี้ยวเมื่อมีความอยากบุหรี่ (as needed) โดยแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ร่วมกับเทคนิค 5D คือจะใช้หมากฝรั่งเมื่อไม่สามารถทนความอยากบุหรี่ได้และพยายามลดปริมาณการใช้ลงเรื่อยๆ ปริมาณการใช้สูงสุดคือ ไม่เกิน 30 ชิ้นสำหรับขนาด 2 มิลลิกรัมและไม่เกิน 15 ชิ้นสำหรับขนาด 30 มิลลิกรัม

2. เคี้ยวแบบ fixed schedule คือ เคี้ยวตามตารางเวลาที่เหมาะสมโดยไม่ต้องรอให้เกิดความอยาก ซึ่งจากการวิจัยพบว่าวิธีนี้ให้ประสิทธิภาพที่ดีกว่าวิธีแรก วิธีเคี้ยวมีดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1-6                      เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง
- สัปดาห์ที่ 7-9                      เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง
- สัปดาห์ที่ 10-12                      เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชั่วโมง

## คำแนะนำในการใช้หมากฝรั่งนิโคติน

1. หยุดสูบบุหรี่ทันทีเมื่อเริ่มใช้หมากฝรั่ง
2. เคี้ยวหมากฝรั่งช้า ๆ จนมีรสเผ็ดซ่า (แสดงว่านิโคตินถูกปลดปล่อย)
3. หยุดเคี้ยวแล้วพักหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มหรือเหงือกจนรสเผ็ดซ่าหายไปจึงเริ่มเคี้ยวใหม่
4. เคี้ยวช้าๆ สลับกับหยุดพัก เป็นเวลา 30 นาที (chew & park technique)
5. หลังใช้เสร็จห่อกระดาษให้มิดชิด เพื่อป้องกันเด็กหรือสัตว์เลี้ยงนำไปเล่น
6. งดอาหารที่เป็นกรด เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม ก่อนเคี้ยว 15 นาทีและระหว่างเคี้ยว
7. การกลืนน้ำลายอาจทำให้ระคายเคืองทางเดินอาหาร หรือ แสบร้อนกลางอกได้

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ระคายเคืองปากและลำคอ เจ็บกล้ามเนื้อขากรรไกร คลื่นไส้ สะอึก แสบร้อนกลางอก แสบท้อง วิธีแก้ไขคือ เคี้ยวช้าๆ ไม่เคี้ยวเร็วเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืนน้ำลายระหว่างเคี้ยว

## แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patch)

นิโคตินทดแทนในรูปแบบแผ่นแปะที่ควบคุมการออกฤทธิ์ (controlled release) ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ต่อการแปะ 1 ครั้ง ระดับนิโคตินในเลือดจะค่อยๆ ลดลงหลังจากแกะแผ่นแปะไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง ตัวอย่างชื่อการค้าที่มีในประเทศไทย เช่น Nicotinell TTS® (Transdermal Therapeutic System) ข้อดีคือ ลดอาการอยาก บุหรี่ตอนตื่นนอนได้ดี มีอาการข้างเคียงน้อย ข้อเสีย คือ ไม่สามารถปรับขนาดยาตามต้องการได้และมี ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ช้า (ประมาณ 24 ชั่วโมง) ขนาดยาที่ใช้ขึ้นกับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ดังนี้

- สูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มวนต่อวัน  
แผ่นแปะขนาด 20 ตารางเมตร (14 มิลลิกรัม)      นาน 8 สัปดาห์ ตามด้วย  
แผ่นแปะขนาด 10 ตารางเมตร (7 มิลลิกรัม)      นาน 4 สัปดาห์
- สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน ต่อวัน (1 ซอง)  
แผ่นแปะขนาด 30 ตารางเมตร (21 มิลลิกรัม)      นาน 4 สัปดาห์ ตามด้วย  
แผ่นแปะขนาด 20 ตารางเมตร (14 มิลลิกรัม)      นาน 4 สัปดาห์ ตามด้วย  
แผ่นแปะขนาด 10 ตารางเมตร (7 มิลลิกรัม)      นาน 4 สัปดาห์

## คำแนะนำในการใช้แผ่นแปะนิโคติน

1. หยุดสูบบุหรี่ทันทีเมื่อเริ่มใช้แผ่นแปะนิโคติน
2. ติดในบริเวณที่ไม่มีขน ไม่มีบาดแผล เช่น คอ สะโพก หรือต้นแขนด้านนอก ถ้าบริเวณที่ติดมีขน ห้ามโกนให้ใช้กรรไกรเล็ม
3. ก่อนติดล้างมือให้สะอาด ทำความสะอาดผิวบริเวณที่จะติดแล้วเช็ดให้แห้ง
4. ลอกแผ่นใสที่คลุมส่วนเหนียวที่มีตัวยาคือ ติดแผ่นแล้วกดไว้ประมาณ 10 วินาที
5. ล้างมือให้สะอาดหลังติดเสร็จ
6. ติดแผ่นในเวลาเดียวกันทุกวัน ติดตลอด 24 ชม. แม้เวลาอาบน้ำ

7. ถ้ามีอาการนอนไม่หลับหรือฝันร้ายให้ลดแผ่นออกก่อนนอน หรือคิดแผ่นเพียง 16 ชม.
8. ควรเปลี่ยนบริเวณที่คิดทุกวันเพื่อป้องกันการระคายเคือง
9. ไม่ควรตัดแผ่นแปะเพื่อปรับยาเอง
10. เมื่อใช้เสร็จให้ห่อกระดาษให้มิดชิด เพื่อป้องกันเด็กและสัตว์เลี้ยงนำไปเล่น

อาการไม่พึงประสงค์	วิธีการแก้ไข
ระคายเคืองต่อผิวหนัง อาจเกิดอาการผื่นแดง ไหม้ หรือคัน บริเวณที่แปะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hydrocortisone or triamcinolone cream ± oral antihistamine</li> <li>● เปลี่ยนบริเวณที่แปะทุกวัน</li> <li>● ถอดแผ่นแปะก่อนนอน (แปะ 16 ชม.ต่อวัน)</li> </ul>
นอนไม่หลับ ฝันร้าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ถอดแผ่นแปะก่อนนอนอย่างน้อย 60 นาที (แปะ 16 ชม.ต่อวัน)</li> </ul>
หัวใจเต้นเร็ว	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ลดขนาดยา</li> </ul>
มีอาการถอนยา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มขนาดยา</li> </ul>

### Bupropion

จัดเป็นยาในกลุ่ม antidepressant ออกฤทธิ์ยับยั้งการ reuptake ของสารสื่อประสาท dopamine และ norepinephrine ทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองสูงขึ้นช่วยลดอาการถอนยาได้ นอกจากนี้ยังจับกับตัวรับ Nicotinic Acetylcholine Receptor (nAChR) แบบไม่แข่งขัน (noncompetitive antagonist) โดยจะจับคนละตำแหน่งกับที่นิโคตินจับแต่จะมีผลด้านการออกฤทธิ์ของนิโคติน รูปแบบยาจะอยู่ในรูปการออกฤทธิ์เนิ่น (sustained release) ไม่สามารถหักหรือบดเคี้ยวเม็ดยาได้ ระดับยาในเลือดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ โดยระยะเวลาที่ระดับยาอยู่ในจุดสูงสุดใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ถูก metabolite ที่ตับผ่าน CYP 2B6 แล้วขับออกทางปัสสาวะเป็นหลัก (87%)

ขนาดยาที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ รับประทานครั้งละ 150 มิลลิกรัม วันละครั้งนาน 3 วัน ตามด้วยครั้งละ 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง (ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาก่อนที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1-2 สัปดาห์เพื่อรอให้ระดับยาในเลือดขึ้นสู่ระดับ steady state ผู้ที่มีการทำงานของตับและไตบกพร่องควรพิจารณาลดขนาดยา หรือ ลดความถี่ในการใช้ยา

อาการไม่พึงประสงค์พบได้ค่อนข้างมากและส่งผลกระทบต่อร่างกายในหลายๆระบบ เช่น

- Anticholinergic effect : ท้องผูก น้ำลายแห้ง ปากแห้ง คอแห้ง
- ระบบประสาท: ชัก ปวดหัว นอนไม่หลับ (ควรรับประทานในเวลาบ่ายแทนเวลาเย็นหรือก่อนนอน)
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว
- ผลต่อจิตใจ : อาการซึมเศร้า กระตุ้นความคิดฆ่าตัวตาย

องค์การอนามัยโลกระบุให้เพิ่มคำเตือนในเอกสารกำกับยาว่า ยานี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายในเด็ก วัยรุ่นหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อายุน้อยกว่า 24 ปีที่กำลังรับประทานยาด้านซึมเศร้า แต่ความ

เลียงนี้จะไม่เพิ่มขึ้นในผู้ที่อายุมากกว่า 24 ปีและลดลงในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยทุกรายที่มีการใช้ยา bupropion เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ควรมีการเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติทางจิตใจ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีเจตนาร้าย ไม่เป็นมิตร ภายใจไม่สงบ กระวนกระวาย ซึมเศร้า

### Varenicline

ออกฤทธิ์เป็น partial agonist ต่อ nAChR แย่งการจับกับตัวรับของนิโคติน ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ ทำให้เกิดความพึงพอใจคล้ายๆนิโคตินแต่น้อยกว่ามากจึงไม่ทำให้เกิดการติดยาหรือถอนยา การดูดซึมของยาก่อนข้างสมบูรณ์โดยอาหารไม่มีผลต่อการดูดซึม ถูกเมแทบอลิซึมเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่ขับออกทางปัสสาวะในรูปไม่เปลี่ยนแปลง (92%) ค่าครึ่งชีวิตประมาณ 24 ชั่วโมง ควรเริ่มรับประทานยา Varenicline ก่อนวันที่จะเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 สัปดาห์

ขนาดยาที่ใช้รับประทานครั้งละ 0.5 มิลลิกรัม วันละครั้งนาน 3 วัน ตามด้วยขนาด 0.5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งในวันที่ 4-7 ตามด้วยขนาด 1 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งจนครบ 12 สัปดาห์ เริ่มรับประทานยา Varenicline ก่อนวันที่จะเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่องรุนแรง (GFR < 30 ml/min) ควรมีการปรับขนาดยา แต่ไม่ต้องปรับขนาดยาในผู้ที่การทำงานของไตบกพร่อง

อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ผื่นร้าย ปวดหัว ท้องผูก ไม่สบายท้อง กรดไหลย้อน องค์การอนามัยโลกระบุให้เพิ่มคำเตือนในเอกสารกำกับยาว่า ยานี้อาจทำให้เกิดการซึมเศร้าหรือคิดฆ่าตัวตายได้แม้ในผู้ที่ไม่เคยมีโรคทางจิตเวชมาก่อน ควรมีการเฝ้าระวังความผิดปกติอย่างใกล้ชิด

### Nortriptyline

ใช้เป็นยาทางเลือกกรองในการเลิกบุหรี่ในผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาทางเลือกแรกได้ ขนาดยาที่แนะนำคือ เริ่มต้นด้วยขนาด 10-25 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งก่อนนอน แล้วค่อยๆเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ จนถึง 75-100 มิลลิกรัมต่อวัน ควรมีการเริ่มใช้ยาก่อนวันที่จะหยุดสูบบุหรี่ประมาณ 10-28 วัน การลดขนาดยาต้องค่อยๆ ลดลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ ห้ามหยุดทันทีอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ ปากคอแห้ง มองเห็นภาพเบลอ ปัสสาวะไม่ออก ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา cardiac arrhythmia และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า

### บทสรุป

กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ในร้านยาเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของงานเภสัชกรชุมชน โดยสามารถทำได้ด้วยตนเองตั้งแต่ขั้นตอนของการสอบถามและซักชวนให้เลิกไปจนถึงการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมตลอดจนติดตามผลในระยะยาว ร้านยาทุกร้านสามารถเริ่มให้บริการได้โดยไม่ต้องรอความพร้อมของเครื่องมือแต่อย่างใด ขอแค่มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือและมีการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสมเพียงเท่าที่ก็จะเป็นการเปิดบทบาทใหม่ที่สำคัญสำหรับเภสัชกร



## เอกสารอ้างอิง

1. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. สุรจิต สุนทรธรรม. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดใน ประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.๒๕๕๘)สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2559 .
2. World health organization [Internet]. [cited 2017 Dec 13]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10-F19>.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. [cited 2017 Dec 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/?report=reader>.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Five Major Steps to Intervention (The "5 A's") [Internet]. [cited 2017 Dec 13]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5steps.html>.
5. Mospan CM, Boss A. Smoking-Cessation Services in Community Pharmacies. US Pharm [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 13];42(7):27-37. Available from: <https://www.uspharmacist.com/article/smokingcessation-services-in-community-pharmacies>.
6. The National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. Instrument: Fagerstrom Test For Nicotine Dependence (FTND) [Internet]. [cited 2017 Dec 13]. Available from: <https://cde.drugabuse.gov/instrument/d7c0b0f5-b865-e4de-e040-bb89ad43202b>.
7. National Library of Medicine and Friends of the National Library of Medicine. 5 Steps to START. NIH MedlinePlus [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 13];5(4):5. Available from: <https://medlineplus.gov/magazine/issues/winter11/articles/winter11pg5.html>.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ค. 2559. เข้าถึงจาก: [https://www.m-society.go.th/ewt\\_news.php?nid=13207](https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13207).
9. แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” [www.ptnosmoke.com/images/pdf/download/kit-01/04/001.pdf](http://www.ptnosmoke.com/images/pdf/download/kit-01/04/001.pdf) [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 13];5(4):5. Available from: [www.ptnosmoke.com/images/pdf/download/kit-01/04/001.pdf](http://www.ptnosmoke.com/images/pdf/download/kit-01/04/001.pdf).
10. American Cancer Society. Nicotine Replacement Therapy for Quitting Tobacco [Internet]. 2017. [cited 2017 May 12]. Available from: <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/guide-quitting-smoking/nicotine-replacement-therapy.html>.
11. Esherick JS, Clark DS, Slater ED. Disease management. In: Esherick JS, Clark DS, Slater ED, eds. Current practice guidelines in primary care 2016. New York, NY: McGraw-Hill; 2016.

12. Ndri. Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. [cited 2016 Jul 3]. Available from:  
[ndri.curtin.edu.au/btftp/documents/Fagerstrom\\_test.pdf](http://ndri.curtin.edu.au/btftp/documents/Fagerstrom_test.pdf).
13. Burns DM. Nicotine addiction. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. eds. *Harrison's principles of internal medicine*, 19e. New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
14. Micromedex®solutions[Internet]. [cited 2016 Jul 15]. Available from:  
<http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDDefaultActionId/evidencexpert.DoIntegratedSearch#>.
15. Angaran DM, Whalen K. eds. *Medication Therapy Management: A Comprehensive Approach*. New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
16. Longyhore DS. Smoking cessation. In: Sutton S. eds. *McGraw-Hill's NAPLEX® Review guide*, 2e. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
17. Sherman J. Chapter 9. Smoking cessation. In: Ellis AW, Sherman JJ. eds. *Community and clinical pharmacy services: A step-by-step approach*. New York, NY: McGraw-Hill; 2013.
18. Robert S, Beardsley RS, Kimberlin CL, Tindall WN. *Communication Skills in Pharmacy Practice: A Practical Guide for Students and Practitioners*, 6 ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
19. Cocores JA. *The Clinical Management of Nicotine Dependence*. Springer Science & Business Media; 2012.
20. Small RE, Kennedy DT. Method to facilitate smoking cessation: guidelines and treatment modalities [Internet]. 2001. [cited 2016 Jul 15]. Available from: <https://www.medscape.org/viewarticle/418531> .
21. Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. [cited 2017 May 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64964/>.
22. Ebbert JO, Hatsukami DK, Croghan IT, Schroeder DR, Allen SS, Hays JT, et al. Combination varenicline and bupropion SR for tobacco-dependence treatment in cigarette smokers: a randomized trial. *JAMA*. 2014 Jan 8;311(2):155-63.
23. Johns DA. The efficacy of combination therapy with varenicline and bupropion for smoking cessation. *Annals of Oncology* 2017 [Internet]. [cited 2017 Dec 13]. Available from:  
<http://oncologypro.esmo.org/Meeting-Resources/ELCC-2017>.
24. Rose JE, Behm FM. Combination Varenicline/Bupropion Treatment Benefits Highly Dependent Smokers in an Adaptive Smoking Cessation Paradigm. *Nicotine & Tobacco Research*. 2017 Aug 1;19: 999–1002.