

การประเมินผลการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หทัยชนก สุมาลี*

ศิริวรรณ พัทธรังษุภย์*,†

ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์†

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยในช่วงปี 2550-2555 และปัจจัยความสำเร็จ รวมทั้งสรุปบทเรียนสำหรับการพัฒนารูปแบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมในอนาคต โดยการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล 10 แห่งที่มีการบริหารจัดการที่โดดเด่นผ่านเกณฑ์การพิจารณาโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (ระดับเงิน ระดับทอง และระดับเพชร) และเป็นโรงพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีบริการช่วยเลิกบุหรี่ 4 รูปแบบ ได้แก่ คลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล สายด่วนปลอดบุหรี่ (Quitline 1600) บริการช่วยเลิกบุหรี่ในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ และบริการในคลินิกทันตกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยรูปแบบที่พัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อขยายบริการแบบถ้วนหน้า (Universal access) ได้แก่ Quitline 1600 และคลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคลินิกฟ้าใสไร้ควัน (SMART Quit Clinic) ซึ่งพัฒนามาจากคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์และบุคลากรอื่น ในการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ คลินิกอดบุหรี่ทั้ง 10 แห่งมีมาตรฐานโครงสร้างและบริการไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเฉพาะการบูรณาการบริการ 5A ได้แก่ Ask (สอบถามประวัติ) Advise (แนะนำให้เลิกบุหรี่) Assess (ประเมินการติดบุหรี่) Assist (ช่วยให้เลิกบุหรี่) Arrange (ติดตามการเลิกบุหรี่) โดยโรงพยาบาลบางแห่งสามารถเพิ่มศักยภาพให้ทุกฝ่ายสามารถให้บริการได้ โดยไม่ต้องส่งมาที่คลินิกอดบุหรี่ คลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของงานจิตเวช โดยให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาควบคู่กันไป การฟื้นฟูและติดตามผู้ติดบุหรี่ มีแบบแผนการให้บริการที่ชัดเจน และถือเป็นตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญ การติดตามทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้บุคคลภายนอกในการประสานเครือข่ายในชุมชนให้ช่วยติดตามดูแล สำหรับข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย มี 5 ประการคือ 1) ให้การบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการติดบุหรี่เป็นโปรแกรมเฉพาะของ สปสช. โดยทำงานร่วมกับองค์กรที่มีบทบาทหรือมีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้บริการคลินิกอดบุหรี่ที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพื่อพัฒนาระบบบริการงานคลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 2) จัดตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบหลักเพื่อวางแผนและพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ของประเทศไทยให้มีระบบเดียว มีการกำหนดนโยบายในระดับองค์กรที่ชัดเจนและมีองค์กรผู้รับผิดชอบหลักตั้งแต่ระดับกระทรวง ภาค เขต และจังหวัด 3) พัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเผยแพร่สนับสนุนให้แก่คลินิกอดบุหรี่ และมีการพัฒนาข้อมูลข่าวสารด้านวิทยาการเลิกบุหรี่ให้ทันต่อสถานการณ์ และมีช่องทางการรายงานหรือประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับผิดชอบคลินิกอดบุหรี่ได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการจัดประชุมสัมมนาและอบรมวิชาการการเผยแพร่งานวิจัย โดยเชิญผู้รับผิดชอบคลินิกอดบุหรี่ให้เข้าร่วมประชุม 4) จัดให้มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่กำหนด

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล



มาตรฐานในการอบรมให้คำปรึกษา รูปแบบการรักษา ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเรียนรู้งานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ
5) กำหนดให้การเลิกสูบบุหรี่เป็นเงื่อนไขในการเข้ารับการบริการรักษา โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่, การคัดกรอง, การช่วยเลิกบุหรี่, คลินิกอดบุหรี่

Abstract **Assessment of Smoking Cessation Services in Public Health Ministry-Affiliated Hospitals**
Hathaichanok Sumalee*, Siriwan Pitayarangsarit*, Praphaphan Iamanan**, Viroj Tangcharoensathien***

*International Health Policy Program, Thailand

**Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University

The objective of this study is to assess the situation of hospital-based smoking cessation clinics in Thailand from 2007 to 2012 by conducting literature review and assessment in 10 sites supported by National Health Security Office (NHSO) in order to identify success factors and good practices for scaling up. The result shows that there are four models such as hospital-based cessation clinics, Quitline service, cessation services in pharmacies with full-time pharmacist and by dental clinics in public health centres under Bangkok Metropolitan Authority. Two systems were developed to achieve universal access to cessation service such as Quitline 1600, cessation clinics supported by NHSO, including SMART Quit Clinic. Clinical practice guidelines for treating tobacco dependence by physicians and other health professionals, for which the contents of the guideline can be adjusted to suit each profession, were also issued. In the ten smoking cessation sites, the structure and services differ slightly depending on the context and size of hospital. The 5A's system (Ask, Advice, Assess, Assist and Arrange) was fully integrated into routine work in all departments without referring the smoker clients to the smoking cessation clinics. Usually providing consultations and parallel medication are offered. Plans for rehabilitation and follow-up with support from network outside hospitals such as health centres and volunteers are the key performance indicators

This study recommends: 1) In collaboration with organizations involved or with capacity to be involved in existing cessation services, make services for smokers a special program under NHSO to improve central and regional systems. 2) To plan and integrate Thai cessation services into one system, set up a workgroup with clear organizational policies as the responsible body for all levels from ministerial, regional, district to provincial level. 3) To develop up-to-date educational media for use by cessation clinics through which standardized cessation techniques can be taught. Provide channels for continuous report and public relation including seminar, training and research dissemination where those responsible for cessation clinics are invited. 4) To have personnel throughout the country trained under the same system, set up a central office responsible for setting consultation and treatment training standards. 5) To have service conditions set; for patients with chronic diseases make cessation a condition for receiving services.

Keywords: smoking cessation service system, screening, smoking cessation aid, smoking cessation clinics

ภูมิหลังและเหตุผล

ป ระเทศไทยได้พยายามแก้ไขปัญหามิพิษภัยจากบุหรี่มาอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและเอกชนในการรณรงค์ การช่วยเหลือให้คำปรึกษา รวมทั้งการศึกษาวิจัย เพื่อลดการสูบบุหรี่ของประชาชน โดยกลุ่มที่มีบทบาทและมีศักยภาพในการช่วยเหลือรณรงค์ ป้องกัน

บำบัดรักษา ก็คือหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข โดยในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งได้จัดให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ จัดคลินิกอดบุหรี่ให้แก่ผู้รับบริการ แต่มีรายงานน้อยเกี่ยวกับความสำเร็จของคลินิกอดบุหรี่ในบริบทต่าง ๆ จากรายงานสรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. 2554 พบว่ามีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วย

เลิกบุหรี่ 555 แห่งทั่วประเทศ⁽¹⁾ ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ขยายการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล จึงมีโรงพยาบาลที่เข้ารับการสนับสนุนเพิ่มขึ้น เป็น 581 แห่ง⁽²⁾ มีรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่หลายรูปแบบ ซึ่งดำเนินการโดยทั้งภาครัฐและเอกชน⁽³⁾ แต่ยังคงขาดข้อมูลในการวางแผนเพื่อการขยายบริการคลินิกกอดบุหรี่ในระบบหลักประกันสุขภาพ และเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

ดังนั้นสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จึงร่วมกับศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำโครงการศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย : กรณีศึกษาการจัดการช่วยเลิกบุหรี่ระดับสถานพยาบาล ภายใต้ชุดโครงการ “การพัฒนาแบบบริการบำบัดโรคเสพยาสูบ (Tobacco use)” โดยมุ่งศึกษาถึงการจัดการช่วยเลิกบุหรี่ในระดับสถานพยาบาลและความสำเร็จของคลินิกกอดบุหรี่ในบริบทต่าง ๆ โดยเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนารูปแบบและระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และบทเรียนอื่น ๆ ที่ได้รับจากการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนารูปแบบและระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

1. ทบทวนเอกสารรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบบริการของสถานบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย เพื่อประเมินสถานการณ์
2. คัดเลือกสถานบริการต้นแบบสำหรับการศึกษา โดยคัดเลือกจากสถานพยาบาลที่มีการบริหารจัดการที่โดดเด่นผ่านเกณฑ์การพิจารณาโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ของเครือข่าย

วิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (ระดับเงิน ระดับทอง และระดับเพชร) และเป็นโรงพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของ สปสช. รายละเอียดของหลักเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลต้นแบบแสดงในตารางที่ 1

3. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ตัวอย่าง 10 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ดังตารางที่ 2

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยได้ดำเนินการขอความร่วมมือจากสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในส่วนของงานคลินิกกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาวิจัยเพื่อขอสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นแบบปลายเปิดในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ บริบททั่วไปของโรงพยาบาล ความเป็นมา การดำเนินงาน ขั้นตอนการให้บริการของคลินิกกอดบุหรี่ ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรครวมถึงมุมมองของรูปแบบคลินิกกอดบุหรี่ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ใช้ทั้งวิธีการจดบันทึกและการบันทึกเสียงของผู้ให้สัมภาษณ์โดยขออนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อการตรวจสอบและตรวจทานความถูกต้องในภายหลังได้

4. วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการ โดยวิธีการวิเคราะห์จะดำเนินไปตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการพรรณนาข้อมูลตามปรากฏการณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล

5. นำเสนอผลการวิเคราะห์ร่วมกับเครือข่ายนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับฟังความคิดเห็น

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม

1.1 ระบบการบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย มี 4 ลักษณะ คือ

1.1.1 การบริการคลินิกกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาวิจัยโรงพยาบาล 98 แห่ง เพื่อศึกษางานบำบัดผู้ติดยาสูบในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553⁽⁴⁾ ของภาค



ตารางที่ 1 หลักเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลต้นแบบ

หลักเกณฑ์	รายละเอียด
คลินิกช่วยเลิกบุหรี่	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่ให้แก่บุคลากรของตนและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรของตน 2. มีการดำเนินการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่ให้แก่ประชาชนทั่วไป 3. มีคลินิกเลิกบุหรี่ที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน แต่เปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปเพียงบางเวลาเท่านั้น 4. มียาช่วยเลิกบุหรี่อย่างน้อย 2 ชนิด ไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วย 5. มีคลินิกเลิกบุหรี่แบบเต็มเวลา ที่เปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปทุกวัน ในเวลาราชการ 6. มียาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานอย่างน้อย 3 ชนิด ไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วย
การจัดพื้นที่ปลอดบุหรี่	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการติดป้ายแสดงสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ที่เห็นได้อย่างชัดเจนทั่วเขตสถานบริการ 2. ห้ามจำหน่ายและโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดในเขตสถานบริการ
นโยบายของผู้บริหารและบุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีนโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร แสดงออกอย่างชัดเจนในรูปแบบต่าง ๆ ให้บุคลากรและผู้รับบริการได้รับทราบ 2. มีหน่วยงาน คณะกรรมการ หรือผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนงานและดำเนินการด้านยาสูบที่ชัดเจน 3. ผู้บริหารมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดำเนินการให้สถานบริการเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ 4. ไม่รับการสนับสนุนทุกรูปแบบจากบริษัทบุหรี่ 5. จัดอบรมพัฒนาทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับยาสูบให้แก่บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเป็นระยะๆ 6. จัดให้มีหัวข้อเรื่องเกี่ยวกับยาสูบในที่ประชุมวิชาการขององค์กร 7. มีโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ ทั้งที่กำลังดำเนินการหรือเสร็จสิ้นแล้ว 8. เป็นสถานบริการต้นแบบ เปิดโอกาสให้องค์กรอื่นเข้ามาศึกษาดูงานได้
ระบบเฝ้าระวัง	มีการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ในบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรของตน
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ความรู้เสริมสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และความสำคัญในการเลิกบุหรี่ให้แก่บุคลากรของตนและผู้ปฏิบัติงานในองค์กร 2. มีการจัดกิจกรรมเนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลกในเดือนพฤษภาคมของแต่ละปี สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก 3. มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และความสำคัญในการเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ 4. มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และความสำคัญในการเลิกบุหรี่ในชุมชนใกล้เคียงที่รับผิดชอบ

วิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลมีอยู่ด้วยกัน 3 ลักษณะ คือ คลินิกให้บริการเฉพาะ ซึ่งพบมากที่สุด 38.7% รองลงมาคือ 28.6% เป็นส่วนหนึ่งของการบริการในแผนกจิตเวช และ 23.5% เป็นส่วนหนึ่งของการบริการทั่วไปไม่ได้เปิดเป็นคลินิกเฉพาะโรค ส่วนใหญ่จะเน้นรูปแบบการให้คำปรึกษา

เป็นรายบุคคลแบบซึ่งหน้า บางโรงพยาบาลจัดรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่เป็นครั้งคราวในชุมชน เช่น โรงเรียนหรือวัด เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในบางคลินิกอดบุหรี่ มีการแจกนิโคตินทดแทนหรือให้ยา Nortriptyline ร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ เป็นนโยบายเฉพาะของบางโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ใช่ในนโยบายของประเทศ อย่างไรก็ตาม ในภายหลังพบว่า ยา Nortriptyline

ตารางที่ 2 สถานพยาบาลพื้นที่ตัวอย่าง 10 แห่ง

ภาค	โรงพยาบาล	จังหวัด	ประเภท	ขนาด (เตียง)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	รพ.ลำปาง	สุรินทร์	รพช.	30
	รพ.ชุมแพ	ขอนแก่น	รพท.	400
เหนือ	รพ.สันป่าดอง	เชียงใหม่	รพช.	120
	รพ.พุทธชินราช	พิษณุโลก	รพศ.	878
กลาง	รพ.หันคา	ชัยนาท	รพช.	30
	รพ.อินทร์บุรี	สิงห์บุรี	รพท.	218
ใต้	รพ.ปะทิว	ชุมพร	รพช.	30
	รพ.หาดใหญ่	สงขลา	รพศ.	591
ตะวันออกเฉียง	รพ.บางน้ำเปรี้ยว	ฉะเชิงเทรา	รพช.	60
ภาคตะวันตก	รพ.แม่สอด	ตาก	รพท.	420

และสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาว ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ⁽⁵⁾

1.1.2 Quitline สายด่วนปลอดบุหรี่⁽⁶⁾ เริ่มมีการให้บริการให้คำปรึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีการส่งต่อในกรณีต้องใช้ยาด้วย ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ได้จัดทำเป็นข้อตกลงระหว่าง 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สสส. โดย สสส. สนับสนุนการก่อตั้งสายด่วนเลิกบุหรี่ (Quitline 1600) โดยจะให้บริการทั้งในส่วนของการรับสาย (Reactive) และการโทรกลับ (Proactive) หลังจากวันที่ผู้สูบบุหรี่ได้กำหนดวันเลิกบุหรี่ (Quit Date) เพื่อการติดตามผล เป็นการบริการให้คำปรึกษาฟรีแก่ประชาชนทั่วไป เปิดบริการระหว่างเวลา 07.30 - 20.00 น. ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในกรณีนอกเวลาหรือวันหยุด จะให้บริการฝากข้อความและหมายเลขโทรศัพท์เพื่อการติดต่อกลับในภายหลัง

1.1.3 การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ แต่เดิมเป็นการให้คำแนะนำและจำหน่ายนิโคตินทดแทนหรือยาช่วยให้เลิกบุหรี่โดยเภสัชกร ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อยาสูบ (คภยส.)⁽⁷⁾ ได้ดำเนินการร่วมกับ อย. และ สนง.สสจ. ส่งเสริมให้ร้านยาซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศของไทย แสดงบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็น 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) ร้านยา

ปลอดบุหรี่ 100% ไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในบริเวณร้านยาและไม่ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (2) แนะนำสายด่วนเลิกบุหรี่ Quitline 1600 เป็นช่องทางในการเลิกบุหรี่ (3) ส่งต่อศูนย์ติดตามการเลิกบุหรี่ เภสัชกรในร้านยาจะคัดกรอง ส่งต่อและช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่ให้เข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม (4) ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ที่อยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

1.1.4 การให้บริการในคลินิกทันตกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครได้จัดให้มีคลินิกอดบุหรี่ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 70 แห่ง⁽⁸⁾ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเลิกบุหรี่ โดยเปิดดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาเพื่อช่วยเหลือหรือบำบัดผู้ติดบุหรี่ที่ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ได้ร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ดำเนินการขอความร่วมมือจากร้านค้าในศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีการจำหน่ายบุหรี่ด้วย

จากการดำเนินงานใน 4 รูปแบบที่พบในประเทศไทยข้างต้น มี 2 ระบบที่พัฒนาเพื่อขยายบริการแบบถ้วนหน้า (Universal access) ได้แก่ ระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline 1600) และระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาล รวมทั้งคลินิกฟ้าใสไร้ควัน (SMART Quit Clinic) นอกจากนี้



ยังมีการจัดทำคู่มือ 5 ฉบับ จำแนกเป็นแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพสาขาต่าง ๆ โดยในคู่มือทุกฉบับนั้น จะมีการใช้มาตรการ 5A ได้แก่ Ask (สอบถามประวัติ) Advise (แนะนำให้เลิกบุหรี่) Assess (ประเมินการติดบุหรี่) Assist (ช่วยให้เลิกบุหรี่) Arrange (ติดตามการเลิกบุหรี่) ในระบบบริการคลินิกอดบุหรี่เป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่จะปรับเนื้อหาสาระ ขึ้นตอนแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ให้สอดคล้องตามแนวทางการทำงานของแต่ละวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 รูปแบบของการบริการเลิกบุหรี่ในต่างประเทศ

การบริการเลิกบุหรี่ในต่างประเทศมีทั้งดำเนินการโดยภาครัฐและองค์กรเอกชน ซึ่งมีทั้งองค์กรสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพ เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกา รูปแบบหรือกิจกรรมของการให้บริการประกอบด้วย

- การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นบริการในคลินิกแพทย์/ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติหรือในโรงพยาบาล
- การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นบริการของรัฐบาล บางแห่งมีนิโคตินทดแทนให้ร่วมด้วยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม มีทั้งบริการโดยภาครัฐและโดยภาคเอกชน
- แจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง มีทั้งบริการโดยภาครัฐและโดยภาคเอกชน
- มีเว็บไซต์ให้ความรู้เรื่องบุหรี่กับสุขภาพและวิธีเลิกบุหรี่
- มีบริการเลิกบุหรี่ทางเว็บไซต์ (Quit net) เช่น <http://stopsmoking.ucsl.edu>

1.3 บทเรียนจากต่างประเทศ

1.3.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นบริการฟรีสำหรับคนที่อยู่ในแต่ละรัฐ มีบริการหลายรูปแบบ เช่น “Quit net”, ให้ข้อมูลทางเว็บไซต์, แจกเอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ บางรัฐมีบริการนิโคตินทดแทนให้

ด้วย ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหรือเป็นบุคลากรวิชาชีพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบบริการ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ส่วนใหญ่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีผู้ให้คำปรึกษาปฏิบัติหน้าที่ตามระยะเวลาที่กำหนดและมีเครื่องตอบรับโทรศัพท์อัตโนมัติ บริการ Quitline แห่งชาติได้รับเงินสนับสนุนจากการตกลงยอมความของบริษัทบุหรี่ที่แพ้คดีฟ้องร้องของรัฐและเงินรัฐบาลกลางด้านการสาธารณสุขบริหารจัดการโดยแผนกบริการสุขภาพของรัฐ หรือมหาวิทยาลัยที่เริ่มก่อตั้ง Quitline หรือองค์กรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ของสหรัฐอเมริกาพัฒนาการมาจากงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกาที่ได้เปิด Quitline เป็นบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งบริการนี้เป็นส่วนหนึ่งของศูนย์ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่พบว่ามีความต้องการเลิกสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ต่อมามีการเปิดบริการ Quitline ในรัฐต่าง ๆ ที่เป็นบริการของรัฐ รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกามีบทบาทสำคัญ โดยได้บรรจุ Quitline เข้าไปในแผนควบคุมยาสูบแห่งชาติ และก่อตั้งสายปลดอดบุหรี่แห่งชาติเบอร์เดียวทั่วประเทศคือ “1-800-QUIT-NOW” โดยมีข้อกำหนดในการดำเนินงาน 3 ประการ คือ⁽⁹⁾

1. รัฐที่มีบริการ Quitline อยู่แล้วจะได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการ
2. รัฐที่ยังไม่มีบริการ Quitline จะได้รับงบประมาณเพื่อเริ่มดำเนินการช่วยให้อันคนในรัฐเลิกสูบบุหรี่
3. บริการ Quitline ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จะทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือคนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในรัฐที่ยังไม่มีบริการ Quitline ในระยะเริ่มต้น

ลักษณะการดำเนินการของสถานบริการช่วยเลิกบุหรี่

1. มีผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นผู้เชี่ยวชาญผ่านการอบรมแล้วทำหน้าที่ให้บริการทุกวัน
2. มีเว็บไซต์เกี่ยวกับคลินิกและการเลิกด้วยตนเอง และข้อมูลความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุขตลอดจนประชาชนทั่วไป
3. มีเครื่องตอบรับโทรศัพท์ที่ให้ฝากข้อความ เพื่อให้

เจ้าหน้าที่โทรกลับ และสามารถขอเอกสารได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

4. มีการโทรติดตาม 5 ครั้ง ภายใน 2-6 เดือน ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาครั้งแรก 20-30 นาที และการติดตามครั้งต่อ ๆ ไป ใช้เวลา 10-15 นาที

5. มีเอกสารและคู่มือเล็กด้วยตนเองและความรู้ทั่วไปสำหรับผู้สูบบุหรี่ และมีคู่มือสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ เอกสารและคู่มือเหล่านี้แจกฟรี

6. มีนิโคตินแผ่นแปะบริการโดยไม่คิดมูลค่า

7. มีแบบบันทึกสำหรับการส่งต่อทางโทรสารให้กับสถานบริการสาธารณสุข

1.3.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียเริ่มโครงการควบคุมยาสูบในปี พ.ศ. 2530 ทั้งโดยภาครัฐและเอกชน มีทั้งโครงการรณรงค์ที่หลากหลายและการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ โครงการเลิกบุหรี่ทางเว็บไซต์และการประชาสัมพันธ์ของรัฐบาล ทั้งนี้รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่ของประเทศออสเตรเลียเริ่มดำเนินการเหมือนกับสหรัฐอเมริกา คือโดยสภาโรคมะเร็งของรัฐวิคตอเรีย (The Cancer Council of Victoria) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หมายเลข 137 848 (Quitline 13 QUIT) โทรได้ทั่วประเทศโดยเสียค่าใช้จ่ายเท่ากับค่าบริการโทรศัพท์ของเมืองที่ตนใช้โทรศัพท์ นอกจากนี้ให้คำปรึกษาแล้วยังให้คู่มือเลิกสูบบุหรี่ (Quit Packs) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอีกด้วย โดยผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถโทรศัพท์เข้าไปขอคู่มือเลิกบุหรี่ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง และขอคำแนะนำจากผู้ให้คำปรึกษาได้ทุกวัน หรือจะขอเฉพาะคู่มือและให้เจ้าหน้าที่โทรศัพท์กลับก็ได้ โดยมีเครื่องตอบรับโทรศัพท์อัตโนมัติ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะโทรกลับในวันรุ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีบริการติดตามทางโทรศัพท์สำหรับคนที่ต้องการให้ติดตาม โดยจะติดตาม 1 วันก่อนวันกำหนดจะเลิกสูบบุหรี่ และภายใน 2 วัน และ 7 วันหลังเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งติดตามอีก 2 ครั้ง ภายใน 3 สัปดาห์ และ 3 เดือน⁽¹⁰⁾

ออสเตรเลียเป็นประเทศแรกที่รัฐบาลให้การสนับสนุนบริการ Quitline ร่วมกับโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทางสื่อมวลชนทุกแขนง โดยที่ทุกรัฐร่วมมือกันให้บริการ Quitline ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

1.3.3 ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษ มีการให้บริการทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การติดตามผล การให้บริการทางเว็บไซต์ ผ่าข้อความเสียงเพื่อโทรกลับ การส่งต่อ การให้ยาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย รวมถึงแผ่นพับและเอกสารให้ความรู้ โดยบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่ (Quitline)⁽¹¹⁾ อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Services) หรือเป็นของรัฐ ผู้ขอคำปรึกษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หมายเลขโทรศัพท์ที่มีทั้งเหมือนกันและแตกต่างกันในแต่ละเมือง ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ประจำตามเวลาที่กำหนด และมีบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. ผลการศึกษาจากข้อมูลภาคสนาม

2.1 การจัดคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล

การให้บริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย ที่ได้มีการพัฒนามาได้ระยะหนึ่งแล้ว ระบบการบริหารจัดการคลินิกอดบุหรี่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี จะต้องประกอบด้วย Practice-Level Strategies, Hospital Policies to Facilitate Cessation และ Health Care Financing Strategies⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพ คือ โครงสร้างองค์กร การบริหารจัดการ ทรัพยากรบุคคล การเงิน การคลังสาธารณสุข และแบบแผนการให้บริการสุขภาพ

จากการศึกษาพื้นที่ตัวอย่าง 10 แห่ง พบว่า โครงสร้างคลินิกอดบุหรี่โดยทั่วไปไม่แตกต่างกันมากนัก การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ตั้งแต่ระบบการคัดกรอง ระบบการบำบัดรักษาและระบบการติดตามหลังการบำบัด ดังนี้

2.1.1 ระบบคัดกรอง

พบว่า มุลนิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้เข้า



มาอบรมและให้ความรู้กับสถานพยาบาล และทุกสถานพยาบาลมีระบบคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะผ่าน A1 และ A2 คือ Ask (ถามประวัติการสูบบุหรี่) และ Advise (แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่) ในขั้นแรก

พบ 2 พื้นที่ที่สามารถดำเนินการ A1-A3 คือ Ask (ถามประวัติการสูบบุหรี่) Advise (แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่) และ Assess (ประเมินการติดบุหรี่) ได้ก่อนส่งไปที่คลินิกอดบุหรี่เบื้องต้น มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและมีทีมงานอาสาที่เป็นบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลร่วมปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

พบ 1 พื้นที่ที่สามารถนำระบบ 5A มาใช้ในระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกหน่วยบริการได้ โดยไม่ต้องส่งไปที่คลินิกอดบุหรี่ทุกราย

จากตารางที่ 3 พบว่า พื้นที่ตัวอย่าง 10 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 50% ที่ได้รับการซักประวัติการสูบบุหรี่ และใน

บางโรงพยาบาลสามารถทำการซักประวัติได้ 100%

ปัจจัยความสำเร็จในระบบคัดกรอง

1) การมีนโยบายให้บรรจุนานบุหรี่ยุติเข้าไปเป็นงานประจำ โดยเฉพาะการซักประวัติในเวชระเบียน

2) การนำวิธีการประเมินตาม Stages of Change ของผู้ป่วยในแต่ละขั้นมาใช้ ก่อนส่งไปที่คลินิกอดบุหรี่

3) การอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนเรื่อง 5A 100% ทำให้สามารถนำระบบ 5A มาใช้ในระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกหน่วยบริการได้ โดยไม่ต้องส่งไปที่คลินิกอดบุหรี่ทุกราย

4) การนำระบบศักยภาพข้อมูลโปรแกรม HosXP มาใช้ในการเก็บข้อมูลการสูบบุหรี่

2.1.2 ระบบการบำบัดรักษา

การให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดในการให้บริการบำบัดผู้ติดบุหรี่

โดยส่วนใหญ่ บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ

ตารางที่ 3 รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการซักประวัติและแนะนำให้เลิกบุหรี่ ประจำปี 2554 ของพื้นที่ตัวอย่างโรงพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของ สปสช. 10 แห่ง

พื้นที่ตัวอย่าง	ภาค	ประเภท	ขนาด (เตียง)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาใน รพ.	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการซักประวัติ	ร้อยละของผู้ได้รับการซักประวัติจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด
A	กลาง	รพช.	30	20,832	13,390	64.3%
B	ตะวันออกเฉียงเหนือ	รพช.	30	37,549	23,521	62.6%
C	ใต้	รพช.	30	42,151	25,134	59.6%
D	ตะวันออก	รพช.	60	21,899	18,723	85.5%
E	เหนือ	รพช.	120	44,937	36,664	81.6%
F	กลาง	รพท.	218	214,332	157,238	73.4%
G	ตะวันออกเฉียงเหนือ	รพท.	400	130,687	75,426	57.7%
H	ตะวันตก	รพท.	420	125,321	87,213	69.6%
I	ใต้	รพศ.	591	156,924	123,395	78.6%
J	เหนือ	รพศ.	878	159,153	159,153	100.0%

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงาน การจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ ปีงบประมาณ 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และมีการจัดทำสื่อให้ความรู้ประกอบการให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาเริ่มจากการหาสาเหตุของการสูบบุหรี่และหาวิธีช่วยเลิก โดยค้นหาว่าแรงจูงใจของผู้ที่มารับบริการคืออะไร จะเลิกเพื่อใคร และเลิกเพื่ออะไร นอกจากนี้ ในการให้ความช่วยเหลือทางสังคม จะมีการสอบถามถึงคนที่คิดว่าจะสามารถช่วยเหลือได้ เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือคนสำคัญอื่น ๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุน

การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่โดยใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่

สถานพยาบาลโดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน ผู้สูบบุหรี่จะต้องได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมถึงแนวทางในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ การพิจารณาการใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่จะอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ ซึ่งมีเพียง 2 แห่งเท่านั้น ที่ใช้น้ำยาบ้วนปากเพื่อช่วยลดอาการ

อยากสูบบุหรี่ ร่วมกับยา Nortriptyline นอกจากนี้การช่วยเลิกบุหรี่ในระดับชุมชนมีสถานพยาบาลอีก 2 แห่ง ที่ใช้สมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาวร่วมกับการให้คำปรึกษา

มีข้อเสนอจากผู้ให้บริการ 1 ราย ขอให้มีการผลักดันให้ยาช่วยเลิกบุหรี่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น หมากฝรั่งนิโคติน และยา Bupropion ซึ่งมีราคาแพง โรงพยาบาลไม่สามารถแบกรับภาระได้เนื่องจากยานี้ไม่ได้รับการบรรจุเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ การให้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษาถือเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในการสร้างความมั่นใจถึงความสำเร็จของผู้ที่อยากเลิกบุหรี่

ปัจจัยความสำเร็จในระบบการบำบัดรักษา

- 1) การมีคณะทำงานและมีการประเมินผลการทำงานที่ชัดเจน ด้วยการถอดบทเรียนการทำงานอย่างต่อเนื่อง
- 2) การใช้วิธีให้เจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่เข้ามาทำงานใน

ตารางที่ 4 รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประจำปี 2554 ของพื้นที่ตัวอย่างโรงพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของ สปสช. 10 แห่ง

สถานพยาบาลตัวอย่าง	ภาค	ประเภท	ขนาด (เตียง)	จำนวนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และได้รับการรักษา			จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง (จนถึง 6 เดือน)	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
				ทั่วไป	เรื้อรัง	รวม		
A	กลาง	รพช.	30	50	17	67	50	74.6%
B	ตะวันออกเฉียงเหนือ	รพช.	30	13	10	23	20	87.0%
C	ใต้	รพช.	30	13	9	22	22	100.0%
D	ตะวันออก	รพช.	60	17	9	26	20	76.9%
E	เหนือ	รพช.	120	20	19	39	39	100.0%
F	กลาง	รพท.	218	11	25	36	24	66.7%
G	ตะวันออกเฉียงเหนือ	รพท.	400	11	25	36	24	66.7%
H	ตะวันตก	รพท.	420	3	11	14	14	100.0%
I	ใต้	รพศ.	591	25	14	39	35	89.7%
J	เหนือ	รพศ.	878	1,219	58	1,277	1,277	100.0%

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงาน การจัดการบริการคลินิกอบุหรี่ ปีงบประมาณ 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คลินิกอดบุหรี่ ร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อเรียนรู้ประสบการณ์ จากคนที่สูบบุหรี่โดยตรง ได้ประโยชน์ร่วมกัน อีกทั้งช่วยลด แรงต้าน และช่วยให้ทำงานได้ตรงเป้าหมาย สามารถลดแรง ต้านจากเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่ได้ และสามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่ลด ปริมาณการสูบลง และอาจเลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะต่อมา

3) การทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลสามารถทำงานเชิงรุกได้มากขึ้นกว่าการ ทำงานของคลินิกอดบุหรี่โดยลำพัง

4) การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายโดยขอความร่วมมือ จากชุมชน ทำให้การดำเนินกิจกรรมมีความต่อเนื่อง แม้จะ สิ้นสุดโครงการไปแล้ว

5) การมีแบบแผนการให้บริการที่ชัดเจน เช่น แนวคิด Easy Smoking Cessation Clinic 4 ชั้น คือ 1. ประสานงาน OPD อย่างเป็นระบบ 2. ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที 3. ดำเนินการ 3 Stations (พิษภัย / แนวทางเลิก / ประเมินผู้ป่วย ร่วมกับ จ่ายยา) และ 4. ติดตามให้กำลังใจ

6) การให้ความช่วยเหลือทางสังคมในส่วนของ การ รักษา ใช้วิธีทำงานร่วมกับครอบครัว เพื่อน หรือคนสำคัญ อื่น ๆ ของผู้รับบริการเพื่อให้เขาเหล่านั้นเป็นกำลังใจและ ให้การสนับสนุน

7) การจัดทีม Smoking Round โดยมีคณะทำงาน เข้าเยี่ยมสำรวจทุกจุดในโรงพยาบาล ทุกเดือน

2.1.3 การดูแล ติดตาม หลังการบำบัด

ในการดูแลติดตามหลังการบำบัด มีกลยุทธ์และระยะเวลา ในการติดตามแตกต่างกันตามบริบทของภาระงานและพื้นที่ เนื่องด้วยบุคลากรประจำคลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่ทำงานหลาย หน้าที่ มีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ การติดตามผู้ป่วยจึงต้อง ปรับตามความเหมาะสม เช่น การตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยม บ้าน การส่งไปรษณียบัตรในการติดตามและให้กำลังใจ

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าระบบการติดตามของ สถานพยาบาลทั้ง 10 แห่ง มีความต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยที่ได้ รับการติดตามอย่างต่อเนื่องมีมากกว่าครึ่งทุกแห่ง และมี 3 แห่ง ที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 100%

ปัจจัยความสำเร็จในระบบการดูแลติดตามหลัง

การบำบัด

- 1) การกำหนดให้ระบบการติดตามหลังการบำบัด เป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการทำงาน
- 2) การบริหารจัดการที่ปรับตามสถานการณ์ สามารถติดตามได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 3) การใช้ทรัพยากรบุคคลภายนอกช่วยประสาน เครือข่ายสมาชิกในชุมชนให้ช่วยติดตามดูแล
- 4) การให้รางวัล บางโรงพยาบาลมีรางวัลเป็น เลือสามารถ สำหรับผู้ติดตามที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกได้
- 5) การมีแบบแผนการให้บริการที่ชัดเจน โดยมีการ กำหนดระยะเวลาในการติดตามเป็น 3, 7, 14, 30, 60, 90, 180, 365 วัน และนำการช่วยเหลือทางสังคมมาใช้ด้วย

ปัจจัยความสำเร็จตาม CIPP Model

จากการสังเคราะห์บทเรียนการจัดการช่วยเลิก บุหรี่ระดับสถานพยาบาลของพื้นที่ตัวอย่าง 10 แห่ง สามารถ ประเมินผลและสรุปปัจจัยความสำเร็จของหน่วยบริการได้ ตามรูปแบบ CIPP Model ของ Danial L. Stufflebeam ประกอบด้วย Context, Input, Process และ Product ดังนี้

1) บริบท (Context) สภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อ การดำเนินงานของสถานพยาบาล มีระบบงานชัดเจน มีการ วางแนวทางในการให้บริการอย่างเป็นระบบ สามารถดำเนินการ ได้อย่างต่อเนื่อง มีนโยบายที่ถือว่างานบุหรี่เป็นงานประจำ ในการคัดกรอง มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงเรื่องโรจ พยาบาลปลอดบุหรี่ และผู้บริหารให้ความสำคัญและ สนับสนุนการดำเนินงานด้านบุหรี่

2) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ บุคลากร การ บริหารจัดการทรัพยากร งบประมาณ พบว่า มีการดำเนินการ ในรูปของคณะกรรมการ มีคณะกรรมการจากสหวิชาชีพทั้งใน และนอกหน่วยงาน มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและมีทีมงาน อาสาที่เป็นบุคลากรจากทุกหน่วยงานร่วมปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง มีการอบรมเจ้าหน้าที่ รวมทั้งมีงบประมาณสนับสนุนทั้ง จากภายในโรงพยาบาลและจากภายนอกโรงพยาบาล

3) กระบวนการดำเนินงาน (Process) มีการประชุมทุกเดือน โดยเป็นการประชุมถึงปัญหาของแต่ละฝ่าย และช่วยกันคิดวิธีแก้ปัญหา โดยไม่ได้ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแก้ปัญหาเอง

4) ผลผลิต (Product) มีการขยายผลการดำเนินงานสู่ชุมชน เผยแพร่ความรู้สอดแทรกไปในการประชุมระดับท้องถิ่นเมื่อมีโอกาส มีการดำเนินงานคัดเลือกหน่วยงานในเครือข่าย เพื่อเป็นแบบอย่างต่อหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน

ปัญหาและอุปสรรค

1. ด้านบุคลากร

- เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกอดบุหรี่ ว่างงานหลายด้าน มีภาระงานอื่นทำให้ดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ได้ไม่เต็มที่
- ในการทำงานในระยะแรก เจ้าหน้าที่จะขาดความมั่นใจในการให้ความรู้และคำปรึกษาต่อผู้รับบริการ

2. ด้านการให้บริการ

- ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่สามารถลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลด้วยการปรับ เพราะจะทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการซึ่งอยู่ในพื้นที่ แต่การตักเตือนเพียงอย่างเดียวก็อาจไม่เป็นผล

- ยังมีผู้รับบริการที่ไม่เข้าใจและไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งอาจเป็นเพราะการดำเนินการประชาสัมพันธ์ยังไม่มากพอ

- บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่พร้อมในการให้บริการต่าง ๆ เนื่องจากผู้ใช้บริการมีจำนวนมากและต้องให้บริการในส่วนที่มีความเร่งด่วนก่อน

- ด้านระบบข้อมูลงานเวชระเบียน บางแห่งยังไม่มีกรลงข้อมูลอย่างเป็นระบบ หรือไม่ได้มีการลงทะเบียนผ่านคอมพิวเตอร์ ทำให้ขาดการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

- ด้านสถานที่ สถานพยาบาลบางแห่งไม่มีสถานที่สำหรับการให้บริการอดบุหรี่เป็นการเฉพาะ ต้องใช้ห้องตรวจของแพทย์เป็นสถานที่ให้คำปรึกษาผู้เข้ามาใช้บริการอดบุหรี่

3. ด้านการพัฒนากระบวนการบริการ

- ด้วยเจ้าหน้าที่คลินิกอดบุหรี่ 1 คน รับผิดชอบงานหลายอย่าง เพราะต้องมีการกิจอื่นที่รับผิดชอบร่วมด้วย

- การดำเนินงานในระดับจังหวัดไม่มีความชัดเจนในเชิงนโยบาย จึงทำให้ไม่เกิดการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ในทุกโรงพยาบาล หรือมีแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง

- ขาดองค์ความรู้ รวมทั้งขาดการสนับสนุนเวช-ภัณฑ์ยาช่วยเลิกบุหรี่และเครื่องวัดสภาพปอด

4. ด้านงบประมาณ

- หลายโรงพยาบาลต้องการขยายโครงการออกไป แต่ไม่มีงบประมาณสนับสนุน เพราะงบประมาณที่ได้รับส่วนใหญ่ในส่วนของ สปสช.และเครือข่ายวิชาชีพต่าง ๆ จะสนับสนุนเฉพาะในส่วนของคลินิกอดบุหรี่ หรือ งบประมาณจาก สสส.จะใช้ได้ในเรื่องกระบวนการขับเคลื่อน หรือเป็นลักษณะของงบประมาณที่ให้เป็นโครงการ พอสิ้นสุดโครงการก็จะขาดความต่อเนื่อง และด้วยโรงพยาบาลอยู่ในสถานะขาดทุนจึงไม่มีงบประมาณในการขยายงานเชื่อมต่อกับชุมชนอีกหลายชุมชน

- งบประมาณที่ สปสช. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ ส่งไปที่โรงพยาบาลซึ่งไม่ใช่คลินิกอดบุหรี่โดยตรง ดังนั้นโรงพยาบาลอาจจะจัดสรรไปใช้ในส่วนอื่น

สรุป

ประเทศไทยมีระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล, Quitline สายด่วนปลอดบุหรี่ การให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ และการให้บริการในคลินิกทันตกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร และมีโครงการที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อจะสามารถขยายบริการแบบถ้วนหน้า (Universal access) คือ โครงการสายด่วนเลิกบุหรี่ Quitline 1600 คลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคลินิกฟ้าใสไร้ควันหรือ SMART Quit Clinic นอกจากนี้ยังมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ในรูปแบบของคู่มือเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ติดบุหรี่เลิกบุหรี่ สรุปได้ว่าระบบบริการช่วย



เลิกบุหรี่ในประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างชัดเจน และมีความพยายามในการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ โดยหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายวิชาชีพต่าง ๆ ให้ความสนใจ และให้ความสำคัญกับระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ มีแนวโน้มที่จะสามารถต่อยอดและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไปได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนารูปแบบระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยมีดังนี้

1) ให้การบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการติดบุหรี่ เป็นโปรแกรมเฉพาะของ สปสช. โดยทำงานร่วมกับองค์กรที่มีบทบาทหรือมีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้บริการคลินิกอดบุหรี่ที่ดำเนินการอยู่แล้ว เพื่อพัฒนาระบบบริการงานคลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

2) จัดตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบหลัก เพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาและบูรณาการระบบบริการเลิกบุหรี่ของประเทศไทยให้เป็นระบบเดียว มีการกำหนดนโยบายในระดับองค์กรที่ชัดเจนและมีองค์กรผู้รับผิดชอบหลัก ตั้งแต่ระดับกระทรวง ภาค เขต และจังหวัด

3) พัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เผยแพร่สนับสนุนให้แก่คลินิกอดบุหรี่ และพัฒนาข้อมูลข่าวสารด้านวิทยาการเลิกบุหรี่ให้ทันต่อสถานการณ์ และมีช่องทางการรายงานหรือประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับผิดชอบคลินิกอดบุหรี่ได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการจัดประชุมสัมมนา อบรมวิชาการและเผยแพร่งานวิจัย โดยเชิญผู้รับผิดชอบคลินิกอดบุหรี่ให้เข้าร่วมประชุมด้วย

4) มีหน่วยงานกลางกำหนดมาตรฐานในการอบรมการให้คำปรึกษา รูปแบบการรักษา ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเรียนรู้งานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ

5) กำหนดให้การเลิกสูบบุหรี่เป็นเงื่อนไขการเข้ารับการรักษา โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งรายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ ชุดโครงการ “การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดโรคเสพติด (Tobacco use)” โดยได้รับทุนวิจัยสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ประภาพรณ เอี่ยมอนันต์. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ: 2554.
- สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ. รายงานผลการดำเนินงาน บริการอดบุหรี่ประจำปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: 2554.
- กรองจิต วาทีสาธกกิจ, ถนอม ปชต. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่: 2552.
- ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, ธีรศักดิ์ สาตรา, รณชัย คงสกนธ์. งานบำบัดผู้ติดบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2553;55(1):55-62.
- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 4). 2554.
- ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. รู้จักกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ. 2555; Available from: <http://www.thailandquitline.or.th/about.php>.
- เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (ภยช.). ความเป็นมาเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ 2555; Available from: http://www.smokefreepharmacy.com/portfolio_news1.php.
- สำนักอนามัย. บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. 2555; Available from: http://203.155.220.217/healthsite/web_health/service.php.
- US Health and Human Service. Available from: <http://www.smokefree.gov>
- Australian Government Quitline. Available from: <http://www.quitnow.gov.au/>
- North American Quitline Consortium. Available from: www.NAQuitline.org
- Susan J, Curry PAK C, Tracy Orleans and Michael C. Fiore. The Role of Health Care Systems in Increased Tobacco Cessation. Annual Review of Public Health. 2008;29:411-28.