

การช่วยเลิกบุหรี่: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล Smoking Cessation Assistance: Nurses' Challenging Roles

วิวัฒน์ เหล่าชัย, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Wiwat Laochai, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

ธีระชล สาดลิน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

พัชรินทร์ พรหมสอน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Theerachol Satsin, M.N.S. (Adult Nursing) ²

Pacharin Promsorn, M.N.S. (Adult Nursing) ³

Received: March 25, 2020 Revised: December 4, 2021 Accepted: December 5, 2021

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในระบบสาธารณสุขทั่วโลก การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อร่างกายได้รับควันบุหรี่เข้าไปจะทำให้ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ เช่น นิโคติน ทาร์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ แอมโมเนีย ซึ่งสารพิษเหล่านี้จะก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ในแต่ละปี ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ พยาบาลในฐานะบุคลากรในระบบสุขภาพของประเทศ ควรตระหนักถึงภัยร้ายจากการสูบบุหรี่ และแสดงบทบาทสำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อลดการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และภาวะทุพพลภาพของประชากรในประเทศ นอกจากนี้ พยาบาลยังจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ซึ่งหลักการช่วยเลิกบุหรี่ที่พยาบาลควรนำมาใช้ คือ หลัก 5A 5R โดยหลัก 5A ประกอบด้วย Ask, Assess, Advise, Assist, และ Arrange follow up ส่วนหลัก 5R ประกอบด้วย Relevant, Risk, Reward, Roadblock และ Repetition ซึ่งต้องใช้ให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: บุหรี่ การช่วยเลิกบุหรี่ บทบาทพยาบาล

^{1,2} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

^{1,2} Lecturer, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Wiwat_lao@dusit.ac.th

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

Abstract

Non-communicable disease (NCD) patients are increasing in the global health system. Smoking is a factor that causes NCDs. When the body is exposed to cigarette smoke, it gets toxins such as nicotine, tar, hydrogen cyanide, ammonia, etc. These toxins cause NCDs especially chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer, stroke, cardiovascular disease, and diabetes mellitus. Each year, the public sector needs to afford a big expense for care of smoking-related NCD patients. Nurses, as healthcare personnel in healthcare system, should realize the dangers of smoking and play an important role in smoking cessation assistance in order to reduce the illness, complications, and disabilities among people. In addition, nurses need to provide health knowledge regarding the disadvantage of smoking in order to avert the new smokers. The principle that nurses should apply for smoking cessation assistance is the 5A 5R principle: the 5A principle includes Ask, Assess, Advise, Assist, and Arrange to follow up; and the 5R principle consists of Relevant, Risk, Reward, Roadblock, and Repetition. However, the smoking cessation assistance approach should be suitable for the readiness level to quit smoking of the individual.

Keywords: Cigarette, Smoking cessation assistance, Nurses' roles

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นถึงปีละ 8 ล้านคน (WHO, 2008) และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่า 600,000 คน (WHO, 2017) ส่วนการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี มีการสูบบุหรี่จำนวน 10.70 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.10 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ซึ่งเป็นอัตราการสูบบุหรี่ที่ค่อนข้างสูง โดยภายในปี พ.ศ. 2568 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้ระบุว่า ประเทศไทยต้องบรรลุตามเป้าหมายระดับโลก

ในการลดความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยความชุกของการสูบบุหรี่ไม่ควรเกินร้อยละ 14.95 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา, 2563) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง จากรายงานในประเทศไทย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน โดยอันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2561) พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญใน

ระบบสุขภาพ จึงมีบทบาทในการขับเคลื่อนการช่วยเหลือคนสูบบุหรี่แก่ประชาชน ซึ่งการช่วยเหลือคนสูบบุหรี่มีหลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษาช่วยเหลือคนสูบบุหรี่ ผ่านสายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600) การแนะนำการใช้ยาช่วยเลิกสูบบุหรี่ การใช้นิโคตินทดแทน นอกจากนี้ ปัจจุบันได้มีการนำภูมิปัญญาไทยเข้ามาช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ โดยสมุนไพรที่นิยมนำมาใช้ คือ ดอกหญ้าขาว และกานพลู บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับ การประเมินการเลิกสูบบุหรี่ การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือคนสูบบุหรี่ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และมีแนวทางในการดำเนินการช่วยเหลือคนสูบบุหรี่ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ อันส่งผลดีต่อระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

การประเมินการเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่ หรือภาวะติดนิโคติน เป็นการเสพติด บุหรี่จากการที่ผู้สูบบุหรี่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่เข้าไปในร่างกายแล้วสะสมอยู่ในกระแสเลือด ซึ่งนิโคตินเป็นสารที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ในประเทศไทย

มีการประเมินการเลิกสูบบุหรี่ 2 วิธี คือ การใช้เครื่องมือคัดกรองการเลิกสูบบุหรี่ที่เป็นแบบประเมิน และการคัดกรองการเลิกสูบบุหรี่ด้วยสารชีวภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การใช้เครื่องมือคัดกรองการเลิกสูบบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการคัดกรองจากการใช้ลักษณะคำถามเพื่อประเมินการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันนิยมใช้ 2 ชุด คือ แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) และแบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ Heaviness of Smoking Index (HSI) โดยทั้ง 2 ชุด มีระดับคะแนนจากผู้รับ การคัดกรองในลักษณะที่สัมพันธ์กัน หากผู้ประเมินต้องการรายละเอียดของข้อมูลการเลิกสูบบุหรี่ ควรใช้แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ FTND แต่หากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา ควรใช้แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ HSI ซึ่งผลการประเมินที่ได้มีความแม่นยำเท่า ๆ กัน

1.1 แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินการเลิกสูบบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน
1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	<input type="checkbox"/> 10 มวน หรือน้อยกว่า (0 คะแนน) <input type="checkbox"/> 11-20 มวน (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> 21-30 มวน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> มากกว่า 30 มวน (3 คะแนน)
2. หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่ี่มวนแรกเมื่อไหร่	<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> 6-30 นาที หลังตื่นนอน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> 31-60 นาที หลังตื่นนอน (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน (0 คะแนน)

ตารางที่ 1 แบบประเมินการติดบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) (ต่อ)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน	<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่ยอมเลิกมากที่สุด	<input type="checkbox"/> มวนแรกตอนเช้า (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> มวนอื่นๆ (0 คะแนน)
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ร้านอาหาร	<input type="checkbox"/> รู้สึกลำบาก (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกลำบาก (0 คะแนน)
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วย นอนพักตลอดเวลาในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)

การแปลผล 0-2 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับต่ำมาก 3-4 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับต่ำ 5-6 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับปานกลาง 7 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับสูง และ 8-10 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับสูงมาก

(Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991)

1.2 แบบประเมินการติดบุหรี่ Heaviness of Smoking Index (HSI) ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบประเมินการติดบุหรี่ Heaviness of Smoking Index (HSI)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ท่านอยากสูบบุหรี่/ยาสูบบวมแรกหลังตื่นนอนตอนเช้ามากแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> 6-30 นาที หลังตื่นนอน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> มากกว่า 30 นาที หลังตื่นนอน (1 คะแนน)
2. ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบบวมวันละกี่มวน	<input type="checkbox"/> มากกว่า 30 มวนต่อวัน (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> 21-30 มวนต่อวัน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> 11-20 มวนต่อวัน (1 คะแนน)

การแปลผล 0-2 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่เล็กน้อย 3-4 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ปานกลาง และ 5-6 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่รุนแรง (Heatherton,

Kozlowski, Frecker, Rickert, & Robinson, 1989)

2. การคัดกรองการติดยาสูบด้วยสารชีวภาพ

การคัดกรองการติดยาสูบด้วยสารชีวภาพที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 รูปแบบ ซึ่งเป็นการคัดกรองการติดยาสูบที่มีประสิทธิภาพและมีความแม่นยำสูง เนื่องจากสามารถตรวจส่วนประกอบของนิโคตินในร่างกายได้โดยการคัดกรองแต่ละรูปแบบมีความแม่นยำแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทและข้อจำกัดของการใช้ ส่วนใหญ่ที่คลินิกเลิกบุหรี่จะใช้การวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์โดยใช้เครื่องวัดแบบมือถือ (handheld breath analyzer) ซึ่งมีความสะดวก ประหยัด และรวดเร็วในการใช้ ส่วนการใช้ชุดตรวจ Onestep Nicotine/Cotinine (COT) test เป็นการตรวจสารโคตินิน (สารประกอบของนิโคติน) ในปัสสาวะ จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า และไม่ค่อยสะดวกในการใช้งาน

2.1 การวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์สามารถทำได้โดยการวัดจากลมหายใจออกและในเลือด โดยใช้เครื่องวัดแบบมือถือ หากพบระดับคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่าหรือเท่ากับ 8-10 ส่วนในล้านส่วน หมายถึง มีการติดยาสูบ จากการศึกษานในประเทศไทย พบว่า ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออกที่บ่งชี้ภาวะการติดยาสูบสำหรับกลุ่มที่มีอายุน้อย (15-40 ปี) คือ 8 ส่วนในล้านส่วน และกลุ่มที่มีอายุมาก (41-70 ปี) คือ 10 ส่วนในล้านส่วน (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

2.2 การใช้ชุดตรวจ Onestep Nicotine/Cotinine (COT) test เป็นชุดตรวจสารโคตินินในปัสสาวะแบบขั้นตอนเดียว ให้ผลการตรวจวัดเชิงคุณภาพ อาศัยหลักการ competitive immunoassay โดยบริเวณแถบที่หยดปัสสาวะจะเคลือบด้วย cotinine antibody gold conjugate และที่แถบทดสอบจะเคลือบด้วย cotinine antigen อ่านผลโดยการดูแถบสีที่ปรากฏขึ้นหลังหยดปัสสาวะที่ต้องการตรวจ หากในปัสสาวะไม่มีสารโคตินินอยู่จะปรากฏแถบสีแดง 2 แถบ บริเวณแถบทดสอบและแถบควบคุม แต่หากใน

ปัสสาวะมีสารโคตินินอยู่จะปรากฏแถบสีแดง 1 แถบ บริเวณแถบควบคุม และหากปรากฏสีเฉพาะแถบทดสอบจะไม่สามารถอ่านผลได้ โดยปัสสาวะที่มีสารโคตินินอยู่มากกว่า 200 ng/ml จะให้ผลบวกในการตรวจ (Raja, Garg, Yadav, Jha, & Handa, 2016)

การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

ผู้สูบบุหรี่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ไม่เท่ากัน พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and DiClemente (1983) เพื่อที่จะให้คำแนะนำได้ตรงกับระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่เป็นขั้นตอนแรกของการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งต้องมีการประเมินความพร้อมก่อนทุกครั้ง การประเมินความพร้อมแบ่งออกเป็น 6 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ (pre-contemplation) 2) ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า (contemplation) 3) ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า (preparation) 4) ระยะอยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ (action) 5) ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อยนาน 6 เดือน (maintenance) และ 6) ระยะที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (termination) ซึ่งช่วงเวลาที่อยู่ระหว่าง “ระยะอยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่” กับ “ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อยนาน 6 เดือน” ผู้สูบบุหรี่อาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก (relapse) ซึ่งจะวนกลับสู่ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า หรือระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า ได้อีก ดังนั้น พยาบาลควรทำความเข้าใจอย่างถูกต้องในการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปสู่กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละระยะต่อไป โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมใน

การเลิกบุหรี่ตั้งแต่ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า เป็นต้นไป พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการช่วยเลิกบุหรี่อย่างมาก เพราะผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้จะมีโอกาสในการเลิกบุหรี่สูง อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ด้วย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางในการช่วยเลิกบุหรี่เมื่อพร้อม เช่น สายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600) คลินิกเลิกบุหรี่ใกล้บ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีความตระหนักและเข้าใจในพิษภัยของบุหรี่

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่

การช่วยเลิกบุหรี่ในบทบาทของบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล นับเป็นบทบาทที่ท้าทายในการปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข เนื่องจากการติดบุหรี่เป็นปัญหาที่เรื้อรังและมีความพยายามในการแก้ไขมาโดยตลอด แต่พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศไทย ซึ่งบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีการติดบุหรี่ได้จาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ การติดบุหรี่จากสารนิโคตินในร่างกาย (biological) การติดบุหรี่ทางด้านจิตใจ (psychological) และการติดบุหรี่จากสังคม (social) จากสาเหตุหลักดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเลิกบุหรี่ให้สำเร็จเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก ผู้สูบบุหรี่บางคนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วอาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดยเฉพาะความเคยชินและการเข้าสังคมที่มีการสูบบุหรี่ จะเป็นการกระตุ้นให้มีการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และเกิดความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่อย่างถาวร เมื่อร่างกายได้รับควันบุหรี่จะทำให้มีการสะสมของนิโคตินในเลือด เกิดการติดนิโคติน ยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อต่างๆ เช่น เพิ่มความรุนแรงของโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุข การช่วย

เลิกบุหรี่ให้สำเร็จจึงนับเป็นบทบาทที่ท้าทายอย่างยิ่งของพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยของสุนิดา ปรีชาวงษ์, วิกุล วิศาลเสสธ, ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, และยมฤดี เขียวโชติ (2560) พบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ ติดตามสร้างแรงบันดาลใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ หากมีการช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามระบบ จะสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และลดการกลับมาสูบบุหรี่ ซึ่งการให้บริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เป็นพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ ในแนวทางการดำเนินงานตามมาตรา 14 ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ได้แนะนำว่า อนุสัญญาฯ ควรดำเนินการให้ระบบสุขภาพที่มีอยู่ทุกระดับจัดให้มีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่และให้พัฒนาการบำบัดเลิกบุหรี่ยุทธวิธีรูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการระดับประชากร เช่น การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระซิบหรือแบบย่อ (brief advice) ซึ่งหมายถึง การให้คำแนะนำที่ใช้เวลาสั้น ๆ แก่ผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้หยุดสูบบุหรี่ อาจเป็นคำแนะนำที่ให้ระหว่างการรักษาโดยทั่วไป (WHO, 2013)

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของ Barth, Critchley, and Bengel (2009) พบว่า วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ที่เน้นด้านจิตสังคม เช่น การปรับพฤติกรรม การติดตามและสนับสนุนการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ การให้เอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เป็นวิธีที่มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จที่ 6-12 เดือน สำหรับประสิทธิผลของการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน จะได้ประสิทธิผลที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำ

แบบปกติ (สุจินดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชสงสิน, และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558)

ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วย มีขั้นตอนโดยทั่วไป ดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เช่น ใช้แบบประเมิน Thai CV risk score, Stroke risk score card, Chronic obstructive pulmonary disease risk scale

2. สร้างความตระหนักให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ เช่น การมีสุขภาพที่ดี การมีบุคลิกภาพที่ดี การลดมลพิษให้แก่โลก

3. แนะนำความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ พร้อมวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เช่น การมีความเข้มแข็งทางจิตใจ การจัดการกับอาการถอนนิโคติน

4. ให้คำปรึกษาแบบกระชับ โดยใช้เวลา 10-15 นาที และร่วมวางแผนการเลิกบุหรี่กับผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีญาติมาด้วย ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ เพื่อให้สามารถเป็นแรงสนับสนุน คอยให้กำลังใจ และให้ความเข้าใจ ผู้รับบริการขณะอยู่ในระยะการเลิกบุหรี่ 1 สัปดาห์ เพราะผู้รับบริการจะมีอาการถอนนิโคติน เช่น หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ

เมื่อเข้าสู่ระยะการช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลจะมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษา การโน้มน้าวใจ การให้กำลังใจ การคัดกรอง การติดตามประเมินผล อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรมีความรู้และความสามารถในการใช้เทคนิคการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถปฏิบัติตามหลัก 5A 5R ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่โดยใช้หลัก 5A 5R

การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้หลัก 5A 5R สามารถ

เพิ่มประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงถึงร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับความช่วยเหลือโดยไม่ใช้หลัก 5A 5R สำหรับการให้หลัก 5A ในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่นั้นทำได้โดย การถาม (Ask) เกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การแนะนำ (Advice) ให้เลิกบุหรี่ การประเมิน (Assess) ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ การช่วยเหลือ (Assist) ผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ และการจัดการ (Arrange follow up) ติดตามความคืบหน้าของการเลิกบุหรี่ (อรสา พันธุ์กักดี, 2555) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Ask (A1): ถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกครั้ง ที่ผู้รับบริการมาตรวจ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดสัญญาณชีพ เพื่อให้ทราบว่าผู้รับบริการสูบบุหรี่หรือไม่ โดยการถามว่า “คุณสูบบุหรี่ไหม” หากผู้รับบริการไม่สูบบุหรี่ ควรถามเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่มือสองจากครอบครัวหรือคนในครอบครัว โดยถามว่า “คนในครอบครัวที่บ้านท่านสูบบุหรี่หรือไม่” และบันทึกผลการสอบถามไว้ในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบเช่นเดียวกับการบันทึกสัญญาณชีพในเวชระเบียน ในทางปฏิบัติ หากถามประวัติการสูบบุหรี่แล้วพบว่า ผู้รับบริการมีประวัติการสูบบุหรี่ พยาบาลจะถามถึงความต้องการในการเลิกบุหรี่ เพื่อประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (A3) ไปพร้อมกัน แล้วจึงให้คำแนะนำ (A2) ตามความพร้อมในการเลิกบุหรี่

Advice (A2): สำหรับผู้ไม่สูบบุหรี่ พยาบาลต้องชื่นชมที่เขาไม่สูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้เขาไม่ไปทดลองสูบบุหรี่ แต่เมื่อประเมินได้ว่าผู้รับบริการสูบบุหรี่ พยาบาลควรให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยความพร้อมในการเลิกบุหรี่

สำหรับการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้สูบบุหรี่ทำได้โดยใช้หลัก 5R ดังนี้

Relevant (R1) เป็นการชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับผู้ที่ตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ เช่น การมีบุคลิกภาพที่ดีเมื่อไม่สูบบุหรี่

การเป็นที่ยอมรับของสังคม การเป็นตัวอย่างที่ดี การมีสุขภาพที่ดี

Risk (R2) เป็นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นอันตรายของการสูบบุหรี่หรือเห็นผลเสียในระยะสั้นและระยะยาวจากการสูบบุหรี่ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การเป็นโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การมีใบหน้าที่มีริ้วรอย ดูแก่กว่าวัย

Reward (R3) เป็นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นประโยชน์และผลดีของการไม่สูบบุหรี่ เช่น การลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การมีอายุยืน การประหยัดเงิน

Roadblock (R4) เป็นการมองหาวางอะไรที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ เช่น ความเครียด น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากรับประทานอาหารมากขึ้น เคยเลิกแล้วไม่สำเร็จ จากนั้นให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขอุปสรรคนั้น

Repetition (R5) เป็นการประเมินซ้ำๆ ทุกครั้งที่พบผู้สูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีที่พยาบาลมีความห่วงใยต่อสุขภาพของตน และการเลิกบุหรี่ต้องใช้ความพยายาม อาจต้องเลิกหลายครั้งกว่าจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ตลอดไป
ทั้งนี้ พยาบาลควรให้ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลังเลใจ คิดถึงผลดีของการเลิกบุหรี่และผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อไป เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลิกบุหรี่ และหาวิธีแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้ไม่อยากเลิกบุหรี่

Assess (A3): ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และระดับการติดนิโคติน โดยซักถามผู้สูบบุหรี่เพื่อประเมินความพร้อมและความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ว่ามีมากน้อยเพียงใด และประเมินระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ ซึ่งการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ทำเพื่อวินิจฉัยว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะใดใน 6 ระยะ ของความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ เพื่อจะได้ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระยะเวลาความพร้อม โดย

คำถามที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เช่น “คุณคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้าไหม”

Assist (A4): ช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ เมื่อประเมินได้ว่าผู้สูบบุหรี่มีความพร้อม มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ พยาบาลสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ในการวางแผนทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ ดังนี้

- ตั้งจุดมุ่งหมายว่าเลิกบุหรี่เพื่ออะไร หรือหาแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ หรือทำสัญญากัน โดยเขียนเป็นบันทึกและลงลายมือไว้เป็นหลักฐานด้วยกัน

- กำหนดวันเลิกบุหรี่ ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ภายใน 2 สัปดาห์

- กำจัดอุปกรณ์การสูบบุหรี่และบุหรี่ออกให้หมด ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

- ให้ทางเลือกเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่โดยการชื้อยา หรือการใช้นิโคตินทดแทน เช่น หมากฝรั่งผสมนิโคติน ร่วมกับให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรม การเลิกบุหรี่

- ส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่หรือพบแพทย์ ในรายที่ติดนิโคตินในระดับสูงและมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

- ให้เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ เช่น แผ่นพับเรื่องเคล็ดลับการเลิกบุหรี่

- แนะนำการใช้สายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600)

Arrange follow up (A5): ติดตามประเมินผลและให้กำลังใจ เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ โดยขออนุญาตผู้รับบริการว่าจะมีการติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่ มีการให้กำลังใจและคำแนะนำ ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์หรือทางไปรษณีย์นั้น ควรทำทันทีหลังการรักษาหรือสิ้นสุดโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ และควรมีการติดตามประเมินผลอีกใน 2 สัปดาห์แรกหลังการรักษา ทั้งนี้

พยาบาลควรมีการติดตามประเมินผลหลังจากวันที่เลิกบุหรี่ได้ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ซึ่งการติดตามประเมินผลในสัปดาห์แรกจะช่วยให้ผู้เลิกบุหรี่ผ่านระยะสำคัญของการเลิกบุหรี่ ส่วนการติดตามประเมินผลนานถึง 1 ปี เพื่อประเมินผลสำเร็จของการช่วยเลิกบุหรี่ เนื่องจากการที่จะบอกว่าผู้ใดเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้น จะต้องไม่

สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป การติดตามประเมินผลจึงมีความสำคัญต่อผู้เลิกบุหรี่ และเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จของการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่โดยพยาบาล

ทั้งนี้ ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ระยะที่ 2-5 แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ระยะที่ 2-5

หลักที่ใช้	ระยะ	contemplation (ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า)	preparation (ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือนข้างหน้า)	action (ระยะอยู่ระหว่างการเลิก การเลิกบุหรี่)	maintenance (ระยะคงไว้ซึ่งการเลิก บุหรี่ได้อย่างน้อย นาน 6 เดือน)
Advice (A2)		แนะนำความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่	แนะนำความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่	แนะนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและให้กำลังใจ รวมทั้งติดตามประเมินผล	แนะนำความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ พร้อมสร้างเสริมพลังอำนาจ และให้กำลังใจ รวมทั้งติดตามประเมินผล
Relevant (R1)		ชี้ให้เห็นถึงการมีบุคลิกภาพที่ดีเมื่อไม่สูบบุหรี่	ชี้ให้เห็นถึงการเป็นที่ยอมรับของสังคม	ชี้ให้เห็นถึงการเป็นตัวอย่างที่ดี	ชี้ให้เห็นถึงการมีสุขภาพที่ดี
Risk (R2)		ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อตนเอง	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและคนรอบข้าง	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
Reward (R3)		ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีเมื่อเลิกบุหรี่	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนนิโคติน	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหากิจกรรมยามว่างทดแทนการสูบบุหรี่
Roadblock (R4)		ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่	ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ พร้อมช่วยแก้ไข	ค้นหาสาเหตุที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ครั้งนี้ไม่สำเร็จ	ค้นหาสาเหตุที่จะทำให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่
ระยะที่ 2-5 (ต่อ)

ระยะ หลักที่ใช้	contemplation (ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า)	preparation (ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือนข้างหน้า)	action (ระยะอยู่ระหว่างการ การเลิกบุหรี่)	maintenance (ระยะคงไว้ซึ่งการเลิก บุหรี่ได้อย่างน้อย นาน 6 เดือน)
Repetition (R5)	ประเมินความต้องการ เลิกบุหรี่ด้วยสีหน้า อึมเข้ม เป็นมิตร	ประเมินความต้องการ เลิกบุหรี่ด้วยสีหน้า อึมเข้ม เป็นมิตร	ติดตามการเลิกบุหรี่ พร้อมให้กำลังใจ อยู่เสมอ	ติดตาม และกล่าว คำชมเชยที่สามารถ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
Assist (A4)	ช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่ พร้อม นัดมาที่คลินิกเลิกบุหรี่ อีก 6 เดือน	ช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่ พร้อม นัดมาที่คลินิกเลิกบุหรี่ อีก 1 เดือน	ช่วยหาวิธีการจัดการ กับอาการถอนนิโคติน พร้อมทางเลือกใน การเลิกบุหรี่ และ ให้กำลังใจ	ช่วยหากิจกรรมยามว่างที่ เหมาะสม เพื่อป้องกัน การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
Arrange follow up (A5)	ติดตามความต้องการ เลิกบุหรี่อีก 6 เดือน	ติดตามความต้องการ เลิกบุหรี่อีก 1 เดือน	ติดตามอาการอยากสูบ บุหรี่ หรืออาการถอน นิโคติน	ติดตามการจัดการตนเอง ระหว่างการเลิกบุหรี่

ในการให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่โดยใช้หลัก 5A 5R นั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) ควรช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยใช้หลัก A1-A3 เป็นอย่างน้อย คือ Ask, Assess และ Advise ส่วน Assist และ Arrange follow up สามารถส่งต่อผู้สูบบุหรี่/ผู้รับบริการไปให้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่คลินิกเฉพาะโรค เพื่อให้กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ครบหลัก 5A ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยใน (IPD) ควรช่วยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยใช้หลัก A1-A5 คือ Ask, Assess, Advise, Assist และ Arrange follow up เนื่องจากผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลมีโอกาสนพบผู้ป่วยได้นานกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แต่หากผู้ป่วยยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ ควรส่งต่อผู้ป่วยไปให้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา

เพื่อเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิกเฉพาะโรค หรือให้พบแพทย์ต่อไป

ทั้งนี้ ผู้เขียนบทความขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกของวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การใช้นิโคตินทดแทน ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่สกัดนิโคตินจากใบยาสูบ นำมาผลิตเป็นยาในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ หมากฝรั่ง แผ่นแปะผิวหนัง สเปรย์พ่นทางจมูก หลอดสูดทางปาก เม็ดอม น้ำยาบ้วนปาก และยาอมใต้ลิ้น
2. การใช้สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ เช่น หนุ่ยดอกขาว มะนาว กานพลู โปรงฟ้า มะขามเปียก
3. การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่
4. การได้รับกำลังใจจากครอบครัว การมี

สมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่

สรุป

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่จัดเป็นบทบาทด้านการส่งเสริม ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกระบวนการช่วยเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ จากการคัดกรอง การสอบถามประวัติสุขภาพ รวมถึงการประเมินการติดบุหรี่โดยใช้แบบประเมินการติดบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ หากมีเวลาในการประเมินน้อยควรใช้แบบประเมิน HIS เพราะมีข้อคำถามเพียง 2 ข้อ ซึ่งได้ผลการประเมินที่ไม่แตกต่างกัน หลังจากทราบระดับการติดบุหรี่แล้ว กระบวนการต่อไปเป็นการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการช่วยเลิกบุหรี่ตามหลัก 5A 5R ทั้งนี้ต้องถามความสมัครใจของผู้รับบริการด้วย หากไม่ยินยอมหรือไม่มีเวลา พยาบาลสามารถแนะนำแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมหรือใช้วิธีการช่วยเลิกบุหรี่อื่นๆ เช่น การใช้สายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600) การใช้สมุนไพรที่ช่วยเลิกบุหรี่ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การมีกิจกรรมทางกาย หากพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้ จะนำไปสู่การลดจำนวนนักสูบบุหรี่ที่อาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนจากการสูบบุหรี่โดยตรงหรือจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ได้

เอกสารอ้างอิง

- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2561). *คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). การประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่: ตัวชี้วัดผลลัพธ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(2), 132-139.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, ฟอระดี นุชสงสัน, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3), 324-333.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, วิบูล วิศาลเสสส์, ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, และยมฤดี เขียวโชติ. (2560). การให้บริการเลิกบุหรี่ในกระบวนการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(1), 1-10.
- อรธเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (บ.ก.). (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2555). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่: คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่สู่งานประจำ*. กรุงเทพฯ: อพทฤษฎีเอทนิว.

- Barth, J., Critchley, J. A., & Bengel, J. (2009). *Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease (Review)*. Retrieved from <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/psychosocial-interventions-for-smoking-cessation-in-patients-with-coronary-heart-disease.pdf>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction, 86*(9), 1119–1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W., & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction, 84*(7), 791–799. doi:10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. doi:10.1037//0022-006x.51.3.390
- Raja, M., Garg, A., Yadav, P., Jha, K., & Handa, S. (2016). Diagnostic methods for detection of cotinine level in tobacco users: A review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 10*(3), 4–6. doi:10.7860/JCDR/2016/17360.7423
- World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2013). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia, 2013–2020*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333817>
- World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: Author.
-