

บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กับการลดการสัมผัสควันบุหรี่

เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, พย.ม.¹

นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.²

กาญจนา ปัญญาธร, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 24 ธันวาคม 2563; วันที่แก้ไข: 8 มีนาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการละเลยการดูแลสุขภาพตั้งแต่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ปัญหาสุขภาพที่สะสมเป็นระยะเวลานานจะปรากฏชัดเจนเมื่ออายุมากขึ้น ปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้นเนื่องจากสาเหตุสำคัญคือการสัมผัสควันบุหรี่ สารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ ในควันบุหรี่อาจจะทำให้ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับปริมาณสารพิษในควันบุหรี่ที่ผู้สูงอายุได้รับการสูบบุหรี่หรือจากการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดเข้าสู่ร่างกาย ทั้งจากที่บ้าน ที่ทำงานหรือที่สาธารณะอยู่เป็นประจำ ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือคนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ และการสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, บทบาทพยาบาลชุมชน, การสัมผัสควันบุหรี่

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระราชนก

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹ Corresponding author: เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, Email: saowaluk@rtu.ac.th

Community Nursing Roles in Caring for Elderly with Hypertension and Reducing Tobacco Smoke Exposure

Saowaluk Thajang, M.N.S.¹

Narumol Premmasawat, M.N.S.²

Kanchana Panyathorn, M.N.S.³

(Received: December 24th, 2020; Revised: March 8th, 2021; Accepted: May 1st, 2021)

Abstract

Chronic diseases in older adults are the consequences of insufficient self-healthcare during their working age (15-59 years old). Health problems that gradually accumulate over a long time will become apparent when individuals are get older. Currently, sixty percent of older adults suffer from hypertension and are rapidly developing its related complications and exposure to tobacco smoke is one of the most important causes of this phenomenon. Nicotine and other toxins in tobacco smoke may cause uncontrolled hypertension. However, the severity of hypertension and its complications depend on level and frequency of tobacco smoke exposure in both first and second-hand smokers at home, the office, and in public places. Therefore, community nurses should play a role in reducing the exposure older adults with hypertension to smoke by motivating them to quit smoking, as well as encouraging their families and communities the help them quit smoking, and building networks in the community to create an environment conducive to reducing direct and second-hand exposure to tobacco smoke.

Keywords: hypertension, community nursing roles, smoke exposure

¹ Registered Nurse, Practitioner Level, Faculty of Nursing, Ratchathani university, Udonthani campus.

² Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute.

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Faculty of Nursing, Ratchathani university, Udonthani campus.

¹ Corresponding author: Saowaluk Thajang. Email: saowaluk@rtu.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรทั้งหมดของประเทศในเขตอาเซียนมีผู้สูงอายุจำนวน 70 ล้านคน (ร้อยละ 11) โดยประเทศในกลุ่มที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมี 4 ประเทศ ประกอบด้วย สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย ทั้งนี้การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประเทศในเขตอาเซียนจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า (United Nations, 2019) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่าจากจำนวนประชากรไทยประมาณ 64.4 ล้านคน เป็นวัยผู้สูงอายุมากถึง 11.6 ล้านคน (ร้อยละ 17.5) โดยได้รับการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็น สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นจนเป็น สังคมสูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2576 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการเสื่อมถอยด้านร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่างๆ ตลอดจนการเกิดโรคต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็น 1 ใน 8 ของโรคที่พบบ่อยในประชากรกลุ่มนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) สอดคล้องผลการวิจัยที่พบว่าผู้ที่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนมาก (ร้อยละ 60.9) เป็นวัยผู้สูงอายุ (เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และสมจิต แคนสีแก้ว, 2558)

โรคความดันโลหิตสูงเปรียบเสมือน *เพชรฆาตเงียบ* เพราะเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีผลต่อการป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการตายหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยจากการรวบรวมข้อมูลอัตราการตายของประเทศไทย 3 ปีย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2560–2562 พบว่ามีอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ 13.0, 13.1 และ 14.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ได้แก่ การไม่มาตรวจตามนัด การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ความเครียดขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่มชา กาแฟที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ หรือการสัมผัสควันบุหรี่ (พัชรี รัศมิ์แจ่ม, ปรีศนา อัครชนพล, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2556) ซึ่งการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรือนั้นหากเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้นอีก 2-3 เท่า เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจโต หัวใจล้มเหลว เป็นต้น (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555)

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรือนั้นเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำได้สำเร็จโดยลำพัง แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้อื่นในการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ โดยเฉพาะควันบุหรือนี่เองที่เป็นการสัมผัสควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูด (Exhaled smoke) เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับอันตรายจากสารพิษในควันบุหรี่ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่เองก็ตาม ปัญหานี้จึงควรได้รับความร่วมมือจากคนในครอบครัวและชุมชนในการแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณค่าให้กับประเทศ ครอบครัว และชุมชน ได้มีสุขภาพที่ดีหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และนับเป็นบทบาทที่ทำนายการทำงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ปลอดภัยจากควันบุหรี่ทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ โดยการดำเนินการในหลายมิติ

เช่น การแสวงหาความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน การใช้ประโยชน์จากกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ และการสร้างนโยบายสาธารณะในชุมชน เป็นต้น ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาโดยอาศัย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง คือโรคหรือภาวะที่กระแสเลือดในหลอดเลือดแดงมีแรงดันสูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประชุมตกลงการแบ่งระดับค่าความดันโลหิตตามรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการนานาชาติเรื่องการป้องกัน การคัดกรอง การรักษาและการประเมินผลโรคความดันโลหิตสูง (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [JCN 7]) ได้จำแนกระยะตามค่าระดับความดันโลหิต โดยเกณฑ์ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะอยู่ที่ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน/ ตัวล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเหมือนกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ส่วนผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตที่ทำงานผิดปกติจะลดเกณฑ์ค่าระดับความดันโลหิตอยู่ที่ เท่ากับหรือมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) โดยเกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตตามคำนิยามของ JCN-7 มีดังนี้ 1) ค่าปกติ คือ ค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท 2) Pre-Hypertension คือ ค่าความดันซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท 3) Stage 1 Hypertension คือ ค่าความดันซิสโตลิก 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท และ 4) Stage 2 Hypertension คือ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

การวัดค่าระดับความดันโลหิตอาจได้ค่าที่แตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หลายองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การกลัวสถานพยาบาล ภาวะเหนื่อย ภาวะเครียด การดื่มชา กาแฟ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตแขนทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วยไม่เท่ากัน เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านเครื่องมือที่ใช้วัด เช่น เครื่องมือวัดชนิดปรอท เครื่องมือวัดแบบดิจิตอล ขนาดของผ้าพันแขน (Arm cuff) ที่ใช้วัดแขนผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านวิธีการวัดและผู้วัด เช่น ความรู้ในเรื่องวิธีการวัด การพันผ้าพันแขนที่หลวมเกินไป การลดระดับปรอทเร็วเกินไป (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) การไม่ใช้หูฟังตรงตำแหน่งเส้นเลือดประกอบกรวัดโดยใช้อิมัลชันบริเวณเส้นเลือดแทน เป็นต้น แม้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป แต่มีข้อควรระวัง เช่น ต้องให้ผู้สูงอายุนั่งพักก่อนวัดอย่างน้อย 5 นาที โดยไม่พูดปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ได้สูบบุหรี่ และไม่ดื่มกาแฟหรือแอลกอฮอล์ หรือออกกำลังกายมาภายใน 30 นาที ก่อนวัด เครื่องวัดความดันโลหิตต้องได้มาตรฐาน ตำแหน่งการวาง

ท่อนแวนขณะวัดในท่านั่งและทำยื่นต้องอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ เมื่อทำการวินิจฉัยครั้งแรกต้องวัดแขนทั้งสองข้างเสมอต่างกันได้ 10 มิลลิเมตรปรอท และในผู้สูงอายุที่มีชีพจรไม่สม่ำเสมอควรวัดหลาย ๆ ครั้ง เพื่อหาค่าที่ตรงกันมากที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

ลักษณะการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การสัมผัสควันบุหรี่จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ การสัมผัสควันบุหรี่มือหนึ่ง การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และการสัมผัสควันบุหรี่มือสาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสัมผัสควันบุหรี่มือหนึ่ง (First-hand smoke) หมายถึง การที่ผู้สูบบุหรี่ได้สัมผัส สูดดมเอาควันบุหรี่ที่เต็มไปด้วยสารพิษกว่า 7,000 ชนิดเข้าสู่ร่างกาย โดยตัวผู้สูบบุหรี่จะได้รับควันบุหรี่ทั้ง 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 ควันบุหรี่หลัก (Mainstream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่มาจากการพ่นออกจากปากและจากการหายใจเอาควันหรือออกทางจมูก และชนิดที่ 2 ควันบุหรี่ข้างเคียง (Side stream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่ออกมาจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกจุด (Öberg, Jaakkola, Prüss-Ustün, Schweizer, & Woodward, 2010) ทั้งนี้ ปริมาณสารพิษจากควันบุหรี่ที่ได้รับขึ้นอยู่กับชนิดบุหรี่ ความถี่ในการสูบบุหรี่ จำนวนมวนต่อวันในการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่หรือสูดดมและอมควันบุหรี่ (Georg, 2012) เช่น หากในแต่ละวันสูบบุหรี่จำนวนมวนมากจะทำให้ร่างกายได้รับสารนิโคตินมากตามไปด้วยเพราะในบุหรี่ 1 มวน มีสารนิโคตินที่เป็นสารเสพติดอย่างแรง 0.1- 2.8 มิลลิกรัม คิดเป็นร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมดที่อยู่ในใบยาสูบ โดยการสูบบุหรี่ 1-2 มวน เท่ากับการสูดดมเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายประมาณ 10 ครั้ง และหากสูบบุหรี่มากกว่า 20-30 มวน นั่นคือการสูดดมเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายมากถึง 300 ครั้ง (กรองจิต วาทีสาชกกิจ, 2552)

2. การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) หมายถึง การที่เป็นผู้รับควันบุหรี่ โดยไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายจากการสูดดม โดยเป็นควันบุหรี่หลักร้อยละ 15 และควันบุหรี่ข้างเคียงร้อยละ 85 ซึ่งควันบุหรี่ข้างเคียงนั้นจะมีความเข้มข้นของอนุภาคของควันและสารพิษมากกว่าควันบุหรี่หลัก ด้วยอนุภาคของควันที่มีขนาดเล็กจึงสามารถเข้าไปอยู่ในส่วนลึกของปอดได้ และสามารถกระจายไปได้ตามบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสถานที่เดียวกัน การสัมผัสควันบุหรี่มากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อยู่ ณ สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ เช่น นานาที่ ชั่วโมง จำนวนผู้สูบบุหรี่ ความสม่ำเสมอที่ได้สัมผัสควันบุหรี่ เป็นต้น (Georg, 2012) โดยผลกระทบระยะสั้นทำให้เกิดความไม่พอใจ กลิ่นติดเสื้อผ้า หายใจไม่สะดวก ทำให้ไอ เคืองตา ปวดศีรษะ เป็นต้น สำหรับผลกระทบระยะยาวหากได้รับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดเสี่ยงเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง (ร้อยละ 30) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ร้อยละ 30) และโรคเส้นเลือดสมองตีบ (ร้อยละ 27) เป็นต้น (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานา นามเดช, และปรียศ กิตติธีระศักดิ์, 2555)

3. การสัมผัสควันบุหรี่มือสาม (Third-hand smoke) หมายถึง การที่บุคคลได้รับสารนิโคตินและสารพิษชนิดอื่นเข้าสู่ร่างกายจากการสัมผัสพื้นผิว สิ่งของต่าง ๆ จากควันบุหรี่ที่ตกค้างตามพื้นผิวต่าง ๆ หลังจากที่ถูกควันบุหรี่หายไป เช่น ในบรรยากาศห้องที่มีการสูบบุหรี่ พรหมในห้อง เบาะ ผนัก ผ้าม่าน เสื้อผ้า

ห้องพักในโรงแรม และพื้นผิวอื่น ๆ ซึ่งสารพิษที่ตกค้างนี้สามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุได้ หากมีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตามพื้นผิวต่าง ๆ อย่างน้อยเดือนละครั้งก็สามารถช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากควันทนุหรีมือสามได้ (Berjer, 2012)

ผลกระทบของการสัมผัสควันทนุหรีที่มีต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกและมีจำนวนผู้ป่วยด้วยมากถึง 1.13 พันล้านคน (World Health Organization, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2563 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายต่อประชากรแสนคนของโรคความดันโลหิตสูง ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2563 คือ 525 : 13.0, 590 : 13.1 และ 313 : 14.2 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตค่าบน/ค่าล่างได้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นเรื่องที่สำคัญ อีกทั้งเป้าหมายประเทศตามเกณฑ์ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ผู้ป่วยต้องสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 เพราะการที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ (มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555)

ผลกระทบต่อสุขภาพของการสัมผัสควันทนุหรีไม่เพียงเกิดกับผู้สูบบุหรี่หรือผู้สัมผัสควันทนุหรีมือหนึ่งยังส่งผลต่อผู้ไม่ได้สูบบุหรี่หรือผู้ที่สัมผัสควันทนุหรีมือสองอีกด้วย (Öberg et al., 2010) เพราะในควันทนุหรีมีสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด เมื่อร่างกายได้รับสารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ เข้าสู่กระแสเลือดจะส่งผลให้ระดับไขมันไม่ดีชนิดแอลดีแอล (Low-density lipoproteins [LDL]) ในเลือดสูงขึ้น และส่งผลให้ระดับไขมันที่ดีชนิดเอชดีแอล (High-density lipoprotein [HDL]) ในเลือดต่ำลง (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย.], 2555) เมื่อระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ทำให้มีคราบไขมันลอยไปเกาะตามเยื่อบุผนังหลอดเลือดและเกิดการสะสมรวมตัวเป็นก้อนไขมัน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เกิดการหดเกร็งและตีบตัวลง หัวใจต้องทำงานหนักในการใช้แรงบีบตัวในการสูบฉีดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (ทัศนยา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต, และสุรินทร กลั้มพากร, 2551) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจโต หัวใจล้มเหลว เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

บทบาทพยาบาลชุมชนกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทพยาบาลชุมชน การลดการสัมผัสควันบุหรี่ มี 3 ลักษณะ ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่

การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เขากระทำมาอย่างยาวนานนั้นเป็นเรื่องที่ยากและท้าทายมากที่สุด โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงอันตรายของการสัมผัสควันบุหรี่ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยสิ่งสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย ความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Willingness) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Ability) และการตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Readiness) เพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ (Kate, Tania, & Dan, 2012) ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมาเทคนิคการสร้างแรงจูงใจที่นิยมใช้คือ เทคนิค 5As ประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange เป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น ๆ ในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ดังนี้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; Health Service Executive is Tobacco Control Framework [HSE], 2014)

1.1 Ask (ถาม) คือ การถามเกี่ยวกับข้อมูลการสูบบุหรี่ทั้งหมดของผู้สูบบุหรี่ในทุกครั้งที่ให้คำปรึกษา และทำการจดบันทึกข้อมูลไว้ เช่น “คุณสูบบุหรี่หรือไม่” “สูบบุหรี่มานาน” ลักษณะการสูบบุหรี่ “สูบกี่มวนต่อวัน” “สัปดาห์หนึ่งสูบกี่ครั้ง” “มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่” และ “คนในบ้านสูบบุหรี่หรือไม่” เป็นต้น

1.2 Advise (แนะนำ) คือ การแนะนำต้องมีความสอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคล และคอยกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น “คุณเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ไหมคะ” “คุณอยากเลิกสูบบุหรี่หรือไม่” “เลิกสูบบุหรี่เถอะเพื่อสุขภาพของคุณนะคะ” และ “การสูบบุหรี่ส่งผลให้โรคความดันโลหิตสูงที่คุณเป็นอยู่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้นะคะ” เป็นต้น

1.3 Assess (ประเมิน) คือ ประเมินจากประวัติการพยายามเลิกบุหรี่ ประเมินความตั้งใจและความเชื่อมั่นของผู้สูบบุหรี่ในการมุ่งมั่นปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินวิธีการต่าง ๆ ที่เคยใช้ในการเลิกบุหรี่ เช่น การหักดิบ การใช้ยาเลิกบุหรี่ การใช้สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ หรือการค่อย ๆ ลดจำนวนการสูบบุหรี่ เป็นต้น

สำหรับการประเมินจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นต้องใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ 5Rs ประกอบด้วย Relevance, Risks, Rewards, Road-blocks และ Repetition เพิ่มเข้ามาช่วยประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; HSE, 2014) ดังนี้

1.3.1 Relevance (ความสัมพันธ์) คือ การอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อดี ข้อเสียที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่

1.3.2 Risks (ความเสี่ยง) คือ การบอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงโทษและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่อภาวะสุขภาพจากการสูบบุหรี่

1.3.3 Rewards (รางวัล) คือ บอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงผลประโยชน์หรือรางวัลที่รับจากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น รางวัลที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่คือ การมีสุขภาพที่ดี บุคคลรอบข้างมีสุขภาพดี ช่วยประหยัดเงินจากการนำไปซื้อบุหรี่ เป็นต้น

1.3.4 Road-blocks (อุปสรรค) คือ การบอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงโทษหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำการเลิกบุหรี่ เช่น บอกให้ทราบอาการถอนนิโคติน และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่และคิดหาทางแก้ไขปัญหาไว้ล่วงหน้า

1.3.5 Repetition (การเน้นย้ำ) คือ ทุกครั้งที่ได้พูดคุยหรือสนทนากับผู้สูบบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาควรเน้นย้ำซ้ำ ๆ กับผู้สูบบุหรี่ถึงความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ การพูดเน้นย้ำความสำคัญจะช่วยจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักและมุ่งสู่เป้าหมายเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จนสำเร็จ

1.4 Assist (ช่วยให้เลิกสูบ) คือ การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ต้องขึ้นอยู่กับความพร้อม ความพยายามและความรุนแรงของการติดสารนิโคตินในบุหรี่ของผู้อยากเลิกสูบบุหรี่ด้วย ทั้งนี้ควรใช้เทคนิคการจัดการความอยากสูบบุหรี่ 5Ds ประกอบด้วย Delay, Deep breath, Drink water, Do something else และ Destination/ Discuss with family and friend (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; ฉันทนา แรงสิงห์, 2556) มีรายละเอียด ดังนี้

1.4.1 Delay คือ การยืดเวลาในการสูบบุหรี่ โดยเมื่อผู้สูบบุหรี่เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ให้ยึดระยะห่างการสูบบอกไปประมาณ 3-5 นาที พยายามหักห้ามใจตัวเองไม่ให้จุกบุหรี่สูบบนทันทีที่อยากสูบบุหรี่เพราะความรู้สึกอยากสูบบุหรี่จะเกิดขึ้นและค่อย ๆ หายไปภายในเวลา 1 นาที แต่ในช่วงที่เลิกบุหรี่แรก ๆ อาการนี้จะเกิดขึ้นถี่ จึงต้องหาวิธีอื่น ๆ มาช่วยยืดระยะเวลาการสูบบตามวิธีในข้อต่อไป

1.4.2 Deep breath คือ การพยายามหายใจเข้าออกลึก ๆ ขณะที่เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ปฏิบัติอย่างน้อย 10 ครั้ง เพื่อยืดระยะเวลาและห้ามใจตนเองไม่ให้อยากจุกบุหรี่มาสูบบ

1.4.3 Drink water คือ การดื่มน้ำมาก ๆ หรือบ้วนปาก การใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ช่วยลดการอยากสูบบุหรี่ เช่น การดื่มหาน้ำดอกขาว การเคี้ยวเปลือกมะนาว การอมมะขามป้อม ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่ ฤทธิ์ของสมุนไพรจะทำให้รสชาติบุหรี่เปลี่ยน ทำให้ไม่อยากสูบบ และน้ำที่ดื่มเข้าไปจะช่วยให้ขับสารนิโคตินออกจากร่างกายออกไปกับน้ำปัสสาวะ ทำให้ความต้องการอยากสูบบุหรี่ลดลงไปเรื่อย ๆ เช่นกัน

1.4.4 Do something else คือ การหางานหรือกิจกรรมให้ตัวเองไม่ว่าง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้นึกถึงบุหรี่และลืมความอยากสูบบุหรี่เพราะมัวเพลิดเพลินไปกับงานหรือกิจกรรมที่ทำอยู่เช่น ออกกำลังกาย การทำงานบ้าน การทำงานสวน การปลูกต้นไม้ การมุ่งมั่นตั้งใจทำงานที่ทำอยู่ให้สำเร็จ เป็นต้น

1.4.5 Destination/ Discuss with family and friend คือ การให้กำลังใจตนเองในการเลิกบุหรี่ การบอกกล่าวกับครอบครัวหรือเพื่อนว่าตนเองเลิกบุหรี่ได้ เช่น “ฉันเลิกบุหรี่ได้แล้ว” เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ตนเองที่ทำให้คิดเลิกบุหรี่จนสำเร็จ

1.5 Arrange (วางแผนติดตาม) คือ การวางแผนติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ทำการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จมากขึ้น เช่น ติดตามใน 1 สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 4 หรือ 1 เดือน และติดตามต่อในเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน หลังเลิกสูบบุหรี่ และครั้งสุดท้ายคือเมื่อครบ 1 ปี เพราะถ้าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ครบ 1 ปี จะถือว่าเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ได้แล้วแต่ทั้งนี้การติดตามผลต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ด้วยว่ายินยอมให้ติดตามผลเป็นระยะหรือไม่ และในปัจจุบันสามารถติดตามผลผ่านจดหมาย โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ ได้ตามความเหมาะสม

การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนในชุมชน ได้แก่ คู่ชีวิต ลูก หลาน เพื่อนสนิท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน บุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เป็นต้น สามารถช่วยสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะความรัก ความห่วงใยจากคนรอบข้างเหนือสิ่งอื่นใดกำลังใจจากคนในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสมัครใจอยากเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

หัวใจสำคัญในการเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพต้องเกิดจากความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่จากใจจริงของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มิใช่เกิดจากแรงกดดันจากพยาบาล จากครอบครัวหรือจากบุคคลรอบข้าง เพราะพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นเพียงชั่วคราว เมื่อแรงกดดันนั้นลดลงแนวโน้มที่จะกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเกิดได้ทุกเมื่อ เนื่องจากความรู้สึที่แท้จริงของผู้ป่วยยังไม่ได้ต้องการเลิกบุหรี่และยังคงมีความสุขในการสูบบุหรี่ แม้ว่าผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เรื่องโทษของบุหรี่และเห็นรูปคนป่วยข้างซองบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังไม่สามารถลดความอยากบุหรี่ที่อยู่ในใจและเมื่อใดที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยเชิงสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เข้ายวน เช่น เพื่อนสนิทยังสูบบุหรี่อยู่ (นงนุช บุญอยู่, 2541) เพื่อนที่สูบบุหรี่วนเวียนมาชักชวนให้สูบ การดื่มสุราและมีคนสูบบุหรี่ในวงสุรา การได้กลิ่นควันบุหรี่โดยเฉพาะหนึ่งเดือนแรกหลังจากเลิกสูบบุหรี่ การเดินผ่านร้านค้าที่มีบุหรี่ป้ายหน้าเป็นต้น ก็เป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

การสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

ความร่วมมือของคนทุกฝ่ายในชุมชนและตัวผู้ป่วยเองที่รู้จักวิธีป้องกันตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่มือสอง เช่น การเดินหนี การทำท่าปิดปาก ปิดจมูก การบอกให้ผู้สูบบุหรี่ไปสูบไกล ๆ การขอร้องเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีผู้กำลังสูบบุหรี่อยู่ (เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และสมจิต แคนสีแก้ว, 2559) เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเครือข่ายในชุมชนและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยบทบาทพยาบาลชุมชนควรมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

1. จัดประชุมระดมสมองสะท้อนคิด โดยการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาประชุมร่วมกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน เป็นต้น

เพื่อมาแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. กำหนดพันธะสัญญาและสร้างข้อตกลงร่วมกัน โดยการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันกำหนดกติกาชุมชน และนำมาเผยแพร่โดยการประชาสัมพันธ์ของผู้นำชุมชน การสร้างกลุ่มแกนนำพิทักษ์สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ตามสถานที่ราชการ สถานที่สาธารณะทั่วไป เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ป้ายรอรถประจำทาง เป็นต้น

3. การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของควันบุหรี่ต่อผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป โดยการจัดอบรมความรู้คนในชุมชน การทำคู่มือความรู้แจกคนในชุมชน การติดป้ายความรู้ตามสถานที่ต่าง ๆ ที่มีคนพลุกพล่าน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ป้ายรอรถประจำทาง ศาลากลางบ้าน เป็นต้น

4. การให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ เพราะคนส่วนใหญ่ยังคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล แต่แท้จริงแล้วผู้สูบบุหรี่หรือหลายคนกลับมองข้ามและไม่พิทักษ์สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีข้อกำหนด คือ ควรมีการจัดเขตปลอดบุหรี่ตามสถานที่สาธารณะให้มีสภาพตามมาตรฐานกำหนด ห้ามฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ การจัดให้มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ ตามหลักเกณฑ์ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2555) เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ตามกฎหมายจะช่วยลดการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และทำให้ประชาชนลดโอกาสการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะลงด้วย

สรุป

ผู้สูงอายุมีลักษณะทางคลินิกที่ต่างไปจากบุคคลในวัยอื่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา การมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่จำเพาะ การมีโรคร่วมหลาย ๆ โรคในเวลาเดียวกัน หรือการได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ตลอดจนการมีปัจจัยทางด้านสังคมอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการสัมผัสควันบุหรี่อย่างสม่ำเสมอจะยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุเป็นการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการสร้างความตระหนักร่วมกันกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและคนในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีและสามารถลดการสัมผัสควันบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). *จำนวนอัตราป่วยตายปี 2559-2562*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32 &gid=1-020>
- กรองจิต วาทีสาชกกิจ. (2552). *ถนน ปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(2), 17-24.
- นงนุช บุญอยู่. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่* (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทัศนยา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต, และสุรินทร์ กลัมพากร. (2551). *บุหรี่ยับสุขภาพ: บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่*. เชียงราย: กรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- พัชรวิทย์ รศมีแจ่ม, ปริศนา อัครชนพล, และวนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย. (2556). ปัจจัยทำนายก่อนภาวะความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตำบลนาเกลือ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 102-114.
- มูลนิธิธีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2555). *ความดันโลหิตสูงต้องเลิกบุหรี่*. สืบค้นจาก <http://www.ashthailand.or.th/old/th/information>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2563). *8 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=39092>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย.]. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรานา นามเดช, และปรีศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). *บุหรี่ยับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ หน่วยที่ 2 พิชัยยาสูบต่อสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลเพื่อควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, และสมจิต แคนสีแก้ว. (2559). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34 (4), 73-79.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- Berjer, D. (2012). *The dangers of third-hand smoke in hotels*. Lodging Hospitality, Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/916367890?accountid=27797>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *A report of the Surgeon General: How tobacco smoke causes disease*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/tobacco>
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., . . . Roccella, E. J. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: *The JNC 7 Report*. *JAMA*, 289(19), 2560–2572. <https://doi.org/10.1001/jama.289.19.2560>
- Georg, E. M. (2012). *Overview: Defining third-hand smoke*. Retrieved from http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/OTRU_THS_part2.pdf
- Health Service Executive is Tobacco Control Framework. (2014). *Brief intervention for smoking cessation national training programmer (2nd Edition)*. Retrieved from <http://www.hse.ie/eng/about/Who/TobaccoControl/news/Briefreport.pdf>
- Kate, H., Tania, G., & Dan I., L. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*, 41(9). Retrieved from <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2012/September/201209hall.pdf>
- Öberg, M., Jaakkola, M. S., Prüss-Üstün, A., Schweizer, C., & Woodward, A. (2010). Second-hand smoke: Assessing the burden of disease at national and local levels, environmental burden of disease series, No. 18 (pp.1-59). Retrieved from https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebd18/en/
- United Nations. (2019). *2019 UNIDOP Celebrates “The Journey to Age Equality”*. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage/2019unidop.html>
- World Health Organization. (2019). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>