



การใช้หลัก 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ โดยแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลศิริราช

Use of 5 A's Model for Smoking-Cessation by Residents in Siriraj Hospital

ปเนต ผู้กฤตยาคามิ*, สอนทรยศ บุษราทิจ*, ทิฆัมพร หอสิริ*, กมลพร วรรัตนฤทธิ*
Panate Pukrittayakamee*, Sontuss Bussaratid*, Tikumporn Hosiri*,
Kamonporn Wannarit*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลศิริราชที่ใช้หลัก 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ สัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่แพทย์ประจำบ้านใช้หลัก 5 A's

วิธีการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลจากการให้แพทย์ประจำบ้านจากภาควิชาต่างๆของโรงพยาบาลศิริราชตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้หลัก 5 A's และประสบการณ์การฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's โดยใช้สถิติ chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U-test และ logistic regression analysis

ผลการศึกษา แพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีทั้งหมด 236 คน โดยมีแพทย์ประจำบ้านเพียงร้อยละ 8.1 ที่ใช้หลัก 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อ และมีเพียงร้อยละ 27.1 ที่เคยได้รับการอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's พบว่าแพทย์ประจำบ้านที่เคยผ่านการฝึกอบรม ใช้หลัก 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อ มากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.65, $p = 0.04$) ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านที่อยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ใช้หลัก 5 A's อย่างน้อย 4 ข้อ (OR 4.97, $p = 0.005$), ใช้หลักข้อ assess (OR = 7.07, $p = 0.01$), และใช้หลักข้อ arrange (OR = 4.38, $p = 0.02$) มากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ภาควิชาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป มีแพทย์ประจำบ้านเพียงส่วนน้อยที่ใช้หลักการ 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อ และเคยได้รับการอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านใช้หลักการ 5 A's ครบหรือใกล้เคียง 5 ข้อ คือการได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และการอยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คำสำคัญ หลักการ 5 A's, การรักษาภาวะติดบุหรี่

Corresponding author: กมลพร วรรัตนฤทธิ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(2): 157-166

ABSTRACT

Objective : This study aims to evaluate the percentage of residents in Siriraj hospital delivering the 5 A's model for smoking cessation, the percentage of residents having received training in treating smokers, and factors associated with delivery of the 5 A's.

Method : This research is a descriptive study. Residents in Siriraj hospital were invited to complete a questionnaire asking about their practices in delivering the 5 A's, and their smoking cessation training. The data were analyzed by descriptive statistics. Also, factors associated with delivery of the 5 A's were tested by chi-square, Fisher's exact test, Mann-Whitney U-test and logistic regression.

Result : 236 residents were recruited in the study. 8.1 percent of them reported delivering all 5 items of the 5 A's, and 27.1 percent reported having received training. Moreover, trained residents were more likely to deliver all 5 items of the 5 A's than untrained residents (OR 2.65, $p = 0.04$), and residents in psychiatry were more likely to deliver at least 4 items of the 5 A's (OR 4.97, $p = 0.005$), deliver the item assess (OR = 7.07, $p = 0.01$) and arrange (OR = 4.38, $p = 0.02$) than residents in other departments.

Conclusion : Only a small proportion of residents delivered all 5 items of the 5 A's and have received training. Factors associated with delivery of the 5 A's were having received training and residents in psychiatry.

Keywords : the 5 A's model, smoking cessation

Corresponding author: Sirinapa Aphisitphinyo

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(2): 157-166

บทนำ

ภาวะติดบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการสูบบุหรี่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายแรงต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคถุงลมโป่งพอง โดยจากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในคนไทยในปี พ.ศ.2554 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 11.5 ล้านคนจากจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 53.9 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21.4¹ ดังนั้นทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จึงถือเป็นทักษะที่สำคัญที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรมีเพื่อที่จะได้ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลักการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและทำได้ง่ายคือหลักการ 5 A's ซึ่งประกอบด้วย ask, advice, assess, assist และ arrange โดย ask หมายถึง การถามผู้ป่วยว่าสูบบุหรี่หรือไม่ advice หมายถึง การแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ assess หมายถึง การประเมินแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ assist หมายถึง การให้คำปรึกษาหรือให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ arrange หมายถึง การนัดติดตามดูว่าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่² โดยหากแพทย์ปฏิบัติตามหลัก 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อจะช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น²⁻⁴

อย่างไรก็ตามในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในปัจจุบันยังมีแพทย์จำนวนไม่มากที่ใช้หลัก 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อ โดยในต่างประเทศได้มีงานวิจัยของ Goldstein และคณะที่สำรวจว่าแพทย์ได้ใช้หลัก 5 A's ในการให้คำปรึกษามากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแพทย์ร้อยละ 67 ใช้คำถาม ask ร้อยละ 74 ใช้หลัก advice แต่มีเพียงร้อยละ 35 ที่ใช้หลัก assist และร้อยละ 8 ที่ใช้หลัก arrange⁵ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Conroy และคณะที่พบว่ามีแพทย์ร้อยละ 76 ใช้หลัก ask และ advice ร้อยละ 67 ใช้หลัก assess แต่มีเพียงร้อยละ 64 ที่ใช้หลัก assist และร้อยละ 20 ที่ใช้หลัก arrange⁶ สำหรับในประเทศไทย

ได้เคยมีงานวิจัยที่สำรวจว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่ได้รับการช่วยเหลือตามหลัก 5 A's มากน้อยเพียงใด โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 76.2 รายงานว่าแพทย์ใช้คำถาม ask ร้อยละ 72.2 รายงานว่าแพทย์ใช้หลัก advice แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 9.8 ที่รายงานว่าแพทย์ใช้หลัก assist และร้อยละ 63.7 รายงานว่าแพทย์ใช้หลัก arrange⁷ จากงานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ายังมีแพทย์จำนวนน้อยที่ใช้หลัก 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อในการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะหลักการ assist และ arrange เป็นหลักการที่มีแพทย์ใช้น้อยกว่าหลักการอื่นๆ

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติตามหลัก 5 A's ของแพทย์ยังอยู่ในระดับต่ำอาจเกิดจากการที่แพทย์ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่อย่างเพียงพอ ทำให้แพทย์ขาดความรู้และประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ โดยจากงานวิจัยของ Sutton และคณะพบว่าแพทย์ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมจะปฏิบัติตามหลัก 5 A's น้อยกว่าแพทย์ที่เคยผ่านการฝึกอบรม⁸ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์จำนวนมากที่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่⁹ และมีโปรแกรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์เพียงแค่ว่าครั้งเดียวเท่านั้นที่มีการสอนเกี่ยวกับบุหรี่¹⁰ สำหรับในโรงพยาบาลศิริราช แพทย์ประจำบ้านจะได้เรียนรู้เรื่องการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่จากการฝึกปฏิบัติงาน โดยที่ยังไม่มีการจัดชั่วโมงการเรียนการสอนด้านนี้โดยเฉพาะ ดังนั้นจึงยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนว่าแพทย์ประจำบ้านแต่ละคนได้รับการฝึกอบรมเรื่องบุหรี่อย่างเพียงพอหรือไม่

อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลศิริราชยังไม่เคยมีการศึกษาว่าแพทย์ประจำบ้านในปัจจุบันมีการใช้หลัก 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่มากน้อยเพียงใด และแพทย์ประจำบ้านเหล่านี้เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่มากน้อยเพียงใด ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงต้องการที่จะศึกษาสัดส่วนของแพทย์ประจำบ้าน

โรงพยาบาลศิริราชที่ใช้หลัก 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ สัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่แพทย์ประจำบ้านที่ใช้หลัก 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ โดยผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาเพราะเป็นกลุ่มแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล หากพบว่าแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ยังไม่ได้ใช้หลัก 5 A's ในการให้คำปรึกษา หรือยังไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ ข้อมูลส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และพัฒนาระบบการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 083/2556 (EC4) โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

1. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในงานวิจัยก่อนหน้านี้เคยมีการศึกษาสัดส่วนของแพทย์ที่ใช้หลัก 5 A's ในขั้นตอน arrange ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ ซึ่งพบว่ามีประมาณร้อยละ 20^o ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่านี้เป็นค่าอ้างอิงในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนของแพทย์ที่ใช้หลัก 5 A's อยู่ที่ 20% ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้คือ 7% จะคำนวณขนาดตัวอย่างได้เป็นอย่างน้อย 125 คน

2. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

อาสาสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านจากภาควิชาต่างๆ ทุกชั้นปีที่มีโอกาสพบผู้ป่วยติดบุหรี่ ซึ่งได้แก่ภาควิชาอายุรศาสตร์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิสัญญีวิทยา โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา จักษุวิทยา

เวชศาสตร์ฟื้นฟู และ จิตเวชศาสตร์ และเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย สำหรับผู้ที่มีความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามหรือต้องการออกจากงานวิจัยจะถูกคัดออก

3. การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลทำในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2557 โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่ใช่อาจารย์แพทย์และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านทำการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้กับแพทย์ประจำบ้านที่ภาควิชาต่างๆ ตามที่ระบุไว้ข้างต้น โดยทำการประชาสัมพันธ์หลังชั่วโมงเรียนของแพทย์ประจำบ้าน จากนั้นแพทย์ประจำบ้านทุกรายได้รับแบบสอบถามซึ่งถามข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ภาควิชา ประสบการณ์การใช้หลัก 5 A's (โดยผู้วิจัยใช้คำถามในแบบสอบถามว่า "ในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่โดยใช้วิธี 5 A's ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ท่านมักทำตามขั้นตอนใดบ้าง") และ ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ โดยแพทย์ประจำบ้านมีสิทธิ์เลือกว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้ตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องระบุชื่อของตนเอง แล้วส่งกลับโดยใส่เอกสารลงในกล่องรับแบบสอบถามที่ปิดผนึกอย่างมิดชิดและตั้งไว้ประจำภาควิชาต่างๆ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะเก็บกล่องรับแบบสอบถามกลับมาเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์

4. การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะของแพทย์ประจำบ้าน สัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านที่ใช้หลัก 5 A's และ สัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's ของแพทย์ประจำบ้าน ใช้การวิเคราะห์แบบ univariate analysis โดยใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็น

categorical variable และใช้สถิติ independent t test หรือ Mann-Whitney U-test สำหรับข้อมูลที่เป็น numerical variable หากพบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's ปัจจัยเหล่านี้จะถูกนำมาวิเคราะห์ต่อแบบ multivariate analysis โดยใช้สถิติ logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's อย่างแท้จริง ข้อมูลทั้งหมดในงานวิจัยนี้ได้รับการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS version 20

ผลการศึกษา

แพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีทั้งหมด 236 คน มีอายุเฉลี่ย 27.99 ปี แบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.9 และ เพศชายร้อยละ 41.1 แพทย์ประจำบ้านมาจากภาควิชาอายุรศาสตร์มากที่สุดซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22 รองลงมาคือภาควิชาศัลยศาสตร์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 18.2 แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ยังไม่เคยผ่าน

การอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือซึ่งคิดเป็นร้อยละ 72.9 มีแพทย์ประจำบ้านเพียงร้อยละ 27.1 ที่เคยได้รับการอบรมทางด้านนี้ (ตารางที่ 1)

จากการสำรวจการใช้หลัก 5 A's ของแพทย์ประจำบ้านพบว่า มีแพทย์ประจำบ้านเพียง 19 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.1) ที่ใช้หลัก 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อในการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือโดยเมื่อวิเคราะห์จำนวนแพทย์ประจำบ้านที่ใช้หลัก 5 A's ในแต่ละข้อพบว่า มีแพทย์ประจำบ้านที่ใช้หลักการ ask 226 คน (ร้อยละ 95.8), ใช้หลักการ advice 219 คน (ร้อยละ 92.8), ใช้หลักการ assess 106 คน (ร้อยละ 44.9), ใช้หลักการ assist 86 คน (ร้อยละ 36.4), และใช้หลักการ arrange 30 คน (ร้อยละ 12.7) จะเห็นว่าหลักการ ask เป็นหลักการที่ถูกใช้มากที่สุด ส่วนหลักการ arrange เป็นหลักการที่ถูกใช้น้อยที่สุด

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะของแพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมงานวิจัย

ลักษณะของแพทย์ประจำบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	139	58.9
- หญิง	97	41.1
- ชาย		
ภาควิชา	52	22
- อายุรศาสตร์	43	18.2
- ศัลยศาสตร์	35	14.8
- จักษุวิทยา	22	9.3
- วิสัญญีวิทยา	18	7.6
- ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	16	6.8
- สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	14	5.9
- โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	14	5.9
- จิตเวชศาสตร์	13	5.5
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู	9	3.8
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน		
เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือ	172	72.9
- ไม่เคย	64	27.1
- เคย		
อายุ (mean ± SD)		27.99 ± 1.9 ปี

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's ครอบคลุม 5 ข้อ พบว่าแพทย์ประจำบ้านที่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ใช้หลัก 5 A's ครอบคลุมทั้ง 5 ข้อ มากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.65, $p = 0.04$) (ตารางที่ 2) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's อย่างน้อย 4 ข้อ พบว่าแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ใช้หลัก 5 A's อย่างน้อย 4 ข้อ มากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ภาควิชาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.97, $p = 0.005$) จะเห็นว่าการได้รับการฝึกอบรมและการอยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านใช้หลัก 5 A's ใกล้เคียง 5 ข้อ

เมื่อแยกวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's ในแต่ละข้อพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก 5 A's ข้อ assess อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p = 0.002$) และ การอยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (OR = 8.17, $p = 0.002$) โดยแพทย์ประจำบ้านที่

มีอายุน้อยกว่าและแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์จะใช้หลัก assess มากกว่า (ตารางที่ 3) แต่เมื่อนำทั้ง 2 ปัจจัยนี้มาวิเคราะห์พร้อมกันโดยใช้สถิติ logistic regression analysis พบว่ามีแต่ปัจจัยด้านการอยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่สัมพันธ์กับการใช้หลัก assess อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 7.07, $p = 0.01$) ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.05$) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้หลัก 5 A's ข้อ arrange อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งได้แก่ การอยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (OR = 4.38, $p = 0.02$) ส่วนการใช้หลัก 5 A's ข้ออื่นๆ ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับปัจจัยใดๆ ในการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 3)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่แพทย์ประจำบ้านเคยผ่านการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ พบว่า อายุ ($p = 0.1$), เพศ ($p = 0.49$) และ ภาควิชาที่แพทย์ประจำบ้านฝึกอบรมอยู่ ($p = 0.54$) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเคยได้รับการฝึกอบรม

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะต่างๆ ของแพทย์ประจำบ้าน กับการใช้หลัก 5 A's ครอบคลุม 5 ข้อ

ลักษณะของแพทย์ประจำบ้าน	การใช้หลัก 5 A's ของแพทย์ประจำบ้าน			statistical-test
	ครบ 5 ข้อ N (%) *	ไม่ครบ 5 ข้อ N (%) *	OR (95% CI)	
เพศ				Pearson Chi-square $p = 0.56$
- หญิง	10 (7.2%)	129 (92.8%)	0.76	
- ชาย	9 (9.3%)	88 (90.7%)	(0.3-1.94)	
ภาควิชา				Fisher's Exact Test $p = 0.09$
- จิตเวชศาสตร์	3 (21.4%)	11 (78.6%)	3.51	
- ภาควิชาอื่นๆ	16 (7.2%)	206 (92.8%)	(0.89-13.88)	
เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่				Pearson Chi-square $p = 0.04$
- เคย	9 (14.1%)	55 (85.9%)	2.65	
- ไม่เคย	10 (5.8%)	162 (94.2%)	(1.02-6.86)	
อายุ, mean (SD)	27.74 (1.2) [‡]	28.01 (1.95) [‡]		Mann-Whitney U test $p = 0.35$

* 100% คือจำนวนรวมทั้งหมดใน 1 แถว (% within row)

‡ mean (SD)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะต่างๆ ของแพทย์ประจำบ้าน กับการใช้หลัก 5 A's ในแต่ละข้อ

ลักษณะแพทย์ประจำบ้าน	Ask			Advice			Assess			Assist			Arrange		
	ใช้ N (%) [*]	ไม่ใช้ N (%) [*]	OR (95% CI)	ใช้ N (%) [*]	ไม่ใช้ N (%) [*]	OR (95% CI)	ใช้ N (%) [*]	ไม่ใช้ N (%) [*]	OR (95% CI)	ใช้ N (%) [*]	ไม่ใช้ N (%) [*]	OR (95% CI)	ใช้ N (%) [*]	ไม่ใช้ N (%) [*]	OR (95% CI)
เพศ															
- หญิง	132 (95)	7 (5)	0.6 (0.15-2.39)	130 (93.5)	9 (6.5)	1.3 (0.48-3.49)	68 (48.9)	71 (51.1)	1.49 (0.88-2.52)	52 (37.4)	87 (62.6)	1.11 (0.65-1.9)	17 (12.2)	122 (87.8)	0.9 (0.42-1.95)
- ชาย	94 (96.9)	3 (3.1)	p = 0.53 ^{††}	89 (91.8)	8 (8.2)	p = 0.6 [†]	38 (39.2)	59 (60.8)	p = 0.14 [†]	34 (35.1)	63 (64.9)	p = 0.71 [†]	13 (13.4)	84 (86.6)	p = 0.79 [†]
ภาควิชา															
- จิตเวชศาสตร์	14 (100)	0 (0)		13 (92.9)	1 (7.1)	1.01 (0.12-8.22)	12 (85.7)	2 (14.3)	8.17 (1.79-37.37)	8 (57.1)	6 (42.9)	2.46 (0.82-7.35)	5 (35.7)	9 (64.3)	4.38 (1.36-14.1)
- ภาควิชาอื่นๆ	212 (95.5)	10 (4.5)	p = 1 ^{††}	206 (92.8)	16 (7.2)	p = 1 ^{††}	94 (42.3)	128 (57.7)	p = 0.002 ^{††}	78 (35.1)	144 (64.9)	p = 0.097 [†]	25 (11.3)	197 (88.7)	p = 0.02 ^{††}
เคยฝึกรวม															
- เคย	62 (96.9)	2 (3.1)	1.51 (0.31-7.32)	62 (96.9)	2 (3.1)	2.96 (0.66-13.3)	34 (53.1)	30 (46.9)	1.57 (0.88-2.8)	25 (39.1)	39 (60.9)	1.17 (0.65-2.11)	10 (15.6)	54 (84.4)	1.41 (0.62-3.2)
- ไม่เคย	164 (95.3)	8 (4.7)	p = 0.73 ^{††}	157 (91.3)	15 (8.7)	p = 0.17 ^{††}	72 (41.9)	100 (58.1)	p = 0.12 [†]	61 (35.5)	111 (64.5)	p = 0.61 [†]	20 (11.6)	152 (88.4)	p = 0.41 [†]
อายุ mean (SD)	27.97 (1.8) [‡]	28.5 (3.3) [‡]	p = 0.86 ^{‡‡}	28.02 (1.8) [‡]	27.59 (2.7) [‡]	p = 0.26 ^{‡‡}	27.67 (2.2) [‡]	28.25 (1.6) [‡]	p = 0.002 ^{‡‡}	27.7 (1.6) [‡]	28.16 (2) [‡]	p = 0.05 ^{‡‡}	27.7 (1.2) [‡]	28.03 (2) [‡]	p = 0.27 ^{‡‡}

* 100% คือจำนวนรวมทั้งหมดใน 1 แถว (% within row), † Pearson Chi-square, †† Fisher's Exact Test, ‡ mean (SD), ‡‡ Mann-Whitney U test

บทวิจารณ์

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแม้หลักการ 5A's จะเป็นหลักการที่ใช้ได้ง่าย ใช้เวลาให้คำปรึกษาไม่นาน และมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่^{3, 4} แต่มีแพทย์ประจำบ้านเพียงส่วนน้อยของโรงพยาบาลศิริราชที่ใช้หลักการนี้ครบทั้ง 5 ข้อในการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะหลักการ assess, assist และ arrange เป็นหลักการที่แพทย์ประจำบ้านน้อยกว่าครึ่งใช้ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาจากงานวิจัยก่อนหน้าทั้งในประเทศและต่างประเทศที่แสดงว่ามีแพทย์เพียงส่วนน้อยที่ใช้หลักการ 5 A's ในการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะหลัก assist⁵⁻⁷ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการที่ช่วยกระตุ้นให้แพทย์ใช้หลัก 5 A's ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

สาเหตุหนึ่งที่ถูกคาดเดาเบื้องต้นว่าอาจมีส่วนให้แพทย์ไม่ได้ใช้หลัก 5 A's มากเท่าที่ควร คือการที่แพทย์ยังขาดความรู้และไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดี ซึ่งข้อมูลนี้ได้มาจากงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่าแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์จำนวน

มากยังขาดความรู้ในขณะที่มีโปรแกรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์เพียงครั้งเดียวที่สอนเกี่ยวกับบุหรี่⁹⁻¹² โดยข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลศิริราชส่วนใหญ่มิเคยได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าหากแพทย์ประจำบ้านเคยผ่านการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่จะมีโอกาสใช้หลัก 5 A's ครบ 5 ข้อได้มากขึ้น ดังนั้นมาตรการหนึ่งที่สามารถช่วยกระตุ้นให้แพทย์ใช้หลัก 5 A's ได้มากขึ้น คือการเพิ่มการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือในหลักสูตรแพทย์ศาสตร์บัณฑิต โดยอาจเน้นการสอนเกี่ยวกับการใช้หลัก assess, assist และ arrange ซึ่งเป็นหลักการที่แพทย์ประจำบ้านส่วนมากไม่ได้ปฏิบัติ ประโยชน์ของการสอนด้านการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ยังได้รับการยืนยันจากงานวิจัยของ Payne และคณะที่พบว่า การสอนด้านนี้จะช่วยให้แพทย์ปฏิบัติตามหลัก 5 A's มากขึ้น มีความมั่นใจในการใช้หลัก 5A's มากขึ้น และมีความตั้งใจที่จะรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ยิ่งมากขึ้น¹³ ส่วนการเพิ่มการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วย

ติดบุหรี่ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตก็มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าได้ประโยชน์เช่นกัน โดยจากงานวิจัยของ Hayes และคณะพบว่าการสอนการรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 ช่วยให้นักศึกษาแพทย์มีความตั้งใจที่จะใช้หลัก 5 A's มากขึ้นและปฏิบัติตามหลัก 5 A's มากขึ้น¹⁴ นอกจากนี้การเผยแพร่ความรู้ให้แพทย์ประจำบ้านอาจทำในรูปแบบการจัดทำคู่มือหรือแผ่นพับเกี่ยวกับการใช้หลัก 5 A's ไว้ประจำหน่วยตรวจโรคต่างๆ ที่แพทย์ประจำบ้านปฏิบัติงานอยู่ เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ประจำบ้านได้ปฏิบัติตามรวมถึงเกิดการเรียนรู้ควบคู่กันไป

การศึกษานี้ยังพบว่ามีอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านใช้หลัก 5 A's มากขึ้น ซึ่งคือการที่แพทย์ประจำบ้านอยู่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โดยแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ใช้หลัก 5 A's อย่างน้อย 4 ข้อ มากกว่าภาควิชาอื่น โดยเฉพาะการใช้หลัก assess และ arrange ภาควิชาจิตเวชศาสตร์จะใช้มากกว่าภาควิชาอื่น สาเหตุอาจเป็นเพราะแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์มีโอกาสให้การรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ได้บ่อย จึงเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน การปรึกษาอาจารย์จิตแพทย์ หรือ การศึกษาดด้วยตนเองได้มากกว่าภาควิชาอื่น หรืออาจเป็นเพราะแพทย์ประจำบ้านสาขาอื่นอาจมีเวลาไม่มากในการพูดคุยกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากและมีโรคทางกายซึ่งสำคัญกว่าที่แพทย์สาขาอื่นต้องให้การดูแล จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์มีโอกาสใช้หลัก 5 A's ได้อย่างสมบูรณ์มากกว่าภาควิชาอื่น โดยเฉพาะการใช้หลัก assess และ arrange ดังนั้นมาตรการหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้หลัก 5 A's มากขึ้นคือการพัฒนาระบบการส่งผู้ป่วยปรึกษาจากภาควิชาอื่นๆ มายังภาควิชาจิตเวชศาสตร์ให้ดียิ่งขึ้น เช่น เมื่อหน่วยตรวจโรคในภาควิชาอื่นคัดกรองพบว่าผู้ป่วยติดบุหรี่ หน่วยตรวจนั้นอาจทำระบบนัดหมายอัตโนมัติในการนัดผู้ป่วยมายังหน่วยตรวจจิตเวชเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์รักษา

ภาวะติดบุหรี่ควบคู่กันไป การใช้วิธีนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยหลัก ask และ advice ซึ่งเป็นหลักที่แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ในทุกภาควิชาได้ปฏิบัติอยู่แล้วในเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยถูกส่งมาหน่วยตรวจจิตเวชผู้ป่วยจะมีโอกาสมากขึ้นในการได้รับการรักษาโดยหลัก assess และ arrange ซึ่งเป็นหลักที่แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ปฏิบัติมากกว่าภาควิชาอื่น โดยหลัก assess จะช่วยให้แพทย์เข้าใจแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยซึ่งความเข้าใจนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถหาวิธีโน้มน้าวให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ นอกจากนี้การใช้หลัก arrange จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการย้ำเตือนให้เลิกบุหรี่อยู่เสมอรวมถึงให้ระงับอยากกลับไปเจอสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ ดังนั้นการพัฒนาระบบการส่งผู้ป่วยปรึกษานี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

ข้อดีของงานวิจัยนี้คือเป็นงานวิจัยแรกที่สอบถามข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 5 A's จึงทำให้ทราบความคิดเห็นในมุมมองของแพทย์ประจำบ้านนอกเหนือไปจากความคิดเห็นในมุมมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราชซึ่งได้เคยทำการศึกษาไปแล้วในงานวิจัยก่อนหน้านี้⁷ ซึ่งในงานวิจัยดังกล่าวจะมีข้อจำกัดคือการที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลการใช้หลัก assess จากผู้ป่วยได้เพราะแพทย์ที่ใช้หลักการนี้อาจใช้คำพูดได้หลายแบบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าคำพูดแบบไหนคือการใช้หลัก assess ดังนั้นงานวิจัยในครั้งนี้ที่ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านจึงช่วยแก้ไขข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งก่อนและช่วยให้ทราบข้อมูลการใช้หลัก 5 A's ของแพทย์จนครบทุกข้อ นอกจากนี้ผลการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ประจำบ้านในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เคยศึกษาในงานวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าแพทย์ใช้หลัก assist และ arrange เป็นส่วนน้อยเช่นเดียวกัน ดังนั้นผลการศึกษาจากทั้งสองงานวิจัยจึงช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือซึ่งกันและกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือการที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลชั้นปีการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านได้เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านบางภาควิชาที่มีจำนวนน้อยมาก เช่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ทำให้การทราบข้อมูลชั้นปีของแพทย์ประจำบ้านมีความเสี่ยงที่จะระบุด่วนตัวของแพทย์ประจำบ้าน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงไม่สามารถแยกวิเคราะห์ผลการศึกษาในแต่ละชั้นปีของแพทย์ประจำบ้านได้ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ชั้นปีที่สูงกว่าอาจเคยผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ด้านการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือมากกว่า หรือสามารถใช้หลัก 5 A's ได้มากกว่า ซึ่งหากวิเคราะห์แยกในแต่ละชั้นปีอาจทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกันไปจากการวิเคราะห์รวมทุกชั้นปี และจากการที่การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียวจึงอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กับสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแห่งอื่นๆ ได้ ดังนั้นจึงควรมีงานวิจัยต่อยอดที่เพิ่มจำนวนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปีให้มากขึ้นโดยอาจเก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านหลายสถาบันเพื่อให้การระบุด่วนตัวของแพทย์ประจำบ้านทำได้ง่ายขึ้น และทำให้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้กับสถาบันฝึกอบรมแห่งอื่นๆ ได้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการทำงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการให้แพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จึงมีความเป็นไปได้ว่าแพทย์ประจำบ้านบางคนอาจให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่อาจส่งผลต่อการใช้หลัก 5 A's ซึ่งยังไม่ได้นำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ เช่น ทักษะคิดของแพทย์ต่อผู้ป่วยสูบบุหรี่ ทักษะคิดของแพทย์ในด้านบทบาทของแพทย์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ภาระงานประจำของแพทย์ (เช่น จำนวนคนไข้เฉลี่ยที่ตรวจต่อวัน ระยะเวลาเฉลี่ยที่แพทย์ใช้กับคนไข้ต่อคน) หรือ ลักษณะงานประจำของแพทย์ (เช่น ความถี่ในการพบผู้ป่วยติดยาหรือ สัดส่วนของผู้ป่วยติดยาหรือต่อผู้ป่วยทั้งหมดที่แพทย์ให้การรักษา) เป็นต้น ซึ่งหากมีงานวิจัย

ต่อยอดที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพิ่มเติม จะช่วยให้เข้าใจที่มาของปัญหาและแก้ไขระบบได้ตรงจุดมากขึ้น

สรุป

จากการสำรวจการใช้หลักการ 5 A's ของแพทย์ประจำบ้านในการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือ พบว่ามีแพทย์ประจำบ้านเพียงส่วนน้อยที่ใช้หลักการ 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อ โดยเฉพาะหลักการ assess, assist และ arrange เป็นหลักการที่แพทย์ประจำบ้านใช้เป็นส่วนน้อย โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านใช้หลักการ 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อ คือการได้รับการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือ ดังนั้นการเพิ่มการฝึกอบรมด้านการรักษาผู้ป่วยติดยาหรือในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหรือในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตอาจช่วยให้แพทย์ใช้หลักการ 5 A's ครบทั้ง 5 ข้อมากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่าแพทย์ประจำบ้านภาควิชาจิตเวชศาสตร์มีการใช้หลักการ 5 A's อย่างน้อย 4 ข้อ และใช้หลัก assess และ arrange มากกว่าภาควิชาอื่น ดังนั้นการพัฒนากระบวนการส่งผู้ป่วยติดยาหรือจากภาควิชาอื่นๆ มายังภาควิชาจิตเวชศาสตร์เพื่อให้การรักษาาร่วมกันอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาตามหลัก 5 A's ได้เฉลี่ย 5 ข้อมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ น.ส.อารีย์ สิงห์ลำพอง ที่ช่วยประสานงานกับหน่วยต่างๆ และช่วยเก็บข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ น.ส.นราทิพย์ สงวนพานิช ที่ช่วยให้คำปรึกษาทางด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. National statistical office. Major Finding The Smoking and Drinking Behavior Survey 2011 [Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/download/files/sumSmoke54.pdf>.

2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline: Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008 [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>].
3. 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.
4. Quinn VP, Hollis JF, Smith KS, Rigotti NA, Solberg LI, Hu W, et al. Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *J Gen Intern Med* 2009; 24(2): 149-54.
5. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, Lessne CW, Rakowski W, Prokhorov A, et al. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Prev Med* 1998; 27(5 Pt 1): 720-9.
6. 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.
7. Bussaratid S, Pukrittayakamee P. Adherence to the 5A's Model for Treating Tobacco Dependence by Physicians in Siriraj Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2015; 60(2): 127-38.
8. Sutton MJ, Payne TJ, Gaughf NW, Crews KM, Elci OU, Peck SB, et al. Tobacco dependence treatment: influence of training experiences on clinical activities among otolaryngologists. *Laryngoscope* 2013; 123(12): 3005-9.
9. Prochaska JJ, Fromont SC, Hall SM. How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Acad Psychiatry* 2005; 29(3): 256-61.
10. 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(5): 372-8.
11. Himelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? *Am J Psychiatry* 2003; 160(12): 2228-30.
12. Prochaska JJ, Fromont SC, Leek D, Hudmon KS, Louie AK, Jacobs MH, et al. Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Acad Psychiatry* 2008; 32(6): 484-92.
13. Payne TJ, Gaughf NW, Sutton MJ, Sheffer CE, Elci OU, Cropsey KL, et al. The impact of brief tobacco treatment training on practice behaviours, self-efficacy and attitudes among healthcare providers. *Int J Clin Pract* 2014; 68(7): 882-9.
14. Hayes RB, Geller AC, Crawford SL, Jolicoeur DG, Churchill LC, Okuyemi KS, et al. Medical school curriculum characteristics associated with intentions and frequency of tobacco dependence treatment among 3rd year U.S. medical students. *Prev Med* 2015; 72: 56-63.