

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการช่วยเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Community nurse practitioner's roles on smoking cessation assistance for patients with non-communicable disease

ธนะวัฒน์ รวมสุก* นิชมน หล้ารอด** และบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์***

Tanawat Ruamsook,* Nichamon Lumrod,** and Boontip Likitpongwit***

* วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

*College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

**Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi

***Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่จะส่งเสริมให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและอันตรายถึงชีวิตได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ ตามบทบาทหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, การช่วยเลิกบุหรี่, โรคเรื้อรัง

Abstract

Smoking is a major risk factor for patients with non-communicable disease. Especially, patients with hypertension and diabetes mellitus whose could raise the severity of high blood pressure, high blood sugar level and could lead to disability and death. The objective of this article is to propose a quit smoking guideline for patients with non-communicable disease in primary care, secondary care and tertiary care regarding community nurse practitioner roles. This guideline application can reduce severity and complications of those non-communicable diseases. Then, a better quality of life among patients with non-communicable disease can be promoted.

Keywords: Community Nurse Practitioner, Smoking Cessation Assistance, Non-Communicable Disease

Corresponding author E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

วันที่รับบทความ: 22 ธันวาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ: 11 มีนาคม 2563

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสูบบุหรี่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เช่น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลและไขมันไม่ดี (Low density lipoprotein [LDL]) ในเลือดสูงขึ้น เป็นต้น (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2560) และอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จนถึงเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงมีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างกับการดูแลบุคคลทั่วไป เนื่องจากปัจจัยด้านสุขภาพที่ต่างกัน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพเกี่ยวกับประวัติและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักศึกษา เป็นต้น บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นเกี่ยวกับประวัติและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย รวมไปถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวส่งต่อไปยังทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่และลดความรุนแรงของโรคได้อย่างเหมาะสม บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ในการเสนอแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ตามบทบาทหน้าที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease [NCD]) คือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

และผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (อรสา พันธภักดี, 2560) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2018 พบว่า มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 34 (WHO, 2018) และจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ประชากรไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังมีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อยู่ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูบบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 20.4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 13.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และผู้ป่วยโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 8.8 (วิชัย เอกพลากร, 2559) จากผลการสำรวจความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการตรวจหาโคตินีนในปัสสาวะ พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25 (พิมพ์จินดา คำ, กันยารัตน์ เจนป่า, วิสุทธิ์ กังวานตระกูล, จุฬารัตน์ ปริยชาติกุล, และลิ้มทอง พรหมดี, 2561) โดยในวันหยุดหรือภายหลังจากการเผาไหม้แล้ว มีสารพิษมากกว่า 7,000 ชนิด เป็นสารพิษต่อร่างกาย 250 ชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งนิโคติน สารหนู เบนซิน แคลเดียมเมียม ตะกั่ว เมโทรพรีน และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ที่จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น สมอง หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่แล้ว จะส่งผลให้โรครักษาหายยากขึ้น รวมไปถึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคนั้นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่ จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท เลือดมีความเข้มข้น ซีพจรเต้นเร็วขึ้น ผนังหลอดเลือดเกิดการอักเสบ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึง 4 เท่า และในผู้ป่วยโรค

เบาหวานสูบบุหรี่ ส่งผลให้มีอาการชาปลายมือปลายเท้า จากการไหลเวียนเลือดช้าลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ตาพร่ามัว และไตวาย จากสารพิษในควันบุหรี่ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้าได้ และในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2560)

การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การดำเนินการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การช่วยเหลือขั้นต่อไป โดยการประเมินความพร้อมใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model of Behavioral Change) แบ่งออกเป็น 6 ระยะ (Prochaska & Velicer, 1997) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะไม่คิดเลิกสูบบุหรี่ (Pre-Contemplation) ผู้ป่วยจะไม่เห็นความสำคัญ ไม่ตระหนักที่จะเลิกสูบบุหรี่ และไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 6 เดือนข้างหน้า

ระยะที่ 2 ระยะลังเลใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Contemplation) ผู้ป่วยจะเริ่มคิด พิจารณา ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 6 เดือนข้างหน้า

ระยะที่ 3 ระยะเตรียมความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (Preparation) ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่และมีความพร้อมในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 1 เดือนข้างหน้า รวมไปถึงมีประวัติการเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว อย่างน้อย 1 ครั้ง

ระยะที่ 4 ระยะลงมือปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ (Action) ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยบางรายสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ บางรายอาจลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง หรือบางรายอาจยืดเวลาการสูบบุหรี่มวนแรก เป็นต้น

ระยะที่ 5 ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่ (Maintenance)

ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยที่สามารถกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ จึงควรรีหาคำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยใช้หลัก 5D (ทรงจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) ในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ ดังนี้

D1: Delay เลื่อนเวลาออกไปเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ โดยไม่สูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบบุหรี่ โดยการยืดเวลาออกไป ประมาณ 3-5 นาที ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่จะลดลงหรือหายไป

D2: Deep breath สูดหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

D3: Drink water ดื่มน้ำเปล่าเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ (ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำ) โดยดื่มน้ำอย่างช้า ๆ จิบน้ำหรืออมน้ำ เพื่อคลายความหงุดหงิดเมื่ออยากสูบบุหรี่

D4: Do something else หากิจกรรมอื่นทำ เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

D5: Destination ตอกย้ำกับตนเองให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ และนึกถึงผลดีที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และสังคม

ระยะที่ 6 ระยะเลิกได้สำเร็จ (Termination) ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันนาน 1 ปี และสามารถเลิกได้สำเร็จ

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ อาจมีโอกาสหวนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำได้ (Relapse) โดยระดับความพร้อมอาจกลับไประยะเริ่มต้น คือ กลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง และไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่อีกครั้ง

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเป็นกระบวนการพยาบาลเบื้องต้น เพื่อทราบถึงระดับความพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันออกไป เมื่อมีการประเมินและทราบถึงระดับความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนการให้การช่วยเหลือการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติของร่างกายแล้ว การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงมีความเฉพาะเจาะจงในการเพิ่มความตระหนัก ความเสี่ยง และผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยมีหลักการช่วยเหลือตามหลัก 5A ดังนี้ (Fiore et al., 1996 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2559)

A1: Ask (การซักถาม) เป็นการซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ควรสอบถามทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ทั้งการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น

A2: Assess (การประเมิน) เป็นการประเมินระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ รวมไปถึงการประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน โดยใช้แบบประเมินการติดยาเสพติดของ Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991) ข้อคำถามมีจำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (3 คะแนน) หลังตื่นนอนสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่ (3 คะแนน) ท่านสูบบุหรี่จัดในช่วงใดหลังตื่นนอน (2 คะแนน) บุหรี่มวนไหนที่เลิกยากที่สุด (1 คะแนน) ท่านรู้สึกอึดอัด กระทบกระเทือน เมื่อต้องอยู่ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่ (1 คะแนน) และท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะป่วยนอนพักในโรงพยาบาล (1 คะแนน)

การแปลผลระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติดใช้เกณฑ์คะแนนรวม ดังนี้ 0-2 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำมาก 3-4 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 5 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน หมายถึง ระดับสูง และ 8-10 คะแนน หมายถึง ระดับสูงมาก

A3: Advise (การให้คำแนะนำ) เมื่อพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่ การพยาบาลโดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญก่อนการช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่นั้น ควรมี

ความสอดคล้องกับระยะของความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่จากการประเมิน A2 (Assess) เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป การให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับความพร้อมของการเลิกสูบบุหรี่นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระยะของความพร้อมในระยะไม่คิดเลิกสูบบุหรี่ ระยะนี้ควรสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นถึงอันตราย และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น และระยะดังเล็ที่จะเลิกสูบบุหรี่ ระยะนี้ควรสร้างแรงจูงใจ และทำให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ และข้อเสียของการสูบบุหรี่ต่อไป

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้มีความตระหนักและการสร้างแรงจูงใจในการช่วยเหลือสูบบุหรี่ สามารถปฏิบัติได้โดยใช้หลัก 5R (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) ดังนี้

R1: Relevant (การหาความสัมพันธ์) โดยการอธิบายถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับโรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือชี้ให้เห็นถึงสิ่งกระตุ้นที่สัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่หรือยังลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกเมื่อไม่สูบบุหรี่ ผลดีต่อสุขภาพตนเอง เป็นต้น

R2: Risk (การหาความเสี่ยง) โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเมื่อผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

R3: Reward (การนึกถึงรางวัล) โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และความรุนแรงของโรคที่ลดลง เมื่อผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ การมีอายุที่ยืนยาว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

R4: Roadblock (การค้นหาอุปสรรค) ในกรณีที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่หรือยังมีความลังเลใจอยู่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เช่น ความเครียด ความเคยชิน และสภาพแวดล้อม

เป็นต้น

R5: Repetition (การกระทำซ้ำ) เป็นการชักถาม สร้างแรงจูงใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่พบผู้ป่วยหรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความใส่ใจและห่วงใยสุขภาพผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

A4: Assist (การให้ช่วยเหลือ) การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ควรเน้นให้ผู้ป่วยกำหนดวันในการเลิกสูบบุหรี่ และวางแผนหาวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายอาจมีประวัติในการเลิกสูบบุหรี่ได้ ควรค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการหวนกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งและนำมาแก้ไขเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้

ระยะลงมือปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเริ่มการเลิกสูบบุหรี่ได้ ควรให้กำลังใจผู้ป่วย ชื่นชมกับความสำเร็จที่ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่หรือลดจำนวนมวนบุหรี่ได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal) จากการเลิกสูบบุหรี่อย่างเฉียบพลัน จะมีอาการหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เครียด ซึมเศร้า ไม่มีแรง ทิวบอย เนื่องจากสารนิโคตินในสมองลดลง ทำให้ผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่กลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและการดูแลตนเองเมื่อมีอาการถอนนิโคติน

ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่ และระยะเลิกได้สำเร็จ ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปีขึ้นไป สิ่งสำคัญที่สุด คือการป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง พยาบาลควรชื่นชม ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่นั้น ควรให้ครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยเข้ามามี

ส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับผู้ป่วยด้วย เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกสูบบุหรี่ เช่น หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ก้าวร้าว เป็นต้น และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมต่อไป

A5: Arrange Follow up (การติดตามผล) ควรติดตามผู้ป่วยหลังวันที่เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552) โดยการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่และป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีกครั้ง

การช่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเลิกสูบบุหรี่ตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สภาการพยาบาลได้ประกาศให้การพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นสาขาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยหนึ่งสมรรถนะที่สำคัญคือ มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (สภาการพยาบาล, 2552) จึงต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับความสามารถทางเวชปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2557) การช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทั้งในสถานบริการทางสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจการเลิกสูบบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (Intensive counselling) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (สุนิดา ปรีชาวงษ์,

พอระดี นุชสังสิน, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558; Christman & Bingham, 2012; Andrews, Tingen, & Harper, 1999) เน้นให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในการเลิกสูบบุหรี่ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการค้นหาแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ เน้นย้ำการเลิกสูบบุหรี่อย่างแท้จริง ทบทวนประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมา ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อโรคประจำตัวที่เป็น ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่ และร่วมกันหาแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการเลิกสูบบุหรี่ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนในการเลิก

สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (อรพินท์ ชันแข็ง และสมสมัย รัตนกรีกากุล, 2562)

อย่างไรก็ตาม ลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในแต่ละสถานที่มีความแตกต่างกันออกไป ทำให้การช่วยเลิกบุหรี่มีความแตกต่างกันเช่นกัน สามารถจำแนกออกเป็นระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดบุหรี่ พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, 2555) และแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (อรสา พันธภักดี, 2559) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการช่วยเลิกบุหรี่ ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทูติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

ระดับปฐมภูมิ	ระดับทูติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ
1. ชักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (A1: Ask) 2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ (A2: Assess) 3. ให้คำแนะนำแบบเข้มข้นแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย (A3: Advice) 4. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และแนะนำเทคนิคการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ การใช้มะนาว/ลูกอม/สมุนไพร ช่วยเลิกบุหรี่ การใช้ยา	1. ชักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (A1: Ask) 2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ (A2: Assess) 3. ให้คำแนะนำแบบกระชับแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (A3: Advice) 4. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการแนะนำเทคนิคการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ การใช้มะนาว/ลูกอม/สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ การใช้	1. ชักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (A1: Ask) 2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ (A2: Assess) 3. หากพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ควรให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วยแบบกระชับ (A3: Advice) และส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ 4. กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นและหรือไม่มีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ ชักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย (A1: Ask) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความรุนแรงของ

ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ
<p>บ้านปากเล็กบุหรี เป็นต้น (A4: Assist)</p>	<p>น้ายาบ้านปาก เลนุหรี เป็นต้น (A4: Assist)</p>	<p>การเสพติดบุหรี (A2: Assess)</p> <p>ให้คำแนะนำแบบกระชับแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ (A3: Advice)</p> <p>ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการแนะนำเทคนิคการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี การใช้มะนาว/ลูกอม/สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี การใช้น้ายาบ้านปากเล็กบุหรี เป็นต้น (A4: Assist)</p>
<p>5. ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้แก่ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี (A5: Arrange Follow up)</p> <p>หากพบว่าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรีไม่สำเร็จ ส่งต่อคลินิกช่วยเลิกบุหรี</p>	<p>5. หากผู้ป่วยมีการมาพบแพทย์ตามนัด ควรมีการประเมินผลการเลิกสูบบุหรีของผู้ป่วยด้วย (A5: Arrange Follow up)</p>	<p>5. ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตาม ได้แก่ 3 วัน 7 วัน 14 วัน 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี (A5: Arrange Follow up)</p>

บทสรุป

การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้สามารถเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จนั้น เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถปฏิบัติได้ร่วมกับทีมสุขภาพอื่น การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เกี่ยวกับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี ประวัติการสูบบุหรี พฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือตาม

หลัก 5A, 5R และ 5D ได้อย่างสำเร็จ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวส่งต่อไปยังทีมสุขภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะการให้การพยาบาลเวชปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้โรคที่เป็นเหตุเลาหลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). *ความสำคัญและความหมายของ “ถนนปชต” ต่อระบบบริการสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2560). *ข้อมูลบุหรืกับสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ทีรกรานต์กราฟฟิค.
- พิมพ์ร จินดาคำ, กันยารัตน์ เจนป่า, วิสุทธิ์ กังวานตระกูล, จุฬารัตน์ ปรีชาติกุล, และลิ้มทอง พรหมดี. (2561). ความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจาก การตรวจหาโคตินีนในปัสสาวะด้วยชุดทดสอบ. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 30(3), 398-407.
- วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาต่าง ๆ*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2562, จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userles/les/H014.pdf>
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชสงสิน, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรืในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3), 326-328.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และสุรจิต สุนทรธรรม. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การบำบัดโรคเสพติดใน ประเทศไทย*. นครปฐม: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- สุวรรณา จักรประเสริฐ. (2557). *พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย*. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 1(1), 57-65.
- อรพินท์ ชันแข็ง, และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรืในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย จังหวัดตราด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 160-172.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2559). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรื: คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรื งานประจำ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ปทุมธานี: สื่อตะวันออก.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2560). *ถอดบทเรียนความสำเร็จ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เลิกเสพติด*. ปทุมธานี: สื่อตะวันออก.
- Andrews, J. O., Tingen, M. S., & Harper, R. J. (1999). A model nurse practitioner-managed smoking cessation clinic. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1603-1610.
- Christman, C., & Bingham, M. (1989). *The nurse practitioners' role in smoking cessation*. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 1(2), 49-54. doi: 10.1111/j.1745-7599.1989.tb00739.x.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). Transtheoretical model of behavioral change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 34-38.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Non-communicable disease*. Retrieved December 20, 2019, from <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>