

บ้านไร้ควันบุหรี่ ลดหืดในเด็ก

A smoke-free home for reducing asthma in child

อุษารักษ์ โถหิน่ง ศรีสุรวัชร์ เกียรติมนิรัตน์ และ ณัฐมน สีธิแก้ว

Usa Thohinung, Srisuruk Kietmaneerut and Nathamon seethikaew

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

School of Nursing, Mae Fah Luang University

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจโดยเฉพาะที่หลอดลม สาเหตุเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีปฏิกิริยาไวเกินต่อสิ่งกระตุ้นหรือสารก่อภูมิแพ้ที่สูดหายใจเข้าไป ควันบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้เด็กโรคหืด มีอาการหอบกำเริบรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กบางรายอาจจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ บ้านไร้ควันบุหรี่ หมายถึง บ้านที่ไม่มีควันบุหรี่จากบุคคลในครอบครัวไม่มีการสูบบุหรี่ภายในบ้านที่ช่วยป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เด็กมีอาการหอบกำเริบ ทำให้ลดหืดในเด็กได้

คำสำคัญ: โรคหืด, บ้านไร้ควันบุหรี่, เด็ก

Abstract

Asthma is a chronic inflammatory disease of the respiratory tract, especially a bronchus. Its cause is hypersensitivity of immune system to stimulants or inhaled allergens. A smoke is the major stimulant in asthmatic children leading to severe asthma attack which is needed for hospitalization. Some cases may need a ventilator which may increase the risk of complications or death. A smoke-free home refers to no smoke at all from cigarette smoking of any family members at home. It can prevent the stimulants of asthma and reduce asthma in child.

Keywords: Asthma, Smoke-free Home, Child

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสารก่อภูมิแพ้ที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ พบมากในเด็กและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย (อรรถพรณ โปชนุกูล และสมบุญรัตน์ จันทร์สกุลพร, 2558; Asher, et al.,

2006) อาการของโรคหืดส่งผลต่อเด็กทางร่างกาย จิตใจ การนอนหลับ และการทำกิจวัตรประจำวัน เด็กจะมีอาการหายใจลำบาก ไอบ่อยในเวลากลางคืน ทำให้เกิดปัญหาในการนอนหลับ มีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน ส่งผลให้การเรียนรู้และการทำกิจกรรมในตอนกลางวันไม่มีประสิทธิภาพ

(Miadich, Everhart, Borschuk, Winter, & Fiese, 2015) โรคหืดในเด็กเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานาน และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครองต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การทำให้มีบ้านไร้ควันบุหรี่ เป็นวิธีการสำคัญในการป้องกันอาการหอบหืดของเด็ก ผู้เขียนจึงสนใจนำเสนอบทความเรื่องนี้ในหัวข้ออันตรายของการสัมผัสควันบุหรี่ภายในบ้าน บ้านไร้ควันบุหรี่ และ กรณีการดำเนินการในโรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์

อันตรายของการสัมผัสควันบุหรี่ภายในบ้าน

การสัมผัสควันบุหรี่ภายในบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคหืดมีอาการหอบ และไอตอนกลางคืนของเด็กปฐมวัย ควันบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการของโรคหืดจากภูมิแพ้ ที่พบได้บ่อยในสิ่งแวดล้อม คือ สารก่อภูมิแพ้ และสารระคายเคืองทางเดินหายใจ (Zuraimi, Ong, Tham, & Chew, 2008) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ ทำให้ระดับของสาร endotoxin เพิ่มขึ้น 10 เท่า ส่งผลให้มีการสร้าง IgE เพิ่มขึ้น และไปทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจ หลอดลมเกิดการอักเสบ และมีความไวต่อสารก่อภูมิแพ้เพิ่มขึ้น ควันบุหรี่ที่ลอยปะปนในอากาศรอบๆ ตัวผู้สูบ หรือที่เรียกว่า “บุหรี่มือสอง” มีในสิ่งแวดล้อมถึงร้อยละ 85 และมีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด (ฉันทชาย สิทธิพันธุ์, 2553; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2552) ปริมาณสารพิษนี้มีมากกว่าควันที่ผู้สูบสูดเข้าไปโดยตรงถึง 3-4 เท่า เด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ในบ้านมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหืดได้มากกว่าเด็กปกติถึง 2 เท่า เด็กที่เป็นโรคหอบหืด มีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคหอบหืดสูงขึ้น และจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคมากขึ้น (อรพรรณ โพชนุกูล, และ สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, 2558) ในสหรัฐอเมริกา พบเด็กอายุ 5-10 ปี ที่อาศัยกับผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ป่วยเป็นโรคหืดประมาณ ร้อยละ 40 (Mackay, Haw, Ayres, Fischbacher, & Pell, 2010) โรงพยาบาลเชียงรายประชา

ณุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย พบว่าเด็กโรคหืด ร้อยละ 65 มีประวัติคนในครอบครัวสูบบุหรี่ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2559) บ้านที่มีควันบุหรี่จึงส่งผลเสียต่อสุขภาพของคนในบ้านทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะกับเด็ก เนื่องจากทางเดินหายใจของเด็กแตกต่างจากทางเดินหายใจของผู้ใหญ่ที่มีลักษณะแคบและสั้น มีอัตราการหายใจเร็วกว่าผู้ใหญ่ ประกอบกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์เต็มที่ (สมหญิง โค้วสวนนท์, 2558) เด็กจึงมีความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะโรคหืดจากควันบุหรี่ได้มาก ผลงานวิจัยบ้านปลอดบุหรี่ พบว่า เด็กได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 21.7 และมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เมื่อเติบโตขึ้นร้อยละ 45.7 (ยิ่งวรุณ ปานสมัย, อดิศักดิ์ ผลิตผล การพิมพ์, กรวิการ์ บุญตานนท์, เซาวณี ตริยะบุตร และ เนตรนภา สนวนทอง, 2558)

บ้านไร้ควันบุหรี่

บ้านไร้ควันบุหรี่ หมายถึง บ้านที่ไม่มีควันจากบุหรี่ที่จุดไฟ และควันบุหรี่ที่สูดเข้าและหายใจออกมาของบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ หรือที่เรียกว่า “ควันบุหรี่มือสอง [Second-hand smoke]” บ้านไร้ควันบุหรี่จึงมีความสำคัญในการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจากบุหรี่มือสองและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดในเด็กได้

การทำให้บ้านไร้ควันบุหรี่ เป็นเรื่องสำหรับผู้ปกครองเด็ก ต้องให้ความสำคัญในการปกป้องบุตรหลานโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควันบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศ และที่ตกค้างอยู่กับอุปกรณ์เครื่องใช้ในบ้าน เนื่องจากมีผู้ปกครองเด็กบางราย คิดว่าการได้รับพิษภัยจากบุหรี่ คือ การสูบบุหรี่หรือการหายใจควันบุหรี่โดยตรงเท่านั้น จาก การสัมภาษณ์มารดาเด็กได้บอกว่า “ขณะที่พ่อเขาสูบบุหรี่ เขาจะไม่ได้อยู่ใกล้ลูก” หรือ “ขณะที่สูบก็เปิดประตูหน้าต่าง” การทำให้บ้านไร้ควันบุหรี่ กระทำได้ดังนี้ 1) ประเมินการสัมผัสกับควันบุหรี่ของเด็ก ได้แก่ ถามเรื่องสุขภาพเด็ก

เกี่ยวกับทางเดินหายใจ เช่น มีอาการไอเป็นประจำ เป็นหวัดบ่อยๆ หรือมีอาการเจ็บในหู อาการเหล่านี้ชี้บ่งว่าเด็กอาจได้สัมผัสควันบุหรี่ 2) สอบถามถึงคนที่สูบบุหรี่ในบ้านและวิธีการสูบบุหรี่ เช่น การเปิดหน้าต่างหรือประตูบ้านระหว่างสูบบุหรี่ วิธีที่ดี คือ การสูบบุหรี่นอกบ้าน และไม่ให้ความร้อนหรือควันเข้ามาในบ้านได้ 3) สนับสนุนการลดจำนวนการสูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด โดยให้คำแนะนำถึงผลเสียต่อสุขภาพบุคคลในบ้าน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อบ้านไร้ควันบุหรี่ และแนะนำสถานที่ติดต่อเมื่อต้องการเลิกสูบบุหรี่ (Russell, McKenzie, Brannigan, & Young, 2011)

กรณีการดำเนินการในโรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์

การดำเนินการในโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์ เป็นการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้บูรณาการ การควบคุมการบริโภคบุหรี่เข้ากับการฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 1 ภาคการศึกษา นักศึกษาได้ทำกิจกรรมดังนี้

1. สอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่ในครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคหืดและมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ อายุเฉลี่ยน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน และสอบถามข้อมูลของบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ของเด็กโรคหืด เพื่อประเมินภาวะติดบุหรี่ ความต้องการเลิกบุหรี่ และวิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ และวางแผนให้การช่วยเหลือ พบว่าผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว มีอายุในช่วง 35- 50 ปี ทุกคนเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 16 ปี สูบบุหรี่วันละ 5-20 มวนต่อวัน ใช้นิ้หรือมวนเองจากกระดาษหนังสือพิมพ์ 1 คน และสูบบุหรี่ที่มวนเองจากกระดาษสีขาและซื้อจากร้านค้า 11 คน

2. แนะนำโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้แก่ การสร้างความมั่นใจ การส่งเสริมทางเลือก และการให้

ครอบครัวมีส่วนร่วม (อุษารักษ์ โถหินัง, 2560) โดยใช้หลักการของ “5As” ได้แก่ 1) สอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวเด็ก ช่วงระหว่างการรับใหม่ และให้การดูแลเป็นการสนทนาทั่วไป (Ask) 2) ให้คำแนะนำกับบุคคลในครอบครัวเด็กขณะมาเยี่ยมเด็ก ในบางรายได้พูดคุยทางศัพท์ และขออนุญาตไปเยี่ยมบ้าน หากไม่สะดวกมาโรงพยาบาล นักศึกษาได้อธิบายให้เข้าใจถึงนิ้หรือมือสองและมือสามต่อสุขภาพเด็ก และสุขภาพผู้สูบบุหรี่โดยตรง (Advice) 3) ประเมินความตั้งใจหรือความพร้อมในการเลิกนิ้หรือ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญว่าจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพบุตรหลานมากกว่าสุขภาพตัวเอง พยายามไปสูบบุหรี่ที่ห่างจากสถานที่ที่เด็กอาศัย เช่น ออกไปสูบบุหรี่นอกบ้าน (Assess) และ 5) ประเมินผลและการติดตาม สามารถติดตามได้บางส่วน เช่น ในรายที่มาพร้อมเด็กในวันที่แพทย์นัดติดตามอาการและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หรือบางรายขออนุญาตโทรศัพท์เพื่อติดตาม (Arrange)

หลังจากได้รับคำแนะนำ มีผู้ปกครอง 1 คนบอกว่า “ไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่แต่จะเปลี่ยนวิธีการมวนนิ้หรือจากหนังสือพิมพ์เป็นกระดาษขาวแทน” เนื่องจากสูบมานาน ส่วนผู้ปกครองอีก 11 คน มี 3 คนที่ต้องการเลิกนิ้หรือทันที เนื่องจากตระหนักในโทษและพิษภัยของควันนิ้หรือ โดยเฉพาะอาการหอบกำเริบของเด็กโรคหืด บิดาของเด็กโรคหืดอายุ 3 ปี สามารถเลิกนิ้หรือได้โดยไม่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการอยากนิ้หรือ แต่ใช้การอมลูกอมทุกครั้งเมื่อต้องการสูบบุหรี่ จากคำกล่าวที่ว่า “อยากสูบบุหรี่แต่พอนึกถึงสภาพลูกมีอาการหอบแล้วหายอยากเลย” ผู้ปกครองอีก 8 คนขอเวลากลับไปคิดทบทวนในการเลิกนิ้หรือแต่จะลดจำนวนที่สูบต่อวันลงหนึ่งในนี้บอกว่าเคยเลิกนิ้หรือมาแล้วและกลับมาสูบใหม่อีกครั้งเมื่อไม่นานมานี้

บทสรุป

จากการฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 1 ภาคการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลที่ต้องการทำให้เกิดบ้านไร้ควันนิ้หรือใน

ครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดจำนวน 12 คน ถือได้ว่าประสบ อีก็ และให้พยาบาลได้นำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำวัน
ความสำเร็จในส่วนหนึ่งซึ่งควรได้ขยายงานไปในวิชาอื่น ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ฉันทชาย สิทธิพันธุ์. (2553). พิษภัยของการบริโภคยาสูบ. ในสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา.(บรรณาธิการ). *คู่มือการรักษารโรค
ติดยาสูบ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า11-23). กรุงเทพมหานคร: สันทวิกิจ พรินติ้ง.
- ยิ่งวรุณ ปานสมัย, อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, กรวิการ์ บุญตานนท์, เซาวณี ตียะบุตรและเนตรนภา สมนบัวทอง. (2558).
โครงการวิจัยบ้านปลอดบุหรี่. ค้นเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2560, จาก
http://www.csip.org/non_smoking/index.html
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2559). *รายงานประจำปี 2558 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์*.
ค้นเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2560, จาก <http://www.crhospital.org/crhprofilef>
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2552). สารพิษในควันบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ. ในสุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญา และ
รณชัย คงสกนธ์. (บรรณาธิการ). *พิษภัยและการรักษารโรคติดยาสูบ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 111-125). กรุงเทพมหานคร:
สันทวิกิจ พรินติ้ง.
- สมหญิง โควสวนนท์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบหายใจ. ในศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนนท์, ฟองคำ
ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (บรรณาธิการ).
ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 605-738). กรุงเทพมหานคร: สหมิตร
พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- อรพรรณ โพนกุล และสมบุรณ์ จันทร์สกุลพร. (บรรณาธิการ). (2558). *โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก*. พระนครศรีอยุธยา:
เทียนวัฒนาพรินติ้ง.
- อุษาษ์ โถหินัง. (2560). บทบาทในการดูแลเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *วารสารการพยาบาล*, 19(1), 10-18.
- Asher, M. I., Montefort, S., Bjorksten, B., Lai, C. K., Strachan, D. P., Weiland, S. K., et al., (2006). Worldwide time
trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC
phase one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*, 368(26), 733-743.
- Mackay, D., Haw, S., Ayres, J. G. Fischbacher, C., & Pell, J. P. (2010). Smoke-free legislation and hospitalizations for
childhood asthma. *The New England Journal of Medicine*, 16(363), 1139-1145.
- Miadich, S. A., Everhart, R. S., Borschuk, A. P., Winter, M. A., & Fiese, B. H. (2015). Quality of life in children with
asthma: A developmental perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 672-679.
- Russell, G., McKenzie, L., Brannigan, K., & Young, L. (2011). *Creating a smoke-free home*. Retrieved July, 25, 2017,
from https://www.ashscotland.org.uk/media/8145/REFRESH_HowtoGuide.25.01.12.pdf
- Zuraimi, M. S., Ong, T. C., Tham, K. W., & Chew, F. T. (2008). Determinants of indoor allergens in tropical child care
centers. *Pediatric Allergy and Immunology*, 19(8), 746-755.