

บทบาทเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ศิริรัตน์ จงวัฒนานุกุล¹, ชื่นจิตร กองแก้ว²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเลิงสา จังหวัดนครราชสีมา

²ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรชุมชนไทยด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับแรกของเภสัชกรชุมชนที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษโดยใช้ฐานข้อมูลงานวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการค้นหาด้วยมือ ผู้วิจัยรวบรวมการศึกษาที่ทำระหว่าง มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2561 การประเมินคุณภาพงานวิจัยใช้วิธีการตามแนวทางของ Jadad และ Cochrane risk of bias 2.0 **ผลการวิจัย:** งานวิจัยผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 21 ฉบับ พบบทบาทของเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับแรกทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ การให้บริการเลิกบุหรี 8 ฉบับ รองลงมา ได้แก่ การให้บริการควบคุมน้ำหนัก 4 ฉบับ การให้ความรู้และคำปรึกษา 4 ฉบับ การให้บริการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 3 ฉบับ และการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องสุขภาวะทางเพศ 2 ฉบับ ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับการให้บริการเลิกบุหรีมีการเลิกสูบบุหรีหรือมีการเลิกสูบบุหรีอย่างต่อเนื่องร้อยละ 37.89 (100/264) ผู้รับบริการควบคุมน้ำหนักในการศึกษาที่มีการให้ความรู้ 2 ฉบับ มีความรู้ในการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 6.25 ± 1.70 เป็น 9.03 ± 0.73 และจาก 6.42 ± 1.94 เป็น 8.75 ± 0.68 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายลดลงร้อยละ 80.62 (104/129) ผู้รับบริการการให้ความรู้และคำปรึกษาในการศึกษา 3 ฉบับมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 20.29 เป็นร้อยละ 57.14 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มจาก 4.82 ± 2.79 เป็น 13.63 ± 1.19 และจาก 12.05 ± 3.68 เป็น 17.95 ± 1.36 ตามลำดับ ผู้รับบริการเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารร้อยละ 66.67 (14/21) ผู้รับบริการการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องสุขภาวะทางเพศ มีคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 9.40 ± 1.45 เป็น 14.17 ± 0.79 มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 42.3 (22/52) **สรุป:** บริการของเภสัชกรชุมชนมีความหลากหลายและมีแนวโน้มทำให้สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น ผู้วางแผนนโยบายด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาการสนับสนุนการบริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรชุมชนที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้รับบริการเภสัชกรชุมชน

คำสำคัญ: เภสัชกรชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

รับต้นฉบับ: 29 มี.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 8 พ.ค. 2562, รับลงตีพิมพ์: 10 พ.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: ศิริรัตน์ จงวัฒนานุกุล กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเลิงสา อำเภอเลิงสา จังหวัดนครราชสีมา 30330 **E-mail:** mu_mamns@hotmail.com

Role of Community Pharmacists in Health Promotion and Prevention in Thailand: A Systematic Review

Sirirat Jongwattananukul¹, Chuenjid Kongkaew²

¹Pharmacy and Consumer Protection, Soengsang Hospital, Nakhon Ratchasima

²Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

Objective: To systematically review literature on the roles of Thai community pharmacists in health promotion and disease prevention. **Method:** This study was a systematic review by searching the research on health promotion and disease prevention at the primary level by community pharmacists that have been published and not published in academic journals either in Thai or English using electronic research databases, websites of the relevant agencies and manual search. The researcher collected the studies conducted between January 2005 to December 2018. Quality assessment of the studies was based on the methods of Jadad and Cochrane risk of bias 2.0. **Results:** Twenty-one studies were eligible according to inclusion criteria. The roles of community pharmacists in health promotion and disease prevention at the primary level included 5 activities, namely smoking cessation services (8 studies), followed by weight control services (4 studies), knowledge provision and counseling (4 studies), lifestyle modification (3 studies), and provision of knowledge, advice and counseling on reproductive health (2 studies), respectively. 37.89% (100/264) of those receive smoking cessation services quitted smoking or had continuous smoking cessation. Of the two studies on weight control, knowledge of weight control of those with the services increased from 6.25 ± 1.70 to 9.03 ± 0.73 and from 6.42 ± 1.94 to 8.75 ± 0.68 , respectively. Body mass index decreased in 80.62% (104/129) of service recipients. Those receiving pharmacy education counseling in 3 studies had significantly increased knowledge from 20.29% to 57.14% of subjects. The mean score of knowledge increased from 4.82 ± 2.79 to 13.63 ± 1.19 and from 12.05 ± 3.68 to 17.95 ± 1.36 respectively. 66.67% (14/21) of service recipients of lifestyle modification changed their eating. Those with series on knowledge, advice and counseling on reproductive health had an increased knowledge on emergency contraceptive pills from 9.40 ± 1.45 to 14.17 ± 0.79 and with a condom use rate of 42.3 percent (22/52). **Conclusion:** Community pharmacy services are diverse and tend to improve health outcomes of service recipients. Health policy makers or those concerned should consider supporting the pharmaceutical care services by community pharmacists that lead to better health outcomes among service recipients of community pharmacies.

Keywords: community pharmacist, health promotion and disease prevention, systematic review

บทนำ

กฎบัตรออตตาวา หรือ Ottawa charter for health promotion ระบุว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการบริการสำคัญเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกกำหนดบทบาทหนึ่งของเภสัชกรชุมชนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพไว้ว่า คือ การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งหมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ส่วนการป้องกันโรคระดับแรก (primary prevention) หมายถึง การป้องกันก่อนเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น การงดสูบบุหรี่ การพักผ่อน การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย นอกจากนี้ยังรวมถึงการป้องกันเฉพาะ เช่น การได้รับวัคซีน ซึ่งครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ด้วย ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับแรกจึงเป็นการให้บริการที่สอดคล้องกัน (1-2) ในประเทศไทยมีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงานในภาครัฐมีศักยภาพและทรัพยากรบุคคลจำกัดในการให้บริการ ดังนั้นจึงมีแนวคิดของการทำโครงการนำร่องเพื่อให้ร้านยาเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่พ.ศ. 2544 โดยเริ่มต้นจากร้านยามหาวิทยาลัย (3-4) แต่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเภสัชกรชุมชน มีเพียงการทบทวนงานวิจัยด้านบริการของเภสัชกรชุมชน ผลการทบทวนแสดงถึงการขยายงานบริการที่มีเพิ่มขึ้น การศึกษาในอดีตสามารถจัดกลุ่มงานวิจัยได้ 6 ด้าน คือ 1) ทักษะของผู้ให้บริการและข้อเสนอแนะต่องานเภสัชกรรม 2) ทักษะแนวคิด ความสนใจของเภสัชกร 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกร 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพ 5) ผลสัมฤทธิ์ของงานบริการทางเภสัชกรรม และ 6) ผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรม (5) อย่างไรก็ตาม ไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเด็นนี้ ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ในการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อผลักดันให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้รวบรวมงานวิจัยทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารการวิจัย ระหว่างมกราคม พ.ศ.

2548 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2561 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นมี 3 แหล่งคือ 1) ฐานข้อมูลงานวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Embase, Scopus, ฐานข้อมูล Thailis ของเครือข่ายความร่วมมือพัฒนาห้องสมุดในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (Thai Thesis Database) คลังข้อมูลงานวิจัยไทย ฐานข้อมูลงานวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และฐานข้อมูลงานวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2) เว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน สภาเภสัชกรรม และ 3) การค้นหาด้วยมือโดยสืบค้นจากเล่มวารสาร การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและวิทยานิพนธ์ ในห้องสมุดในมหาวิทยาลัย โดยสืบค้นจากชื่อเรื่องและชื่อผู้แต่ง

ในการทบทวนวรรณกรรมนี้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับแรก หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้และการป้องกันก่อนเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดรายการคำสืบค้นจากฐานข้อมูลงานวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ counseling, education, information, life style, diet, exercise, smoking, alcohol misuse, drug abuse, needle exchange, self care, weight management, sexual health, immunization, vaccination, community pharmacist แล้วใช้คำเชื่อม and และ or

เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยคือ 1) เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของเภสัชกรชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับแรกในประเทศไทยตีพิมพ์ระหว่างมกราคม พ.ศ. 2548 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2561 และ 2) รายงานเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และ 3) งานวิจัยที่สามารถสืบค้นฉบับเต็มได้

การคัดย่อและประเมินคุณภาพงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบคัดย่อข้อมูลเพื่อคัดย่อข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า โดยหัวข้อที่คัดย่อ ได้แก่ รูปแบบการวิจัย จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการทำวิจัย กิจกรรมการให้บริการ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ทางด้านความเป็นมนุษย์

การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าที่เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial; RCT) ใช้ 1) แบบประเมินของ Jadad และคณะ (6) ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน ประเด็นการ

ประเมินประกอบด้วย กระบวนการสุ่มแยกตัวอย่าง การปกปิดการแบ่งกลุ่ม วิธีการปกปิดสิ่งทดลอง และการอธิบายเกี่ยวกับการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) แนวทางของ Cochrane risk of bias 2.0 (ROB) (7) โดยมีหัวข้อที่ต้องพิจารณาต่อไปนี้ 1) ความลำเอียงจากกระบวนการสุ่มแยกตัวอย่าง 2) ความลำเอียงเนื่องจากการเบี่ยงเบนไปจากการให้สิ่งแทรกแซงที่ตั้งใจไว้ 3) ความลำเอียงจากการหายไปของข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การวิจัย 4) ความลำเอียงจากการวัดผลลัพธ์ และ 5) ความลำเอียงจากการเลือกรายงานผล ผลการประเมินแบ่งเป็น มีความเสี่ยงสูง มีข้อควรกังวล หรือมีความเสี่ยงต่ำ

สำหรับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง การวิจัยชนิดภาคตัดขวาง และการวิจัยแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล (cohort study) ใช้แนวทางการประเมินของ Downs and Black (8) โดยมีหัวข้อประเมินดังนี้ 1) คุณภาพการศึกษา จำนวน 10 ข้อ 2) ความถูกต้องภายนอก (external validity) จำนวน 3 ข้อ 3) อคติของการศึกษา จำนวน 7 ข้อ 4) อคติจากปัจจัยกวนและอคติในการเลือกตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ

และ 5) อำนาจของการศึกษา (power of the study) จำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมดประเมิน 27 ข้อ

งานวิจัยที่คัดเข้ามาในการศึกษาถูกประเมินด้วยผู้วิจัย 2 คนแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน ผลลัพธ์หลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการให้บริการของเภสัชกรชุมชน

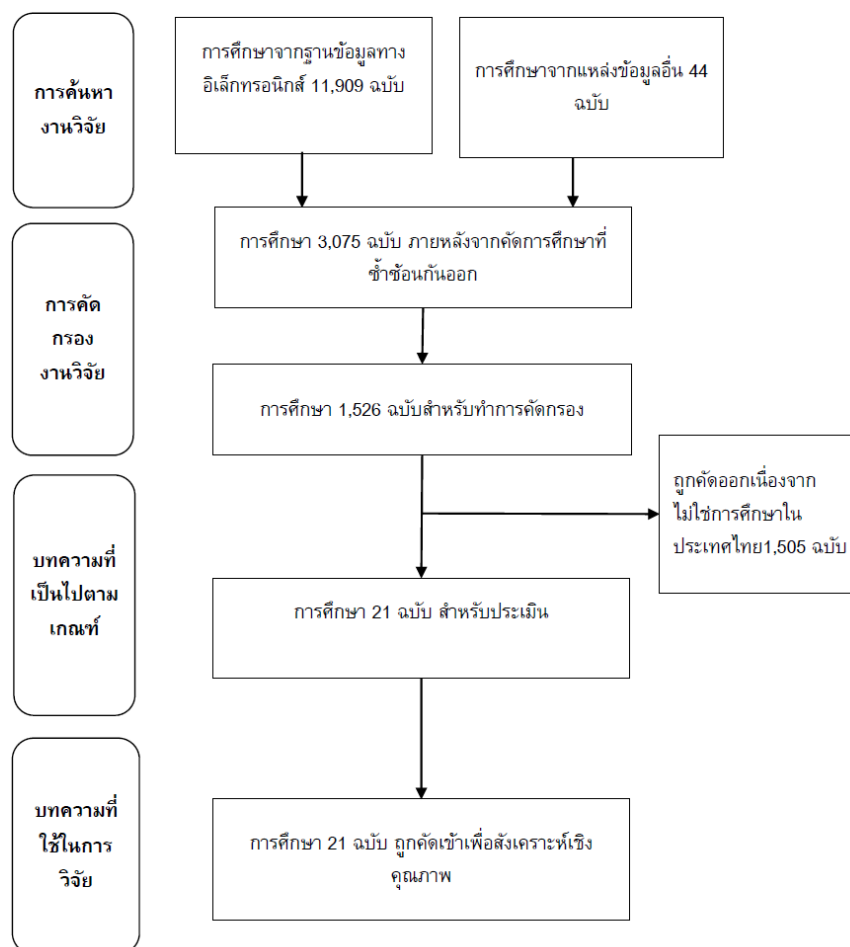
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของงานวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์หาค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับแรก และผลลัพธ์ของบริการดังกล่าวใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ลักษณะของการศึกษาที่พบ

จากการสืบค้นงานวิจัย เมื่อคัดการศึกษาที่เข้าช้อนกันออก ได้การศึกษาหรือบทความทั้งหมด 3,075 ฉบับ เมื่อคัดเลือกการศึกษามาตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก พบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 21 ฉบับ ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1. ผลการคัดเลือกงานวิจัย

จากงานวิจัยทั้ง 21 ฉบับ (9-29) พบงานวิจัยที่ทำในเภสัชกรชุมชน 1 การศึกษา และงานวิจัยที่ทำในเภสัชกรชุมชนและผู้มารับบริการ 1 การศึกษา ส่วนการศึกษาอีก 19 ฉบับ (ร้อยละ 90) ทำในผู้มารับบริการของเภสัชกรชุมชน จากตารางที่ 1 ขนาดของตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในช่วงระหว่าง 32-1001 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาน้อยที่สุดคือ 19.7±1.5 ปี และมากที่สุดคือ 60.09±10.557 ปี ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 2 วัน ถึง 12 เดือน การศึกษาที่พบเป็น RCT 4 ฉบับ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 3 ฉบับ การวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม 6 ฉบับ การวิจัยชนิดภาคตัดขวาง 6 ฉบับ และการ

วิจัยแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล 2 ฉบับ การศึกษาครั้งนี้พบการบริการของเภสัชกรชุมชนที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับแรกทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษา (4 ฉบับ) การให้บริการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (3 ฉบับ) การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องสุขภาพทางเพศ (2 ฉบับ) การให้บริการเลิกบุหรี่ (8 ฉบับ) และการให้บริการควบคุมน้ำหนัก (4 ฉบับ)

การประเมินคุณภาพงานวิจัยแบบ RCT 4 ฉบับ (16,18,24,29) พบว่า 3 ฉบับ (16,18,24) มีค่าคะแนน Jadad เท่ากับ 1 และมีความเสี่ยงต่อการมีอคติมาก ส่วนอีก 1

ตารางที่ 1. ลักษณะของงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า

รูปแบบการศึกษา	ผู้แต่ง, ปี (หมายเลขอ้างอิง)	ประชากร	จำนวน (คน)	อายุ (ปี±SD)	ระยะเวลาการศึกษา (เดือน)	กิจกรรมการให้บริการ	การวัดผลลัพธ์	ผลการประเมินคุณภาพ		
								Jadad score	Risk of Bias	Downs & Black
การวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม	Kanjanasilp et al., 2006 (9)	ผู้ป่วยที่มีอาการอาหารไม่ย่อย	51	23.9±9.9	7	การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต	ผลผลิต ด้านคลินิก และมานุษยวิทยา	-	-	17
	Juckpetch et al., 2007 (10)	ผู้มารับบริการทั่วไป	32	36.12±13.73	2	การให้ความรู้และคำปรึกษา	ด้านคลินิกและมานุษยวิทยา	-	-	21
	Phoprathab et al., 2007 (11)	ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน	40	31±6.55	3	การควบคุมน้ำหนัก	ด้านคลินิก	-	-	22
	Chaiyarach et al., 2012 (23)	ผู้รับบริการที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่	34	34.75±14.27	5	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิกและมานุษยวิทยา	-	-	24
	Lertsinudom et al., 2015 (26)	ผู้สูบบุหรี่	102	38.78±16.2	12	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิกและมานุษยวิทยา	-	-	20
	Lertsinudom et al., 2015 (27)	ผู้รับบริการอายุ ≥18 ปีที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	32	ไม่มีรายงาน	11	การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต	ด้านคลินิก	-	-	21

ตารางที่ 1. ลักษณะของงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (ต่อ)

รูปแบบการศึกษา	ผู้แต่ง, ปี (หมายเลขอ้างอิง)	ประชากร	จำนวน (คน)	อายุ (ปี±SD)	ระยะเวลาการศึกษา (เดือน)	กิจกรรมการให้บริการ	การวัดผลลัพธ์	ผลการประเมินคุณภาพ		
								Jadad score	Risk of Bias	Downs & Black
การวิจัยชนิดภาคตัดขวาง	Romchamphet al., 2007 (12)	เภสัชกรชุมชน ผู้มารับบริการทั่วไป	29 402	42.62±11.69 39.01±13.82	2	การให้ความรู้และคำปรึกษา	ผลผลิต	-	-	22
	Sakpisutthipong et al., 2007 (13)	ผู้มารับบริการทั่วไป	42	ไม่มีรายงาน	0.07 (2 วัน)	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิก	-	-	14
	Nimpitakpong et al., 2010 (19)	เภสัชกรชุมชน	1001	ไม่มีรายงาน	1	การเลิกบุหรี่	ผลผลิต	-	-	21
	Pongwecharak et al., 2011 (21)	ผู้รับบริการอายุ ≥35 ปี	400	48.7±10.0	8	การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต	ด้านคลินิก	-	-	22
	Baramet, 2012 (22)	หญิงอายุ 18-25 ปี	65	19.7±1.5	3	การให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องสุขภาวะทางเพศ	ด้านคลินิกและมานุษยวิทยา	-	-	22
	Chalongsuk and Bunditanukul, 2016 (28)	ผู้สูบบุหรี่	36	42.57±9.79	11	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิก	-	-	19
การวิจัยแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล	Thavorn et al., 2008 (14)	ผู้มารับบริการอายุ 40,50 และ 60 ปีที่สูบบุหรี่ 10-20 มวนต่อวัน	ไม่มีรายงาน	ไม่มีรายงาน	12	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิกและด้านเศรษฐศาสตร์	-	-	19
	Lertsinudom et al., 2014 (25)	ผู้รับบริการที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่	45	41.36±13.4	6	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิก	-	-	19

ตารางที่ 1. ลักษณะของงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (ต่อ)

รูปแบบการศึกษา	ผู้แต่ง, ปี (หมายเลขอ้างอิง)	ประชากร	จำนวน (คน)	อายุ (ปี±SD)	ระยะเวลาการศึกษา (เดือน)	กิจกรรมการให้บริการ	การวัดผลลัพธ์	ผลการประเมินคุณภาพ		
								Jadad score	Risk of Bias	Downs & Black
การวิจัยกึ่งทดลอง	Boothchan, 2009 (15)	ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 kg/m ²			4	การควบคุมน้ำหนัก	ผลผลิตและด้านคลินิก	-	-	23
		กลุ่มทดลอง	33	ไม่มีรายงาน						
		กลุ่มควบคุม	31	ไม่มีรายงาน						
	Sukprasert, 2009 (17)	ผู้รับบริการที่ร้านยา	30	ไม่มีรายงาน	2	การให้ความรู้	ด้านคลินิกและ	-	-	23
		ผู้รับบริการที่หอพัก	30	ไม่มีรายงาน		คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องสุขภาวะทางเพศ	มานุษยวิทยา			
	Thongwat, 2010 (20)	ผู้สูบบุหรี่		ไม่มีรายงาน	3.5	การเลิกบุหรี่	ด้านคลินิกและ	-	-	21
การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม	Petchsomrit, 2009 (16)	ผู้ที่มีภาวะท้องผูก			3	การให้ความรู้และคำปรึกษา	ด้านคลินิกและ	1	ความเสี่ยงสูง	-
		กลุ่มทดลอง	38	24.71 ±5.62			มานุษยวิทยา			
		กลุ่มควบคุม	40	25.72±7.20						
	Khantha, 2010 (18)	หญิงอายุ 40-50 ปี			1	การให้ความรู้และคำปรึกษา	ด้านคลินิก	1	ความเสี่ยงสูง	-
		กลุ่มทดลอง	20	43.55±2.21						
		กลุ่มควบคุม	20	44.7±2.49						
	Phimarn et al., 2013 (24)	ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน			8	การควบคุมน้ำหนัก	ด้านคลินิก	1	ความเสี่ยงสูง	-
		กลุ่มทดลอง	33	60.09±10.55						
		กลุ่มควบคุม	33	59.12±10.18						

ตารางที่ 1. ลักษณะของงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (ต่อ)

รูปแบบการศึกษา	ผู้แต่ง, ปี (หมายเลขอ้างอิง)	ประชากร	จำนวน (คน)	อายุ (ปี±SD)	ระยะเวลาการศึกษา (เดือน)	กิจกรรมการให้บริการ	การวัดผลลัพธ์	ผลการประเมินคุณภาพ		
								Jadad score	Risk of Bias	Downs & Black
การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม	Phimarn et al., 2017 (29)	วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน								
		กลุ่มทดลอง	56	20.73±1.72	8	การควบคุมน้ำหนัก	ด้านคลินิก	2	มีข้อควรกังวล	-
		กลุ่มควบคุม	52	20.87±1.78						

ฉบับ (29) มีค่าคะแนน Jadad เท่ากับ 2 และมีความเสี่ยงต่อการมีอคติพบในระดับมีข้อควรกังวล ส่วนงานวิจัยรูปแบบอื่นประเมินโดยใช้แบบประเมินของ Downs & Black ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 14 และ 24 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ผลลัพธ์ของบริการการให้ความรู้และคำปรึกษา

บริการการให้ความรู้และคำปรึกษาพบงานวิจัย 4 ฉบับ โดยเป็นการศึกษาวิจัยชนิดภาคตัดขวาง 1 ฉบับ (12) การวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม 1 ฉบับ (10) และการวิจัยแบบ RCT 2 ฉบับ (16,18) การศึกษาของ Juckpetch และคณะ (10) ให้ความรู้เรื่องอาหารเสริมแก่ผู้รับบริการ พบว่า หลังให้ความรู้ผู้รับบริการมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.29 เป็น 57.14 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจบริการที่ร้อยละ 87.50

Romchampa และคณะ (12) สอบถามการให้บริการของเภสัชกรชุมชนจากผู้รับบริการ พบว่าเภสัชกรชุมชนร้อยละ 88.2 มีการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้รับบริการ ร้อยละ 92.2 ให้ความรู้เรื่องการรักษา ร้อยละ 61.03 ให้ความรู้เรื่องการใช้จ่าย ร้อยละ 89.4 ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค และร้อยละ 91.4 ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

การศึกษาของ Petchsomrit (16) พบว่า ความรู้เรื่องภาวะท้องผูกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเป็น 13.63±1.19 กลุ่มควบคุมความรู้หลังได้รับการเป็น 5.95±3.89

(จากคะแนนเต็ม 15) ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ความพึงพอใจในการให้ความรู้และบริการของเภสัชกรชุมชนเป็น 40.13±1.91 และ 32.15±2.33 (จากคะแนนเต็ม 50) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ การศึกษาของ Khantha (18) พบว่า หลังการให้ความรู้เรื่องโรคกระดูกพรุนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ 17.95±1.36 และ 10.25±2.58 ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 20) ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ผลลัพธ์ของบริการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

การให้บริการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตพบในงานวิจัย 3 ฉบับ เป็นการศึกษาชนิดภาคตัดขวาง 1 ฉบับ (21) และการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม 2 ฉบับ (9,27) การศึกษาของ Kanjanasilp และคณะ (9) พบว่า ผู้รับบริการมีการปรับการรับประทานอาหารให้ตรงเวลาร้อยละ 66.7 รับประทานอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 33.3 รวมถึงผู้รับบริการมีคะแนนความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำ 3.3±0.5 (จากคะแนนเต็ม 4)

การศึกษาของ Pongwecharak และคณะ (21) พบว่า ภายหลังได้รับการจากเภสัชกรชุมชนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure; SBP) ลดลงจาก 138.0±15.0 mmHg เป็น 131.5±16.6 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การศึกษาของ Lertsinudom และคณะ (27) พบว่า ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบา-

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ของบทบาทเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกิจกรรมการให้บริการ

การให้บริการ	ผู้แต่ง (หมายเลข อ้างอิง)	ผลลัพธ์ด้านผลผลิต	ผลลัพธ์ด้านคลินิก							P
			หัวข้อการ วัดผล	กลุ่มทดลอง		P	กลุ่มควบคุม			
				ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	P	
การให้ความรู้ และ คำปรึกษา	Juckpetch et al. (10)	-	ความรู้เกี่ยวกับ อาหารเสริม	20.29% (71/350)	57.14% (200/350)	<0.05	-	-	-	-
	Romchampa et al. (12)	ความรู้เรื่องโรค 88.2%, การรักษา 92.2% การใช้ยา 61.3%, การป้องกันโรค 89.4%และการดูแลตนเอง 91.4%	-	-	-	-	-	-	-	-
	Petchsomrit (16)	-	ความรู้เกี่ยวกับ อาการท้องผูก	4.82±2.79	13.63±1.19	<0.001	5.27±2.93	5.95±3.89	0.066	ก่อนทดลอง=0.540 หลังทดลอง<0.001
	Khantha (18)	-	ความรู้เรื่องโรค กระดูกพรุน	12.05±3.68	17.95±1.36	<0.001	9.55±4.41	10.25±2.58	0.158	ก่อนทดลอง=0.032 หลังทดลอง<0.001
การ ปรับเปลี่ยน วิถีการดำเนิน ชีวิต	Kanjanasilp et al. (9)	-	ทานอาหารตรง เวลา	-	66.7% (14/21)	-	-	-	-	-
			ทานอาหารที่ เหมาะสม	-	33.3% (7/21)	-	-	-	-	-
	Pongwecharak et al. (21)	-	SBP (mmHg)	138.0±15.0	131.5±16.6	<0.001	-	-	-	-
			DBP (mmHg)	84.3±10.8	82.1±9.7	0.009	-	-	-	-
			การออกกำลังกาย	53.33% (80/150)	56.67% (85/150)	0.55	-	-	-	-
			การสูบบุหรี่	12% (18/150)	11.3% (17/150)	1.00	-	-	-	-

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ของบทบาทเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกิจกรรมการให้บริการ (ต่อ)

การให้บริการ	ผู้แต่ง (หมายเลข อ้างอิง)	ผลลัพธ์ด้านผลผลิต	ผลลัพธ์ด้านคลินิก						
			หัวข้อการ วัดผล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
				ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	P	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	P
การปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนิน ชีวิต	Lertsinudom et al. (27)	-	SBP (mmHg)	128.71±12.25	128.25±10.04	>0.0001	-	-	-
			DBP (mmHg)	80.75±8.12	78.00±6.46	>0.0001	-	-	-
			FBS (mg/dl)	102.81±20.41	97.0±20.86	<0.0001	-	-	-
			BMI	27.41±3.86	27.13±3.75	<0.0001	-	-	-
การให้ความรู้ คำแนะนำและ คำปรึกษาใน เรื่องสภาวะ ทางเพศ	Sukprasert (17)	-	ความรู้เรื่องการ ใช้ยาคุมฉุกเฉิน	9.40±1.45	14.17±0.79	<0.001	9.90±0.80	14.50±0.63	<0.001
	Baramee (22)	-	ความสม่ำเสมอของ การใช้ถุงยาง	36.5% (19/52)	42.3% (22/52)	0.549	-	-	-
การเลิกบุหรี่	Sakpisutthipong et al. (13)	-	เตรียมเลิกบุหรี่	-	3 ราย	-	-	-	-
			เลิกบุหรี่ในวัน พรุ่งนี้	-	2 ราย	-	-	-	-
			ใช้ยาในการเลิก บุหรี่	-	1 ราย	-	-	-	-
	Thavorn et al. (14)	-	อายุที่เพิ่มขึ้น	-	0.18 ปีในผู้ชาย 0.24 ปีในผู้หญิง	-	-	-	-

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ของบทบาทเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกิจกรรมการให้บริการ (ต่อ)

การให้บริการ	ผู้แต่ง (หมายเลข อ้างอิง)	ผลลัพธ์ด้านผลผลิต	ผลลัพธ์ด้านคลินิก								
			หัวข้อการ วัดผล	กลุ่มทดลอง		P	กลุ่มควบคุม		P		
				ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			
การเลิกบุหรี่	Nimpitakpong et al. (19)	เลิกสูบบุหรี่ = 71.1% (707/994) เลิกบุหรี่จากการให้คำปรึกษา = 47.4%(335/707) 4 A's =37.3% (264/707) 5 A's=15.3% (107/707)	-	-	-	-	-	-	-		
		Thongwat (20)	-	เลิกบุหรี่อย่าง ต่อเนื่อง	-	18.2% (4/22)	-	-	2.2% (1/46)	-	0.004
				เลิกบุหรี่หลังระยะ ผ่อนผัน	-	40.9% (9/22)	-	-	8.7% (4/46)	-	0.003
				เลิกบุหรี่ตลอด28 วันก่อนประเมินผล	-	50.0% (11/22)	-	-	17.4% (8/46)	-	0.005
	Chaiyarach et al. (23)	-	เลิกบุหรี่หลังได้รับ บริการ	-	38.23% (13/35)	-	-	-	-	-	
	Lertsinudom et al. (25)	-	คิดอยากเลิกบุหรี่	11.11% (5/45)	0	-	-	-	-	-	
			เตรียมเลิกบุหรี่	88.89% (40/45)	60% (27/45)	-	-	-	-	-	
			ระยะเลิกบุหรี่	0	37.78% (17/45)	-	-	-	-	-	
			เลิกสูบได้นาน 6 เดือน	0	2.22% (1/45)	-	-	-	-	-	
			ติดตามผลเลิกบุหรี่	-	18 cases	-	-	-	-	-	

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ของบทบาทเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกิจกรรมการให้บริการ (ต่อ)

การให้บริการ	ผู้แต่ง (หมายเลข อ้างอิง)	ผลลัพธ์ด้านผลผลิต	ผลลัพธ์ด้านคลินิก							P
			หัวข้อการ วัดผล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			
				ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	P	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	P	
การเลิกบุหรี่	Lertsinudom et al. (26)	-	ติดตามผลเลิกบุหรี่ ได้สำเร็จ	-	32.35% (33/102)	-	-	-	-	-
	Chalongsuk and Bunditanukul (28)	-	เลิกบุหรี่ยาน 180 วัน	-	61.1% (22/36)	-	-	-	-	-
การควบคุม น้ำหนัก	Phoprathab et al. (11)	-	BMI (kg/m ²)	26.40±1.74	25.10±1.76	<0.001	-	-	-	-
	Boothchan (15)	-	BMI (kg/m ²) < 23	0	3% (1/33)	0.014	0	0	1.000	ก่อน =0.792 หลัง = 0.315
			23.0-24.9	15.2% (5/33)	24.2% (8/33)		12.9% (4/31)	12.9% (4/31)		
			25.0-34.9	72.7% (24/33)	63.6% (21/33)		80.6% (25/31)	80.6% (25/31)		
			≥35.0	12.1% (4/33)	9.1% (3/33)		6.5% (2/31)	6.5% (2/31)		
			ความรู้	6.52±1.70	9.03±0.73		<0.001	6.70±2.07		
	Phimarn et al. (24)	-	ความรู้:การควบคุม น้ำหนัก	6.42±1.94	8.75±0.68	0.002	5.82±1.63	6.87±0.35	0.174	-
	Phimarn et al. (29)	-	น้ำหนัก(กิโลกรัม)	76.94±6.26	71.71±6.49	<0.001	78.23±6.83	74.07±6.85	<0.001	ก่อน =0.312 หลัง =0.039
			BMI (kg/m ²)	26.86±2.37	25.03±2.27	<0.001	27.55±3.04	26.09±2.99	<0.001	ก่อน =0.203 หลัง =0.042

ตารางที่ 3. ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์และทางมานุษยวิทยาของบทบาทเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การให้บริการ	ผู้แต่ง (หมายเลขอ้างอิง)	ผลลัพธ์	
		เศรษฐศาสตร์	มานุษยวิทยา
การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต	Kanjanasilp et al. (9)	-	ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเภสัชกรชุมชน = 3.3±0.5
การให้ความรู้และคำปรึกษา	Juckpetch et al. (10)	-	ความพึงพอใจการให้บริการ 87.50%(28/32)
	Petchsomrit (16)	-	ความพึงพอใจในกลุ่มทดลอง = 40.13±1.91 กลุ่มควบคุม = 32.15±2.33
การเลิกบุหรี่	Sakpisutthipong et al. (13)		พึงพอใจในความรู้และการช่วยแก้ปัญหาของเภสัชกรชุมชน 57.1% (22/24)
	Thavorn et al. (14)	ลดค่าใช้จ่าย =17,503.53 บาทในผู้ชาย ลดค่าใช้จ่าย=21,499.75 บาทในผู้หญิง	-
	Thongwat (20)	-	กลุ่มทดลองพอใจการให้บริการของเภสัชกรชุมชนระดับมาก
	Chaiyarach et al. (23)	-	ความพึงพอใจโดยรวมของบริการเลิกบุหรี่ = 4.82±0.39
	Lertsinudom et al. (26)	-	คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนรับบริการ =89.75±11.35 หลังรับบริการ = 105.88±12.81 ความพึงพอใจในบริการโดยรวม = 4.71
การให้ความรู้คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องสุขภาวะทางเพศ	Sukprasert (17)	-	ความพึงพอใจการให้บริการกลุ่มควบคุม= 4.14 ± 0.39 กลุ่มทดลอง= 4.25±0.29
	Baramee (22)	-	ความพึงพอใจการให้บริการของเภสัชกร= 88.5%(46/52)

หวานและความดันโลหิตสูงภายหลังรับบริการมีระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar; FBS) ลดลงจาก 102.81 ± 20.41 mg/dl เป็น 97.0 ± 20.86 mg/dl ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ผลลัพธ์ของการบริการเรื่องสุขภาพทางเพศ

การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องสุขภาพทางเพศพบในงานวิจัย 2 ฉบับ เป็นการวิจัยชนิดภาคตัดขวาง 1 ฉบับ (22) และการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 ฉบับ (17) การศึกษาของ Sukprasert (17) พบว่าการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในคู่นอนของเพศชายช่วยเพิ่มความรู้อย่างมีนัยสำคัญของผู้รับบริการทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจาก 9.40 ± 1.45 เป็น 14.17 ± 0.79 และ 9.90 ± 0.80 เป็น 14.50 ± 0.63 ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 15) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจเป็น 4.25 ± 0.29 และ 4.14 ± 0.39 ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 5) Baramee (22) พบว่า การให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดช่วยเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดจากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 42.3 แต่ยังไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการของเภสัชกรชุมชนร้อยละ 88.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ผลลัพธ์ของการบริการเลิกบุหรี่

การให้บริการเลิกบุหรี่พบในงานวิจัย 8 ฉบับ โดยเป็นการศึกษาวิจัยชนิดภาคตัดขวาง 3 ฉบับ (13,19,28) การวิจัยแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล 2 ฉบับ (14,25) การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 ฉบับ (20) และการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม 2 ฉบับ (23,26) การศึกษาของ Sakpisutthipong และคณะ (13) พบว่า การให้บริการของเภสัชกรชุมชนช่วยให้ผู้รับบริการเตรียมตัวที่จะหยุดสูบบุหรี่ 3 ราย จะหยุดสูบบุหรี่ในวันพรุ่งนี้ 2 ราย และใช้ยา bupropion เพื่อเลิกบุหรี่ 1 ราย (จากผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ 17 ราย) ผู้รับบริการมีความพอใจในการให้ความรู้และการช่วยแก้ปัญหาของเภสัชกรชุมชนร้อยละ 57.1

การศึกษาของ Thavorn และคณะ (14) พบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ของเภสัชกรชุมชนช่วยให้ผู้รับบริการมีวิถีชีวิตยืนยาวขึ้นได้ 0.18 ปีรวมถึงประหยัดค่าใช้จ่ายได้

17,503.53 บาทในผู้ชายและ 0.24 ปี รวมถึงประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 21,499.75 บาทในผู้หญิง การศึกษาของ Nimpitakpong และคณะ (19) พบว่า เภสัชกรชุมชนที่อยู่ในเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบมีการให้บริการเลิกบุหรี่ร้อยละ 71.1

การศึกษาของ Thongwat (20) พบว่า ภายหลังรับบริการ ผู้รับบริการมีการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 18.2 การเลิกบุหรี่หลังระยะฟอนผัน 2 สัปดาห์ จนครบ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ร้อยละ 40.9 และเลิกบุหรี่ตลอด 28 วันก่อนวันประเมินผลร้อยละ 50.0 รวมถึงผู้รับบริการมีความพอใจต่อการให้บริการของเภสัชกรชุมชนเป็นอย่างมาก การศึกษาของ Chaiyarach และคณะ (23) พบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังได้รับการเป็นร้อยละ 38.23 การศึกษาของ Lertsinudom และคณะ (25,26) ปี ค.ศ. 2014 พบว่า ภายหลังให้บริการเลิกบุหรี่ผู้รับบริการมีการวางแผนในการเลิกบุหรี่ร้อยละ 60 เริ่มเลิกบุหรี่ร้อยละ 37.78 อยู่ในช่วงของการเลิกบุหรี่ร้อยละ 2.22 และอยู่ในช่วงติดตามผลการเลิกบุหรี่ 18 ราย ส่วนการศึกษาในปี ค.ศ. 2015 พบว่า ภายหลังให้บริการผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 32.35 มีคะแนนความพึงพอใจในการให้บริการ 4.71 (จากคะแนนเต็ม 5) การประเมินด้วยเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 89.75 ± 11.35 เป็น 105.88 ± 12.81 การศึกษาของ Chalongsuk และ Bunditanukul (28) พบว่า ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้นาน 180 วันหลังรับบริการคิดเป็นร้อยละ 61.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ผลลัพธ์ของการบริการควบคุมน้ำหนัก

การให้บริการควบคุมน้ำหนักพบในงานวิจัย 4 ฉบับ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 ฉบับ (15) การวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม 1 ฉบับ (11) และ RCT 2 ฉบับ (24,29) การศึกษาของ Phoprathab และคณะ (11) พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ของผู้รับบริการลดลงจาก 26.40 ± 1.74 ซึ่งอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 เป็น 25.10 ± 1.76 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การศึกษาของ Boothchan (15) พบว่า ผู้รับบริการที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 23) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 BMI อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (23.0-24.9) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 เป็น 24.2 ภาวะอ้วน (BMI 25.0-34.9) ลดลงจากร้อยละ 72.2

เป็นร้อยละ 63.6 BMI มากกว่า 35 ลดลงจากร้อยละ 12.1 เป็น 9.1 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ทางสถิติ ความรู้ของผู้รับบริการเรื่องการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 6.52 ± 1.70 เป็น 9.03 ± 0.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษาของ Phiman และคณะ (24,29) ในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 6.42 ± 1.94 เป็น 8.75 ± 0.68 ในกลุ่มทดลองและผู้รับบริการในกลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.82 ± 1.63 เป็น 6.87 ± 0.35 (จากคะแนนเต็ม 10) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ Phiman และคณะในปี ค.ศ. 2017 พบว่า น้ำหนักของผู้รับบริการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงจาก 76.94 ± 6.26 กิโลกรัม เป็น 71.71 ± 6.49 กิโลกรัม และจาก 78.23 ± 6.83 กิโลกรัม เป็น 74.07 ± 6.85 กิโลกรัม ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่า BMI ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงจาก 26.86 ± 2.37 เป็น 25.03 ± 2.27 และจาก 27.55 ± 3.04 เป็น 26.09 ± 2.99 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผลและสรุปผล

การทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษา 21 ฉบับ แม้จะมีความแตกต่างของรูปแบบการศึกษาและการประเมินผลลัพธ์ ทำให้ไม่สามารถทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณได้ แต่ทำให้เห็นภาพรวมของบทบาทเภสัชกรชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านกิจกรรมการให้บริการ 5 กิจกรรม แสดงให้เห็นว่า เภสัชกรชุมชนในประเทศไทยมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับบทบาทของเภสัชกรชุมชนที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (2)

ในกิจกรรมการให้ความรู้และคำปรึกษา พบว่า เภสัชกรมีการให้ความรู้และคำปรึกษาในทุกการศึกษา แต่มีการศึกษา 4 ฉบับที่มีการวัดผลการให้ความรู้และคำปรึกษาของเภสัชกรชุมชนในเรื่องโรค การรักษา การป้องกัน การดูแลตนเอง รวมถึงการให้ความรู้เรื่องการใช้ยา อาหารเสริม อาการท้องผูก และภาวะกระดูกพรุน ภายหลังรับบริการ ผู้รับบริการมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในเรื่องการให้บริการเภสัชกรชุมชนในประเทศอังกฤษและประเทศออสเตรเลีย (30-31) ที่มีการให้บริการพื้นฐาน คือ การให้ข้อมูลและคำแนะนำการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาในสหพันธรัฐมาเลเซีย (32) ที่มีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอาหารเสริม

ภายหลังรับบริการการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในผู้ที่มีภาวะ dyspepsia ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผู้รับบริการมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการให้บริการในประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย และประเทศแคนาดา (30-31, 33)

การให้ความรู้คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องสุขภาพทางเพศของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยมีการให้บริการเหมือนกับประเทศอังกฤษและประเทศแคนาดา (30, 33) มีการให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดฉุกเฉินซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.5 เป็น 46.3

เภสัชกรชุมชนมีการให้บริการเลิกบุหรี่เหมือนกับในประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย และประเทศแคนาดา (30-31, 33) ผลการให้บริการช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นรวมถึงสามารถเลิกบุหรี่ได้ 180 วันหลังได้รับการบริการร้อยละ 61.1 การให้บริการควบคุมน้ำหนักพบว่า เภสัชกรชุมชนสามารถช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีน้ำหนักตัว รอบเอว และค่า BMI ลดลง สอดคล้องกับการให้บริการในประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศแคนาดา และสหพันธรัฐมาเลเซีย (30-33) จากผลการศึกษาที่พบแสดงให้เห็นว่า การให้บริการของเภสัชกรชุมชนช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดีขึ้น แสดงว่าเภสัชกรชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังพบการวิจัยที่เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในโรคเมเร็งเต้านมของเภสัชกรชุมชน (34) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการพัฒนาการให้บริการในลักษณะนี้ของเภสัชกรชุมชน

อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างกันในเรื่องของการสนับสนุนจากภาครัฐและการให้บริการพื้นฐานของเภสัชกรชุมชนของไทยและเภสัชกรชุมชนในต่างประเทศ การให้บริการของเภสัชกรชุมชนในต่างประเทศได้รับการสนับสนุนและค่าตอบแทนจากภาครัฐ มีการตกลงร่วมกันในการให้บริการของเภสัชกรชุมชนว่ามีการให้บริการพื้นฐานเรื่องใด (30-31) ในประเทศไทยมีการกำหนดเพียงมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมและมาตรฐานร้านยาคุณภาพ ดังนั้นควรมีการกำหนดการให้บริการ

พื้นฐาน ได้แก่ ชนิดของบริการ คุณภาพของการให้บริการ การให้บริการขั้นพื้นฐานที่เภสัชกรชุมชนต้องให้บริการเหมือนกัน โดยกำหนดร่วมกันระหว่างสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) สมาเภสัชกรรม และกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงควรมีความร่วมมือกันระหว่างสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และสมาคมเภสัชกรรมในการต่อรองเข้าเป็นหน่วยบริการสุขภาพ หรือการขอรับการสนับสนุน ค่าตอบแทนจากภาครัฐ ที่ก่อนหน้านี้โครงการให้บริการต่าง ๆ ของเภสัชกรชุมชนมีเพียงร้านยาคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เท่านั้นที่ได้รับค่าตอบแทน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากวรรณกรรมที่พบมีคุณภาพค่อนข้างน้อย ควรมีการปรับปรุงการศึกษาในอนาคตในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย ควรทำการศึกษาแบบ RCT เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการศึกษาแบบอื่น แต่หากต้องการทราบเรื่องต้นทุนในการให้บริการอาจไม่จำเป็นต้องใช้รูปแบบการศึกษาที่เป็น RCT นอกจากนี้ในประเทศไทยยังไม่มีกำหนดบทบาทของเภสัชกรชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบอาจขาดมุมมองของประชาชน ผู้รับบริการ รวมถึงมุมมอง-ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง หากมีการวิจัยต่อไปในอนาคต การสัมภาษณ์กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะช่วยทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจาก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ทุนสนับสนุน การวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษา ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion [online]. 1986 [cited Apr 1, 2017]. Available from: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
2. World Health Organization. The scope of pharmacy and the functions of pharmacists. The role of the pharmacist in the health care system [online]. 1994 [cited Apr 1, 2017]. Available from: apps.who.int/me

dicinedocs/en/d/Jh2995e/1.6.2.html

3. Jongudomsuk P, Sriathamrongsawat S, Patchara narumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Vapa tanavong P, Sawaengdee K, et al. The Kingdom of Thailand health system review. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2008.
4. Arkaravichien W, Arkaravichien T, Jarupach C, Jermkuntod K, Charoenthum P. An expert's opinion on the role, function and activity of accredited pharmacies as primary care providers under the National Health Security Scheme. Journal of Health Systems Research 2010; 4: 101-7.
5. Pummangura C, Praphuchaka P, Sookaneknun P, Kanjanasilp J, Somsaard P, Sooksai N, et al. Systematic review of community pharmacy practice research. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2012; 8; 76-93.
6. Jadad R, Moore R. A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? Control Clin Trials 1996; 17: 1-12.
7. Higgins JPT, Sterne JAC, Savovic J, Page MJ, Hróbjartsson A, Boutron I et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; 10(Suppl 1) : 29-31.
8. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. J Epidemiol Community Health 1998; 52: 377-84.
9. Kanjanasilp J, Anusornsangiam W, Suttiruksa S. Counseling on health promotion to patients with dyspepsia in community pharmacies. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2006; 2: 44-53.
10. Juckpetch S, Khemanuwong O. Prevention and resolving of dietary supplement-related problems and effects of counseling for dietary supplement

- consumers provided by community pharmacists: Case studies at Boots, Big- C Aomai, Nakhonrathom province [Independent study]. Phitsanulok: Naresuan University; 2007.
11. Phoprathab N, Krongkaew W, Ruttapongtorn V. Effectiveness of weight loss programs in pharmacies by applying planned theories case study at Klungya, Nakhon Pathom [Independent Study]. Phitsanulok: Naresuan University; 2007.
 12. Romchampa N, Panthakanjanakij W, Atakulreka S. The study of pharmacy services responsible to patient's right: Case study in the accredited pharmacy in Bangkok and its metropolitan area [Independent study]. Phitsanulok: Naresuan University; 2007.
 13. Sakpisutthipong K, Warawuttipong K, Jongsuk viroat J, Chandmapanrungshi J, Kuangbun C. The event provides knowledge about smoking in drug stores. CPA Journal 2007;7: 24-6.
 14. Thavorn K, Chaikunapruk N. A cost-effectiveness analysis of a community pharmacist-based smoking cessation programme in Thailand. Tob Control 2008 ; 17:177-82.
 15. Boothchan N. Effects of counseling on overweight and obesity patients at Methinbhesaj community pharmacy [dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2009.
 16. Petchsomrit A. Outcome of health education and drug counseling in customers with constipation at home medicine pharmacy, Pathum Thani [dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2009.
 17. Sukprasert P. Comparison of emergency contraceptive pills counseling in the community pharmacy with in the dormitory [dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2009.
 18. Khantha W. The effect of osteoporosis interactive multimedia education in community pharmacy [dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2010.
 19. Nimpitakpong P, Chaikunapruk N, Dhippayom T. A National survey of training and smoking cessation services provided in community pharmacies in Thailand. J Community Health 2010; 35: 554-9.
 20. Thongwat S. The Outcomes of modified PAS model in smoking cessation service by community pharmacist [master thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010.
 21. Pongwecharak J, Treeranurat T. Lifestyle changes for prehypertension with other cardiovascular risk factors: findings from Thailand. J Am Pharm Assoc 2011; 51: 719-26.
 22. Baramee N. Study of Effectiveness of counseling by drugstore pharmacist to promote condom use for sexual relationship in female adolescents [master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.
 23. Chaikarach T, Marom V, Tamnoo K. Effect of smoking cessation service of the University Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University [dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2012.
 24. Phimarn W, Pianchana P, Limpikanchakovit P, Suranart K, Supapanichsakul S, Narkgoen A, et al. Thai community pharmacist involvement in weight management in primary care to improve patient's outcomes. Int J Clin Pharm 2013; 35: 1208-17.
 25. Lertsinudom S, Hansuri N, Toparkngarm A, Nasatid A, Tawinkan N. Smoking cessation network by community pharmacist. In: Thavornwattanayong W, Yotsombut K, editors. Paper presented at the 4th outstanding community pharmacy research and innovation competition; 2014 Jun 29; Jasmine City Hotel. Bangkok; 2014. p. 117-21.
 26. Lertsinudom S, Nasatid A, Toparkngarm A, Hansuri N, Tawinkan N. Result of smoking cessation services by community pharmacists on quality of life and satisfaction. In: Yotsombut K, Janhom M, editors. Paper presented at the 5th Outstanding Community Pharmacy Research and Innovation Competition; 2015 Apr 5; Faculty of Pharmaceutical

- Sciences, Chulalongkorn University. Bangkok: 2015. p. 55-8.
27. Lertsinudom S, Nasatid A, Toparkngarm A, Hansuri N, Tawinkan N, Pongsa M. Clinical outcomes of health behaviors modification program for people at risk of diabetes and hypertension in Khon Kaen University Pharmacy. In: Yotsombut K, Janhom M, editors. Paper presented at the 5th outstanding community pharmacy research and innovation competition; 2015 Apr 5; Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University. Bangkok: 2015. p. 5254.
28. Chalongsuk R., Bunditanukul W. Success rates for smoking cessation service by community pharmacist. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2016; 11:17-29.
29. Phimarn W, Paktipat P, Pansiri K, Klabklang P, Duangjanchot P, Tongkul A. Effect of weight control counselling in overweight and obese young adults. Indian Journal of Pharmaceutical Sciences 2017; 79: 35-41.
30. Pharmaceutical Care Research Unit. Pharmacy services in community pharmacies under health insurance system. Phitsanulok: Faculty of Pharmacy , Naresuan University; 2011.
31. Upakdee N, Dhippayom T. Community pharmacy service under the National health insurance in Australia. Journal of Health Science 2015; 24: 182-94.
32. Hassali MA, Subish P, AA S, Mim I. Perception and barriers towards provision of health promotion activities among community pharmacists in the State of Penang, Malaysia. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2009; 3:1562-68.
33. Laliberte MC, Perreault S, Damestoy N, Lalonde L. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. BMC Public Health. 2012; 12:192. doi: 10.1186/1471-2458-12-192.
34. Saiyalam C. A model of health promotion service in breast cancer by community pharmacist in Bangkok [master thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2014.