

ยาและการเข้าถึงยาเพื่อการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

Drugs and Access to Drugs for Smoking Cessation in Thailand

สมหญิง พุ่มทอง

สาขาเภสัชกรรมคลินิกและเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การติดบุหรี่เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การติดสารนิโคตินในบุหรี่ การติดทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม การรักษาผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทำได้หลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด ในบางรายอาจต้องใช้ยาร่วมด้วยโดยเฉพาะในรายที่ติดนิโคตินในระดับสูง การใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาวเนื่องจากช่วยลดอาการถอนนิโคติน กลุ่มยาหลักที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ที่ใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันนี้คือ bupropion HCl SR และผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินทั้งชนิดแผ่นแปะผิวหนังและหมากฝรั่ง อย่างไรก็ตาม ปัญหาประการหนึ่งที่พบคือความสามารถในการเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเองเนื่องจากยาเพื่อการเลิกบุหรี่ยังมีราคาแพง นอกจากนี้ สถานบริการเลิกบุหรี่จำนวนมากไม่มียาเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลทำให้แพทย์ไม่มีโอกาสสั่งจ่ายดังกล่าวแก่ผู้ป่วย ปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความสำเร็จในการให้บริการเลิกบุหรี่คือการกระจายคลินิกเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ตลอดจนสร้างกลไกสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ยุคใหม่ได้ง่ายและสะดวก

คำสำคัญ : การเลิกบุหรี่, ยา, การเข้าถึง

Thai Pharm Health Sci J 2008;3(2):303-308

บทนำ

ข้อมูลปี พ.ศ. 2549 พบว่า ในประเทศไทย มีผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 11.04 ล้านคน แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.54 ล้านคน และสูบเป็นครั้งคราว 1.50 ล้านคน กลุ่มอายุ 41 - 59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด (25.8 ต่อประชากร 100 คน) มีปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณ 10 มวนต่อวัน¹ การติดบุหรี่เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การติดสารนิโคตินในบุหรี่ การติดทางสังคม การติดทางอารมณ์ และจิตใจ หากผู้เสพไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ก็สามารถขอรับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งในปัจจุบันมีรูปแบบการให้บริการหลายรูปแบบ² เช่น การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline) บริการคลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน การรักษาหลายวิธี ได้แก่ การให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด และการใช้ยาบำบัด ในผู้เสพยาบางรายอาจต้องใช้การรักษามากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่งต้องพิจารณาปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ได้แก่ ความตั้งใจและแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการ

สูบบุหรี่ ความรุนแรงของการติดบุหรี่ เศรษฐฐานะ ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ ประสบการณ์การเลิกบุหรี่ในอดีต สภาพร่างกาย และความพร้อมของผู้ป่วยในการใช้ยา ตลอดจนข้อห้ามใช้ ในกรณีที่เกิดจากการติดสารนิโคตินนั้น เนื่องจากนิโคตินจะไปกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีนในสมองทำให้ผู้เสพเกิดอาการผ่อนคลาย รู้สึกมีความสุข เพลิดเพลินและตื่นตัว ดังนั้น ในผู้ที่ติดสารนิโคตินโดยเฉพาะกลุ่มที่ติดระดับสูง หากหยุดสูบบุหรี่ในทันทีจะทำให้อารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ หงุดหงิด วิตกกังวล ซึ่งผลเหล่านี้มักทำให้ผู้เสพทนไม่ได้และต้องการกลับมาสูบบอก ดังนั้นในกลุ่มนี้มักจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด⁴

เป็นที่ทราบกันดีว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งปอด ผลกระทบทางด้านสุขภาพเหล่านี้ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ตามมาอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ด้วย ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินมาตรการอย่างจริงจังเพื่อลด

§ 13th year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

จำนวนผู้ติดบุหรี่ ตลอดจนลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ การใช้ยาบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เสพติดสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะยาว สำหรับบทความนี้จะกล่าวถึงยาที่ใช้เพื่อการเลิกบุหรี่ตลอดจนปัญหาของการเข้าถึงยาดังกล่าวในประเทศไทย

ยาเพื่อการเลิกบุหรี่

มีหลักฐานทางการแพทย์แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว เนื่องจากช่วยลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากการหยุดสูบบุหรี่ องค์การในต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทยแนะนำให้พิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ในรายที่จำเป็น ยกเว้นผู้ที่มีข้อห้ามในบางกรณี เช่น หญิงมีครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมีข้อห้ามทางการแพทย์อื่น ๆ ทั้งนี้ US Agency for Health Care Policy and Research แบ่งยาเพื่อการเลิกบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยาหลัก (first-line drugs) ได้แก่ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy; NRT) และการใช้ยาเม็ดรับประทาน bupropion HCl ชนิดออกฤทธิ์นาน และยาสำรอง (second-line drugs) ได้แก่ nortriptyline, clonidine และ varenicline เนื่องจากยากลุ่มนี้มีข้อจำกัดในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จึงทำให้ไม่ถูกเลือกเป็นอันดับแรก การใช้ยาในกลุ่มนี้เหมาะสำหรับผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถใช้ยาหลักได้ ควรพิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยาแต่ละชนิดเป็นราย ๆ ไป (ตารางที่ 1)

ปัจจุบัน ยาที่มีใช้ในคลินิกอดบุหรี่ในประเทศไทย ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคติน (หมากฝรั่งและแผ่นแปะนิโคติน) bupropion HCl SR, nortriptyline และ clonidine นอกจากนี้ยังมีน้ำยาบ้วนปาก (0.5% sodium nitrate) ยาคลายเครียด และสมุนไพร เช่น ชาชงหญ้าดอกขาว และ ยาอมมะแว้ง⁵

Nicotine Replacement Therapy (NRT)^{3-4, 6-7}

การใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคตินเป็นการทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินในขนาดต่ำเพื่อเป็นการทดแทนนิโคตินที่ได้รับจากบุหรี่บางส่วนจึงทำให้สามารถลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยได้ โดยนิโคตินจะจับกับ nicotinic cholinergic receptor ใน peripheral และ central nervous system ก่อให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่าง ๆ เช่น ทำให้เกิดความสุข การตื่นตัว เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน บรรเทาความวิตกกังวล รูปแบบที่ใช้ในปัจจุบันมี 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดแผ่นแปะผิวหนัง (nicotine

patch) หมากฝรั่ง (nicotine gum) เม็ดอม (nicotine lozenge) สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray) หลอดสูดทางปาก (nicotine oral inhaler) ยาอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablets) แต่ในประเทศไทยขณะนี้ใช้ 2 รูปแบบ คือ ชนิดแผ่นแปะผิวหนังและหมากฝรั่ง ซึ่งได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้เป็นยาช่วยในการเลิกบุหรี่

นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนัง

นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนังสำหรับในประเทศไทยมีจำหน่ายเพียงชนิดเดียวคือ Nicotinell TTS® ที่เป็นแบบปลดปล่อยตัวยาในเวลา 24 ชั่วโมง ขนาดที่ใช้มี 3 ขนาด ดังนี้

- ขนาด 10 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 17.5 มิลลิกรัมปลดปล่อยนิโคตินวันละ 7 มิลลิกรัม

- ขนาด 20 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 35 มิลลิกรัมปลดปล่อยนิโคตินวันละ 14 มิลลิกรัม

- ขนาด 30 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 52.5 มิลลิกรัมปลดปล่อยนิโคตินวันละ 21 มิลลิกรัม

นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนังจะนำส่งนิโคตินซึ่งอยู่ใน polymer ที่หุ้มด้วย adhesive โดยอาศัย concentration gradient ของนิโคตินระหว่างระบบและผิวหนัง การเลือกขนาดจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยพิจารณาจากจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน

นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว

นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยวออกฤทธิ์โดยการที่นิโคตินจะจับกับ ion-exchange resin เมื่อเคี้ยวหมากฝรั่ง นิโคตินจึงถูกปลดปล่อยออกมาช้า ๆ และถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปาก สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการใช้หมากฝรั่งนิโคตินอย่างมีประสิทธิภาพ คือการเคี้ยวอย่างถูกต้องด้วยเทคนิคที่เรียกว่า Chew & Park จึงจะช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี หมากฝรั่งนิโคตินที่มีจำหน่ายในประเทศไทย ได้แก่ Nicorette® และ Nicomild® ขนาดที่ใช้มี 2 ขนาด คือ ชันละ 2 และ 4 มิลลิกรัม ทั้งนี้ เทคนิค Chew & Park มีรายละเอียดดังนี้ การเคี้ยวหมากฝรั่งนิโคตินจะต้องเคี้ยวช้า ๆ กระทั่งรู้สึกมีรสเผ็ดซ่าแล้วหยุดเคี้ยว อมหมากฝรั่งนั้นไว้ระหว่างกระพุ้งแก้มและเหงือกเพื่อให้ยาดูดซึมจนกระทั่งรสซ่าหายไป ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 นาที แล้วจึงเคี้ยวใหม่ การเคี้ยวช้า ๆ และเป็นระยะสลับกับการอมควรทำต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที และควรเปลี่ยนบริเวณที่อมเพื่อลดการระคายเคืองเยื่อช่องปาก การเคี้ยวแบบนี้จะให้การดูดซึมช้าแต่คงที่ ถ้าเคี้ยวเร็วไปจะทำให้

นิโคตินถูกปลดปล่อยออกมาเร็ว ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้

ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการดึงกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine, serotonin และ dopamine เข้าสู่ปลายประสาท มีผลให้ผู้ที่ได้รับยามีอาการของการขาดนิโคตินน้อยลง

Bupropion HCl SR (Quomem®) ^{3,4,7}

bupropion HCl sustained release เป็นยาชนิดออกฤทธิ์นานที่ใช้สำหรับช่วยอดบุหรี่ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา ยานี้

ตารางที่ 1 สรุปการใช้ยาหลักเพื่อการเลิกบุหรี่ ^{4,11}

ด้าน	Bupropion HCl SR	Nicotine patch	Nicotine gum
ระยะเวลาในการรักษา	7-12 สัปดาห์	6-8 สัปดาห์	ไม่เกิน 12 สัปดาห์
ขนาดและวิธีใช้	เริ่มการใช้ยาล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ แล้วจึงหยุดสูบบุหรี่ หากใช้ไปแล้ว 7 สัปดาห์ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ให้หยุดยา วันที่ 1-3: ขนาด 150 มก. วันละครั้ง ตอนเช้า วันที่ 4 เป็นต้นไป: ขนาด 150 มก. วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น	สูบ ≤ 20 มวน/วัน เริ่ม ขนาด 20 ตร.ซม. 6-8 สัปดาห์ จากนั้น ขนาด 10 ตร.ซม. 3-4 สัปดาห์ ใช้ได้สูงสุดถึง 12 สัปดาห์ สูบ > 20 มวน/วัน เริ่ม ขนาด 30 ตร.ซม. 3-4 สัปดาห์ จากนั้น ขนาด 20 ตร.ซม. 3-4 สัปดาห์ สุดท้าย จากนั้น ขนาด 10 ตร.ซม. 3-4 สัปดาห์ ใช้ได้สูงสุดถึง 12 สัปดาห์	สูบน้อยกว่า 25 มวน/วัน 2 มก./ชิ้น/ ชั่วโมง 7-15 ชิ้น/วัน ไม่ควรเกิน 30 ชิ้น/วัน 6 สัปดาห์แรก ใช้ 1 ชิ้นทุก 1-2 ชม. 3 สัปดาห์ต่อมา ใช้ 1 ชิ้นทุก 2-4 ชม. 3 สัปดาห์ต่อมา ใช้ 1 ชิ้นทุก 4-8 ชม. สูบ 25 มวน/วัน ขึ้นไป 4 มก./ชิ้น/ ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 15 ชิ้น/วัน 6 สัปดาห์แรก ใช้ 1 ชิ้นทุก 1-2 ชม. 3 สัปดาห์ต่อมา ใช้ 1 ชิ้นทุก 2-4 ชม. 3 สัปดาห์ต่อมา ใช้ 1 ชิ้นทุก 4-8 ชม. ควบคุมขนาดยาได้ด้วยตนเอง
ข้อดี	ใช้ง่าย รับประทานสะดวก ลดการอยากสูบบุหรี่ได้	ใช้ง่าย วันละครั้ง ขนาดนิโคตินค่อนข้างต่ำและคงที่ ระดับนิโคตินในเลือดจะเพิ่มขึ้นช้า ๆ	
ข้อเสีย	อาจทำให้อ่อนไม่หลับและปากแห้ง	อาจทำให้ผิวหนังระคายเคือง เป็นผื่นคัน นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ	- อาจเมื่อยขากรรไกร สะอึก เรอ คลื่นไส้ - ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่เป็นกรดขณะเคี้ยวหมากฝรั่ง - ต้องเคี้ยวอย่างถูกวิธีเพื่อให้ยาปลดปล่อยได้อย่างเหมาะสม
คำเตือน	ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่ประวัติเป็นโรคลมชัก มีภาวะการรับประทานที่ผิดปกติ หรือได้รับยา Monoamine Oxidase (MAO) inhibitor อยู่ หลีกเลี่ยงการใช้ในหญิงมีครรภ์หรือให้นมบุตร	ห้ามใช้ยาในผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนัง (Eczema and psoriasis) ผู้ที่แพ้ นิโคติน life-threatening arrhythmia, unstable angina, เพิ่งเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 1 เดือน ระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานชนิดที่ 1 และ hyperthyroidism	เช่นเดียวกับคำเตือนสำหรับผู้ที่ใช้นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ไม่เหมาะกับผู้ที่มีการอักเสบในช่องปาก หรือมีปัญหาทางทันตกรรม

นอกจากกลุ่มยาหลักที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว ยังมียาอื่นที่สามารถใช้เพื่อการเลิกบุหรี่ ได้แก่ nortriptyline, clonidine และ varenicline สำหรับยาเหล่านี้มีเพียง varenicline ตัวเดียวที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาในการใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามทั้ง nortriptyline และ clonidine ต่างได้รับระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานระดับ B และ A ตามลำดับ จาก Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence ดังนั้น จึงได้รับการเสนอแนะในการพิจารณานำมาใช้เป็นทางเลือกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้กลุ่มยาหลักข้างต้นได้

Nortriptyline^{4,8,9}

เป็นยาลดอาการซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressants มีฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine และ 5-hydroxy tryptamine ที่ปลายประสาท ดังนั้นจึงมีการใช้ยาชนิดนี้เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการขาดนิโคตินได้ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้ง ตามัว ปัสสาวะคั่ง เวียนศีรษะ มือสั่น การใช้เกินขนาดอาจมีผลอย่างมากต่อหัวใจ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงยาชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากยานี้มีราคาถูกและอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย ดังนั้น จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่แต่ไม่สามารถจ่ายเงินสำหรับยาหลักซึ่งมีราคาแพงได้

Clonidine^{4,8,10}

เป็นยารักษาความดันโลหิตสูง แต่มีหลักฐานแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของยานี้ในการนำมาใช้สำหรับการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยาชนิดนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อยจึงอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้รับความนิยมนัก ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียน ปากแห้ง ความดันลดลงเมื่อยืนขึ้น จึงอาจเกิดอันตรายขณะขับรถหรือควบคุมดูแลเครื่องจักรกล นอกจากนี้ อาจเกิด rebound hypertension หากหยุดยาในทันที สำหรับ clonidine มีทั้งชนิดรับประทานและแผ่นแปะผิวหนัง

Varenicline⁹

เมื่อเร็วนี้ ๆ varenicline ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการใช้เพื่อเลิกบุหรี่ ยาออกฤทธิ์แบบ partial agonist ต่อ nicotine receptor ชนิด alpha-4 และ beta-2 ซึ่งเป็น receptors ที่คอยจับกับนิโคติน แล้วกระตุ้นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งสาร dopamine

ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบบุหรี่ มีหลักฐานการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ varenicline ในการรักษาผู้ติดบุหรี่ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่พบว่าอาจใช้ยานี้โดยไม่ต้องมีการบำบัดทางพฤติกรรมร่วมบ่อย ๆ เหมือนยาตัวอื่น สำหรับในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีการใช้ยานี้

การเข้าถึงยาเพื่อการเลิกบุหรี่

โดยทั่วไปการเข้าถึงบริการสุขภาพ (access to health care) ประกอบด้วย 4 มิติ¹¹ ได้แก่ 1) availability ซึ่งหมายถึงการมีบริการอย่างเพียงพอและผู้ป่วยมีโอกาสในการได้รับบริการนั้นๆ ได้ เช่น ในที่นี้คือการมีคลินิกเลิกบุหรี่และกระจายอย่างเหมาะสมเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ 2) utilisation คือความสามารถในการใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่นั้นในบางครั้งถึงแม้จะมีสถานบริการแต่ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถใช้บริการที่มีอยู่อย่างเหมาะสมเนื่องจากปัญหาบางประการ อันได้แก่ ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย (financial barriers) ปัญหาที่เกิดจากสถานพยาบาล (organisational barriers) และปัญหาส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอง (personal barriers) ในบางครั้งมีผู้เปรียบเทียบว่า availability คือ supply (อุปทาน) ในขณะที่ utilisation คือ demand (อุปสงค์) 3) relevance and effectiveness หมายความว่าบริการนั้นต้องมีความสัมพันธ์หรือตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงต้องเข้ารับบริการ และเมื่อใช้บริการนั้นแล้วต้องเกิดประสิทธิผลด้วยไม่ใช่มองแต่เพียงการได้ใช้บริการจากสถานพยาบาลที่มีอยู่เท่านั้น และ 4) equity คือความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการนั้นคือผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการนั้น ๆ สำหรับประเทศไทย มักจะพบความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการกระจายตัวของสถานบริการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาความแตกต่างของคุณภาพสถานบริการ

จากการสำรวจข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับคลินิกอดบุหรี่ในประเทศไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2548 โดยชวนชม ธนานิติศักดิ์และคณะ⁵ พบรายชื่อสถานบริการเลิกบุหรี่ที่ปรากฏในประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 1,120 แห่ง เป็นของรัฐ 839 แห่ง และเอกชน 281 แห่ง (เอกชนในที่นี้หมายถึงโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนไม่รวมร้านยา) โดยกระจายตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร 127 แห่ง และต่างจังหวัด 993 แห่ง อย่างไรก็ตาม เมื่อสุ่มตัวอย่างสถานบริการเพื่อสอบถามข้อมูลการให้บริการเลิกบุหรี่พบว่าประมาณร้อยละ 70 เท่านั้นที่มียังคงให้บริการดังกล่าว สถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ให้บริการในลักษณะการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด อาจมีการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่

ร่วมด้วยหากมีรายการยาในกลุ่มนี้อยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล จากการสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 29 แห่งพบว่า โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนทุกแห่ง (13 แห่ง) มีความพร้อมในด้านการใช้ยาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่โดยมีรายการยาดังกล่าวอย่างน้อย 1 รายการ โดยแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาและสั่งจ่ายยาเอง ในขณะที่มีสถานบริการของรัฐเพียง 5 แห่งจาก 16 แห่งที่มียาเพื่อเลิกบุหรี่ในบัญชียาของสถานพยาบาล ซึ่งทั้ง 5 แห่งนี้เป็นโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ งานบริการเลิกบุหรี่ของสถานพยาบาลของรัฐจะดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสุขศึกษา และบางแห่งมีเภสัชกรร่วมด้วย โดยในเมืองต้นพยาบาลหรือนักจิตวิทยาจะให้การให้คำปรึกษาหรือพฤติกรรมบำบัด และหากเห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยาจะส่งต่อไปยังแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาโดยการให้ยา บางแห่งเปิดให้บริการตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอหรืออาจเพราะจำนวนผู้มารับบริการมีน้อย

ในปัจจุบัน กลุ่มยาหลักที่ใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในประเทศไทย ได้แก่ bupropion HCl SR และผลิตภัณฑ์ทดแทนนิโคติน (ชนิดแผ่นแปะผิวหนังและหมากฝรั่ง) ซึ่งยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ ไม่จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National Essential Drug List) การเบิกจ่ายค่ารักษาเพื่อการเลิกบุหรี่เป็นไปตามสิทธิการรักษาพยาบาล คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยาเอง ยกเว้นในบางแห่งที่อาจมีการกำหนดข้อตกลงพิเศษให้มีการเบิกได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ข้อจำกัดประการหนึ่งของผู้ป่วยอาจพบเมื่อมีความประสงค์ที่จะเลิกสูบบุหรี่ คือ ความไม่สามารถเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ได้ง่าย ถึงแม้ว่าจะมีรายชื่อสถานบริการเลิกบุหรี่เป็นจำนวนมากแต่นั้นไม่ได้หมายความว่าทุกแห่งสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่สามารถจ่ายยาเลิกบุหรี่ในกรณีที่มีความจำเป็นเนื่องจากไม่มียาในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยไม่ต้องการเสียเงินสำหรับยาในกลุ่มนี้ ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2549 พบว่ากลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ และรายได้มีปริมาณการสูบบุหรี่สูงกว่า¹ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่อาจจะไม่สามารถรับผิดชอบได้หากจำเป็นต้องรักษาโดยการให้ยา ปัจจุบันมีการใช้ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ แทนการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ เช่น หนุ่ดอกขาว น้ำยาบ้วนปาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นอย่างดี แต่ขณะนี้สถานบริการเลิกบุหรี่บางแห่ง เช่น สถาบันธัญญาลักษณ์ กำลังดำเนินงานวิจัยเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผล

ของหนุ่ดอกขาวในการเลิกบุหรี่ซึ่งหากพบว่ามีประสิทธิผลและปลอดภัยก็จะเป็นทางเลือกหนึ่งแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้

มีการกำหนดกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ (FCTC) มาตราที่ 14 ซึ่งประเทศต่าง ๆ รวม 168 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมลงนามรับรองสัตยาบรรณ เมื่อปี พ.ศ. 2546 โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยา คือ ดำเนินการเพื่อให้การรักษาการติดยาสูบรวมทั้งผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกยาสูบสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมากนัก ซึ่งในประเด็นการเข้าถึงยานี้ ภาครัฐอาจจะต้องพิจารณาทบทวนนโยบายต่าง ๆ เช่น การพิจารณาบรรจุยาเลิกบุหรี่บางรายการ เช่น bupropion HCl SR, นิโคตินชนิดแผ่นแปะผิวหนังและหมากฝรั่งนิโคติน ที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและความคุ้มค่า เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการรักษาแก่แพทย์ในฐานะผู้สั่งใช้ยาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ และเป็นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงยาเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขอาจมีความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานประกันสังคมในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการเลิกบุหรี่ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริง¹⁸ ดังตัวอย่างในประเทศสหราชอาณาจักรที่ภาครัฐจัดให้มีการให้บริการเลิกสูบบุหรี่แก่ประชาชนโดยเภสัชกรชุมชนที่ผ่านการอบรมและได้รับอนุญาตให้สั่งจ่ายยาภายใต้ข้อตกลงที่กำหนดไว้ โดยเภสัชกรจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสั่งจ่ายนิโคตินทดแทนแก่ผู้ป่วยโดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดทั้งในส่วนของคุณค่าและค่าบริการ จากการประเมินผลโครงการนี้พบว่าผู้ป่วยพอใจกับการมารับบริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรชุมชนเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายและคำแนะนำที่ได้รับมีประโยชน์ โครงการนี้ถือเป็นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ การจัดระบบบริการเลิกบุหรี่นี้ให้ผลคุ้มค่าและช่วยยืดชีวิตผู้ที่สูบบุหรี่ได้ตั้งนั้นจึงสามารถตอบสนองต่อนโยบายการเลิกสูบบุหรี่ระดับประเทศได้^{12,13}

บทสรุป

ความสามารถในเข้าถึงยาและบริการเลิกบุหรี่ได้ง่ายและสะดวกเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว การเข้าถึงในที่นี้หมายถึงมีจำนวนสถานบริการที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ มีการกระจายและครอบคลุมพื้นที่อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้จริง มีการ

สนับสนุนการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยควรได้รับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ รูปแบบบริการควรมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยด้วย การให้บริการเลิกบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาพฤติกรรมบำบัด รวมถึงการใช้ยาเป็นแนวทางที่เพิ่มความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ณัฐพล เทศขยัน. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2543-2549. กรุงเทพฯ. เจริญดีมีนคองการพิมพ์, 2550.
2. ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ศิวลักษณ์ กิจชนะไพมูลย์ (บรรณาธิการ). บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่. กรุงเทพฯ. เจริญดีมีนคองการพิมพ์, 2550.
3. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation, 2002. (Accessed on April 10, 2008, at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/NiceNRT39GUIDANCE.pdf>)
4. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฬามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
5. ขวชนม ธนานิธิต์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, คทา บัณฑิตานุกูล. รายงานการวิจัยเรื่องข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับคลินิกอดบุหรี่ในประเทศไทย, 2548.
6. Molyneux A. ABC of smoking cessation. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004;328:454-456.
7. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121:932-41.
8. มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่. กรุงเทพฯ. เจริญดีมีนคองการพิมพ์, 2550.
9. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007;335:37-41.
10. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; Issue 3. Art.No:CD000058.
11. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M. Introduction: meaning of 'access' in health care. In: Gulliford M, Morgan M (ed). Access to health care. London. Routledge, 2003: pp. 1-9.
12. Cramp GJ, Mitchell C, Steer C, Pflieger S. An evaluation of a rural community pharmacy-based smoking cessation counseling and nicotine replacement therapy initiative. *Int J Pharm Pract* 2007;15:113-121.
13. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; Issue 1. Art.No: CD0003698.