



ก้าวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง “บุหรี่”

พรรณิ ปานเทวีญ*

บุหรี่เป็นสาเหตุของความพิการหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคที่ป้องกันได้ ที่สำคัญได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งของอวัยวะอื่นๆ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหัวใจขาดเลือด การสูบบุหรี่นอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้สูบแล้ว ยังส่งผลต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้างจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (second hand smoke) ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่กล่าวมาเช่นเดียวกัน ดังนั้นหลายประเทศจึงร่วมมือกันดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบโดยมีแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆ ปัจจุบันแนวโน้มของการควบคุมการบริโภคยาสูบได้เปลี่ยนแปลงไปจากการเน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ไปสู่กลยุทธ์แบบเบ็ดเสร็จที่มุ่งไปสู่การสร้างเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมบรรทัดฐานและค่านิยมใหม่ของสังคม เนื่องจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะสร้างบริบทที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่และส่งเสริมผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้ (มนทนา เก่งการพานิชและลักขณา เต็มศิริกุลชัย, 2549) การเพิ่มราคาบุหรี่ให้สูงขึ้น การจัดสถานที่ปลอดบุหรี่และจัดที่เฉพาะให้สูบบุหรี่ การรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชนเพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การออกกฎหมายควบคุมการโฆษณา การตัดคำณโครงการส่งเสริมการขายและการให้การอุปถัมภ์ (sponsorship) ของบริษัทบุหรี่ กิจกรรมเหล่านี้เป็นเรื่องของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ (supportive environment) ซึ่งมีผลทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรลดลง จากนโยบายของรัฐที่ประกาศให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ บุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรมีหน้าที่ในการดำเนินงานรณรงค์การลด ละ เลิกบุหรี่ โดยนำปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายมาวางแผนในการจัดกิจกรรมการเลิกบุหรี่ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล การมีบทบาทเชิงรุกในสถานที่ทำงาน ชุมชน สถานประกอบการรวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องกระทำซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเศรษฐกิจของประเทศ

สถานการณ์การสูบบุหรี่ (Situation about Smoking)

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน (WHO, 2005) มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 5.4 ล้านคน

หรือนาทีละ 10 คน ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน และคนที่ไม่สูบบุหรี่แต่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองประมาณ 4,000-5,000 คน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2552) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าถ้าปล่อยให้สถานการณ์เป็นเช่นนี้ ในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 10 ล้านคน (Hurt, 1999) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องร่วมมือในการแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจัง

การสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรไทยของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10.8 ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย 10.3 ล้านคนและเพศหญิงประมาณ 5 แสนคน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2552) ถึงแม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยยังคงสูงอยู่กลุ่มประชากรบางกลุ่มโดยเฉพาะทหารจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าพลเรือน ทั่วไป (Joseph et al 2005; Owen, 2003) จากผลการสำรวจและรายงานการวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่าทหารมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่า 50% ทหารบางรายที่ไม่เคยสูบบุหรี่จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่อเข้ามาประจำการในหน่วย ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อทหาร นอกจากเกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่แล้วยังทำให้สมรรถภาพทางกายต่ำลง เสี่ยงต่อการบาดเจ็บในการฝึก เนื่องจากกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อลดลงรวมทั้งประสิทธิภาพในการสู้รบกับข้าศึกจะลดลงอีกด้วย ดังนั้นผู้บังคับบัญชาหรือบุคลากรที่มีหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับทหาร ควรกำหนดนโยบายและดำเนินงานในการรณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี่ในหน่วยทหารให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (Factors related to Smoking)

องค์การอนามัยโลกได้รายงานอายุของประชากรที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุประมาณ 15 ปี (WHO, 1997) ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่อายุน้อยๆ มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุมากกว่า ปัจจัยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

*พันโทหญิง, Ph.D. Candidate, อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

การสูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้ที่มีฐานะยากจนและมีระดับการศึกษาต่ำ จะมีอัตราการสูบบุหรี่สูง ทศนคติและความเชื่อก็มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น อิทธิพลของพ่อแม่และกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ จะทำให้วัยรุ่นเลียนแบบหรือสูบบุหรี่ตามกลุ่มเพื่อน โดยส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าการสูบบุหรี่เมื่อได้สูบบุหรี่ ผลการวิจัยเกี่ยวกับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า เด็กรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติในสังคม บุหรี่ช่วยให้คลายเครียดและรู้สึกมั่นใจในการเข้าสังคมและไม่คิดว่าตนจะติดบุหรี่หรือเป็นโรคจากการสูบบุหรี่เหมือนกับผู้ใหญ่ (Myint, 2005) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้วัยรุ่นยังรับรู้ว่าการสูบบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่ายตามร้านค้าทั่วไป ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมถ้าสถานที่ใดมีผู้สูบบุหรี่มาก และคนมองว่าเป็นเรื่องปกติ ก็จะมีผลทำให้มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากขึ้น ในครอบครัวการที่พ่อแม่ไม่ตักเตือนลูกที่สูบบุหรี่และอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบ้านได้หรือในชุมชนไม่มีการกระตุ้นเตือนในการที่จะสร้างค่านิยมของสังคม (social norms) ให้เลิกสูบบุหรี่ ก็จะส่งผลให้ประชาชนยังคงบริโภคบุหรี่ต่อไป

ดังนั้นการสร้างค่านิยมในสังคม การเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อของเด็กวัยรุ่นต่อการสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญที่จะป้องกันการสูบบุหรี่ตั้งแต่ในวัยเด็ก ครูและผู้ปกครองรวมทั้งผู้นำชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในการร่วมมือกันให้ความรู้ สร้างทัศนคติในทางบวกต่อการไม่สูบบุหรี่หรือการเลิกสูบบุหรี่ แนวโน้มในปัจจุบันพบว่า อายุที่เด็กเริ่มสูบบุหรี่มีน้อยลงเรื่อยๆ จึงควรปลูกฝังทัศนคติให้กับเด็กวัยเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา

การเลิกสูบบุหรี่ (Smoking Cessation)

การเลิกบุหรี่เป็นกระบวนการที่มีการตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่และจะจบลงด้วยการหยุดสูบบุหรี่แต่พบว่าผู้ที่เลิกบุหรี่เพียง 30 - 50% สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นจะลดลงเหลือเพียง 20 - 30% ที่ยังคงหยุดสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี (Fiore, 1990) มีการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้เลิกสูบบุหรี่จะกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่และมากกว่า 90% ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง จะเริ่มสูบใหม่ในระยะเวลา 1 ปี (Chollat - Tarquet, 1996) ความพร้อมหรือแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีความจำเป็นสำหรับผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ ถ้ายังไม่มีความพร้อมและความตั้งใจที่อยากเลิกก็จะมีผลทำให้การเลิกสูบบุหรี่ไม่ประสบความสำเร็จ การวิจัยที่ผ่านมาในการสำรวจความพร้อมหรือแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Translational Model of Change) หรือเรียกย่อๆ ว่า TTM ซึ่งเป็นโมเดลทางจิตวิทยา ของโปรชาสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1983) ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงในภาพทำนายความสำเร็จที่จะเลิกสูบบุหรี่บนพื้นฐานของระยะเวลาที่คิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่ พบว่าผู้สูบบุหรี่ราว 10% คิดจะเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนข้างหน้า เรียกว่า ขั้นตอนเตรียมตัว (Preparation stage)

ขณะที่มีจำนวน 30% คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า เรียกว่า ขั้นตอนตั้งใจ (Contemplation stage) อีก 30% ยังไม่รู้ว่าจะเลิกเมื่อใด และ 30% ที่ยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ (Cohen, 1997) กลุ่มที่สูบบุหรี่ที่ยังไม่รู้ว่าจะเลิกเมื่อใดหรือยังไม่คิดจะเลิกบุหรี่ซึ่งมีจำนวน 60% เป็นกลุ่มที่เรียกว่า ขั้นตอนก่อนตั้งใจ (Pre-contemplation stage) จำเป็นต้องได้รับการสร้างแรงจูงใจและการรับรู้ถึงอันตรายของบุหรี่อย่างมาก โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การใช้กิจกรรมกลุ่ม การระดมสมอง การใช้บทบาทสมมติและตัวแบบเข้ามาช่วยเพื่อให้มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในขั้นต่างๆ จะมีความแตกต่างกัน

ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ (Benefits of Smoking Cessation)

การเลิกสูบบุหรี่มีผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ว่าจะสูบบุหรี่มานานแล้วเท่าใดหรือเกิดโรคจากการสูบบุหรี่แล้วหรือยัง การหยุดสูบบุหรี่เมื่ออายุ 50 ปี จะสามารถลดอัตราการตายในเวลา 15 ปีต่อมาได้ถึงร้อยละ 50 (USDHHS, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่า การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ อาทิเช่น การเลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 30 ปีจะลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดได้เกือบทั้งหมด สำหรับผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้นาน 5 ปี อัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะลดลงเหลือครึ่งหนึ่ง และงดการสูบบุหรี่ได้ 10 ปี อัตราความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดจะลดลงเหลือครึ่งหนึ่ง และโอกาสเกิดมะเร็งปอดจะลดลงเท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ หลังจากเลิกสูบบุหรี่ไป 15 ปี (ประภิต วาทีสากรกิจ, 2552)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ (Factors related to Smoking Cessation)

1. ปัจจัยด้านบุคคลและเศรษฐกิจ (Socio-demographic Factors) การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส รายได้ มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ อาทิเช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ที่อายุน้อย จะประสบความสำเร็จในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ (quit attempts) น้อยกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า (Pallonen et al., 1990) หรือผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบก่อนอายุ 20 ปี จะมีอัตราการหยุดสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มที่เริ่มสูบครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 20 ปี (Chen & Miller, 1998) ผู้สูบบุหรี่ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่น้อย ผู้ที่มีสถานภาพสมรสสูง จะหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่โสดหรือหย่าร้างทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2. ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors)

2.1 การบริโภคบุหรี่ (Cigarette Consumption) ปริมาณการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่หรือเป็นตัวทำนายการกลับมาสูบใหม่โดยจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ผู้ที่สูบบุหรี่จัดและสูบบุหรี่เป็นเวลานานจะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า (Hymowitz, 1997; Soldberg et al., 2007)



2.2 ประสบการณ์ของการหยุดสูบบุหรี่ในอดีต (Past Quit Attempts) ผู้สูบบุหรี่ที่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อนที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้นานถึง 1 ปี หรือมากกว่าจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Farkas et al.,1996) จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เช่นกันพบว่า ถ้ามีจำนวนของการพยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้ง (มากกว่า 3 ครั้ง) มักพบว่าจะเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ (Carlson et al., 2003; Macy et al., 2007)

2.3 วิธีที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ (Methods use to quit) ผู้สูบบุหรี่ที่ใช้วิธีการเลิกด้วยตนเองมักจะใช้การลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงหรือใช้วิธีหักดิบโดยหยุดสูบเลย จากผลการวิจัยและแนวทางการเลิกบุหรี่จากผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้วิธีการหักดิบจะดีกว่าการลดจำนวนลง เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ที่ลดจำนวนมวนบุหรี่ลงจะรู้สึกว่า ตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรคน้อยลงแล้วและมีสุขภาพดีขึ้น จึงไม่พยายามที่จะหยุดสูบบุหรี่จนกระทั่งกลับไปสูบบุหรี่เท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม แต่การลดจำนวนลงอาจจำเป็นสำหรับผู้ที่ยังติดนิโคตินมาก หรือมีแรงจูงใจหรือความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่น้อย

2.4 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Consumption) ผู้ที่สูบบุหรี่มักจะดื่มสุราร่วมด้วยโดยจะสูบบุหรี่มากขึ้นในขณะที่ดื่มสุรา ส่วนใหญ่ผู้ที่กำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่จะกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (relapse) เมื่อไปดื่มสุราหรือมีการสังสรรค์กับเพื่อน ดังนั้นควรแนะนำให้กำลังเลิกบุหรี่ให้หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และอาจงดการไปสังสรรค์กับเพื่อนในช่วงเวลาที่เลิกบุหรี่

3. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological Factors)

3.1 การติดสารนิโคติน (Nicotine Dependence) การวัดระดับการติดนิโคติน ส่วนใหญ่จะใช้แบบทดสอบของฟาเกอร์สโตรม (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ซึ่งมีตัวบ่งชี้คือปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน เวลาที่สูบบวนแรกของวัน การสูบบุหรี่เมื่ออยู่ในที่ห้ามสูบหรือเมื่อเจ็บป่วย แบบทดสอบจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน ถ้าได้คะแนน 0 - 3 หมายถึง บุคคลนั้นไม่ติดสารนิโคตินและสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง ถ้าได้คะแนน 4 - 5 หมายถึง สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองแต่ต้องเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปจำเป็นต้องพบแพทย์เมื่อรับคำปรึกษาและใช้ยาร่วมด้วย

3.2 อาการถอนนิโคตินและความอยากสูบบุหรี่ (Withdrawal Symptoms and Craving)

อาการผิดปกติทางกายและทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มึนงง กระสับกระส่าย หนาวกระวาย วิตกกังวลและขาดสมาธิ และเกิดความอยากที่จะสูบบุหรี่ โดยพบได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกและรุนแรงขึ้นในระยะเวลา 3 วัน จากนั้นจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลงในระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ อาการอยากสูบบุหรี่ (Craving or urge to smoke) เป็นปัญหาที่พบบ่อยของผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะอาการอยากสูบบุหรี่เมื่อเห็นคนอื่นสูบบุหรี่ หลังรับประทานอาหาร และเมื่อ

มีความเบื่อหรือความเครียด จากการสัมภาษณ์และพูดคุยกับกลุ่มทหารเกณฑ์ที่สูบบุหรี่ พบว่าความอยากสูบบุหรี่เมื่อเห็นคนอื่นสูบบุหรี่เป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ทหารกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก ดังนั้นการให้ข้อมูลและเตือนใจให้ผู้ที่เลิกบุหรี่เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ จะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรคนี้ได้รวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในขณะที่เลิกสูบบุหรี่ เช่น การดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มประเภทผักและผลไม้โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ได้แก่ มะนาว มะม่วงดิบ จะช่วยลดความอยากบุหรี่ลงได้ การผ่อนคลายหรือการทำสมาธิ เป็นต้น

4. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychological Factors)

4.1 แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Motivation to quit) จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่มีแรงจูงใจหรือมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ จะมีแนวโน้มในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่ยังไม่พร้อมจะเลิก (Ward et al.,1997) โดยผู้ที่ยังไม่พร้อมจะเลิกจะรับรู้ผลเสียจากการหยุดสูบบุหรี่ เช่นอาการขาดนิโคติน การเผชิญกับความเครียด ความกลัวต่อการล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรประเมินแรงจูงใจหรือความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรวมทั้งวิธีการแก้ไขเมื่อพบกับปัญหาอุปสรรคที่กล่าวมา

4.2 ความเครียดและภาวะซึมเศร้า (Stress and Depression) ส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเครียดจากการทำงานหรือมีปัญหาครอบครัว ใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่ถูกต้องโดยหันมาพึ่งบุหรี่และมักจะกล่าวว่า บุหรี่ช่วยคลายเครียดหรือลดความวิตกกังวล นอกจากนั้นความเครียดยังกระตุ้นให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่หันกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก ภาวะซึมเศร้าก็เช่นเดียวกัน จะเป็นอุปสรรคในความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก

4.3 ทศคติต่อการสูบบุหรี่ (Attitude toward smoking) ผู้สูบบุหรี่ที่มีทัศนคติในทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่เช่น รับรู้เรื่องประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น มีทัศนคติในทางลบต่อการสูบบุหรี่ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายจะมีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่มากกว่า

4.4 ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) การที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการที่จะควบคุมหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ มีทักษะในการปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนจะช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหรือสามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ (Chang et al., 2006) ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยหรือผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ จะมีการใช้แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เพื่อพิจารณาการจัดกิจกรรมในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4.5 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ผู้ที่กำลัง

เลิกสูบบุหรี่ที่ได้รับการสนับสนุนหรือได้รับกำลังใจจากครอบครัว ผู้ใกล้ชิดจะมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัวหรือคูรักรักจะมีผลต่ออัตราการเลิกสูบบุหรี่ (Cessation rates) แตกต่างกันไปโดยพบว่าการนำกรรยาเข้ามาเข้าร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่จะได้ผลดีสำหรับสามีที่กำลังเลิกบุหรี่ (Murray et al., 1995)

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

5.1 อิทธิพลทางสังคมรวมทั้งครอบครัวและเพื่อน (Social/ Peer and Family Influences) สิ่งแวดล้อมทางสังคมเป็นปัจจัยกำหนดการเริ่มสูบบุหรี่ของแต่ละคน จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า การให้โปรแกรมที่เน้นการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องในสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยเรียนและได้ผลดีในการเลิกบุหรี่ การที่เด็กฯ เห็นพ่อแม่สูบบุหรี่ เด็กจะเลียนแบบตามและเมื่ออยู่ในช่วงวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะมีบทบาทสำคัญถ้าเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ ก็จะมีโอกาสสูงที่จะสูบบุหรี่ตามเพื่อนได้ การที่พ่อแม่ผู้ปกครองไม่เห็นด้วยกับการที่ลูกสูบบุหรี่และพยายามที่จะเลิกบุหรี่จะช่วยกระตุ้นให้ลูกเลิกบุหรี่เช่นเดียวกัน

5.2 การห้ามสูบบุหรี่ (Ban on Smoking) การจำกัดหรือการห้ามสูบบุหรี่ ในสถานที่ต่างๆ เช่นที่ทำงาน บ้าน สถานศึกษา ธารณะ นอกจากช่วยลดการได้รับควันบุหรี่มือสองในกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แล้ว ยังช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่คิดอยากที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Emmons et al., 1995) การห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน และในบ้านเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่โดยบุคคลนั้นจะลดปริมาณการสูบลองเรื่อยๆจนตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ในที่สุด ผลการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะในค่ายทหารพบว่า นโยบายการห้ามสูบบุหรี่สำหรับทหารใหม่ ในระหว่างการฝึกขั้นพื้นฐานสามารถกระตุ้นให้ทหารเรือสามารถเลิกบุหรี่ได้ (Conway et al., 2004)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ในแต่ละคน อาจประกอบด้วยหลายปัจจัยร่วมกันที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกได้หรือไม่ได้ จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ที่สูบบุหรี่ควรประเมินปัจจัยดังกล่าวของผู้สูบบุหรี่แต่ละคนก่อนเพื่อร่วมกันค้นหาสิ่งส่งเสริมที่ทำให้เขาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือค้นหาอุปสรรคที่จะเป็นตัวขัดขวางให้การเลิกบุหรี่ล้มเหลว โดยเฉพาะอุปสรรคในเรื่องของความเครียด การดื่มสุรา การอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ทำงานที่มีคนสูบบุหรี่ และอาการถอนนิโคตินซึ่งมักจะทำให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่หวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่อีก ดังนั้นจึงต้องหาวิธีการป้องกัน (relapse prevention) สภาวะดังกล่าว

การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Intervention)

การเลิกบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและทำลายผู้สูบบุหรี่หลายคนเคยผ่านการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองมาแล้วหลายครั้ง และพบกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในขณะที่เลิกบุหรี่ซึ่งไม่สามารถ

แก้ปัญหาได้ทำให้ต้องหวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่อีก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูบบุหรี่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพเมื่อตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่แล้ว การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลวิธีที่ใช้ในการช่วยเหลือเพื่อให้เลิกบุหรี่ อาทิเช่น การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การสะกดจิต การผ่อนคลาย การฝังเข็ม การให้คำแนะนำปรึกษารายบุคคล การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนครอบครัวและคูรักรักมาช่วย สามารถช่วยให้การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ นอกจากนั้นการให้ยาและผลิตภัณฑ์ที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ เช่น สารนิโคตินทดแทน เพื่อแก้ปัญหาของอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) การใช้น้ำยาอมบ้วนปากเพื่อลดอาการอยากบุหรี่ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่บางราย ยาทดแทนนิโคติน (nicotine replacement therapy) จะช่วยลดความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินได้ ทำให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ สามารถรับมือกับสภาวะการขาดบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

แนวทางการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ที่ผ่านมานั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล แต่เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้สูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรวมทั้งนโยบายและกฎระเบียบต่างๆ โดยเฉพาะนโยบายที่จะควบคุมการบริโภคบุหรี่ของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนและช่วยกลุ่มที่สูบบุหรี่ให้ลดปริมาณการสูบลองและเลิกบุหรี่ได้ ประเทศไทยได้เริ่มใช้กฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับคือพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญในเรื่องการห้ามโฆษณา ห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และให้มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ อีกฉบับหนึ่งคือพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญมุ่งคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพื่อสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศที่ปราศจากมลพิษและเป็นเครื่องยืนยันว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ใช่พฤติกรรมที่สังคมยอมรับ ซึ่งส่งผลให้เกิดค่านิยมในทางลบต่อการสูบบุหรี่อันจะทำให้เยาวชนรุ่นใหม่หันมาสูบบุหรี่น้อยลง ในปี พ.ศ. 2536 มีนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือลดอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนและมีการจัดตั้งองค์กรสร้างเสริมสุขภาพจากภายในขึ้น จึงเป็นการถือกำเนิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นอกจากนี้ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) ทำให้มีการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ชูชัย ศุภวงษ์, 2550)

วิธีการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศสามารถสรุปวิธีการช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ในระดับบุคคล ได้ดังนี้

1. การหักดิบ (Cold Turkey Approach) การหยุด

สูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ผู้สูบบุหรี่มักใช้ในการเลิกบุหรี่มากกว่าที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ แต่พบว่าผู้ที่เลิกบุหรี่ด้วยตนเองได้สำเร็จจะเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่ปริมาณน้อยและมีการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัดมักจะหักดิบไม่ได้ อาจจำเป็นต้องใช้การลดจำนวนลงและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆร่วมด้วย เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา

2. การให้คำแนะนำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) โดยใช้การบำบัดแบบกระชับ (Brief Intervention) ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้กำหนดแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สูบบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5 A's approach (Fiore,2000) ซึ่งใช้เวลาเพียง 2-3 นาที สำหรับผู้ที่พร้อมจะเลิกบุหรี่ มีแนวทางการให้คำปรึกษา ดังนี้

2.1 การถาม (Ask) : สอบถามผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการทุกคนและลงบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับสถานภาพของการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

2.2 การแนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) : กระตุ้นให้ผู้มารับบริการทุกคนตัดสินใจเลิกบุหรี่

2.3 ประเมินความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ (Assess) : ประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (make a quit attempt)

2.4 การช่วยเหลือให้เลิก (Assist) : บุคลากรในทีมสุขภาพจะให้คำแนะนำปรึกษาและแนะนำวิธีการใช้ยาช่วย

2.5 การติดตาม (Arrange) : การวางแผนติดตามเพื่อให้กำลังใจและประทับประคองให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่เต็มใจหรือยังไม่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่จะใช้หลักการสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค 5R's ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ตรงตัวหรือความเกี่ยวข้อง (Relevance) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทราบว่าทำไมการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวเขา 2) ความเสี่ยง (Risks) บุคลากรในทีมสุขภาพควรซักถามผู้สูบบุหรี่ให้แยกแยะผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ออกมาด้วยตนเอง 3) รางวัล (Rewards) เป็นการซักถามผู้สูบบุหรี่ให้คิดถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ทำให้สุขภาพดีขึ้น ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย 4) อุปสรรคขัดขวางการเลิกบุหรี่ (Roadblocks) ควรซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่แยกแยะอุปสรรคขัดขวางการเลิกบุหรี่และบันทึกแนวทางการแก้ปัญหา 5) การเสริมสร้างแรงจูงใจซ้ำๆ (Repetition) ควรดำเนินการทุกครั้งสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีแรงจูงใจเมื่อมาตรวจในคลินิกต่างๆ ในหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ที่เคยล้มเหลวในการเลิกควรได้รับการบอกเล่าให้ทราบว่าคนส่วนใหญ่เคยล้มเหลวมาแล้วทั้งนั้นกว่าจะเลิกได้สำเร็จ

3. การช่วยเหลือตนเอง (Self -help intervention) บุคลากรในทีมสุขภาพจะใช้สื่อ สิ่งพิมพ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่กำลังเลิก

สูบบุหรี่ศึกษาวิธีการปฏิบัติตนในการช่วยเหลือตนเองขณะที่เลิกบุหรี่ ซึ่งจะเข้าถึงกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ได้เป็นจำนวนมากพร้อมทั้งให้ผู้ที่เลิกบุหรี่รู้จักประเมินตนเอง ได้แก่ การบันทึกข้อมูลการสูบบุหรี่ การควบคุมสิ่งเร้าที่ทำให้อยากบุหรี่ การแก้ไขปัญหามือเมื่อเกิดอาการถอนนิโคตินและการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

4. การจินตนาการเพื่อการผ่อนคลาย (Guide Imagery)

เป็นรูปแบบของการช่วยเหลือที่ใช้การพูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความเครียดในขณะอดบุหรี่ จะใช้วิธีการนี้ร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่

5. การให้คำแนะนำปรึกษาและการใช้ยาร่วมกัน (Counseling and Pharmacotherapy) การรักษาผู้ป่วยในคลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีการให้คำแนะนำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา โดยยาอาจจะใช้ยาทดแทนนิโคตินซึ่งจะอยู่ในรูปของแผ่นแปะหมากฝรั่งนิโคติน ลูกอม ยาอมใต้ลิ้น การสูดดม ยาพ่นจมูก (WHO, 2003) หรือใช้ยารักษาภาวะซึมเศร้า เช่น Bupropion, Nortriptyline เป็นต้น ผลการศึกษาที่ผ่านมา ในคลินิกอดบุหรี่พบว่าได้ผลดีในการช่วยให้เลิกบุหรี่ได้

6. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) เป็นการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ตัดสินใจและตกลงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Miller & Rollnick, 1991) โดยผ่านการกระตุ้นแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) และเน้นที่กระบวนการคิด การรับรู้ผลดี ผลเสียของการสูบบุหรี่ การเพิ่มความสามารถของตนเอง โดยใช้การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended question) เพื่อเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ได้คิด มองตนเองและตัดสินใจด้วยตนเองในการเลิกบุหรี่ การศึกษาวิจัยพบว่า MI เหมาะสมกับผู้รับบริการซึ่งมีความพร้อมหรือมีแรงจูงใจต่ำ ตัวอย่างการศึกษาในสหรัฐอเมริกา มีการใช้โปรแกรมที่ชื่อว่า Project EX เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของเด็กวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น

7. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือการใช้อินเทอร์เน็ต (Telephone Quitline/ Internet Based Services)

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือ Quitline เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ สามารถให้บริการประชาชนจำนวนมากได้อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ เป็นแหล่งข่าวความรู้สำหรับประชาชนที่สนใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) reactive ผู้รับบริการสามารถโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษาและ 2) proactive ผู้ให้คำปรึกษาสามารถโทรศัพท์หรือติดต่อกลับไปหาผู้รับบริการเพื่อประเมินผลย้อนกลับและให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ ปัจจุบันมีการกล่าวถึงวิธีการแบบ proactive อย่างกว้างขวางว่าได้ผลดีและเมื่อใช้ร่วมกับอินเทอร์เน็ตแล้ว จะมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น การดำเนินงาน Quitline 1600 สายปลอดบุหรี่ในประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา ปัจจุบันให้บริการ เวลา 08.30- 17.00 น. มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้คำปรึกษา

8. การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (Relapse Prevention)

การป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ มีความสำคัญเพื่อให้ผู้ที่เลิกบุหรี่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรซึ่งอบรมส์และคณะ (Abrams et al., 2003) ได้เสนอวิธีการปฏิบัติตน ดังนี้

8.1 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills Training) และใช้กลวิธีการควบคุมตนเอง (self-control) เพื่อกำจัดสิ่งกระตุ้น (trigger) ที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่โดยการ 1) หลีกเลี่ยง (Avoid) จากสถานการณ์ที่มีการสังสรรค์รวมถึงการดื่มสุรา 2) การปรับเปลี่ยน (Alter) ผู้สูบบุหรี่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะกระตุ้นให้อยากบุหรี่ 3) การหาสิ่งทดแทน (Substitute) เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมเมื่อยากบุหรี่ โทรศัพท์หาเพื่อนหรือพูดคุยกับผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน

8.2 กลวิธีทางความคิด (Cognitive Strategy) เป็นการให้ผู้เลิกบุหรี่บอกหรือพูดคุยกับตนเอง (self-talk) เกี่ยวกับเหตุผลที่เลิกสูบ ประโยชน์ของการเลิก โดยจะเน้นความคิดในเชิงบวก เช่น คำพูดที่ว่า “ฉันสามารถเลิกได้” “ฉันกำลังทำสิ่งที่ดีกับตัวเอง” “เดือนตัวเองว่า “ไม่” เมื่อนึกอยากบุหรี่

8.3 การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด (Stress Management Training) มีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายเมื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายภายหลังการเลิกบุหรี่ ลดอาการอยากบุหรี่และช่วยให้ผ่านพ้นช่วงอาการถอนยาได้อย่างราบรื่นและทำให้ร่างกายปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว ใช้หลักการผ่อนคลาย (relaxation) โดยการทำสมาธิ การควบคุมลมหายใจเข้าออก นอกจากนั้นยังมีการใช้การบำบัดทางเลือก เพื่อบรรเทาอาการเครียดได้ อาทิเช่น การสร้างจินตภาพและจิตสำนึกโดยการฝึกสังจิตตนเอง การใช้สมุนไพรบำบัด (Aromatherapy) โดยการนำกลิ่นหอมจากธรรมชาติซึ่งเป็นพวกน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในการดูแลรักษา การนวด (massage) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ศิลปะบำบัด (Art Therapy) หัวเราะบำบัด (Humor Therapy) เป็นต้น (กรองจิต วาทีสากรกิจ, 2551)

ที่กล่าวมาเป็นเทคนิคและวิธีการช่วยเหลือในระดับบุคคล (interpersonal level) แต่ปัจจุบันการแก้ไขปัญหในเรื่องบุหรี่จำเป็นต้องปฏิบัติการช่วยเหลือในระดับอื่น ๆ รวมด้วยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม (physical and social environments) ที่อยู่รอบตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ จึงมีการนำแบบจำลองเชิงนิเวศ (Ecological Model) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เม็คลอรี่และคณะ (McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz, 1988 cited in Glanz, Rimer, and Lewis, 2002) ได้แบ่งระดับการปฏิบัติการ (intervention) ออกเป็น 5 ระดับคือ 1) ระดับบุคคล (intrapersonal level) 2) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

(interpersonal level) 3) ระดับองค์กร/สถาบัน (organizational level) 4) ระดับชุมชน (community level) และ 5) ระดับนโยบาย (policy level) การประยุกต์แบบจำลองนี้มาใช้ในเรื่องบุหรี่โดยการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมในการเลิกบุหรี่ นอกจากการปรับพฤติกรรมในระดับบุคคลแล้ว ยังต้องพิจารณาในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ค่านิยมของการสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อน ผู้ปกครอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/เพื่อน (social support) หรือกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ (social networks) ที่จะสนับสนุนให้บุคคลนั้นเลิกบุหรี่ได้ ในระดับองค์กรจะมองถึงสถานที่ที่ผู้สูบบุหรี่อยู่ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน ที่ทำงาน สถานประกอบการและอื่นๆ ได้มีการจัดการเรียนการสอน มีกฎระเบียบการห้ามสูบบุหรี่ มีกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการสูบบุหรี่ หรือไม่ อย่างไร ระดับชุมชนจะต้องประเมินความคิดเห็นของผู้นำชุมชน การเข้าถึงบุหรี่ของประชาชนและการรณรงค์ในเรื่องบุหรี่ ระดับนโยบายจะพิจารณาจากนโยบายสาธารณะ (public policy) ในเรื่องบุหรี่ที่จะป้องกันการบริโภคยาสูบหรือลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ การให้ข้อมูลข่าวสารกับประชาชน บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบโดยประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละระดับ เพื่อวางแผนให้โปรแกรมที่ครอบคลุมแก่ผู้รับบริการมากที่สุดซึ่งจะช่วยให้พวกเขาสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

จะเห็นได้ว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งบุคคลที่สูบและผู้ใกล้ชิด การสูบบุหรี่จัดและเป็นระยะเวลาทำให้เกิดการติดสารนิโคตินซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วยตนเอง บุคลากรในทีมสุขภาพนอกจากเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่แล้ว ควรมีบทบาทช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีแรงจูงใจและตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ การจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการให้กำลังใจ การให้คำแนะนำปรึกษาและการชี้แนะเพื่อให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่สามารถผ่านอุปสรรคในช่วงที่หยุดสูบบุหรี่ได้ สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ขาดไม่ได้ คือ การคำนึงถึงสภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เขาสามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด นอกจากนี้ยังต้องหาวิธีการป้องกันกลุ่มเด็กและเยาวชนในการเริ่มสูบบุหรี่โดยการสร้างทัศนคติในทางบวกต่อการไม่สูบบุหรี่หรือการเลิกบุหรี่และการให้ข้อมูลในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ดังคำขวัญขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2552 ที่กล่าวว่า “Tobacco Health Warnings” (บุหรี่มีพิษร่วมคิดเตือนภัย) ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรร่วมมือกันอย่างจริงจังในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของคนไทยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2551) การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. พิษภัยของบุหรี่และวิธีเลิกบุหรี่.ปรับปรุงครั้งที่ 2.วันที่ 9 พฤษภาคม 2549. เอกสารประกอบการบรรยายของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.2549.
- ชูชัย ศุภวงศ์. 2 ทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย.กรุงเทพฯ : วิชาการพิมพ์. 2550.
- มณฑา เก่งการพานิชและลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549) .ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ.กรุงเทพฯ : เจริญดีมีนคณาการพิมพ์.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2552) . เอกสารสิ่งพิมพ์ตัวเลขเดือนกุมภาพันธ์.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ.(2552). ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัดรักษ์พิมพ์
- Abrams, D.B., Niaura, R., Brown, R.A. et al. (2003). The tobacco dependence treatment handbook : A Guide to Best Practice. New York, The Guilford Press.
- Carlson, L.E., Taenzer, P., Koopmans, J. and Casebeer, A. (2003).Predictive value of aspects of the transtheoretical model on smoking cessation in a community- based, large-group cognitive behavioral program. Addictive Behaviors. 28, 725–740
- Chang, F.C., Lee, C-M., Lai, H-R., Chiang, J-T, Lee, P-H, Chen, W-J. (2006). Social influences and self-efficacy as predictors of youth smoking initiation and cessation: a 3- year longitudinal study of vocational high school students in Taiwan. Addiction.101, 1645–1655
- Chen, J. & Millar, W. (1998). Age of smoking initiation: implications for quitting.Health Reports. 9, 39–46.
- Chollat- Traquet, C. (1996). Evaluating tobacco control activities. Experiences and Guiding Principles. WHO. Geneva.
- Cohen, S.& Lichtenstein, E. (1990). Partner Behaviors that Support Quitting Smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 (3). 304-309
- Conway, T.L et al .(2004). Operation Stay Quit : Evaluation of Two Smoking Relapse Prevention Strategies for Women after Involuntary Cessation during U.S. Navy Recruit Training. Military Medicine.169, 3, 236-241
- Emmons, K.M., Hammond, S.K., and Abrams, D.B. (1995). Smoking at home: The impact of smoking cessation on nonsmokers' exposure to environmental tobacco smoke. Health Psychology,13. 516-520
- Farkas, A. J., Pierce, J. P., Zhu, S. H., Rosbrook, B., Gilpin, E. A., Berry, C., & Kaplan, R.M. (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. Addiction, 91(9), 1271-1280.
- Fiore, M., Pierce, J., Remington, P., Giovoni, G., Hatziaudreu, E., Newcom, P., Surawicz, T., & Davis, R. (1990). Methods used to quit smoking in The United States. Do cessation programs help? .Journal of the American Medical Association, 263, 2760 - 2765.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., et al. (2000). Treating Tobacco Use and Dependence : Clinical Practice Guideline . Rockville,MD: US Department and Human Service. Public Health Service
- Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (2002). Health behavior and health education: Theory, Research ,and Practice. 3 rd ed. John Wiley &Sons .CA, ,185-189
- Hurt, R.D. (1999). Treat tobacco dependence and “ bend the trend”. Bulletin of the World Health Organization, 77 (5),367
- Hymowitz, N., Cummings, M.K., Hyland, A., Lynn, W.R., Pechacek, T.F., Hartwell, T.D.(1997) Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tobacco control: (suppl2) , S57-S62
- Macy, J.T., Seo, D-C, Chassin, L., Presson, C.C and Sherman, S.J. (2007).Prospective predictors of long-term abstinence versus relapse among smokers who quit as young adults. American Journal of Public Health. Vol 97. No. 8, 1470-75
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing : preparing people for change.New York, Guilford Press.
- Murray, R.P., Johnson, J.J., Dolce, J.J., Lee, W.W. and O' Harai, P. (1995).Social support for smoking cessation and abstinence : The lung heart study. Addictive Behaviors. Vol. 20, No. 2, 159-170.



- Myint, T.L. (2005). Factors associated with smoking status among high school student at Rajchavinit Mattayom in Bangkok, Thailand. M.S.P.H. Faculty of Public health, Mahidol University : 75-85
- Owen, A. (2003). A Pilot project to evaluate smoking cessation services in the army. A report on a project involving a collaboration between the Army Medical Directorate and Department of Health Tobacco Policy Unit from January 2001- June 2002. United Kingdom.
- Peltonen, U.E, Murray, D.M., Schmid, L., Pirie, P., Luepker, R.V.(1990).Patterns of self- initiated smoking cessation among young adults. Health Psychology, 9: 418 – 26.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C.C. (1983).Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(4), 520-528.
- Solberg, L.I, Asche, S.E., Boyle, R., McCarty, M.C., and Thoeie, M.J. (2007).Smoking and Cessation Behaviors Among young Adults of Various Education Backgrounds. American Journal of Public Health , Vol 97, No. 8 ;1421-6
- United states Department of Health and Human Services. [USDHHS](1990). The Health Benefits of Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General.(DHHS publication no. (CDC) 90-8416). Rockville, MD: CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
- Ward, K.D, Klesges, R.C., and Halpern, M.T. (1997) Predictors of Smoking Cessation and State-of -the -Art Smoking Interventions. Journal of Social Issues. Vol 53(1),129-145
- World Health Organization (1997). Tobacco or health: A global status report. Country profile Thailand. Geneva
- World Health Organization ,(2003). Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. World Health Organization, Geneva
- World Health Organization. (2005).The role of health professionals in tobacco control. France.