



A comparison of occasional and daily smokers among dental patients in Thailand

Penpan Laohapand, Warungkana Chidchuangchai

Department of Oral Medicine and Periodontology, Faculty of Dentistry, Mahidol University

Abstract

Objectives: To compare the demographic and smoking characteristics as well as the readiness to quit smoking of occasional and daily smokers among dental patients in Thailand.

Materials and methods: The data in this study were derived from the dental patient tobacco use survey, a self-administered questionnaire survey, conducted in Thailand during September 2011 to March 2012. The analyses were limited to current smokers (1,521 out of a total of 7,383 respondents). Descriptive statistics and chi-square test for categorical variables were used. The significant level was set at 0.05.

Results: Occasional smokers constituted 46.5% of all current smokers and they significantly differed from daily smokers on several characteristics ($P < 0.001$). When compared with daily smokers, occasional smokers were less often male (89.4% vs. 96.2%), younger (age 15-24 years: 25.3% vs. 13.8% and age ≥ 45 years: 29.7% vs. 41.4%), had higher education level (45.0% vs. 25.6%), more often student (20.2% vs. 5.2%) but less often laborer/agriculturist/fisherman and unemployed/housewife (35.4% vs. 48.8% and 7.4% vs. 10.4%, respectively). They also reported lower consumption level (78.5% vs. 29.1%), shorter smoking duration (49.2% vs. 19.3%), and lower nicotine dependence score (90.7% vs. 67.9%). Both daily and occasional smokers were similar in their readiness to quit smoking. Almost 60% of all smokers were thinking about quitting smoking without definite plan, and nearly 15% were planning to quit smoking in the next 30 days.

Conclusion: This study demonstrates that almost half of the smokers among dental patients in Thailand do not smoke daily. Occasional and daily smokers differed on several demographic and smoking characteristics but reported similar level of readiness to quit smoking. Smoking cessation intervention in dental clinics should be targeting to both daily and occasional smokers and it needs to be tailored for smokers in each group.

Key words: Readiness to quit smoking, Thailand, dental patients, smoking characteristics

How to cite: Laohapand P, Chidchuangchai W. A comparison of occasional and daily smokers among dental patients in Thailand. *M Dent J* 2016; 36: 361-373.

Corresponding author:

Penpan Laohapand
Department of Oral Medicine and
Periodontology, Faculty of Dentistry,
Mahidol University
6 Yothi Street, Ratchathewi, Bangkok
10400, Thailand.

Tel: 02-200-7841-2

Fax: 02-200-7840

Email: penpan.lao@mahidol.ac.th

Received: 23 May 2016

Accepted: 5 August 2016



การเปรียบเทียบผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและสูบบุหรี่ประจำในกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมในประเทศไทย

เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์, วรางคณา ชิดช่วงชัย

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปากและปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะการสูบบุหรี่รวมทั้งความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและสูบบุหรี่ประจำในกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมในประเทศไทย

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา: ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยทางทันตกรรมไทย ซึ่งเป็นการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2555 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน (จำนวน 1,521 คนจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7,383 คน) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้การทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีอยู่ในอัตราร้อยละ 46.5 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันทั้งหมด และมีลักษณะหลายประการแตกต่างจากผู้สูบบุหรี่ประจำ ($P < 0.001$) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูบบุหรี่ประจำพบว่า ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีสัดส่วนเพศชายน้อยกว่า (ร้อยละ 89.4 เทียบกับร้อยละ 96.2), อายุน้อยกว่า (อายุ 15-24 ปี: ร้อยละ 25.3 เทียบกับร้อยละ 13.8 และ อายุ ≥ 45 ปี: ร้อยละ 29.7 เทียบกับร้อยละ 41.4), มีการศึกษาในระดับสูงกว่า (ร้อยละ 45.0 เทียบกับร้อยละ 25.6), เป็นนักเรียน/นักศึกษามากกว่า (ร้อยละ 20.2 เทียบกับ ร้อยละ 5.2) แต่เป็นผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร/ชาวประมง และผู้ว่างงาน/แม่บ้านน้อยกว่า (ร้อยละ 35.4 เทียบกับ ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 7.4 เทียบกับ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในระดับที่ต่ำกว่า (ร้อยละ 78.5 เทียบกับร้อยละ 29.1), มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ที่น้อยกว่า (ร้อยละ 49.2 เทียบกับร้อยละ 19.3) และระดับการเสพติดนิโคตินที่น้อยกว่า (ร้อยละ 90.7 เทียบกับร้อยละ 67.9) ทั้งผู้สูบบุหรี่ประจำและสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่เหมือนกัน โดยผู้สูบบุหรี่เกือบร้อยละ 60 คิดจะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน และร้อยละ 15 วางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน

บทสรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยทางทันตกรรมในประเทศไทยไม่ได้สูบบุหรี่ประจำ ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและผู้สูบบุหรี่ประจำมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะการสูบบุหรี่แตกต่างกัน แต่มีระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่เหมือนกัน การให้คำแนะนำรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมควรมุ่งเน้นทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ประจำและสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และการให้คำแนะนำรักษานั้นจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ในแต่ละกลุ่ม

รหัสคำ: ความพร้อมในการเลิกบุหรี่, ประเทศไทย, ผู้ป่วยทางทันตกรรม, ลักษณะการสูบบุหรี่

วิธีอ้างอิงบทความนี้: เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์, วรางคณา ชิดช่วงชัย. การเปรียบเทียบผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและสูบบุหรี่ประจำในกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมในประเทศไทย. วทันตมhidล 2559; 36: 361-373.

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปากและปริทันตวิทยา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ประเทศไทย

โทรศัพท์: 02-200-7841-2

โทรสาร: 02-200-7840

อีเมล: penpan.lao@mahidol.ac.th

วันรับเรื่อง: 23 พฤษภาคม 2559

วันยอมรับการตีพิมพ์: 5 สิงหาคม 2559

บทนำ

การเสพติดบุหรี่จัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง¹ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหรือสภาวะอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ ในช่องปากได้มากมาย เช่น มะเร็งช่องปาก^{2,3} ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือโรคปริทันต์⁴ ที่แม้จะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตแต่ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ทันตบุคลากรจึงมีบทบาทโดยตรงในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสภาวะในช่องปากดังกล่าวแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือสภาวะร้ายแรงอีกมากมายในร่างกายส่วนอื่นๆ ด้วย⁵

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยทางทันตกรรมในประเทศไทย พบว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบที่แพร่หลายมากที่สุด และมีความชุกถึงร้อยละ 20.6⁶ ดังนั้นการสร้างระบบและเตรียมทันตบุคลากรเพื่อช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่โดยเป็นส่วนหนึ่งของการประกอบวิชาชีพทางทันตกรรมตามปกติ (routine dental care) ที่ไม่กระทบต่องานประจำจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในปัจจุบันมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่⁷ แต่ในการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวของทันตบุคลากรนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบและลักษณะการสูบบุหรี่ ความรุนแรงในการติดบุหรี่ สถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในคลินิกทันตกรรม นับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการวางแผนให้ความรู้ และการวางแผนการรักษาให้เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ หรือการรักษาทางเลือก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ เป็นต้น จากกรทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบและลักษณะการสูบบุหรี่ ความรุนแรงในการติดบุหรี่ สถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทางทันตกรรมในประเทศไทย ในส่วนของการประเมิน

ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ยังพบว่า เคยมีรายงานการศึกษาความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกทันตกรรมของหน่วยงานภาครัฐ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น⁸ โดยอาศัยหลักการจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stages of change model) ของ Prochaska และ DiClemente⁹ แต่การศึกษาดังกล่าวต้องการที่จะทราบเพียงว่า ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่บ้างหรือไม่ จึงอาศัยข้อคำถามที่ว่า “ท่านมีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้าหรือไม่” โดยไม่มีการจำแนกผู้ที่สูบบุหรี่ตามขั้นของการเปลี่ยนแปลงในระยะอื่นๆ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะการสูบบุหรี่รวมทั้งความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและสูบบุหรี่ประจำในกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมในประเทศไทย

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา กลุ่มประชากร

ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยทางทันตกรรมไทย ซึ่งเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามชนิดตนเอง (self-administered questionnaire) ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA. No. MU-IRB 2010/259.1409 การสำรวจทำระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2555 ในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ และมาลงทะเบียนเพื่อรับบริการในคลินิกทันตกรรมของคณะทันตแพทยศาสตร์ในสังกัดมหาวิทยาลัยต่างๆ 7 แห่ง (มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) และในคลินิกทันตกรรมสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขใน 13 จังหวัด (กระบี่ นครราชสีมา นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ ปัตตานี พิษณุโลกแพร่ ยะลา สมุทรสาคร สระบุรี สุพรรณบุรี หนองบัวลำภู และ อุบลราชธานี) การคัดเลือกตัวอย่างใช้กระบวนการคัดเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างจากแต่ละคลินิก โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในกรณีที่ไม่ทราบประชากร¹⁰ กำหนดให้ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05, ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 0.05, ค่าประมาณของสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่ประจำซึ่งเคยมีรายงานไว้เท่ากับ 0.225¹¹ และกำหนดอัตราการไม่ตอบสนอง (non-response rate) ร้อยละ 50 ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจากแต่ละคลินิกเท่ากับ 400 คน รวมตัวอย่างที่ใช้ศึกษาทั้งหมด 8,000 คน แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน และมีข้อมูลครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวน 7,383 ฉบับ (ร้อยละ 92.3) จากการแจกแจงสถานะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ โดยเป็นผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ 5,212 คน (ร้อยละ 70.6) และเป็นผู้เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว 650 คน (ร้อยละ 8.8) ส่วนผู้ที่ตอบรับว่าสูบบุหรี่ปัจจุบันมีจำนวน 1,521 คน ดังนั้นในการศึกษานี้จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเท่านั้น

การเก็บข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ ซึ่งนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะการสูบบุหรี่ ได้แก่ รูปแบบการสูบบุหรี่ (สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว/สูบบุหรี่เป็นบางวัน และสูบบุหรี่ประจำ/สูบบุหรี่ทุกวัน), จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในวันที่สูบบุหรี่, ระยะเวลาในการสูบ, ประเภทของบุหรี่ที่สูบ (ได้แก่ บุหรี่จากโรงงาน/บุหรี่ซอง และ บุหรี่มวนเอง), ประวัติในการพยายามเลิกบุหรี่, ประวัติการ

บริโภคยาสูบไร่คว้น (เช่น การเคี้ยว อม หรือจุกยาเส้น/ยาฉุน หรือสูดยาน้ำตฤ) และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

ระดับการติดนิโคติน เป็นคะแนนรวมที่ได้จากการที่ผู้สูบบุหรี่ตอบแบบสอบถามในส่วนแบบทดสอบวัดระดับการติดนิโคตินของ Fagerström¹² ที่แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งมีข้อคำถาม 6 ข้อ โดยคะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 0-10 คะแนน

ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ได้จากการที่ผู้สูบบุหรี่เลือกข้อความ 1 ใน 3 ข้อ ซึ่งตรงกับความคิดของตนเองที่สุด โดยข้อความนั้นถูกกำหนดขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของ Prochaska และ DiClemente⁹ ได้แก่ 1) ไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่ (precontemplation), 2) คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้าแต่ยังไม่มีแผนชัดเจน (contemplation) และ 3) วางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน (preparation)

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

วิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 11.5 (SPSS, Chicago, IL, USA) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลจำแนกประเภท (categorical data) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลจำแนกประเภทที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ; อายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 15-24 ปี, 25-44 ปี, และตั้งแต่ 45 ขึ้นไป; ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่ามัธยมศึกษา, ระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา; อาชีพ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ข้าราชการ/พนักงาน/นักธุรกิจ, ผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร/ชาวประมง, ผู้ว่างงาน/แม่บ้าน, และนักเรียน/นักศึกษา; ระดับการสูบบุหรี่ แบ่งตามเกณฑ์ของ Biener และ Albers¹³ เป็น 2 ระดับ คือ ระดับน้อย (สูบบุหรี่ไม่เกิน 9 มวน/วันในวันที่สูบบุหรี่) และ ระดับปานกลางถึงมาก (สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป/วันในวันที่สูบบุหรี่); ระยะเวลาในการสูบ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1-5 ปี,

6-10 ปี, และตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป; ประเภทของบุหรี่ที่สูบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ สูบบุหรี่จากโรงงาน/บุหรี่ซอง อย่างเดียว, สูบบุหรี่มวนเองอย่างเดี่ยว และสูบบุหรี่ ทั้ง 2 ประเภท; ประวัติการैयाสูบไร่ควัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ैयाสูบไร่ควัน และไมैयाสูบไร่ควัน; ระดับการติดยาโคติน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มากถึงต่ำ, ระดับปานกลาง และระดับสูงถึงสูงมาก (คะแนนรวมจากการทำแบบทดสอบน้อยกว่า 5, 5-6 และ 7-10 คะแนนตามลำดับ); ประวัติในการพยายาม เลิกบุหรี่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่เคยเลิกบุหรี่ และเคย พยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง; และความ พร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่สนใจ จะเลิกสูบบุหรี่, คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังไม่มีความชัดเจน และวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 1 เดือน

ผลการศึกษา

จากผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันทั้งหมดจำนวน 1,521 คน มีผู้ที่ระบุว่าสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และสูบบุหรี่ประจำ ในอัตราร้อยละ 46.5 และ ร้อยละ 53.5 ตามลำดับ

ลักษณะทางประชากรศาสตร์

ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันทั้งหมด ส่วนใหญ่มักจะเป็น เพศชาย (ร้อยละ 93.0) มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 80.9) เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือ ต่ำกว่า (ร้อยละ 65.4) และเป็นผู้ใช้แรงงาน/ เกษตรกร/ชาวประมง (ร้อยละ 42.5) (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และ ผู้ที่สูบบุหรี่ประจำ จะเห็นว่า เพศ อายุ ระดับการ ศึกษา และอาชีพของผู้สูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดย

Table 1 Demographic characteristics of occasional and daily smokers

Demographic characteristics	Total n (%)	Occasional smokers n (%)	Daily smokers n (%)	P-value ^a
Total	1,521 (100)	707 (46.5)	814 (53.5)	
Sex				<0.001
Male	1,415 (93.0)	632 (89.4)	783 (96.2)	
Female	106 (7.0)	75 (10.6)	31 (3.8)	
Age (years)				<0.001
15-24	291 (19.1)	179 (25.3)	112 (13.8)	
25-44	683 (44.9)	318 (45.0)	365 (44.8)	
≥ 45	547 (36.0)	210 (29.7)	337 (41.4)	
Education level				<0.001
Secondary or less	995 (65.4)	389 (55.0)	606 (74.4)	
Higher than secondary	526 (34.6)	318 (45.0)	208 (25.6)	
Occupation				<0.001
Officer/Employee/Tradesman	552 (36.3)	262 (37.0)	290 (35.6)	
Laborer/Agriculturist/Fisherman	647 (42.5)	250 (35.4)	397 (48.8)	
Unemployed/Housewife	137 (9.0)	52 (7.4)	85 (10.4)	
Student	185 (12.2)	143 (20.2)	42 (5.2)	

^a Difference between occasional and daily smokers was tested with chi-square test.

ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมักจะมีสัดส่วนเพศชายน้อยกว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ประจำ (ร้อยละ 89.4 เทียบกับ ร้อยละ 96.2) และมีอายุน้อยกว่า ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 15-24 ปีมากกว่า (ร้อยละ 25.3 เทียบกับ ร้อยละ 13.8) แต่ในทางกลับกันมีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ขึ้นไปน้อยกว่า (ร้อยละ 29.7 เทียบกับ ร้อยละ 41.4) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมักจะมีการศึกษาสูงกว่า (ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 45.0 เทียบกับ ร้อยละ 25.6) และเมื่อพิจารณาการกระจายของกลุ่มอาชีพ พบว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นข้าราชการ/พนักงาน/นักธุรกิจใกล้เคียงกับผู้สูบบุหรี่ประจำ (ร้อยละ 37.1 เทียบกับ ร้อยละ 35.6) แต่มีสัดส่วนของผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร/ชาวประมง และสัดส่วนของผู้ว่างงาน/แม่บ้านน้อยกว่า (ร้อยละ 35.4 เทียบกับ ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 7.4 เทียบกับ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ) และในทางตรงกันข้ามมีสัดส่วนของนักเรียน/นักศึกษามากกว่า (ร้อยละ 20.2 เทียบกับ ร้อยละ 5.2)

ลักษณะการสูบบุหรี่

ระดับและระยะเวลาในการสูบบุหรี่

ในภาพรวมผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีปริมาณการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 9.0 ± 6.7 มวนต่อวันในวันที่สูบบุหรี่ และสูบบุหรี่มาแล้วเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 14.1 ± 12.2 ปี เมื่อนำปริมาณการสูบบุหรี่มาจัดระดับการสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 2 ระดับตามเกณฑ์ของ Biener และ Albers¹³ คือ ระดับน้อย (สูบบุหรี่ไม่เกิน 9 มวน/วันในวันที่สูบบุหรี่) และ ระดับปานกลางถึงมาก (สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป/วันในวันที่สูบบุหรี่) และแบ่งระยะเวลาในการสูบบุหรี่เป็น 3 ระยะ คือ 1-5 ปี, 6-10 ปี, และ ตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป (ตารางที่ 2) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและกลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำ ($P < 0.001$) โดยผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมักจะป็นผู้สูบบุหรี่น้อย

(ร้อยละ 78.5) และสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาไม่นาน (เกือบร้อยละ 50 สูบบุหรี่มานาน 1-5 ปี) ส่วนผู้สูบบุหรี่ประจำมักจะป็นผู้สูบบุหรี่มาก (ร้อยละ 70.9) และสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน (ร้อยละ 57.5 สูบบุหรี่มานานมากกว่า 10 ปี)

ประเภทของบุหรี่ยี่สูบและการบริโภคยาสูบไร่

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่า บุหรี่จากโรงงานหรือ บุหรี่ซองจะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเกือบร้อยละ 70 ใช้สูบ ส่วนที่เหลือร้อยละ 21.4 สูบบุหรี่มวนเอง และร้อยละ 8.7 สูบทั้งบุหรี่จากโรงงานและบุหรี่ยี่มวนเอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและกลุ่มผู้สูบบุหรี่ประจำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 2) โดยในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจะมีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่จากโรงงานสูงกว่า (ร้อยละ 79.8 เทียบกับร้อยละ 61.3) แต่มีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่มวนเอง และสัดส่วนของผู้สูบทั้งสองประเภทในสัดส่วนที่ต่ำกว่า (ร้อยละ 15.8 เทียบกับร้อยละ 26.2 และ ร้อยละ 4.4 เทียบกับร้อยละ 12.5 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 6 ของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และในกลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำ จะเป็นผู้ที่บริโภคยาสูบไร่ควบรวมกับการสูบบุหรี่

ระดับการติดนิโคติน

ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันทั้งหมดพบว่า ส่วนใหญ่ติดนิโคตินในระดับต่ำมากถึงต่ำ (ร้อยละ 78.5) มีผู้ที่ติดนิโคตินในระดับปานกลาง และในระดับสูงถึงสูงมากในอัตราร้อยละ 16.5 และ ร้อยละ 5 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ประจำ พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ติดนิโคตินในระดับต่างๆ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 2) โดยผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจะเป็นผู้ที่ติดนิโคตินในระดับต่ำมากถึงต่ำในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูบบุหรี่ประจำ (ร้อยละ 90.7 เทียบกับร้อยละ 67.9) ในทางกลับกันผู้สูบบุหรี่ประจำจะเป็นผู้ที่ติดนิโคตินในระดับปานกลาง และใน

Table 2 Smoking characteristics of occasional and daily smokers

Smoking characteristics	Total n (%)	Occasional smokers n (%)	Daily smokers n (%)	P-value ^a
Total	1,521 (100)	707 (46.5)	814 (53.5)	
Consumption level				<0.001
Light smoking (1-9 cpd ^b)	792 (52.1)	555 (78.5)	237 (29.1)	
Moderate to heavy smoking (≥ 10 cpd ^b)	729 (47.9)	152 (21.5)	577 (70.9)	
Smoking duration (years)				<0.001
1-5	505 (33.2)	348 (49.2)	157 (19.3)	
6-10	366 (24.1)	177 (25.0)	189 (23.2)	
≥ 11	650 (42.7)	182 (25.7)	468 (57.5)	
Types of cigarette				<0.001
Manufactured	1,063 (69.9)	564 (79.8)	499 (61.3)	
Hand-rolled	325 (21.4)	112 (15.8)	213 (26.2)	
Both	133 (8.7)	31 (4.4)	102 (12.5)	
Concomitant cigarette and SLT users				0.856
No	1,431 (94.1)	666 (94.2)	765 (94.0)	
Yes	90 (5.9)	41 (5.8)	49 (6.0)	
Nicotine dependence level				<0.001
Very low to low (score <5)	1,194 (78.5)	641 (90.7)	553 (67.9)	
Medium (score 5-6)	251 (16.5)	57 (8.1)	194 (23.8)	
High to very high (score 7-10)	76 (5.0)	9 (1.3)	67 (8.2)	

a Difference between occasional and daily smokers was tested with chi-square test.

b The number of cigarettes per day (cpd) for occasional smokers was the usually number on the days that they smoked.

SLT = smokeless tobacco

ระดับสูงถึงสูงมากในสัดส่วนที่สูงกว่า (ร้อยละ 23.8 เทียบกับร้อยละ 8.1 และ ร้อยละ 8.2 เทียบกับร้อยละ 1.3 ตามลำดับ)

สถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

รูปที่ 1 แสดงสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พบว่าสถานการณ์ที่ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวตอบรับมากใน 6 อันดับแรก ได้แก่ ขณะดื่มสุรา (ร้อยละ 44.1), หลังรับประทานอาหาร (ร้อยละ 34.7), ขณะอยู่ในงานเลี้ยงหรืออยู่กับกลุ่มเพื่อน (ร้อยละ 33.8), เวลาเครียด (ร้อยละ 31.8), ขณะอยู่ในห้องน้ำ (ร้อยละ 22.3), และขณะโกรธ (ร้อยละ 21.9) ส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ประจำได้แก่ หลังรับประทานอาหาร (ร้อยละ 69.4), ขณะดื่มสุรา (ร้อยละ 51.8), เวลาเครียด

(ร้อยละ 47.9), ทันทิเมื่อตื่นนอนตอนเช้า (46.3), ขณะอยู่ในห้องน้ำ (ร้อยละ 45.1), และขณะอยู่ในงานเลี้ยงหรืออยู่กับกลุ่มเพื่อน (ร้อยละ 41.5)

ความพยายามเลิกสูบบุหรี่และความพร้อมในการเลิกบุหรี่

ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันทั้งหมด พบว่ามีผู้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 819 คน (ร้อยละ 53.8) โดยร้อยละ 53.7 ของผู้ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เลือกใช้วิธีการหักดิบ ร้อยละ 43.0 เลือกใช้วิธีการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ และร้อยละ 3.3 ใช้วิธีอื่นๆ เช่นยาช่วยเลิกบุหรี่ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ พบว่าผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน

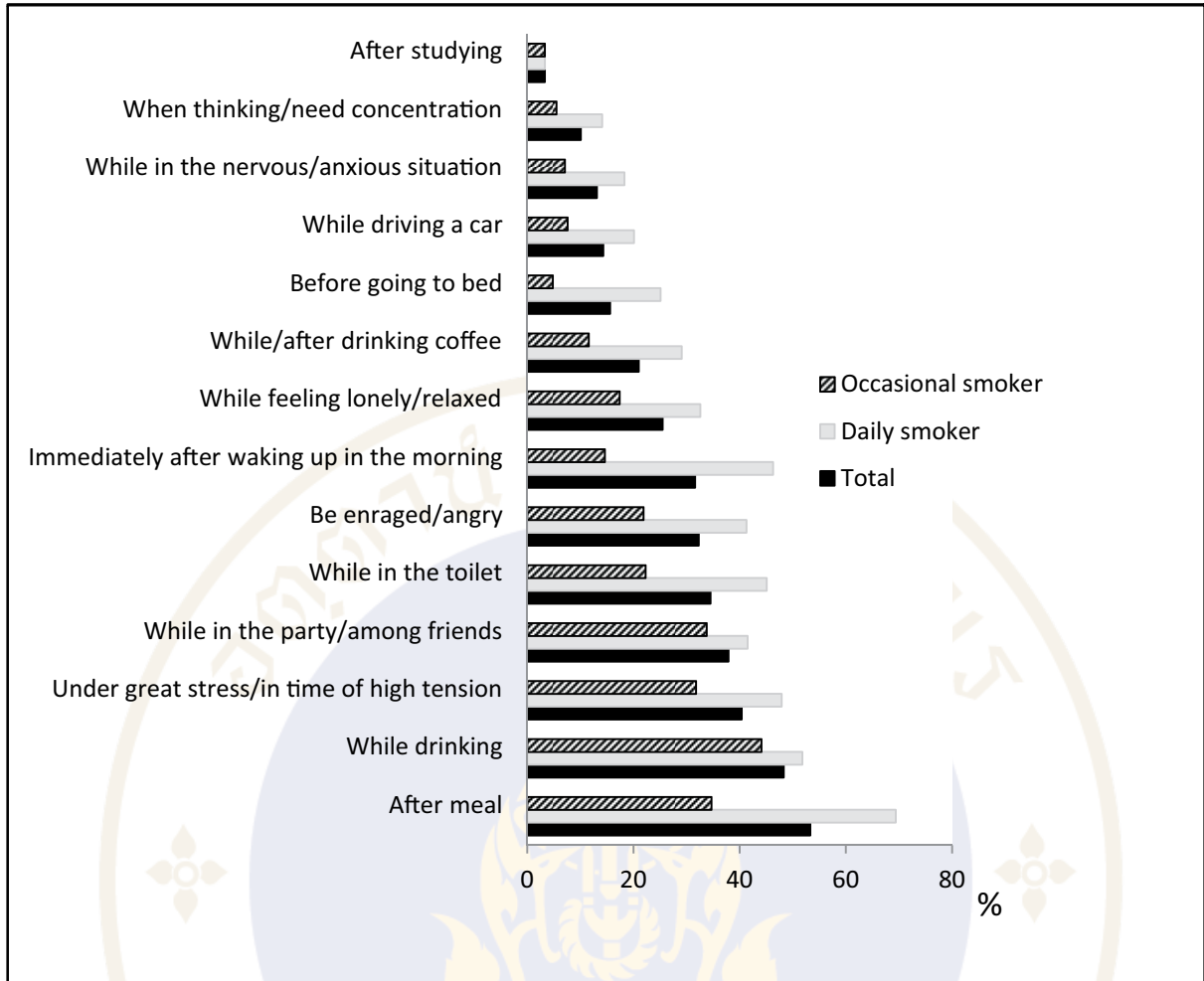


Figure 1 Percentage of positive response to smoking related situations of current smokers (n = 1,521), occasional smoker (n = 707) and daily smoker (n = 814)

400 คนจากทั้งหมด (ร้อยละ 26.3) ยังไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า ส่วนผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่มีแผนชัดเจนมีจำนวน 898 คน (ร้อยละ 59.0) และผู้ที่กำลังวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรือเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่มีจำนวน 223 คน (ร้อยละ 14.7) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ประจำ พบว่าสัดส่วนของผู้ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งไม่มีความแตกต่างกัน (P=0.24) เช่นเดียวกับระดับความพร้อมต่างๆ ในการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มก็ไม่มี ความแตกต่างกัน (P=0.33) (ตารางที่ 3)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและผู้สูบบุหรี่ประจำ ในกลุ่มผู้ป่วยทางทันตกรรมที่ทำเป็นครั้งแรกในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุตนว่าเป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันจำนวน 1,521 คน จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7,383 คน ในการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยทางทันตกรรมในประเทศไทย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นการสำรวจขนาดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่มารับบริการจากคลินิกทันตกรรมในสังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ

Table 3 Previous quit attempt and readiness to quit smoking of occasional and daily smokers

Smoking variables	Total n (%)	Occasional smokers n (%)	Daily smokers n (%)	P-value ^a
Total	1,521 (100)	707 (46.5)	814 (53.5)	
Previous quit attempt				
No attempt	819 (53.8)	392 (55.4)	427 (52.5)	0.244
At least one attempt	702 (46.2)	315 (44.6)	387 (47.5)	
Readiness to quit smoking				
Precontemplation	400 (26.3)	188 (26.6)	212 (26.0)	0.333
Contemplation	898 (59.0)	406 (57.4)	492 (60.4)	
Preparation	223 (14.7)	113 (16.0)	110 (13.5)	

^a Difference between occasional and daily smokers was tested with chi-square test.

7 แห่ง และในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดต่างๆ 13 จังหวัด ซึ่งกระจายตัวอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มผู้ป่วยทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่ปัจจุบันนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีอยู่ถึงร้อยละ 46.5 จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และผู้สูบบุหรี่ประจำมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก (1:1.2) แต่อัตราส่วนดังกล่าวแตกต่างจากอัตราส่วน 1:6 ที่พบจากการสำรวจครัวเรือนที่มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2552¹⁴ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการที่รอบการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสองนี้ไม่เหมือนกัน (ผู้ป่วยทางทันตกรรมเทียบกับประชากรทั่วไป) อย่างไรก็ตามเนื่องจากไม่เคยมีข้อมูลในประเทศไทยมาก่อนว่า การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวในกลุ่มผู้ป่วยทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่มีอัตราร้อยละเท่าใด จึงไม่สามารถบอกได้ว่าอัตราที่พบมากในการศึกษานี้เป็นเพราะมีการเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวหรือไม่ รายงานความชุกหรืออัตราการสูบบุหรี่จากการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยต่างๆ¹⁵⁻¹⁷ รวมทั้งผู้ป่วยทางทันตกรรมที่ผ่านมา¹⁸ มักจะรายงานในภาพรวม คือเป็นความชุกหรืออัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน แต่สำหรับในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรอื่นๆ ในปัจจุบันมีการศึกษาที่เน้นถึงการสูบ

บุหรี่เป็นครั้งคราวมากขึ้น และพบว่ามีอัตราที่หลากหลาย เช่น Hassmiller และคณะ¹⁹ ศึกษาข้อมูลจาก Current Population Survey Tobacco Use Supplement ปี ค.ศ. 1998-1999 ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน 36,160 คน มีผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวร้อยละ 19.2 ส่วน Oksuz และคณะ²⁰ ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยที่มีอายุ 18-25 ปีในประเทศตุรกี จำนวน 976 คน พบว่าเป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 482 คน และในจำนวนนี้ร้อยละ 41.3 เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และ Al-Sahab และคณะ²¹ ทำการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศของแคนาดาที่ทำการศึกษาสำรวจก่อนและหลังคลอดในกลุ่มประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 6,421 คน พบความชุกของการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 10.5 โดยเป็นการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวร้อยละ 3.6 และสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 6.9

ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและผู้สูบบุหรี่ประจำในกลุ่มผู้ป่วยทางทันตกรรมที่ศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกัน โดยเมื่อพิจารณาจากลักษณะทางประชากรศาสตร์ จะเห็นว่าผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีสัดส่วนเพศชายน้อยกว่า หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 70) สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมักจะ

มีอายุน้อยกว่า, มีการศึกษาในระดับสูงกว่า และมีสัดส่วนของผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร/ชาวประมง และผู้ว่างงาน/แม่บ้านน้อยกว่า แต่มีสัดส่วนของนักเรียน/นักศึกษามากกว่า และเมื่อพิจารณาจากลักษณะการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีระดับในการสูบบุหรี่ต่ำกว่า, ระยะเวลาในการสูบบุหรี่น้อยกว่า และระดับการเสพติดนิโคตินน้อยกว่า ความแตกต่างดังกล่าวชี้แนะว่ารูปแบบการสูบบุหรี่นั้นไม่ได้ถูกกำหนดโดยกระบวนการเสพติดทางชีวภาพแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่น่าจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เช่น บรรทัดฐานทางสังคมหรือวัฒนธรรม ความรู้ เศรษฐฐานะ และ กฎหมาย เป็นต้น ตัวอย่างเช่นการสูบบุหรี่ของผู้หญิงไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมไทย ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ที่เป็นผู้หญิงจึงอาจเลือกที่จะสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมากกว่า หรือผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ จึงมักเลือกที่จะสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวด้วยความเชื่อว่าจะลดอันตรายดังกล่าว

ผลจากการศึกษาอีกส่วนหนึ่งที่น่าสนใจคือ แม้ว่าผู้ป่วยทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีลักษณะหลายอย่างตามที่กล่าวมาต่างกัน แต่พบว่าผู้สูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มมีความพร้อมในการเลิกบุหรี่เหมือนกัน โดยผู้สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 60 คิดจะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน และประมาณร้อยละ 15 วางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน การให้คำแนะนำรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมซึ่งมุ่งเน้นทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ประจำและสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว โดยการให้คำแนะนำรักษาที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับรู้และเห็นประจักษ์ถึงผลของบุหรี่ในช่องปากของผู้ป่วยเองถือเป็นจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้ และน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มากขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ในการให้คำแนะนำรักษาให้ผู้ป่วยเลิกบริโภคยาสูบ มีข้อแนะนำซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจต่างๆ ที่ได้จากการศึกษานี้ในภาพรวม และควรนำมา

พิจารณาด้วยหรือเพื่อทำการศึกษาต่อไป ได้แก่

ประเด็นที่ 1 จากการศึกษาของ Hassmiller และคณะ¹⁹ ยืนยันข้อสังเกตของ Evans และคณะ²² ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีผู้ใช้ที่เริ่มสูบบุหรี่เท่านั้น และยังพบว่าภายในกลุ่มของผู้สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และสูบบุหรี่เป็นประจำมีความหลากหลาย โดยอาจจำแนกผู้สูบบุหรี่แต่ละกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อยได้อีก โดยนอกจากจะมีผู้ใช้ที่เริ่มสูบบุหรี่แล้ว ยังมีบางส่วนที่มีรูปแบบการสูบบุหรี่คงที่ และบางส่วนอยู่ในระยะเปลี่ยนแปลงรูปแบบการสูบบุหรี่ (จากสูบบุหรี่เป็นประจำ เปลี่ยนเป็นสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว หรือในทางกลับกัน) ทั้งนี้ในการจำแนกจะต้องนำประวัติการสูบบุหรี่และระยะเวลาที่ผู้สูบบุหรี่มีรูปแบบการสูบบุหรี่นั้นๆ มาพิจารณา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้มาจากข้อคำถาม 2 ข้อ คือ “คุณสูบบุหรี่หรือไม่” (มีคำตอบให้เลือก คือ ไม่สูบบุหรี่, เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว, สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน) และ “หากคุณสูบบุหรี่ คุณสูบบุหรี่มานานเท่าใด (โปรดระบุระยะเวลา.....ปี)” ซึ่งจะเห็นได้ว่าระยะเวลาในข้อคำถามไม่ได้ชี้ชัดถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันจึงไม่อาจนำมาจำแนกกลุ่มย่อยของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละกลุ่ม ซึ่งในทางปฏิบัติหากทันตแพทย์สามารถซักถามผู้สูบบุหรี่ให้ชัดเจน และจำแนกผู้สูบบุหรี่ในแต่ละระยะได้จะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำรักษาที่เฉพาะตนมากขึ้น

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยทางทันตกรรมทั้งที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวหรือสูบบุหรี่เป็นประจำส่วนใหญ่ในการศึกษานี้บริโภคยาสูบเพียงประเภทเดียว คือ สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ก็พบว่าอีกร้อยละ 6 ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ยาสูบไร่คว้น ทั้งนี้มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่บริโภคยาสูบหลายชนิดร่วมกัน มักมีโอกาสมหาการบริโภคยาสูบน้อยกว่า ผู้ที่บริโภคยาสูบเพียงชนิดเดียวอย่างเดียว²³ ดังนั้นในการช่วยเหลือผู้บริโภคยาสูบในกลุ่มนี้ จะต้องมีการย้ำเตือนถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งจากการสูบบุหรี่และจากการใช้ยาสูบไร่คว้น และความเสี่ยงที่อาจจะเพิ่ม

ขึ้นจากการเพิ่มฤทธิ์กัน เช่น การใช้ยาสูบไร้ควันยังมีผลเพิ่มความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ²⁴ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ให้มากขึ้น

ประเด็นที่ 3 ประเภทของบุหรี่ยังผู้ป่วยใหม่ทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบได้แก่ บุหรี่ซอง แต่ประมาณร้อยละ 30 ยังเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มวนเองหรือสูบบุหรี่ทั้งสองชนิด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุหรี่ยมวนเองมีราคาถูกกว่าบุหรี่ซอง และผู้ที่สูบบุหรี่มวนเองอาจมีความเชื่อว่าบุหรี่ยมวนเองมีพิษภัยน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นไปที่บุหรี่ซอง จึงควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ที่สูบบุหรี่มวนเอง และให้ความรู้ถึงอันตรายของบุหรี่ยมวนเองและบุหรี่ยมวนเองด้วย

ประเด็นที่ 4 ผู้ป่วยใหม่ทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่ปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว และประมาณร้อยละ 75 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่น้อย คือสูบบุหรี่ไม่เกิน 9 มวน/วันในวันที่บริโภค ประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญเพราะในปัจจุบันมีความเชื่อกันอย่างกว้างขวางว่า การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว หรือการสูบบุหรี่ต่อวันในจำนวนที่น้อยเป็นเรื่องที่ไม่อันตราย อีกทั้งได้มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่สูบบุหรี่มาก คือสูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนขึ้นไปต่อวัน มักจะได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่น้อยหรือสูบเป็นครั้งคราว²⁵ ดังนั้นทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยจะต้องทราบว่าเป็นความจริงแล้วไม่มียกระดับของการสูบบุหรี่ที่ถือว่าปลอดภัย²⁶ ทั้งนี้ถึงแม้ว่าจะได้รับสารพิษจากบุหรี่ในปริมาณน้อย แต่ผู้สูบก็ยังคงได้รับนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณที่มากขึ้นได้²⁷ และยังคงก่อให้เกิดผลเสียอย่างมากต่อสุขภาพในระยะยาวได้²⁸

ประเด็นที่ 5 แม้ว่าในปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติที่แนะนำสำหรับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่⁷ จะมีคำแนะนำการใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกคน ยกเว้นในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ หรือในกรณีกลุ่มพิเศษซึ่งยังไม่มีข้อมูลมาก

พอที่แสดงถึงประสิทธิผล (effectiveness) ของยา เช่น หนิงตั้งครรภ, วยรูน, ผู้ที่สูบบุหรี่ไร้ควัน และผู้ที่สูบบุหรี่น้อย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใหม่ทางทันตกรรมที่สูบบุหรี่ปัจจุบันส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อย และเกือบร้อยละ 90 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ติดนิโคตินในระดับต่ำมากถึงต่ำ ซึ่งมีโอกาสที่จะเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองด้วยการปรับพฤติกรรม²⁹ หรือแก้ไขปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ทำให้สูบบุหรี่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัย เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหาร และการสูบบุหรี่ระหว่างการดื่มสุรา เป็นต้น ดังนั้นจึงควรพัฒนาทันตแพทย์และทันตบุคลากรให้มีทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ (smoking cessation counseling) แก่ผู้ป่วย ซึ่งได้มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นแล้วว่าสามารถผสมผสานการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยได้ในระหว่างการรักษาทางทันตกรรม³⁰

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ ผลการศึกษาได้จากกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยงานภาครัฐทั้งสิ้น ประกอบด้วยคลินิกทันตกรรมของคณะทันตแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ 7 แห่ง และคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ 13 จังหวัดซึ่งกระจายตัวอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ ไม่ได้ทำการศึกษาในคลินิกทันตกรรมของภาคเอกชน ซึ่งข้อมูลอาจมีความแตกต่างหรือเหมือนกันก็ได้ สถานะการสูบบุหรี่ในการศึกษานี้ได้จากการรายงานด้วยตนเองของผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้มีการพิสูจน์ยืนยันทางชีวเคมี อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่า การรายงานสถานะการสูบบุหรี่ด้วยตนเองของผู้ป่วยนั้นมีความเที่ยง³¹

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยทางทันตกรรมในประเทศไทยไม่ได้สูบบุหรี่ประจำ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวและผู้สูบบุหรี่ประจำมีความแตกต่างกัน แต่ทั้งสองกลุ่มมีระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่เหมือนกัน คือส่วนใหญ่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่โดยที่บางส่วนมีวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์

สำหรับการนำไปใช้ทางคลินิก และเสนอแนะว่า การให้คำแนะนำรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกทันตกรรมควรมุ่งเน้นทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำและที่สูบเป็นครั้งคราว แต่การให้คำแนะนำรักษานั้นจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ในแต่ละกลุ่ม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากโครงการกลยุทธ์วิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประจำปี พ.ศ. 2553 ขอขอบคุณ ทพญ. เรวดี ต่อประดิษฐ์, รศ. นवलวี หงษ์ประสงค์, รศ. อาริยา รัตนทองคำ, ผศ. สุพัตรา แสงอินทร์, ผศ. ดวงพร ดวงทิพย์, อ.ดร. ดวงพร ศรีสุภาพ, ทพญ.รัชณี จิตสันตวิรรักษ์, ทพญ.กษมน สัจจงพงษ์, ทพญ.ภัทรารวรรณ พรหมโชติ, ทพญ.ยุพาพรรณ จามรเนียม, ทพญ.พรทิพย์ เดชานูวงศ์, ทพญ. สุวรรณ สมถวิล, ทพญ. ศิริรัตน์ รัศมีไสร็จ, ทพญ. น้ำเพชร ตั้งยั้งยง, ทพญ. อุไร บัวทอง, ทพญ. วรางคณา อินทโลहित, ทพ.เจียรไชย พึ่งรัตมี, ทพญ. ดนุนารถ ชมธวัช, คุณเดือนใจ บุญรังษี, คุณชลิดา นครินทร์ และคุณนาซรี หะสาเมาะ, ที่ช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

Funding: Supported by The Thai dentist against tobacco project

Competing interest: None declared

Ethical approval: Mahidol University Institutional Review Board, Documentary Proof COA. No. MU-IRB 2010/259.1409

References

1. World Health Organization. *Tobacco or health: A global status report*. Geneva; World Health Organization, 1997.
2. Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. *Int J Cancer* 2005; 116: 963-71.
3. Gupta PC, Murti PR, Bhonsle RB. Epidemiology of cancer by tobacco products and the significance of TSNA. *Crit Rev Toxicol* 1996; 26: 183-98.
4. Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. *J Periodontol* 2004; 75: 196-209.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: 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, 2004.
6. Laohapand P, Chidchuangchai W. Prevalence and related factors of Tobacco consumption among dental patients in Thailand. *M Dent J* 2016; 36: 349-59.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US public health service report. *Am J Prev Med* 2008; 35: 158-76.
8. Puasiri S, Sarideechaigul W, Ngamsombat A, Intrachatorn U. Readiness to quit smoking of patients in the government dental offices in Muang District, Khon Kaen Province. *KDJ* 2006; 9: 9-18.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5.
10. Daniel WW. *Biostatistics: A fundamental for analysis in the health sciences*. 8th ed. New York: John Wiley & Sons; 2005.
11. Polpadung S, Laohapand P. Perception of tobacco effects and attitude towards smoking cessation program in a group of Thai dental patients. *J Dent Assoc Thai* 2002; 52: 106-13.
12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
13. Biener L, Albers AB. Young adults: Vulnerable new targets of tobacco marketing. *Am J Public Health* 2004; 94: 326-30.
14. World Health Organization, *Regional Office for South East Asia. Global adult tobacco survey (GATS): Thailand country report 2009*. New Delhi, India, 2009.

15. Richman PB, Dinowitz S, Nashed A, Eskin B, Cody R. Prevalence of smokers and nicotine-addicted patients in a suburban emergency department. *Acad Emerg Med* 1999; 6: 807-10.
16. Silverman RA, Boudreaux ED, Woodruff PG, Clark S, Carlos A. Camargo, CA. Cigarette smoking among asthmatic adults presenting to 64 emergency departments. *Chest* 2003; 123: 1472-9.
17. Burkhalter JE, Springer CM, Chhabra R, Ostroff, JS, Rapkin BD. Tobacco use and readiness to quit smoking in low-income HIV-infected persons. *Nicotine Tob Res*. 2005; 7: 511-22.
18. Martinelli E, Palmer RM, Wilson RF, Newton JT. Smoking behavior and attitudes to periodontal health and quit smoking in patients with periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 944-54.
19. Hassmiller KM, Warner KE, Mendez D, Levy DT, Romano E. Nondaily smokers: Who are they? *Am J Public Health* 2003; 93: 1321-7.
20. Oksuz E, Mutlu ET, Malhan S. Characteristics of daily and occasional smoking among youths. *Public Health* 2007; 121: 349-56.
21. Al-Sahab B, Saqib M, Hauser G, Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. *BMC Pregnancy and childbirth* 2010; 10: 24. Available: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-24> Accessed 22 March 2016.
22. Evans NJ, Gilpin E, Pierce JP, Burns DM, Borland R, Jonnson M, Bal D. Occasional smoking among adults: evidence from the California Tobacco Survey. *Tob Control* 1992; 1: 169-75.
23. Wetter DW, McClure JB, de Moor C, Cofta-Gunn L, Cummings S, Cinciripini PM, et al. Concomitant use of cigarettes and smokeless tobacco: prevalence, correlates, and predictors of tobacco cessation. *Prev Med* 2002; 34: 638-48.
24. Westman EC. Does smokeless tobacco cause hypertension? *South Med J* 1995; 88: 716-20.
25. Martin LM, Bouquot JE, Wingo PA, Heath CW. Cancer prevention in the dental practice: oral cancer screening and tobacco cessation advice. *J Public Health Dent* 1996; 56: 336-40.
26. U.S. Department of Health and Human Services. *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: 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, 2010. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/?report=reader#lpo=25.0000> Accessed 25 July 2015.
27. White HR, Bray BC, Fleming CB, Catalano RF. Transitions into and out of light and intermittent smoking during emerging adulthood. *Nicotine Tob Res* 2009; 11: 211-9.
28. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation* 2010; 121: 1518-22.
29. Wortley PM, Husten CG, Trosclair A, Chrismon J, Pederson LL. Nondaily smokers: a descriptive analysis. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 755-9.
30. Kudngaongarm R, Laohapand P. Efficacy of smoking cessation programme: integration into periodontal treatment. *J Health Science* 2009; 18: 685-95.
31. Barnea Z, Rahav G, Teichman M. The reliability and consistency of self-reports on substance use in a longitudinal study. *Br J Addict* 1987; 82: 891-8.

