

ผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร
**EFFECTIVENESS OF SMOKING CESSATION PROGRAM BY THE COMMUNITY
 PHARMACIST IN BANGKOK**

คทา บัณฑิตานุกูล¹, วิไล บัณฑิตานุกูล² และ ระพีพรรณ ฉลองสุข^{3*}

¹กรรมการสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) กรุงเทพมหานคร

²ร้านยาเรือนยา กรุงเทพมหานคร

³ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม

*ติดต่อผู้พิมพ์ : rapee@su.ac.th

KATHA BUNDITANUKUL¹, WILAI BUNDITANUKUL² AND RAPEEPUN CHALONGSUK^{3*}

¹Community Pharmacy Association (Thailand), Bangkok

²Rueanya Drug Store, Bangkok

³Department of Community Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Sanamchandra Palace, Nakhon Pathom

*Corresponding Author: rapee@su.ac.th

บทคัดย่อ

สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ต้องการผลักดันให้เภสัชกรชุมชนได้มีบทบาทในการให้บริการเลิกบุหรี่ จึงได้เชิญชวนให้เภสัชกรชุมชนของร้านยาคุณภาพในกรุงเทพมหานครให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ที่มารับบริการที่ร้านยา โครงการให้บริการเลิกบุหรี่นี้ดำเนินการในช่วง 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 โดยใช้เทคนิค 5A (“Ask-Advise-Assess-Assist-Arrange”) นำข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ของร้านยาที่เข้าร่วมโครงการมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่าการดำเนินโครงการในระยะเวลา 1 ปี มีร้านยาคุณภาพเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 23 ร้าน และให้บริการแนะนำการเลิกบุหรี่แก่ผู้มารับบริการ 203 คน ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.2) เป็นผู้ชาย อายุเฉลี่ย 41.92±12.95 ปี โรคประจำตัวของผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.1) และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.1) ประสิทธิภาพสูบบุหรี่เฉลี่ย 16±12.53 ปี และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 15.47±9.89 มวน ผู้มารับบริการที่สนใจรับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ (A4) 119 คน มีร้อยละ 52.9 เลือกใช้การหยุดสูบบุหรี่ทันที โดยร้อยละ 90.8 ได้รับทั้งคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่และได้รับยาพร้อมด้วย ได้แก่ Nicomild[®] (Nicotin) 2 mg (ร้อยละ 71.3), Nortriptyline 25 mg (ร้อยละ 29.6) และสมุนไพรหญ้าดอกขาว (ร้อยละ 27.8) อาการข้างเคียงของยาที่พบ เช่น ปากแห้ง มีน และเหงื่อออกมาก อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการเพิ่มบทบาทในการให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชนในร้านยาจึงเป็นการเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการของผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่

คำสำคัญ : บุหรี่, เภสัชกร, การเลิกบุหรี่

Abstract

The Community Pharmacy Association (Thailand) invited community pharmacists in Bangkok to participate in a smoking cessation program. This program was implemented from October 1, 2012 to September 30, 2013 to help clients to quit smoking. The smoking cessation efforts in the program followed the “5 As” model (“Ask-Advise-Assess-Assist-Arrange”) for the treatment of tobacco use and dependence. Descriptive statistics were used to analyze the data from service reports. A year after the start of the program, 23 quality drug stores were participating in this program and their pharmacists had provided treatment for tobacco use and dependence for 203 smokers. A small majority of these were male (52.2%) and the average age of the enrolled smokers was 41.92±12.95 years. Their underlying diseases were hypertension (32.1%) and diabetes (15.1%), and the average duration of smoking was 16±12.53 years and the mean number of cigarettes smoked per day was 15.47±9.89. 119 cases remained at the A4 (Assist) stage while 52.9% had decided immediately to quit smoking tobacco. Behavioural and pharmacological therapies were supplied to 90.8% of the participants. Nicomild® (Nicotin) 2 mg (71.3%), Nortriptyline 25 mg (29.6%) and herb tea (*Vernonia cinerea* Less) (27.8%) were used alone or in combination. Mild adverse drug reactions, such as dry mouth, drowsiness or sweating were observed. A pharmacist-run smoking cessation program can help smokers access smoking cessation services and can be implemented in a drug store.

Keywords: pharmacist, smoking cessation, tobacco

บทนำ

การสูบบุหรี่ เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก¹ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเรื้อรังต่าง ๆ หลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง² โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)³ และประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 97.6 เชื่อว่า บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด ร้อยละ 98.0 เชื่อว่าการสูบบุหรี่จะก่อให้เกิดโรคร้ายแรงได้⁴ แต่อย่างไรก็ดี ผลจากการสำรวจพฤติกรรม

สูบบุหรี่ปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 21.4 โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 18.4 และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 2.9 ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 17.9 ปี โดยมีอายุน้อยลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 (18.5ปี)⁴ การบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ของการเลิกเสพยาสูบเนื่องจากการเลิกเสพด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาการบำบัดจากบุคลากร

หรือตัวช่วยต่าง ๆ จะมีอัตราความสำเร็จต่ำ และมักพบการกลับไปเสพยาซ้ำได้อีกด้วย⁵

เภสัชกรชุมชน หรือ เภสัชกรประจำร้านยาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิที่มีการกระจายตัวในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตชุมชนเมือง ให้บริการประชาชนส่วนใหญ่ที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วต่อการรับบริการ ร้านยาหลายแห่งได้มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายร้านยาเภสัชอาสาเพื่อการเลิกบุหรี่ ผ่านการสนับสนุนจากแผนงานเภสัชอาสาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (คภยส.) ภายใต้สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้บริการเลิกบุหรี่สำหรับผู้รับบริการต่าง ๆ ที่มาใช้บริการที่ร้านยามา ด้วยการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เทคนิค 5A's เทคนิค 5R's รวมถึงการใช้ยาในการเลิกบุหรี่^{6,7} ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. 2555⁸ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้เสพยาสูบที่มารับบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้นในปี พ.ศ. 2556 สมาคมเภสัชกรรมชุมชนด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขตกรุงเทพมหานคร จึงดำเนินโครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ด้วยการเชิญชวนให้เภสัชกรชุมชนเพิ่มบทบาทในการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้เสพยาสูบในการเข้าถึง

บริการลด ละ และเลิกการบริโภคยาสูบ ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาด้านสุขภาพและการสูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเสพยาสูบของทั้งผู้เสพยาสูบและสังคมโดยรวม ด้วยการอบรมเทคนิค 5A's ให้กับเภสัชกรประจำร้านยาคุณภาพในเขตกรุงเทพมหานครที่สนใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อให้มีศักยภาพในการให้บริการเลิกบุหรี่ ณ ร้านยา และเป็นแนวทางสำหรับการให้ร้านยาเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

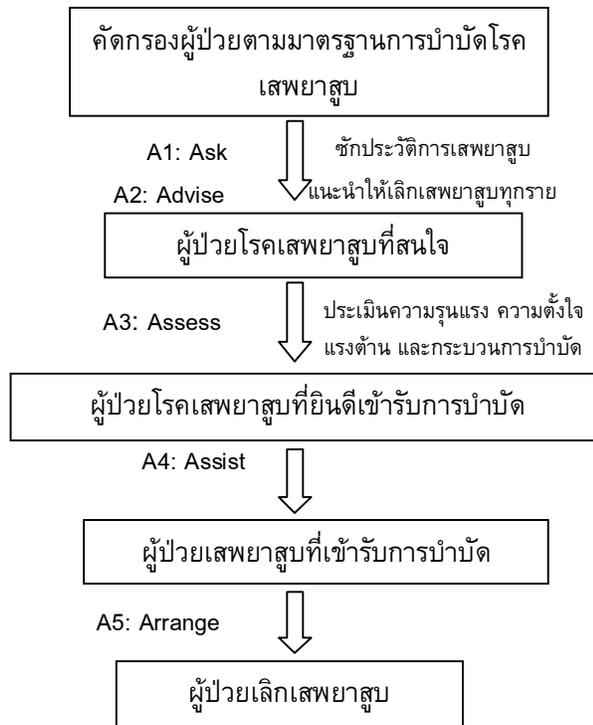
วิธีการศึกษา

มาตรฐานการให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชน คือ เทคนิค 5A⁹ เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเพิ่มความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ Ask (A1, การถามเกี่ยวกับสถานภาพการสูบบุหรี่) ผู้ที่มารับบริการในร้านยาเพื่อประเมินหากลุ่มเป้าหมายที่จะให้บริการเลิกบุหรี่, Advise (A2, การแนะนำให้หยุดสูบบุหรี่) กรณีที่ยังสูบบุหรี่, Assess (A3, การประเมินระดับการสูบบุหรี่ และการประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่) กรณีที่ผู้สนใจจะเลิกบุหรี่, Assist (A4, การช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่) ด้วยการสร้างกำลังใจ ร่วมวางแผน

เลิกบุหรี่ รวมถึงการจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่ (หากจำเป็น) และ Arrange (A5, การติดตามผลการเลิกบุหรี่) โดยติดตามหลังการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 (A5.1) วันที่ 14 ครั้งที่ 2 (A5.2) วันที่ 30 ครั้งที่ 3 (A5.3) วันที่ 60 ครั้งที่ 4 (A5.3) วันที่ 120 ครั้งที่ 5 (A5.3) วันที่ 180 หรือติดตามทุกครั้งที่มารับบริการ ดังนั้นระยะเวลาการให้บริการแต่ละคนที่ครบสมบูรณ์ประมาณ 6 เดือน

ระยะเวลาดำเนินโครงการสนับสนุนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบโดยเภสัชกรชุมชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร คือ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 แต่การให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชนเริ่มภายหลังเข้ารับการอบรมศักยภาพการ

ให้บริการเลิกบุหรี่ คือตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 โดยผู้ที่สนใจรับบริการต้องลงนามในเอกสารขอรับบริการ พร้อมทั้งแสดงเลขที่บัตรประชาชนประกอบด้วย และเภสัชกรที่ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการแต่ละรายทุกขั้นตอนตามเทคนิค 5A (แผนภูมิที่ 1) ตั้งแต่ A1 – A5 เพื่อเป็นหลักฐานขอรับการสนับสนุนยาที่ใช้ในการให้บริการเลิกบุหรี่จากโครงการฯ นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณน Relative risk (RR) และ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้บริการเลิกบุหรี่ (จำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้) ความเสี่ยงของการเกิดอาการขาดนิโคตินเนื่องจากการเลือกวิธีเลิกบุหรี่ และวิเคราะห์จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงต่อวัน



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการให้บริการเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา

ร้านยาคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาสูบ ในช่วงวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินโครงการ ผู้มารับบริการบางคนยังไม่ได้รับการติดตามครบทุกระดับ ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละระดับของการให้บริการจึงอาศัยข้อมูลของผู้ที่ได้รับบริการ ณ ระดับนั้น และมีความสมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประเมินผลดังนี้

1. จำนวนร้านยาคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ การดำเนินโครงการระยะ 1 ปี มีร้านยาคุณภาพที่แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการมีทั้งหมด 23 ร้าน ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (20 ร้าน) ได้แก่ เรือนยา 1, เรือนยา 2, จตุธรรม, ดรักมาร์ท, พรประสิทธิ์, โอสถศาลา, ดีเซน สุขุมวิท 39, เกสซ์จุฬา, xtra.A-space, มหิดล, มัทยา, Icare สาขาพุทธมณฑลสาย 2, Icare สาขาสุขุมวิท, Save-E, ลลิตา, พัชรินทร์เกสซ์, สุณีเกสซ์, เมดไลฟ์ พลัส, กนกฟาร์ม 1, กนกฟาร์ม 2, กนกฟาร์ม 3, พรพงศ์เกสซ์, โอสถสยาม ทำเลที่ตั้งของทั้ง 23 ร้านกระจาย

ครอบคลุมพื้นที่ของกรุงเทพมหานครทั้งในเขตธุรกิจ และเขตรอบนอกของกรุงเทพมหานคร

2. คุณลักษณะเบื้องต้นของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่

ผู้มารับบริการทั้งสิ้น 203 ราย อายุอยู่ระหว่าง 15 - 72 ปี เฉลี่ย 41.92 ± 12.95 ปี, ร้อยละ 92.0 เป็นเพศชาย, ร้อยละ 52.2 มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.1) และเบาหวาน (ร้อยละ 15.1) (ตารางที่ 1)

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มร่วมด้วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.5 ของผู้มารับบริการมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยร้อยละ 25.6 ของกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ระบุว่า มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ข้อมูลจากผู้มารับบริการ 191 คนพบว่าสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลา 1 - 54 ปี เฉลี่ย 20.16 ± 12.53 ปี โดยร้อยละ 31.25 สูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน 11- 20 ปี ร้อยละ 38.02 สูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน 20 ปี และร้อยละ 43.01 สูบประมาณวันละ 11 - 20 มวนต่อวัน ร้อยละ 11.4 สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน (เฉลี่ย 15.47 ± 9.89 มวนต่อวัน)

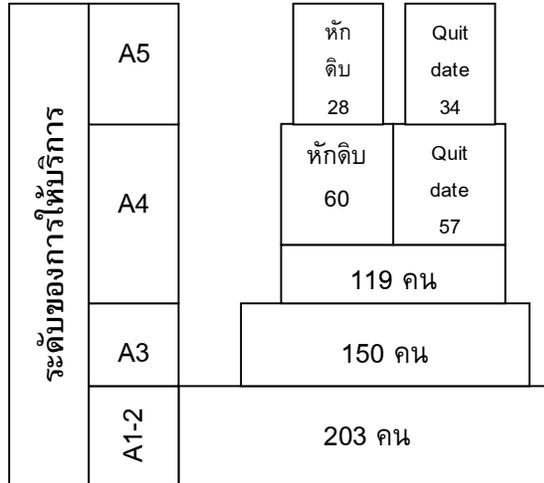
ตารางที่ 1 จำแนกโรคประจำตัวของผู้ที่มารับบริการ

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ที่มีโรคประจำตัว (106 คน)
เบาหวาน	16	15.1
ความดันโลหิตสูง	34	32.1
ภาวะอ้วนลงพุง	10	9.4
ซีมีเซร่า	7	6.6
อื่น ๆ เช่น Gout ไชมันโนเลือดสูง ภูมิแพ้ หัวใจ หอบหืด	64	60.4

หมายเหตุ แต่ละคนสามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค

3. การให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกร ผู้มารับบริการ ระดับ A1-2 ทั้งหมด 203 คน ได้รับการต่อเนื่องถึงระดับ A4 119 คน ซึ่งในกลุ่มนี้มี ร้อยละ 52.9 ใช้วิธีการเลิกบุหรี่ด้วยการหยุดสูบบุหรี่ทันที (หักดิบ) ที่เหลือร้อยละ 47.1 ใช้วิธีการกำหนดวันเลิกบุหรี่ (set quit date) ภายในช่วง

ระยะเวลาของการดำเนินโครงการเภสัชกร ให้บริการเลิกบุหรี่โดยสามารถติดตามต่อเนื่องจนถึงระดับ A5 มีทั้งสิ้น 62 คน (แผนภูมิที่ 2) และติดตามได้ 5 ครั้ง (A5.5) มี 2 ราย (ตารางที่ 2) (ใช้ข้อมูลสรุปผล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 แต่ยังมี การติดตาม A5.5 ต่อไป)



แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ในระดับต่าง ๆ (A1 – A5)

4. คุณลักษณะพื้นฐานของผู้มารับบริการในระดับ A3

ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องจนถึงระดับ A3 มีจำนวน 150 คน เภสัชกรได้ทำการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติมและประเมินภาวะการติดนิโคติน (heaviness smoking index) ความพร้อมในการตั้งใจเลิกบุหรี่ เพื่อวางแผนการให้บริการเลิกบุหรี่ต่อไป สรุปข้อมูลได้ดังนี้

ผู้มารับบริการร้อยละ 57.1 มีประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหน้านี้ 1-10 ครั้ง โดยมี 3 ราย (ร้อยละ 2.7) ที่เคยเลิกบุหรี่มา 10 ครั้ง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.0) เคยเลิกบุหรี่มา 1 ครั้ง รองลงมา ร้อยละ 18.8 เคยเลิกบุหรี่

เคยเลิกบุหรี่มาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 63.4 ของกลุ่มที่เคยเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่เกิน 1 เดือน ร้อยละ 22.3 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่เกิน 1 ปี และร้อยละ 14.3 เคยเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่า 1 ปีมาแล้ว แต่หวนกลับมาสูบใหม่ กลุ่มที่มีประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.1) ใช้การหยุดสูบบุหรี่ทันที ร้อยละ 21.9 ใช้วิธีการค่อย ๆ ลดจำนวนสูบบุหรี่ลง ร้อยละ 14.9 ใช้ยาและหรือสมุนไพรช่วยในการเลิกบุหรี่ (ผู้ที่ใช้สมุนไพรมีเพียง 3 ราย) (ตารางที่ 3) โดยยาที่เคยใช้ส่วนใหญ่คือ หมากฝรั่งนิโคติน สมุนไพรที่ใช้มีหญ้าหวาน และชาชงเลิกบุหรี่ พิจารณาจากสภาพแวดล้อม

ในการสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 59.5 ของกลุ่มที่เคยเลิกบุหรี่ มีคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ เกสซ์กรได้ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้มารับบริการในระดับ A3 พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.3) ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการหยุดสูบบุหรี่ (pre-contemplation) ร้อยละ 18.0 อยู่ในระดับตระหนัก (contemplation) และร้อยละ 0.7 อยู่ในระดับดำรงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ (maintenance) ร้อยละ 82.7 มีภาวะติด

นิโคติน ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 47.0 สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที (ตารางที่ 4) ผู้มารับบริการ 96 คนให้ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยมีแรงจูงใจจากเรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 78.2) รองลงมาคือครอบครัว (ร้อยละ 56.4) เศรษฐกิจ (ร้อยละ 18.2) และสังคม (ร้อยละ 18.2) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำแนกกลุ่มผู้มารับบริการตามระดับของการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเกสซ์กรและวิธีการเลิกบุหรี่ ณ วันสิ้นสุดโครงการ (หน่วย : คน)

วิธีการเลิกบุหรี่	จำนวนผู้รับบริการในระดับต่าง ๆ (ร้อยละ)					
	ผ่านระดับ A4 เพื่อติดตามต่อในระดับ A5*	A5.1	A5.2	A5.3	A5.4	A5.5
ใช้การหยุดสูบทันที	60 (51.28)	28	20	12	2	1
ใช้วิธีการกำหนดวันเลิกบุหรี่	57 (48.72)	34	26	15	8	1
รวม	117 (100.00)	52	46	27	10	2

หมายเหตุ * ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 2 ราย ข้อมูลสิ้นสุด ณ วันที่ 30 กันยายน 2556

ตารางที่ 3 วิธีการเลิกบุหรี่ที่กลุ่มผู้สูบบุหรี่เคยใช้ในการเลิกสูบบุหรี่

วิธีการเลิกบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ที่ให้ข้อมูล (114 คน)
หยุดสูบทันที	81	71.1
ค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง	25	21.9
ใช้ยาและหรือสมุนไพร	17	14.9
วิธีอื่น ๆ เคี้ยวเปลือกมะนาว บุหรี่ไฟฟ้า	6	5.3

หมายเหตุ 1. แต่ละคนตอบได้หลายวิธี
2. ข้อมูลได้จากการให้บริการในระดับ A 3

ตารางที่ 4 การประเมินผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ในระดับ A3

ประเภทของการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้		
การเพิกเฉย (pre-contemplation)	101	67.3
การตระหนักรู้ (contemplation)	27	18.0
การเตรียมการ (preparation)	17	11.3
การลงมือปฏิบัติ (action)	4	2.7
การดำรงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ (maintenance)	1	0.7
รวม	150	100
ภาวะติดนิโคติน		
ติดเล็กน้อย (0 - 2 คะแนน)	20	17.4
ติดปานกลาง (3 - 4 คะแนน)	54	47.0
ติดรุนแรง (5 - 6 คะแนน)	41	35.7
รวม	115	100
การสูบมวนแรกหลังตื่นนอน		
>30 นาทีหลังตื่น	29	24.8
6-30 นาทีหลังตื่น	33	28.2
ภายใน 5 นาที	55	47.0
รวม	117	100

5. การให้บริการในระดับ A4

ในจำนวนผู้มารับบริการในระดับ A4 ทั้งหมด 119 คน มีร้อยละ 51.3 เลือกใช้วิธีการหยุดสูบบุหรี่ทันที(หักดิบ) ร้อยละ 48.7 เลือกใช้วิธีกำหนดวันเลิกบุหรี่โดยมี 48 คนระบุระยะเวลากำหนดวันเลิกสูบบุหรี่คือ ช่วงระหว่าง 1 - 30 วัน (ค่ามัธยฐาน = 5 วัน) (ตารางที่ 5) ในการเลิกบุหรี่ผู้รับบริการ ร้อยละ 90.8 ได้รับยาสำหรับเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.3) ใช้นิโคติน Nicomild[®] (Nicotin) 2 mg รองลงมา คือ Nortriptyline

25 mg (ร้อยละ 29.6) (ตารางที่ 6) การได้รับยามีทั้งได้รับยาเพียงตัวเดียว หรือได้รับยามากกว่า 1 ชนิด มีผู้ได้รับยา Nicomild 2 mg เพียงอย่างเดียว 31 คน ได้รับยา Nicomild[®] (Nicotin) 2 mg ร่วมกับยา Nortriptyline 25 mg 15 คน (ตารางที่ 7) และมี 3 รายที่ได้รับยา 3 ชนิด คือ ยา Nicomild[®] (Nicotin) 2 mg ยา Nortriptyline 10 mg และ สมุนไพรหญ้าดอกขาว อีก 1 รายได้รับยา Nicomild[®] (Nicotin) 2 mg ยา Nortriptyline 25 mg และสมุนไพรหญ้าดอกขาว

ตารางที่ 5 ระยะเวลากำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่เลือกวิธีการค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง

จำนวนวันที่กำหนด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 -2 วัน	8	16.7
3 - 7 วัน	22	45.8
มากกว่า 7 วัน	18	37.5
รวม	48	100

ตารางที่ 6 การใช้ยาร่วมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่มารับบริการในระดับ A4

ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้ใช้ยา (108 คน)
Nicomild 2 mg	77	71.3
Nortriptyline 10 mg	23	21.3
Nortriptyline 25 mg	32	29.6
สมุนไพรหญ้าดอกขาว	30	27.8

หมายเหตุ แต่ละคนอาจได้รับยามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 7 การใช้ยาในการเลิกบุหรี่ในระดับ A4

(หน่วย : คน)

	Nicomild 2 mg	Nortriptyline 10 mg	Nortriptyline 25 mg	สมุนไพรหญ้า ดอกขาว
Nicomild 2 mg	31	9	15	18
Nortriptyline 10 mg	9	8	0	3
Nortriptyline 25 mg	15	0	15	1
สมุนไพรหญ้าดอกขาว	18	3	1	7

การติดตามผลของการเลิกบุหรี่หลังการให้บริการระดับ A4 พบว่า ผู้รับบริการร้อยละ 22.7 เกิดอาการข้างเคียงจากยาร้อยละ 35.0 เกิดอาการขาดนิโคติน (nicotine withdrawal syndrome) โดยกลุ่มที่เลือกใช้วิธีกำหนดเวลาเลิกสูบบุหรี่มีสัดส่วนการเกิดภาวะขาดนิโคตินสูงกว่ากลุ่ม

ที่เลือกการหยุดสูบบุหรี่ทันที (RR = 1.164, 95% CI = 0.789 - 1.718) (ตารางที่ 8) ภายหลังจากการรับบริการระดับ A4 พบว่า ผู้รับบริการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงจากวันที่เข้ารับบริการใหม่ ๆ (ค่าเฉลี่ยจาก 17.4±9.5 มวนต่อวัน เป็น 6.5±5.3 มวนต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)

โดยในกลุ่มที่กำหนดเวลาเลิกสูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่ยังคงสูบต่อวันตอนเริ่มเข้าโครงการ (ค่าเฉลี่ย 17.6 ± 9.8 มวนต่อวัน) กับภายหลังจากการรับบริการระดับ

A4 (ค่าเฉลี่ย 6.7 ± 5.5 มวนต่อวัน) พบว่ามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 8 การประเมินผลภายหลังจากได้รับบริการในระดับ A4

รายการประเมิน	กลุ่มหยุดสูบบุหรี่		กลุ่มกำหนดเวลาเลิกสูบบุหรี่		รวม	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
อาการขาดนิโคติน						
ไม่พบอาการ	41	68.3	35	61.4	76	65.0
พบเล็กน้อย	10	16.7	9	15.8	19	16.2
พบอยู่แต่ทนได้	8	13.3	11	19.3	19	16.2
ยังพบอยู่มาก	1	1.7	2	3.5	3	2.6
รวม	60	100	57	100	117	100
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)						
0	58	96.7	3*	14.3	61	75.3
1-10	2	3.3	15	71.4	17	28.3
>10	0	0	3	14.3	3	5.0
รวม	60	100	21	100	81	108.6

หมายเหตุ *ทั้ง 3 คน ยังต้องให้บริการต่อในระดับ A5.1 แม้ไม่สูบบุหรี่แล้ว เพื่อป้องกันกันการกลับไปสูบบุหรี่

การประเมินผลการใช้ยา Nicomild® (Nicotin) 2 mg (ทั้งกลุ่มที่ได้รับเดี่ยว ๆ และได้รับร่วมกับยาอื่น) ภายหลังจากการรับบริการระดับ A4 พบว่า ร้อยละ 39.0 เกิดอาการขาดนิโคติน ร้อยละ 27.3 (21 คน) มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ หงุดหงิด เวียนศีรษะ ง่วง มีอัสัน ปวดท้อง แสบคอ ปวดเหงือก นอนไม่หลับ เปรี๊ยะปาก จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 7.2 ± 5.8 มวน (ตารางที่ 9)

การประเมินผลการใช้ยา Nortriptyline 10 mg (ทั้งกลุ่มที่ได้รับเดี่ยว ๆ และได้รับร่วมกับยาอื่น) ภายหลังจากการรับบริการระดับ A4 พบว่า ร้อยละ 26.0 (6 คน) เกิดอาการขาดนิโคติน ร้อยละ 13.0 มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง หิว น้ำตาลอดทั้งวัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 6.2 ± 3.6 มวน (ตารางที่ 9)

การประเมินผลการใช้ยา Nortriptyline 25 mg (ทั้งกลุ่มที่ได้รับเดี่ยว ๆ

และได้รับร่วมกับยาอื่น) ภายหลังจากการรับบริการระดับ A4 พบว่าร้อยละ 21.9 (7 คน) เกิดอาการขาดนิโคติน ร้อยละ 28.1 มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ ง่วงมาก เบลอทั้งวัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 4.0 ± 5.0 มวน (ตารางที่ 9)

การประเมินผลการใช้ยาสมุนไพรหญ้าดอกขาว (ทั้งกลุ่มที่ได้รับเดี่ยวๆ และได้รับร่วมกับยาอื่น) ภายหลังจากการรับบริการ

ระดับ A4 พบว่าร้อยละ 46.6 (14 คน) เกิดอาการขาดนิโคติน ร้อยละ 23.3 มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ เหงื่อออกเยอะมาก จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 5.7 ± 6.1 มวน (ตารางที่ 9) ผู้มารับบริการในระดับ A4 มีแนวโน้มลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง โดยมี 3 คนที่หยุดสูบบุหรี่แล้วจากเดิมที่เคยสูบบุหรี่วันละ 2, 10 และ 18 มวนต่อวัน

ตารางที่ 9 การประเมินผลของการใช้ยาเลิกบุหรี่ในระดับ A4

รายการประเมิน	ยา							
	Nicomild 2 mg		Nortriptyline 10 mg		Nortriptyline 25 mg		สมุนไพรหญ้า ดอกขาว	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
อาการขาดนิโคติน								
ไม่พบอาการ	47	61.0	17	73.9	25	78.1	16	53.3
พบเล็กน้อย	14	18.2	3	13.0	6	18.8	7	23.3
พบอยู่แต่ทนได้	14	18.2	3	13.0	1	3.1	7	23.3
ยังพบอยู่มาก	2	2.6						
รวม	77	100	23	100	32	100	30	100
อาการข้างเคียงจากการใช้ยา								
ไม่พบ	56	72.7	20	87.0	23	71.9	23	76.7
พบ	21	27.3	3	13.0	9	28.1	7	23.3
รวม	77	100	23	100	32	100	30	100
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)								
0	1	6.3	0	0	2	28.6	3	42.9
1-10	12	75.0	5	100	4	57.1	3	42.9
>10	3	18.8	0	0	1	14.3	1	14.3
รวม	16	100	5	100	7	100	7	100
ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน) เมื่อเริ่มเข้าโครงการ	17.4±8.8		16.6±4.8		18.3±10.7		15.1±8.8	
ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน) หลังรับบริการระดับ A4	7.2±5.8		6.2±3.6		4.0±5.0		5.7±6.1	
p- value	<0.001		0.46*		0.018*		0.018*	

หมายเหตุ * Wilcoxon Signed Ranks Test

5. การติดตามผลการเลิกบุหรี่ใน ระดับ A5

5.1 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ใน ระดับ A5.1

เภสัชกรได้ติดตามผู้มารับบริการ เลิกบุหรี่ในระดับ A5.1 พบว่ามี 21 คนที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ที่เหลือร้อยละ 64.4 ยังคงสูบบุหรี่ เฉลี่ย 6.3 ± 4.5 มวนต่อวัน ทั้งนี้ในกลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่แล้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.9) เป็นผู้ที่เลือกใช้วิธีหักดิบ ใช้ ยา Nicomild® (Nicotin) 2 mg (ร้อยละ 71.4) ผู้มารับบริการในระดับ A5.1 มีแนวโน้มผลลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

5.2 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ ในระดับ A5.2

เภสัชกรได้ติดตามผู้มารับบริการเลิก บุหรี่ในระดับ A5.2 พบว่า 9 คนที่สามารถ หยุดสูบบุหรี่ได้ ที่เหลือ ร้อยละ 78.3 ยังสูบบุหรี่เฉลี่ย 6.3 ± 5.1 มวนต่อวัน ทั้งนี้ในกลุ่ม ที่หยุดสูบบุหรี่แล้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.8) เป็นผู้ที่เลือกใช้วิธีค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่ สูบลง ใช้ยา Nicomild® (Nicotin) 2 mg (ร้อยละ 70.0) ผู้มารับบริการในระดับ A5.2 มีแนวโน้มผลลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

5.3 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ใน ระดับ A5.3

เภสัชกรได้ติดตามผู้มารับบริการ เลิกบุหรี่ในระดับ A5.3 พบว่า 12 คนที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ที่เหลือร้อยละ 57.1 ยังสูบบุหรี่เฉลี่ย 4.5 ± 3.5 มวนต่อวัน ทั้งนี้ใน

กลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่แล้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) เป็นผู้ที่เลือกใช้วิธีค่อย ๆ ลดจำนวน บุหรี่ที่สูบลง ใช้ยา Nicomild® (Nicotin) 2 mg (ร้อยละ 58.3) ผู้มารับบริการในระดับ A5.3 มีแนวโน้มผลลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

5.4 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ใน ระดับ A5.4

เภสัชกรได้ติดตามผู้มารับบริการ เลิกบุหรี่ในระดับ A5.4 จำนวน 10 คน พบว่า 5 คนที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ที่เหลือ ร้อยละ 50.0 ยังสูบบุหรี่เฉลี่ย 4.0 ± 1.4 มวน ต่อวัน ทั้งนี้ในกลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่แล้วส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0) เป็นผู้ที่เลือกใช้วิธี ค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง ใช้ยา Nicomild® (Nicotin) 2 mg (ร้อยละ 60.0) ผู้มารับบริการ ในระดับ A5.4 มีแนวโน้มผลลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ ต่อวัน

5.5 การติดตามผลการเลิกบุหรี่ใน ระดับ A5.5

เภสัชกรได้ติดตามผู้มารับบริการ เลิกบุหรี่ในระดับ A5.5 จำนวน 2 คน ทั้งนี้มี 2 คนที่หยุดสูบบุหรี่แล้วโดยเป็นผู้ที่เลือกใช้ วิธีค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง 1 คน และ ใช้วิธีหักดิบ 1 คน

จากการเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่ ผู้รับบริการสูบต่อวันก่อนและหลังการ ให้บริการในแต่ละระดับพบว่า ร้อยละ 52.7 ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงหลังการรับบริการ ระดับ A5.1 เมื่อเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ก่อนรับบริการ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 สรุปผลการให้บริการเลิกบุหรี่ ภายหลังจากการให้บริการในระดับต่าง ๆ

ผลการเปลี่ยนแปลง จำนวนบุหรี่ที่สูบกับ ก่อนให้บริการ	ระดับของการให้บริการ									
	A5.1		A5.2		A5.3		A5.4		A5.5	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เปลี่ยนแปลง	9	16.4	8	19.0	6	26.1	1	14.3	1	25.0
ลดลงจากครั้งก่อน	29	52.7	16	38.1	6	26.1	1	14.3	1	25.0
เพิ่มขึ้นจากครั้งก่อน	17	30.9	18	42.9	11	47.8	5	71.4	2	50.0
รวม	55	100	42	100	23	100	7	100	4	100

สรุปและวิจารณ์ผล

เทคนิค 5A สำหรับการให้บริการเลิกบุหรี่ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดสูบ พ.ศ. 2555 ของประเทศไทย⁸ เป็นไปในแนวทางที่ U.S. Department of Health and Human Services รับรองว่ามีประสิทธิภาพ^{10,11} จากผลการให้บริการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่สนใจมารับบริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ยังเป็นเพศชาย เนื่องจากสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ในเพศชาย (ร้อยละ 41.7) มีจำนวนสูงกว่ากลุ่มเพศหญิง (ร้อยละ 2.1)⁴ และมีโรคประจำตัว ทั้งนี้เพราะบุหรี่เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้โรคประจำตัวต่าง ๆ ของผู้สูบบุหรี่ (หากมี) มีความรุนแรงมากขึ้นและการรักษาโรคนั้น ๆ ทำได้ยากขึ้น¹² นอกจากนี้ผู้ที่สนใจเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีประวัติการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ผู้มารับบริการร้อยละ 57.1 มีประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหน้านี้ ร้อยละ 50.0 เคยเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว

1 ครั้ง ร้อยละ 63.4 ของกลุ่มที่เคยเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่เกิน 1 เดือน ร้อยละ 22.3 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่เกิน 1 ปี ซึ่งเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁴ แต่ภาวะการติดนิโคตินของผู้เข้ารับบริการในโครงการนี้ที่พบว่า มีภาวะติดนิโคติน ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยร้อยละ 47.0 สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที ซึ่งแตกต่างจากรายงานปี พ.ศ. 2554 ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 57.7 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำชนิดมีควัน สูบบุหรี่มวนแรกของวันหลังตื่นนอนภายใน 30 นาที¹³ และเภสัชกรได้ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่ตกลงใจรับบริการเลิกบุหรี่พบว่าร้อยละ 18.0 อยู่ในระดับตระหนักรู้ (contemplation) แต่มีร้อยละ 1.9 ต้องการรับบริการต่อเนื่องจากที่เคยรับบริการมา

ก่อนหน้านี้ (อยู่ในระดับดำรงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ (maintenance) และร้อยละ 67.3 ยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสหรัฐอเมริกาที่ว่า คนทั่วไปรับรู้เรื่องอันตรายจากบุหรี่ แต่ประเมินระดับอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพในระดับต่ำ¹⁴ และรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเพียงความเสี่ยงอย่างหนึ่งเหมือนความเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีต่อสุขภาพทั่วไป¹⁵ ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สะท้อนว่า เกษัชกรร้านยาเพิ่มโอกาสในการช่วยให้ผู้ที่สนใจเลิกบุหรี่ได้เข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ เพราะร้านยาเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเลิกบุหรี่ ดังจะเห็นได้จากการริเริ่มให้บริการเลิกบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต¹⁶ รวมถึงการช่วยคัดกรองและแนะนำผู้มารับบริการที่ร้านยา ให้ได้รับบริการเลิกบุหรี่ แต่อย่างไรก็ดี บทบาทนี้ยังเป็นบทบาทที่ตั้งรับในร้านยา ดังนั้นหากจะให้เภสัชกรร้านยาได้ใช้ศักยภาพในด้านนี้อย่างเต็มที่ ไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มาซื้อยาหรือมาขอรับคำแนะนำเกี่ยวกับยาเท่านั้น จำเป็นที่จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบอย่างกว้างขวางถึงบทบาทการให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชน

สำหรับแรงจูงใจที่สำคัญในการเลิกบุหรี่ ของผู้มารับบริการ นอกจากแรงจูงใจจากเรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 78.2) ซึ่งเป็นประโยชน์ที่ผู้มารับบริการได้รับโดยตรงแล้ว แรงจูงใจที่สำคัญรองลงมา คือ ครอบครัว (ร้อยละ 56.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

13 ปี (พ.ศ. 2534 – 2547) ในประเทศจีน¹⁷ พบว่าการป้องกันหรือการให้บริการเลิกบุหรี่ ควรที่จะเน้นที่กลุ่มอายุน้อยจึงจะให้ผลดี¹³ และครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส¹⁸ เป็นปัจจัยเสริมในการสร้างแรงจูงใจที่ดีในการเลิกบุหรี่

ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.3) เลือกใช้วิธีการหยุดสูบบุหรี่ทันที (หักดิบ) ซึ่งเป็นทิศทางเดียวกับรายงานของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ¹³ และร้อยละ 90.8 รับประทานยาสำหรับเลิกบุหรี่ โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.3) รับประทาน Nicomild® (Nicotin) 2 mg รองลงมา คือ Nortriptyline 25 mg (ร้อยละ 29.6) แม้ว่าตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบ พ.ศ. 2555 ของประเทศไทย⁸ แนะนำให้ใช้ nortriptyline เป็นลำดับแรก แต่เนื่องจากทางทฤษฎีระบุว่า ยานี้มีอาการข้างเคียงสูง ทำให้เภสัชกรระมัดระวังในการใช้ยานี้ จึงใช้ยานี้ร่วมกับยา Nicomild® (Nicotin) 2 mg แทนการจ่ายเดี่ยว ๆ สำหรับสมุนไพรรักษาดอกขาวได้มีให้บริการร่วมในโครงการนี้ เนื่องจากเป็นสมุนไพรรักษาเลือกที่ผลิตได้ในประเทศและจากการศึกษา ณ โรงพยาบาลพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ที่ให้การบำบัดผู้ติดบุหรี่ด้วยการบูรณาการการเลิกบุหรี่ด้วยสมุนไพรรักษาดอกขาวและอมสมุนไพรรักษาฟัน และเพิ่มการล้างพิษโดยใช้สมุนไพรร่างจืด และอบไอน้ำสมุนไพรร่วมกับการใช้เทคนิค 5A และ 5R พบว่ามีประสิทธิผล¹⁹

การศึกษาค้นคว้าการใช้ยา Nicomild® (Nicotin) และ ยา Nortriptyline ให้ผลที่ใกล้เคียงกันทั้ง จำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่

สูบต่อวัน และจำนวนผู้ที่เกิดอาการขาดนิโคติน และการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ยา Nortriptyline 25 mg พบว่าทำให้เกิดอาการง่วงมาก เบลอทั้งวันและ ยาสมุนไพรดอกขาวทำให้มีเหงื่อออกเยอะมาก ทั้งนี้ ยาทุกชนิดช่วยให้ลดจำนวนบุหรีเฉลี่ยที่สูบต่อวันได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่การติดตามผลของโครงการนี้เป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลาดำเนินการและการเข้ารับบริการของผู้มารับบริการในเวลาที่แตกต่างกัน เมื่อสิ้นสุดโครงการ การติดตามผลของผู้รับบริการบางคนยังไม่ครบตามที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถประเมินผลของอัตราการเลิกบุหรีได้ชัดเจน แต่รายงานการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างเข้มข้น (physician high intensity counselling) ทำให้อัตราการเลิกบุหรี (abstinence rates) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (2.3, 95% C.I., 2.0, 2.7) ในขณะที่การใช้ยา Nicotine patch มีอัตราการเลิกบุหรี (1.9, 95% C.I.: 1.7, 2.2)⁵ ดังนั้น การส่งเสริมให้เภสัชกรชุมชนเพิ่มบทบาทในการให้บริการเลิกบุหรี จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่มีบุหรีเป็นสาเหตุได้ แต่อย่างไรก็ดี การแก้ปัญหาในระยะยาว นอกจากการจัดให้มีบริการเลิกบุหรีโดยบุคลากรทางการแพทย์แล้ว จำเป็นต้องมีมาตรการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การส่งเสริมสภาพแวดล้อมรวมทั้งกฎหมาย ที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี ก็ต้องดำเนินการควบคู่ไปด้วย จึงจะได้ผลอย่างสมบูรณ์²⁰

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Italy: World Health Organization; 2011.
3. Mikuls TR, Sayles H, Yu F, LeVan T, Gould KA, Thiele GM, et.al. Associations of cigarette smoking with rheumatoid arthritis in African Americans *Arthritis Rheum.* 2010;62 (12):3560-8.
4. กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรีและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2555.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European strategy for smoking cessation policy. Copenhagen Ø, Denmark: World Health Organization; Revision 2004.
6. Meshack A, Moultry AM, Hu S, McAlister AL. Smoking cessation counseling practices of Texas pharmacists. *J Community Health.* 2009;34(3):231-8.

7. Connor SE, Scharf DM, Jonkman LJ, Herbert MI. Focusing on the five A's: a comparison of homeless and housed patients' access to and use of pharmacist-provided smoking cessation treatment. *Res Social Adm Pharm.* 2014;10(2):369-77.
8. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555) กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2555.
9. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจิตร, สุวัฒน์ จุฬพัฒน์, ปรีชา มณฑานติกุล และคณะ, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2546: 153-74.
9. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Treating Tobacco Use and Dependence. [updated 2012 April; cited 2014 Mar 6]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>
11. US Department of Health and Human Services (USDHHS). Clinical Practical Guidelines. Treating Tobacco Use and Dependence - 2008 Update. Rockville, MD: USDHHS, PHS; 2008.
12. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
13. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่โลก ปี 2554. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2555.
14. Myers ML, Iscoe C, Jennings C, Lenox W, Minsky E, Sacks A. Staff report on the cigarette advertising investigation. Washington, DC: Federal Trade Commission; 1981.
15. Warner KE. Selling smoke: cigarette advertising and public health. Washington, DC: American Public Health Association, 1986.
16. Dallery J, Raiff BR. Contingency management in the 21st Century: Technological innovations to

- promote smoking cessation. *Subst Use Misuse*. 2011;46(1):10-22.
17. Pan Z, Hu D. Multilevel analysis of individual and community predictors of smoking prevalence and frequency in China: 1991-2004. *J Public Health Policy*. 2008;29(1):72-85.
 18. McGeary KA. Spousal Effects in Smoking Cessation: Matching, Learning, or Bargaining? United States: Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2013.
 19. สุนันทา โอศิริ, จงจิตร เถลิงพงษ์, วรรณะ มงคลวิวัฒน์, พัชชาพลอย ศรีประเสริฐ, ณัฐดนัย มุสิกวงศ์, มณี ธาดาบดินทร์, ธนวรรณ พานิชวัฒนา. การบูรณาการเลิกบุหรี่ด้วยสมุนไพร ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย. [รายงานวิจัย]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
 20. World Health Organization. Tools for Advancing Tobacco Control in the XX1st century: Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.