

การสร้างความตระหนักและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลด ละ เลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ทิพวัลย์ ธีรสิริโรจน์*

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันทั่วโลกคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคกลุ่มนี้เกิดได้จากการใช้ชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตแย่ลง มีความพิการหรือแม้แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

การสูบบุหรี่เป็นภัยคุกคามอย่างหนึ่งส่งผลต่อสุขภาพคนทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น การให้ความรู้และเพิ่มทักษะการส่งเสริมภาวะสุขภาพช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกบุหรี่ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการควบคุมยาสูบและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย

บทความนี้กล่าวถึงความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ลด ละ เลิกบุหรี่, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Raising Awareness and Promoting Behavior Change to Reduce and Stop Smoking in Patients with Chronic Non-Communicable Diseases

Tippawan Teerasiroj*

Abstract

The World Health Organization reports that diseases caused by people spending lives in the world today are chronic non-communicable diseases. These diseases are caused by inappropriate daily living such as smoking, resulting in a deterioration in quality of life, disability or even a cause of death.

Smoking is a global health threat, specifically, in people with chronic diseases, including chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, hypertension, Stroke, and coronary heart disease and causing this group of patients to have more severe symptoms. Educating and enhancing health promotion skills to help patients with chronic diseases to quit smoking to reduce the severity of the disease and to raise awareness of the danger of cigarettes for non-communicable diseases patients and the public is an important role of nurses in tobacco control and is also an important component of NCD care. Smoking increases the severity of the disease among non-communicable diseases. Smoking increases the severity of the disease among non-communicable diseases.

This article discusses the knowledge about the dangers of smoking to raise awareness of behavioral modifications for smoking cessation in patients with chronic non-communicable diseases. This is to promote the quality of life of this group of patients.

Keywords: Behavior change, quit smoking, Chronic non-communicable diseases Patients

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease, NCDs) สามารถป้องกันได้ เพราะสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ ซึ่งหากสามารถลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงนี้ได้ ก็เป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นกลุ่มโรค NCDs ได้ร้อยละ 80 ลดโอกาสในการเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 40 โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 80 หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงสูบบุหรี่ก็จะทำให้ร่างกายได้รับสารพิษจากบุหรี่มากขึ้นและจะเพิ่มความรุนแรงของโรคมมากขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจทำให้เสียชีวิตในที่สุด เพราะการสูบบุหรี่ทำให้มีคนเสียชีวิต 6 ล้านคน และทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 500,000 ล้านเหรียญ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า การสูบบุหรี่อาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่าพันล้านคนในศตวรรษที่ 21 (World Health Organization, 2013) ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นวิธีลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิตที่ต้นเหตุและมีความยั่งยืนที่สุด

ปัญหาและความสำคัญ

จากการที่ประชาชนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไปโดยมีการประมาณการ

ว่าในระหว่าง พ.ศ. 2554 ถึง 2573 นั้นต้นทุนของกลุ่มโรค NCDs ต่อสังคมโลกจะมีมูลค่าถึง 46.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียผลิตภาพอย่างใหญ่หลวงของสังคมโดยรวม ยังไม่รวมถึงความสูญเสียทางสังคมจากการขาดงานและปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่จากผู้ป่วย NCDs และผู้ดูแล สำหรับประเทศไทยนั้น การประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ใน 4 กลุ่มโรคหลักได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคทางหายใจเรื้อรัง พบว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 (สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ตระหนักว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ สังเกตจากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 71 ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs (World Health Organization, 2021) และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) พบว่าอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อประชากรแสนรายใน พ.ศ. 2552 เป็น 355.30 ต่อประชากรแสนรายใน พ.ศ. 2556 และใน พ.ศ. 2559 ที่มีการรายงานล่าสุดพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 427.40 ต่อประชากรแสนราย จากสถิติการเสียชีวิตดังกล่าวยังแสดงว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้น

เรื่อยๆ ในอนาคต ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วน (Obesity) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2563) ผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs เหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ จากการวิจัยเรื่องผู้ป่วยด้วย NCDs มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ไม่น้อย แค้ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ของอมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ (2560) พบว่า ผู้ป่วย NCDs ใน 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง และทางเดินหายใจเรื้อรัง ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ร้อยละ 10.7 ซึ่งนอกจากผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคแล้วควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อช่วยในการรักษาและป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะตามมาด้วย (อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ, 2560) เพราะหากผู้ป่วยเหล่านี้ยังสูบบุหรี่อยู่ จะทำให้การดำเนินชีวิตกับโรคที่เป็นอยู่มีความยากต่อการรักษา จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากบุหรี่ และโรครุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นการสร้างความตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ โดยเฉพาะจากสารพิษในบุหรี่ให้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประชาชนจึงมีความจำเป็น โดยพยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ และสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จะนำมาซึ่งการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

สารพิษในบุหรี่

ควันบุหรี่ที่เกิดขึ้นจากการเผาไหม้บุหรี่ยังมีสารประกอบทางเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษและสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 72 ชนิด (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2554) ตัวผู้สูบบุหรี่จะได้รับควันบุหรี่ทั้ง 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 ควันบุหรี่หลัก (Mainstream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่มาจากการพ่นออกจากปากและจากการหายใจเอาควันบุหรี่ออกทางจมูก และชนิดที่ 2 ควันบุหรี่ข้างเคียง (Side stream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่ออกมาจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกจุด (Öberg, Jaakkola, Prüss-Üstün, Schweizer, & Woodward, 2010 อ้างในเสาวลักษณ์ ทาแจ้, นฤมล เปรมมาสวัสดิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2564) ในบุหรี่ 1 มวน ซึ่งในบุหรี่มีสารพิษที่มีผลต่อร่างกายดังนี้ สารนิโคตินที่เป็นสารเสพติดอย่างแรง 0.1-2.8 มิลลิกรัม คิดเป็นร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมดที่อยู่ในใบยาสูบ โดยการสูบบุหรี่ 1-2 มวน เท่ากับการสูดเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายประมาณ 10 ครั้ง และหากสูบบุหรี่มากกว่า 20-30 มวน นั่นคือการสูดเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายมากถึง 300 ครั้ง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552 อ้างในเสาวลักษณ์ ทาแจ้, นฤมล เปรมมาสวัสดิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2564) นอกจากนี้โคตินมีผลโดยตรงต่ออหวมวกไต ทำให้มีการหลั่งสารเอพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจต้องออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ใน ควันบุหรี่จะจับกับฮีโมโกลบินได้ดีกว่าออกซิเจน เม็ดเลือดแดงนำพาออกซิเจนไปให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายได้น้อย เนื้อเยื่อในร่างกายจึงได้รับออกซิเจนลดลง

(เสาวลักษณ์ ทาแจ่ง, นฤมล เปรมมาสวัสดิ์ และ กาญจนา ปัญญาธร, 2564)

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีทั่วโลกพบ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases [NCDs]) ประมาณ 36 ล้านคน (สำนักสารนิเทศกระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับประเทศไทย พบว่าภาระจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งที่มีการ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรม เสี่ยงของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) การสูบบุหรี่ในผู้ป่วย กลุ่มนี้จึงมีความสำคัญเพราะส่งผลกระทบจน กลายเป็นโรคหรือภาวะแทรกซ้อนได้

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการทางเมแทบอลิซึม ที่มีลักษณะสำคัญ คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การตอบสนองต่ออินซูลินในเนื้อเยื่อเป้าหมายลดลง (Resistance to insulin actions in peripheral tissues) หรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) และ 2) การหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนไม่เพียงพอ หรือภาวะพร่องอินซูลิน (ADA, 2014) องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลใน

เลือดสูงขึ้นเป็นผลทั่วไปของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเมื่อเวลาผ่านไปจะนำไปสู่ ความเสียหายร้ายแรงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเส้นประสาทและหลอดเลือด (WHO, 2020b) จากสถานการณ์พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูบบุหรี่ร้อยละ 17.9 ซึ่งโรคนี้ไม่ควรสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดีจนเลือดไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่างไม่เพียงพอทำให้เกิดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนสูงขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้นโดยเฉพาะการขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดเท้าหรือขา และพบว่าส่วนมากผู้ป่วยไม่ทราบว่าสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ (อารยา หาอุปละ และน้ำเพชร สายบัวทอง, 2561) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญ เพื่อผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ โดยหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณสมอง ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดของสมองจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต หรือทำให้เกิดความผิดปกติต่อสมอง (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2558) หากผู้ป่วยสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น เพราะ

การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มและการหลั่งของ Catecholamine และปริมาณ Carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้ที่สูบบุหรี่ยังมีผลเสียต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้เส้นเลือดสมองตีบตันง่ายขึ้น (อิทธิพงษ์ ศรีธรรมวรรณกุล และพิชามญช์คำแพรวดี, 2557) จากสถานการณ์พบว่า ทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2/3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และใน พ.ศ.2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2563) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนรวม 78,254 ราย อัตราป่วย (Incidence rate) 160.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชาย 1:1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 50.31 กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.46 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 15.89 กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 5.61 กลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 1.35 และกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 0.38 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular diseases)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เป็นภาวะฉุกเฉินของหัวใจขาดเลือด ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทุกสาเหตุ (อภิชาติ สุคนธ์สรณ์, 2553) เมื่อจำแนกตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-Segment elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 67 และ Non ST-Segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) ร้อยละ 20 (วิวรรณ ทังสุบุตร

และคณะ, 2550) หากผู้ป่วยสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น เนื่องจากในบุหรี่ยังมีทาร์ (Tar) เป็นคราบน้ำมันชั้นเหนียว สะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในของหัวใจตำแหน่งนั้นจะหนาตัวขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน และคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสีไม่มีกลิ่นเกิดจากการเผาไหม้ของไบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ซึ่งก๊าซนี้มีคุณสมบัติในการจับตัวกับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเม็ดเลือดแดง (Red blood cell) ทำให้เลือดชั้นและหนืดมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น (สุปาณี เสนาดิสัย และสุรินธร กลัมพากร, 2555)

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานภารกิจร่วมขององค์การอนามัยโลกและประเทศจีน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจและหลอดเลือด หรือระบบทางเดินหายใจอื่นๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงสูงและมีอาการรุนแรงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 ที่เป็นสาเหตุของโรค COVID-19 (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2563)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปรวมโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ สาเหตุหลักมาจากควันบุหรี่และมลพิษ ส่งผลให้มีการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องของหลอดลมและเนื้อปอด (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553)

โรคถุงลมโป่งพองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศ มีสาเหตุสำคัญมาจากการ

ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ หรือการสูบบุหรี่ซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.6 พันล้านคน และอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน (สำนักงานนิเทศ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยสารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ จะทำลายเนื้อเยื่อในปอด และในถุงลมให้ฉีกขาด ทีละน้อยๆ และรวมตัวกลายเป็นถุงลม ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรค ถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้พื้นที่ผิวเนื้อเยื่อภายในปอด ซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดเล็กลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆ ของโรค จะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อย จนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา จากรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้าย จะเสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลา จนกว่าจะเสียชีวิต (มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2563)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการเสพติดซึ่งก่อให้เกิดภาวะรุนแรงขึ้นหรืออาการกำเริบขึ้น (คอลิด ครูนันท์, จารุวรรณ มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559) เนื่องจากสารทาร์มาจับกับบริเวณปอดส่งผลการละลายเคืองในปอดทำให้ไอเรื้อรังและมีเสมหะ (ทัศนาศ บัญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร กลัมพากร, 2551)

โรคมะเร็ง (Cancer)

โรคมะเร็ง คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การ

ควบคุมที่เหมาะสม (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการตายประมาณ 13% ของคนตาย ทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2537 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุกๆ ปี และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลก จะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดมะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็ง คอหอย มะเร็งหลอดอาหาร (สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564ก)

มะเร็งปอด (Lung Cancer)

มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย อุบัติการณ์ของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งปอดในปี 1999 ในประเทศสหรัฐอเมริกา คาดว่าจะมีประมาณ 171,600 ราย โดยเป็นเพศชาย 94,000 ราย และเพศหญิง 77,600 ราย มะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564ข) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (สาธิต อินตะ, 2560)

โรคมะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer)

โรคมะเร็งกล่องเสียง สามารถเกิดได้กับเนื้อเยื่อกล่องเสียงในทุกตำแหน่ง โดยในคนไทยพบเกิดโรคมะเร็งกับเนื้อเยื่อตำแหน่งเหนือสายเสียงมากที่สุด รองลงไป คือ ในเนื้อเยื่อตำแหน่งสายเสียง และใน

เนื้อเยื่อตำแหน่งอยู่ใต้ต่อสายเสียง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ (โรงพยาบาลมะเร็งปอด ในสังกัดมหาวิทยาลัยจันนา, 2564)

มะเร็งกล่องเสียง พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 10 เท่า และพบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่จำนวนมากมานาน โดยเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยโรคนี้นี้ประมาณ 50-70 ปี (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิต ได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2542 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่

ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

สภาวะของระดับความดันโลหิต ที่สูงกว่าระดับปกติ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ที่มีความดันเลือดปกติจะวัดค่าความดัน ได้ 120/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะวัดค่าความดันได้ ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และถือว่าเป็นสภาวะที่ต้องได้รับการควบคุม ตั้งแต่เนิ่นๆ เนื่องจากอาจนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนและโรคต่างๆ มากมาย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไตเสื่อม เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และนอกจากนี้รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดความผิดปกติระบบการไหลเวียนเลือดและทำให้มีไขมันในเลือดสูงขึ้น เลือดมีความหนืดและเข้มข้นมากขึ้น ซึ่พจรเต้นเร็ว ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่ (จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ, 2560) ถ้าเป็นความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ผลเสียที่จะเกิดจากสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือด

โรคอ้วน (Obesity)

คนที่มีภาวะอ้วน คือผู้ที่มีไขมันที่ไม่ดีต่อสุขภาพในอัตราส่วนที่สูงในร่างกาย วิธีการวัดภาวะโรคอ้วนโดยมากจะคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง ที่เรียกว่า "ดัชนีมวลกาย (Body mass Index :BMI)" ค่า BMI คือ อัตราส่วนระหว่าง

ชนิดไม่ดี (LDL) เพิ่มขึ้น ไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 1.50 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า หากมีไขมันในเลือดสูง รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.28 เท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่ (ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร, 2552)

น้ำหนัก (กิโลกรัม)

ส่วนสูง (เซนติเมตร)²

นอกจากนี้ค่า BMI ยังแสดงถึงภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินได้แม่นยำกว่าการประเมินจากน้ำหนัก อย่างเดียว แนวทางการประเมินค่า BMI ในผู้ที่มีอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 20 ปี มีดังนี้

ค่า BMI	การแปลผล
<18.5	ผอม (Underweight)
18.5-22.9	สมส่วน (Healthy)
23.0-24.9	น้ำหนักเกิน (Overweight) (อ้วนระดับ 1)
25.0-29.9	โรคอ้วน (อ้วนระดับ 2)
>30.0	โรคอ้วนอันตราย (อ้วนระดับ 3)

ที่มา: กลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณะ และสื่อสารความเสี่ยง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564)

การสำรวจสุขภาพประชากรไทยปี 2551-2552 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า สังคมไทยกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกพื้นที่ เด็กอายุ 2-5 ปี มีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 8.5 ในเด็กวัยเรียนพบร้อยละ 9.7 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย, โครงการ

การพัฒนา) ร้อยละ 34.7 โดยอัตราโรคอ้วนพบสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 42.4) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 38.4) และในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 35.6) (สุรัตน์ โคมินทร์, รุ่งชัย ชวนไชยะกุล, สุรัสวดี สมนึก และคณะ, 2557)

ผลการวิจัยที่นำโดยทีมนักวิทยาศาสตร์จาก มหาวิทยาลัย แอนท์เวิร์ป (Antwerp university) ในประเทศเบลเยียม ซึ่งก่อนหน้านั้นเคยมีการวิจัยหลายอันที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และปัญหาที่เกิดกับการไต่ยีนแต่ผลจากการศึกษาครั้งล่าสุดนี้นับว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและชัดเจนที่สุด โดยเป็นการศึกษาที่ทำขึ้นในคนทั้งผู้หญิงและผู้ชายจำนวน 4,000 คน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 53 ถึง 67 ปี ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดถูกให้ทำแบบทดสอบการไต่ยีนและให้ตอบคำถามเกี่ยวกับวิถีชีวิตของตัวเองรวมทั้งประวัติการทำงานในช่วงที่ผ่านมาด้วย ดร.อีริค ฟรานเซน หัวหน้าทีมนักวิจัยจากประเทศเบลเยียมนี้กล่าวว่า “การวิจัยนี้พบว่าความสามารถในการไต่ยีนเสียงความถี่สูงถูกทำลายไปอย่างเห็นได้ชัดในคนที่สูบบุหรี่และคนเป็นโรคอ้วน ถึงแม้ว่าจะไม่มากเท่ากับคนที่ต้องทำงานในที่ที่มีเสียงดังอยู่ตลอดเวลาก็ตาม การสูญเสียความสามารถในการไต่ยีนมีความสัมพันธ์กันตามสัดส่วนกับปริมาณการสูบบุหรี่และความหนาแน่นของโรคอ้วนที่วัดจากดัชนีมวลกาย และปัญหาเรื่องการไต่ยีนนี้พบว่ายังมีความรุนแรงมากขึ้นตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่มาอีกด้วย” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551)

การปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ร่างกายจะได้รับประโยชน์ อาทิ ภายใน 1-2 วัน ความดันโลหิตและชีพจรจะกลับเข้าสู่ระดับปกติ ภายใน 3 วัน รับประทานอาหารได้ร่อยขึ้นเนื่องจากตุ่มรับรสที่ลิ้นทำงานได้ดีขึ้น ภายใน 3

สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้มากและนานขึ้น เพราะเลือดสามารถไหลเวียนไปสู่แขนและขาได้ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน การหายใจดีขึ้น ระบบการกำจัดสิ่งสกปรกของปอดทำงานได้เป็นปกติ ภายใน 5 ปี อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลงเหลือเพียงครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เลิกสูบบุหรี่และภายใน 10-15 ปี การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และลดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันลงอย่างมาก (Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2005) การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Wu & Sin, 2011) ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ได้ (สุนิดา ปริดาวงค์ และคณะ, 2558)

พยาบาลมีบทบาทที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยเฉพาะพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยจากการศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่พบว่า บทบาทพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดยาสูบ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยติดยาสูบหรืออย่างครอบคลุมรวมทั้งกระบวนการพยาบาล 3) ผู้ประสานงานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การติดต่อประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ 4) ผู้บริหารจัดการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การจัดทำแผนงานการบริหารข้อมูลและการมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ 5) ผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลผู้ที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพ และ 6) ผู้พัฒนางานและนวัตกรรมทางการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การพัฒนาและนำเสนองานด้านวิชาการเกี่ยวกับคลินิกเลิกบุหรี่ (เนติกาญจน์ เปาโสภ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2562)

ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นนั้น พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การช่วยเหลือขั้นต่อไป (ธนะวัฒน์ รามสุข, ณิชนน หล้ารอด และบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์, 2564) จาก การวิจัยผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้โปรแกรมการเลิกบุหรี่มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 2) การถามประวัติการเลิกบุหรี่ 3) แนะนำการเลิกบุหรี่ 4) การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ที่บูรณาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และ 5) การติดตามผลการเลิกบุหรี่ และติดตามผลเป็นเวลา 8 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คอลลิด ครูนันท์, จารุวรรณ

มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559) ทั้งนี้ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีการติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน จนถึงขั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Maintenance) สามารถป้องกันการกลับมาเสพติดในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ (อรวัลย์ เมฆเคลื่อน, 2561)

การสร้างความตระหนักในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม ของทุกปี โดยใน พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกกำหนดคำขวัญว่า “COMMIT TO QUIT” สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดคำขวัญว่า “เลิกสูบ ลดเสี่ยง คุณทำได้” สสส. ได้ประสานพลังร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนให้สังคมไทยปลอดควันบุหรี่ โดยสนับสนุนมาตรการควบคุมยาสูบในทุกระดับ ส่งเสริมมาตรการสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ ให้ความรู้สร้างความตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ (กรมสุขภาพจิต, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับคำขวัญใน พ.ศ. 2565 ที่ว่า “TOBACCO: THREAT TO OUR ENVIRONMENT” (World Health Organization, 2022)

ดังนั้นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงควรตระหนักถึงผลของการสูบบุหรี่อย่างมากเพื่อสุขภาพของตนเอง และยิ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชสงสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558)

การช่วยเลิกสูบบุหรี่

การช่วยเลิกสูบบุหรี่จึงมีความเฉพาะเจาะจงในการเพิ่มความตระหนัก ความเสี่ยง และผลกระทบของบุหรี่ต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งมีหลักการช่วยเหลือโดยใช้หลักการ 5A, 5R, STAR และ 5D ในการช่วยเลิกบุหรี่ประกอบด้วย

1. หลักการ 5A เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ได้แก่ ถามว่าสูบบุหรี่หรือไม่ (Ask) แนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) ประเมินการตินิโคติน/การติดบุหรี่ (Assess) ช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้ (Assist) และติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่เป็นระยะๆ (Arrange follow-up)

2. หลักการ 5R การสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ หาความเชื่อมโยงอันตรายจากบุหรี่ (Relevance) ความเสี่ยงของผู้สูบบุหรี่และผู้ใกล้ชิด (Risk) รางวัลเมื่อเลิกบุหรี่ได้ (Rewards) อุปสรรคของการเลิกบุหรี่ (Roadblocks) และบอกซ้ำๆ ทุกครั้ง (Repetition)

3. การช่วยให้เลิกตามเทคนิค STAR ได้แก่ ตั้งเป้าหมายบอกลาบุหรี่ (Set a target quit date) บอกกล่าวทุกคนว่าจะเลิกบุหรี่ (Tell family and others) คาดการณ์ว่าจะเกิดความท้าทายอะไรบ้าง (Anticipate challenges) และทิ้งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ (Remove all tobacco related products)

4 การปฏิบัติตัวขณะเลิกบุหรี่ เมื่ออยากสูบบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5D ได้แก่ ถ่วงเวลาสูบบุหรี่ออกไป (Delay), สูดหายใจลึก (Deep Breath), ดื่มน้ำบ่อยๆ (Drink water), หางานอื่นทำ (Do something else) และกำหนดเป้าหมายวันเลิกบุหรี่ (Destination)

จากการวิจัยของคอลิด ครูนันท์, จารุวรรณ มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2559) พบว่า การใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากผู้ป่วยมีความตระหนัก มีความมุ่งมั่นและเชื่อว่าการเลิกบุหรี่ทำได้จริง พร้อมทั้งพยาบาลแนะนำเทคนิคการดูแลสุขภาพระหว่างการเลิกบุหรี่ จะทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ โดยการให้ความรู้เรื่องของพิษภัยของบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนัก ประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ นำสู่ขั้นตอนการช่วยเลิกบุหรี่ และผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณสุข และสื่อสารความเสี่ยง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564).
รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://ddc.moh.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-isease>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ไทยเจ๋ง!!! ผลิตยาเลิกบุหรี่สำเร็จเป็นครั้งแรกของไทย*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30812.html>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2563 หนุนบทบาทพยาบาลร่วมสร้างพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงโรคเบาหวาน*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc>
- คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal Cancer) รักษาหายได้ถ้ามาพบแพทย์แต่เนิ่นๆ (ตอนที่ 1)*. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1152>
- คอลิด ครุพันธ์ จารุวรรณ มานะสุรการ และเพลินพิศ ฐานวิพัฒนานนท์. (2559). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บูรณาการสมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมต่อสรรณะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 47-61.
- จุฑารัตน์ อยู่สุขเจริญ. (2560). ปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร. (2552). บุหรี่กับโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และธณชัย คงสกนธ์ (บ.ก.), *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่* (น. 209-213). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.
- ทัศนาศ บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต และสุรินทร์ กลัมพากร. (2551). *บุหรี่กับสุขภาพ บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่*. เชียงราย: เชียงรายรุ่งโรจน์.

- เนติกาญจน์ เปาโสภา และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2562). การศึกษาบทบาทพยาบาลคลินิกเล็กบุหรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 316-323.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554). *การสูบบุหรี่กับสุขภาพปากและฟันของคุณ*. [แผ่นพับ]. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *สถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://srth.moph.go.th/nmsurat/index>
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (2562). *ทำความเข้าใจกับโรคมะเร็งกันเถอะ*. กรุงเทพมหานคร: American Cancer Society และ Pfizer Foundation.
- มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2563). *ผลกระทบของการสูบบุหรี่*. สืบค้นจาก <http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail05.html>
- โรงพยาบาลสมิติเวช. (2563). *สูบบุหรี่ เสี่ยงติดโรค 'โควิด-19' หรือไม่*. สืบค้นจาก <https://www.samitivej-hospitals.com/th/article/detail/>
- โรงพยาบาลมะเร็งพุด้า ในสังกัดมหาวิทยาลัยจันทนา. (2564). *มะเร็งกล่องเสียง*. สืบค้นจาก http://www.fudathailand.com/article-detail?menu_id=40000000&item=18
- ธนะวัฒน์ รวมสุข ณิชมน หล้ารอด และบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์. (2564). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 70(1), 34-41.
- วิวรรณ ทั้งสุขบุตร, ดำรัส ตริสุโกศล, วศิน วัฒนา บุญสม, โสภณ สงวนวงษ์, และบุญชู ศรีชัยเวชย์. (2550). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อายุน้อย : ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแห่งประเทศไทย. *Journal Medical Association Thailand*, 90, 81-90.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2558). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก www.interfetthailand.net/forecast/files/report_2014/report_2014_no20.pdf
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2563). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก <https://thaistrokesociety.org/purpose>
- สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2564ก). *การสูบบุหรี่กับโรคมะเร็ง*. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/faq-list-page.php?id=317>

สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2564ข). มะเร็งปอด. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/education-inner.php?id=375>

สาธิต อินตะ. (2560). ผลของรังสีโดยตรงและอ้อมจากการฉายรังสีภาพนำแบบเกลียวหมุนในเซลล์ปอดปกติและเซลล์มะเร็งปอดหลังการฉายรังสีแบบหลายๆ ครั้งที่เท่ากันเทียบกับฉายรังสีเดี่ยว (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชส่งสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3). 324-333.

สุปาณี เสนาดิสัย และสุรินธร กลัมพากร. (2555). *บุหรีกับสุขภาพ*. พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: เบนจผล.

สุรัตน์ โคมินทร์, รุ่งชัย ชวนไชยะกุล, สุรัสวดี สมนึก, และคณะ. (2557). *การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาภาวะอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อนของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร*. สืบค้นจาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/629cea98385eeae919ba6e8b85111c.pdf>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *วิจัยชี้สูบบุหรี่ อ้วน ทำเสี่ยงหุนหวกถาวร*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/6378.html>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *ความดันเลือดสูง ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/53479.html>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *กลุ่มโรค NCDs*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176.html>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *สูบบุหรี่เป็นของต้องห้าม คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/50122.html>

สำนักงานนิเทศ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *วันถุงลมโป่งพองแห่งโลก (World COPD Day)*. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/03/149340/>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสมรรถนะการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com>

- สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs : วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. สืบค้นจาก <http://www.thaincdnet.ihppthaigov.net/2019/06/02>
- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สธ. เผยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากร เร่งพัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากรเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=89828
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ และกาญจนา ปัญญาธร. (2564). บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 219-230.
- อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ. (2560). ผู้ป่วย ด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*, 11(3), 345-354.
- อภิชาติ สุนทรสรรพ. (2553). *Coronary artery disease*. เชียงใหม่: ทรिकิ่ง.
- อารยา หาดูปละ และน้ำเพชร สายบัวทอง. (2561). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ต่อเนื่องและเลิกสูบบุหรี่แล้ว. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 69-77.
- อิทธิพงษ์ ศรีธรรณกุล และพิชามญช์ คำแพร่ดี. (2557). *ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี*. (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี : โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรวัลย์ เหมเคลื่อน. (2561). การศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดในคลินิกสุขภาพใจโรงพยาบาลศรีประจันต์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 1(1), 38-48.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37, S81-S90. doi:10.2337/dc14-S081.
- Chouinard, M. C., and Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a Nursing inpatient smoking cessation program in individuals with Cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54(4), 243-254.
- World Health Organization. (2013). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 *Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Luxembourg: WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Tobacco*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (2021). *Fact sheet: Diabetes*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

- World Health Organization. (2022a). *Protect the environment, World no tobacco day 2022 will give you one more reason to quit*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/13-12-2021-protect-the-environment-world-no-tobacco-day-2022-will-give-you-one-more-reason-to-quit>
- World Health Organization. (2021b). *Fact sheet: Noncommunicable disease*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Wu, J., and Sin, D.D. (2011). Improved patient outcome with smoking cessation: When is it too late? *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 259–267.