



สถานการณ์การใช้บุหรี่และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากการสัมผัสควันบุหรี่ในชุมชน*

ดลวิวัฒน์ แสนโสม ปร.ด.** วาสนา รวยสูงเนิน PhD** สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.*** นพพันธ์ ชัยภูมิ พย.ม. ****

ภัทรวรรณ นิสัยนัต พย.ม. ***** เกษม ดำนอก พย.ม. *****

บทคัดย่อ

การศึกษาศถานการณ์ในระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มุ่งศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้นำชุมชนเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จาก 11 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจงเฉพาะเจาะจง ทั้งหมด 5 กลุ่ม 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สูบบุหรี่หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่ กลุ่มละ 100 คน 2) ผู้ดูแล 90 คน 3) อสม. 50 คน 4) ผู้นำชุมชน 50 คน 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน รวบรวมข้อมูลโดยการคัดกรองการสูบบุหรี่ การสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 10 ครั้ง ภาวะ 10 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 10 คน การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการประชุมประเมินสถานการณ์ในหมู่บ้าน 10 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการคัดกรองประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 11 หมู่บ้านจำนวน 9,574 คนพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 810 คน (ร้อยละ 12.98) ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการบำบัดการสูบบุหรี่แล้ว 488 คน (ร้อยละ 60.25) แต่มีเพียง 3 คน (ร้อยละ 0.37) เท่านั้นที่เลิกบุหรี่ได้นาน 6 เดือน มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูบบุหรี่จำนวน 35 คน (ร้อยละ 17.5) และทุกคนสัมผัสควันบุหรี่ในชุมชน โดยระบุว่าสัมผัสควันบุหรี่ผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่ 1) สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน มากที่สุด คือ สามี รองลงมาคือ ลูกชาย ลูกเขย หลานชาย หลานเขย 2) เพื่อนบ้านมาเยี่ยมสูบบุหรี่ที่ข้างบ้านและเดินผ่านบ้าน 3)ญาติและเพื่อนบ้านมาเยี่ยมและสูบบุหรี่ในบ้าน 4) ควันบุหรี่ที่ร้านค้าของชำที่มีการขายบุหรี่ การประชุมหมู่บ้านเพื่อศึกษาประสบการณ์การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีวิธีการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ 4 วิธี คือ 1) หยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเอง 20 คน (ร้อยละ 10) เนื่องจากควบคุมโรคไม่ได้ และมีโรคแทรกซ้อน 2) สมาชิกครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ 30 คน (ร้อยละ 15) 3) หลีกเลียงด้วยตนเอง โดยการเดินหนี หลบควันบุหรี่จากบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ และขอร้องให้สมาชิกครอบครัว ลด ละ เลิก บุหรี่ รวมถึงการให้ไปสูบบุหรี่ไกลบริเวณบ้าน 4) ชุมชนติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ตามสถานที่สำคัญ เช่น ศาลากลางบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การรับรู้ถึงอันตรายของชุมชนในการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า 1) ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าการทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง และควันบุหรี่มือสองมีอันตรายต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ 2) ผู้ร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดไม่ทราบอันตรายของบุหรี่ต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 3) ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด เคยเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเกิดโรคแทรกอย่างกะทันหัน คือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งก่ออันตรายให้พิการและเสียชีวิต แต่ทุกคนไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคดังกล่าวกับการสูบบุหรี่และสัมผัสควันบุหรี่ ชุมชนจึงต้องการให้มีการรวมพลังป้องกันอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพครอบครัว ลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย ความพิการ และ การเสียชีวิต

คำสำคัญ : ประสบการณ์การป้องกันควันบุหรี่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภาวะฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง การเสริมพลังชุมชนในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และได้รับการสนับสนุนทุนจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กรรมการสภาการพยาบาล และนายกิตติมติศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดนครราชสีมา



Tobacco use situation and community awareness of acute illness associated with smoking among people chronic illnesses*

Donwiwat Saensom PhD** Wasana Ruaisungnoen PhD** Somjit Daenseekaew PhD***
Noppanan Chaiyapoom MNS**** Pattharawan Nissayan MNS.***** Kasem Damnok MNS*****

Abstract

This study reports results of a situational analysis of a participatory action research conducted to identify tobacco smoke contact among people with diabetes and hypertension and assess the awareness of the patients, caregivers and community leaders related to risk of developing acute complications from contact with smoking in 11 villages under Ban Phue health promoting hospital service in Tambon Pralab, Muang District, Khon Kaen Province. Participants were purposively selected to include 5 groups; 1) 200 people with hypertension and Type II diabetes, 2) 90 caregivers, 3) 50 village health volunteers, 4) 50 community leaders, and 5) 5 health personnel. Data collection was completed with 10 focus group discussions of people with chronic illnesses, in-depth interviews of 10 patients, participatory and non-participatory observations, and 10 village meetings. Data analyses used both descriptive statistics and content analysis.

Results of smoking screening among 9574 villagers age 15 years and older revealed that 810 people (12.98%) smoked and 488 (60.25%) of these individuals received smoking cessation therapy. However, only 3 of them (0.37%) successfully quit smoking. Thirty five (17.5%) chronically ill patients smoked and every patients in the community reported contact with tobacco smoke through 4 channels; family members smoked, neighbors smoked in front of their houses or while walking pass by, friends and relative smoke while visiting at home and contact with smoke at convenient stores in the village. Experience in prevention of contact with tobacco smoke among people with chronic illnesses included 1) 20 patients (10%) quitted smoking, 2) 30 family members of the patient (15%) quitted smoking, 3) patients' avoidance of tobacco smoke and request for family members to reduce and quit smoking, and 4) community displayed smoking prohibition in public areas such as village halls, temples, and the health promoting hospital. Community awareness of acute illness associated with smoking among people chronic illnesses included 1) participant's awareness that smoking led to lung cancer and emphysema and tobacco smoke was dangerous to non-smokers, 2) all participants were unaware of tobacco smoke's danger on diabetes and hypertension control, and 3) all participants had witnessed people with diabetes and hypertension developing acute complications such as cerebrovascular or cardiovascular diseases and eventually led to disabilities and death. However, none of the participants were aware of the link between these acute complications and smoking. Subsequently, the community expressed desires to collaborate to prevent dangers associated with tobacco smoke among people with chronic illnesses to reduce disabilities, death and cost of care in the future.

Keywords: Experience of Smoke Prevention, Chronic illness, stroke, coronary artery disease

* This article is a part of a research namely "Community Empowerment in Creating Smoke-Free Homes to prevent Emergency condition among people with chronic illness" Funded by the Research and Training Center to promote the quality of working life. Faculty of Nurse Khonkaen University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associated Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**** Lecturer of Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***** Register Nurse, Ban Phue Health Promoting Hospital, Muaeng, Khon Kaen

***** Register Nurse, Doung Phong Health Promoting Hospital, Chakrah, Nakhonrahchasma



บทนำ

ในปี พ.ศ. 2557 ประชากร 6 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ และในจำนวนนี้เป็นผู้สัมผัสบุหรี่มือสองถึง 6 แสนคน¹ ปัจจุบันมีการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ทั่วโลกเพราะบุหรี่เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ที่นำไปสู่การเป็นโรคมะเร็ง และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การได้สัมผัสบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และยังทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วย^{2,5} อย่างไรก็ตาม ผลเสียจากการสัมผัสบุหรี่ยังเป็นสิ่งที่ประชาชนขาดความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงภาวะวิกฤตฉุกเฉินเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน²

ควันบุหรี่มีสารพิษที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังมากมาย เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคสมองขาดเลือด และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย^{2,5} สารนิโคตินในบุหรี่สามารถดูดซึมเข้าสู่ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ ส่งผลให้ไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดสูงขึ้น⁶ ซึ่งไขมันจะเคลื่อนตัวไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นจนหลอดเลือดตีบแคบ แข็งและหดเกร็ง ขัดขวางการไหลเวียนของเลือดได้^{7,8} ทำให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพน้อยลง ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ยากขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้อินซูลินไม่มีประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจึงควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้⁹⁻¹¹ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่อย่างต่อเนื่อง จึงมักจะเกิดโรคแทรกซ้อนเร็วกว่าปกติ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น¹²

ในพื้นที่ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในสัดส่วนมากที่สุดของอำเภอเมือง ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 10, 11 และ 15 คนตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 10, 14 และ 16 คนตามลำดับ¹³ โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และการสูบบุหรี่หรือมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ โดยยังไม่มีกำหนดเป้าหมายในการลดการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันโรคดังกล่าวในชุมชนซึ่งส่งผลให้แนวโน้มจำนวนผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น

การสนับสนุนให้ผู้ป่วย ร่วมกับครอบครัวและชุมชนในการประเมินสถานการณ์การสัมผัสบุหรี่ สร้างความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่และเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ¹⁴ แต่เนื่องจากบุหรี่เป็นสารเสพติดที่เลิกยาก⁶ ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ต้องมีพลังทางจิตใจและร่างกายที่เข้มแข็ง ผสานกับพลังสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพในการประเมินสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่และการรับรู้ถึงอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วย รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงจะประสบผลสำเร็จได้^{12,15}

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้นำชุมชนเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน 11 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart)¹⁶ โดยดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแสวงหาความรู้ ความจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางสังคม โดยให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ในการบอกเล่าประสบการณ์ การสัมผัสควันบุหรี่ และการเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (facilitator) สร้างเวทีเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสุขภาพเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่ โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น กล้าสะท้อนคิดด้วยความเคารพต่อกัน และเท่าเทียมกัน¹⁷



วิธีการดำเนินการวิจัย

รายงานวิจัยนี้เป็นระยะแรกของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ศึกษาใน 11 หมู่บ้าน ในความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบจำเพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการวิจัย สามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 5 กลุ่ม จำนวน 395 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 100 คน รวม 200 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีอายุไม่เกิน 60 ปี สุกบุหรืหรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) ผู้ดูแล 90 คน จาก 90 ครอบครัว 3) อสม. 50 คน 4) ผู้นำชุมชน 50 คน และ 5) เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ 5 คน

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 วิธี คือ 1) การสนทนากลุ่ม ดำเนินการในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 10 ครั้ง แต่ละครั้งมีผู้ป่วยเข้าร่วม 10 คน เพื่อประเมินสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ และการรับรู้อันตรายจากบุหรี่ในการก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้ป่วย 10 คนๆ ละ 45-60 นาที เพื่อประเมินสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ ภาวะสุขภาพผู้ป่วย และการรับรู้อันตรายของภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมผัสบุหรี่ 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยสังเกตสิ่งแวดล้อมในชุมชน วิถีชุมชน การสูบบุหรี่ในชุมชนและการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ของชุมชน 4) การประชุมระดมสมอง ระหว่างผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพที่ รพ.สต.และ ตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อสม. ผู้นำชุมชน หมู่บ้านละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เพื่อสอบถามประสบการณ์สัมผัสควันบุหรี่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการป้องกันภาวะฉุกเฉินจากการสัมผัสควันบุหรี่ ศึกษาองค์ความรู้ท้องถิ่นของชุมชน กติกาการป้องกันควันบุหรี่และการลด ละ เลิกบุหรี่ และการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แนวทางการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้

ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้รับรวบรวมมาจากการบันทึกภาคสนามในทุกกิจกรรม มาจัดระบบ แยกแยะหมวดหมู่ข้อมูล จัดรวมประเด็นหลัก ประเด็นย่อย วิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงความเข้าใจ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ด้านข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวางตัวเป็นกลางและเหมาะสมของผู้วิจัย และเวลาในการทำวิจัย^{18,19} และตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูลโดยการบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นในการวิจัยและให้เจ้าของข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง และการเก็บรวบรวมโดยใช้หลายวิธีจนกว่าข้อมูลวิจัยอิ่มตัว

จริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมการวิจัย โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ประกอบด้วย 3 ประการ 1) เคารพในความเป็นบุคคล 2) หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่อให้เกิดอันตราย และ 3) หลักความยุติธรรม

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ในชุมชน จากจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 11 หมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 9,574 คนมีผู้ที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ 6,238 คน (ร้อยละ 66.69) โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 810 คน (ร้อยละ 12.98) ประชากรหมู่ที่ 8 มีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงที่สุด คิดเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง (247 คน ร้อยละ 28.52) และหมู่ที่ 2 มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่เป็น 1 ใน 5 ของจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง (188 คน ร้อยละ 20.30) ในขณะที่ประชากรหมู่ที่ 18 ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองเลย นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าผู้สูบบุหรี่ 488 คน (ร้อยละ 60.25) จะได้รับการดำเนินการเพื่อบำบัดการสูบบุหรี่ แต่มีเพียง 3 คน (ร้อยละ 0.37) เท่านั้นที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นาน 6 เดือนขึ้นไป (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 สถานการณ์การสูบบุหรี่ของชุมชน 11 หมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวน ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวน (ร้อยละ) ผู้ที่ได้รับการ คัดกรองบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ) ผู้สูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ) ผู้ไม่สูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ) ผู้สูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	จำนวน (ร้อยละ) ผู้ที่ได้รับ การบำบัด การสูบบุหรี่	จำนวน ผู้ที่เลิก บุหรี่ได้ 1 เดือน	จำนวน ผู้ที่เลิก บุหรี่ได้ 3 เดือน	จำนวน ผู้ที่เลิก บุหรี่ได้ 6 เดือน
หมู่ที่ 1	535	528 (98.69)	35 (6.63)	481 (91.10)	12 (2.27)	14 (40.00)	0	0	0
หมู่ที่ 2	1,112	926 (83.27)	188 (20.30)	720 (77.75)	18 (1.94)	11 (5.85)	0	0	0
หมู่ที่ 4	634	511 (80.6)	8 (1.57)	494 (96.67)	9 (1.76)	4 (50.00)	0	0	0
หมู่ที่ 7	774	505 (65.25)	7 (1.39)	484 (95.84)	14 (2.77)	7 (100.00)	0	0	2
หมู่ที่ 8	1,324	866 (65.41)	247 (28.52)	603 (69.63)	16 (1.85)	193 (78.14)	1	1	0
หมู่ที่ 12	979	614 (62.72)	29 (4.72)	574 (93.49)	11 (1.79)	9 (31.03)	0	0	0
หมู่ที่ 14	644	399 (61.96)	42 (10.53)	306 (76.69)	51 (12.78)	25 (59.52)	0	0	0
หมู่ที่ 15	1,498	654 (43.66)	89 (13.61)	550 (84.10)	15 (2.29)	82 (92.13)	0	0	0
หมู่ที่ 17	675	422 (62.52)	14 (3.32)	400 (94.79)	8 (1.90)	7 (50.00)	0	0	0
หมู่ที่ 18	509	216 (42.44)	0 (0.00)	215 (99.54)	1 (0.46)	0 (0.00)	0	0	0
หมู่ที่ 19	890	597 (67.08)	151 (25.29)	403 (67.50)	43 (7.20)	136 (90.07)	0	0	1
รวม 11 หมู่บ้าน	9574	6238 (66.69)	810 (12.98)	5230 (83.84)	198 (3.17)	488 (60.25)	1	1	3

2. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนและสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่

การทบทวนเวชระเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนรวมทั้งสิ้น 449 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 675 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 17 คน หัวใจล้มเหลว 5 คน และผู้ป่วยไตเรื้อรัง 147 คน โดยจำแนกเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 106 คน ระยะที่ 4 จำนวน 14 คนและระยะที่ 5 จำนวน 27 คน โดยผู้ป่วยบางคนเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมหลายโรค

ผลจากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสัมผัสควันบุหรี่ 2 ลักษณะ คือ

2.1 ผู้ป่วยเป็นผู้สูบบุหรี่ มีจำนวน 35 คน (ร้อยละ 17.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีผู้หญิงสูบบุหรี่ 3 คน (ร้อยละ 8.57) ส่วนมากสูบบุหรี่กันกรอง และมีส่วนน้อยที่สูบบุหรี่สาย โดยนำไปยามาพันกระดากห่อ มีลักษณะการสูบบุหรี่ที่ 1) สูบคนเดียวในเวลาพักผ่อน “ฉันสูบคะหมอ (ยี่มหวาน) อยากเลิกคะ รู้ว่ามันไม่ดี แต่ไม่รู้ว่าจะเลิกยังไง” “ผมสูบอยู่บ้านนี้แหละ ใครก็สูบ นี่มันบ้านผม สูบที่บ้านนี้แหละ ผมป่วยไปไหนไม่ได้ เมียหมอนึกเดินหนีออกจากบ้านเวลาผมสูบ” “ผมจะไปทำสวน ก่อนเข้าสวนตอนเช้า

ผมก็สูบ ไปทำงานเพลินๆ ก็มีสูบบ้าง วันหนึ่ง 3-4 มวนครับ มันติดเลิกละเลยเลิกแล้ว” และ 2) สูบบุหรี่กับเพื่อนเมื่อเข้าสังคม จิบกลุ่มหรือตั้งวงสุราช่วงเวลาว่าง “ผมไปสูบข้างนอกนะหมอ ผมไปวงเหล้า กินเหล้าถึงสูบบุหรี่ ถ้าไม่กินเหล้าก็ไม่สูบบุหรี่ก็ได้ อยู่บ้านเพื่อน อยู่ร้านค้า”

2.2 ผู้ป่วยสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคนในการศึกษาสัมผัสควันบุหรี่ในชุมชน (ร้อยละ 100) และระบุว่าสัมผัสควันบุหรี่ผ่าน 3 ช่องทาง ได้แก่ 1) สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน มากที่สุด คือสามี รองลงมาคือลูกชาย ลูกเขย หลานชาย หลานเขย ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับควันบุหรี่มือสอง “สามีสูบบุหรี่อยู่ อยู่ในบ้านก็สูบ นอกบ้านก็สูบ สูบทุกวัน หมั่น ไม่อยากทน” “อยู่บ้านสูบทั้งลูก ทั้งหลาน บอกก็ไม่ได้ ไม่กล้าบอกกลัวเขาโกรธเราฟังเขาอยู่” “พี่เขยฉันสูบบุหรี่ วันละ 2 ของบอกก็ไม่ได้ ฟัง ขอให้หยุดสูบ มันอันตราย มันบอกว่าหนึ่ให้ไปกลืนกินนะ จนตอนนี้พี่สาวฉันเป็นอัมพาตไปแล้ว มันสูบพี่สาวฉันป่วย ทำไมละหมอ ฉันไม่เข้าใจทำไมพี่สาวฉันไม่สูบถึงเป็นอัมพาต” 2) เพื่อนบ้านมาเยี่ยมสูบบุหรี่ที่ข้างบ้านและขณะเดินผ่านบ้าน ทำให้ได้รับควันบุหรี่มือสองโดยผู้ป่วยมีอุปสรรคในการต่อรองขอให้ไม่สูบหรือไปสูบไกลๆ “ข้างบ้านนี้แหละเขาสูบ สูบทุกวันนะ เวลาสูบที่ ควันลอยมาหาเรา เราได้กลิ่นก็เดินหนี ปิดประตูบ้าน เข้ามาอยู่ในบ้าน



มันเหม็นนะ เราหายใจไม่ออกเลย” “ญาติกันนี้แหละเขาสูบบุหรี่ในบ้านเขา ตรงรั้วข้างๆ เราเห็นแหละ เขาก็ไม่สูบบุหรี่ในบ้านนะ มาสูบบุหรี่ว่า มันก็เหม็นลอยมานะสิ ญาติห่างๆ บ้านนั้นมีคนสูบบุหรี่ 3 คน ยายไม่กล้าพูดหรอกไม่ใช่ญาติใกล้ชิด ยายก็หนีปิดบ้านเอา” “สูบบุหรี่นั้น ร้านค้าอยู่นั้น(ตรงข้ามบ้านผู้ป่วยเบาหวาน) ต่อแล้วก็สูบบุหรี่เดินผ่านบ้านเราไป ก็เหม็น สักพักก็หายไป แต่ซื้อตลอดทั้งวัน เราก็ดูไม่ได้ เดินหนีเข้าบ้านเอา” ทั้งนี้ จากการสังเกตพบของบุหรี่และกันกรองบุหรี่ตกทั่วบริเวณรอบบ้านตรงข้ามบ้านผู้ป่วยเบาหวาน 3) **ญาติและเพื่อนบ้านมาเยี่ยมและสูบบุหรี่ในบ้าน** ผู้ป่วยจะได้รับควันบุหรี่มือสอง ผู้ป่วยบางส่วนไม่กล้าบอกให้ผู้มาเยี่ยมงดสูบบุหรี่เพราะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว และเกรงใจกลัวว่าญาติจะโกรธคิดว่าตนเองรังเกียจผู้สูบบุหรี่ “ญาติมาเขาก็สูบบุหรี่ เขาคงไม่รู้ว่าเราเหม็น เราไม่ชอบ หลานๆ ไม่ก็พวกผู้ชายนั้นแหละชอบสูบบุหรี่ก็อดทน คิดว่า 1-2 วันก็กลับแล้ว ดีกว่าไปบอกเขาว่าให้หยุดสูบบุหรี่” “หลานสูบบุหรี่เวลามาเยี่ยม เขากับข้าวมารับ บ้านเขาอยู่คนละบ้านกับเรา เวลามารอเมียเจอกับข้าพ้าแม่ คอยกับแม่ก็แอบสูบบ้าง ก็รู้ว่าเราไม่ชอบแต่ก็สูบบุหรี่” 4) **ควันบุหรี่ที่ร้านค้าของชำที่มีการขายบุหรี่** ลูกค้าที่มาซื้อบุหรี่จำนวนมากจุดบุหรี่ในบริเวณร้านขายของ ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นเจ้าของอยู่ด้วยหรือบางครั้งผู้ป่วยจะนั่งจับกลุ่มสนทนากันที่ร้านขายของชำ ทำให้ได้รับควันบุหรี่มือสองจากลูกค้าซื้อบุหรี่ด้วย “ยายขายบุหรี่ ก็ได้รับควันบุหรี่ เหม็น ชิว เวียนหัว แต่ได้รับนิดเดียวเพราะพอได้กลิ่นเขาต่อบุหรี่ปั๊บ เราก็ก่อนยกมือให้เขาไปสูบบุหรี่ที่อื่นเลย เขาก็เกรงใจอยู่” “แต่ก่อนยายเปิดร้านนี้ขายบุหรี่ด้วย เขาก็ต่อบุหรี่แล้วสูบบุหรี่ ยายเหม็นยายก็บอกให้ไปสูบบุหรี่ที่อื่น คนกันเองเขาก็เกรงใจ แต่คนมาจากทางอื่นยายไม่กล้าบอกเขาหรอก เราเป็นคนขาย สุดท้ายเลยตัดสินใจไม่ขายบุหรี่เพราะตาก็ป่วย ถ้าไม่เลิกบุหรี่หมอบอกว่าตาย ยายเลยเลิกขายบุหรี่ด้วย” “มันก็ธรรมดา เราร้านขายของจะให้บอกตรงๆ เลยว่าเราไม่ให้สูบบุหรี่ไม่ได้ เขาสูบบุหรี่ที่นั่นนอน เราก็เหม็น ชิวไป” “คนบ้านอื่นเขามาทำงานที่นี่ เขาก็มาซื้อบุหรี่ จุดสูบกันตรงนี้ เขารู้ว่าคนอื่นรังเกียจ เขาก็ไม่รู้ว่าไปสูบบุหรี่ที่ไหน เขาก็สูบบุหรี่นี้ให้ได้มากที่สุดจนเกือบหมดมวน แล้วเขาก็ทิ้งที่นี่ แล้วเขาก็ไปมืออย่างนี้เยอะนะ” “ยายแทบทุกร้านบุหรี่นะ คนก็ซื้อง่ายซื้อแล้วก็สูบบุหรี่นั้นเลย ผู้เฒ่าผู้น้อยมันก็สูบบุหรี่ ไม่เกรงใจ” “เขาก็กินที่ร้านนะ ไม่มาสูบบุหรี่ที่บ้าน ใครอยู่แถวนั้นก็ไต่กลิ่นหมด”

3. ประสบการณ์การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

สนทนากลุ่ม และประชุมหมู่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีวิธีการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ 4 วิธี ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเอง มีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 10) เนื่องจากควบคุมโรคไม่ได้ และมีโรคแทรกซ้อน “หมอบอกว่าให้เลิกสูบบุหรี่ทันที ผมไปทำบอลลูนมา ทุกวันนี้ยังมียาอมใต้ลิ้น หมอบอกถ้าไม่เลิกไม่เหลือเป็นคน มันเกี่ยวกับโรคหัวใจ” “ผมหยุดเอง รู้สึกมันเริ่มเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ผมสูบบุหรี่ละ 2 ของ ผมว่ามันน่าจะเกิดจากตัวบุหรี่นี้แหละ คิดได้อย่างนั้นเลิกเลย โยนทิ้ง ผมเลิกได้เลยครับ” “ผมป่วย ไปหาหมอ หมอบอกให้เลิกบุหรี่กับเหล้า ผมเลิกเลย หักดิบ กลัวยังหาสุขภาพ” “โรคผมเพียบ ผมเป็นหมดทั้งเบาหวาน ความดัน โรคไต หาหมอไม่ขาด เคยเลิกบุหรี่ หลายครั้งแล้วครับ แต่มันเลิกไม่ได้หรอกครับ มันยาก ปลดปล่อยผมตายเถอะครับ”

3.2 ผู้ป่วยหยุดเป็นผู้สูบบุหรี่มือสองจากสมาชิกครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ มีจำนวน 30 คน (ร้อยละ 15) “เมียวัวให้เลิกซะ มันบ่ดี หมอกะว่าให้เลิก ผมป่วยหนักหมอบอกเป็นปอด คั่นบ่เลิกตาย ผมเลยเลิก เลิกอยู่นานหลายเดือน ค่อยลดลง ก็เลิกได้ 10 ปีแล้ว” “ก็บอกเขาเลย คั่น (ลูกเขย) เลิกบ่ได้บ่ให้เข้าบ้าน (แต่งงานมาอยู่บ้านด้วยกับลูกสาวตน) จะย้ายมาอยู่ด้วยกัน มาสูบบุหรี่ในบ้านบ่ได้ ยายป่วย คั่นสูบบุหรี่ไปสูบบ่มองอื่น มันกะเลิกได้ตัว เลิกเลยกะให้เข้าบ้าน”

3.3 ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ด้วยตนเอง มีหลายวิธี 1) **การเดินทาง** หลบควันบุหรี่จากบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะเดินหลบเข้าที่พักรถยนต์ ปิดประตูหน้าต่าง ให้มิดชิด เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ข้างบ้านนี้แหละเขาสูบบุหรี่ ควันลอยมาหาเรา เราได้กลิ่นก็เดินหนี ปิดประตูบ้าน เข้ามาอยู่ในบ้าน” “ญาติกันนี้แหละเขาสูบบุหรี่ในบ้านเขา ตรงรั้วข้างๆ เราเห็นแหละ ยายไม่กล้าพูดหรอกไม่ใช่ญาติใกล้ชิด ยายก็หนีปิดบ้านเอา” และมีบางส่วนที่เดินหนีควันบุหรี่ตามท้องถนน คือไม่เข้าไปใกล้คนที่สูบบุหรี่หรือคนที่มิกินบุหรี่ติดตัวจากการสูบบุหรี่ และ 2) **ขอร้องให้สมาชิกครอบครัว ลด ละ เลิก บุหรี่** ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของสุขภาพของผู้สูบบ้างซึ่งเป็นคนในครอบครัว เป็นคนรักและห่วงใย และห่วงสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว เพราะคิดว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อทั้งผู้สูบบ้างและผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสอง “ขอให้เพิ่น (พี่ชาย) เลิก เพิ่นว่าไปไกลๆ ตีน (เท้า) กูเด้อ” “เมียวัวให้เลิกซะ มันบ่ดีได้ หมอกะว่าให้เลิก ผมป่วยหนัก หมอบอกเป็นปอด คั่นบ่เลิกตาย ผมเลยเลิก ได้ 10



ปีแล้ว” “เอาหนิขอแล้วขออีกขอให้เล็ก ก็ทะเลาะกันจนปานนี้กะเล็กยังบ่ได้ดอก แต่ลดลงมาหลายแล้วละ เหลือ 3 มวนต่อวัน” 3) การขอให้ไปสูบบุหรี่ใกล้บริเวณบ้าน เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสมาชิกครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่ “ฉัน(อสม.) บอกเลยชั้นมันเลิกบ่ได้ ฉันเข้าใจ สดมาได้จาก 1-2 ของต่อวัน เหลือวันหนึ่ง 3 มวน เขาว่าเขาชอบสูบล้างอาหารสามเวลา ฉันเลยว่าจะสูบกี้ได้แต่อย่าให้ฉันได้กลิ่น เขาก็ไปสูบลไกลๆ แถวรางน้ำชลประทาน ศาลาท้ายบ้านรวมกลุ่มกันหลายคนก็ไปสูบบุหรี่กันนั้นแหละ” “ไปไหนกะได้ คั่น(ลูกเขย)เลิกบ่ได้บ่ให้เข้าบ้าน มาสูบบนบ้านบ่ได้ คั่นสิสูบบ่ไปสูบลม่ออื่น” “เขามาซื้อยาสูบบกับยาย ยายเหม็นก็ให้เขาไปสูบลที่อื่น เขาก็ไปนะ” “ที่บ้านแต่ก่อนเคยขายยาสูบลด้วยนะร้านนี้ คนรู้จักเขามาสูบลเราให้เขาไปสูบลที่อื่น เขาก็เข้าใจไปสูบลที่อื่นให้” “ผมไปสูบลข้างนอกบ้านเมียไม่ถูกหรอก 4) ชุมชนติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ตามสถานที่สำคัญ เช่น ศาลากลางบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถลดปริมาณควันบุหรี่ในบริเวณที่ติดป้ายได้ “ผมให้ติดป้ายไว้ที่ศาลากลางบ้าน เวลาคนมาประชุมเขาเห็นตอนแรกเขาก็เฉยๆ นานเข้าเขาก็เกรงใจ คนหม่มาอยู่ด้วยกัน ผู้เฒ่าเยาะเขากลัวคนอื่นเจ็บป่วยไปด้วย ตอนนั้นไม่มีใครสูบลมาประชุมแล้วครับ” “ที่ รพสต. เราติดป้ายห้ามสูบลบุหรี่ยามานแล้ว เรานำร่องให้เห็นเพราะเราเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ที่บ้านไม่มีคนสูบล ที่นี้ติดป้ายและแนะนำผู้ป่วยด้วยว่าให้หยุดสูบลในที่นี้เพราะไม่ติดต่อสุขภาพตนเองและคนป่วยคนอื่นที่มาใช้บริการ” “เราณรงค์โรงเรียนปลอดบุหรี่ สุรา ครูก็พูดที่โรงเรียน ที่วัดมัคทายกก็พูด ช่วยได้เยอะมาก ไม่มีเด็กในโรงเรียนสูบลบุหรี่ยัดก็เหมือนกัน ชุมชนเราช่วยกัน แต่ที่บ้านผู้ป่วยเราคงต้องพยายามทำให้เกิดให้มากที่สุด อสม. กับผู้นำชุมชนจะช่วยกัน”

4. การรับรู้ถึงอันตรายของชุมชนในการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

4.1 ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ว่าบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง และควันบุหรี่มือสองอันตรายต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ เพราะไม่มีกั้นกรองเหมือนผู้สูบล โดยได้รับความรู้จากโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิทยุ เล่าต่อกันปากต่อปาก และมีประสบการณ์ มีผู้สูบลบุหรี่ยป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง “บุหรี่ยทำให้เป็นโรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง” “คนไม่สูบลแต่คนอื่นสูบลเราได้กลิ่น เรียกว่าบุหรี่ยมือสอง เขาว่าอันตรายกว่าคนสูบล

คนสูบลมันมีกั้นกรอง เราสูบลเอาเข้าปอดเลย ดายเร็วกว่า” “บุหรี่ยอันตรายทำให้เป็นมะเร็ง ดายไปแล้วหลายรายนะมะเร็งปอด มันสูบลเยอะหลาย เป็นของๆ อายุไม่ยืน”

4.2 ผู้ร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดไม่ทราบอันตรายของบุหรี่ต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง “บุหรี่ยมันเกี่ยวกับระดับน้ำตาลอยู่หรือหม่อ” “บุหรี่ยเกี่ยวกับโรคความดันอย่างไร ฉันไม่รู้แต่ว่ามะเร็งนี่รู้้อยู่” “อ้อ ไม่รู้ละ ไม่เคยมีใครบอกแม่ ไม่รู้เลยบุหรี่ยมันทำให้เกิดอะไรหรือ ช่วยบอกฉันหน่อยละ” “น้ำตาลก็เกี่ยวกับอาหารหวาน เค็ม เผ็ด ไม่ออกกำลังกาย ความเครียด แต่บุหรี่ยเหล่านี้ไม่รู้ละ มันคงใช่ใหม่ละหม่อ” “ฉันไม่รู้ละว่าฉันไปทำบอลลูนเกี่ยวกับบุหรี่ยที่ตาสูบล ฉันคิดว่าเกิดจากแคฉันชอบกินหวาน ของหวานฉันกินหมดเกลี้ยง ชอบด้วย ถ้าเกี่ยวกับช่วยบอกตา(สามี)ที่ ฉันไม่กล้าบอกฉันไม่มีความรู้”

4.3 ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด เคยเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเกิดโรคแทรกอย่างกะทันหัน คือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งก่ออันตรายให้พิการและเสียชีวิต แต่ทุกคนไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรดังกล่าวกับการสูบลและสัมผัสควันบุหรี่ย “ฉันไม่รู้ละหม่อ คงใช่มีงะพอใหญ่สูบลบุหรี่ยนอกบ้านจะเกี่ยวใหม่ละ ที่ฉันต้องไปทำบอลลูน ไม่ใช่เพราะว่ากินหวานๆ มันๆ หรือคะ ถ้าควันบุหรี่ยนี้ไม่รู้เลย” “อ้อ อัมพาตนี้เกิดจากความดันสูง กินหวาน กินเค็ม ฉันว่านะ แต่บุหรี่ยฉันไม่รู้หรอกหม่อ” “มันจะเกี่ยวกับอู่นะครับ เห็นคนสูบลบุหรี่ยหลายคนสุขภาพไม่ดี ถ้าเป็นเบาหวานก็มักจะเป็นคนที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่ว่าเกี่ยวกับยังไฉนี้ผมไม่รู้ละ มันเป็นข้อสังเกต ผมก็สังเกตเอาเอง” “โรคปอดผมรู้ละ แต่ว่าโรคอัมพาต โรคหัวใจเกี่ยวกับบุหรี่ยด้วยหรือหม่อ อ้อ ผมไม่เคยรู้เลยนะ” “ผมเป็นโรคหัวใจ หม่อบอกว่ามันเกี่ยวกับบุหรี่ยหม่อให้ผมเลิกสูบล แต่ผมก็ยังไม่รู้หรอกครับว่ามันเกี่ยวกับอย่างไร”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ยของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่าใน 11 หมู่บ้านของตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น มีผู้สูบลบุหรี่ยจำนวนมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนนี้มี 35 คน (ร้อยละ 17.5) ที่สูบลบุหรี่ยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีผู้หญิงสูบลบุหรี่ย 3 คน (ร้อยละ 8.57) ส่วนมากสูบลบุหรี่ยกั้นกรอง ข้อมูล



จากการคัดกรองผู้สูบบุหรี่สะท้อนว่าถึงแม้ว่าครึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่ในชุมชนเคยได้รับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ แต่มีจำนวนน้อยมาก (ร้อยละ 0.37) ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นานกว่า 6 เดือน พฤติกรรมเหล่านี้จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังทุกคนในชุมชนนี้ได้สัมผัสควันบุหรี่ ทั้งจากการที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูบบุหรี่เอง และจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองโดยสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ในบริเวณบ้าน มากที่สุดคือสามีเป็นคนสูบบุหรี่ เพื่อนบ้านมาเยี่ยมสูบบุหรี่ที่ข้างบ้านและเดินผ่านบ้าน ญาติและเพื่อนบ้านมาเยี่ยมและสูบบุหรี่ในบ้าน ควันบุหรี่ที่ร้านค้าของชำที่มีการขายบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต แดนสีแก้ว และคณะ²⁰⁻²³ ที่พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้านตัวเองเกือบทุกวัน จากสมาชิกในครอบครัวและญาติสูบบุหรี่จากลูกค้าที่มาซื้อบุหรี่ร้านขายของชำ เพื่อนบ้านร่วมติดกันสูบบุหรี่คนอื่นสูบบุหรี่หน้าบ้าน จากการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9) ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลงยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปีและ 41-59 ปี และร้อยละ 39.1 หรือวัยผู้ใหญ่ 20 ล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้าน²⁴ และอัตราการสูบบุหรี่ชายมากกว่าเพศหญิง 20 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษา ได้รับควันบุหรี่มือสองทุกคน และมีผู้ป่วยสูบบุหรี่ ซึ่งได้รับควันบุหรี่ที่บ้านทั้งในบริเวณบ้านและรอบรั้วบ้านมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนที่ศึกษามีการสร้างบ้านเรือนติดกัน ทำให้ได้รับควันบุหรี่จากสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในบ้านและญาติหรือเพื่อนบ้านสูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่อยู่ในวัยแรงงานและวัยสูงอายุ มีการใช้บุหรี่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการสูบบุหรี่เมื่อมีการสังสรรค์และคลายเครียดหลังจากการทำงานในแต่ละวัน

ประสบการณ์การป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เดินหนี พุดคุยขอให้ผู้สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ห่างไกลบริเวณบ้านตนเอง และติดป้ายรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ตามบ้าน สอดคล้องกับหลายการศึกษาของ สมจิต แดนสีแก้วและคณะ²⁰⁻²³ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดการสัมผัสควันบุหรี่ โดยการเดินหนี พุดคุยขอให้สมาชิกครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่ห่างไกลผู้ป่วย และมีการติดป้ายรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่

การรับรู้ถึงอันตรายของชุมชนในการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรับรู้อันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่ว่า ควันบุหรี่ทำให้

เกิดโรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง และควันบุหรี่มือสองอันตรายต่อผู้ไม่สูบบุหรี่มากกว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีก้นกรอง²⁷ เพราะไม่มีการกรองสารอันตรายด้วยก้นกรองให้น้อยลง และผู้ร่วมวิจัยเคยเห็นผู้ป่วยในชุมชนเกิดโรคแทรกอย่างกะทันหัน คือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งก่ออันตรายให้พิการและเสียชีวิต แต่ไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคดังกล่าวกับการสูบบุหรี่และสัมผัสควันบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sehgal & Kashyap, et al. และ King, Dube and Tynan ที่พบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน ยังไม่เข้าใจและขาดความตระหนักว่าการสัมผัสควันบุหรี่เป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตจนเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน ซึ่งต้องการรักษาต่อเนื่องและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจำนวนมาก²

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ออกแบบบริการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องของชุมชนในการสัมผัสควันบุหรี่กับการเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง สร้างความตระหนัก ของผู้ป่วยและชุมชนในความสำคัญของการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบุหรี่ ร่วมวางแผนโดยใช้ศักยภาพของผู้ป่วย และชุมชนในการจัดการสุขภาพ และส่งเสริมการลด ละ เลิก บุหรี่ ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยตามวิถีชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Hypertension League. World Hypertension Day [database on the Internet]. 2015 [cited 2018 April 25]. Available from: <http://ishworld.com/public/world-hypertension-day.htm>.
2. Sehgal, Kashyap, et al. Metabolic Syndrome and Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2011; 6(10): 2364–2373. doi: 10.2215/CJN.02180311
3. King B A, Dube S R and Tynan M A. Secondhand smoke exposure in cars among middle and high school students--United States, 2000-2009. *Pediatrics* 2012; 129(3): 446-52. doi: 10.1542/peds.2011-2307.
4. Wannamethee S G, Shaper A G & Perry I J. Smoking as a Modifiable Risk Factor for Type 2 Diabetes in



- Middle-Aged Men. American Diabetes Association 2001; 24(9): 1590-1595.
5. ทศนา บุญทอง และคณะ. บุหรี่กับสุขภาพ: บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในสมเด็จพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2551.
 6. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2555.
 7. Centers for Disease Control, CDC. A report of the Surgeon General: How tobacco smoke causes disease [database on the Internet]. 2010 [cited 2018 April 25]. Available from: <http://www.cdc.gov/tobacco>
 8. Fagard R H. Smoking Amplifies Cardiovascular Risk in Patients With Hypertension and Diabetes. Diabetes Care 2009; 32(2): 429-431. doi: 10.2337/dc09-S354
 9. Arany I, Grifoni S, Clark J S, Csongradi E, Maric C, Juncos L A. Chronic nicotine exposure exacerbates acute renal ischemic injury. American; 2011.
 10. Liu T, Tyndale R F, David S P, Wang H, Yu X, Chen W. Association between daily cigarette consumption and hypertension moderated by CYP2A6 genotypes in chinese male current smokers. Journal of Human Hypertension 2013; 27(1): 24-30.
 11. กรองจิต วาทีสาธกิจ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2551.
 12. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ความดันโลหิตสูงต้องเลิกบุหรี่ [ออนไลน์]. 2557 [ค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2558]. จาก www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=516
 13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.บ้านผือ). รายงานผู้ป่วยตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ตำบลพระลับ; 2558.
 14. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557 [ออนไลน์]. 2558 [ค้นเมื่อ 25 เมษายน 2558] จาก:<http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic55/statistic55.html>
 15. Voulgari C, Tentolouris N, Dilaveris P, Tousoulis D, Katsilambros N, Stefanadis C. Increased heart failure risk in normal-weight people with metabolic syndrome compared with metabolically healthy obese individuals. Journal of the American College of Cardiology 2011; 58(13): 1343-1350.
 16. Kemmis, S. and McTaggart, R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin, N. and Lincoln, Y., Eds., Strategies of Qualitative Inquiry, Sage, Thousand Oaks 2007; 271-330.
 17. นิตยภัต นิตนิยม และสมพนธ์ ทศนิยม. การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2555.
 18. สุภาภรณ์ จันทวานิช. วิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
 19. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส; 2555.
 20. สมจิต แดนสีแก้ว และเพชรไสว ล้อมตระกูล. การเสริมพลังอำนาจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2557; 17(10): 5-10.
 21. วิจิตรา เสนา, สมจิต แดนสีแก้ว และนพนันท์ ชัยภูมิ. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนสู่การดูแลแบบหุ้นส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านของวัยแรงงานที่เป็นเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2): 205-213.
 22. เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และสมจิต แดนสีแก้ว. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(4): 73-79.
 23. พิชัย บุญมาศรี และสมจิต แดนสีแก้ว. การสนับสนุนการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(2): 80-88.
 24. ธีระวัฒน์ เจริญชัยรัตน์ และสุชาดา ภัยหลีกส์. การสำรวจความชุก และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(3): 285-297.