การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 5A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ของแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช

สนทรรศ บุษราทิจ พบ., ปเนต ผู้กฤตยาคามี พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตามหลัก 5A's ในการรักษาผู้ติดบุหรี่ของแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา เพื่อเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่มารับการรักษาที่แผนกต่างๆของโรงพยาบาลศิริราช ในช่วงระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2555-ธันวาคม พ.ศ.2556 จำนวน 1,600 ราย ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ติดบุหรี่ของแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของแพทย์ และ ใช้สถิติการพรรณนาแบบร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูลอื่นๆ

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 1,219 ราย (ร้อยละ 76.2) ตอบว่าเคยถูกถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ask), 1,155 ราย (ร้อยละ 72.2) ตอบว่าแพทย์เคยแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (advice) และ 156 ราย (ร้อยละ 9.8) เคยได้รับความช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ (assist)และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาควิชาต่างๆ พบว่าการปฏิบัติตามขั้นตอน ask ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์มีอัตราที่สูงกว่าภาควิชาอื่นๆ ในขั้นตอน advice จะพบในภาควิชาอายุรศาสตร์มากกว่าภาควิชาอื่น ส่วนในขั้นตอน arrange จะพบในภาควิชาอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์มากกว่าภาควิชาอื่น แต่ไม่พบความแตกต่างในขั้นตอน assist ในระหว่างภาควิชา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) ไม่ต้องการความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่

สรุป การศึกษานี้พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ได้ถามและให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ได้ให้การช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่

คำสำคัญ การรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ 5A's

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(2): 127-138

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Adherence to the 5A's Model for Treating Tobacco Dependence by Physicians in Siriraj Hospital

Sontuss Bussaratid M.D., Panate Pukrittayakamee M.D.**

ABSTRACT

Objective : We study the adherence of physicians at Siriraj hospital on 5A's model for treating tobacco dependence.

Methods : We collected data from 1,600 smoking patients who visited various departments of Siriraj hospital during October 2012 – December 2013. The participants answer the questionnaire regarding physician practice on smoking cessation. We used chi-square for comparison between factors which were associated with physician practice and used descriptive statistics for other data.

Results : There were 1,219 participants (76.2%) who said they were asked about their smoking behavior and 1,155 participants (72.2%) claimed physician advised them to stop smoking. Only 156 participants (9.8%) reported physicians helped them quit smoking. When compared among specialists, psychiatrists asked about smoking behavior more than others, whereas internal medicine specialists advised about smoking cessation more than others. For arrange, internal medicine specialists and psychiatrists provided more than others. However there was no difference on assist among specialists. We also found that 86.5% of participants did not want any help for quit smoking.

Conclusion: Most of physicians ask and advice their patients to stop smoking but do not provide any assistance for the patients.

Keywords : tobacco dependence, treatment, 5A's model

J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(2): 127-138

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

บุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกเพราะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคมะเร็งจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่เสียชีวิตทุกๆ 5 รายมีสาเหตุมากจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้อายุสั้นลง (life expectancy) ประมาณ 10 ปี[1]สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยสูงขึ้นในปี พ.ศ.2554 กล่าวคือ ในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 53.9 ล้านคน มีผู้ที่สูบบุหรี่ถึง 11.5 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4[2] ดังนั้นการรักษาผู้ติดบุหรี่จึงมีความสำคัญอย่างมากและที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะพัฒนาวิธีการรักษาผู้ติดบุหรี่มาตลอดโดยมีทั้งการคิดค้นพัฒนายาชนิดใหม่ๆ หรือแนวทางปฏิบัติสำหรับรักษาผู้ติดบุหรี่ ปัจจุบันแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างมากคือ 5A's ของ The US Public Health Service[3] ซึ่งประกอบด้วย 1) ask ถามผู้ป่วยแต่ละรายว่าสูบบุหรี่หรือไม่ 2) advice ถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ แนะนำให้เลิกบุหรี่ 3) assess ประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะเลิกหรือไม่ 4) assist ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยการให้ยาหรือคำปรึกษา 5) arrange การติดตามผู้ป่วย

มีการศึกษายืนยันถึงประสิทธิภาพของหลัก 5A's ซึ่งพบว่าถ้าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ จะเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบได้สำเร็จ[4,5] ดังนั้นแพทย์จึงควรมีความเข้าใจหลัก 5A's และให้การรักษาผู้ป่วยตามหลักการนี้อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังมีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่ใช้หลักการ 5A's ครบทั้ง 5 ข้อในการรักษาผู้ป่วย โดยในการศึกษาของ Ferketich ที่ศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยกึ่งฉุกเฉิน (ambulatory unit) พบว่าร้อยละ 32 ของเวชระเบียนไม่ได้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และร้อยละ 81 ของผู้สูบบุหรี่ไม่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่[6] Goldstein ได้ทำการศึกษาโดยการให้แพทย์ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 5A's พบว่าแพทย์ร้อยละ 67 ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 74 ให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ แต่มีเพียงร้อยละ 35 ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่[7]นอกจากนี้ Conroy ได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อดูสถิติการให้การรักษาตามหลัก 5A's พบว่ามีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติตามหลักการนี้[8]

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาว่าแพทย์ส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามหลัก 5A's อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ แต่มีความเป็นไปได้ที่แพทย์ส่วนใหญ่อาจไม่ได้ปฏิบัติตามหลักการ 5A's โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านที่อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตามหลัก 5A's ของแพทย์ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์ดูแลรักษาในแต่ละวันมีค่อนข้างมาก ส่งผลให้แพทย์มีเวลาให้คำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างน้อย และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมและประกันสุขภาพมีโอกาสน้อยในการได้รับยารักษาภาวะติดบุหรี่ (varenicline, bupropion หรือ nicotine replacement) เนื่องจากผู้ป่วยต้องชำระค่ายาเองและยามีราคาแพง ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้แพทย์ไม่สามารถให้การรักษาตามหลักการได้ครบทั้ง 5 ขั้นตอน โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ 4(assist) ที่อาจถูกกระทบจากปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยารักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ในโรงพยาบาลศิริราชยังไม่มีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่(guideline)ที่ชัดเจน แม้ระบบการรักษาในปัจจุบันจะเป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากแผนกต่างๆ มารักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ของแผนกจิตเวช แต่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินการคัดกรอง รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อมายังคลินิกเลิกบุหรี่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราชได้ปฏิบัติตามหลักการ 5A's มากน้อย

เพียงใด ขั้นตอนใดของ 5A's ที่แพทย์ยังปฏิบัติค่อนข้างน้อย ซึ่งหากพบว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราชยังปฏิบัติตามหลักการ 5A's ค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลจากการศึกษาไปสร้างแนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่ (guideline) และปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาว่าแพทย์ในโรงพยาบาลศิริราชได้ปฏิบัติตามหลักการ 5A's มากน้อยเพียงใดและศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามหลักการ 5A's ของแพทย์

วิธีการศึกษา

1. เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาสำรวจภาคตัดขวาง
2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาก่อนหน้านี้รายงานว่ามีแพทย์ร้อยละ 67 ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่[7] อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ได้จากการศึกษาในต่างประเทศ ยังไม่มีข้อมูลของสัดส่วนของการถามในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าร้อยละ 50 เป็นค่าประมาณของสัดส่วนของการถามในงานวิจัยนี้ เนื่องจากร้อยละ 50 เป็นค่าที่ใกล้เคียงร้อยละ 67 และเป็นค่าที่จะทำให้คำนวณได้ขนาดตัวอย่างสูงสุด

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนการถามเรื่องการสูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ50 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้คือร้อยละ 2.5 ทำให้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 1,537 รายแต่เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 3-4 ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้เท่ากับ 1,600 ราย

3. การเก็บข้อมูล ทำในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกของแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลศิริราช โดยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับยาที่หน้าห้องจ่ายยากลางของโรงพยาบาลผู้ช่วยวิจัยจะทำการสุ่มสอบถามผู้ป่วยแต่ละรายว่าสูบบุหรี่หรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ผู้ช่วยวิจัยจะทำการประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับแบบสอบถามที่ถามถึงข้อมูลต่อไปนี้ 1) ข้อมูลพื้นฐาน เช่นแผนกที่ผู้ป่วยมารับการรักษา แพทย์ที่รักษาเป็นแพทย์ประจำบ้านหรืออาจารย์แพทย์ แพทย์ เป็นเพศชายหรือหญิง 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของแพทย์ตามหลัก 5A's (ให้ตอบแค่ใช่หรือไม่) เช่น แพทย์ได้ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือไม่ แพทย์ได้แนะนำให้เลิก หรือ ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่โดยจะถามในส่วนของ ask, advice, assist and arrange แต่ไม่ได้ถามด้าน assess เพราะการประเมินแรงจูงใจสามารถถามได้หลายวิธี ผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่าคำถามแบบไหนคือการประเมินแรงจูงใจ 3) ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ เช่น ผู้ป่วยคิดที่จะเลิกสูบหรือไม่ ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ 4) ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำด้าน ask หรือ advice สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถามหรือไม่แน่ใจในข้อมูลบางอย่าง เช่น แพทย์ที่ตรวจเป็นอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน หรือแผนกที่ตรวจคือแผนกอะไร ผู้ช่วยวิจัยจะช่วยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จากนั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วส่งคืนให้ผู้ช่วยวิจัย การเก็บข้อมูลทำในเวลาราชการทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่ายตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึง ธันวาคม 2556

4. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริราช มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ และสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ส่วนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยจะถูกคัดออก

5. การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร อัตราการปฏิบัติของแพทย์ตามหลัก 5A's สัดส่วนทัศนคติของผู้ป่วยต่อการสูบบุหรี่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และ ใช้ chi-square test สำหรับเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติของแพทย์ตามหลัก 5A's รวมถึงคำนวณหา Odds ratios ของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่ามีจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 1,600 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรศาสตร์มากที่สุดคือ 578 ราย (ร้อยละ 36.1) ได้รับการรักษาจากแพทย์เพศชาย (ร้อยละ 46.6) มากกว่าหญิง (ร้อยละ 31.9)และได้รับการรักษากับอาจารย์แพทย์ (ร้อยละ 45) ใกล้เคียงกับแพทย์ประจำบ้าน (ร้อยละ 46.6) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะของแพทย์และหน่วยตรวจในงานวิจัย

ลักษณะของแพทย์และหน่วยตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยตรวจ		
อายุรศาสตร์	578	36.1
ศัลยศาสตร์	233	14.6
จิตเวชศาสตร์	94	5.9
other	695	43.4
จำนวนแพทย์ที่ดูแลรักษา (ทุกแผนกรวมกัน)		
1 คน	827	51.7
มากกว่า 1 คน	773	48.3
เพศของแพทย์ที่ดูแลรักษา		
ชาย	745	46.6
หญิง	510	31.9
ทั้งหญิงและชาย	345	21.5
สถานะของแพทย์ที่ดูแลรักษา		
อาจารย์แพทย์	720	45.0
แพทย์ประจำบ้าน	745	46.6
ไม่ทราบ	101	6.3
ทั้งอาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน	34	2.1

ข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการ 5A's ระบุว่า ผู้ป่วย 1,219 ราย (ร้อยละ 76.2) ได้รับการถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (ask) ผู้ป่วย 1,155 ราย (ร้อยละ 72.2) ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (advice)และ ผู้ป่วย 1,019ราย (ร้อยละ 63.7) ได้รับการติดตามเรื่องการสูบบุหรี่ (arrange) อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยเพียง 156 ราย (ร้อยละ 9.8) ที่แพทย์ได้ให้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ (assist)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติของแพทย์ตามหลัก 5A's พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษามากกว่า 1 ครั้งได้รับการถาม (ask) และการแนะนำให้เลิกบุหรี่ (advice) ในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่มารับการรักษาเพียงครั้งเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (OR 2.6, p < 0.001และ OR 2.14, p =0.025 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์มากกว่า 1 คน ได้รับการถามถึงการสูบบุหรี่ (ask) มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากแพทย์เพียง 1 คนอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (OR 1.34, p = 0.013) ส่วนปัจจัยทางด้านสถานะและเพศของแพทย์ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลัก 5A's นอกจากนี้ไม่มีปัจจัยใดเลยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติในขั้นตอน assist และ arrange (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน (และร้อยละ) ของผู้ป่วยที่รายงานว่าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของ 5A's กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		จำนวน (และร้อยละ) ของผู้ป่วยที่รายงานว่าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆของ 5A's											
		Ask			Advice			Assist			Arrange		
		ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)
1. สถานะแพทย์	อาจารย์แพทย์	564 (78.3)	156 (21.7)	1.186 (0.93-1.53) p = 0.169	530 (94.0)	34 (6.0)	0.666 (0.39-1.15) p = 0.140	69 (13.0)	461 (87.0)	0.939 (0.66-1.34) p = 0.724	462 (87.2)	68 (12.8)	0.885 (0.61-1.28) p = 0.514
	แพทย์ประจำบ้าน	561 (75.3)	184 (24.7)		538 (95.9)	23 (4.1)		74 (13.8)	464 (86.2)		476 (88.5)	62 (11.5)	
2. เพศ (แพทย์ที่ตรวจ)	ชาย	548 (73.6)	197 (26.4)	1.012 (0.78-1.31) p = 0.930	516 (94.2)	32 (5.8)	0.768 (0.42-1.40) p = 0.390	66 (12.8)	450 (87.2)	1.196 (0.79-1.82) p = 0.405	454 (88.0)	62 (12.0)	0.746 (0.48-1.17) p = 0.196
	หญิง	374 (73.3)	136 (26.7)		357 (95.5)	17 (4.5)		39 (10.9)	318 (89.1)		324 (90.8)	33 (9.2)	
3. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา	มากกว่า 1 ครั้ง	1106 (78.6)	301 (21.4)	2.60 (1.90-3.56) p < 0.001	1053 (95.2)	53 (4.8)	2.143 (1.09-4.23) p = 0.025	147 (14.0)	906 (86.0)	1.677 (0.83-3.4) p = 0.147	917 (87.1)	136 (12.9)	p < 0.001
	ครั้งแรก	113 (58.5)	80 (41.5)		102 (90.3)	11 (9.7)		9 (8.8)	93 (91.2)		0 (0.0)	102 (100.0)	
4 .ผู้ป่วยมีแพทย์ดูแลรักษากี่คน (ทุกแผนกรวมกัน)	มากกว่า 1 คน	610 (78.9)	163 (21.1)	1.340 (1.06-1.69) p = 0.013	581 (95.2)	29 (4.8)	1.222 (0.74- 2.03) p = 0.437	85 (14.6)	496 (85.4)	1.214 (0.87-1.7) p = 0.261	512 (88.1)	69 (11.9)	0.981 (0.67-1.4) p = 0.915
	1 คน	609 (73.6)	218 (26.4)		574 (94.3)	35 (5.7)		71 (12.4)	503 (87.6)		507 (88.3)	67 (11.7)	

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยตรวจโรคกับการปฏิบัติของแพทย์ตามหลัก 5A's พบว่าผู้ป่วยที่มาตรวจที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ได้รับการถามถึงการสูบบุหรี่ (ask) มากกว่าภาควิชาอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 3 ภาควิชานี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์จะมีสัดส่วนการถามมากที่สุด ส่วนขั้นตอน advice จะพบในภาควิชาอายุรศาสตร์มากกว่าภาควิชาอื่นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ในขั้นตอน arrange ยังพบว่ามีการปฏิบัติในภาควิชาจิตเวชศาสตร์และอายุรศาสตร์มากกว่าภาควิชาอื่นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามขั้นตอน assist ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยตรวจ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่รายงานว่าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของ 5A's กับแผนกที่ตรวจ

แผนกที่ตรวจ	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่รายงานว่าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆของ 5A's											
	Ask			Advice			Assist			Arrange		
	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ	Crude OR (95% CI)
อายุรศาสตร์	621 (88.8)	78 (11.2)	5.396 (4.04-7.21) p < 0.001	597 (96.1)	24 (3.9)	2.026 (1.14-3.61) p = 0.015	86 (14.4)	511 (85.6)	1.157 (0.77-1.74) p = 0.483	539 (90.3)	58 (9.7)	1.638 (1.08-2.48) p = 0.019
ศัลยศาสตร์	179 (71.6)	71 (28.4)	1.709 (1.24-2.36) p = 0.001	170 (95.0)	9 (5.0)	1.538 (0.70-3.37) p = 0.279	14 (8.2)	156 (91.8)	0.617 (0.33-1.17) p = 0.137	140 (82.4)	30 (17.6)	0.822 (0.5-1.36) p = 0.447
จิตเวชศาสตร์	87 (92.6)	7 (7.4)	8.423 (3.83-18.53) p <0.001	81 (93.1)	6 (6.9)	1.099 (0.44-2.77) p = 0.841	17 (21.0)	64 (79.0)	1.825 (0.97-3.43) p = 0.059	79 (97.5)	2 (2.5)	6.962 (1.65-29.32) p = 0.002
อื่นๆ	332 (59.6)	225 (40.4)	1	307 (92.5)	25 (7.5)	1	39 (12.7)	268 (87.3)	1	261 (85.0)	46 (15.0)	1

ในด้านทัศนคติของผู้ป่วยต่อการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.9) เชื่อว่าการสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ผู้ป่วย 1,254 ราย (ร้อยละ 78.4) ยังมีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ และ ผู้ป่วย 1,374 ราย (ร้อยละ 85.9) มีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเพียง 216 ราย (ร้อยละ 13.5) ที่ต้องการความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแพทย์หลายคนรักษาจะมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่พยายามเลิกบุหรี่มากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแพทย์คนเดียวรักษาอย่างมีนัยสำคัญ (OR 1.372, p = 0.029) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่โน้มน้าวให้ผู้ป่วยต้องการรับความช่วยเหลือจากแพทย์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเลิกบุหรี่ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		จำนวน (ร้อยละ) ทัศนคติของผู้ป่วย								
		ท่านคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่			ท่านได้พยายามที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่			ท่านต้องการความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่หรือไม่		
		คิด ร้อยละ	ไม่คิด ร้อยละ	Crude OR (95% CI) p-value	ใช่ ร้อยละ	ไม่ ร้อยละ	Crude OR (95% CI) p-value	ต้องการ ร้อยละ	ไม่ต้องการ ร้อยละ	Crude OR (95% CI) p-value
1.จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา	มากกว่า 1 ครั้ง	1107 (78.7)	300 (21.3)	1.155 (0.81-1.65)	1216 (86.4)	191 (13.6)	1.410 (0.95-2.1)	192 (13.6)	1215 (86.4)	1.113 (0.71-1.75)
	ครั้งแรก	147 (76.2)	46 (23.8)	p = 0.427	158 (81.9)	35 (18.1)	p = 0.088	24 (12.4)	169 (87.6)	p = 0.644
2. ผู้ป่วยมีแพทย์ดูแลรักษากี่คน (ทุกแผนกรวมกัน)	มากกว่า 1 คน	595 (77.0)	178 (23.0)	0.852 (0.67-1.08)	679 (87.8)	94 (12.2)	1.372 (1.03-1.82)	114 (14.7)	659 (85.3)	1.230 (0.92-1.64)
	1 คน	659 (79.7)	168 (20.3)	p = 0.188	695 (84.0)	132 (16.0)	p = 0.029	102 (12.3)	725 (87.7)	p = 0.158

เมื่อวิเคราะห์อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการถาม (ask) หรือการแนะนำ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (advice) พบว่า มีผู้ป่วย 606 ราย (ร้อยละ 52.5) สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จไม่ได้มีความสัมพันธ์กับสถานะหรือเพศของแพทย์ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารักษา จำนวนแพทย์ที่รักษา และแผนกที่ตรวจ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตามคำแนะนำของแพทย์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวนผู้ (ร้อยละ) ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ตามคำแนะนำของแพทย์ได้สำเร็จ/ไม่สำเร็จ			
	เลิกได้สำเร็จ ร้อยละ	ยังไม่เลิก ร้อยละ	Crude OR (95% CI)	p-value
1.สถานะของแพทย์				
อาจารย์แพทย์	256 (48.3)	274 (51.7)	1.014 (0.8-1.29)	0.910
แพทย์ประจำบ้าน	258 (48.0)	280 (52.0)		
2. เพศ (แพทย์ที่ตรวจ)				
ชาย	226 (43.8)	290 (56.2)	1.016 (0.77-1.33)	0.911
หญิง	155 (43.4)	202 (56.6)		
3.จำนวนครั้งที่มารับการรักษา				
มากกว่า 1 ครั้ง	502 (47.7)	551 (52.3)	1.066 (0.71-1.6)	0.758
ครั้งแรก	47 (46.1)	55 (53.9)		
4. จำนวนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย (ทุกแผนกรวมกัน)				
มากกว่า 1 คน	292 (50.3)	289 (49.7)	1.246 (0.99-1.57)	0.062
1 คน	257 (44.8)	317 (55.2)		
5. แผนกที่ผู้ป่วยตรวจ				
อายุรศาสตร์	283 (47.4)	314 (52.6)	0.931 (0.71-1.23)	0.612
ศัลยศาสตร์	74 (43.5)	96 (56.5)	0.796 (0.55-1.16)	0.236
จิตเวชศาสตร์	41 (50.6)	40 (49.4)	1.059 (0.65-1.73)	0.819
อื่นๆ	151 (49.2)	156 (50.8)	1	

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามขั้นตอนแรกของการรักษาผู้ติดบุหรี่ คือ มีการถาม (ask) ถึงการสูบบุหรี่และแนะนำ (advice) ให้เลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่มีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่ให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ (assist) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาจากต่างประเทศ จะพบว่าอัตราการถามและแนะนำให้เลิกบุหรี่ของแพทย์โรงพยาบาลศิริราชอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกับต่างประเทศแต่ในด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ จะพบว่าแพทย์จากโรงพยาบาลศิริราชให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเลิกบุหรี่อยู่ในอัตราที่ต่ำมาก คือ ประมาณร้อยละ 9.8 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่ส่วนใหญ่มีอัตราการให้ความช่วยเหลืออยู่ระหว่างร้อยละ 16-35[6,7] ยกเว้นการศึกษาของ Conroy ที่มีอัตราการให้ความช่วยเหลือค่อนข้างสูง (ร้อยละ 64)[8] ความแตกต่างนี้อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น 1) ข้อจำกัดในการสั่งยา bupropion หรือ varenicline ที่ใช้รักษาผู้ติดบุหรี่ในโรงพยาบาลศิริราช ถ้าแพทย์ไม่ได้สั่งจากคลินิกเลิกบุหรี่ของแผนกจิตเวชศาสตร์ ผู้ป่วยจะไม่สามารถเบิกได้จึงอาจทำให้แพทย์ในแผนกอื่นไม่ได้สั่งยาเลิกบุหรี่ให้ผู้ป่วย 2) ในการศึกษาจากต่างประเทศส่วนใหญ่แพทย์จะรู้ล่วงหน้าว่าจะมีการเก็บข้อมูล เช่น รู้จากการที่ผู้วิจัยให้แพทย์ตอบแบบสอบถามซึ่งอาจมีผลทำให้แพทย์ใส่ใจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยมากกว่าปกติในขณะที่ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยตรวจเสร็จแล้ว ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้จะไม่ทราบล่วงหน้า ทำให้ข้อมูลที่ได้ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริงมากกว่า 3) แพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจากการศึกษาของ Lewis พบว่าแพทย์เฉพาะทางมีอัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาผู้ติดบุหรี่ต่ำกว่าแพทย์ทั่วไป[9] 4) จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราชมีค่อนข้างมาก (จำนวน 11,088 คน ต่อวัน)[10] อาจทำให้แพทย์มีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการอธิบายหรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ 5) แพทย์ของโรงพยาบาลศิริราชอาจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคติดบุหรี่น้อยกว่าแพทย์จากต่างประเทศ

ในงานวิจัยนี้ยังพบปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการถามและการแนะนำเรื่องบุหรี่มากขึ้น ซึ่งได้แก่การที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง และการที่ผู้ป่วยมีแพทย์มากกว่า 1 คนดูแล อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสพบแพทย์บ่อย ทำให้โอกาสที่จะได้รับคำปรึกษามีมากขึ้น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ครั้งแรกยังมีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับคำปรึกษาเรื่องบุหรี่ ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการเพิ่มมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสอบถามเรื่องการสูบบุหรี่มากขึ้น เช่น การถามคัดกรองโดยพยาบาล หรือการใส่หัวข้อเรื่องการสูบบุหรี่ลงในแบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วยส่วนการที่ผู้ป่วยยังได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ (assist) จากแพทย์ค่อนข้างน้อยทั้งในกลุ่มที่มารับการรักษาครั้งแรกและหลายครั้งสะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการในด้านนี้ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งอาจพัฒนาโดยการเพิ่มมาตรการเพื่อกระตุ้นให้แพทย์ใช้กระบวนการ assist ให้มากขึ้น เช่น การจัดทำแนวทางปฏิบัติด้านการรักษาภาวะติดบุหรี่ให้กับหน่วยตรวจโรคต่างๆ หรือ การจัดอบรมทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับแพทย์ เป็นต้น

เมื่อเปรียบเทียบในเรื่องของเพศ และสถานะของแพทย์ (อาจารย์ หรือ แพทย์ประจำบ้าน) ไม่พบว่ามีความแตกต่างในการปฏิบัติ แต่เมื่อเปรียบเทียบแพทย์ระหว่างภาควิชาพบว่า แพทย์จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์มีอัตราการถามเกี่ยวกับบุหรี่ (ask) สูงกว่าภาควิชาอื่นๆ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์มีแบบบันทึกประวัติเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบบบันทึกนี้มีส่วนของการใช้สารเสพติดรวมทั้งการสูบบุหรี่อยู่ด้วย ดังนั้นหากมีการเพิ่มหัวข้อการซักประวัติด้าน

บุหรี่ลงในแบบบันทึกประวัติของภาควิชาอื่นๆ อาจช่วยให้อัตราการถามมีมากขึ้น นอกจากนี้การที่แพทย์แผนกอายุรศาสตร์มีอัตราการ advice มากกว่าภาควิชาอื่น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ในแผนกนี้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หรือได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่มากกว่าแผนกอื่น

ในการศึกษาครั้งนี้นอกจากจะศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติของแพทย์ในการรักษาผู้ติดบุหรี่แล้ว ยังได้ศึกษาถึงความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยผลปรากฏว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ต้องการการช่วยเหลือจากแพทย์แม้ผู้ป่วยจะเคยมาโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง หรือ เคยพบแพทย์มากกว่า 1 คน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Malarcherที่ พบว่าร้อยละ 68.8 ของผู้สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ และ ร้อยละ 52.4 พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ68.3 พยายามเลิกด้วยตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์เพื่อรับการรักษาใดๆ[11] นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการถาม (ask) หรือการแนะนำ (advice) จากแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 52.5 ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จจากข้อมูลเหล่านี้ทำให้สรุปได้ว่าแม้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เลิกบุหรี่ จะมีผู้ป่วยเพียงครึ่งเดียวที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ กระนั้นผู้ป่วยส่วนมากก็ยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ แสดงให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ป่วยที่ยังขาดความตั้งใจในการเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง ดังนั้นการเพิ่มมาตรการเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากแพทย์ เช่น การทำแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือ การประชาสัมพันธ์คลินิกเลิกบุหรี่ อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจเข้ารับการรักษามากขึ้น

ข้อดีของการศึกษานี้คือ การเก็บข้อมูลทำในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ดังนั้นโอกาสที่ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ได้จึงมีมากกว่าการเก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์ในภายหลัง รวมทั้งแพทย์ผู้รักษาจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือทราบล่วงหน้าว่าผู้ป่วยจะได้รับแบบสอบถาม ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดและข้อเสนอแนะบางประการคือในการศึกษานี้คำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ของแพทย์ (assist) เป็นการถามเพียงว่าท่านได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่หรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจว่าการกระทำอย่างไรของแพทย์จึงจะเรียกว่าเป็นการช่วยเหลือ ผู้วิจัยควรใช้คำถามที่ชัดเจนมากขึ้นเช่น แพทย์ได้แนะนำให้มารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่หรือไม่ ได้ให้แผ่นพับเกี่ยวกับแนวทางการเลิกบุหรี่หรือไม่ หรือ สั่งจ่ายยาเพื่อช่วยรักษาการติดบุหรี่หรือไม่เป็นต้นนอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลด้านการประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (assess) ทำให้ยังไม่ทราบอัตราการปฏิบัติตามหลัก 5A's ครบทั้ง 5 ข้อ ข้อจำกัดอีกประการคือ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ป่วย เช่น เพศ หรือ โรคประจำตัว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงการให้คำปรึกษาเรื่องบุหรี่เช่นกัน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่อาจมีโอกาสถูกถามเรื่องการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น เป็นต้น ดังนั้นหากมีการศึกษาต่อยอดโดยมีการใช้คำถามด้าน assist ที่ชัดเจนมากขึ้น เพิ่มการถามด้าน assess และเก็บข้อมูลด้านลักษณะประชากรของผู้ป่วย จะช่วยให้ได้ผลการศึกษาที่สมบูรณ์ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ น.ส.อารีย์ สิงห์ลำพอง ที่กรุณาช่วยเก็บข้อมูลและประสานงานกับฝ่ายต่างๆ น.ส.นราทิพย์ สงวนพานิชที่กรุณาช่วยวิเคราะห์

ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสถิติและ อ.พญ.กมลพร วรรณฤทธิ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัย

References

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014 [cited 2014 Feb 6]. Available from: http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf
2. National statistical office. Major Finding The Smoking and Drinking Behavior Survey [Internet]. 2011 [cited 2012 April 16]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/download/files/sumSmoke54.pdf
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. eds. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline [Internet]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Agency for Health Care Research and Quality. AHRQ; 2008 [cited 2014 Nov 26]. Available from: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf
4. Pushel 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 PromotInt 2008; 23:240-50.
5. Quinn VP, Hollis JF, Smith KS, Rigotti NA, Solberg LL, Hu w, et al. Effectiveness of the 5-As Tobacco Cessation Treatment in nine HMOs. J Gen Intern Med 2009; 24:149-54.
6. Ferketich AK, Khan Y, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco and assisting with cessation? Result from 2001-2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). Prev Med 2006; 43:472-6.
7. Goldstein M, Depue JD, Monroe AD, Lessne CW, Pakowski W, Prokhorov A, et al. A Population-Based Survey of Physician Smoking Cessation counseling Practices. Prev Med 1998;27:720-9.
8. Conroy MB, Majchrzak NE, Silverman CB, Chang Y, Regan S, Schneider LI, et al. Measuring provider adherence to tobacco treatment guidelines: A comparison of electronic medical record review, patient survey, and provider survey. Nicotine Tob Res 2005; 7(Suppl 1): S35-43.
9. Lewis CE, Clancy D, Leake B, Schwartz JS. The counseling practices of Internists. Ann Intern Med 1991; 114:54-8.
10. Division of Planning Mahidol University. Information 2008 Mahidol University [Internet]. NakhonPathom: Division of Planning Mahidol University; 2008.[cited……]. Available from: http://www.mahidol.ac.th/th/statistic/2551/statistics51-10.pdf

11. Center for disease control and prevention. Quit smoking among adult- United States 2001-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2011:60:1513-9. [cited 2014 Nov 26]; Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mm6055a2.htm
12. Prochaska JJ, Fromont SC, Hall SM. How prepared are psychiatry resident for treating nicotine dependence. Acad Psychiatry 2005; 29:256-61
13. Prochaska JJ, Fromont SC, Louie AK, Jacobs MH, Hall SM. Training in tobacco treatments in psychiatry: a national survey of psychiatry residency training directors. Acad Psychiatry 2006; 30:372-8.
14. Linder JA, Rigotti NA, Schneider LI, Kelley JH, Brawarsky P, Haas JS. An electronic health record-based intervention to improve tobacco treatment in primary care: a cluster-randomized controlled trial. Arch Intern Med 2009; 169:781-7.
15. Prochaska JJ, Fromont SC, Leek D. Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. Acad Psychiatry 2008; 32:484-92.
16. Himelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrist offer smoking-cessation counseling?. Am J Psychiatry 2003; 160: 2228-30.