

ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อการเลิกสูบบุหรี่
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดนนทบุรี
The Effect of Brief Intervention for Smoking Cessation
in Nonthaburi's Primary Care unit

ศิริรัตน์ แสงอริยวินิช, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

Sirirat Sangariyavanich, M.D. Diploma of the Thai board of family medicine*

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาล บางกรวย จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย 11130

*Medical Physician, professional level, Bangkruey Hospital, Nonthaburi province, Thailand, 11130

Corresponding author. Email address: srpr@yahoo.co.th

บทคัดย่อ

- บทนำ** : ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 19.1 ของประชากร การรณรงค์หรือให้คำแนะนำให้ผู้ที่ยังสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จะสามารถลดอัตราป่วย และอัตราการตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในอนาคตได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่แบบสั้นมีประสิทธิภาพสามารถช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลสำเร็จ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผลสำเร็จของการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาย้อนหลังด้วยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายของโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 แห่ง ในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งได้รับคำแนะนำแบบสั้นในการเลิกสูบบุหรี่โดยข้อมูลที่เก็บจากเวชระเบียน เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โรคประจำตัวผู้ป่วย และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหลังได้รับคำปรึกษาแบบสั้น
- ผลการศึกษา** : มีผู้ป่วยในการศึกษาจำนวน 47 คน กลุ่มผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่มานานโดยเฉลี่ยจำนวน 40.7 ปี และสูบโดยเฉลี่ยวันละประมาณ 15 มวน ในการติดตามผู้ป่วยหลังได้รับคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่แบบสั้น พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันลดลงเรื่อยๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ ได้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 ปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้สำเร็จในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า

หรือเท่ากับ ปวช. หรือ ปวส. จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ปวช. หรือ ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=23.78, $p<0.05$)

สรุป : การให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อการเลิกสูบบุหรี่เป็นการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดจำนวนการสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ : การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาแบบสั้น

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35(1): 75-86

ABSTRACT

Background : In 2018, the current smokers in Thailand were estimated about 19.1% of Thai population. Smoking cessation will reduce morbidity and mortality from smoking-related cardiovascular disease and smoking-related cancer. From the past publications, brief intervention had efficacy in promoting smoking cessation. This intervention was also delivered opportunistically to the patients with chronic disease in Nonthaburi's primary care unit.

Objective : The objective of this study was to evaluate the effects of the brief intervention for smoking cessation in the primary care setting.

Methods : Patients received the brief intervention in three primary care units of Bangkruey district (Nonthaburi Province) between October 2018 and December 2019 were identified. Demographic data and smoking behavior were analyzed.

Results : Forty-seven patients were included. Patients smoked an average of 15 cigarettes per day for an average of 40.7 year. After receiving the brief intervention, patients smoked less cigarettes per day significantly ($p<0.05$). Four patients had quit at the 4th follow-up (quit rate 8.5%). The predictive factor for successful smoking cessation in this study was education. The patients with higher education had more quit rate than lower education group significantly ($p<0.05$).

Conclusion : Brief intervention was found to be effective for smoking cessation in primary care setting. Its effects were both reducing patient's daily smoking and increasing cessation rate.

Keywords : Smoking, Smoking Cessation, Brief Intervention.

Med J Srisaket Surin Buriram Hosp 2020;35(1): 75-86

หลักการและเหตุผล

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคที่อันตรายหลายชนิด เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งหลายชนิด อาทิ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง เป็นต้น จากรายงานของศูนย์วิจัยและจัดความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽¹⁾ มีข้อมูลว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 19.1 ของประชากร การรณรงค์หรือให้คำแนะนำให้ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ จะสามารถลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ เพื่อการลดอัตราการป่วยตายจากการสูบบุหรี่ ทางสมาคมต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น สมาคมโรคหัวใจ⁽²⁾ สมาคมโรคปอด⁽³⁾ มีแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่แบบสั้น (Brief intervention) กับผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (5A's) คือ ชักประวัติ (ask), แนะนำ (advice), ประเมิน (assess), ช่วยเหลือ (assist) และ นัดหมาย (arrange) จากการศึกษาใน Cochrane review⁽⁴⁾ พบว่า การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่แบบสั้น สามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้อีกร้อยละ 1-3

ในประเทศไทย รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยปกติแล้วจะจัดบริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ และผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะได้รับคำปรึกษาแบบสั้นในการเลิกสูบบุหรี่จากแพทย์ ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษา ที่มีประสิทธิภาพและทำได้ง่าย การศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายในการศึกษาผลสำเร็จ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผลสำเร็จของการให้ brief intervention เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study, descriptive study) ด้วยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายของโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บางขุนทอง รพ.สต.บางไกรโน และ รพ.สต.บางขุน ในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งมีเกณฑ์เลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในช่วงที่มารับบริการ (Current smoker) มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีบันทึกในเวชระเบียนถึงการ

ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยไม่มารับการติดตามผลการให้คำแนะนำและข้อมูลเวชระเบียน ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ผลวิจัยข้อมูลที่เก็บจากเวชระเบียน เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โรคประจำตัวผู้ป่วย และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของผู้ป่วย โดยการศึกษาได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรีแล้ว ทั้งนี้รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง แพทย์จะมาตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระหว่างการตรวจถ้าแพทย์พบว่า ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ แพทย์จะให้คำปรึกษาแบบสั้นซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที ถ้าเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับคำปรึกษาแล้ว จะได้รับการ

ประเมินและให้คำปรึกษาซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามโรคเรื้อรังในครั้งต่อไป ซึ่งปกติจะนัดประมาณ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ การวิเคราะห์ใช้โปรแกรม SPSS version 23

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 47 คน โดยผู้ป่วยในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย โรคประจำตัวที่ตรวจรักษาส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรในการศึกษา

อายุ (ปี)	
Mean \pm SD	59.9 \pm 8.7
Range	40 - 78
เพศ (จำนวนคน)	
ชาย	44(93.6%)
หญิง	3(6.4%)
โรคประจำตัว (ผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 โรค)(จำนวนคน)	
Hypertension	44(93.6%)
Diabetes Mellitus	10(21.3%)
Dyslipidemia	8(17.0%)
Cardiovascular disease	4(8.5%)
Schizophrenia	2(4.3%)
Gout	1(2.1%)
Cerebrovascular disease	1(2.1%)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรในการศึกษา (ต่อ)

อายุ (ปี)	
สถานะทางครอบครัว (จำนวนคน)	
โสด	10(21.3%)
สมรส	32(68.1%)
หย่า	2(4.3%)
หม้าย	3(6.4%)
ระดับการจบการศึกษา (จำนวนคน)	
ไม่จบการศึกษาชั้นใดๆ	2(4.3%)
ประถมศึกษา	26(55.3%)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8(17.0%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2(4.3%)
ปวช. หรือ ปวส.	8(17.0%)
ปริญญาตรี	0
สูงกว่าปริญญาตรี	1(2.1%)

สำหรับการประเมินก่อนผู้ป่วยจะได้รับ การให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่แบบสั้น พบว่า ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ป่วยมี ประวัติการสูบบุหรี่มานานโดยเฉลี่ยจำนวน 40.7 ปี และ สูบโดยเฉลี่ยวันละประมาณ 15 มวน ในด้านระดับการติดยาเสพติด กลุ่มผู้ป่วยมีระดับการ ติดยาเสพติดระดับต่ำถึงปานกลาง (Mean

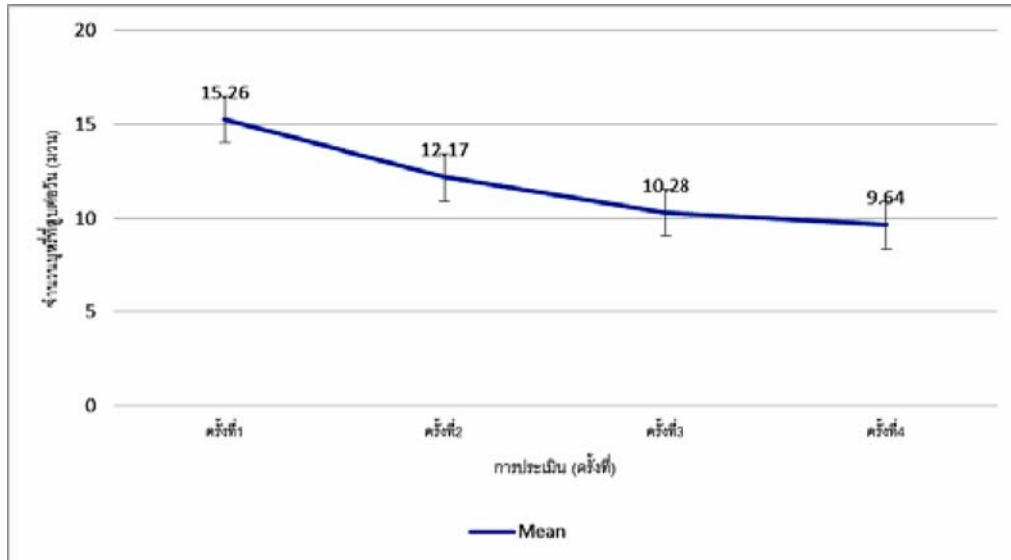
Fagerstrom test = 4.2) ในด้านการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 87.2 เคยมีความ พยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และ เมื่อประเมินระยะของการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 51.1 อยู่ในระยะ contemplation stage (มีความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชากรในการศึกษาที่ได้รับ brief intervention

จำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ปี)	
Mean \pm SD	40.7 \pm 11.6
Range	15 - 66
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	
Mean \pm SD	15.3 \pm 6.8
Range	3 - 30
จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ (ครั้ง)	
Mean \pm SD	2.1 \pm 2.4
Range	0 - 10
คะแนน Fagerstrom test	
Mean \pm SD	4.2 \pm 2.0
Range	0 - 9
ระยะของการเลิกบุหรี่ในการประเมินครั้งแรก (จำนวนคน)	
Precontemplation stage	12(25.5%)
Contemplation stage	24(51.1%)
Preparation stage	11(23.4%)
ช่วงห่างของการประเมินแต่ละครั้ง (อาทิตย์) (Mean \pm SD)	
ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 2	12.7 \pm 3.5
ครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 3	12.9 \pm 3.7
ครั้งที่ 3 ถึง ครั้งที่ 4	13.1 \pm 3.2
ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4	38.8 \pm 6.1

ในการติดตามผู้ป่วยหลังได้รับคำแนะนำ การเลิกสูบบุหรี่แบบสั้น พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันลดลงเรื่อยๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) (แผนภาพที่ 1)

แผนภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean \pm SD) ปริมาณการสูบบุหรี่ (มวน) ของกลุ่มผู้ป่วยในการประเมินแต่ละครั้ง



ในครั้งที่ 4 ของการประเมิน พบว่า มีผู้ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Quit rate) จำนวน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระยะจากการประเมินครั้งที่ 2 ถึง 4

ระยะการประเมิน	การประเมิน	การประเมิน	การประเมิน
	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
Precontemplation stage	1(2.1%)	0(0%)	0(0%)
Contemplation stage	32(68.1%)	29(61.7%)	29(61.7%)
Preparation stage	9(19.1%)	13(21.7%)	12(25.5%)
Action stage	2(4.3%)	0(0%)	1(2.1%)
Maintenance	3(6.4%)	5(10.6%)	4(8.5%)
Relapse	0(0%)	0(0%)	1(2.1%)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วย 1 คนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้ว แต่ในการประเมินครั้งที่ 4 ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ได้การกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง และเมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่แบบสั้นกับการประเมินครั้งที่ 4 พบว่ามีผู้ป่วยอยู่ในระยะ

contemplation stage (มีความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่) เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 20.8

ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่อาจมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธี multiple logistic regression analysis (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยใช้
multiple logistic regression analysis

ตัวแปร	กลุ่มที่เลิกได้	กลุ่มที่เลิกไม่ได้	Odds ratio	95% CI	p-value
	N=5	N = 42			
อายุ (ปี)(Mean ± SD)	61.0±13.7	59.7±8.2	1.04	0.81-134	0.731
การศึกษา (คน)					
สูงกว่าหรือเท่ากับ ปวช./ปวส.	3	6	23.78	1.64-343.73	0.020
ต่ำกว่า ปวช. / ปวส.	2	36			
สถานภาพสมรส (คน)					
สมรส	4	28	2.50	0.14-45.07	0.535
โสด / หม้าย / หย่าร้าง	1	14			
จำนวนปีที่สูบ (ปี)(Mean ± SD)	41.4±15.3	40.6±11.3	1.02	0.84-1.25	0.834
จำนวนที่สูบต่อวัน (มวน) (Mean ± SD)	16.0±5.5	15.2±7.0	0.99	0.84-1.18	0.916
Fagerstrom test					
คะแนน 0-4	4	27	0.23	0.01-3.72	0.299
คะแนน 4-10	1	15			

พบว่า ปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับ ปวช. หรือ ปวส. จะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ปวช. หรือ ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 23.78, $p < 0.05$)

วิจารณ์

การให้คำปรึกษาแบบ brief intervention เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 5A ซึ่งประกอบด้วย ask (ถามถึงการสูบบุหรี่), advice (ให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่), assess (ประเมิน), assist (ให้คำปรึกษาหรือให้ยา) และ arrange (นัดติดตาม) โดยจากการศึกษาของปเนตและคณะ⁽⁶⁾ พบว่ามีเพียงร้อยละ 8 ของแพทย์ประจำบ้านที่ให้

คำปรึกษาครบทั้ง 5 ขั้นตอน โดยแพทย์ประจำบ้านมากกว่าร้อยละ 90 ให้คำปรึกษาในข้อ ask และ advice สำหรับการศึกษานี้ ผู้เขียนได้เป็นผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยในการศึกษานี้เองทั้งหมด ซึ่งผู้เขียนได้ให้คำปรึกษาตาม 5A ทุกข้อยกเว้น assist เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการใช้จ่ายและการส่งต่อ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ มีความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 8.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁻¹⁰⁾ โดยได้ผลสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2 - 40.3 อย่างไรก็ตามในบางการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของอัตราการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม แต่จากการศึกษาในแบบ meta-analysis หลายการศึกษาได้แสดงถึงประโยชน์ของการให้คำแนะนำ

เช่น การศึกษาแบบ meta-analysis ของ Wray JM และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการให้คำแนะนำแบบสั้นในการเลิกสูบบุหรี่ในแบบ primary care setting โดยรวบรวมผู้ป่วยได้ 12,975 คน จาก 36 การศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.78, $p < 0.001$) การศึกษา meta-analysis ของ Stead LF และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งรวบรวมการศึกษาจำนวน 26 การศึกษา จำนวนผู้ป่วย 22,000 คนโดยพบว่า การให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จากแพทย์มีผลให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 1.66, 95%CI = 1.42-1.94) และได้ผลว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้เองประมาณร้อยละ 2 แต่ถ้าได้รับคำแนะนำจะเพิ่มความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ได้อีกร้อยละ 1-3 และการศึกษาของ Aveyard และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าการให้คำแนะนำ (advice) จะช่วยเพิ่มความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (RR 1.46, 95%CI = 1.24-1.75) แต่ไม่พบว่าการให้ความช่วยเหลือ (assistance) มีผลให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากกว่า การให้เพียงคำแนะนำ (RR 5.25, 95%CI = 0.62-44.14) ผลของการให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ที่การศึกษานี้พบมีประเด็นที่น่าสนใจอีก 2 ประการ ประการแรกคือผลที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่อยากเลิกสูบบุหรี่ (Contemplation stage) และระยะเตรียมพร้อมเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (Preparation stage) แต่ผลที่พบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประเด็นที่สองคือ แม้ว่าจะไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ลดลงเรื่อยๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อาจมีสาเหตุจากการที่ได้รับคำแนะนำ การเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยฉุกคิด และได้ตระหนักถึงผลเสีย อันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Daoud และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่คิดอยากเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรู้ถึงอันตรายของบุหรี่ และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เลิกสูบบุหรี่ และการศึกษาของ Glasgow และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำได้ลดการสูบบุหรี่ต่อวันลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับคำแนะนำ 6 อาทิตย์และ 6 เดือน

ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในการศึกษานี้ พบว่า เป็นปัจจัยด้านการศึกษา โดยกลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะมีการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากกว่า (OR = 23.78, $p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Riaz และคณะ⁽¹⁵⁾ แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของ Li และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า การศึกษานี้ไม่พบว่าปริมาณการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Riaz และคณะ⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของ Li และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษานี้มีจำนวนประชากรในการศึกษาไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาดังกล่าว

ในการติดตามผลการให้ brief intervention ได้มีคำแนะนำว่า การติดตามผลครั้งแรกควรอยู่ระหว่าง 1-4 สัปดาห์หลังการให้คำปรึกษาแบบสั้น^(2,3) โดยอาจใช้วิธีนัดผู้ป่วยมาพบหรือโทรศัพท์สอบถาม ในการศึกษานี้ ใช้การ

ติดตามทุก 3 เดือน พร้อมกับการติดตามโรคเรื้อรังของผู้ป่วย ซึ่งการมีระยะเวลาการติดตามที่นานเกินไป อาจมีผลลดอัตราของการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจละเลยหรือลืมในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาหลายการศึกษา^(8,10,16) ซึ่งมีการติดตามผู้ป่วยครั้งแรกหลังการให้คำปรึกษาแบบสั้นภายใน 1 เดือน ไม่พบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก คือ การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้นำผลของการให้คำแนะนำมาสรุปได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจมีความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่เอง สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา^(7,8,10) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำมีผลสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ข้อจำกัดประการที่สอง คือ ข้อมูลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยได้จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยเอง (self-reported) จึงมีโอกาสที่ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลการสูบบุหรี่ของตนเองน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกรงว่าแพทย์จะตำหนิ ถ้าตนเองสูบบุหรี่ไม่ลดน้อยลง

สรุป

การให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อการเลิกสูบบุหรี่เป็นการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดจำนวนการสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ได้ใช้เวลาไม่มาก และไม่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายในทางนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขจึงน่าจะพิจารณาให้การสนับสนุนด้วยการฝึกอบรมแพทย์สาขาต่างๆ ในการให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ หรือมีนโยบายให้แพทย์ พยาบาล

ให้คำแนะนำ แบบสั้นแก่ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ทุกคน ที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจำง. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
- Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol 2018; 72(25):3332-65.
- The American Association for Respiratory Care. Clinician's Guide to Treating Tobacco Dependence. San Francisco: The American Association for Respiratory Care; 2014.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;(5):CD000165.
- ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สนทรยศ บุขราทิจ, ชิฆัมพร หอสิริ, กมลพร วรณฤทธิ. การใช้หลัก 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่โดยแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลศิริราช.

- วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;62(2):157-66.
6. Brown J, West R, Angus C, Beard E, Brennan A, Drummond C, et al. Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. *Br J Gen Pract* 2016;66(642):e1-9.
 7. Althabe F, Alemán A, Berrueta M, Morello P, Gibbons L, Colomar M, et al. A Multifaceted Strategy to Implement Brief Smoking Cessation Counseling During Antenatal Care in Argentina and Uruguay: A Cluster Randomized Trial. *Nicotine Tob Res* 2016;18(5):1083-92.
 8. Li WH, Wang MP, Lam TH, Cheung YT, Cheung DY, Suen YN, et al. Brief intervention to promote smoking cessation and improve glycemic control in smokers with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Sci Rep* 2017;7:45902.
 9. Puschel K, Thompson B, Coronado G, Huang Y, Gonzalez L, Rivera S. Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile. *Health Promot Int* 2008;23(3):240-50.
 10. Goodney PP, Spangler EL, Newhall K, Brooke BS, Schanzer A, Tan TW, et al. Feasibility and pilot efficacy of a brief smoking cessation intervention delivered by vascular surgeons in the Vascular Physician Offer and Report (VAPOR) Trial. *J Vasc Surg* 2017;65(4):1152-60.
 11. Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. *Nicotine Tob Res* 2018;20(12):1418-26.
 12. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction* 2012;107(6):1066-73.
 13. Daoud N, Hayek S, Sheikh Muhammad A, Abu-Saad K, Osman A, Thrasher JF, et al. Stages of change of the readiness to quit smoking among a random sample of minority Arab male smokers in Israel. *BMC Public Health* 2015;15:672.
 14. Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, Lichtenstein E. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *Am J Public Health* 2000;90(5):786-9.

15. Riaz M, Lewis S, Naughton F, Ussher M. Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2018; 113(4):610-22.
16. Lam TH, Li WH, Wang MP, Cheung YT, Cheung DY, Ho KY, et al. A brief, tailored smoking cessation intervention for smokers with diabetes mellitus in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2017;23 Suppl 2(3):10-11.