

## ผลการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอสฉบับปรับปรุง

(Modified PAS Model) โดยเภสัชกรชุมชน

### The Outcomes of Modified PAS Model in Smoking Cessation Service by Community Pharmacist

ศิวรินทร์ ทองวัตร ภ.ม.

Siwarin Thongwat M.pharm

สมชาย สุริยะไกร ภ.ม.

Somchai Suriyakrai M.pharm

หนึ่งฤทัย สุกใส ภ.ม.

Nungruthai Sooksai M.pharm

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง (Modified PAS model) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) ประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาแก่ชุมชนใกล้ร้านยา 2) อภิปรายรูปแบบการให้บริการแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 3) ให้บริการเลิกบุหรี่และ 4) ติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่ร้านยา ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษาในชุมชนศูนย์แพทย์มิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมี 15 ชุมชนย่อย สุ่มชุมชนย่อยเพื่อรับบริการ Modified PAS model โดยทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาแก่ชุมชนกลุ่มทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อภิปรายรูปแบบ การให้บริการ ให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่และติดตามผลการเลิกบุหรี่สัปดาห์ที่ 1 2 3 4 เดือนที่ 2 และ 3 หลังวันเลิกบุหรี่ที่ร้านยา เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่จากชุมชนควบคุมที่สมัครใจ เข้าร่วมการศึกษาและสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์

พบผู้ต้องการรับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยา 22 คน หลังทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในพื้นที่เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจากชุมชนใกล้เคียงจำนวน 46 คน ผลการศึกษาพบว่า การเลิกสูบบุหรี่แบบต่อเนื่อง (Continuous abstinence) การเลิกสูบบุหรี่หลังระยะพ่นฝืน (Prolonged abstinence) และการเลิกบุหรี่ตลอด 28 วัน ก่อนวันประเมินผล (28-day Point prevalence abstinence) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคิดเป็น ร้อยละ 18.2 และ 2.2 ( $p = 0.04$ ) 40.9 และ 8.7 ( $p = 0.003$ ) 50.0 และ 17.4 ( $p = 0.005$ ) ตามลำดับ กลุ่มทดลองพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยาเป็นอย่างมาก จึงสรุปได้ว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับบริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเหมาะสมที่จะนำไปใช้เพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาโดยเภสัชกรชุมชน

#### Abstract

The aim of the study was to determine the outcomes of Modified PAS model: a smoking cessation service by community pharmacist. This model is composed of four steps, i.e. 1) active promotion of smoking cessation service in community pharmacy to communities close to community pharmacy 2) discussion the service with smokers willing to quit smoking 3) intensive tobacco-dependence intervention and 4) follow-

up session. A quasi-experimental study was conducted. The setting was Mitraparp medical center community, consisting of 15 subcommunities, in Mueang Khon Kaen district. The Modified PAS model was assigned to intervention communities by simple random sampling. The intervention process was active promotion of smoking cessation service by community pharmacy during first 2 weeks, discussion the service with smokers willing to quit smoking, intensive tobacco-dependence intervention and follow-up weekly for 4 weeks, then every month for 3 months. The control group, smokers in control communities, were followed-up with the same schedule by phone calls. The abstinence rates were compared between two groups.

In intervention group, 22 smokers were willing to quit smoking during the 2-week active promotion period. The 46 smokers from nearby communities were in control group. The continuous abstinence, prolonged abstinence and 28-day point prevalence abstinence rate in intervention and control group were 18.2 % and 2.2 % ( $p = 0.04$ ), 40.9 % and 8.7% ( $p = 0.003$ ), 50.0 % and 17.4 % ( $p = 0.005$ ) respectively. The intervention group expressed strongly satisfaction with smoking cessation service by community pharmacist. In conclusion, this study reveals that abstinence rates in intervention group are significantly greater than control group. In addition, community pharmacists should provide the Modified PAS model to assist smokers willing to quit smoking.

#### ประเด็นสำคัญ-

บริการเลิกบุหรี่ รูปแบบพีเอเอส  
เภสัชกรชุมชน

#### Keywords

Smoking Cessation Service, Modified PAS Model  
Community Pharmacist

### บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกมากกว่า 1 พันล้านคน<sup>(1)</sup> และพบว่า 6 ใน 8 สาเหตุการตายสูงสุดทั่วโลก เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2550 ถึง 10.8 ล้านคน<sup>(2)</sup> และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่สามของชายไทย<sup>(3)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าในปีดังกล่าว รัฐบาลจะสูญเสียงบประมาณเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 3 โรครวมกัน (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจอุดตันและมะเร็งปอด) ประมาณ 49,430 ล้านบาท<sup>(4)</sup>

ปีพ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอ นโยบาย MPOWER package เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของยาสูบและลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากยาสูบ นโยบายดังกล่าวประกอบด้วย 6 นโยบายหลักที่สำคัญ

ที่จะช่วยให้ประเทศสมาชิกสามารถบรรลุกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework convention on tobacco control) และหนึ่งในนโยบายหลัก คือ การให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ (Offer help to quit tobacco use)<sup>(1)</sup> แต่จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับสถานะของการปฏิบัติการลดการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ปี 2551พบว่าผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถซื้อยาอดบุหรี่ได้ แต่การช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่ชาวไทยที่ต้องการเลิกแทบจะไม่มีเลย<sup>(5)</sup>

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาที่เรียกว่า Pharmacists' action on smoking (PAS model) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยาแบบเฉพาะราย

ประกอบด้วย การให้บริการ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่ในร้านยา 2) เมื่อพบผู้ต้องการเลิกบุหรี่ จึงทำการอภิปรายการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาให้ทราบ 3) สัมภาษณ์และประเมิน เพื่อพิจารณาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม และ 4) กำหนดวันนัดติดตามผลที่แน่นอน จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการเลิกสูบบุหรี่โดย PAS model กับรูปแบบการให้บริการแบบปกติ ซึ่งทำการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trail) (PAS : n = 265, control = 219) พบว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับบริการ PAS model สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ที่ 12 เดือน จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า รูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาที่มีประสิทธิภาพ ในการช่วยผู้มารับบริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ<sup>(10)</sup>

จากการศึกษากิจกรรมและการรับรู้บทบาทการให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชน พบว่าเภสัชกรชุมชนมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ ในการควบคุมยาสูบเป็นอย่างมาก ขณะที่ค่าตอบแทนในการให้ความช่วยเหลือ และเวลาไม่ได้เป็นอุปสรรคในการทำงานแต่อย่างใด<sup>(8)</sup> อีกทั้งร้านยาเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปและมีความน่าเชื่อถือ<sup>(6)</sup> เปิดให้บริการหลายชั่วโมงต่อวัน<sup>(7)</sup> ทั้งหมดนี้ล้วนแสดงให้เห็นว่า เภสัชกรชุมชนมีความเหมาะสมและเป็นไปได้อย่างมากในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญในการให้บริการนั้น คือ การที่ผู้สูบบุหรี่ไม่สนใจรับบริการเลิกบุหรี่ อาจเนื่องจากผู้รับบริการไม่ทราบว่า มีบริการดังกล่าว ในร้านยา และการประชาสัมพันธ์ แจ้งให้ประชาชนทราบถึงบริการดังกล่าวค่อนข้างน้อย<sup>(8, 9)</sup>

ทั้งนี้ คทาและคณะ<sup>(9)</sup> ได้อภิปรายวิธีแก้ไขอุปสรรคดังกล่าวไว้ว่า เภสัชกรควรเปิดบทบาทในเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ อันนำไปสู่การเปิดบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่ และเป็นการเพิ่มโอกาสในการดูแลผู้รับบริการที่สูบบุหรี่

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงรูปแบบการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ PAS model เดิมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนการบริการขั้นตอนแรกด้วยการประชาสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่เชิงรุกในชุมชน และนำอภิปรายรูปแบบการให้บริการในชุมชนแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model นี้ว่ามีผลต่ออัตราการเลิกบุหรี่มากขึ้นน้อยเพียงใด โดย

1. Modified PAS model หมายถึง การให้บริการเลิกสูบบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน โดยเภสัชกรมีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ การให้บริการการเลิกสูบบุหรี่เชิงรุกในชุมชน อภิปรายรูปแบบการให้บริการในชุมชนแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่และเชิญชวน เพื่อเข้ารับบริการเลิกสูบบุหรี่ สัมภาษณ์และประเมิน เพื่อพิจารณาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสม และกำหนดวันนัดติดตามผลที่แน่นอน

2. การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) ตั้งแต่วันกำหนดเลิกบุหรี่เป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน

3. การเลิกสูบบุหรี่หลังระยะผ่อนผัน (Prolonged abstinence) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) หลังระยะผ่อนผัน 2 สัปดาห์ (Grace period) จนครบ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่

4. การเลิกบุหรี่ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผล (28-day Point prevalence abstinence) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผล

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบมีกลุ่มควบคุม

1. ประชากร หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยในเขตเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนศูนย์แพทย์มีตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง

จ.ขอนแก่น ซึ่งประกอบไปด้วย 15 ชุมชนย่อย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีก่อนทำการศึกษา 2) มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และ 3) สามารถอ่านหนังสือได้ ขณะที่เกณฑ์คัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ

1) มีปัญหาหรือบกพร่องในการสื่อสารและ 2) อยู่ระหว่างรับการบำบัดการติดยาสูบ

2.1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาล 3,4 หลังศูนย์ราชการ 1,2 ตอนหน้านาง 1,2 และ 3 ซึ่งเป็นชุมชนย่อยของชุมชนศูนย์แพทย์มิตรภาพ และประสงค์จะรับบริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model ณ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน สาขา 1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2.2 กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเทศบาล 1,2 มิตรภาพ พัฒนาเทศบาล เจ้าพ่อเกษมหนองแวงตราซู่ 2 และ 4 ซึ่งเป็นชุมชนย่อยของชุมชน ศูนย์แพทย์มิตรภาพและยินดีเข้าร่วมการศึกษา

### 2.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาแก่ชุมชนกลุ่มทดลองระหว่างวันที่ 6-19 มิถุนายน 2552 โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 50 คนหรือให้ได้จำนวนมากที่สุด และในระยะเวลาเดียวกันเปิดรับสมัครกลุ่มทดลองที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาไม่เกิน 50 คน

3. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการเลิกบุหรี่ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerström test for nicotine dependence; FTND)<sup>(11)</sup> 3) แบบทดสอบท่าไม้คณยังสูบบุหรี่อยู่<sup>(11)</sup> 4) แบบประเมินความพึงพอใจ การให้บริการเลิกบุหรี่

โดยเภสัชกรชุมชน<sup>(12)</sup> 5) อุปกรณ์บันทึกเสียง

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้ 1) แปลแบบสอบถามความพึงพอใจ การให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนของ Kennedy และคณะ<sup>(12)</sup> จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ 3) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดสอบแบบประเมินความพึงพอใจการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนในผู้สูบบุหรี่ที่เคยมารับบริการเลิกบุหรี่จากเภสัชกรร้านยาคุณภาพจำนวน 3 ร้านใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น จำนวน 15 คน และคำนวณ ความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม ทั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

### 4. การดำเนินการวิจัย

4.1 เภสัชกรผู้ให้บริการเข้ารับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเลิกบุหรี่จากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

4.2 ทำการสุ่มชุมชนที่ได้รับบริการ Modified PAS model (Intervention group) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

4.3 การประชาสัมพันธ์การเลิกบุหรี่ในชุมชนที่ได้รับบริการ Modified PAS model ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หอกระจายข่าวของชุมชน และเปิดโปสเตอร์รณรงค์การเลิกบุหรี่ในชุมชน

4.4 คัดเลือกกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้ 1) ประชุมร่วมกับอสม. เพื่อขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนผู้สูบบุหรี่ในชุมชนเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ 2) ประชุมอภิปรายรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่ที่สนใจ เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ครั้งละ 3-4 ชุมชน นาน 15-60 นาที โดยประชุมอภิปรายที่ศาลาชุมชนและ 3) นัดวัน เวลาที่จะมารับบริการ

4.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม โดยขอความร่วมมือจากอสม.ชุมชนควบคุมเพื่อประกาศ

รับสมัครผู้สูบบุหรี่ที่สนใจเข้าร่วมการศึกษา

4.6 การให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model มีขั้นตอนดังนี้ 1) เกสซ์กรสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ 2) ครั้งแรกของการเข้ารับบริการ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ตอบแบบประเมินระดับการติดสารนิโคตินและแบบทดสอบทำไม้คุณยังสูบบุหรี่อยู่<sup>(11)</sup> เพื่อทราบระดับการติดสารนิโคตินและภาวะเสพติดที่ทำให้ยังคงสูบบุหรี่ 3) เกสซ์กรให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ด้วยพฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ที่เหมาะสมและร่วมกันกำหนดวันเลิกบุหรี่ (Quit date) 4) กรณีคะแนนการติดนิโคตินสูง ( $FTND \geq 7$ ) ผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย 5) แจกแผ่นพับและวีซีดีที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ ซึ่งจัดทำโดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แก่ผู้มารับบริการในครั้งแรกของการมารับบริการ 6) ก่อนกลับเขียนบันทึมนัดติดตามผลครั้งต่อไป โดยจะนัดติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่หลังกำหนดวันเลิกบุหรี่สัปดาห์ที่ 1 2 3 4 เดือนที่ 2 และ 3 ที่รายนยา กรณีที่ผู้มารับบริการไม่สามารถมาติดตามนัดได้ จะสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ 7) ทุกครั้งที่ผู้มารับบริการมาติดตามนัด เกสซ์กรจะให้กำลังใจเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ต่อไป หากเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ และค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคระหว่างการเลิกบุหรี่ ประเมินการใช้ยาและปัญหาการใช้ยา (กรณีที่ผู้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่) แนะนำวิธีแก้ไขปัญหาหากเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ 8) เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้รับบริการตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม

4.7 การเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนดังนี้ 1) อสม. แจงชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาแก่คณะผู้วิจัย 2) สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุมทางโทรศัพท์ 3) กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินระดับการติดสารนิโคติน แบบทดสอบทำไม้คุณยังสูบบุหรี่อยู่ โดยอสม.เป็นผู้แจกแบบสอบถาม 4) สัมภาษณ์ผลการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ ณ สัปดาห์ที่ 1 2 3 4 เดือนที่

2 และ 3 หลังจากวันที่เก็บข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่แล้ว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรม SPSS for window version 17.0 [Serial number 5068054] สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Pearson chi-square test, Fisher's exact test หรือ Mann-Whitney U Test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 68 คนประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 46 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน มีข้อมูลทั่วไปด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.1 ไม่มีโรคประจำตัว ขณะที่กลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 1)

1.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ปริมาณ การสูบบุหรี่ ประเภทบุหรี่ที่สูบ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ ประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่ได้ออย่างน้อย 30 วัน ระดับการ ติดนิโคตินและภาวะเสพติดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.7 สูบบุหรี่  $\leq 10$  ขณะที่กลุ่มทดลองร้อยละ 50 สูบบุหรี่วันละ 11 - 20 มวน ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ สูบบุหรี่กันกรอง (ตารางที่ 1)

### 2. ผลการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ด้วยรูปแบบ PAS ฉบับปรับปรุง

2.1 ผลการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence, Prolonged abstinence และ 28-day Point prevalence abstinence ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 2.2 40.9 และ 8.7 50.0 และ 17.4 ตามลำดับ โดยผลการเลิกสูบบุหรี่ทั้ง 3 แบบในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 46 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 22 คน) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ข้อมูลทั่วไป เพศชาย †	42 (91.3)	19 (86.4)	0.67
อายุ (ปี)			0.80
24	7 (15.2)	5 (22.7)	
25 - 59	33 (71.7)	10 (45.5)	
≥ 60	6 (13.0)	7 (31.8)	
ระดับการศึกษา †			0.56
ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	20 (43.5)	8 (36.4)	
ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	13 (28.3)	9 (40.9)	
ระดับอุดมศึกษา	2 (4.3)	2 (47.4)	
ไม่มีข้อมูล	11 (23.9)	3 (13.6)	
อาชีพ			-
รับจ้างทั่วไป	18 (39.1)	8 (36.4)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (19.6)	5 (22.7)	
พอบ้าน/แม่บ้าน	4 (8.7)	4 (18.2)	
ข้าราชการเกษียณ	-	3 (13.6)	
นักเรียน/นักศึกษา	1 (2.2)	1 (4.5)	
งานประจำ	14 (30.4)	1 (4.5)	
โรคประจำตัว			0.12
โรคทางระบบต่อมไร้ท่อและ/หรือ	3 (6.5)	4 (18.2)	
โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ <sup>(a)</sup>	3 (6.5)	4 (18.2)	
โรคทางระบบทางเดินหายใจ <sup>(b)</sup>	5 (10.9)	3 (13.6)	
อื่น ๆ <sup>(c)</sup>	35 (76.1)	11 (50.0)	
ไม่มีโรคประจำตัว			
ข้อมูลด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวน/วัน)			0.20
10	27 (58.7)	9 (40.9)	
11 - 20	18 (39.1)	11 (50.0)	
21 - 30	1 (2.2)	2 (9.1)	
ประเภทบุหรี่ยี่สิบ †			0.78
บุหรี่ยี่สิบกรอง	38 (82.6)	17 (77.3)	
บุหรี่ยี่สิบมวนเอง	6 (13.0)	3 (13.6)	
ทั้งสองประเภท	2 (4.3)	2 (9.1)	
อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ <sup>#</sup>	18.11 4.57 (d)	17.50 6 (e)	
เคยเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 30 วัน	17 (37.0)	9 (40.9)	0.61
ระดับการติดยาโคติน †			0.75
ต่ำ	19 (41.3)	8 (36.4)	
ปานกลาง	21 (45.7)	9 (40.9)	0.60
สูง	5 (13.0)	5 (22.7)	
ภาวะเสพติดบุหรี่			0.96
ภาวะเสพติดนิโคติน	13 (28.3)	5 (22.7)	
ภาวะเสพติดทางจิตใจ	7 (15.2)	5 (22.7)	
ภาวะเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน	11 (23.9)	6 (27.3)	
อื่น ๆ (f)	15 (32.6)	6 (27.3)	

(a) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ ภาวะเสพติด นิโคตินและเสพติดทางจิตใจ, ภาวะเสพติดนิโคตินและ  
โรคลิ้นหัวใจ ไชมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตต่ำ; (b) เสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน, ภาวะเสพติดทางจิตใจ  
โรคหืด โรคภูมิแพ้; (c) โรคจิตเภท ผิวหนังแพ้ แดด เกาต์ และเสพติดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน และเสพติดทั้ง 3 ภาวะ  
แผลในกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน ข้ออักเสบรูมาตอยด์ = Fisher's Exact Test; = Pearson Chi-Square Test; # =  
ไวรัสตับอักเสบบี; (d) Mean SD; (e) Median ? IQR; (f) Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 2 ผลการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม (n = 46) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง † (Continuous abstinence)	1 (2.2)	4 (18.2)	0.04
การเลิกสูบบุหรี่หลังระยะผ่อนผัน (Prolonged abstinence)	4 (8.7)	9 (40.9)	0.003
การเลิกบุหรี่ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผล ‡ (28-day Point prevalence abstinence)	8 (17.4)	11 (50.0)	0.005

† = Fisher's Exact Test; = Pearson Chi-Square Test

ตารางที่ 3 การมาติดตามนัดในกลุ่มทดลอง

จำนวนครั้งที่มาติดตามนัด (ครั้ง)	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ
ไม่เคยมาติดตามนัดและมาตามนัด 1-2 ครั้ง <sup>(g)</sup>	6	27.2
4 <sup>(h)</sup>	3	13.6
5 <sup>(i)</sup>	2	9.1
ครบทั้ง 6	11	50.0

(g) โทรศัพท์เพื่อเตือนวันนัด 3 ครั้งแต่ไม่สามารถติดต่อได้ เนื่องจากหมายเลขโทรศัพท์ถูกระงับสัญญาณหรือไม่มีผู้รับสาย; (h) และ  
(i) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ แต่ไม่สะดวกในการมาติดตามนัด

ตารางที่ 4 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ในกลุ่มควบคุม

จำนวนครั้งที่สามารถเก็บข้อมูลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (ครั้ง)	จำนวน (n = 46)	ร้อยละ
ติดต่อไม่ได้ตั้งแต่ครั้งแรกและติดตามผลได้ 1-2 ครั้ง <sup>(j)</sup>	6	13
4 <sup>(j)</sup>	4	8.7
5 <sup>(j)</sup>	2	4.3
ครบทั้ง 6	34	73.9

(j) โทรศัพท์เพื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ 3 ครั้งแต่ไม่สามารถติดต่อได้ เนื่องจากหมายเลขโทรศัพท์ถูกระงับสัญญาณหรือไม่มีผู้รับสาย

2.2 การมาติดตามนัด ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 มาติดตามนัดครบทั้ง 6 ครั้ง ร้อยละ 13.6 และ 9.1 มาติดตามนัด 4 ครั้งและ 5 ครั้งตามลำดับ และสามารถโทรศัพท์เพื่อเตือนวันนัดและเก็บข้อมูลได้แต่ไม่สะดวกในการมาติดตามนัด (ตารางที่ 3) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สามารถโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลครบทั้ง 6 ครั้ง ร้อยละ 73.9 (ตารางที่ 4)

2.3 ความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา มีผู้ตอบแบบสอบถาม 16 คน จากทั้งหมด 22 คนในกลุ่มทดลอง แบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อ 16 ใน 18 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 10 คะแนน มีเพียงข้อที่ 1 และ 4 ที่มีคะแนน เฉลี่ยความ พึงพอใจ 9.50 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา

คำถาม	Mean
สื่อหรืออุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เช่น แผ่นพับ หนังสือ วีซีดี ที่ได้รับแจกจากเภสัชกรมีประโยชน์ต่อการเลิกสูบบุหรี่ของท่าน	9.50
เภสัชกรทำให้ท่านรู้สึกไว้วางใจ	10.00
ขั้นตอนการบริการเลิกบุหรี่ในร้านยามีความสะดวก รวดเร็ว	10.00
เภสัชกรให้เวลากับท่านเท่าที่ท่านต้องการ	9.50
เภสัชกรมีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือท่าน	10.00
ทุกครั้งที่ท่านมารับบริการเภสัชกรให้บริการท่านด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี	10.00
เภสัชกรสามารถตอบคำถามของท่านได้	10.00
เภสัชกรมีความสามารถในการอธิบายสิ่งต่างๆให้ท่านเข้าใจได้	10.00
เภสัชกรยินดีรับฟังในสิ่งที่ท่านพูด	10.00
ท่านรู้สึกพอใจต่อการได้รับการแบบเฉพาะรายบุคคล	10.00
ท่านพอใจที่เภสัชกรมีหมายเลขโทรศัพท์เพื่อให้ท่านติดต่อได้ตลอดเวลา	10.00
เวลานัดหมายมีความเหมาะสม	10.00
เภสัชกรทำให้ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด	10.00
ท่านกล้าที่จะถามคำถามกับเภสัชกร	10.00
หลังได้รับการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา ท่านเข้าใจถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่ดีขึ้น	10.00
หลังได้รับการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา ท่านทราบถึงแหล่งข้อมูลให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น	10.00
ท่านจะแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยา	10.00
ในภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ท่านได้รับจากเภสัชกร	10.00

## วิจารณ์

การให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model โดยเภสัชกรชุมชน ได้ถูกพัฒนาในขั้นตอนการประชาสัมพันธ์โดยการประชาสัมพันธ์การ ให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาเชิงรุกแก่ชุมชนใกล้ร้านยาเพื่อ

แก้ไขอุปสรรคการให้บริการที่มีผู้สนใจมารับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาน้อย แม้ว่าจะไม่ทราบขนาดความต้องการเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาของชุมชน แต่เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในขั้นตอนการประชาสัมพันธ์ระหว่าง Modified PAS model กับการศึกษา PAS model ของ

Maguire และคณะ<sup>(10)</sup> พบว่าการศึกษานี้มีประสิทธิภาพมากกว่า โดยมีผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่หลังคณะผู้วิจัยได้ทำการประชาสัมพันธ์จำนวน 22 คน/ 2 สัปดาห์ แต่การศึกษาของ Maguire และคณะ<sup>(10)</sup> พบผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ประมาณ 17.29 คน/ 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของศุภรักษ์<sup>(14)</sup> และปิยะรัตน์และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ได้นำหลักการประชาสัมพันธ์มาใช้เพื่อส่งเสริมการเข้ารับบริการ เลิกบุหรี่โดยเภสัชกรด้วย โดยศุภรักษ์<sup>(14)</sup> ได้ทำการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลชุมชนผ่าน อสม.และให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่แบบกลุ่ม ขณะที่การศึกษาของปิยะรัตน์และคณะ<sup>(13)</sup> ได้ให้เภสัชกรทำการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่เชิงรุกด้วยตนเอง โดยให้เภสัชกรออกหน่วยให้บริการเลิกบุหรี่ในสวนสาธารณะ และห้างสรรพสินค้า ในเขตกทม.และปริมณฑล รวม 9 ครั้ง ซึ่งต่างจาก Modified PAS model ที่ทำการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาผ่านอสม. หอกระจายข่าว และโปสเตอร์รณรงค์การไม่สูบบุหรี่และผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่จะต้องมารับบริการเลิกบุหรี่ที่ร้านยา

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่แก่ประชาชนทั่วไปได้ทราบนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการอภิปรายการประชาสัมพันธ์ การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาของคทา และคณะ<sup>(9)</sup> ที่กล่าวว่า การที่เภสัชกรขอให้ผู้สูบบุหรี่มาขอรับบริการเลิกบุหรี่ อาจทำให้เสียโอกาสที่จะดูแลผู้รับบริการที่สูบบุหรี่หลายๆ รายได้ ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชน การประชาสัมพันธ์ในการประชุมประจำเดือนของชุมชน การทำบันทึกข้อความการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยา แจกให้หน่วยงาน หรือห้างร้านที่อยู่ใกล้ร้านยาทราบ เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านสู่ประชาชนในวงกว้างยิ่งขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

ด้วยระยะเวลาการศึกษาและงบประมาณที่จำกัด คณะผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างให้ได้จำนวนมากที่สุด แต่กลุ่มละไม่เกิน 50 คน และประชาสัมพันธ์เชิงรุกการให้บริการการเลิกสูบบุหรี่ในร้านยาได้เพียง 1 ชุมชน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีจำนวนตัวอย่างกลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 46 คน

ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว พบว่า มีการนำไปใช้ในการศึกษาของ Quinn<sup>(15)</sup>, Mochizuki และคณะ<sup>(16)</sup>, Philbrick และคณะ<sup>(17)</sup> ด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัยรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence และ Prolonged abstinence เนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่ลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ในระยะยาว และง่ายต่อการแปลผลด้านสุขภาพ<sup>(18)</sup> และเลือกใช้ 28-day Point prevalence abstinence เพื่อแสดงผลการเลิกบุหรี่ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ อย่างไรก็ตามการใช้ Continuous abstinence เพื่อรายงานผลการเลิกบุหรี่มีข้อดีต่อกว่า Prolonged abstinence อยู่หลายประการกล่าวคือ ไม่เหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จในช่วงแรกของการศึกษา แต่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องในเวลาต่อมาหรือ การบำบัดที่มี Delayed effect<sup>(20)</sup> คือ การบำบัดการติดบุหรี่ไม่สามารถทำให้ผู้รับบริการคนนั้นๆ เลิกสูบบุหรี่ได้ในช่วงแรก แต่จะทำให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่สำเร็จในเวลาต่อมา นอกจากนี้คณะผู้วิจัยไม่ได้กำหนดปริมาณการสูบบุหรี่ขั้นต่ำประกอบการกำหนดนิยาม Continuous abstinence และ Prolonged abstinence แต่เลือกใช้การไม่สูบบุหรี่เลย (Not-even-a-puff) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ค่อนข้างเคร่งครัด ประกอบการกำหนดนิยามดังกล่าว เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมี (Biochemical verification) และเพื่อป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่สูงกว่าความเป็นจริง (Over estimation) ทั้งนี้ Hughes และคณะ<sup>(19)</sup> ได้อภิปรายการนำเกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย ประกอบการกำหนดนิยามการเลิกบุหรี่สำเร็จ ว่าเป็นเกณฑ์ที่

ค่อนข้างเคร่งครัดมากขึ้นไป โดยเฉพาะการนำไปใช้ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลาสั้นแต่ผลกลับไปสูบบ้างเล็กน้อย ดังนั้น Hughes และคณะ<sup>(19)</sup> จึงได้กำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ประกอบการกำหนดนิยาม Continuous abstinence และ Prolonged abstinence นั่นคือ 1) เป็นการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 สูด (Puff) ต่อวัน แต่ไม่เกิน 7 วันติดต่อกันหลังจากเลิกบุหรี่ ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือ 2) สูบบุหรี่อย่างน้อย สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า West และคณะ<sup>(21)</sup> ได้กำหนดให้การสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 มวนตั้งแต่วันที่เลิกบุหรี่ (Quit date) ถึงวันสุดท้ายของการติดตามผล และยืนยันผลการเลิกบุหรี่ ด้วยวิธีทางชีวเคมีเป็นเกณฑ์ ประกอบนิยามการเลิกบุหรี่สำเร็จ ซึ่งพบการนำเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาของปริดา<sup>(22)</sup> ที่ทำการศึกษาศักยภาพของญาติออกขาวในการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีมีการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมีวิธีใดที่สามารถตรวจยืนยันผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence และ Prolonged abstinence ได้แต่สามารถตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ในระยะสั้นๆ และมีความไวสูงมาก<sup>(19, 20)</sup> นอกจากนี้การที่มีงบประมาณการวิจัยที่จำกัดและในจังหวัดขอนแก่นไม่มีห้องปฏิบัติการใดที่สามารถตรวจการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ได้ จึงเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีทางชีวเคมีได้

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในร้านยาคุณภาพ ซึ่งมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลา ทำการร้านและเภสัชกรผู้ให้บริการเป็นผู้ที่ได้รับการอบรม การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แล้ว หากผู้ให้บริการประสงค์ที่จะนำการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model ไปใช้ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงคุณลักษณะที่สำคัญดังกล่าวนี้ด้วย และจากผลการศึกษาพบว่า ผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence, Prolonged abstinence และ 28-day Point prevalence abstinence ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.04, 0.003, 0.005$ ) จึงสรุปได้ว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ ด้วยรูปแบบ Modified PAS model เป็น

รูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ในระยะเวลา 3 เดือน เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาวิจัย ทั้งนี้หากประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่นานขึ้น เช่น 6 หรือ 12 เดือน ผลการเลิกบุหรี่สำเร็จอาจลดลงได้

จากผลการศึกษาของ Maguire และคณะ<sup>(10)</sup> ที่พบผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence ที่ 3 เดือนในกลุ่มทดลองของเท่ากับร้อยละ 27.5 ซึ่งสูงกว่าผลของการศึกษานี้ที่ร้อยละ 18.2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดนิโคตินระดับสูง ในการศึกษาของ Maguire และคณะ<sup>(10)</sup> เลือกที่จะใช้นิโคตินทดแทนร่วมกับการรับคำปรึกษาเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ชุมชน ขณะที่การศึกษานี้พบผู้ติดนิโคตินระดับสูงในกลุ่มทดลองจำนวน 5 จากทั้งหมด 22 คน และทั้งหมดปฏิเสธการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่

ถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่จากเภสัชกร เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากราคายาที่ค่อนข้างสูงซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ายา ในกรณีที่ต้องการใช้จึงทำให้อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องในการศึกษานี้้น้อยกว่าผลการศึกษาของ Maguire และคณะ<sup>(10)</sup> ดังนั้นเพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกลไกที่จะทำให้ราคาขายช่วยเลิกบุหรี่ประเภท First-line drug ถูกลงหรือ องค์การเภสัชกรรมซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับรัฐ ควรผลิตยาดังกล่าวในลักษณะ Local made เพื่อทำให้ผู้ติดบุหรี่ที่จำเป็นต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีทางเลือกและสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพควรครอบคลุมค่ายาช่วยเลิกบุหรี่ด้วย โดยข้อเสนอแนะดังกล่าวนี้เป็นหนึ่งในข้อควรปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการบำบัดการติดบุหรี่ปี 2008 ของประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>(23)</sup>

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรร้านยา คณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองที่มาติดตามนัดตั้งแต่นั้น

4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 16 คน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามซึ่งไม่ได้ทำในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน สาขา 1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อลด Obsequiousness bias คณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลในลักษณะดังกล่าว แทนการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์เนื่องด้วยระยะเวลาการศึกษาที่จำกัด จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงซึ่งน่าจะมาจากการที่เภสัชกรทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไว้วางใจ และความมุ่งมั่น ตั้งใจของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาตามนัดการรับบริการเลิกบุหรี่ของ Challenger และคณะ<sup>(24)</sup> พบว่า อายุน้อยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาตามนัด ซึ่งการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับข้อสรุปดังกล่าว นั่นคือ กลุ่มทดลองที่มีอายุ  $\leq 24$  ปีจำนวน 5 จากทั้งหมด 6 คน เป็นกลุ่มที่มาตามนัดเพียง 1-2 ครั้งและไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลได้ ทั้งนี้การไม่สามารถติดต่อได้จะถือว่าเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Intention to treat<sup>(21)</sup> อาจเป็นไปได้ว่าการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยรูปแบบ Modified PAS model อาจไม่เหมาะที่จะนำไปใช้กับผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย Challenger และคณะ<sup>(24)</sup> ได้แนะนำว่าควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และมีอายุน้อยเพื่อศึกษาสิ่งที่ควรปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการให้บริการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะนำไปสู่อัตราการมาตามนัดที่เพิ่มขึ้นและการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ตามมา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษารูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาที่เหมาะสมกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และมีอายุน้อยต่อไปในอนาคต

### สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาด้วยรูปแบบพีเอเอส ฉบับปรับปรุง

(Modified PAS model) เป็นรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนที่มีประสิทธิภาพที่สามารถช่วยผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยพบผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการรับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาถึง 22 คน หลังทำการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุกเพียง 2 สัปดาห์ ผลการเลิกสูบบุหรี่แบบ Continuous abstinence, Prolonged abstinence และ 28-day Point prevalence abstinence ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็น ร้อยละ 18.2 และ 2.2 ( $p = 0.04$ ) 40.9 และ 8.7 ( $p = 0.003$ ) 50.0 และ 17.4 ( $p = 0.005$ ) ตามลำดับ และเป็นรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาที่น่าจะช่วยแก้ไขปัญหาลูกค้าผู้สูบบุหรี่ไม่สนใจรับบริการเลิกบุหรี่ในร้านยาได้

### ข้อเสนอแนะ

1) เภสัชกรชุมชนควรมีกลยุทธ์ในการประชาสัมพันธ์การให้บริการเลิกบุหรี่แก่ชุมชนที่กว้างและครอบคลุมยิ่งขึ้น 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์ การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านสู่ประชาชนในวงกว้างยิ่งขึ้นเช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น 3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกลไกที่จะทำให้ราคาขายช่วยเลิกบุหรี่ประเภท First-line drug ถูกลงและผลักดันให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายช่วยเลิกบุหรี่ อีกทั้งองค์การเภสัชกรรมควรผลิตยาดังกล่าวในลักษณะ Local made เพื่อเป็นทางเลือก และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาของผู้บริโภค

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ และ อสม. ชุมชนศูนย์แพทย์มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือแก่คณะผู้วิจัย

### เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. MPOWER: A POLICY PACKAGE TO REVERSE THE TOBACCO EPIDEMIC [online] 2008 [cited 2008 Oct 17]. Available from: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปการสำรวจการสูบบุหรี่และดื่มสุราปี 2550 [ออนไลน์] 2550 [อ้างเมื่อ 16 ตุลาคม 2551]. จาก: [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum\\_alco-ciga50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf)
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. [ม.ป.ท.]: โรงพิมพ์องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
- Pongpanich S. A comparative analysis between present and future tobacco related health care cost in Thailand. *J Health Res* 2007; 21(2): 163-71.
- International Resource Center. Tobacco policy status [online] [n.d.] [cited 2008 Oct 17]. Available from: [http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/th/Thailand\\_tob\\_policy\\_th.pdf](http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/th/Thailand_tob_policy_th.pdf)
- Hamilton A. An evaluation of the extended role of the community pharmacist in rural areas of the west of Ireland. *J Soc Admin Pharm* 1998; 15(1): 42-9.
- Blenkinsopp A, Tann J, Platts A, Allen J. Evaluation of feasibility and acceptability of a community pharmacy health promotion scheme - views of users and providers. *Health Educ J* 2002; 61(1) 32-43.
- Thananithisak C, Nimpitakpong P, Nimpitakpong P, Chaiyakunapruk N. Activities and perceptions of pharmacists providing tobacco control services in community pharmacy in Thailand. *Nicotine Tob Res* 2008 May; 10(5): 921-5.
- คทา บัณฑิตานุกูล, ธรชัย ญาคุณาพฤกษ์, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, ปิยะวรรณ เกาไศยนันท์, ชนาพร สรรพานิช, ปิยะพร เจริญศุภพงศ์, และคณะ. การรวบรวมและสังเคราะห์บทบาทเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; [2548].
- Maguire TA, McElnay JC, Drummond A. A randomized controlled trail of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction* 2001; 96: 325-31.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ใน: บุชบา จินดาประวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล, ปรีชา มณฑกานติกุล, เนติ สุขสมบุรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริการผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชื่น จำกัด; 2546. 153-75.
- Kennedy DT, Giles JT, Chang ZG, Small RE, Edwards JH. Results of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *J of Pharm Assoc* 2002; 42(1): 51-6.
- ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, สุชาดา โตพึงพงศ์. การออกหน่วยคัดกรองผู้สูบบุหรี่ : การให้คำปรึกษาอย่างสั้นและส่งต่อโดยเภสัชกรอาสา. *ว. ควบคุมยาสูบ ม.ค.-มิ.ย. 2551*; 2(1): 62-71.
- ศุภรักษ์ ศุภเณม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในชุมชนโดยเภสัชกร. *ว. เภสัชกรรมชุมชน ก.พ. 2552*; 8(42): 37-42.
- Quinn D. Smoking cessation service in a community pharmacy setting [online] 2004 [cite 2010 Feb 22]. Available from: <http://www.iccpe.ie/index.cfm/loc/2/pt/0/spid/E2E342 BA-1ED1-4EB0-93EE6E031FB4697C.htm>

16. Mochizuki M, Hatsugaya M, Rokujoh E, Arita E, Hashiguchi M, Shimisu N, et al. A randomized controlled study on the effectiveness of community pharmacist' advice for the smoking cessation by nicotine-evaluation at three months after the cessation [Abstract] [serial online]. *Yakugaku Zasshi* 2004; 12(124): 989.
17. Philbrick AM, Newkirk EN, Farris KB, McDanel DL, Horner KE. Effect of a pharmacist managed smoking cessation clinic on quit rates. *Pharmacy Practice* (serial online) 2009 Jul-Sep;7(3):150-6.
18. Velicer WF, Prochaska OJ. A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addict Behav* 2004; 29: 51-60.
19. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 13-25.
20. Ossip-Klein DJ. Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychol* 1986; (Suppl.); 3-11.
21. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction* 2005; 100: 299-303.
22. ปรีดา เบญจนากาศกุล. ประสิทธิภาพของหมัดอกขาวในการเลิกบุหรี่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
23. Fiore MC, Ja?n CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med* 2008 Aug; 35(2): 158-76.
24. Challenger A, Coleman T, Lewis Sarah. Predicting default from smoking cessation treatment following enrolment. *Health Educ J* 007; 66(1): 32-43.