



## ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับต่อการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน\*

เอกชัย ฝ่าใต้ พย.ม.\*\*  
สุนิดา ปรีชาวงษ์ PhD\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สูบบุหรี่ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก้นทรวงอก จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระดับการติดนิโคติน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำแบบกระชับประมาณ 10-15 นาที และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ประเมินผลโดยติดตามผลการเลิกบุหรี่ในช่วง 7 วันก่อนประเมินที่ 1 เดือนหลังเข้าร่วมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Z (Z-test) และ Mann-Whitney U test ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 สัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วันก่อนการประเมินในกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** เลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำ ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

\*วิทยาลัยนพนธ์ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มการวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## The Effects of Brief Advice Intervention on Quitting Smoking among Patients at Emergency Department\*

Aekachai Fatai M.N.S.\*\*

Sunida Prechawong PhD\*\*\*

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of brief advice intervention on quitting smoking among emergency department patients. Sixty study samples were recruited in the emergency department at Kanthaluk Hospital. The first 30 study samples were assigned to a control group and the latter 30 were assigned to the experimental group. The groups were matched in term of age, gender, and level of nicotine dependence. The control group was given usual care while the ones in the experimental group were individually given 10-15 minutes of brief advice for smoking cessation and two follow-up phone calls. Smoking cessation outcome was assessed by 7-day point prevalence abstinence using the self-reported questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney u test and Z-test. The major finding showed that six patients in the experimental group (20.0%) and only one in the control group (3.3%) could quit smoking. The proportion of patients who quit smoking of the experimental group was significantly higher than that of the control group ( $p < .05$ )

**Keywords:** smoking cessation, advice, emergency department

---

\*Thesis of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing Chulalongkorn University

\*\*Graduate Student, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing Chulalongkorn University

\*\*\*Assistant Professor, Corresponding Author, Tobacco Control Research Group, Faculty of Nursing Chulalongkorn University



## บทนำ

การบริโภคยาสูบเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,600 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 การสูบบุหรี่ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน หากไม่มีการควบคุมการบริโภคยาสูบที่จริงจัง ในศตวรรษที่ 21 อาจมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่าหนึ่งพันล้านคน<sup>1,2</sup> ในประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1)<sup>3</sup> ผลจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 52,000 คน สร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจเท่ากับ 74,884 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)<sup>4</sup> แม้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมาอย่างต่อเนื่อง แต่จากอัตราผู้สูบบุหรี่ยังไม่ลดลงตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) กำหนดอัตราการเลิกบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2557 ต้องลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปี 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 18.7 แต่จากผลการดำเนินงานพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปีพ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 19.9 ซึ่งยังลดลงไม่ถึงค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะที่เดียวกันแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2559-2562) กำหนดอัตราการความชุกของการเสพยาสูบของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ต้องไม่เกินร้อยละ 16.7<sup>5</sup> ดังนั้นจึงนับว่าเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการผลักดันให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นแผนกที่รักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เปิดตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันทำการไม่มีวันหยุด เป็นสถานที่ที่ไม่เพียงแต่รักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น แต่ยังให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทอีกด้วย<sup>6</sup> แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วย ระบบคัดแยกที่นิยมใช้ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขคือ ระบบ Emergency Severity Index: ESI ระบบ ESI จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป<sup>7</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต และผู้ป่วยเจ็บป่วยที่

รุนแรงจะได้รับการรักษาทันที ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไป อาจรอการตรวจรักษาได้ ภาสินี คงเพชร<sup>8</sup> ได้ศึกษาระยะเวลารอคอยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการตรวจทันที แต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไปต้องรอตรวจในลำดับถัดไป ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจแต่ละกลุ่มนาน 16, 26, 40 นาทีตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมารับบริการคือ 1 ชั่วโมง 29 นาที<sup>9</sup> Horwitz, Green<sup>10</sup> ได้ทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานที่ยืนยันว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเหมาะแก่การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ คือ เป็นสถานที่ที่สำคัญในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เป็นหน่วยงานที่ประชาชนเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก<sup>11</sup> ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลาที่พร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (Teachable moment) คือช่วงเวลาที่หมายถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มิใช่ประโยชน์ในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<sup>12</sup>

การบำบัดแบบกระชับหรือแบบย่อ (Brief advice) ให้เลิกบุหรี่ หมายถึง คำแนะนำโดยพยาบาลซึ่งใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 10 นาที หรือน้อยกว่านั้น แนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้หยุดสูบบุหรี่ อาจเป็นคำแนะนำที่ให้ระหว่างการรักษาโดยทั่วไป และมีการติดตามผล 1 ครั้ง<sup>13</sup> มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระชับในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้นมีประสิทธิผล เช่น งานวิจัยในผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่จำนวน 543 คน ที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า ภายหลังได้รับความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ อัตราการเลิกบุหรี่ในเดือนที่ 1 และ 3 เท่ากับร้อยละ 16.8 และร้อยละ 27.3 ตามลำดับ<sup>14</sup> ในทำนองเดียวกันจากการศึกษาของ Easel et al<sup>15</sup> เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับ 5 นาที ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 14.7 ส่วนในแผนกผู้ป่วยนอกเลิกได้ร้อยละ 7.5 ดังนั้นการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงน่าจะเป็นความเป็นไปได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ให้แก่ประชาชน และช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยให้ลดลงตามเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่



แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจะสามารถช่วยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้หรือไม่ กำหนดตัวแปรตามเป็นการเลิกบุหรี่ คือ การหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกัน 7 วัน (Point Prevalence Abstinence) ประเมิน ณ จุดเวลาที่กำหนดไว้คือ 1 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประวัติสูบบุหรี่ ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555<sup>2</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรม มาสรุปเป็นกรอบแนวคิด โดยใช้หลักการ 3A's ประกอบไปด้วย สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) และการติดตามผล (Arrange Follow Up)

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองนี้ (Quasi-experimental Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จำนวน 60 คน ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 - 31 กันยายน 2561 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยทั่วไปที่มีประวัติสูบบุหรี่ อายุ 18-59 ปีที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษ์ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก ไม่มีอาการผิดปกติทางจิต ไม่ได้รับการรักษาด้วย

ยาหรือสารนิโคตินทดแทนเพื่อเลิกบุหรี่ และไม่เข้าร่วมหรืออยู่ในโครงการวิจัยอื่นๆ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับอายุ เพศประวัติสูบบุหรี่ โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย แบบทดสอบระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test of Nicotin Dependence) เป็นแบบทดสอบคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คะแนนรวม 10 คะแนน ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่<sup>2</sup> แบบสอบถามชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0..80 และ แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ของฉันทิยา คารมย์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์<sup>16</sup> เป็นคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เช่น ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ใน 7 วันที่ผ่านมา ท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันหรือไม่ เป็นต้น แบบสอบถามชุดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ มีลักษณะเป็น Visual Analog Scale มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ที่ประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดใน ประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555<sup>14</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้หลักการ 3A's ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) และติดตามผล (Arrange Follow Up) โดยนัดติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ภายหลังปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และระยะเวลาที่ทำกิจกรรม พบว่าภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี มีระยะเวลาที่เหมาะสม



**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล**  
โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2561 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันจันทร์ถึงอาทิตย์ เวลา 08.00-18.00 น. ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะรอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีดำเนินการเมื่อกลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และอีก 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง รายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัย ชักประวัติการสูบบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่ ประเมินการติดบุหรี่ด้วยแบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เมื่อครบ 1 เดือน (วันที่ 30 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ)

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัย ชักประวัติการสูบบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่ และให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ เป็นเวลา 10-15 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้ **ครั้งที่ 1** สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น บันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ ทดสอบการเสพติดนิโคติน ประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) จากนั้นให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief intervention) อธิบายอันตรายจากการสูบบุหรี่ ที่มีผลต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิด รวมทั้งอธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วย เทคนิค Star หรือ 4ล คือ **เลือกวัน** (Set a target quit date) (ไม่เกิน 7 วัน) กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ **ลั่นวาจา** (tell family and other) บอกคนในครอบครัว

ให้ทราบว่าจะเลิกบุหรี่และขอกำลังใจจากครอบครัว **ละอุปกรณ์** (Remove all tobacco-related product) กำจัดบุหรี่ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด **พร้อมลงมือ** (Anticipate challenges) วางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคตินเพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้น จากนั้นสรุปผลทวนซ้ำวันที่ผู้ป่วยกำหนดเลิกบุหรี่ แจกเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง นัดหมายการติดตาม **ครั้งที่ 2** ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ อาทิ อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจ (2-10 นาที) **ครั้งที่ 3** ติดตามการบำบัด (Arrange Follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 2) ในระหว่างวันที่ 10 - 14 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ (2-10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยติดตามนัดหมายติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เมื่อครบ 1 เดือน (วันที่ 30 หลังได้รับการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ) 8) นามาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Z (Z-test) และ Mann-Whitney U test

## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย โดยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.7 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.36 ปี (SD=11.45) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.63 ปี (SD=12.02) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 56.6 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 53.3) ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 40.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.6 และ 63.3 ตามลำดับ)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 22.5 ปีและ 18.0 ปี ตามลำดับ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มควบคุม 12.9 มวน และกลุ่มทดลองสูบบุหรี่เฉลี่ย 11.0 มวนต่อวัน กลุ่มตัวอย่าง



ทั้งสองกลุ่มเคยพยายามในการเลิกบุหรี่ในรอบ 1 ปี (ร้อยละ 66.7) ในด้านความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) พบว่า ภายหลังจากได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่แบบ กระชับ กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลิกบุหรีมากกว่า กลุ่มควบคุม กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ ในการเลิกบุหรีเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลแบบ ปกติ เท่ากับ 2.96 และ 3.10 ตามลำดับ ส่วนทดลองมี คะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรีเฉลี่ย ก่อนและหลังการให้ คำแนะนำ เท่ากับ 3.36 และ 4.93 ตามลำดับ

3. ภายหลังจากการทดลอง พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรีได้ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 6 คน มากกว่ากลุ่มควบคุมที่สามารถเลิกบุหรีได้จำนวน 1 คน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ด้วย Z (Z-test) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ

ให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรีได้มากกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 1)

นอกจากนี้ ยังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของ จำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-whitney U Test พบว่า กลุ่ม ควบคุมมีผลต่างของจำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวันลดลง เท่ากับ 1.23 มวน ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผลต่างของจำนวน มวนบุหรีที่สูบต่อวันลดลงเท่ากับ 2.36 มวน ค่าเฉลี่ยอันดับ ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 26.25 ค่าเฉลี่ยอันดับของกลุ่ม ทดลองเท่ากับ 34.75 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ผลต่าง ของจำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวันก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ  $\leq .05$  ( $z = -2.077$   $p < .001$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเลิกบุหรีภายหลังจากการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เลิกบุหรีได้	1	3.3	6	20.0	4.043	.044
เลิกบุหรีไม่ได้	29	96.7	24	80.0		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของจำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $n_1 = n_2 = 30$ )

	$\bar{d}$	Mean Rank	Some of Rank	Mann-Whitney-U Test	Z	p-value
กลุ่มควบคุม	1.23	26.25	787.5	157.500	-2.077	<.001
กลุ่มทดลอง	2.36	34.75	1042.5			

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากการทดลอง ผู้ป่วยที่สูบบุหรี ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ สามารถเลิกบุหรี มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถ อภิปรายผลได้ดังนี้

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นแผนกที่มีประชากรเข้าถึง เป็นสัดส่วนที่มาก ในสหรัฐอเมริกาประชาชนร้อยละ 20 เข้า รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ครั้งใน รอบ 12 เดือน<sup>11</sup> แสดงให้เห็นว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป็นหน่วยงานที่ประชาชนเข้าถึงเป็นสัดส่วนที่มาก แผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการส่งเสริม การเลิกบุหรี โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจะมีช่วงเวลา ที่พร้อมที่จะเปิดใจรับฟัง (teachable moment) คือช่วงเวลา ที่หมายถึงโอกาส หรือช่วงเวลาที่มีประโยชน์ในการให้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<sup>12</sup> ผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการแม้จะมาด้วยอาการเจ็บป่วยอย่างอื่น ไม่ได้ต้องการ ที่จะเลิกบุหรี แต่หากพยาบาลสามารถให้คำแนะนำแบบ กระชับที่ไม่ได้ใช้เวลานานจนเกินไป สามารถอธิบายให้เห็น ถึงผลกระทบที่ตามมาจากการสูบบุหรีที่เชื่อมโยงกับความ เสี่ยงหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึง



อันตรายและความจำเป็นที่ต้องเลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการได้รับคำแนะนำในวิธีการการเลิกบุหรี่แบบกระชับ จะสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ อันจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจากโรคที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลมาจากการการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลสั้นลง การหายของแผลเร็วขึ้น โอกาสกลับมาเป็นซ้ำของโรคลดลง เป็นต้น

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับซึ่งผู้วิจัยใช้หลัก 3A's<sup>2</sup> เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย **Ask** สอบถามและบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ คือ สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ทุกชนิดในผู้ที่เข้ารับบริการ **Advise** การแนะนำให้เลิกบุหรี่ คือ การพูดโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลที่เชื่อมโยงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือโอกาสเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ ตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากยังคงไม่เลิกบุหรี่ มีความมั่นใจและมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ **Arrange** การติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ เพื่อ ติดตามอาการ ปัญหา อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับมือกับอาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น มีกำลังใจในการเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด

ภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คือ การเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันในช่วง 7 วัน ก่อนการประเมินผล ณ จุดที่กำหนดไว้ คือ 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับ (Point prevalence abstinence rate) กลุ่มทดลองสามารถส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ จำนวน 6 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่เลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ที่รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับในกลุ่มทดลองมีการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นตามหลัก 3A's ที่ชี้ให้เห็นถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติตนในการเลิกบุหรี่

การรับมือกับอาการถอนนิโคติน ตลอดจนการติดตามอาการทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลิกบุหรืมากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ภายหลังได้รับคำแนะนำสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ก่อนและหลังการให้คำแนะนำเป็น 2.96 และ 3.10 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เฉลี่ย ก่อนและหลังการให้คำแนะนำเป็น 3.36 และ 4.93 ตามลำดับ เพิ่มขึ้น 1.57 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ MacKenzie, Pereira<sup>17</sup> ที่พบว่าผู้ที่มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จ 9.8 เท่า อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนก่อนทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.96 และกลุ่มทดลองมีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 3.36 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มควบคุมมีผลต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลดลงเท่ากับ 1.23 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผลต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลดลงเท่ากับ 2.36 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (p-value <.001) จำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลอง 6 คน สามารถเลิกบุหรี่ได้ และอีก 24 คนไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และแม้ทั้ง 24 คนจะไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่ค่าเฉลี่ยผลต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสามารถเลิกบุหรี่ได้ และแม้จะยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่อาจจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ในอนาคต หากสามารถติดตามหรือปรับโปรแกรมที่เข้มข้นขึ้น หรือส่งต่อสถานบริการเลิกบุหรี่ที่ติดตามและให้คำแนะนำที่ยาวนาน



และเข้มข้นขึ้น เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาตามระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดนิโคตินระดับเล็กน้อย ในกลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้ 1 คน (ร้อยละ 3.3) และในกลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 คน (ร้อยละ 20) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกัน แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่ติดนิโคตินระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Z-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในกลุ่มที่ติดนิโคตินในระดับที่สูง คือระดับปานกลางและรุนแรง มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้ยากกว่ากลุ่มที่ติดนิโคตินในระดับเล็กน้อย อาจจะต้องได้รับการบำบัดที่เข้มข้นและยาวนานขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่สรุปว่า การติดนิโคตินเป็นปัจจัยที่ทำนายการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือยิ่งติดนิโคตินมากโอกาสเลิกได้ยิ่งน้อยกว่าคนที่ติดนิโคตินในระดับที่ต่ำกว่า<sup>18-22</sup>

ดังนั้น ผลการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ มีการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Colby, Monti<sup>23</sup> ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับต่อการเลิกสูบบุหรีในวัยรุ่นที่เป็นผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 85 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี รายงานแบบบันทึกการสูบบุหรีด้วยตนเอง Self-report data indicated that 7-day abstinence ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจแบบกระชับ มีอัตราการเลิกบุหรีในเดือนที่ 1, 3 และ 6 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำแบบสั้น ในขณะที่เดียวกันผลวิจัยยังสนับสนุนการศึกษาของ Ersel, Kitapcioglu<sup>15</sup> เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับ 5 นาที ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูบบุหรีที่ได้รับการคำปรึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเลิกบุหรีได้ร้อยละ 14.7 และร้อยละ 7.5 ในแผนกผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับบริการสายด่วนเลิกบุหรี 1600 ที่ให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี มีอัตราการ

เลิกบุหรีสูงถึง ร้อยละ 51.5<sup>24</sup> ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ใช้บริการสายด่วนเลิกบุหรีส่วนหนึ่งมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรีอยู่แล้ว ประกอบกับได้รับการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีอัตราการเลิกบุหรีที่สูงต่างจากงานวิจัยนี้ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประวัติการสูบบุหรี โดยไม่ได้สนใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจะเลิกบุหรีหรือไม่ และให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อชักชวนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรีให้เลิกบุหรี

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรีสามารถเลิกบุหรีได้ การวิจัยครั้งนี้ทำให้เป็นแนวทางการส่งเสริมการเลิกบุหรี ด้วยการให้คำแนะนำแบบกระชับที่ชี้ให้เห็นอันตรายจากการสูบบุหรี ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี เพื่อให้ผู้สูบบุหรีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการปฏิบัติจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับตนเอง หากสามารถปฏิบัติได้จะเกิดความภาคภูมิใจ สามารถเลิกบุหรีได้ในที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

1. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการเลิกบุหรีในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดบุหรี การรักษาโรคติดบุหรี แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดทางคลินิก บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกบุหรี เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสมได้
2. พยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ควรพิจารณาหาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรีแบบกระชับไปใช้ในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมการเลิกบุหรี
3. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรีแบบกระชับต่อสัดส่วนการเลิกบุหรี ในบริบทอื่นๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในคลินิกพิเศษ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรีมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการวิจัย





## References

1. World Health Organization. tobacco 2018 [cited 2018 may 10]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. Rungruenghiranya S, Soontorntham S. Clinical practice guideline for smoking cessation for health care provider in Thailand. Nonthaburi: Misnistry of Public Health; 2012.
3. National Statistical Office Thailand. Survey of smoking and binge brinking behavior in the population. [data base on the internet]. 2016 [cited 2018 aug 18] Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014>
4. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Brief situational surveillance for Cigarette consumption of Thailand 2016: Tobacco Control Research And Knowledge Management Center, Mahidol University; 2016.
5. Office of Tobacco Control. Strategy for tobacco control no 2 (2015-2019), Office of tobacco control, Department of disease control, Ministry of Public Health, Thailand; 2016.
6. Boudreaux ED, Hunter GC, Bos K, Clark S, Camargo CA. Predicting smoking stage of change among emergency department patients and visitors. *Academic Emergency Medicine* 2006; 13(1): 39-47.
7. National Institite for Emergency Medicine. Emergency medical triage protocol and criteria based dispatch. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2012.
8. Kongpet P. Results of the patient screening according to emergency severity index by accident and emergency unit at Koh Samui Hospital. *Region 11 Medicine Journal* 2016; 28(4): 929-41.
9. Ienghong K. Factors affecting length of stay more than 4 hours in the emergency department of Srinagarind Hospital. *Srinakarin Medical Journal* 2012; 29(1): 7-13.
10. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. *Annals of Emergency Medicine* 2010; 55(2): 133-41.
11. Rabe GL, Wellmann J, Bagos P, Busch MA, Hense HW, Spies C, et al. Efficacy of emergency department-initiated tobacco control--systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nicotine Tob Res* 2013; 15(3): 643-55.
12. Lawson Peter, Flocke Susan, Casucci Brad. Development of an instrument to document the 5A's for smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 37(3): 248-54.
13. Preechawong S, Pittayarangsarit S, Nuchsongsin F. Effectiveness of brief advice for smoking cessation: A literature review. *Thai Journal of Nursing* 2017; 66(1): 40-47.
14. Bock, Becker BM, Niaura RS, Partridge R, Fava JL, Trask P. Smoking cessation among patients in an emergency chest pain observation unit: Outcomes of the chest pain smoking study (CPSS). *Nicotine & Tobacco Research* 2008; 10(10): 1523-31.
15. Ersel M, Kitapcioglu G, Solak ZA, Yuruktumen A, Karahalli E, Cevrim O. Are emergency department visits really a teachable moment? smoking cessation promotion in emergency department. *European Journal of Emergency Medicine* 2010; 17(2): 73-9.
16. Nanthiya K, Prechawong S. Predictors of short-term smoking cessation among patients with chronic disease. *Nursing Journal* 2015; 42(1): 1-11.
17. MacKenzie TD, Pereira RI, Mehler PS. Smoking abstinence after hospitalization: predictors of success. *Preventive Medicine* 2004; 39(6): 1087-92.



18. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 2003; 28(7): 1203-18.
19. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A, Laka JP. Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *British Journal of General Practice* 2003; 53(487): 101-7.
20. Lacasse Y, Lamontagne R, Martin S, Simard S, Arsenault M. Randomized trial of a smoking cessation intervention in hospitalized patients. *Nicotine & Tobacco Research* 2008; 10(7): 1215-21.
21. Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, Masui S, Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1year followup study. *Addiction* 2010; 105(1): 164-73.
22. Haug S, Meyer C, Ulbricht S, Schorr G, Rüge J, Rumpf H-J, et al. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling* 2010; 78(1): 57-64.
23. Colby SM, Monti PM, O'Leary Tevyaw T, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behavior* 2005; 30(5): 865-74.
24. Yunipan J. Situation of Thailand, Thailand National Quitline. [data base on the internet].2018 [cited 2018 October 1] 2018. Available from: [https://www.nurs.chula.ac.th/en/content\\_page/download/279/299/15.html](https://www.nurs.chula.ac.th/en/content_page/download/279/299/15.html).