

ผลของโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อพฤติกรรม
การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
Effects of a Pharmacist-Assisted Smoking Cessation Program Combined with Digital
Technology-Supported Access to Smoking Cessation Services on Smoking Cessation Behaviors
among Patients with Hypertension and Comorbidities at Somdet Hospital, Kalasin Province.
(Received: September 12, 2026; Revised: September 17, 2026 ; Accepted: September 24, 2026)

สุจิต ศรียางค์¹
Sujarit Sriyang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งรับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 14 คน ดำเนินงานตามวงจร PAOR โดยประยุกต์แนวทาง 5A's ร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร และการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการพึ่งพานิโคติน และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired-samples t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงจากเฉลี่ย 10.14 ± 4.59 เป็น 6.07 ± 3.34 มวนต่อวัน ($t=6.924$, $p<.001$) และคะแนนการพึ่งพานิโคตินลดลงจากเฉลี่ย 3.14 ± 2.18 เป็น 1.64 ± 1.45 คะแนน ($t=5.967$, $p<.001$) ในกลุ่มผู้สนใจใช้บริการดิจิทัลจำนวน 7 คน สามารถสแกน QR Code ได้ 4 คน และลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้ 3 คน ขณะที่ 3 คนยังต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ผลเชิงคุณภาพพบว่า การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การกำหนดเป้าหมาย การจัดการความอยากสูบบุหรี่ และการติดตามต่อเนื่องสนับสนุนการลดการสูบบุหรี่ ส่วนความเครียด ความเคยชิน สิ่งกระตุ้นทางสังคม และข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลยังเป็นอุปสรรคสำคัญ

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่, เภสัชกร, เทคโนโลยีดิจิทัล, โรคความดันโลหิตสูง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research, incorporating a one-group pretest-posttest quasi-experimental design, aimed to develop and evaluate a pharmacist-assisted smoking cessation program combined with digital technology-supported access to smoking cessation services. The participants were 14 patients with hypertension, comorbidities, and a history of smoking who received services at Somdet Hospital, Kalasin Province. The PAOR cycle was implemented by integrating the 5A's approach, pharmacist counseling, and access to services through a QR code, LINE Official Account, and Telehealth Thailand. Data were collected using an interview questionnaire, the Fagerström Test for Nicotine Dependence, and semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired-samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

After program participation, the mean number of cigarettes smoked decreased from 10.14 ± 4.59 to 6.07 ± 3.34 cigarettes per day ($t=6.924$, $p<.001$), while the mean nicotine dependence score decreased from 3.14 ± 2.18 to 1.64 ± 1.45 ($t=5.967$, $p<.001$). Among seven participants interested in digital services, four were able to scan the QR code and three successfully registered for Telehealth Thailand, while three still required assistance from healthcare personnel. Qualitative findings indicated that individualized counseling, goal

¹เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

setting, craving management, and continuous follow-up supported smoking reduction. Stress, habitual smoking, social triggers, and limited digital skills remained important barriers.

Keywords: smoking cessation, pharmacist, digital technology, hypertension, action research

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันได้ของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเมตาบอลิซึม โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า การใช้ยาสูบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคนต่อปีทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย แม้ความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2568 พบว่าประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 18.5² ขณะที่จังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.0 ใน พ.ศ. 2564³ สะท้อนว่าการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ยังเป็นภารกิจสำคัญของระบบสุขภาพการสูบบุหรี่มีความสำคัญเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากนิโคตินกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อเยื่อหลอดเลือดและการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง เมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อย่างไรก็ตาม การเลิกสูบบุหรี่มีความซับซ้อนจากการพึ่งพานิโคติน ความเครียด ความเคยชิน และสิ่งกระตุ้นทางสังคม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่เพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกเสนอแนวทาง 5A's ได้แก่ การสอบถามสถานะการสูบบุหรี่ การแนะนำให้เลิก การประเมินความพร้อม การช่วยวางแผน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง⁴ เกสัชกรสามารถประยุกต์แนวทางดังกล่าวร่วมกับการประเมินยา โรคร่วม อาการไม่พึงประสงค์ และความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่โดยบุคลากรเภสัชกรรมช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ได้⁵

เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชัน และระบบให้บริการทางไกล สามารถใช้เป็นช่องทางเสริมการให้คำปรึกษาและการติดตาม ช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง และเพิ่มความต่อเนื่องของบริการ⁶ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแต่ละรายมีความพร้อมและทักษะด้านดิจิทัลแตกต่างกัน จึงควรใช้เทคโนโลยีร่วมกับความช่วยเหลือจากบุคลากร ไม่ใช่ใช้ทดแทนบริการแบบเผชิญหน้าทั้งหมด

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การมารับยาและติดตามการรักษาจึงเป็นโอกาสในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และติดตามการเลิกสูบบุหรี่ แต่การดูแลเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการความอยากและสิ่งกระตุ้นในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์แนวทาง 5A's ร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร และส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand เพื่อสนับสนุนการลดและเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการพึ่งพานิโคติน ความพร้อม และอุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยประยุกต์ใช้แนวทาง 5A's และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR
3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการพึ่งพานิโคตินก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรม รวมทั้งศึกษาการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมภายหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนผล เพื่อพัฒนาและประเมินโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ และมารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุ 18–75 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ สามารถสื่อสารภาษาไทยและใช้สมาร์ทโฟนได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามตามกำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมทั้งหมดได้รับการประเมินเชิงปริมาณก่อนและหลังโปรแกรม และสัมภาษณ์เชิงคุณภาพภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยคือโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ ซึ่งประยุกต์แนวทาง 5A's ได้แก่ Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange ร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การประเมินยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แบบประเมิน Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) แบบบันทึกผลลัพธ์ก่อนและหลังโปรแกรม

และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความคิดเห็นต่อโปรแกรม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Planning ประเมินสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการพึ่งพาโคติน ความพร้อม อุปสรรคด้านยา และความพร้อมด้านดิจิทัล 2) Acting ให้คำปรึกษาตามแนวทาง 5A's กำหนดเป้าหมายและแผนลดหรือเลิกสูบบุหรี่เฉพาะบุคคล ประเมินยา และแนะนำการเข้าถึงบริการผ่านช่องทางดิจิทัล 3) Observing ประเมินจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน คะแนน FTND และการเข้าถึงบริการภายหลังได้รับโปรแกรม และ 4) Reflecting สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมทั้ง 14 คน เพื่อนำประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะมาสังเคราะห์เป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการในรอบถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและคะแนน FTND ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วย Paired-samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยถอดความ กำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูล และสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบหลัก จากนั้นบูรณาการกับผลเชิงปริมาณตามวงจร PAOR

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมก่อนเก็บข้อมูล โดยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วยสถานการณ์ก่อนดำเนินงาน กระบวนการพัฒนาตามวงจร PAOR ผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรม การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล และข้อค้นพบเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. สถานการณ์ก่อนดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.86 อายุเฉลี่ย 59.50 ± 8.64 ปี ป่วยด้วยโรค

ความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.21 ± 4.53 ปี และมีประวัติสูบบุหรี่เฉลี่ย 40.60 ± 11.80 ปี โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 10.14 ± 4.59 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพานิโคตินต่ำ ร้อยละ 71.43 และเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.29

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=14)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)/Mean $\pm$ SD
เพศชาย	13 (92.86)
อายุ (ปี)	59.50 ± 8.64
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)	6.21 ± 4.53
อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	19.00 ± 4.50
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)	40.60 ± 11.80
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	10.14 ± 4.59
เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่	9 (64.29)
การพึ่งพานิโคตินระดับต่ำ	10 (71.43)
อยู่ในระยะ Contemplation	5 (35.71)
สนใจเข้าร่วมบริการดิจิทัล	7 (50.00)

อุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่พบมากที่สุดคือความหงุดหงิดหรือความเครียด ร้อยละ 31.25 รองลงมาคือการมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดติดสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.75 ส่วนอาการอยากสูบบุหรี่ อาการถอนนิโคติน และความเคยชินพบเท่ากัน ร้อยละ 12.50 สำหรับผู้ที่เคยใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ พบปัญหาด้านประสิทธิภาพ อาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวังจากโรคร่วมหรือการใช้ยาหลายชนิด

2. กระบวนการพัฒนาตามวงจร PAOR ระยะ Planning ใช้ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการพึ่งพานิโคติน ความพร้อม อุปสรรคด้านพฤติกรรมและยา รวมทั้งความพร้อมด้านดิจิทัลในการออกแบบกิจกรรมเฉพาะบุคคล ระยะ Acting ดำเนินการตามแนวทาง 5A's โดยเภสัชกรให้

คำปรึกษา ประเมินยา ร่วมกำหนดเป้าหมายและแผนลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และแนะนำการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand ระยะ Observing ประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรม และระยะ Reflecting นำผลเชิงปริมาณและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมมาสังเคราะห์เพื่อปรับปรุงระบบบริการ

3. ผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรม จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงเฉลี่ย 4.07 มวน และคะแนนการพึ่งพานิโคตินลดลงเฉลี่ย 1.50 คะแนน โดยทั้งสองผลลัพธ์แตกต่างจากก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=14)

ผลลัพธ์	ก่อน Mean $\pm$ SD	หลัง Mean $\pm$ SD	Mean difference	t	95% CI	p-value
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	10.14 ± 4.59	6.07 ± 3.34	4.07	6.924	2.80–5.34	<.001
คะแนน FTND	3.14 ± 2.18	1.64 ± 1.45	1.50	5.967	0.96–2.04	<.001

4. การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล
ผู้สนใจใช้บริการดิจิทัลจำนวน 7 คน มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทุกคน สามารถสแกน QR Code ได้ 4 คน

และลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้ 3 คน ขณะที่ 3 คนยังต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 3 การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (n=7)

ผลการเข้าถึงบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	7 (100.00)
มี LINE และสามารถสแกน QR Code ได้	4 (57.14)
ลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้	3 (42.86)
ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่	3 (42.86)

5. ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้เข้าร่วมทั้ง 14 คน ภายหลังได้รับโปรแกรม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์

เนื้อหา สาระที่ได้ 7 ข้อค้นพบหลัก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อค้นพบเชิงคุณภาพภายหลังได้รับโปรแกรม (n=14)

ข้อค้นพบหลัก	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (คน)
1. การรับรู้ความเสี่ยงและแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น	11
2. การกำหนดเป้าหมายและวางแผนเฉพาะบุคคลช่วยให้ลดจำนวนบุหรี่ได้	10
3. ความเครียด ความอยาก ความเคยชิน และสังคมยังเป็นอุปสรรคสำคัญ	9
4. การจัดการอาการถอนและสิ่งกระตุ้นช่วยให้ควบคุมการสูบได้ดีขึ้น	8
5. บทบาทของเภสัชกรช่วยเพิ่มความมั่นใจด้านยาและความปลอดภัย	8
6. การติดตามต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในกระบวนการลดและเลิกสูบบุหรี่	10
7. เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ แต่บางรายยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากร	7

ผู้ให้ข้อมูล 11 คนสะท้อนว่า ภายหลังได้รับคำอธิบายที่เชื่อมโยงผลกระทบของการสูบบุหรี่กับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และยาที่ใช้อยู่ ทำให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดและมีแรงจูงใจในการลดหรือเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ดังคำกล่าวว่า “เมื่อก่อนก็รู้ว่าบุหรี่ไม่ดี แต่ไม่ได้คิดว่ามันเกี่ยวกับความดันกับหัวใจของตัวเองขนาดนี้ พอเภสัชกรอธิบายก็เลยอยากลดจริงจัง” (P03)

ผู้ให้ข้อมูล 10 คนเห็นว่า การร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนเฉพาะบุคคลช่วยให้การลดบุหรี่ปฏิบัติได้จริง วิธีที่นำไปใช้ ได้แก่ การกำหนด

จำนวนมวนสูงสุดต่อวัน การเลื่อนเวลาสูบบุหรี่มวนแรก การไม่พกบุหรี่จำนวนมาก การหลีกเลี่ยงการสูบหลังรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมอื่นทดแทน การกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นขั้นตอนทำให้ผู้ที่ยังไม่สามารถหยุดสูบได้ทันทีที่สามารถมองเห็นความก้าวหน้าของตนเองและคงอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล 9 คนยังพบอุปสรรคจากความเครียด ความหงุดหงิด ความอยากสูบบุหรี่ ความเคยชิน และการอยู่ร่วมกับเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะ

ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แสดงให้เห็นว่าแม้ระดับการพึ่งพาโคตินลดลง แต่ปัจจัยด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมทางสังคมยังมีผลต่อความเสี่ยงในการกลับไปสูบบุหรี่

ผู้ให้ข้อมูล 8 คนนำวิธีจัดการความอยาก และอาการถอนที่ได้รับคำแนะนำไปใช้ เช่น การดื่มน้ำ หายใจเข้าและลึก เดินออกจากบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ หากิจกรรมอื่นทำ ลดการดื่มสุรา และชะลอการสูบบุหรี่ โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งระบุว่า “พอรู้ว่าความอยากไม่ได้อยู่นานตลอด ก็ลองรอไว้ก่อนหาอะไรทำ สุดท้ายบางครั้งก็ผ่านไปโดยไม่ได้สูบบุหรี่” (P01) ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าการเตรียมวิธีจัดการล่วงหน้าช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเมื่อเผชิญสิ่งกระตุ้น

ด้านการดูแลโดยเภสัชกร ผู้ให้ข้อมูล 8 คนมีความมั่นใจเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวิธีใช้ อาการไม่พึงประสงค์ ข้อควรระวัง และความเหมาะสมกับโรคประจำตัวหรือยาที่รับประทานอยู่ การให้คำปรึกษาจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะการปรับพฤติกรรม แต่ครอบคลุมการบริหารด้านยาและความปลอดภัย ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและใช้ยาหลายชนิด

ผู้ให้ข้อมูล 10 คนเห็นว่า การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเตือนให้ทบทวนเป้าหมาย เปิดโอกาสให้รายงานปัญหา และปรับแผนเมื่อไม่สามารถลดบุหรี่ได้ตามที่กำหนด การติดตามโดยไม่ต่าหนียังช่วยให้ผู้ป่วยมองการกลับไปสูบบุหรี่บางครั้งเป็นปัญหาที่สามารถวิเคราะห์และแก้ไขได้ มากกว่ามองว่าเป็นความล้มเหลวของการเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด

สำหรับเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สนใจทั้ง 7 คนเห็นว่า QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand ช่วยให้ทราบช่องทางรับข้อมูลและติดต่อบริการได้สะดวกขึ้น อย่างไรก็ตามความสามารถในการใช้งานแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ขณะที่บางรายไม่มี LINE หรือไม่สามารถลงทะเบียน

Telehealth Thailand ได้และต้องได้รับการสาธิตจากเจ้าหน้าที่ ผู้ให้ข้อมูลจึงเห็นว่าช่องทางดิจิทัลควรเป็นเครื่องมือเสริม ไม่ควรทดแทนการพูดคุยกับบุคลากรหรือบริการแบบพบหน้าโดยสมบูรณ์

เมื่อบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามกระบวนการ PAOR พบว่า การลดจำนวนบุหรี่และคะแนนการติดนิโคตินภายหลังได้รับโปรแกรมเกิดจากองค์ประกอบหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ การประเมินปัญหาเฉพาะบุคคล การสร้างการรับรู้ความเสี่ยง การให้คำปรึกษาตามแนวทาง 5A's การกำหนดเป้าหมายที่ปฏิบัติได้ การจัดการความอยากและอาการถอน การดูแลด้านยาโดยเภสัชกร และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่วนเทคโนโลยีดิจิทัลทำหน้าที่เพิ่มช่องทางและความต่อเนื่องในการเข้าถึงบริการ โดยความเครียด สิ่งกระตุ้นทางสังคม และความพร้อมด้านดิจิทัลเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ควรนำไปใช้ปรับปรุงโปรแกรมในวงจรต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างลดจำนวนบุหรี่จากเฉลี่ย 10.14 ± 4.59 เหลือ 6.07 ± 3.34 มวนต่อวัน และคะแนนการติดนิโคตินลดจาก 3.14 ± 2.18 เหลือ 1.64 ± 1.45 คะแนน แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าโปรแกรมที่ผสมกระบวนการ 5A's การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร การกำหนดเป้าหมายรายบุคคล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยให้ผู้ป่วยลดการสูบบุหรี่และการพึ่งพาโคตินได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังไม่สามารถยืนยันผลต่อการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuwalairat และคณะ⁷ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 176 คน ซึ่งพบว่าจำนวนบุหรี่ยลดลงจาก 12.4 ± 7.9 เหลือ 2.7 ± 3.5 มวนต่อวัน ($p = .001$) และมีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อครบ 1 ปีร้อยละ 30.7 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของธนวัฒน์ ร่มสุก และ

คณะ⁸ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 27 คน ซึ่งพบว่า ร้อยละ 70.37 ลดจำนวนบุหรี่ ร้อยละ 18.52 เลิกสูบบุหรี่ได้ในช่วง 7 วัน และคะแนนการติดนิโคตินลดลงจาก 3.59 ± 1.84 เหลือ 2.41 ± 1.18 คะแนน ($p < .001$)

ผลด้านการติดนิโคตินยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketpratum และ Inchaihep⁹ ในผู้สูบบุหรี่ 54 คน ซึ่งพบว่าคะแนนการติดนิโคตินลดลงจาก 5.98 ± 1.22 เหลือ 2.41 ± 0.74 คะแนน ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการประเมินระดับการติดนิโคตินร่วมกับการให้คำปรึกษาและติดตามอย่างเป็นระบบมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนช่วยเลิกบุหรี่ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

บทบาทของเภสัชกรมีความสำคัญ โดยเฉพาะการประเมินความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ การแนะนำวิธีใช้ และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของทวนธน บุญลือ และคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มที่ได้รับ nortriptyline และหมากฝรั่งนิโคตินสามารถลดจำนวนบุหรี่ได้ แต่พบอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่ม nortriptyline 8 ราย เทียบกับ 3 รายในกลุ่มหมากฝรั่งนิโคติน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .022$) ขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Jayanthi R. Appalasamy และคณะ¹¹ จำนวน 12 การศึกษา พบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของเภสัชกรช่วยเพิ่มความรู้ ทศนคติ ความเชื่อมั่น และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเลิกบุหรี่ของเภสัชกร ผลดังกล่าวสนับสนุนการจัดให้เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบ

แม้กลุ่มตัวอย่างจะลดจำนวนบุหรี่และระดับการติดนิโคตินได้ แต่ความเครียด ความอยาก ความเคยชิน และการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Utap และคณะ¹² ซึ่งพบว่าในผู้ที่กลับไปสูบบุหรี่ ความเครียดและแรงกดดันจากเพื่อนเป็นสาเหตุร้อยละ 64.5 ในกลุ่มที่ได้รับกระบวนการ 5A's และร้อยละ 62.8 ในกลุ่มควบคุม ส่วนอาการถอนนิโคตินหรือความอยากสูบบุหรี่

พบร้อยละ 23.6 และ 21.7 ตามลำดับ ดังนั้น การติดตามควรครอบคลุมการจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การฝึกปฏิเสธ และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

สำหรับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สนใจทั้ง 7 คนมีความเข้าใจช่องทางบริการเพิ่มขึ้น แต่มีเพียง 4 คนที่ใช้ LINE และสแกน QR Code ได้ และ 3 คนลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้ ขณะที่ 3 คนต้องได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ แสดงว่าเทคโนโลยีดิจิทัลควรใช้เป็นช่องทางเสริมควบคู่กับบริการโดยบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexander Rupp และคณะ¹³ ในประเทศเยอรมนี จำนวน 661 คน ซึ่งพบว่าหลังติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันเลิกสูบบุหรี่มีอัตราการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันร้อยละ 20.2 เทียบกับร้อยละ 10.5 ในกลุ่มควบคุม ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ประเมินเพียงการเข้าถึงเทคโนโลยี จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นสาเหตุโดยตรงของการลดจำนวนบุหรี่

ข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงและการกำหนดเป้าหมายเฉพาะบุคคลช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการลดบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของธนะวัฒน์ รามสุข และคณะ⁸ ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับรูปแบบส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มจาก 15.41 ± 3.42 เป็น 19.48 ± 2.68 คะแนน และการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มจาก 15.41 ± 3.08 เป็น 17.63 ± 3.18 คะแนน ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงผลกระทบของบุหรี่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอาจช่วยเสริมแรงจูงใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การที่ผู้เข้าร่วมนำวิธีจัดการความอยากและอาการถอนมาใช้ ขณะที่ความเครียด ความเคยชิน และการอยู่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Utap และคณะ¹² ซึ่งพบว่าในผู้ที่กลับไปสูบบุหรี่ ความเครียดและแรงกดดันจากเพื่อนเป็นสาเหตุร้อยละ 64.5 ในกลุ่มที่

ได้รับคะแนนการ 5A's และร้อยละ 62.8 ในกลุ่มควบคุม ส่วนอาการถอนนิโคตินหรือความอยากสูบบุหรี่ร้อยละ 23.6 และ 21.7 ตามลำดับ ผลดังกล่าวแสดงว่าการลดการพึ่งพานิโคตินเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ควรจัดการปัจจัยด้านอารมณ์ ความเครียด และสิ่งกระตุ้นทางสังคมร่วมด้วย

ข้อค้นพบเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกร สอดคล้องกับการศึกษาของทวนธน บุญลือ และคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มที่ได้รับ nortriptyline และหมากฝรั่งนิโคตินสามารถลดจำนวนบุหรี่ได้ แต่พบอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่ม nortriptyline 8 ราย เทียบกับ 3 รายในกลุ่มหมากฝรั่งนิโคติน ($p=0.022$) และสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Appalasy และคณะ¹¹ จำนวน 12 การศึกษา ซึ่งพบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของเภสัชกร ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ ความเชื่อมั่น และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเลิกบุหรี่ของเภสัชกร จึงสนับสนุนว่าการดูแลโดยเภสัชกรครอบคลุมทั้งการปรับพฤติกรรม การเลือกผลิตภัณฑ์ และการติดตามความปลอดภัยด้านยา

การติดตามอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuwalairat และคณะ⁷ ซึ่งติดตามผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เดือนที่ 1, 2 และ 6 และเมื่อครบ 1 ปี พบว่าจำนวนบุหรี่ลดลงจาก 12.4 ± 7.9 เหลือ 2.7 ± 3.5 มวนต่อวัน ($p=0.001$) และมีอัตราเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 30.7 รวมทั้งสอดคล้องกับการทบทวนของ Carson-Chahhoud และคณะ⁵ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนด้านพฤติกรรมแบบเข้มข้นโดยบุคลากรเภสัชกรรมเพิ่มโอกาสเลิกสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับการสนับสนุนแบบความเข้มข้นต่ำ ($RR=2.30$, 95% $CI=1.33-3.97$) แสดงให้เห็นว่าการติดตามและปรับแผนอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญของบริการช่วยเลิกบุหรี่

ส่วนข้อค้นพบที่ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ แต่ผู้ป่วยบางรายยังต้อง

ได้รับความช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rupp และคณะ¹³ ในผู้สูบบุหรี่ 661 คน ซึ่งพบว่าหลังติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันมีอัตราการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันร้อยละ 20.2 เทียบกับร้อยละ 10.5 ในกลุ่มควบคุม ($p<0.001$) และสอดคล้องกับการทบทวนของ Li และคณะ⁶ ซึ่งพบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลหลายรูปแบบมีศักยภาพสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ว่าเทคโนโลยีควรใช้เป็นช่องทางเสริมร่วมกับบริการโดยบุคลากร เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมและทักษะดิจิทัลแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรบูรณาการโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่เข้าสู่บริการประจำของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประเมินการสูบบุหรี่และระดับการติดนิโคติน พร้อมให้คำปรึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. ควรใช้ LINE, QR Code และ Telehealth เป็นช่องทางเสริมในการให้ข้อมูลและติดตามผู้ป่วย โดยยังคงบริการแบบพบหน้าและจัดเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล
3. ควรเพิ่มกิจกรรมจัดการความเครียด ความอยากสูบบุหรี่ สิ่งกระตุ้นทางสังคม และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุม เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และติดตามผลอย่างน้อย 6-12 เดือน พร้อมประเมินการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวชี้วัดทางชีวเคมี เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและเทคโนโลยีดิจิทัลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2026). Tobacco and nicotine [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. World Health Organization Thailand.(2026). Thailand's leadership in tobacco control recognized on World No Tobacco Day 2026 [Internet]. Bangkok: World Health Organization Thailand; 2026 [cited 2026 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/03-06-2026-thailand-s-leadership-in-tobacco-control-recognized-on-world-no-tobacco-day-2026>
3. สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์.(2567). รายงานวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์: สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://kalasin.nso.go.th/images/E-book/Pocket-Book2567-1.pdf>
4. World Health Organization.(2024). WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, et al.(2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019(10):CD003698. doi:10.1002/14651858.CD003698.pub3.
6. Li S, Li Y, Xu C, Tao S, Sun H, Yang J, et al.(2025). Efficacy of digital interventions for smoking cessation by type and method: a systematic review and network meta-analysis. Nat Hum Behav. 2025;9(10):2054–65. doi:10.1038/s41562-025-02295-2.
7. Kuwalairat P, Sornkate R, Lertsinudom S.(2015). Smoking cessation outcome in NCD clinic of Thailand community hospital: pharmacist-led. Isan J Pharm Sci. 2015;11(4):83–103. doi:10.14456/ijps.2015.21.
8. ณะวัฒน์ รวมสุข, พิมพ์พันธ์ จันทร์เทียน, ชุณจิภา พลอยสุวรรณ, ชุตติมา ปัญญาพินิจนุกร, สุภิตรา ดวงบุญพิทักษ์.(2568). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้สื่อนวัตกรรมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 2568;74(1):50–9.
9. Ketpratum P, Inchaithep S.(2022). Effects of the one-stop smoking cessation nursing service in the non-communicable chronic disease clinic, Thoen Hospital. J Nurs Public Health Res. 2022;3(1):49–62.
10. ทวนธน บุญลือ, ประสิทธิ์ชัย พูลผล, ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา, กรกต ชัยยนต์, อนุชา นิตธรรม.(2565). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในร้านยา: กรณีศึกษาร้านยามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565;14(1):44–53.
11. Appalasamy JR, Selvaraj A, Wong YH, Dujaili JA, Kow CS.(2022). Effects of educational interventions on the smoking cessation service provided by community pharmacists: a systematic review. Res Social Adm Pharm. 2022;18(9):3524–33. doi:10.1016/j.sapharm.2022.01.008.
12. Utap MS, Tan CPL, Su AT.(2019). Effectiveness of a brief intervention for smoking cessation using the 5A model with self-help materials and using self-help materials alone: a randomised controlled trial. Malays Fam Physician. 2019;14(2):2–9.
13. Rupp A, Rietzler S, Di Lellis MA, Weiland T, Tschirner C, Kreuter M.(2024). Digital smoking cessation with a comprehensive guideline-based app: results of a nationwide, multicentric, parallel, randomized controlled trial in Germany. Nicotine Tob Res. 2024;26(7):895–902. doi:10.1093/ntr/ntae009.