

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้า
และภาวะวิตกกังวล

1. นางสาว จุฑามาศ	ท้วมเสม	รหัสประจำตัวนิสิต	513 65205 33
2. นางสาว กษมา	รังสินธุ์	รหัสประจำตัวนิสิต	513 65068 33
3. นางสาว วิรมณ	รุ่งรัตน์วณิชย์	รหัสประจำตัวนิสิต	513 66671 33

โครงการปริญญาโทนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
เภสัชศาสตรบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555

**THE ASSOCIATION STUDY OF SMOKING ADDICTION AND
DEPRESSION AND ANXIETY**

- 1. JUTAMAS TUAMSEM Student ID 513 65205 33**
- 2. KASAMA RUNGSIN Student ID 513 65068 33**
- 3. WIRAMON RUNGRATANAWANICH Student ID 513 66671 33**

**A Senior Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement
for the Bachelor of Science Program in Pharmacy**

Chulalongkorn University

2012

หัวข้อโครงการปริญญาโท

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะ
ซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

นิสิตผู้ดำเนินโครงการ

1. นางสาว จุฑามาศ ท้วมเสม
2. นางสาว กษมา รังสินธุ์
3. นางสาว วิรมณ รุ่งรัตนวนิชย์

สาขาวิชา

การบริหารทางเภสัชกรรม

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

อาจารย์ เภสัชกรหญิง ดร. สิริพรรณ พัฒนาฤดี

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉันทชาย สิทธีพันธุ์
เภสัชกร กิตติศ ยศสมบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้โครงการปริญญาโทฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต

.....คณบดี

(รองศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิง ดร.พนทิพย์ พงษ์เพชร)

.....ประธานสาขาการบริหารทางเภสัชกรรม

(อาจารย์ เภสัชกรหญิง ดร. ชิตินา วัฒนวิจิตรกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

(อาจารย์ เภสัชกรหญิง ดร. สิริพรรณ พัฒนาฤดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉันทชาย สิทธีพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(เภสัชกร กิตติศ ยศสมบัติ)

คำนำ

โครงการปริญญานิพนธ์ฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิตของนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นปีที่ 5 ในปีการศึกษา 2555 โดยจัดทำขึ้นเนื่องจากคณะผู้จัดทำมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกบุหรี่ โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล เพื่อนำไปใช้ในการช่วยเหลือและวางแผนการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแต่ละรายได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่นั้นไม่เพียงส่งผลดีต่อสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้เลิกบุหรี่เท่านั้น แต่ยังได้ประโยชน์อื่นๆ อีกมากมายที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังเป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดทักษะการรวบรวม ค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง ฝึกการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม การวิเคราะห์ผลการวิจัย ด้วยกระบวนการทางสถิติ ตลอดจนการสรุปและอภิปรายผล รวมถึงการนำเสนอผลการศึกษาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ นิสิตนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการประกอบวิชาชีพในอนาคต

หากโครงการปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อผิดพลาดประการใด ทางคณะผู้จัดทำกราบขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

คณะผู้จัดทำ

โครงการลำดับที่ 1.2

วันที่ 7 มกราคม 2556

บทคัดย่อปริญาานิพนธ์**ชื่อโครงการ (ภาษาไทย):** การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล**ชื่อโครงการ(ภาษาอังกฤษ) :** THE ASSOCIATION STUDY OF SMOKING ADDICTION AND DEPRESSION AND ANXIETY**หัวหน้าโครงการ :** นางสาว จุฑามาศ ท้วมเสม 5136520533**ผู้ร่วมโครงการ :** นางสาว กษมา รังสินธุ์ 5136506833

นางสาว วิรมณ รุ่งรัตนวิชัย 5136667133

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ : อาจารย์ เกศษกรหญิง ดร. สิริพรรณ พัฒนาฤดี**อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉันทชาย ลิทธิพันธุ์, เกศษกร กิตยศ ยศสมบัติ****ภาควิชา :** เกศษกรรรมปฏิบัติ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับการเสพติดบุหรี่ โดยประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลด้วยแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก Depression anxiety and stress scale (DASS-21) ความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินด้วยแบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) และความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมด้วยแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ดำเนินงานวิจัย ณ หน่วยโรคระบาดทางเดินหายใจและเวชบำบัดผู้ป่วยวิกฤติ รพ. จุฬาลงกรณ์ และคลินิกฟ้าใส รพ.ตำรวจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม 2555 โดยการสัมภาษณ์และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS 14.0 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้เสพติดบุหรี่ที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมาเข้ารับบริการเลิกบุหรี่เป็นครั้งแรก โดยการศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 104 คน (ชาย 90 คน และหญิง 14 คน) ผู้ป่วยใน 47 คน ผู้ป่วยนอก 57 คน อายุ 18-74 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ (\pm SD) 24 ± 13 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย (\pm SD) 15 ± 12 มวนต่อวัน จำนวนครั้งที่เคยเลิกบุหรี่เฉลี่ย (\pm SD) 1.40 ± 1.89 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า 41.3% ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีภาวะซึมเศร้า (Depression score ≥ 10) และ 63.5% มีภาวะวิตกกังวล (Anxiety score ≥ 8) คะแนน FTND เฉลี่ย (\pm SD) 4.39 ± 2.5 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Pearson's Correlation พบว่าการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.033, 0.012$ ตามลำดับ) และพบว่าการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024, 0.003$ ตามลำดับ) จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนั้นจึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้เสพติดบุหรี่ปีก่อนดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่และพิจารณาใช้ยาหรือพฤติกรรมบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลซึ่งอาจเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่สำเร็จได้มากขึ้น

ฝ่ายวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(อาจารย์ เกศษกรหญิง ดร. สิริพรรณ พัฒนาฤดี)

อาจารย์ที่ปรึกษา

กิตติกรรมประกาศ

โครงการปริญญาโทสามารถสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้ทำการศึกษาต้องขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ เกษักรหญิง ดร. สิริพรรณ พัฒนาฤดี อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ ท่านรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฉันทชาย สิริพันธ์ และท่านเกษักร กิตติยศ ยศสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำอันมีค่า อีกทั้งยังได้ช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องพร้อมทั้งให้ความรู้ที่มีประโยชน์อย่างยิ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จโครงการนี้ นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณท่านพันตำรวจโทหญิง นงนุช พานิชผล พยาบาล (สบ.3) หัวหน้าคลินิกฟิสิกส์ และท่านพันตำรวจโทหญิง จิราพร สิงห์โห พยาบาล (สบ.3) คลินิกฟิสิกส์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลตำรวจ และขอกราบขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์ เกษักร ดร.ฐิตินันท์ เอื้ออำนวย ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและความช่วยเหลือมาโดยตลอดจนทำให้โครงการปริญญาโทสามารถสำเร็จได้ตามที่ตั้งประสงค์ไว้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในภาควิชาเกษักรปฏิบัติทุกท่านที่กรุณาให้ความสะดวกในการดำเนินงานโครงการปริญญาโทในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ-ช
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 ระเบียบวิธีวิจัย	4
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 เอกสารและทฤษฎีเกี่ยวกับการติดบุหรี่	5
2.2 เอกสารและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	16
2.2 เอกสารและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล.....	21
2.3 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการติดบุหรี่และภาวะ ซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล.....	24
3. วิธีดำเนินการวิจัย	33
3.1 รูปแบบการวิจัยและระยะเวลาในการทำวิจัย	33
3.2 ประชากรและผู้เข้าร่วมการวิจัย	33
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
3.4 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	35

4.	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
4.1	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประชากรศาสตร์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย	36
4.2	ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงและปัจจัยหลักของการติดบุหรี่	38
4.3	ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า	39
4.4	ผลการทดสอบสมมติฐาน	41
4.4.1	วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ: Correlation	42
5.	อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	43
5.1	อภิปรายผล	43
5.2	ข้อเสนอแนะ	43
	รายการอ้างอิง	45
	ภาคผนวก ก	47
	ภาคผนวก ข	57

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆที่เพิ่มขึ้นด้วยฤทธิ์ของนิโคติน.....	7
ตารางที่ 2 คุณสมบัติของ NRT (Nicotine replacement therapy) ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย.....	11
ตารางที่ 3 คุณลักษณะและข้อควรระวังของยาช่วยเลิกบุหรี่แต่ละชนิด.....	14
ตารางที่ 4 จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยจำแนกตามโรงพยาบาลและประเภทผู้ป่วย.....	36
ตารางที่ 5 ข้อมูลประชากรศาสตร์ (ตัวแปรแบ่งพวก) ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	37
ตารางที่ 6 ข้อมูล (ตัวแปรต่อเนื่อง) ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	38
ตารางที่ 7 ระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินจากแบบประเมิน FTND ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	38
ตารางที่ 8 คะแนนเต็มและคะแนนเฉลี่ยของการเสพติดบุหรี่แบ่งตามการเสพติดบุหรี่ ทางจิตใจและสังคม.....	39
ตารางที่ 9 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	40
ตารางที่ 10 ระดับภาวะวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	40
ตารางที่ 11 สรุปคะแนนเต็มและคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน, การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม, ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล.....	41
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation (N=104).....	42
ตารางที่ 13 การแปลผลภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่ ดัดแปลงมาจาก DASS-21.....	50

สารบัญญภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่.....	6
รูปที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยจาก โรงพยาบาลตำรวจและ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ระหว่างผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน.....	36
รูปที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของการติดยาโคตินจากแบบประเมิน FTND.....	39
รูปที่ 4 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก DASS-21.....	40
รูปที่ 5 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก DASS-21.....	41

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทย การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่สามของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียทางสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 23.7 และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 19.9 โดยมีค่าลดลงจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 3¹ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า แม้อัตราการสูบบุหรี่จะลดลงจากร้อยละ 21.22 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2552 แต่จำนวนผู้สูบบุหรี่กลับเพิ่มขึ้นจาก 10.86 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 10.90 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นและมีผู้เริ่มสูบบุหรี่ใหม่เกิดขึ้นทุกวัน² ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง ตามลำดับ และโดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอายุขัยสั้นลง 20 ปี³

ในบุหรี่ประกอบด้วยสารต่างๆมากกว่า 4,000 ชนิด สารที่ทำให้เกิดการเสพติดคือ นิโคติน (Nicotine) เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย นิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็ว จากนั้นจะกระจายไปตามกระแสเลือดแล้วจับกับ Alpha-4, Beta-2 nicotinic receptor ที่อยู่ในสมองส่วน Ventral tegmental area เกิดกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens กระตุ้นให้มีการหลั่งสารเพิ่มความสุข เช่น Endorphin Dopamine เป็นต้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกเป็นสุขขณะที่ได้เสพบุหรี่ แต่เมื่อระดับนิโคตินในเลือดต่ำลง ผู้สูบบุหรี่จะรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายตัว ต้องการสูบบุหรี่มันต่อไป จึงเกิดการเสพติดขึ้น นอกจากนี้ในบุหรี่ยังมีสารพิษอีกมากมาย เช่น น้ำมันดิน (TAR), Polycyclic aromatic hydrocarbon (PAH), คาร์บอนมอนอกไซด์, ไฮโดรเจนซัลไฟด์, ไฮโดรเจนไซยาไนด์, ไนโตรเจนไดออกไซด์, แอมโมเนีย, อะโครลีน, สารกัมมันตรังสีและโลหะหนัก เป็นต้น ซึ่งสารเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูบบุหรี่โดยตรงและบุคคลใกล้ชิด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่⁴

1. ปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ รวมถึงสถานะแวดล้อมและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นผลให้เกิดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เช่น การสูบบุหรี่ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อมีการทำกิจกรรมต่างๆ การชักชวนจากเพื่อน และจากหน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ เป็นภาวะทางอารมณ์ของผู้สูบบุหรี่ที่ส่งผลต่อการเกิดเงื่อนไข ความต้องการในการสูบบุหรี่เพื่อให้เกิดความรู้สึกดี เช่น การสูบบุหรี่เมื่อมีความรู้สึกเครียด เศร้า และ กังวลเพื่อต้องการให้เกิดความรู้สึกดีตามมา เป็นต้น

3. ปัจจัยจากฤทธิ์ของนิโคติน เป็นปัจจัยที่เกิดจากฤทธิ์ของนิโคตินในการกระตุ้นสมองให้เกิด การหลั่งสารโดปามีนซึ่งจะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ผ่อนคลาย รวมทั้งก่อให้เกิดการเสพติด บุหรี่ได้ในที่สุด

วิธีต่างๆในการเลิกบุหรี่ ดังนี้

1. การหักดิบ เป็นการตัดสินใจของผู้สูบบุหรี่ที่จะเลิกบุหรี่อย่างฉับพลันโดยไม่มีการใช้ยา หรือเตรียมการเพื่อเลิกสูบบุหรี่มาก่อน

2. การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด เป็นการเลิกบุหรี่โดยแก้ปัญหามาจากสาเหตุ โดยการ ระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่ และทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่

3. การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เป็นการนำยามาใช้เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ โดยมียาที่ใช้รักษาคือ Bupropion SR, Nortriptyline, Clonidine และ การใช้ Nicotine replacement therapy เช่น หมากฝรั่ง นิโคติน และแผ่นแปะนิโคติน เป็นต้น

4. การใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เป็นวิธีที่นิยมในปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อการให้คำแนะนำ รวมถึงการให้การ รักษาอย่างถูกวิธีและช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่อีก แนวทางการปฏิบัติงานแบ่งเป็น

1. Ask สอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสอบถามถึงความต้องการในการเลิกบุหรี่

2. Advice แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่โดยสอบถามความสมัครใจ

3. Assess ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แบ่งเป็น

- การประเมินการติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม

- การประเมินระดับการติดนิโคติน โดยแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานคือ Fagerstrom Test

for Nicotine Dependence (FTND) 6 ข้อ (โดยให้ความสำคัญกับการสูบบุหรี่หลังตื่นนอนก่อนข้างมาก โดยหากมีความต้องการสูบบุหรี่หลังตื่นนอนภายในเวลา 30 นาที จะแสดงถึงการติดนิโคตินมาก)

4. Assist การให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร แบ่งประเภทของผู้ต้องการเลิก บุหรี่ออกเป็น

- Precontemplation ไม่มีความต้องการเลิกบุหรี่
- Contemplation มีความคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
- Preparation มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ในเดือนหน้า
- Action สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วในช่วง 6 เดือน

- Maintenance เลิกบุหรี่ได้แล้วมากกว่า 6 เดือน

5. Arrange เกษีกรติดตามผลและส่งต่อการรักษา โดยติดตามครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์และครั้งที่ 2 ภายใน 1 เดือน ซึ่งควรแสดงความยินดีกับผู้เลิกสูบบุหรี่ และหากยังไม่เลิกสูบบุหรี่ให้ประเมินผลการรักษา และอาจส่งต่อการรักษาในรายที่ควรได้รับการรักษาที่มากกว่านี้ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่อย่างดีที่สุด

ปัจจุบันมีรายงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่อธิบายความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับสภาวะทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มในการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติถึง 2 เท่า มีการศึกษาที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย แต่เมื่อไม่นานมานี้พบว่าภาวะวิตกกังวลก็มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ด้วยเช่นกัน⁴

ผู้สูบบุหรี่ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือไม่มีความผิดปกติทางจิตต่างมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากบุหรี่เท่าๆกัน การแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษาโรคหรือความผิดปกติทางจิตบางอย่าง ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณยาที่ใช้รักษาโรคจิต (Neuroleptic drug) ในเลือดลดต่ำลง จึงต้องใช้ยาในขนาดที่สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาภาวะซึมเศร้าและการสูบบุหรี่โดย The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ประเมินภาวะซึมเศร้าจาก Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ดำรงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าเป็นผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 43 และ 22 ตามลำดับ⁵ ผลการศึกษาจาก The Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing (NSMHWB) ใช้เกณฑ์ ICD-10 criteria ในการประเมินภาวะวิตกกังวล ดำรงในคนอายุ 16-85 ปี พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและกลุ่มผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลเป็นผู้สูบบุหรี่ ๗ ปัจจุบันร้อยละ 33.4 และ 13.6 ตามลำดับ⁶ ผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติภาวะซึมเศร้าและเลิกบุหรี่สำเร็จมีเพียงร้อยละ 33 ในขณะที่ผู้ไม่มีความซึมเศร้าเลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 57 ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีที่ว่าภาวะซึมเศร้าอาจทำให้เลิกบุหรี่ได้ยากขึ้น⁷ มีผลการศึกษาว่าผู้สูบบุหรี่ร่วมกับมีความซึมเศร้ามีการเสพติดนิโคตินรุนแรงกว่าผู้ไม่มีความซึมเศร้า⁸ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของประชากรกลุ่มใหญ่ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก The Nord-Trøndelag Health Study (The HUNT Study) ศึกษาโดยใช้ตัวอย่าง 60,814 คน ช่วงอายุ 20-89 ปี พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 29 นอกจากนี้ Odd ratio ของผู้สูบบุหรี่ร่วมกับมีความซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลอย่างใดอย่างหนึ่งคือ 1.10 และ 1.22 ตามลำดับ และ Odd ratio ของผู้ที่มีทั้งสองภาวะคือ 1.52⁹

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมาก่อน ซึ่งประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลโดยคัดแปลงจากแบบ

ประเมิน DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scale) จากโครงการวิจัยปริญญาโท โดยพบว่า ข้อมูลบางส่วนแสดงให้เห็นว่าการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ยังคงขาดข้อมูลด้านภาวะวิตกกังวลซึ่งมักพบร่วมกับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทั้งภาวะซึมเศร้ารวมถึงภาวะวิตกกังวลในผู้เสพติดบุหรี่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอาจนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือและวางแผนการเลิกบุหรี่ได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลกับความรุนแรงของการติดนิโคติน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลกับความรุนแรงของการติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม

1.3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Study) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินงานวิจัย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลตำรวจ โดยทำการเก็บข้อมูลในผู้ติดบุหรี่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555 วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for Social Science: SPSS version 14.0 โดยใช้ Logistic Regression Analysis และ Correlation ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย¹²

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนต่อปี ซึ่งในประเทศไทยการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้นๆของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียทางสุขภาพและเป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ร้อยละ 23.7 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 19.9 โดยมีค่าลดลงจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 3 จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า แม้อัตราการสูบบุหรี่จะลดลงจากร้อยละ 21.22 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2552 แต่จำนวนผู้สูบบุหรี่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 10.86 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 10.90 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นและมีผู้เริ่มสูบบุหรี่รายใหม่เกิดขึ้นทุกวันการที่ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่มีภาวะการเสพติดนิโคตินเพิ่มมากขึ้น จึงต้องให้ความสนใจพัฒนาการบริการเลิกบุหรี่ให้ประชาชนผู้ติดบุหรี่สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มี ความแตกต่างทางด้านเพศ อายุ รายได้ และการศึกษาจากข้อมูลโครงการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และ ดื่มสุราปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 25-40 ปี สูงสุดในประชากร รวมทั้งชายและหญิงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ และในกลุ่มประชากรรวมกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย คือ กลุ่มประถมศึกษาและกลุ่มไม่เคยเรียนมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มการศึกษาน้อยกว่าร้อยละ 24.96 และ 19.71 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2550

พิษภัยของบุหรี่

บุหรี่จัดเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดชนิดหนึ่ง แต่สามารถทำให้เสพติดได้สูงกว่ายาเสพติด ทั่วไป เช่น เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากมาจากบุหรี่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ซื้อง่าย และยังไม่จัดว่าเป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย

ในบุหรี่สำเร็จรูปประกอบด้วยสารเคมีต่างๆเป็นจำนวนมาก ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ สารที่ทำให้เสพติด คือ นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่มีอยู่ในใบยาสูบ โดยบุหรี่หนึ่งมวน ประกอบด้วยนิโคติน 10-15 มิลลิกรัม ขึ้นกับชนิดบุหรี่ และ สารปรุงแต่งในบุหรี่ ได้แก่ Polycyclic Aromatic Hydrocarbon, Benzopyrene, Phenol, Nitrosamine, Vinyl chloride และโลหะหนัก เช่น Nickel, Arsenic, Iron และ Copper เป็นต้น

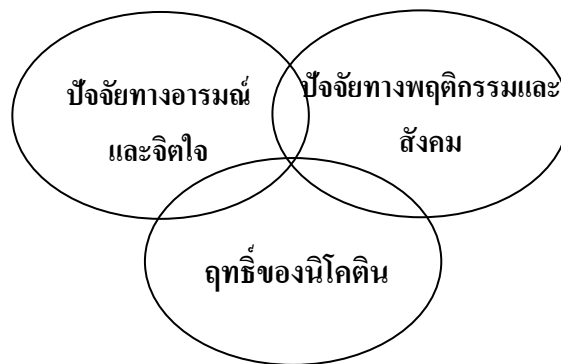
เมื่อบุหรี่ถูกจุดจะมีการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่และคนรอบข้าง โดยในบุหรี่ 1 มวนประกอบด้วย ใบยาสูบ กระจายมวน และสารเคมีหลายร้อยชนิดที่ใช้สำหรับปรุงแต่ง กลิ่นรสของบุหรี่ ซึ่งสารเหล่านี้ก่อให้เกิดก๊าซมากกว่า 4,000 ชนิดที่มีผลต่อการทำงานในระบบต่างๆ

ของร่างกาย ซึ่งพบว่ามีสารกว่าร้อยละ 60 ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งสารเหล่านี้สามารถถูกดูดซึมเข้าสู่ปอดต่อไปกระแสเลือดและกระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ทางเดินอาหาร หัวใจ หลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สมองที่ใช้เวลาเพียง 6 วินาทีในการเข้าถึง ซึ่งมีความเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าสู่เส้นเลือด

ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่

การที่บุคคลหนึ่งจะเสพติดบุหรี่ได้ มีปัจจัยหลายด้านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งการทราบข้อมูลสาเหตุพื้นฐานการเสพติดบุหรี่ยังเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะได้ทราบวิธีเข้าหาผู้สูบ และคำแนะนำที่ควรจะให้ โดยแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยหลักๆได้แก่ ปัจจัยทางด้านการเสพติดนิโคติน ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม การเสพติดบุหรี่ยังอาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้

รูปที่ 1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่



การเสพติดนิโคติน

สมองส่วน limbic system เป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งภายในสมองส่วนนี้จะมีบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกสุขใจ อาจเรียกว่า brain reward pathway ซึ่งจะมีการทำงานนอกเหนือการควบคุมของจิตใจ บริเวณนี้จะเป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิดรวมทั้งบุหรี่

กระบวนการทำงานของ brain reward pathway จะเริ่มจากสมองส่วน ventral tegmental area (VTA) ส่งสัญญาณประสาทในรูปของสารสื่อประสาท dopamine ไปยังสมองส่วน nucleus accumbens (NAc) ส่งผลให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข การเสพติดบุหรี่ยังเริ่มเมื่อสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย และถูกส่งต่อไปยังระบบประสาทส่วนกลาง แล้วจับกับตัวรับนิโคตินที่บริเวณ VTA ทำให้มีการหลั่งของ dopamine จากปลายประสาทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกมีความสุข สบายใจ และยังมีผลลดความอยากอาหารด้วย นอกจากนี้ นิโคตินยังสามารถเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆได้ เช่น acetylcholine, serotonin, norepinephrine และ GABA เป็นต้น

ตารางที่ 1 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นด้วยฤทธิ์ของนิโคติน

สารสื่อประสาท	ผลทางชีวภาพ
Dopamine	ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ ลดความอยากอาหาร
Acetylcholine	ทำให้ตื่นตัว ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น
Serotonin	รักษาระดับอารมณ์ ลดความอยากอาหาร
Norepinephrine	ทำให้ตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น ลดความอยากอาหาร
GABA	ลดความเครียด ความวิตกกังวล
Endorphin	ลดความเครียด และความวิตกกังวล

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลทางชีวภาพต่อร่างกายของผู้สูบบุหรี่หลายด้าน ซึ่งผู้สูบบุหรี่ต้องการผลเหล่านั้นจึงทำให้ต้องสูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มระดับนิโคติน และอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้คือ การเกิดอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) ซึ่งจะมีอาการปวดศีรษะ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีแรงจูงใจ สมาธิไม่ดี หิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการเหล่านี้มักทำให้ผู้สูบบุหรี่ทนอาการไม่ได้และต้องกลับไปสูบบุหรี่ โดยเรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการอยากบุหรี่ (Craving)

การประเมินระดับการเสพติดนิโคตินนั้น ทำได้ด้วยการใช้แบบประเมินที่เรียกว่า Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ซึ่งเป็นแบบประเมินจำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 10 คะแนน หากประเมินได้คะแนนมากแสดงถึงการเสพติดนิโคตินค่อนข้างมาก แต่หากประเมินได้คะแนนน้อยแสดงถึงการเสพติดนิโคตินค่อนข้างน้อย

การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูบบุหรี่บางคนอาจเสพติดบุหรี่ เพราะผลของนิโคตินที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิมากขึ้น มีชีวิตชีวา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกดีต่างๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย

การเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม

การเสพติดที่เกิดจากความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการดื่มชาหรือกาแฟ เป็นต้น บางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบมักมองในเชิงบวกว่าสามารถนำไปใช้สร้างสัมพันธในสังคมได้

แนวทางการส่งเสริมการเลิกบุหรี่¹³

ปัจจุบันมีการกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขใช้หลักให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่เรียกว่า 5A ได้แก่ Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange follow up

1. **Ask** คือ การซักถามประวัติการสูบบุหรี่ ยาเส้น ของผู้รับบริการและ/หรือคนในครอบครัวของผู้รับบริการ
2. **Advise** คือ การแนะนำผู้ที่สูบบุหรี่/ยาเส้น ให้เลิกสูบอย่างตรงประเด็น เหมาะสมกับเพศ วัย และสถานะสุขภาพของผู้สูบ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่
3. **Assess** คือ การประเมินลักษณะการเสพติดและความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ต้องมีการบันทึกแบบฟอร์มเพื่อเป็นหลักฐานในการติดตาม และประเมินอย่างครอบคลุมในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้
 - ประเมินลักษณะพื้นฐานของการติดยา
 - ประเมินความรุนแรงของการติดยา
 - ประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่
 - ประเมินความเต็มใจ/ความพร้อมในการเลิกบุหรี่
4. **Assist** คือ การช่วยให้เลิก ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ประเมินแล้วที่มีความตั้งใจต้องการเลิกสูบบุหรี่ หาแรงจูงใจ ในขั้นตอนนี้อาจมีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา
5. **Arrange follow up** คือ การติดตามผลเพื่อให้กำลังใจและประกบประคองให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้ อย่างถาวร

การให้การดูแลรักษาผู้ติดยา¹²

การดูแลรักษาผู้ติดยาแบ่งเป็น 2 อย่าง คือ การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาและการดูแลรักษาแบบใช้ยา การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาจะทำโดยการให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่บ่อยครั้งที่การใช้วิธีนี้เพียงอย่างเดียวได้ผลเพียงร้อยละ 15-20 การดูแลรักษาแบบใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จึงมีส่วนช่วยให้ประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ดีขึ้น จากการศึกษาพบตรงกันว่า การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ 2 เท่า ซึ่งการใช้แนวทางหลายๆแนวทางร่วมกัน โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 30-40 และการรักษาโดยใช้แนวทางใดแนวทางหนึ่งมีโอกาสสำเร็จน้อยกว่าใช้หลายๆแนวทางร่วมกัน อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำให้การเลิกบุหรี่สำเร็จต้องอาศัยความตั้งใจของผู้ป่วยเองด้วย

ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่

ยาช่วยเลิกบุหรี่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีส่วนผสมของนิโคตินหรือยากลุ่มนิโคติน+ หมากฝรั่ง (nicotine gum), สเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray), เม็ดอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual

tablet), เม็ดอมในปาก (nicotine lozenge) และหลอดสูด (nicotine oral inhaler) (2) กลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ได้แก่ bupropion, varenicline และ nortriptyline ซึ่งยาแต่ละชนิดมีคุณสมบัติ ข้อจำกัดและข้อห้ามใช้ไม่เหมือนกัน จึงควรมีการพิจารณาปัจจัยหลายอย่าง เช่น โรคร่วม (comorbidity) ประสิทธิภาพที่ผ่านมา การชอบส่วนตัว หน้าที่การงาน เศรษฐฐานะ ประวัติการเลิกบุหรี่ ผลแทรกซ้อนของยาที่อาจมีผลต่อผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการเลือกยาที่เหมาะสมและขนาดที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลสำเร็จสูงสุดและมีผลแทรกซ้อนน้อยที่สุด

นิโคตินทดแทน(Nicotine replacement therapy; NRT)

ในระหว่างการเลิกบุหรี่ เมื่อร่างกายไม่ได้รับสารนิโคติน ระดับนิโคตินในเลือดจะต่ำมากหรือไม่มีเลย ทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน เช่น กระวนกระวาย วิตกกังวลเกินกว่าเหตุ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เจริญอาหาร เป็นต้น จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนจำนวนมากไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จึงมีแนวคิดในการนำสารนิโคตินในปริมาณต่ำกว่าที่มาจากบุหรี่มาใช้ ซึ่ง NRT ในปัจจุบันมี 6 ชนิด แบ่งตามเวลาในการออกฤทธิ์ได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยาว (sustained-Release NRT) ได้แก่ ชนิดแผ่นแปะ สามารถออกฤทธิ์นาน 16-24 ชั่วโมง แต่มี onset ในการออกฤทธิ์ช้า ไม่สามารถบรรเทาอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันได้

(2) กลุ่มที่ออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-Acting NRT) ได้แก่ หมากฝรั่ง สเปรย์พ่นจมูก แบบสูดทางปาก แบบเม็ดอม และแบบเม็ดอมใต้ลิ้น เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ได้เร็วในเวลาไม่กี่นาทีเท่านั้น เนื่องจากถูกดูดซึมผ่านทางเยื่อช่องปากหรือโพรงจมูกซึ่งมีหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก จึงสามารถลดอาการถอนนิโคตินแบบเฉียบพลัน (breakthrough craving) ได้ดี แต่เนื่องจากการออกฤทธิ์สั้น จึงต้องใช้ยาบ่อยครั้ง

การเลือกใช้ NRT นี้ต้องระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคต่อมไทรอยด์ทำงานมาก (hyperthyroidism) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ แพ้สารนิโคติน ผู้ที่มีปัญหาทางทันตกรรม (สำหรับหมากฝรั่ง) และผู้ที่เป็โรคผิวหนังแพ้สัมผัส (สำหรับแผ่นแปะ) ในประเทศไทยมี NRT เพียง 2 ชนิดเท่านั้น ได้แก่ ชนิดแผ่นแปะและหมากฝรั่งนิโคติน

แผ่นแปะนิโคติน (Nicotine Patch)

ปัจจุบันมีแผ่นแปะชนิดที่ออกฤทธิ์ 24 ชั่วโมง และชนิดที่ออกฤทธิ์ 16 ชั่วโมง ในประเทศไทยมีจำหน่ายเฉพาะแบบแรกเท่านั้น ซึ่งจะทำให้ระดับยาคงที่และสูงกว่าชนิดออกฤทธิ์ 16 ชั่วโมง ทั้งช่วงกลางวันและกลางคืน และช่วยลดอาการถอนนิโคตินในช่วงตื่นนอนตอนเช้าได้ดีกว่า เนื่องจากระดับยาก่อนข้างคงที่ แต่ไม่ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินแบบเฉียบพลัน (breakthrough craving) ได้ดีนัก

จากการศึกษาด้านประสิทธิภาพ พบว่าผู้ใช้แผ่นแปะนิโคตินมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จที่ 1 ปีร้อยละ 19 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) ซึ่งเลิกได้เพียงร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Micheal Fiore และคณะ ได้รวบรวมงานวิจัย 17 ชิ้นที่ศึกษาประสิทธิภาพของแผ่นแปะนิโคตินว่าช่วยในการเลิกบุหรี่ได้จริง โดยพบว่าที่ 6 เดือนหลังใช้ยา กลุ่มผู้ใช้แผ่นแปะนิโคตินเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 22 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกซึ่งเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 9 การศึกษาในประเทศไทยโดย สว่าง แสงหิรัญวัฒนา และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 37 คน พบว่าแผ่นแปะนิโคตินสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้ผลดี โดยที่ 3 เดือนหลังใช้แผ่นแปะนิโคติน มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 21.6 นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อนำมาใช้ร่วมกับแนวทางอื่นๆ ก็จะช่วยให้การเลิกบุหรี่มีอัตราความสำเร็จสูงขึ้นถึงร้อยละ 42.5

หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine Gum)

หมากฝรั่งนิโคตินมีข้อดีเมื่อเทียบกับแผ่นแปะคือสามารถออกฤทธิ์ได้เร็วกว่า โดยหลังจากเคี้ยวหมากฝรั่งเม็ดแรกแล้วจะมีระดับนิโคตินในเลือด 6-7 ng/mL และถึงระดับสูงสุดภายใน 20-30 นาที ซึ่งคิดเป็น 2 ใน 3 ส่วนของนิโคตินที่ได้จากการสูบบุหรี่ในแต่ละมวน ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับ NRT ชนิดอื่น ปัจจุบันหมากฝรั่งนิโคตินมี 2 ขนาด คือ 2mg และ 4 mg

จากการศึกษาของ Garvey และคณะ ในการวิจัยประสิทธิภาพของหมากฝรั่งนิโคตินในผู้ป่วย 608 ราย และใช้แบบประเมิน Fagerstorm Test วัดความระดับความรุนแรงในการเสพติดนิโคติน ที่ 1 ปีในผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการเสพติดนิโคตินต่ำ พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จคือร้อยละ 11 ในกลุ่มที่ได้ยาหลอก, ร้อยละ 18 ในกลุ่มที่ได้หมากฝรั่งนิโคตินขนาด 2 mg และร้อยละ 17 ในกลุ่มที่ได้รับหมากฝรั่งนิโคตินขนาด 4 mg ส่วนในผู้ป่วยที่มีระดับการเสพติดนิโคตินสูง พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จคือร้อยละ 8 ในกลุ่มที่ได้ยาหลอก, ร้อยละ 20 ในกลุ่มที่ได้หมากฝรั่งนิโคตินขนาด 2 mg และร้อยละ 26 ในกลุ่มที่ได้รับหมากฝรั่งนิโคตินขนาด 4 mg แสดงว่าการใช้หมากฝรั่งนิโคตินสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้จริง และผู้เสพติดนิโคตินรุนแรงควรเลือกใช้ขนาด 4 mg จะให้ผลดีกว่า และมีการศึกษามาสนับสนุนโดย Steac LF และคณะ ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่าในผู้เสพติดนิโคตินระดับสูง การใช้หมากฝรั่งนิโคตินขนาด 4 mg มีประสิทธิภาพดีกว่าขนาด 2 mg โดยมี risk ratio เท่ากับ 1.85 (95% CI 1.36-2.50) ส่วนผู้ที่เสพติดนิโคตินไม่มาก การใช้ขนาด 2 mg หรือ 4 mg ก็ให้ไม่แตกต่างกัน จึงแนะนำให้ใช้ขนาด 2 mg

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของ NRT ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย¹³

รูปแบบของยา	ขนาดที่ใช้	คำแนะนำในการใช้	อาการข้างเคียงที่พบ
หมากฝรั่งเคี้ยว	<p>กรณีสูบ <25 มวนต่อวัน ให้ใช้ชิ้นละ 2 มิลลิกรัม 6 สัปดาห์แรกใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง ส่วน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง และใน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชั่วโมง แต่ต้องไม่เกิน 30 ชิ้นต่อวัน ให้ใช้ได้นาน 2-6 เดือน</p> <p>กรณีสูบ >25 มวนต่อวัน ให้ใช้ชิ้นละ 4 มิลลิกรัม 6 สัปดาห์แรก ใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง ส่วน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง และใน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชั่วโมง แต่ต้องไม่เกิน 15 ชิ้นต่อวัน ให้ใช้ได้นาน 2-6 เดือน</p>	<p>- ผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่ทันทีที่ก่อนเริ่มใช้ และระหว่างใช้หมากฝรั่งสำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัดหรือติดนิโคตินรุนแรง (> 20 มวนต่อวัน) ให้ค่อยๆลดบุหรี่ร่วมไปกับการใช้หมากฝรั่ง</p> <p>- งดเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดก่อนเริ่มใช้หมากฝรั่งอย่างน้อย 15 นาที และระหว่างเคี้ยวต้องเคี้ยวอย่างช้าๆจนกระทั่งรู้สึกมีรสเผ็ดซ่าแล้วหยุดเคี้ยวให้อมไว้ระหว่างกระพุ้งแก้มและเหงือก เพื่อให้ยาถูกดูดซึมจนกระทั่งรสซ่าหายไปแล้วจึงเคี้ยวใหม่ ควรทำต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที</p>	เมื่อยขากรรไกร สะอึก เรอ คลื่นไส้ ปวดแสบยอดอก
แผ่นแปะ ผิวหนัง	<p>กรณีสูบ <20 มวนต่อวัน ให้ใช้ขนาดแผ่นละ 20 ตารางเซนติเมตร นาน 6-8 สัปดาห์แล้วเปลี่ยนเป็นขนาด 10 ตารางเซนติเมตร อีก 3-4 สัปดาห์ โดยใช้ได้สูงสุดไม่เกิน 12 สัปดาห์</p>	<p>-ให้หยุดสูบบุหรี่ก่อนและระหว่างใช้แผ่นติดผิวหนัง</p> <p>-ในวันที่เริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่ให้ติดแผ่นยาทันทีที่ตื่นนอน</p> <p>-ให้ติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน แต่สำหรับผู้หญิงไม่ให้ติดที่หน้าอก</p>	ระคายเคืองผิวหนัง เป็นผื่น คัน นอนไม่หลับ

รูปแบบของยา	ขนาดที่ใช้	คำแนะนำในการใช้	อาการข้างเคียงที่พบ
	<p>กรณีสูบ >20 มวนต่อวัน</p> <p>ให้ใช้ขนาดแผ่นละ 30 ตารางเซนติเมตรนาน 3-4 สัปดาห์ แล้วเปลี่ยนเป็นขนาด 20 ตารางเซนติเมตร อีก 3-4 สัปดาห์และเปลี่ยนเป็นขนาด 10 ตารางเซนติเมตร อีก 3-4 สัปดาห์ โดยใช้ได้สูงสุดไม่เกิน 12 สัปดาห์</p>	-เปลี่ยนที่ติดแผ่นยาทุกวัน อย่าดัดซ้ำที่เดิม	

Bupropion HCl Sustained Release^{12,13}

Bupropion เป็นยาต้านภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor เมื่อเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางมีผลทำให้ระดับของ norepinephrine และ dopamine เพิ่มสูงขึ้น เมื่อได้รับการกระตุ้นจากนิโคติน dopamine นี้จะเพิ่มขึ้นในบริเวณ brain reward pathway ดังนั้น การใช้ยา bupropion จึงสามารถบรรเทาอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ รูปแบบยาที่จำหน่ายในประเทศไทยจะเป็นยาเม็ดออกฤทธิ์นาน (sustained release) ขนาด 150 mg

การศึกษาด้านประสิทธิภาพของ bupropion นั้น Richard Hurt และคณะ พบว่าการใช้ยานี้มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จสูงถึงร้อยละ 44 ที่ 7 สัปดาห์หลังเริ่มยา โดยช่วยเพิ่มโอกาสทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จได้เกือบ 2 เท่าเมื่อเทียบกับการให้ยาหลอก เมื่อเทียบกับยาชนิดอื่น พบว่า bupropion มีประสิทธิภาพไม่ด้อยไปกว่า NRT การศึกษาของ Jorenby และคณะ ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของยานี้และแผ่นแปะนิโคติน พบว่าผู้ป่วยที่ได้ยา bupropion SR สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จต่อเนื่องถึง 1 ปีได้ร้อยละ 18.4 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับแผ่นแปะนิโคตินมีผลสำเร็จเพียงร้อยละ 9.2 (p<0.001) และการให้ยาร่วมกันระหว่าง NRT และ bupropion SR สามารถเพิ่มอัตราเลิกบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.5 (p<0.001 เมื่อเทียบกับยาหลอกและการใช้แผ่นแปะนิโคติน) แต่ทั้งนี้ก็ได้มีการศึกษา meta-analysis ที่พบว่า ประสิทธิภาพของ bupropion SR ไม่ต่างกับ NRT และเมื่อเทียบกับ nortriptyline ก็พบว่าไม่มีประสิทธิภาพเช่นกัน

Bupropion มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยสามารถลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า และหงุดหงิดหลังการอดบุหรี่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งได้แสดงให้เห็นในการศึกษาของ Shiffman S และคณะ

Varenicline

Varenicline ออกฤทธิ์จับกับ alpha-4 beta-2 nicotinic receptor ซึ่งพบได้บริเวณ Ventral tegmental area (VTA) ของ brain reward pathway เมื่อยานี้จับกับตัวรับนิโคตินแล้วจะทำให้มี dopamine หลั่งมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น แต่ varenicline จะไม่ทำให้ dopamine หลั่งออกมามากเท่ากับ การรับนิโคตินจากบุหรี่หรือ NRT โดย dopamine ที่หลั่งออกมาจะลดลงอย่างช้าๆ ทำให้ผู้สูบบุหรี่และ ใช้นี้มีอาการถอนนิโคตินน้อยลง เมื่อเทียบกับการหักดิบ นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์เป็น antagonist ต่อ receptor ด้วย กล่าวคือยาจะจับกับ receptor ไปตลอด ทำให้จำนวน receptor ที่ว่างในการจับนิโคติน น้อยลงเรื่อยๆ ส่งผลให้ reward effect ในการสูบบุหรี่มวนต่อไปลดลง ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกว่าการสูบบุหรี่ แล้วไม่มีรสชาติเหมือนเดิม มีผลให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

การศึกษาแบบ randomized controlled trial 2 การศึกษาและมีการออกแบบการศึกษาที่คล้ายกัน โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ varenicline กับ bupropion และยาหลอก ในผู้ป่วยจำนวน 2,052 ราย พบว่าการใช้ varenicline มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จที่ 3 เดือนสูงที่สุด นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้นี้ในชาวเอเชียเทียบกับยาหลอก พบว่า varenicline ก็ให้ประสิทธิภาพในการ ช่วยเลิกบุหรี่ในคนเอเชียได้ดีเช่นกัน

Nortriptyline

Nortriptyline เป็นยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม tricyclic antidepressant มีฤทธิ์ยับยั้งการ reuptake ของ norepinephrine และ serotonin ที่ปลายประสาท ทำให้มีสารประสาทเหล่านี้เหลืออยู่ปริมาณมากจนทำ ให้เกิด reward effect ได้บ้าง จึงช่วยลดอาการอยากบุหรี่ลงได้ ส่งผลให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น แต่ในขณะที่ ใช้นี้ไม่ควรหยุดยาในทันทีเนื่องจากอาจเกิดอาการถอนยาได้ และยังมี drug interaction กับยาที่ออก ฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ ได้ง่าย จนทำให้เกิดพิษจากยาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor (MAOI) ซึ่งการศึกษาจาก Cochrane review ได้รวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประสิทธิภาพของยานี้ พบว่ามีประสิทธิภาพดีเท่ากับ bupropion กล่าวคือ ยานี้มี Odds ratio (OR) ในการ ช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จถึง 2.34 (95%CI, 1.61-3.14) ในขณะที่ bupropion มี OR เท่ากับ 1.94 (95%CI, 1.72-2.19)

ตารางที่ 3 แสดงคุณลักษณะและข้อควรระวังของยาช่วยเลิกบุหรี่แต่ละชนิด¹³

ยาช่วยเลิกบุหรี่	ขนาดยา	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
Bupropion SR	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 50 มิลลิกรัม วันละครั้ง นาน 3 วัน แล้วเพิ่มเป็น 150 มิลลิกรัม วันละสองครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ยาวนาน 12-24 สัปดาห์	-ใช้ในผู้ป่วย cardiovascular disease ได้ -ชะลอ weight gain ได้ -ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มี depression	นอนไม่หลับ (35-40%)	-ผู้ป่วยโรคลมชัก -ผู้ป่วยที่ใช้หรือเคยใช้ยากุ่ม MAOI -สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C)
Varenicline	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ ก่อนหยุดสูบบุหรี่ โดยให้ขนาด 0.5 มิลลิกรัม วันละครั้ง นาน 3 วัน จากนั้นให้ 0.5 มิลลิกรัม วันละสองครั้ง ในวันที่ 4-7 และ 1 มิลลิกรัม วันละสองครั้ง หลังจากนั้น ระยะเวลาที่ใช้ยาวนาน 12-24 สัปดาห์	-ได้ผลการรักษา สูงสุด -ลด positive reinforcement ได้ -ใช้ได้ดีในผู้ป่วย cardiovascular disease	Nausea (30%), abnormal dreams (5%)	-สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C) -ผู้ป่วย end-stage renal disease -ผู้ป่วยโรคลมชัก หรือมี psychiatric disorders ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

ยาช่วยเลิกบุหรี่	ขนาดยา	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
Nortriptyline	เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 25 มิลลิกรัม วันละครั้ง แล้วเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ ทุก 3-5 วันจนถึง 75-100 มิลลิกรัม วันละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ยาวนาน 12 สัปดาห์	-ประสิทธิภาพดี -ราคาถูกมาก -มีใช้กว้างขวาง	-ปากแห้ง -คอแห้ง -ง่วงนอน	-สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy D) -หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภทและผู้ที่เคยใช้ยากุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์

Clonidine¹³

Clonidine จัดเป็นยาในกลุ่ม Alpha2-adrenoreceptor agonist ที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้ถูกนำมาใช้ในการรักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิดรวมถึงบุหรี่ ซึ่งยานี้มีอาการข้างเคียงค่อนข้างมาก ได้แก่ ความโลหิตต่ำ ปากแห้ง ง่วงซึม เวียนศีรษะ ท้องผูก และหากหยุดยาทันที อาจทำให้เกิดภาวะ Rebound hypertension ได้ เป็นสาเหตุให้ความนิยมในการใช้ยานี้ลดลง และควรใช้ยานี้อย่างระมัดระวัง

การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Combination therapy)¹²

ในอดีตนั้นมีความเชื่อว่าการใช้ยาเลิกบุหรี่หลายชนิดที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกันจะทำให้ประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ดีขึ้น แต่ในปัจจุบัน ได้มีการพบว่า อัตราการเลิกบุหรี่นั้นไม่ได้เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากดังที่คิดไว้ แต่ก็ยังมีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกันที่ยังนับว่าได้ผลดีอยู่คือ การนำ NRT แบบออกฤทธิ์ช้า (แผ่นแปะ) มาใช้ร่วมกับ NRT แบบออกฤทธิ์เร็ว (เช่น หมากฝรั่ง สเปรย์พ่นจมูก) เนื่องจากแผ่นแปะจะออกฤทธิ์ช้าทำให้นิโคตินในกระแสเลือดค่อยๆเพิ่มสูงขึ้นจนอยู่ในระดับคงที่ที่ไม่สูงมากและอยู่ได้นาน จึงลดความอยากบุหรี่ลงได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่พอในกรณีของความอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันที่มักเกิดขึ้นเป็นระยะๆ ดังนั้นจึงมีการนำหมากฝรั่ง หรือ สเปรย์พ่นจมูก มาใช้ร่วมด้วยเพื่อรักษาความอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันดังกล่าว และเมื่อหยุดใช้อาการจะหายไป ทำให้ลดอาการถอนบุหรี่ได้อย่างสมบูรณ์

มีการศึกษาโดย Blondal T และคณะ ได้ทำการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่หนึ่งได้รับนิโคตินแบบแผ่นแปะร่วมกับสเปรย์พ่นจมูก และกลุ่มสองได้รับเฉพาะนิโคติน

แบบแผ่นแปะร่วมกับยาหลอก พบว่ากลุ่มที่ได้รับนิโคตินแบบแผ่นแปะร่วมกับสเปรย์พ่นจมูกได้ผลดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จอยู่ที่ 1 ปี อยู่ที่ร้อยละ 27 และ 11 ตามลำดับ (odds ratio 3.03, 95% CI 1.50-6.14 ; P=0.001) ต่อมาการศึกษาของ Fagerstrom KO และคณะ ได้ทดลองใช้หมากฝรั่งนิโคตินร่วมกับแผ่นแปะเปรียบเทียบกับยาหลอก ก็พบว่าการใช้ร่วมกันได้ผลดีกว่าการใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเช่นกัน และมีการศึกษาของ Jorenby DE และคณะ ได้แบ่งผู้ป่วย 893 ราย ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกจะได้รับยา Bupropion SR เป็นเวลา 9 สัปดาห์พร้อมแผ่นแปะนิโคตินเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มที่สองได้รับยา Bupropion SR อย่างเดียวเป็นเวลา 9 สัปดาห์ กลุ่มที่สามได้รับแผ่นแปะนิโคตินอย่างเดียวเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มที่สี่ได้รับยาหลอกทั้ง 2 ชนิด พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาทั้งสองชนิดลดอาการอยากบุหรี่และควบคุมอาการอยากบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเพียงชนิดเดียว แต่เมื่อติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้ยาทั้งสองชนิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มที่ได้รับยาเพียงชนิดเดียว แต่มีแนวโน้มที่จะให้ผลดีกว่า (35.5% vs 30.3% ; P=0.61)

โดยสรุปแล้ว การใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมกันสองชนิดที่มีข้อมูลชัดเจนว่าได้ผลดีมีอยู่ 2 แบบ ได้แก่ การใช้ร่วมกันภายในกลุ่มของ NRT (แผ่นแปะและหมากฝรั่ง) และการใช้แผ่นแปะ NRT ร่วมกับ Bupropion SR ส่วนการใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมกันในแบบอื่นๆนั้นยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจน

ยาชนิดอื่นๆ ที่มีผลในการช่วยเลิกบุหรี่¹³

สมุนไพรหลายชนิดถูกนำมาศึกษาเพื่อใช้ช่วยเลิกบุหรี่ เช่น หนุ่ยดอกขาว ผักกาดน้ำ ใบโปรงฟ้า บัวหิมะ เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ ยกเว้นชางหนุ่ยดอกขาวที่เริ่มมีการศึกษาในประเทศไทยแล้ว พบว่ากลุ่มที่ใช้หนุ่ยดอกขาว 3 g ต่อช่องชงกับน้ำ 150 ml รับประทานวันละ 3 ครั้ง สามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ แต่ขนาดผู้ป่วยค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ น้ำยาบ้วนปาก 5% silver nitrate มีหลักฐานทางคลินิกว่าสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ แต่ในประเทศไทยไม่มีน้ำยานี้จำหน่าย จึงมีการผลิตน้ำยาบ้วนปาก 5% sodium nitrate มาใช้แทน แต่ยังไม่มียารายงานผลการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากนี้

นิยามของภาวะซึมเศร้า (Depression)^{15,16}

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบในบุคคลทั่วไปเมื่อมีการสูญเสียอย่างสำคัญเกิดขึ้น การสูญเสียมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่

1. สูญเสียของรัก (loved objects) เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงถึงแก่ชีวิต คนรักหนีไป สูญเสียอวัยวะ
2. สูญเสียเงินทองและทรัพย์สินสมบัติ (money and properties) เช่น ถูกลักขโมย ไฟไหม้บ้าน ถูกโกง

3. สถานะทางสังคม (social status) เช่น สอดคล้อง ถูกฟ้องล้มละลาย มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเสียชื่อเสียงและเกียรติยศ

โดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าจัดว่าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ (affective disorders) มักเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาเศร้าใจที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง (severe intensity) และมีช่วงเวลานาน (prolonged duration) เกินกว่าธรรมดา ความแปรปรวนทางอารมณ์ที่รุนแรงมากจนถือว่าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยมักมีลักษณะของความเข้มข้น (intensity) การแพร่กระจาย (pervasiveness) การคงอยู่นาน (persistence) และการรบกวนหน้าที่ทางสังคมและสรีรวิทยาที่ปกติ (interference with usual social and physiological functioning)

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. อาการซึมเศร้า (Depression)

2. อาการคลุ้มคลั่ง (Mania)

ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการซึมเศร้าสลับกับอาการคลุ้มคลั่ง ซึ่งเราจะเรียกผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ว่าผู้ป่วยอาการคลั่งเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นอารมณ์กลับสู่ภาวะปกติ ต่อมาจึงมีอาการซึมเศร้าปรากฏขึ้น

พยาธิสภาพของอาการซึมเศร้า¹⁵

สมมุติฐานทางชีวเคมี

1. สมมุติฐานเกี่ยวกับ catecholamine โดยเชื่อว่าระดับของ catecholamine ที่ลดลงโดยเฉพาะ norepinephrine มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCA) และ Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) ถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้า ยาทั้งสองกลุ่มนี้ทำให้ระดับ catecholamine ในสมองเพิ่มขึ้นโดยที่ TCA ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการ reuptake ของ catecholamine และ MAOI ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง monoamine oxidase ฤทธิ์ด้านซึมเศร้าของยาทั้ง 2 กลุ่มนี้อาจเนื่องมาจากการที่ระดับของ catecholamine ในสมองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า norepinephrine มีความเข้มข้นสูงที่สุดใน hippocampus ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของความพึงพอใจ การรับประทานอาหาร และหน้าที่อื่นๆ ซึ่งจะแปรปรวนในภาวะซึมเศร้า

2. สมมุติฐานเกี่ยวกับ indoleamine ตามสมมุติฐานนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้ามีส่วนสัมพันธ์กับระดับของ indoleamine ที่ลดลงในสมอง โดยเฉพาะ serotonin โดยพบว่ายาต้านซึมเศร้าส่วนใหญ่ก็มีฤทธิ์ทำให้ serotonin ในสมองเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีระดับของ 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) ซึ่งเป็น metabolite ของ serotonin ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3.สมมุติฐานเกี่ยวกับความไวรับของตัวรับ(receptor sensitivity hypothesis) ซึ่งกล่าวว่าอาการซึมเศร้ามิได้เกิดจากการขาด biogenic amine เท่านั้นแต่อาจเกิดจากความไวรับที่มากเกินไปใน central adrenergic system ซึ่งเกิดจาก super-sensitive receptor คือตัวรับทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายปรับตัวต่อระดับของการกระตุ้น โดยความไวรับของตัวรับอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ดังนั้นในความผิดปกติเริ่มแรกของการซึมเศร้าก็ยังคงเป็นความบกพร่องของการสังเคราะห์และ/หรือการหลั่งของ biogenic amine ทำให้สารสื่อประสาทที่ receptor site ส่วนกลางลดลง แต่ presynaptic hypoactivity กลับทำให้เกิด receptor sensitivity เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

4.สมมุติฐานเกี่ยวกับ dopamineพบว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีระดับของ dopamine ลดลง โดยเฉพาะพวกที่มีการเคลื่อนไหวลดลงอย่างชัดเจน (significant motor retardation)

5.สมมุติฐานเกี่ยวกับ acetylcholineเชื่อว่าระดับ acetylcholine ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า สมมุติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการสังเกตว่า cholinergic activity ในสมองส่วนกลางที่เพิ่มขึ้นสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าในคนปกติ อย่างไรก็ตามภาวะทางอารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสมดุลของ cholinergic และ noradrenergic activity ตามสมมุติฐานนี้ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อ cholinergic activity เด่นชัดกว่า noradrenergic activity

6.ความผิดปกติในการหลั่ง cortisolในผู้ป่วยซึมเศร้าบางรายพบว่ามีอาการหลั่ง cortisol มากกว่าปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะนอนหลับ โดยอาจเกิดจากการที่ระดับ norepinephrine ในสมองลดลง เนื่องจาก norepinephrine ยับยั้งการผลิตของ corticotrophin releasing factor ดังนั้นระดับของ norepinephrine ที่ต่ำลงทำให้การผลิต corticotrophin releasing factor จาก hypothalamus เพิ่มขึ้นซึ่งสารตัวนี้ทำให้ adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ที่ผลิตโดย pituitary gland เพิ่มขึ้นและผลที่ตามมาคือการผลิต cortisol โดย adrenal gland เพิ่มสูงขึ้น

กล่าวโดยสรุปในทางชีวเคมีเชื่อว่าอาการซึมเศร้านั้นเกิดจากการเสียสมดุลระหว่าง acetylcholine และ catecholamine โดยมี acetylcholine สูง โดย catecholamineที่สำคัญในภาวะซึมเศร้าคือ serotonin และ norepinephrine มักมีระดับต่ำ และ dopamine ก็พบว่ามีส่วนด้วย นอกจาก neurotransmitters แล้ว neuropeptides และฮอร์โมนหลายอย่างอาจมีผลในการควบคุมอารมณ์ คนไข้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหลายคนมี cortisol หลังจาก adrenal cortex เป็นปริมาณสูงโดยไม่เกี่ยวข้องกับสภาวะเครียด ดังนั้นการรักษาภาวะซึมเศร้าจึงมุ่งเน้นที่จะทำให้ระดับ serotonin และ norepinephrine สูงขึ้นเพื่อให้เกิดสมดุลกับ acetylcholine โดย serotonin จะมีความสำคัญมากกว่า norepinephrine โดยส่วนใหญ่อาการซึมเศร้ามักเกิดจากการขาด serotonin หรือมีการทำงานของ serotonin ลดลง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า¹⁶

1. **เพศ** ผลการวิจัยพบว่าเพศหญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้าเป็น 2 เท่าของชาย ซึ่งการวิจัยทำในประชากรทั่วไปที่ไม่ได้มารับการรักษา แสดงว่าความแตกต่างนี้น่าจะมาจากสาเหตุด้านชีวภาพ

2. **อายุ** ผลการวิจัยพบว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราสูงสุดในช่วงอายุ 25-45 ปี

3. **ประสบการณ์ชีวิตวัยเยาว์** สภาพชีวิตที่ไม่สงบราบรื่น มีความก้าวร้าว วุ่นวาย หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีในวัยเด็ก เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

4. **ปัญหาชีวิต** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิต เช่น การสูญเสีย การพลัดพราก ผู้ป่วยที่หย่าร้างมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีคู่สมรส นอกจากนี้การตกงานหรือการมีลูกเล็กๆหลายคนก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

การรักษาภาวะซึมเศร้าโดยใช้ยาต้านซึมเศร้า (Antidepressant drug therapy)^{12,15}

ยาต้านซึมเศร้าสามารถแบ่งกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ ดังนี้

1. **Tricyclic antidepressants (TCA)** ยานี้มีลักษณะเฉพาะ คือ มีนิเวศยาสสามวงแหวนและมีโครงสร้างทางเคมีคล้ายกับพวก phenothiazines แต่มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาเหมือนกันเพียงเล็กน้อย ยาออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมกลับของสารสื่อประสาทพวก monoamines เช่น norepinephrine และ serotonin (5-HT) ทำให้มีระดับหรือปริมาณที่จะไปออกฤทธิ์ที่ receptors มากขึ้น ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางจึงมีความตื่นตัวมากขึ้น อาการซึมเศร้าจะทุเลาลงซึ่งยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพดีแต่ยาออกฤทธิ์กับหลาย receptor จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงมากมาย ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้เช่น amitriptyline (Tripta[®], Triptyline[®], Tryptanol[®]) และ imipramine (Tofranil[®], Sermonil[®]) เป็นต้น

2. **Monoamine oxidase inhibitors (MAOI)** ยาออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ monoamine oxidase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีหน้าที่ทำลายสารสื่อประสาทจำพวก monoamine (norepinephrine, serotonin และ dopamine) ทำให้ระดับ amines สูงขึ้นยาในกลุ่มนี้มีอุบัติการณ์ของการเกิดผลข้างเคียงสูงผู้ป่วยจำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะอาหารที่มี tyramine สูงรวมถึงยาหลายกลุ่มด้วยยา กลุ่ม MAOI มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา กลุ่ม TCAs ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้เช่น phenelzine (Nardil[®]), isocarboxazid (Marplan[®]), tranylcypromine (Parnate[®]), Moclobemide (Manerix[®])

3. **Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)** ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยาก่อนข้างใหม่และมีความปลอดภัยในการใช้มากกว่ายาในกลุ่ม MAOI และ TCAs แม้ว่าประสิทธิภาพของยาจะไม่ได้สูงกว่า TCA โดยยาในกลุ่มนี้สามารถจับ serotonin transporter และยับยั้งการดูดซึมกลับของ serotonin ที่ปลายประสาทอย่างเฉพาะเจาะจงได้ การหยุดยา กลุ่ม SSRI อาจทำให้เกิดอาการถอนยาทั้งทางกายและจิตใจ

คือปรากฏการณ์ SSRI discontinuation syndrome นอกจากนี้ยาในกลุ่ม SSRIs ยังต้องระวังการเกิดภาวะ serotonin syndrome ซึ่งมีอาการคือปวดท้องท้องเสียเหงื่อมากร้อนวูบวาบไข้สูงเซื่องซึมกล้ามเนื้อกระดูก rhabdomyolysis ใตวาย cardiovascular shock ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือคลื่นไส้อาเจียนปวดศีรษะ ปากแห้งท้องผูกผื่นร้ายและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเป็นต้นตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ paroxetine (Paxil[®]), sertraline (Zoloft[®]), citalopram (Celexa[®]), fluvoxamine (Fluvoxin[®]), fluoxetine (Prozac[®]) เป็นต้น

4. Serotonin agonist-reuptake inhibitors (SARI) ยามีฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับของ serotonin และ norepinephrine แต่ไม่มีผลต่อ dopamine receptor ยาในกลุ่มนี้ไม่ทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศยามีฤทธิ์สงบระงับมากขึ้นมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาอนไม่หลับร่วมด้วยผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้เหมือนกับยากกลุ่ม SSRI ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ trazadone (Desyrel[®]) และ nefazadone (Serzone[®])

5. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ยานี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมกลับของสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine และยับยั้งการดูดซึมกลับของ dopamine อย่างอ่อนๆมีผลทางเภสัชวิทยาคล้ายกับยากกลุ่ม TCAs ในขนาดยาปกติพบว่ามีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับยาในกลุ่ม SSRIs สามารถเลือกใช้ยานี้ได้เมื่อใช้ยาในกลุ่ม SSRIs ไม่ได้ผลและใช้ได้ดีใน generalized anxiety disorders ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ venlafaxine (Effexor[®], Effexor XR[®])

6. Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors (NDRI) ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์คือ ยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine ที่ปลายประสาท ทำให้มีระดับ norepinephrine ในสมองเพิ่มมากขึ้น ข้อดีของยานี้คือไม่ทำให้เกิดเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนอกจากนี้ยังพบว่ามีประโยชน์ในการอดบุหรี่ด้วยยานี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชัก ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ bupropion (Wellbutrin SR[®], Zyban[®], Quomem[®])

7. Noradrenergic and specific-serotonergic antidepressants (NaSSA) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อ บางส่วนของ serotonin receptor ซึ่งต่างจากยาในกลุ่ม SSRI จึงไม่มีผลต่อหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์และมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและปัญหาการนอนร่วมด้วยยากกระตุ้นความอยากอาหารได้ในผู้ป่วยบางรายตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ mirtazapine (Remeron[®], Avanza[®])

8. Selective norepinephrine reuptake inhibitors (NRI หรือ NRI) ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการนำ norepinephrine กลับเข้าสู่ presynaptic neuron อย่างจำเพาะเจาะจงซึ่งอาจทำให้ออกฤทธิ์เป็นยาต้านอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพได้และมีผลข้างเคียงต่ำอย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่มีนงปวดหัวปัสสาวะคั่งปากแห้ง เหงื่อออกและนอนไม่หลับ เป็นต้นตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ reboxetine (Edronax[®])

นิยามของภาวะวิตกกังวล (Anxiety)¹⁷

ความวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป เมื่อมีความเครียดเข้ามากระทบ ในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียด กังวล วิตก ตื่นเต้น ไม่มีความสุข ควบคุมไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลูกลี้ลูกกลน การพิจารณาว่าความตึงเครียดที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติหรือไม่นั้น ให้พิจารณาจากประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากเกินกว่าจะอธิบายได้ด้วยความเครียดที่มากระตุ้น
2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีอาการรุนแรงมาก
3. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังคงอยู่แม้ถึงกระตุ้นจะหมดไปแล้ว
4. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวันและหน้าที่การงานต่างๆ

โรควิตกกังวล (anxiety disorder) เป็นโรคประสาทที่มีอาการวิตกกังวลที่ผิดปกติในลักษณะอาการต่างๆ แบ่งย่อยออกเป็นหลายโรค ซึ่งโรควิตกกังวลที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ดี คือ generalized anxiety disorder, panic disorder ที่พบหรือไม่พบว่ามี agoraphobia ร่วมด้วยโรควิตกกังวลที่สำคัญมี 5 โรค ได้แก่

1. **Generalized anxiety disorder (GAD)** เป็นกลุ่มความผิดปกติที่มีลักษณะมีอาการกังวลเกิดขึ้นตลอดเวลาและอาการดังกล่าวไม่สามารถบอกสาเหตุที่ชัดเจนได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด กังวล หวั่นเกรง ใจสั่น ตึงตามกล้ามเนื้อ เหงื่อออก ใจเต้นแรง กลัวว่าตนเองหรือคนที่เกี่ยวข้องจะเป็นอันตรายอยู่ตลอดเวลา

2. **Panic disorder (episodic paroxysmal anxiety)** เป็นการที่ผู้ป่วยเกิดอาการกังวลอย่างรุนแรงจนถึงขั้น panic ซ้ำแล้วซ้ำอีกโดยไม่ทราบสาเหตุชัดเจน อาการที่พบจะมีเจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก วิงเวียน รู้สึกว่าตัวเองหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป มีความรู้สึกกลัวตาย กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ อาการดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นทันทีทันใดไม่อาจคาดคะเนล่วงหน้าได้ อาจพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

3. **Phobic anxiety disorder** มีอาการกังวลเป็นอาการเด่น อาการนี้เกิดขึ้นในสถานการณ์ซึ่งแท้จริงแล้วไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด แต่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเองว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆจะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นๆ ถ้าจำเป็นต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการประหวั่นใจ วิตกกังวลล่วงหน้าได้ อาจพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

4. **Agoraphobia** คือลักษณะหนึ่งของ Phobic anxiety disorder เป็นภาวะของความกลัวที่เกิดจากการที่คนไข้ต้องเผชิญกับสถานการณ์บางชนิด เช่น การอยู่คนเดียว การออกจากบ้านคนเดียว การอยู่ในที่สาธารณะหรือในที่แออัดโดยไม่มีเพื่อน เมื่ออยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยจะมีอาการกังวลอย่าง

รุนแรง แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม กลัวตาย กลัวตัวเองจะเป็นบ้าหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ ผลจากอาการนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมไปไหนมาไหนคนเดียว

5. โรควัยคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) มีความผิดปกติที่เป็นลักษณะเด่นคือ การที่คนไข้เกิดอาการคิดและทำอะไรซ้ำซากอยู่ตลอดเวลา โดยที่คนไข้ไม่ได้พึงพอใจกับความคิดหรือการกระทำนั้นๆแต่อย่างใด แต่ก็ไม่สามารถหยุดยั้งความคิดหรือการกระทำนั้นๆได้ เมื่อใดก็ตามที่เขาพยายามหยุดความคิดหรือการกระทำนั้นๆก็จะเกิดความกังวลใจขึ้นมาทันที

พยาธิสภาพของอาการวิตกกังวล¹⁸

1. เหตุผลทางจิตวิทยา มีทฤษฎีที่กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวล ดังนี้

- 1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ถือว่าความวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (unconscious conflict)
- 1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้สังคม ถือว่าความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเรียนรู้
- 1.3 จากการประมวลทั้งสองทฤษฎี และถือว่าความวิตกกังวลเป็นการขาดการควบคุม

2. ทางชีววิทยา พบว่าความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยา ที่ทำให้เกิดขึ้นได้โดยสารที่กระตุ้นระบบประสาท Sympathetic หลายตัว แต่ปัจจุบันเชื่อว่า catecholamines เกี่ยวข้องกับ stress reaction บริเวณ locus coeruleus ในฐานะเป็นตำแหน่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น โดยมีเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับ norepinephrine ในสมองมาเกี่ยวข้อง

ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่ผิดปกติของจิตสำนึกหรือความรู้สึกตัวและขึ้นกับการทำหน้าที่มากเกินไปของเซลล์ประสาทในโครงสร้างของสมองบางส่วน โดยเฉพาะ neocortex ดังนั้น ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อ neocortex มี activity มากเกินไป และการทำงานของเซลล์ประสาทขึ้นกับการควบคุมของ GABAergic moderated feedback mechanism ซึ่งสัมพันธ์กับ chloride ion การจับตัวของ Benzodiazepines กับ GABA receptor site ที่จำเพาะเจาะจง จะเสริมฤทธิ์ของ GABA ในการทำให้เกิด neuronal inhibition ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะวิตกกังวล¹⁴

1. พันธุกรรม Kendler และคณะ ได้ศึกษาคู่แฝดหญิงจำนวน 1,033 คู่ พบว่าคู่แฝดที่เป็นโรควิตกกังวลมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุร้อยละ 30 ในขณะที่คู่แฝดที่เป็นโรคซึมเศร้ามีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุร้อยละ 70 และพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เป็นโรคนี้อาจและโรคซึมเศร้าเป็นชนิดเดียวกัน

2. พฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่าผู้ป่วยมักให้ความสนใจเรื่องราวที่เป็นอันตรายและรับเอาเรื่องราวดังกล่าวเข้าไปในพฤติกรรมการเรียนรู้ของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลง่าย มีผู้ตั้งข้อสมมติฐานว่าผู้ป่วยมักขาดการควบคุมอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวลทำให้มีโอกาสเป็นโรคนี้อย่าง

3. ปัจจัยทางชีวภาพ จากผลการศึกษาในปัจจุบันพบว่า สารสื่อประสาทโดยเฉพาะ catecholamine, serotonin และ GABA อาจมีส่วนทำให้เป็นโรคนี้อย่าง

การรักษาภาวะวิตกกังวลโดยใช้ยาคลายกังวล (Antianxiety drug therapy) ^{12,14}

มีความแตกต่างของชนิดยาที่รักษา Anxiety disorders เช่น GAD, Panic disorder, Phobic anxiety disorder และ Agoraphobia จะใช้ยา Benzodiazepines เป็นหลัก ส่วนยาที่ใช้รักษาโรคย้ำคิดย้ำทำ จะใช้ยาในกลุ่ม SSRIs จะได้ผลดีกว่ายาคลายวิตกกังวลหรือยากล่อมประสาท มีอยู่ด้วยกันหลายชนิดสามารถแบ่งออกได้เป็นกลุ่ม ดังนี้

1. ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ยานอกฤทธิ์โดยการจับกับ Benzodiazepines receptors ที่อยู่รวมกันกับ GABA – receptor และช่องทางผ่าน chloride ion ซึ่งเป็นสารเชิงซ้อนตัวรับบน membrane การจับระหว่าง Benzodiazepines กับ Benzodiazepines receptors จะทำให้ GABA จับกับ GABA-receptor ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ chloride channel เปิดเร็วและนานขึ้น ทำให้ chloride ion เข้าเซลล์ได้มากขึ้นจนทำให้เซลล์ประสาทในสมองเกิด hyperpolarization มีผลยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทและมีผลในการสงบระงับประสาทได้ในที่สุด นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานในการอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยากล่อมประสาทต่าง ๆ กันออกไป ดังนี้

- ฤทธิ์ในการลดความวิตกกังวลโดยลดการหลั่งของ serotonin (5-HT) และ acetylcholine ในสมอง, การกระตุ้น α_1 -adrenoreceptors, เสริมฤทธิ์ของ glycine ที่ก้านสมองและเสริมฤทธิ์ของ GABA ที่สมองและก้านสมอง
- กลไกการออกฤทธิ์คล้ายกล้ามเนื้อโดยการจับกับ glycine และ Benzodiazepines receptors ในไขสันหลัง
- กลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งการชัก โดยการเพิ่มฤทธิ์ของ GABA ในสมอง

ยาในกลุ่ม Benzodiazepines and derivatives นี้เป็นยาที่เราใช้กันบ่อยมากที่สุด เนื่องจากมีอันตรายจากการใช้ยาและการติดยาน้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้บ่อย คือ เชื่องซึม ง่วงนอน เดินโซเซ เคลื่อนไหวช้า กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน และไม่ควรรใช้ยา Benzodiazepines ในผู้สูบบุหรี่จัด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีคุณสมบัติเป็น enzyme inducer เร่งขบวนการเปลี่ยนแปลงยา ทำให้ยาถูกเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ส่งผลให้ระดับยาในเลือดลดลง ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Diazepam (Valium®), Stesolid®, Clorazepate (Tranxene®), Lorazepam (Ativan®), Midazolam (Dormicum®), Buspirone (Buspar®)

2. ยาในกลุ่ม **Barbiturates** มีกลไกการออกฤทธิ์โดยไปเสริมการทำงานของ GABA และให้ผลสงบประสาท แก้อาการชัก และทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ฤทธิ์ของยามีผลกดเซลล์ประสาทโดยตรงและที่ synapses ของบริเวณ Reticular activating system ยา Barbiturates มีฤทธิ์ทำให้หิวและทำให้เกิดการนอนหลับที่ใกล้เคียงกับธรรมชาติมาก หากมีการหยุดยาจะเกิดอาการถอนยาและมีอาการหลับๆตื่นๆ ร่วมกับฟื้นร่ายอย่างรุนแรง อาการข้างเคียงที่พบ คือยาในกลุ่มนี้มีผลทำให้การทำงานของจิตใจลดลงและตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมน้อยลง กรณีที่ได้รับยาเกินขนาดจะมีผลทำให้กดการหายใจได้ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Pentobarbital, Secobarbital, Phenobarbital

3. ยาในกลุ่ม **Meprobamate** ยาในกลุ่มนี้มีผลในการรักษาอาการวิตกกังวลได้บ้างแต่ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มใหม่ๆ ที่ผลิตต่อมา และยาในกลุ่มนี้ยังมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ทำให้เกิดอาการแพ้ที่รุนแรง เกิดความดันต่ำมากอาการโลหิตจางแบบ Aplastic ในรายที่มีอาการแพ้มากก็ถึงกับเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยาในกลุ่มนี้ยังมีผลทำให้เกิดการเสพติดและเกิดอาการถอนยาเมื่อหยุดยาได้ ยาในกลุ่มนี้จึงไม่ค่อยนิยมตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น Equanil, Aneuril, Mepavlon

บุหรืกับโรคทางจิตเวช¹²

ความสำคัญของปัญหา

สาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกไม่ว่าจะเป็น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบทางเดินหายใจและโรคจิตประสาท จากการสำรวจจากกลุ่มคน 11,700 คน กลุ่มคนอายุระหว่าง 15-59 ปี พบว่ามีประชากรที่เป็นโรคจิตเวชถึง 2169 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตประสาทมีหลักฐานทางการศึกษาพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-4 เท่า นอกจากนี้ประชากรกลุ่มนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าประชากรทั่วไป แต่ประชากรเหล่านี้มักถูกละเลยไม่ได้รับการบำบัด ดังนั้น ผู้ป่วยทางจิตเวชายังคงมีอุบัติการณ์การสูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 41 ในปัจจุบัน มีการให้ความสำคัญกับโรคนี้ค่อนข้างน้อยรวมถึงการวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะติดนิโคตินในผู้ป่วยจิตเวชที่ค่อนข้างน้อยกว่าความเป็นจริง จาก Tobacco dependence clinical practice guideline 2008 ให้นเน้นการรักษาอาการจากจิตประสาทควบคู่ไปกับการบำบัดให้เลิกบุหรื ส่วนอาการทางจิตประสาทที่พบมากเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้แก่ จิตเภท (Schizophrenia), Bipolar disorder, อาการซึมเศร้า (major depression), panic disorder, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress และ post-traumatic stress ตามลำดับ

ในปัจจุบันได้มี The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Text Revision (DSM-IV-TR) เป็นคู่มือที่กำหนดมาตรฐานการแยกประเภทภาวะผิดปกติทางจิต จัดทำขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคติน ดังนี้

- มีอาการดื้อยาโดยต้องการนิโคตินมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลที่ร่างกายต้องการ
- มีอาการถอนนิโคติน
- มีการใช้นิโคตินในปริมาณมากขึ้น หรือ ใช้ในระยะเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ
- มีความต้องการนิโคตินที่รุนแรง หรือ ล้มเหลวในการพยายามหยุดได้รับสารนิโคติน
- มีการใช้เวลาอย่างมากไปกับกิจกรรมที่ทำให้ได้มาซึ่งสารนิโคติน หรือการเสพติดนิโคติน
- มีการลดหรือเลิก การเข้ากิจกรรมทางสังคม เนื่องจากข้อจำกัดในการเสพติดนิโคติน
- มีการใช้สารนิโคตินต่อไปแม้จะตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและจิตใจที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากสารนิโคติน

อาการถอนนิโคตินจะเกิดกับผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลา 4 ชั่วโมงแรก และความรุนแรงจะเป็นประมาณ 3-5 วัน ซึ่งอาการถอนนิโคตินนั้นทาง DSM-IV ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ ดังนี้

- 1) มีการใช้สารนิโคตินเป็นประจำทุกวัน ไม่น้อยกว่า 2-3 สัปดาห์
- 2) ผู้หยุดสูบบุหรี่จะมีอาการดังต่อไปนี้มากกว่า/เท่ากับ 4 ข้อ
 - ซึมเศร้า
 - นอนไม่หลับ
 - หงุดหงิด ผิดหวัง อารมณ์เสื่อง่าย
 - วิตกกังวล
 - สมาธิลดลง
 - กระวนกระวาย
 - หัวใจเต้นช้าลง
 - อยากอาหารมากขึ้น หรือ น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น
- 3) อาการในข้อ 2 ก่อให้เกิดผลเสียต่อชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม อาชีพ และกิจกรรมที่สำคัญอย่างชัดเจน
- 4) อาการในข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทางกายและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของอาการทางระบบประสาท

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราการสูบบุหรี่สูง

1. พันธุกรรม โดยพบว่ามีพันธุกรรมร่วมกันระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคจิตเวช
2. Self-medication โดยผู้ป่วยจะสูบบุหรี่เพื่อช่วยเรื่องอาการทางจิต หรือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มรักษาโรคจิตเวช

3. ปัจจัยทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อม เช่น เครียด จน ศึกษาน้อย ไม่มีงานทำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้สูบบุหรี่และมีอาการแสดงทางจิตได้

โรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders)

1. Depressive disorders

จากการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น มีการศึกษาที่พบว่ามีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นขณะที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสสูงที่จะกลับไปสูบบุหรี่ การศึกษาประวัติของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วหยุดสูบบุหรี่พบว่า มีโอกาสสูงที่อาการซึมเศร้าจะกำเริบได้อีกอย่างน้อย 6 เดือน การศึกษาที่พบว่า 19 ส่วนของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะมีปัญหาทางพฤติกรรมด้านอื่นที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงและส่ำสอนมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ถึงสองเท่า เป็นต้น

2. Bipolar disorder

ในกลุ่มผู้ป่วย Bipolar disorder นั้นมีปัญหาการสูบบุหรี่เป็นภาวะร่วมที่พบได้สูงมาก เนื่องจากผู้ที่ เป็น Bipolar disorder มากถึงร้อยละ 60 มีปัญหาการใช้สารเสพติดต่างๆในช่วงหนึ่งที่เกิดการเจ็บป่วย โดยพบว่า การสูบบุหรี่อาจเป็นวิธีหนึ่งของ Self-medication ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลักษณะของผู้ป่วย Bipolar disorder ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ได้แก่

- 1) กลุ่มที่มี Mixed-state episodes เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีเพียง Pure mania
- 2) กลุ่มผู้ป่วย Bipolar disorder ที่เป็นผู้ชาย

ความสัมพันธ์ของผู้สูบบุหรี่กับอาการ Bipolar disorder คือ พันธุกรรมของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับ Alpha-7 nicotine receptor ที่โครโมโซม 15 คล้ายกับที่พบในจิตเภท แต่จนถึงปัจจุบัน ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาการติดยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจน และมีหลายการศึกษาพบว่าวัยรุ่นผู้ที่เป็น Bipolar disorder มีอัตราความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นทั่วไปในการสูบบุหรี่

3. Anxiety disorder

แม้บุหรี่จะลดความวิตกกังวล แต่การศึกษาในคนและสัตว์ทดลองพบว่า การสูบบุหรี่เรื้อรังกลับเพิ่มความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งโดยปกติ เมื่อมีการหยุดสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการถอนบุหรี่ตามมา แต่ก็มีความลำบากในการแยกแยะผู้ที่เป็น Anxiety disorder เมื่อหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีอาการอยากบุหรี่แล้วเริ่มมีอาการวิตกกังวลตามมาว่า อาการนั้นเป็นอาการอยาก หรือเป็นการเกิดขึ้นของอาการวิตกกังวล เมื่อมีการให้ยาในกลุ่มนิโคตินทดแทนในการรักษาก็ไม่แน่ใจว่าเป็นผลของนิโคติน หรือเป็นผลที่ตัวผู้ป่วยเองที่ลดอาการวิตกกังวลลงได้ ซึ่งมีความพยายามในการศึกษาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น พบว่า มีการศึกษาที่

รายงานว่าปฏิกริยาระหว่าง Serotonergic กับนิโคตินในสมองอาจจะอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ แต่ก็ยังไม่สามารถอธิบายกลไกได้แน่ชัด ข้อมูลจากการศึกษาในสัตว์ทดลองและในคน มีข้อสังเกตว่า ในบางสถานะ นิโคตินสามารถออกฤทธิ์ต่อสมองเป็น Anxiolytic และ Antidepressant แต่เมื่อใช้เป็นระยะเวลาสั้นกลับทำให้ภาวะวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมีอัตราการเกิดโรค Panic disorder, Generalized anxiety disorder และ Agoraphobia ที่สูงขึ้น และมีการลดลงของ Cortisol ในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อ Cortisol ต่อ Ipsapirone มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ตั้งข้อสังเกตได้ว่า ผู้ที่เป็น Anxiety disorder และสูบบุหรี่จะมีการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างจากคนทั่วไป แต่ก็ยังมีศึกษาที่น้อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การสูบบุหรี่กับภาวะซึมเศร้า¹⁹

ในปัจจุบันนี้ได้มีการศึกษามากมายรายงานว่ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าคนปกติทั่วไป และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจะมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าคนทั่วไปถึงสองเท่า นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาที่รายงานว่า มีผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศรมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเร็วกว่าถึง 25 ปีในผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคปอด เป็นต้น และยังได้มีการรายงานอีกว่าผู้สูบบุหรี่มีภาวะติดนิโคตินอย่างรุนแรงโดยดูจากคะแนนที่มีค่ามากที่ประเมินได้จาก Fagerstrom test นั้นมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความผิดปกติทางภาวะจิตใจด้วยเช่นเดียวกัน

ความสัมพันธ์การสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้า

ผู้สูบบุหรี่มีภาวะติดนิโคตินมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดความผิดปกติทางภาวะจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ก็ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ยังคงมีภาวะติดนิโคตินอยู่เรื่อยไป โดยการสูบบุหรี่นั้นยังสามารถยับยั้งการ Metabolized ของยาต้านซึมเศร้าอีกด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับยาในขนาดที่สูงขึ้น

ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยระดับของการสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญต่อการทำนายผลที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ มากกว่าปัจจัยทางด้านตนเองและครอบครัว

นิโคตินมีผลทางด้านกระตุ้นอารมณ์หรือการให้รางวัล ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ตัวอย่างเช่นมีการศึกษาที่รายงานว่า การสูบบุหรี่ในผู้ที่มิสมานิส์มีแนวโน้มที่จะช่วยทำให้มีสมานิส์ขึ้นได้เนื่องมาจากฤทธิ์ของนิโคติน เป็นต้น

ผลทางจิตประสาทที่เกี่ยวข้องกับนิโคติน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าทำให้คาดเดาได้ว่า สารที่มีตามธรรมชาติจากการสูบบุหรี่และยาต้านซึมเศร้านั้นมีการทับซ้อนกัน เนื่องจากนิโคตินที่มีในบุหรี่นั้น นอกจากจะมีฤทธิ์ต่อการกระตุ้นประสาทแล้วยังสามารถต้านซึมเศร้าทั้งในการใช้แบบระยะจับปล้นและระยะยาวได้อีกด้วย

แม้ว่าบุหรี่จะมีนิโคตินที่สามารถช่วยในการกระตุ้นจิตประสาทได้ แต่สารประกอบอื่นๆ ได้แก่ Acetaldehyde และ Monoamineoxidase inhibitors (MAOIs) ได้มีบทบาทสำคัญต่อระบบ Rewarding actions ของนิโคตินด้วยเช่นเดียวกัน โดย MAOIs ที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้านั้นจะกระตุ้นให้มีความต้องการนิโคตินเพิ่มมากขึ้นในหนูทดลอง ทำให้พบว่าทั้งนิโคตินและสารประกอบอื่นในบุหรี่สามารถช่วยในการต้านซึมเศร้าได้ จึงทำให้ผู้ที่มีการภาวะซึมเศร้ามีความต้องการสูบบุหรี่อ่อนข้างมาก

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทั้งหมดได้กล่าวมาจะพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานยืนยันที่แน่นอนว่าภาวะซึมเศร้านั้นจะนำมาซึ่งการสูบบุหรี่เป็นปริมาณมาก หรือ การสูบบุหรี่นั้นจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงทำให้เกิดประเด็นที่น่าสนใจขึ้นมา 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นแรกหากว่าการสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการเลิกบุหรี่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว และ ประเด็นที่สองหากว่าภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูบบุหรี่ ดังนั้นการรักษาให้หายจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้ลดการสูบบุหรี่ลงได้ตามมา

อิทธิพลของภาวะซึมเศร้าต่อการเลิกบุหรี่

ในปัจจุบัน มีหลักฐานที่ยังเป็นข้อโต้แย้งนั่นคือ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความยากในการเลิกบุหรี่หรือไม่ โดยการศึกษาเมื่อไม่นานนี้ ได้ทำการศึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ระหว่างผู้ที่มีหรือเคยมีภาวะซึมเศร้ากับผู้ที่ไม่มีการภาวะซึมเศร้า พบว่าในสัปดาห์แรก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถลดการสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีการภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่เคยมีภาวะซึมเศร้า แต่ก็ยังไม่สามารถนำผลนี้ไปสรุปในท้ายที่สุดของผลการศึกษาได้เนื่องจากความจริงที่ว่า ผู้ที่ไม่มีการภาวะซึมเศร้านั้นมีแนวโน้มที่จะตั้งใจเลิกบุหรี่อยู่แล้วในอนาคตอันใกล้ จึงทำให้มีความตั้งใจและเลิกบุหรี่ได้มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ย่างสมบูรณ์และทันทีในสัปดาห์แรก ดังนั้นการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงอาจเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความสำเร็จที่ตั้งไว้ใน การเพิ่มการผลักดันและการดำเนินการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการเลิกบุหรี่และการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาของ Hughes พบว่าการมีประวัติของการเกิด โรคซึมเศร้า (major depression) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน โดยเฉพาะหลังจากเลิกบุหรี่ 2-12 เดือน พบว่ามี

อุบัติการณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการเลิกบุหรี่ 0-14% และพบว่าเป็นผู้ที่มีประวัติ major depression 3-24%

ในการศึกษาแบบ meta-analysis โดย Covey และคณะ พบว่า major depression episode เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง ในระหว่างการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเกิดอาการในอดีตที่ผ่านมา และพบว่าอายุที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้ามีผลต่อจำนวนและระยะเวลาในการเกิดอาการ ดังนั้นจึงควรมีการพิจารณาอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการเลิกบุหรี่ยุติร่วมกับการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้าเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ

เพศ

ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มในการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย ผู้หญิงมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จน้อยกว่าและมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าจากการถอนนิโคตินได้มากกว่าผู้ชาย อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่ายและมีอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ต่างกัน เช่น กังวลเรื่องน้ำหนักตัว การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน มีแรงจูงใจทางสังคม และการศึกษาที่มีความแตกต่างกัน

ความรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem), ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) และแรงจูงใจ (motivation)

ผู้สูบบุหรี่ที่รู้คุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจในตนเองน้อยมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ที่รู้คุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจในตนเองสูง และจากการศึกษาในวัยรุ่น พบว่าผู้สูบบุหรี่มักมีการรู้คุณค่าในตนเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

การศึกษาโดยHaukkalaและคณะพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ในทางกลับกัน ผู้ที่มีระดับความซึมเศร้าสูงกลับมีแรงจูงใจมากกว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในการเลิกบุหรี่ได้น้อยซึ่งให้ผลต่อการทดลองในทางลบ จากการศึกษาของ Turner และคณะ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการมีแรงจูงใจสามารถนำไปทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ในประชากรทั่วไป จากหลักฐานดังกล่าวจึงนำมาสู่ข้อแนะนำว่าการทำให้มีความรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเป็นสิ่งสำคัญต่อการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจร่วมด้วย

การรักษาผู้เสพยาสูบที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษาด้วย bupropion

ในการรักษาด้วยยา antidepressant มีเพียง bupropion และ nortriptyline ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ในระยะยาว ซึ่งยาทั้งสองชนิดมีประสิทธิภาพเท่ากัน และประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ nicotine replacement therapy แต่การรักษาโดยใช้ bupropion, nortriptyline และ NRT ร่วมกันพบว่าไม่เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้น จากการที่ Smith และคณะ, 2003 ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่าง bupropion, ยาหลอกและแผ่นแปะนิโคติน พบว่า bupropion มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการช่วยเลิกบุหรี่ และในการศึกษาเดียวกันนี้พบว่าการใช้แผ่นแปะนิโคตินเพียงอย่างเดียวไม่ช่วยให้การระงับอารมณ์ได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับยาหลอก และพบว่าการใช้ bupropion ร่วมกับแผ่นแปะนิโคตินช่วยเรื่องการระงับอารมณ์ได้ใกล้เคียงกับการใช้ bupropion เพียงอย่างเดียว

Shiffman และคณะ กล่าวว่าในระหว่างการเลิกบุหรี่สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าแย่ลงได้ และพบว่าผู้ที่เสพยาสูบนิโคตินระดับสูงที่ได้รับ bupropion เกิดอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา แต่เมื่อหยุดยา bupropion ทันทีทันใดสามารถทำให้อาการซึมเศร้ากลับแย่ลงได้

กลไกการออกฤทธิ์ของ bupropion ที่มีผลต่อการช่วยเลิกบุหรี่และช่วยเรื่องอาการถอนนิโคตินยังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าจะเป็นผลมาจากการออกฤทธิ์เป็น dopamine and noradrenaline reuptake inhibitor ในสมอง ทำให้เกิดการกระตุ้น, อารมณ์ดีขึ้น และออกฤทธิ์คล้ายกับ nicotine

การรักษาด้วยยาด้านซึมเศร้าชนิดอื่นๆ

จากการวิจัยของ Hughes และคณะ พบว่าการประเมินประสิทธิภาพของยาด้านซึมเศร้าชนิดอื่นๆ เช่น serotonin reuptake inhibitors, monoamine oxidase inhibitors, fluoxetine, sertraline, paroxetine, moclobemide และ venlafaxine ในการรักษาการเลิกสูบบุหรี่ระยะยาวนั้น พบว่ายานี้ไม่มีผลต่อการรักษาในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ และข้อมูลที่มีอยู่ไม่สนับสนุนให้ใช้ยาพวกนี้ในการเลิกบุหรี่ในทางตรงกันข้าม Gelenberg ได้ทำการศึกษาและพบว่าถ้าผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการรักษาภาวะซึมเศร้าและอาการลงที่ในปีที่ผ่านมา ตัดสินใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ แพทย์ควรให้ยาด้านซึมเศร้าต่ออย่างน้อย 6 เดือนหรือนานกว่านั้น การรักษาการเลิกบุหรี่ควรเพิ่มการรักษาด้วยยาด้านซึมเศร้าไปด้วยเพื่อหลีกเลี่ยงอาการซึมเศร้าที่มากขึ้น จากการศึกษาของ Hall พบว่า ปัญหาสำคัญที่ต้องทราบคือความจริงที่ว่าเมื่อคนหยุดสูบบุหรี่ การเมตาบอลิซึมของยาด้านการซึมเศร้าจะลดลงและระดับยาในเลือดจะเพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากยาได้

การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและการเลิกบุหรี่ในโรคซึมเศร้า

การศึกษาของ Hass ได้วิจัยในผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและการใช้ยา bupropion อย่างเดียว หรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน พบว่าการเพิ่มการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อรักษาการหยุดสูบบุหรี่ไม่ได้มีประโยชน์เพิ่มขึ้น โดยมีข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือประชากรผู้สูบบุหรี่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นเราจึงไม่ทราบว่า การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีประโยชน์ในผู้สูบบุหรี่ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงๆหรือไม่ ในการศึกษาของ Lerman ที่ตีพิมพ์ก่อนหน้านี้ได้แสดงให้เห็นว่าประเภของการรักษาก็มีผลกับผู้สูบบุหรี่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำขึ้นอีกได้

การบริหารยา varenicline ในผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้า

ยังไม่มีการศึกษาที่เพียงพอที่จะประเมินการได้รับยา varenicline ในผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาล่าสุด เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา varenicline ร่วมกับการรักษาโดยให้นิโคตินทดแทนในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีปัญหาทางจิต พบว่า varenicline มีประสิทธิภาพมากขึ้นในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยวัดจากผลทางด้านจิตใจและพฤติกรรม ด้วยเหตุนี้จึงให้ใช้ varenicline เพื่อควบคุมอาการให้ดีขึ้น Stapleton และคณะ ได้ทำการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอาการนอนยาในผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังไม่พบหลักฐานที่จะทำให้มีอาการดังกล่าวเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะซึมเศร้าแย่ลง เมื่อใช้ยา varenicline มากกว่าการรักษาด้วยการให้นิโคตินทดแทน

มีเพียงรายงานเดียวซึ่งศึกษาโดยKohen and Kremen เท่านั้นที่กล่าวถึงผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการช่วง mania เกิดในหนึ่งสัปดาห์หลังจากเริ่มต้นรับประทานยา varenicline โดยอาการจะลดลงหลังหยุดยาไปแล้ว ซึ่งอาการนี้เกิดจาก ยา varenicline ปลดปล่อย catecholamines เช่น dopamine ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่าง cholinergic และ adrenergic ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้เกิดโรคอารมณ์สองขั้วได้

การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากงานวิจัยของ John และคณะ และ Murphy และคณะพบว่าปัญหาที่สำคัญในการจัดการกับการติดนิโคติน คือการป้องกันการกลับมาติดซ้ำ การศึกษาส่วนใหญ่ในผู้สูบบุหรี่ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งและยังเป็นตัวทำนายความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ระยะยาวได้อีกด้วย ยังไม่มีการศึกษาเพียงพอในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้สูบบุหรี่ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แต่พบว่าการใช้ sustained-release bupropion จะช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้สู

บุหรี่ทั้งที่มีและไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการใช้ยาหลอกและแผ่นแปะนิโคตินเพียงอย่างเดียว โดยติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี

ตามแนวทางปฏิบัติทั่วไปสำหรับการเลิกบุหรี่แพทย์จะให้การรักษาเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำแต่ก็ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเองที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยแพทย์จะมีหน้าที่ชี้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่และช่วยแก้ปัญหาที่เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่ (US Public Health Service, 2000) ยังไม่มีหลักฐานข้อมูลสนับสนุนการฝึกทักษะกิจกรรมหรือการรักษาด้วยยาที่ช่วยให้ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จไม่กลับมาสูบบุหรี่อีกซ้ำ นี่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาต่อโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูบบุหรี่รายย่อยที่เคยมีประวัติหรือในปัจจุบันมีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาของ Prochaska และคณะ เป็นที่แน่ชัดว่าทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ทั่วไปรวมถึงผู้สูบบุหรี่ที่มีอาการป่วยทางจิตเวชให้หยุดสูบบุหรี่ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของพวกเขาด้วยการดูแลเป็นพิเศษในช่วงหนึ่งเดือนแรกของการรักษา ทั้งแพทย์และจิตแพทย์ต่างมีวิธีที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่รู้ปัญหาการสูบบุหรี่ของตนเองและมีความนับถือตัวเองมากขึ้นจะทำให้หยุดสูบบุหรี่ได้ การเลิกสูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีการรักษาที่ต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะทางจิตจะต้องได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแพทย์ที่รักษาจะต้องมองในแง่ดีและต้องสร้างแรงจูงใจกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัยและระยะเวลาในการทำวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัยคือ มีนาคม-ธันวาคม 2555

3.2 ประชากรและผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ติดบุหรี่ที่เข้ารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลตำรวจและ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือน มิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2555

ขนาดตัวอย่างและวิธีการคัดเลือก

ขนาดตัวอย่างจำนวน 93 คน

คำนวณจากสูตรของ Cochran กรณีไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน

$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ มีค่าเท่ากับ 0.10

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

เมื่อ p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจหรือสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 คือ 0.407¹⁰

$$n = \frac{0.407 \times (1 - 0.407) \times 1.96^2}{(0.10)^2}$$

$$n = 92.7 \approx 93 \text{ คน}$$

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

ผู้เสพยาติบุหรี่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ สามารถอ่านและเขียนได้ ที่เข้ารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลตำรวจและ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรกและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้เสพยาสูบหรือผู้ที่มีการใช้ยาต้านซึมเศร้าหรือยาคลายกังวล ณ ปัจจุบันหรือหยุดยมนานน้อยกว่า 3 เดือน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.แบบสอบถามข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลการสูบบุหรี่
- 2.แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) เพื่อประเมินระดับการติดยาสูบ
- 3.แบบทดสอบการเสพยาสูบหรือทางสังคมและทางจิตใจหรือนิสัยความเคยชิน
- 4.แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยคัดแปลงจาก Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS-21)

เครื่องมือที่ใช้ในส่วนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้นำมาจากแบบประเมินที่มีชื่อว่า Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS-21) ซึ่งจัดทำขึ้น โดย Psychology Foundation of Australia และ University of New South Wales, Australia และได้มีข้อคำถามใน ส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด อย่างละ 7 ข้อ นอกจากนี้ ผู้จัดทำได้อนุญาตให้นำไปใช้เพื่อการสาธารณสุขประโยชน์ได้โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาต และได้มีการจัดทำขึ้นหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยนี้และนำมาคัดแปลงเพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเท่านั้น ดังนั้นข้อคำถามในแบบประเมินนี้จึงมีเพียง 14 ข้อ และมีการปรับภาษาไทยเพียงเล็กน้อยเพื่อให้มีความเข้าใจได้ง่ายขึ้น และจากการวิจัยของ Henry J.D. และ Crawford J.R.(2005) ที่ได้ทำการศึกษาในประชาชนทั่วไป จำนวน 1,794 คน จากผลสรุปการศึกษา พบว่าแบบประเมินนี้มีความถูกต้องเที่ยงตรงและมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูง¹¹

- 5.โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for Social Science: SPSS version 14.0

3.4 วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตทำการวิจัยที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลตำรวจ และคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2.ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ที่มีรับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่ โดยให้ข้อมูลอธิบาย ตอบข้อสงสัยจนผู้ป่วยเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

- 3.คัดกรองผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมหรือไม่ต่อการวิจัย
- 4.ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลผู้รับบริการ แบบประเมิน Fagerstrom แบบประเมินการติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยตัดแปลงจาก DASS-21
- 5.นำผลการทำแบบประเมินของผู้เข้าร่วมการวิจัยมาแปลผลทางสถิติ

3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical package for social science : SPSS version 14.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยข้อมูลที่ได้รับจะผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนลงรหัสและบันทึกข้อมูล ส่วนข้อมูลทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศและอายุ จะนำเสนอข้อมูลเป็นการแจกแจงความถี่ หার้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Correlation ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยจะวิเคราะห์ผลด้วย Pearson's correlation หากว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) แต่หากว่าข้อมูลไม่ได้มีการกระจายแบบปกติจะทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วย Spearman's correlation statistic

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

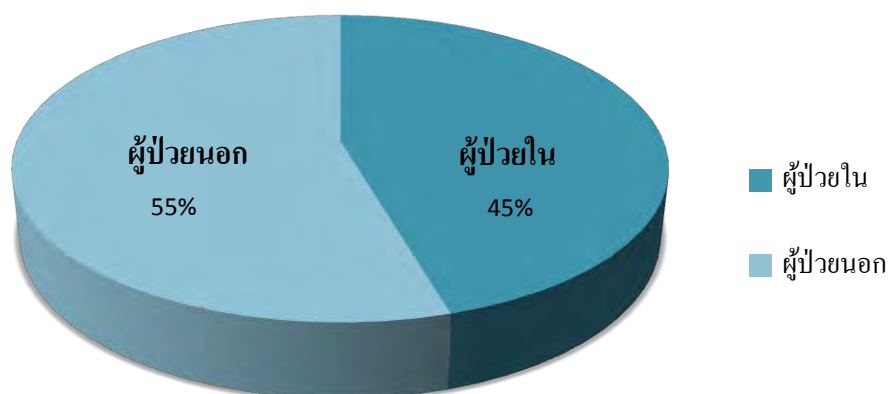
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดจำนวน 104 คน เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยจากโรงพยาบาลตำรวจ 99 คน (ผู้ป่วยนอก 54 คน ผู้ป่วยใน 45 คน) และผู้เข้าร่วมการวิจัยจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 5 คน (ผู้ป่วยนอก 3 คน ผู้ป่วยใน 2 คน)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยจำแนกตามโรงพยาบาลและประเภทผู้ป่วย

โรงพยาบาล	จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย(คน)		
	จำนวนทั้งหมด	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลตำรวจ	99	45	54
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	5	2	3

รูปที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยจากโรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน



ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (86.5%), ระดับการศึกษาจบมัธยมปลายหรือเทียบเท่า (35.0%), รายได้ต่อเดือน 10,000-19,999 บาท (36.9%), มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ (57.7%), ไม่ดื่มสุรา (49.0%), วิธีที่เคยใช้ลดบุหรี่คือ หักดิบ (66.3%), มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (92.3%), อายุที่เริ่มสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยคือ 17.31 ± 5.66 ปี, ระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยคือ 23.79 ± 12.63 ปี, จำนวนครั้งที่ได้พยายามเลิกบุหรี่โดยเฉลี่ย คือ 1.40 ± 1.89 ครั้ง (ตารางที่ 5, 6)

ตารางที่ 5 ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อ	ข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	90	86.5
	หญิง	14	13.5
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	33	32.0
	จบมัธยมต้นหรือเทียบเท่า	14	13.6
	จบมัธยมปลายหรือเทียบเท่า	36	35.0
	จบปริญญาตรี	13	12.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	7	6.8
รายได้ต่อเดือน	น้อยกว่า 10,000 บาท	32	31.1
	10,000 - 19,999 บาท	38	36.9
	20,000 - 29,999 บาท	16	15.5
	30,000 บาทขึ้นไป	17	16.5
ประวัติคนในครอบครัว	มีผู้สูบบุหรี่	60	57.7
	ไม่มีผู้สูบบุหรี่	44	42.3
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	51	49.0
	ดื่มเป็นครั้งคราว	23	22.1
	ดื่มเป็นประจำ	30	28.8
วิธีที่เคยใช้ในการอดบุหรี่	หักดิบ	69	66.3
	ค่อยๆลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ	2	1.9
	ใช้ยา	6	5.8
	อื่นๆ	2	1.9
แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่	มี	96	92.3
	ไม่มี	8	7.7

ตารางที่ 6 ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ตัวแปรต่อเนื่อง)

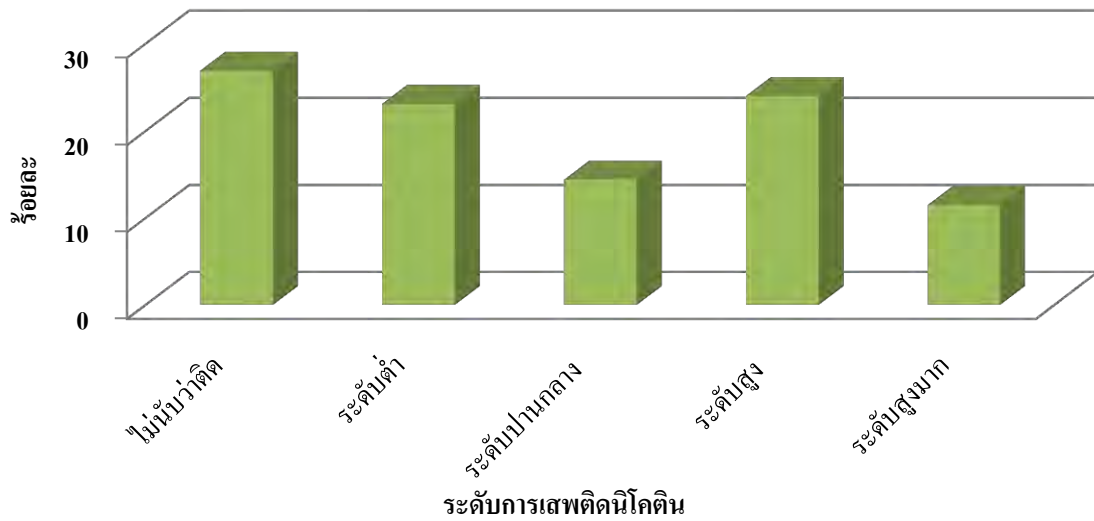
ลำดับที่	ข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย	จำนวน (คน)	สูงสุด	ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	อายุ (ปี)	104	74	18	41.58	14.03
2	อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	103	56	8	17.31	5.66
3	ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)	103	59	1	23.79	12.64
4	จำนวน (ครั้ง) ที่ได้พยายามเลิกบุหรี่	104	10	0	1.40	1.89

4.2 ผลการวิเคราะห์ความรุนแรงของการติดบุหรี่

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนรวมของ Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) อยู่ที่ 0-2 คะแนน (26.9%) รองลงมาคือ 6-7 คะแนน (24.0%), 3-4 คะแนน (23.1%), 5 คะแนน (14.4%) และที่น้อยสุดคือ 8-10 คะแนน (11.5%) (ตารางที่ 7) ส่วนคะแนนการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม จากแบบประเมิน “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยของการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ 2.63 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของการเสพติดบุหรี่ทางสังคมคือ 3.61 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยของการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมคือ 6.23 คะแนน (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 ระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินจากแบบประเมิน FTND ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ระดับการเสพติดนิโคติน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่นับว่าติด (0 – 2 คะแนน)	28	26.9
ระดับต่ำ (3 – 4 คะแนน)	24	23.1
ระดับปานกลาง (5 คะแนน)	15	14.4
ระดับสูง (6 – 7 คะแนน)	25	24.0
ระดับสูงมาก (8 – 10 คะแนน)	12	11.5



รูปที่ 4 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน จากแบบประเมิน FTND

ตารางที่ 8 คะแนนเต็มและคะแนนเฉลี่ยของการเสพติดบุหรี่แบ่งตามการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม

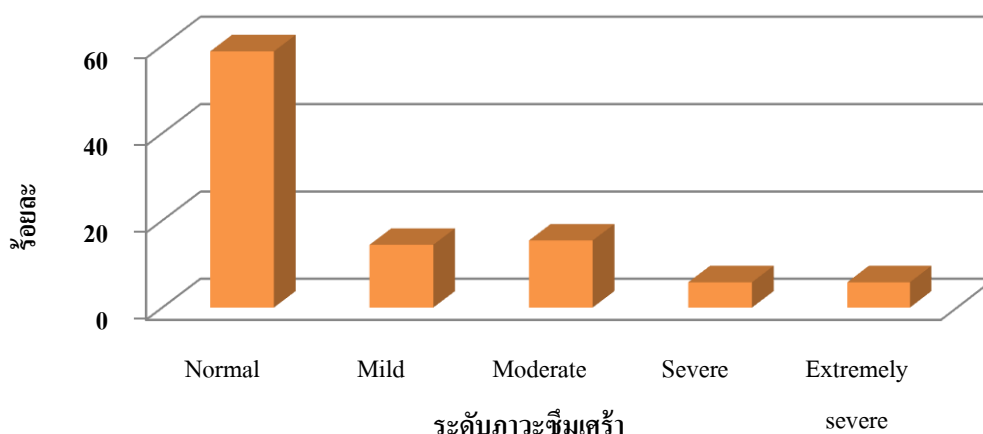
การเสพติดบุหรี่	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ทางจิตใจ	5	2.63	1.3
ทางสังคม	5	3.61	1.24
ทางจิตใจและสังคม	10	6.23	1.97

4.3 ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล

ข้อมูลคะแนนรวมจากแบบประเมิน Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) สามารถแบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยตามระดับของภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลได้ผลดังตารางที่ 10 และ 11 ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะซึมเศร้า (58.7%) รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (15.4%) และมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (14.4%) ในขณะที่ผลของการประเมินภาวะวิตกกังวลพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะวิตกกังวล (36.5%) รองลงมาคือมีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง (26.0%) และมีภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรงมาก (19.2%)

ตารางที่ 9 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมการวิจัย

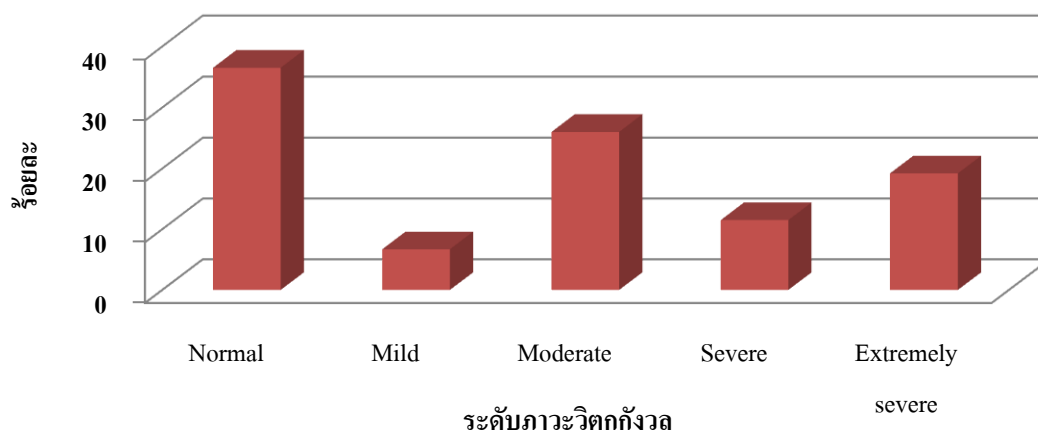
ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Normal (0-9 คะแนน)	61	58.7
Mild depression (10-13 คะแนน)	15	14.4
Moderate depression (14-20 คะแนน)	16	15.4
Severe depression (21-27 คะแนน)	6	5.8
Extremely depression (≥ 28 คะแนน)	6	5.8
รวม	104	100



รูปที่ 5 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก DASS-21

ตารางที่ 10 ระดับภาวะวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Normal(0-7 คะแนน)	38	36.5
Mild anxiety (8-9 คะแนน)	7	6.7
Moderate anxiety(10-14 คะแนน)	27	26.0
Severe anxiety(15-19 คะแนน)	12	11.5
Extremely anxiety (≥ 20 คะแนน)	20	19.2
รวม	104	100



รูปที่ 6 แผนภูมิเปรียบเทียบร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะวิตกกังวล จากแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก DASS-21

ตารางที่ 11 ตารางสรุปคะแนนเต็มและคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน, การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม, ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

แบบประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับความรุนแรง
การเสพติดนิโคติน (FTND)	10	4.39	2.5	ต่ำถึงปานกลาง
การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ	5	2.63	1.3	-
การเสพติดบุหรี่ทางสังคม	5	3.61	1.24	-
การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคม	10	6.23	1.97	-
ภาวะซึมเศร้า (DASS-21)	42	9.17	8.97	ปกติถึงน้อย
ภาวะวิตกกังวล (DASS-21)	42	11.62	7.9	ปานกลาง

4.4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

$$\text{Hypothesis [1]} \rho_{\text{FTND.depression}} = 0$$

$$\text{Hypothesis [2]} \rho_{\text{FTND.anxiety}} = 0$$

$$\text{Hypothesis [3]} \rho_{\text{mentalsocial.depression}} = 0$$

$$\text{Hypothesis [4]} \rho_{\text{mentalsocial.anxiety}} = 0$$

4.4.1 วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ: Correlation

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลโดยใช้สถิติ Pearson's Correlation (N=104)

แบบประเมิน	ภาวะซึมเศร้า			ภาวะวิตกกังวล		
	R	R ²	p-value (2-tailed)	R	R ²	p-value (2-tailed)
การเสพติดนิโคติน (FTND)	+0.209	0.044	0.033*	+0.245	0.060	0.012*
การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ	+0.143	0.020	0.148	+ 0.241	0.058	0.014*
การเสพติดบุหรี่ทางสังคม	+0.237	0.056	0.015*	+ 0.216	0.047	0.028*
การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ และสังคม	+0.221	0.049	0.024*	+0.290	0.084	0.003*

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

จากการวิเคราะห์โดยใช้ Pearson's correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล การเสพติดบุหรี่แบ่งเป็นการเสพติดนิโคตินประเมินจาก FTND, ภาวะเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมจากแบบประเมิน “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลประเมินจากแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก DASS-21 โดยคิดจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 104 คน พบว่าการเสพติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=0.209, p=0.033 และ R=0.245, p=0.012 ตามลำดับ), การเสพติดบุหรี่ทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=0.241, p=0.014), การเสพติดบุหรี่ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=0.237, p=0.015 และ R=0.216, p=0.028 ตามลำดับ), เมื่อนำคะแนนระหว่างการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมมารวมกันพบว่ามีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (R=0.211, p=0.024 และ R=0.290, p=0.003 ตามลำดับ) ส่วนการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจเพียงอย่างเดียวพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=0.143, p=0.148)

บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่าระดับคะแนนการเสพติดนิโคติน (จากแบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence , FTND) และภาวะเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ ความเคยชิน และทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล (จากแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจาก Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไม่รู้ที่ตามผลการศึกษานี้ไม่สามารถระบุทิศทางของความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน และยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น ยังไม่สามารถนำผลที่ได้ไปอ้างอิงใช้ในประชากรส่วนใหญ่ได้เพราะผลการศึกษานี้ได้ทำในผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มหนึ่งเท่านั้น (ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการเลิกบุหรี่ในคลินิก โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) แต่ขณะนี้มีผู้ที่สูบบุหรี่จำนวนมากในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่อาจดำเนินชีวิตอยู่นอกโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษานี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ที่อยู่นอกโรงพยาบาลด้วยเพื่อที่จะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงกับประชากรกลุ่มใหญ่ได้นอกจากนี้ยังพบว่าควรได้มีการควบคุมตัวแปรต่างๆ ซึ่งอาจมีผลเกี่ยวข้องกับสภาวะจิตใจ เช่น การสำรวจถึงอาชีพของผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากพบว่ามีการวิจัยบางส่วนเกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าจากการทำงานในชีวิตประจำวันจึงทำให้สูบบุหรี่ได้ โดยจะพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ทำงานอยู่หน้าคอมพิวเตอร์หรือต้องใช้ความคิดในการทำงานจะเป็นกลุ่มที่มีความเครียดมาก และจะต้องมีเวลาพักออกมาสูบบุหรี่เมื่อเกิดความเครียด นอกจากเรื่องอาชีพแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีผลต่อการแปลผลข้อมูล เช่น ปัญหาครอบครัว ได้แก่ ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว หรือสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เช่น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นชุมชนแออัด รวมถึงการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมาอยู่ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็อาจจะมีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลจากการที่ต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการแปลผลงานวิจัยได้ทั้งสิ้น

ผู้วิจัยได้เสนอแนะถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่พบภาวะซึมเศร้าเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้านั้น ดังนี้ การออกกำลังกาย ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง เดิน ว่ายน้ำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละประมาณ 30 นาที, การรับประทานอาหารและการขับถ่ายควรรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมทั้ง 5 หมู่ ให้ครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะการรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลาการรับประทานผักและผลไม้สด ทำให้สุขภาพร่างกายสดชื่นและมีระบบขับถ่ายที่ดี, สร้างเสียงหัวเราะให้ตัวเองโดยดูภาพยนตร์ตลกหรืออ่านหนังสือการ์ตูนขำขัน, พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ เล่าเรื่องให้ผู้อื่นฟังจะช่วยลดความฟุ้งซ่าน ทั้งยังได้ข้อคิดและเรียนรู้ว่าความทุกข์ไม่ได้เกิดขึ้นกับเราเพียงคนเดียว, มองโลกในแง่ดี ทำให้

ค้นพบแนวทางในการแก้ไขปัญหา, อย่าตั้งเป้าหมายในการทำงานและการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป การกระตุ้นตนเองมากเกินไปกลับยิ่งจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่ที่ทำไมไม่ได้อย่างที่หวัง

ผู้วิจัยได้เสนอแนะถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่พบภาวะวิตกกังวล เพื่อบรรเทาภาวะวิตกกังวลนั้น ดังนี้ การฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก, พูดคุยกับคนที่รับฟัง, ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิ

โดยสรุปจากการศึกษานี้ พบว่ามีความเป็นไปได้ที่การติดบุหรี่ทั้งการติดนิโคติน และการติดบุหรี่ทางจิตใจและสังคมจะมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไปในกลุ่มประชากรจำนวนมากขึ้น โดยควบคุมตัวแปรร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจทำให้ทราบระดับความสัมพันธ์ได้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อนำผลที่ได้ไปพิจารณาการใช้อย่างด้านซึมเศร้าหรือวิตกกังวลหรือพฤติกรรมบำบัดเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ และอาจทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น

รายการอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ปรีกษ์งาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรถเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2552. หน้า 47-9. เข้าถึงได้จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report1_5.pdf
2. ศิริวรรณพิทยรังสฤษฎ์ และคณะ. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2552. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). 2552. หน้า 2. เข้าถึงได้จาก: [http://www.trc.or.th/th/library/tobacco_info/tobaccoInfo%20\(1\)/CH01.pdf](http://www.trc.or.th/th/library/tobacco_info/tobaccoInfo%20(1)/CH01.pdf)
3. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (eds), Smoking and Oral tobacco use, Comparative Quantification of Health Risks, Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors, WHO: Geneva, 2004.
4. แพทย์หญิง วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่ พ.ศ. 2546. เข้าถึงได้จาก :<http://dpc9.ddc.moph.go.th/group/ncd/RESEARCH/smoking-cessation1.pdf>
5. Pratt LA, Brody DJ. Depression and smoking in the U.S. household population aged 20 and over, 2005-2008. NCHS Data Brief. 2010;34(34):1-8.
6. Lawrence, D., Considine, J., Mitrou, F. & Zubrick, SR., (2010), Anxiety disorders and cigarette smoking: results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 44, pp. 520-527.
7. Glassman, A. H. (1993). Cigarette-Smoking—Implications for psychiatric illness. American Journal of Psychiatry, 150, 546—553.
8. Mykletun, A., Overland, S., Aaro, L. E., Liabo, H. M., & Stewart, R. (2008). Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. European Psychiatry, 23(2), 77—84.
9. Dierker, L., & Donny, E. (2008). The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults. Nicotine & Tobacco Research, 10(3), 439—446.
10. Hebert KK, Cummins SE, Hernandez S, Tedeschi GJ, Zhu. SH. Current major depression among smokers using a state quitline. Am J Prev Med 2011; 40: 47– 53.

11. Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS–21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239.

12. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พืชภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์; 2552.

13. กรองจิต วาทีสาชกกิจ. ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2552.

14. มาโนชหล่อตรกุล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555: หน้า 174

15. เกษม ต้นติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.

16. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546: หน้า 7

17. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2542.

18. จำลอง ดิษขวนิช. การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2531.

19. Ischaki E, Gratziou C. Smoking and depression: Is smoking cessation effective? *TherAdvRespir Dis*. 2009 Feb;3(1):31-8.

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบการเสพติดบุหรี่ทางสังคมและทางจิตใจหรือนิสัยความเคยชิน

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

ตอนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลผู้มารับบริการ แบ่งย่อยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ อายุ ประเภทผู้ป่วย(ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน) เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สาขาวิชา รายได้ต่อเดือน ประวัติคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว สาเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน ระยะเวลาอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยใน การใช้ยาต้านซึมเศร้า ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบในหนึ่งวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่หรือไม่ เคยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ วิธีลดบุหรี่ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

ตอนที่ 2: แบบประเมินระดับการเสพติดนิโคติน โดยใช้แบบประเมิน Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ โดยระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินจะแปรผันตามระดับคะแนนที่ได้ คือคะแนนมากแสดงถึงการเสพติดนิโคตินมากตามไปด้วย รายละเอียดของคำถามและตัวเลือกมีดังนี้

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด

ก. สูบทันทีหลังตื่นนอนหรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที (3 คะแนน)

ข. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาทีแต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)

ค. สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)

ง. สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)

2. คุณรู้สึกอย่างไรหากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นเวลานานเช่นในห้องสมุดหรือโรงภาพยนตร์

ก. หงุดหงิดคืออด (1 คะแนน)

ข. เฉยๆ (0 คะแนน)

3. ในแต่ละวันบุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด

ก. มวนแรกที่สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)

ข. มวนไหนๆก็เหมือนกัน (0 คะแนน)

4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน

ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)

ข. 21-30 มวน (2 คะแนน)

ค. 11-20 มวน (1 คะแนน)

ง. ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)

5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆของวันใช่หรือไม่

ก. ใช่ (1 คะแนน)

ข. ไม่ใช่ (0 คะแนน)

6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลาคุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่

ก. ต้องการ (1 คะแนน)

ข. ไม่ต้องการ (0 คะแนน)

การประเมินผล :	8-10 คะแนน	แสดงว่าติดยาโคตินในระดับสูงมาก
	6-7 คะแนน	แสดงว่าติดยาโคตินในระดับสูง
	5 คะแนน	แสดงว่าติดยาโคตินในระดับปานกลาง
	3-4 คะแนน	แสดงว่าติดยาโคตินในระดับต่ำ
	0-2 คะแนน	ไม่นับว่าติดยาโคติน

ตอนที่ 3 : แบบทดสอบการเสพติดบุหรี่ทางสังคมและทางจิตใจหรือนิสัยความเคยชินโดยประเมินจากการเลือกข้อความที่ตรงกับผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ทุกข้อที่ตรงกับตนเอง ซึ่งสามารถตอบได้มากที่สุด 10 ข้อ โดยในแบบสอบถามนี้จะแบ่งสาเหตุที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงติดบุหรี่อยู่ออกเป็น 2 สาเหตุหลัก ได้แก่

1. ติดบุหรี่จากภาวะการเสพติดทางจิตใจหรือความเคยชิน ซึ่งมีสัญลักษณ์ที่ใช้เป็นรูปวงกลม (○)

รายละเอียดของคำถามมีดังนี้

- บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไหร่
- ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ้นออกมา
- ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่นการสัมผัสบุหรี่ และการ ได้จุดไฟแช็ค
- ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉันหรือหลังอาหาร
- ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ

2. ติดบุหรี่จากภาวะการเสพติดทางสังคม ซึ่งมีสัญลักษณ์ที่ใช้เป็นรูปสามเหลี่ยม (△) รายละเอียดของ

คำถามมีดังนี้

- ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
- การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
- เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
- ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉัน โกรธหรือทุกข์ใจ
- การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันผ่อนคลายในเวลาที่ยังต้องยุ่ง

การแปลผล:เกณฑ์ในการประเมินว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยติดบุหรี่เนื่องมาจากสาเหตุใดนั้น ดูจากจำนวนสัญลักษณ์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบมากที่สุด ดังนี้

- ถ้าตอบได้สัญลักษณ์วงกลมมากที่สุดแสดงว่าผู้สูบบุหรี่มีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่เนื่องจากรู้สึกเครียด เป็นทุกข์ หรือกระวนกระวายใจ เมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกสบายใจ มีชีวิตชีวาขึ้น ดังนั้นอาจช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้โดยให้ผู้ป่วยหากิจกรรมอื่นๆทำเมื่อเกิดความเครียด แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายจิตใจเมื่อมีความเครียด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำเพื่อเปลี่ยนความเคยชิน เช่นการแปรงฟันหลังอาหารแทนการสูบบุหรี่ เป็นต้น
- ถ้าตอบได้สัญลักษณ์สามเหลี่ยมมากที่สุดแสดงว่าผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่เพราะความเคยชิน หรือมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น ต้องสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเสร็จ หรือภายหลังดื่มกาแฟตอนเช้า หรือระหว่างโทรศัพท์ หรือเมื่อเข้าบ้าน และนั่งที่เก้าอี้ตัวโปรด

ตอนที่ 4: แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าจำนวน 7 ข้อและวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อโดยคำถามเหล่านั้นให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเลือกข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด ในช่วง สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งระดับความรู้สึกออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย, ตรงกับข้าพเจ้าบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง, ตรงกับข้าพเจ้าหรือเกิดขึ้นบ่อยและตรงกับข้าพเจ้ามากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด

โดยรายละเอียดของคะแนนมีดังนี้

- ถ้าตอบว่าไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลยในข้อนั้น เท่ากับ 0 คะแนน
- ถ้าตอบว่าตรงกับข้าพเจ้าบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้งในข้อนั้น เท่ากับ 1 คะแนน
- ถ้าตอบว่าตรงกับข้าพเจ้าหรือเกิดขึ้นบ่อยในข้อนั้น เท่ากับ 2 คะแนน
- ถ้าตอบว่ามีตรงกับข้าพเจ้ามากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุดข้อนั้น เท่ากับ 3 คะแนน

ผลคะแนนรวมจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ คะแนนรวมของภาวะวิตกกังวลโดยมีคะแนนสูงสุดคือ 21คะแนนและคะแนนรวมของภาวะซึมเศร้าโดยมีคะแนนสูงสุดคือ 21 คะแนนแต่เนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามฉบับย่อจากฉบับเต็ม คือ DASS-42 ดังนั้นการประเมินคะแนนจึงต้องนำคะแนนรวมมาคูณด้วยสองอีกครั้งหนึ่ง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คะแนนรวมของภาวะวิตกกังวลมีคะแนนสูงสุดคือ 42คะแนนและคะแนนรวมของภาวะซึมเศร้ามีคะแนนสูงสุดคือ 42 คะแนน และทำการแปรผลตามตารางดังนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลจากแบบประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่คัดแปลงมาจาก DASS-21

ภาวะวิตกกังวล	ภาวะซึมเศร้า	การแปลผล
0-7คะแนน	0-9 คะแนน	ไม่มีอาการของภาวะวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า
8-9คะแนน	10-13คะแนน	มีอาการของวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
10-14คะแนน	14-20คะแนน	มีอาการของวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
15-19คะแนน	21-27คะแนน	มีอาการของวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง
≥20คะแนน	≥28คะแนน	มีอาการของวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก

ตัวอย่างแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดบุหรี่และภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล โดยประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของอาสาสมัคร

ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบการเสพติดบุหรี่ทางสังคมและทางจิตใจหรือนิสัยความเคยชิน

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยคัดแปลงจาก DASS-21

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของอาสาสมัคร

วันที่..... ปี

CODE ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย อายุ ปี

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

เพศ 1) ชาย 2) หญิง น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร

ระดับการศึกษา 1) ต่ำกว่ามัธยมศึกษา 2) จบมัธยมต้นหรือเทียบเท่า 3) จบมัธยมปลายหรือเทียบเท่า

4) จบปริญญาตรี 5) สูงกว่าปริญญาตรี

คณะ/สาขาวิชา _____

รายได้ต่อเดือน 1) <10,000 บาท 2) 10,000 – 19,999 บาท 3) 20,000 - 29,999 บาท

4) 30,000 บาทขึ้นไป

ท่านมีประวัติคนในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่

1) มี

2) ไม่มี

1. ข้อมูลสุขภาพ

- ท่านมีโรคประจำตัวใดต่อไปนี้หรือไม่(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

1) ไม่มี 2) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3) โรคความดันโลหิตสูง 4) ไ้มนในเลือดผิดปกติ 5) โรคเบาหวาน

6) โรคตับ 7) โรคไต 8) โรคทางเดินหายใจ

9) โรคทางระบบประสาท (โปรดระบุ.....)

10) มีประวัติได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง

11) อื่นๆ โปรดระบุ.....

สาเหตุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (เฉพาะผู้ป่วยใน)

ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล (เฉพาะผู้ป่วยใน)

ท่านเคยใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าในอดีตหรือไม่

1) ไม่เคย 2) เคย โปรรระบุชื่อยา.....

ท่านเคยใช้ยารักษาอาการวิตกกังวลในอดีตหรือไม่

1) ไม่เคย 2) เคย โปรรระบุชื่อยา.....

ท่านมียาที่รับประทานเป็นประจำในขณะนี้หรือไม่ 1) ไม่มี 2) มี โปรรระบุชื่อยา

ประวัติการแพ้ยา 1) ไม่มี 2) มี โปรรระบุ.....

ประวัติการดื่มสุรา 1) ไม่ดื่ม 2) ดื่มเป็นครั้งคราว 3) ดื่มเป็นประจำครั้ง/สัปดาห์

2. ข้อมูลการสูบบุหรี่

- อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ปี (โดยประมาณ ถ้าหากว่าไม่สามารถระบุได้แน่นอน)

- เพราะเหตุใดท่านจึงเริ่มสูบบุหรี่

1) สูบตามเพื่อนหรือคนใกล้ชิด 2) อยากรู้รสชาติ 3) อยากผ่อนคลายความเครียด
 4) รู้สึกว่าการสูบบุหรี่ทำให้ตนเองดูดี 5) อื่นๆ โปรรระบุ.....

- ท่านสูบบุหรี่วันละมวน

- ท่านสูบบุหรี่มานาน ปี (โดยประมาณ ถ้าหากว่าไม่สามารถระบุได้แน่นอน)

- ปัจจุบันท่าน สูบบุหรี่อยู่ เลิกสูบแล้ว..... วัน/เดือน/ปี

- ท่านเคยเลิกสูบบาก่อนหรือไม่

1) ไม่เคย

2) เคยแล้ว , จำนวนครั้งที่ได้พยายามเลิกสูบบุหรี่.....ครั้ง (โดยประมาณ ถ้าหากว่าไม่สามารถระบุได้แน่นอน)

- ระยะเวลาสั้นที่สุดที่สามารถอดบุหรี่ได้วัน / เดือน / ปี

- วิธีใดที่ท่านเคยใช้เพื่อช่วยให้อดบุหรี่ได้

- 1) หักดิบ
 2) ค่อยๆลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ
 3) ใช้น้ำยา (ระบุนชนิดยา),
 4) อื่นๆ โปรรระบุ

- ท่านสามารถระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งที่ผ่านมาได้หรือไม่

- แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้คืออะไร

ตอนที่ 2 แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence)

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด
 - ก. ภายในเวลาไม่เกิน 5 นาทีหลังตื่นนอน
 - ข. ไม่เกินครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน
 - ค. เกินครึ่งชั่วโมง แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
 - ง. เกิน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน
2. บุหรี่มวนใดที่หากว่าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด
 - ก. มวนแรกที่สูบในตอนเช้า
 - ข. มวนไหนๆก็เหมือนกัน
3. คุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2 – 3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆของวันใช่หรือไม่
 - ก. ใช่
 - ข. ไม่ใช่
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป
 - ข. 21-30 มวน
 - ค. 11-20 มวน
 - ง. ไม่เกิน 10 มวน
5. คุณรู้สึกอย่างไรหากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ๆห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาาน เช่น ในห้องสมุดหรือโรงพยาบาล
 - ก. หงุดหงิด อึดอัด
 - ข. เฉยๆ
6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่
 - ก. ต้องการ
 - ข. ไม่ต้องการ

คะแนนรวม.....คะแนน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบการเสพติดบุหรี่ทางสังคมและทางจิตใจหรือนิสัยความเคยชิน

ขีด ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ

- บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไร
- การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
- ฉันสูบบุหรี่ เพราะมันช่วยให้คิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
- ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่ เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมา
- ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่น การสัมผัสบุหรี่ และการได้จุดไฟแช็ค
- เวลาที่รู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
- ฉันสูบบุหรี่เมื่อโกรธหรือทุกข์ใจ
- ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉันหรือหลังอาหาร
- ฉันรู้สึกสบายหรืออุ่นใจมากกว่า เมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
- การสูบบุหรี่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ตึงเครียด

ผลคะแนน นับจำนวนสัญลักษณ์ที่เลือก

คะแนนรวม = =

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยดัดแปลงจากDASS-21

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ จากนั้นวงกลมล้อมรอบหมายเลข 0, 1, 2 หรือ 3 เพื่อระบุข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ไม่ควรใช้เวลานานในแต่ละข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน*:	
0	ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย
1	ตรงกับข้าพเจ้าบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
2	ตรงกับข้าพเจ้าหรือเกิดขึ้นบ่อย
3	ตรงกับข้าพเจ้ามากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด
*หมายเหตุ: 0 หมายถึง เหตุการณ์นี้ไม่เคยเกิดขึ้นในรอบสัปดาห์, 1 หมายถึง เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นบ้าง 1-3 ครั้ง/สัปดาห์, 2 หมายถึง เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นบ่อย 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ และ 3 หมายถึง เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นบ่อยมาก 6-7 ครั้ง/สัปดาห์	

1	A	ข้าพเจ้ารู้สึกได้ว่าข้าพเจ้าปากแห้ง(เช่น คอแห้ง,ริมฝีปากแห้ง, น้ำลายน้อย) (I was aware of dryness of my mouth)	0	1	2	3
2	D	ข้าพเจ้าไม่สามารถมีความรู้สึกดีได้เลย (I couldn't seem to experience any positive feeling at all)	0	1	2	3
3	A	ข้าพเจ้าหายใจลำบาก (เช่นหายใจเร็วขึ้นผิดปกติ หายใจไม่ออก แม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย) (I experienced breathing difficulty e.g. excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3
4	D	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าเริ่มลงมือทำสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก (I found it difficult to work up the initiative to do things)	0	1	2	3
5	A	ข้าพเจ้ามีอาการสั่น (เช่นที่มือทั้งสองข้าง) (I experienced trembling e.g. in the hands)	0	1	2	3
6	A	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนกและกระทำสิ่งใดโดยมิได้คิด (I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself)	0	1	2	3
7	D	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าไม่มีเป้าหมาย(เช่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีเป้าหมายใดๆเลย)	0	1	2	3

		(I felt that I had nothing to look forward to)				
8	D	ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่และเศร้าซึม (I felt down-hearted and blue)	0	1	2	3
9	A	ข้าพเจ้ารู้สึกคล้ายกับมีอาการตื่นตระหนก (I felt I was close to panic)	0	1	2	3
10	D	ข้าพเจ้าไม่สามารถรู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด (I was unable to become enthusiastic about anything)	0	1	2	3
11	D	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า (I felt I wasn't worth much as a person)	0	1	2	3
12	A	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในขณะที่ ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือ หยุดเต้น) (I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion e.g. sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
13	A	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลที่ดีพอรองรับ (I felt scared without any good reason)	0	1	2	3
14	D	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย (I felt that life was meaningless)	0	1	2	3

	A	D
คะแนน		
x2		

เก็ชกรผู้ประเมิน

ภาคผนวก ข

CODE BOOK

ตัวแปรที่ 1 ID 1-107

ตัวแปรที่ 2 hospital โรงพยาบาล

Coding: 1 = โรงพยาบาลตำรวจ

2 = โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรที่ 3 patient ประเภทผู้ป่วย

Coding: 1 = ผู้ป่วยใน

2 = ผู้ป่วยนอก

ตัวแปรที่ 4 male เพศ

Coding: 0 = หญิง

1 = ชาย

ตัวแปรที่ 5 age อายุ(ปี)

ตัวแปรที่ 6 study ระดับการศึกษา

Coding: 1 = ต่ำกว่ามัธยมศึกษา

2 = จบมัธยมต้นหรือเทียบเท่า

3 = จบมัธยมปลายหรือเทียบเท่า

4 = จบปริญญาตรี

5 = สูงกว่าปริญญาตรี

ตัวแปรที่ 7 income รายได้ต่อเดือน

Coding: 1 = <10,000 บาท

2 = 10,000 – 19,999 บาท

3 = 20,000 – 29,999 บาท

4 = 30,000 บาทขึ้นไป

ตัวแปรที่ 8 family ประวัติคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่

Coding: 0 = ไม่มี

1 = มี

ตัวแปรที่ 9 none ไม่มีโรคประจำตัว

Coding: 0 = มีโรคประจำตัว

1 = ไม่มีโรคประจำตัว

ตัวแปรที่ 10 MI โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Coding: 0 = ไม่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1 = มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ตัวแปรที่ 11 HTN โรคความดันโลหิตสูง

Coding: 0 = ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง

1 = มีโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรที่ 12 dyslipidemia โรคไขมันในเลือดผิดปกติ

Coding: 0 = ไม่มีโรคไขมันในเลือดผิดปกติ

1 = มีโรคไขมันในเลือดผิดปกติ

ตัวแปรที่ 13 DM โรคเบาหวาน

Coding: 0 = ไม่มีโรคเบาหวาน

1 = มีโรคเบาหวาน

ตัวแปรที่ 14 liver โรคตับ

Coding: 0 = ไม่มีโรคตับ

1 = มีโรคตับ

ตัวแปรที่ 15 renal โรคไต

Coding: 0 = ไม่มีโรคไต

1 = มีโรคไต

ตัวแปรที่ 16 respiratory โรคทางเดินหายใจ

Coding: 0 = ไม่มีโรคทางเดินหายใจ

1 = มีโรคทางเดินหายใจ

ตัวแปรที่ 17 neural โรคทางระบบประสาท

Coding: 0 = ไม่มีโรคทางระบบประสาท

1 = มีโรคทางระบบประสาท

ตัวแปรที่ 18 trauma ประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง

Coding: 0 = ไม่มีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง

1 = มีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง

ตัวแปรที่ 19 else โรคอื่นๆ

Coding: 0 = ไม่มีโรคอื่นๆ

1 = มีโรคอื่นๆ

ตัวแปรที่ 20 ประวัติการแพ้ยา

Coding: 0 = ไม่มีประวัติการแพ้ยา

1 = มีประวัติการแพ้ยา

ตัวแปรที่ 21 alcohol ประวัติการดื่มสุรา

Coding: 0 = ไม่ดื่ม

1 = ดื่มเป็นครั้งคราว

2 = ดื่มเป็นประจำ

ตัวแปรที่ 22 start อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)

causeสาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่

ตัวแปรที่ 23 สูบตามเพื่อนหรือคนใกล้ชิด

Coding: 0 = ใช่

1 = ไม่ใช่

ตัวแปรที่ 24 อยากรู้อยากลอง

Coding: 0 = ใช่

1 = ไม่ใช่

ตัวแปรที่ 25 อยากผ่อนคลายความเครียด

Coding: 0 = ใช่

1 = ไม่ใช่

ตัวแปรที่ 26 รู้สึกว่าการสูบบุหรี่ทำให้ตนเองดูดี

Coding: 0 = ใช่

1 = ไม่ใช่

ตัวแปรที่ 27 อื่นๆ

Coding: 0 = ใช่

1 = ไม่ใช่

ตัวแปรที่ 28 duration ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)

ตัวแปรที่ 29 สูบบุหรี่วันละ (มวน)

ตัวแปรที่ 30 cessation เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่

Coding: 0 = ไม่เคย

ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป = จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปรที่ 31 method วิธีอดบุหรี่

Coding: 1 = หักดิบ

2 = ค่อยๆลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ

3 = ไร้ยา

4 = อื่นๆ

ตัวแปรที่ 32 motivation แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

Coding: 0 = ไม่มีแรงจูงใจ, ไม่ได้ระบุ

1 = มีแรงจูงใจ

ตัวแปรที่ 33 คะแนนของภาวะซึมเศร้าแบบประเมิน DASS-21

ตัวแปรที่ 34 คะแนนของภาวะวิตกกังวลแบบประเมิน DASS-21

ตัวแปรที่ 35 stage depression ระดับอาการของโรคซึมเศร้า

Coding: 0 = 0-9 คะแนน ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า

1 = 10-13 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

2 = 14-20 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

3 = 21-27 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

4 = ≥ 28 คะแนน มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก

ตัวแปรที่ 36 stage anxiety ระดับอาการของภาวะวิตกกังวล

Coding: 0 = 0-7 คะแนน ไม่มีอาการของภาวะวิตกกังวล

1 = 8-9 คะแนน มีอาการของภาวะวิตกกังวลระดับน้อย

2 = 10-14 คะแนน มีอาการของภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง

3 = 15-19 คะแนน มีอาการของภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรง

4 = ≥ 20 คะแนน มีอาการของภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรงมาก

ตัวแปรที่ 37 FTND คะแนนระดับการติดนิโคติน คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ตัวแปรที่ 38 ระดับการติดนิโคติน

Coding: 0 = 0-2 คะแนน ไม่นับว่าติดสารนิโคติน

1 = 3-4 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินในระดับต่ำ

2 = 5 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินในระดับปานกลาง

3 = 6-7 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูง

4 = 8-10 คะแนน แสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูงมาก

ตัวแปรที่ 39 mental จำนวนข้อของการติดบุหรี่ทางภาวะจิตใจในแบบสอบถามทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่

ตัวแปรที่ 40 social จำนวนข้อของการติดบุหรี่ทางสังคมในแบบสอบถามทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่