

ถ

น

น

ป

ช

๓

# การส่งเสริม การเลิกบุหรี่ ในงานประจำ

## Smoking Cessation in Daily Work



กรองจิต วาทีสาธกกิจ  
บรรณาธิการ

หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ  
เครือข่ายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ถ

น

น

ป

ช

ต

การส่งเสริม  
การเลิกบุหรี่  
ในงานประจำ



หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ  
เครือข่ายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



# การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ

## กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ)

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2551 จำนวน 5,000 เล่ม

ข้อมูลบรรณานุกรมสำนักหอสมุดแห่งชาติ

กรองจิต วาทีสาธกกิจ

การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ---กรุงเทพฯ 9 :

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551

210 หน้า

1. คนสูบบุหรี่---การป้องกันและควบคุม 2. การส่งเสริมสุขภาพ

I ชื่อเรื่อง

362.296

ISBN 978-974-13-79-03-3

สงวนลิขสิทธิ์

คณะบรรณาธิการ :

ศ.นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ

รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย

อาจารย์กัลยกร ฉัตรแก้ว

เภสัชกรธนรัตน์ สรวลเสน่ห์

คุณแสงเดือน สุวรรณรัศมี

คุณอุทัยลักษณ์ ศรีสุรัตน์

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

36/2 ซอยประดิพัทธ์ 10 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2278-1828 โทรสาร 0-2278-1830

<http://www.ashthailand.or.th> email : [ashthai@asianet.co.th](mailto:ashthai@asianet.co.th)

สนับสนุนการจัดพิมพ์

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5 ถนนราชวิถี เขตราชวิถี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-5346, 0-2354-8543 ต่อ 3704 โทรสาร 0-2354-5347

<http://www.trc.or.th>

## คำนำ

หนังสือนี้เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจุบันประชาชนมีความตระหนักในพิษภัยของการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองมากขึ้น แต่ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษายังเป็นเฉพาะกลุ่มและไม่กระจายอย่างทั่วถึง อีกทั้งยังมีหน้าที่อื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย ทำให้การขยายผลไปยังคนสูบบุหรี่ไม่มากเท่าที่ควร มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ซึ่งมีเครือข่ายกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทุกสาขาอาชีพและวิชาชีพสาธารณสุข หากเครือข่ายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของมูลนิธิฯ ซึ่งล้วนมีความสนใจในเรื่องการควบคุมยาสูบอยู่แล้ว สามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่ต้องการเลิกบุหรี่ และจูงใจให้คนอยากเลิกสูบบุหรี่ได้ ก็จะสามารถขยายความช่วยเหลือให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ทั่วถึงมากขึ้น และยังสามารถป้องกันเยาวชนจากการเริ่มสูบบุหรี่ได้อีกด้วย

ด้วยเหตุนี้ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จึงจัดทำโครงการ “หลักสูตรต้นแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเก่าและสร้างเครือข่ายใหม่ที่หลากหลาย สามารถขยายผลกิจกรรมช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ให้กว้างขวางและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อสร้างหลักสูตรต้นแบบในการพัฒนาผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และวิทยากรเรื่องการเลิกสูบบุหรี่

หลักสูตรนี้ เป็นหลักสูตรทฤษฎีและฝึกทดลองปฏิบัติ 6 วัน และผู้รับการอบรมปฏิบัติให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในสถานการณ์จริงกับคนสูบบุหรี่ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม อีกคนละ 1 วัน จัดอบรม 3 รุ่น ในปี พ.ศ. 2550 จำนวนคนที่เข้ารับการอบรม ทั้งสิ้น 56 คน เป็นบุคลากรวิชาชีพสาธารณสุข (พยาบาล เกสซ์กร อาจารย์พยาบาล) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน นายตำรวจ พระสงฆ์ ครู และชาวบ้านจิตอาสา จากทุกภาคของประเทศไทย

ขณะนี้ผู้ผ่านการอบรมส่วนใหญ่ ได้มีโอกาสเป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ และ/หรือเป็นวิทยากรกลุ่มช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในส่วนราชการ โรงเรียน และบริษัทเอกชน หลายคนดำเนินโครงการทั้งเรื่องสถานที่ปลอดบุหรี่ (โรงพัก โรงพยาบาล) ร่วมกับการเป็นวิทยากรช่วยให้เลิกบุหรี่ และหลายคนนำเรื่องการช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่เข้าสู่งานประจำ

ผมคิดว่าหลักสูตรนี้เมื่อได้มีการปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมแล้ว ควรจะขยายผลให้กับองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนใจและมีความพร้อม ในการนำไปดำเนินการเองได้ในอนาคต

ว.ศ.ศ. ๑๗๖๒๗๖๖

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ)  
เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



## กิตติกรรมประกาศ

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ขอขอบคุณสถาบันสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้งบประมาณในการดำเนินการโครงการหลักสูตรพัฒนาศักยภาพเครือข่ายต้นแบบฯ ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองจิต วาทีสาธกกิจ ผู้ริเริ่มและจัดการโครงการ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย นายแพทย์สมาน พุตระกูล นายแพทย์ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ เกาส์กรรณรัตน์ สรวลเสน่ห์ อาจารย์กัลยกร ฉัตรแก้ว คุณแสงเดือน สุวรรณรัมย์ คุณสัจชัย ตูลาบดี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นวิทยากร และผู้เข้ารับการอบรมทุกท่าน ที่เข้าร่วมโครงการและนำความรู้ไปใช้ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่

ขอขอบคุณทุกท่านทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ที่แบ่งปันประสบการณ์เรื่องเล่าในหนังสือฉบับนี้

ขอขอบคุณ คุณอุทัยลักษณ์ ศรีสุรัตน์ ผู้ประสานงานโครงการ และเจ้าหน้าที่มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทุกท่าน ที่ทำให้การดำเนินโครงการ เป็นไปอย่างราบรื่น

## นิยาม

**บุหรี่** หมายถึง ยาสูบที่สูบรวมทุกประเภท ได้แก่ บุหรี่ซอง ที่ผลิตจากโรงงานทั้งในประเทศ และต่างประเทศ บุหรี่มวนเองทุกชนิด ซิการ์ ไปป์ ซิโย ฯลฯ

.....





## ผู้เขียน

### ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประภิต วาทีสาธกกิจ

- การศึกษา
- แพทย์ศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอด สหรัฐอเมริกา
- ตำแหน่งงาน
- อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
  - เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

### เภสัชกรธนรัตน์ สรवलเสน่ห์

- การศึกษา
- เภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
  - เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ตำแหน่งงาน
- รองคณบดีฝ่ายพัฒนาศักยภาพนิสิต และอาจารย์กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
  - กรรมการ คณะอนุกรรมการจัดระบบการศึกษาต่อเนื่อง สภาเภสัชกรรม
  - กรรมการด้านวิชาการและวิชาชีพ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
  - รองประธานคณะทำงานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมในการควบคุม การบริโภคยาสูบ
  - กรรมการ หลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

## กรองจิต วาทีสาธกกิจ

### การศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย (เกียรตินิยมอันดับ 1) โรงเรียนพยาบาลสภากาชาดไทย
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล
- ครุศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประกาศนียบัตรการดูแลผู้สูงอายุ เมืองเบอร์มิงแฮม ประเทศอังกฤษ

### ตำแหน่งงาน

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8
- อดีตหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- อาสาสมัครให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกสูบบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- วิทยากรกลุ่มเลิกบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- วิทยากร “การให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจพฤติกรรมบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่” และ “การนำหลัก 5A ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ” มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- ผู้รับผิดชอบ โครงการหลักสูตรต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- ผู้รับผิดชอบ โครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ต้นแบบ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

### เกียรติประวัติ

- อาจารย์ดีเด่น วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย พ.ศ.2531
- ศิษย์เก่าพยาบาลดีเด่น สาขาวิชาการ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล สภากาชาดไทยฯ พ.ศ.2534
- แม่ดีเด่นแห่งชาติ สาขาผู้บำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยฯ พ.ศ. 2544
- พยาบาลดีเด่น สาขาผู้บำเพ็ญประโยชน์ จากสภาการพยาบาลปี พ.ศ.2550

## รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย

### การศึกษา

- อนุปริญญา พยาบาลศาสตร์ การพยาบาล อนามัย และผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสมากาชาดไทย
- ครุศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลศึกษา) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ศึกษาหลังปริญญาเอก การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ School of Nursing, Indiana University, USA.

### ตำแหน่งงาน

#### อดีต

- อาจารย์พยาบาลภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสมากาชาดไทย
- รองคณบดีฝ่ายบริหาร (พ.ศ. 2540 – 2545) คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ (พ.ศ. 2545–2546)  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รองคณบดีฝ่ายบริหาร (พ.ศ.2547–2548) คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รองคณบดีฝ่ายวิชาการและกิจการนิสิต (พ.ศ.2548–2549)  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### ปัจจุบัน

- รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2549–ปัจจุบัน)
- กรรมการ หลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย  
ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ มุลินิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



## อาจารย์กัลยกร ฉัตรแก้ว

### การศึกษา

- พยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศึกษาอบรมดูงาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การนวดฝ่าเท้า ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด ประเทศแคนาดา
- Aromatherapy Certificate จาก The Aromathology and Osmology School, Canada
- นวดไทยเพื่อสุขภาพ
- นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ จากสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- Spa Operation
- Basic Manual Lymph Drainage Massage จาก Chiva – Som Academy
- สປາตະวันตค สําขําหัตถบําบัด: ทริตเม้นท์หน้าโครงการอบรมนั้กสงเสริมสุขภาพแบบองค้รวม มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข
- Spa Treatment, Ayurveda, Ying Yang Massage จาก Lanna Spa Esthetiques Academy
- ดูแลสุขภาพหลังคลอดแบบแผนไทย จาก ศูนย์ฝึ้กอบรมดอยน้ำซับ
- Hot Stone massage จาก Lanna Spa Esthetiques Academy
- การตอกเส้นเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ จาก วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

### ตำแหน่งงาน

- อดีตอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- นักวิชาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ
- คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- Comfort Care Nurse (professional volunteer)
- กรรมการ หลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



# สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
นิยาม	ข
ผู้เขียน	ค
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ช
<b>บทที่ 1 พืชของบุหรี่ : ภัยที่พึงระวัง</b>	
ตอนที่ 1 สถานการณ์การสูบบุหรี่ และพิษภัยของบุหรี่	2
ตอนที่ 2 พิษภัยของควันบุหรี่มือสอง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	14
<b>บทที่ 2 กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่</b>	
ตอนที่ 1 การเสพติดบุหรี่และการประเมินภาวะการเสพติด	31
ตอนที่ 2 ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่	36
<b>บทที่ 3 การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ</b>	44
<b>บทที่ 4 หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</b>	
ตอนที่ 1 หลักการให้คำปรึกษา	66
ตอนที่ 2 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	78
<b>บทที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพฤติกรรมบำบัดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่</b>	85
<b>บทที่ 6 รูปแบบต่าง ๆ ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่</b>	
ตอนที่ 1 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล	120
ตอนที่ 2 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	123
ตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม	126
<b>บทที่ 7 การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายสำหรับ...ผู้เลิกสูบบุหรี่</b>	134
<b>ภาคผนวก</b>	
ภาคผนวก 1 หลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่	168
ภาคผนวก 2 เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก	178
ภาคผนวก 3 แบบประเมินการเสพติดบุหรี่	189

# สารบัญตาราง

	หน้า
รูป 1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่	31
รูป 2 แนวทางการให้บริการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้เทคนิค 5A	36
ตาราง 1 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นด้วยฤทธิ์ของนิโคตินในบุหรี่	32
ตาราง 2 Fagerstrom Test for Nicotine Dependence	34
ตาราง 3 Transtheoretical Model of Change	35
ตาราง 4 การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิค 5R	37
ตาราง 5 ยาและผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้ช่วยเลิกบุหรี่ แบ่งตามหลักฐานวิชาการทางคลินิก	38
ตาราง 6 คุณสมบัติของ NRT ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย	39
ตาราง 7 การแบ่งประเภทของยาช่วยเลิกบุหรี่ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติ	42
ตาราง 8 5A : ถนนปชต	46
ตาราง 9 ประเมินความรุนแรงของการติดยา CAGE	51
ตาราง 10 ประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	52
ตาราง 11 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่	111
ตาราง 12 ความสัมพันธ์กันของธาตุทั้งห้า	140
แผนภาพ 1 การใช้ 5A เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ	58
แผนภาพ 2 การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน	59

## บทที่ 1

# พิษของบุหรี่ : ภัยที่พึงระวัง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ

### พิษของบุหรี่ : ภัยที่พึงระวัง

บทนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ตอน เป็นความรู้พื้นฐานที่ควรทราบ เพื่อใช้ในการพูดคุยกับคนสูบบุหรี่ เป็นเหตุเป็นผล จูงใจให้คนสูบอยากเลิกสูบบุหรี่ และป้องกัน คนที่ยังไม่สูบจากการเริ่มสูบ ซึ่งประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** สถานการณ์การสูบบุหรี่ และพิษภัยของบุหรี่

**ตอนที่ 2** พิษภัยของควันบุหรี่มือสอง และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

## ตอนที่ 1

# สถานการณ์การสูบบุหรี่ และพิษภัยของบุหรี่

## สถานการณ์การสูบบุหรี่

### แนวโน้มการใช้จ่ายสูบในโลก

ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่า 1,600 ล้านคน ในประเทศที่ประชากรโดยรวมมีรายได้สูง ปริมาณการสูบบุหรี่โดยรวมได้ลดน้อยลงมาเป็นเวลาหลายทศวรรษแล้ว แต่ในประเทศที่ประชากรโดยรวมมีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ผู้คนจะสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น การค้าบุหรี่ที่เสรีขึ้นทำให้การสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นในประเทศเหล่านี้ สถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 80 ของคนสูบบุหรี่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 50 ของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและจะเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2570

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปีพ.ศ. 2545 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกปีละ 4 ล้านคน หรือวันละ 11,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีการคาดคะเนทางระบาดวิทยาว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือวันละ 20 คน

ทุก ๆ วันเยาวชนประมาณ 80,000 - 100,000 คนทั่วโลกเริ่มติดบุหรี่ หากแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ต่อไป เด็ก 250 ล้านคนที่มีชีวิตอยู่ในขณะนี้จะต้องเสียชีวิตเนื่องมาจากพิษภัยของบุหรี่

ยังเป็นที่น่าสนใจว่าสตรีในประเทศอุตสาหกรรมสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 25 ขณะที่สตรีในประเทศกำลังพัฒนาสูบบุหรี่ร้อยละ 7 เท่านั้น สำหรับประเทศไทย พบว่าหญิงไทยสูบบุหรี่ร้อยละ 2.1 (0.52 ล้านคน) แต่มีแนวโน้มจะสูบเพิ่มขึ้นทั่วโลก

โรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ใหญ่เสียชีวิต 1 ใน 10 คนทั่วโลก ภายในปี พ.ศ. 2573 ตัวเลขจะเพิ่มขึ้น ในทุก ๆ 6 คนจะมีคนที่เสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่ 1 คน ซึ่งเป็นอัตราการสูญเสียชีวิตที่มากกว่าสาเหตุอื่น ถ้าแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ คนจำนวนประมาณ 650 ล้านคนที่ยังมีชีวิตอยู่ในวันนี้ จะเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ในอนาคตข้างหน้า บุหรี่จะกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกมากกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ การเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด อุบัติเหตุทางรถยนต์ การฆาตกรรม และการฆ่าตัวตายรวมกัน

## สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย

จากข้อมูลผลการวิจัยของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) (2550) พบว่า

การสูบบุหรี่ของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.54 ล้านคน เป็นผู้ชาย 9.02 ล้านคน ผู้หญิง 0.52 ล้านคน และสูบเป็นครั้งคราวรวม 1.5 ล้านคน อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยคือ 21.91% โดยสูบเป็นประจำ 18.94% ปริมาณการสูบเป็นประจำเฉลี่ย 10 มวนต่อวัน

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 18.25 +\_ 4.34 ปี เริ่มสูบเมื่ออายุ 15-19 ปีร้อยละ 58.2 อายุ 20-24 ปีร้อยละ 27.7 และ เริ่มสูบเมื่ออายุ 10-14 ปีร้อยละ 6.5 อัตราการสูบบุหรี่จำแนกตามระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา อัตราการสูบบุหรี่จะสูงกว่าคนที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา

ร้อยละของการสูบบุหรี่ของคนไทยจำแนกตามภาค กรุงเทพมหานคร 15.7 ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) 19.9 ภาคเหนือ 23.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 25.7 ภาคใต้ 24.4

## พิษภัยของบุหรี่

### บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด

บุหรี่ปั๊นโคติ๊นเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีฤทธิ์เสพติดรุนแรง ที่ผู้เสพต้องเสพอย่างต่อเนื่อง ทุกวันยกเว้นขณะนอนหลับ วงการแพทยัันานาชาติถือว่าบุหรี่ปั๊นสารเสพติด และในปี พศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้มีการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการว่าการติดบุหรี่ปั๊นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง

อาการติดนิโคตินเกิดขึ้นได้เร็วในหมู่ผู้เยาว์ซึ่งเริ่มสูบบุหรี่ได้ไม่นาน และจะพบสัดส่วนของโคติ๊นินที่เจือปนในน้ำลาย (โคติ๊นินเป็นส่วนประกอบของนิโคติน) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงระดับสูงที่พบในหมู่ของผู้สูบบุหรี่มานานแล้ว ปริมาณนิโคตินที่สูบเข้าไปนั้น มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อกายั้ให้สูบบุหรี่อีกครัั้งแล้วครัั้งเล่า ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่จะคิดว่าตัวเองไม่เสพติดบุหรี่ปั๊น วัยรุ่นอเมริกัน 3 ใน 4 กล่าวว่า พวกเขาเคยพยายามที่จะเลิกอย่างน้อยก็หนึ่งครัั้ง แต่ไม่สำเร็จ จากการสำรวจในประเทศที่ประชากรโดยรวมมีรายได้สูง พบว่า เยาวชนอายุ 16 ปีจำนวนมาก รู้สึกเสียใจที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ เพราะการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จทำได้ยาก หากปราศจากคำแนะนำจากผู้รู้ มีงานวิจัยระบุว่าผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ โดยไม่ได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 98 จะกลับไปเริ่มต้นสูบบุหรี่อีกภายในเวลา 1 ปี

### ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรี่

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรี่จะคล้ายกันทั่วโลก คือ

### 1. ในวัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ปัจจัยหลักคือ

- 1) มีคนในบ้านสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดามารดาสูบบุหรี่ เพราะเห็นการสูบบุหรี่ในบ้าน มาแต่เด็กจึงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือวัยรุ่นหลายคนจะตามอย่างญาติพี่น้อง คิดว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ ความเป็นชาย มีงานวิจัยพบว่า ถ้าบิดา/มารดาสูบบุหรี่ จะทำให้ลูกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่สูงขึ้นถึง 3 เท่า
- 2) อิทธิพลของสื่อโฆษณาโดยเฉพาะอย่างยิ่งฉากสูบบุหรี่ของดาราดังในภาพยนตร์ หรือโทรทัศน์
- 3) ความอยากลอง เยาวชนไทยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 38.4 เริ่มสูบบุหรี่ เพราะความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่ความอยากลองเป็นเรื่องที่ทำหาย นำตื่นเต้น และสนุกสนาน

2. ในวัย 7-14 ปี ปัจจัยหลักคือตามอย่างเพื่อน เยาวชนไทยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 35.9 เริ่มสูบเพราะเพื่อนชวน บางคนมีเจตคติว่า ถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียน และไม่ให้เข้ากลุ่ม

3. วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรี่จะหลากหลาย บางคนต้องสูบบุหรี่ เพราะหน้าที่การงานที่ต้องเข้าสังคม ซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ในสังคมนั้น ๆ เชิญชวนให้สูบ บางคนสูบเพราะความเชื่อที่ว่า ทำให้มีความมั่นใจ คุมน้ำหนัก เท่ ไม่คิดว่าจะเกิดโรคหรือเป็นอันตราย และเพื่อคลายเครียด ทั้งนี้สารนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูดเข้าสู่ร่างกายจะเข้าสู่สมองภายในเวลา 6-10 วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้นหายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลางทำให้รู้สึกผ่อนคลายในระยะต้น หลายคนจึงสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลคลายเครียด เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ผู้สูบเกิดอาการหงุดหงิด และเครียดได้ในเวลาต่อมา มีงานวิจัยระบุว่าคนสูบบุหรี่ที่มีความเครียดน้อยกว่าคนไม่สูบบุหรี่ และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีภาวะซึมเศร้า ต้องพบจิตแพทย์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่

4. ผลลัพธ์ยาสูบที่มีการปรุงแต่งรสชาติล่อใจทั้งเด็ก ผู้หญิงและคนสูบให้ติดง่ายขึ้นและเลิกยากขึ้น ทั้งบุหรี่รสผลไม้หรือช็อคโกแลต ที่ทำให้เด็กอยากลอง บุหรี่ทาร์ นิโคตินต่ำ หรือบุหรี่กันกรอง ปัจจุบัน 99% ของบุหรี่ที่ขายในสหรัฐอเมริกาเป็นบุหรี่กันกรอง ที่ทำให้คนสูบคิดว่าอันตรายน้อย และรูปร่างของมวนบุหรี่ที่เพียวยาว ทำให้ผู้หญิงโยงไปถึงรูปร่างที่สะอิดสะเอ้งสวยงามเมื่อสูบบุหรี่

### ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดบุหรี่

1. สารนิโคติน บุหรี่ใช้ใบยาสูบที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบอยู่ตามธรรมชาติ ร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมด (ขึ้นอยู่กับชนิดของใบยาสูบ) โดยสารนิโคตินสามารถกระตุ้นส่วนสมองที่เกี่ยวกับความอยาก ความสุขผสม รวมทั้งการเสพติด ปัจจุบันมีงานวิจัยที่พิสูจน์ได้ และองค์การอนามัยโลกก็ประกาศอย่างเป็นทางการแล้วว่า “นิโคตินเป็นสารเสพติด” และการสูบบุหรี่หรือการบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่น ๆ เป็นเพียงวิธีการที่ทำให้ร่างกายได้มา ซึ่งสิ่งเสพติด

นิโคติน เป็นสารเสพติดที่มีผู้เสพมากที่สุด และมีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่าเฮโรอีน เป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวันยกเว้นเวลานอนหลับ มีฤทธิ์ด้านดี คือ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารีและอะดรีนัลให้เกิดความรู้สึกคลายเครียด แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ ฤกษ์มโป่งพองได้ นิโคตินอยู่ในร่างกาย ประมาณ 2 ชั่วโมง จะลดลงครึ่งหนึ่ง เมื่อใดที่ระดับของสารนิโคตินลดลงจากที่เคยมีอยู่ในร่างกาย ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนมวนบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่สูดต่อวัน จะทำให้เกิดอาการขาดนิโคติน คือ ภาวะวุ่นวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ซึมเศร้า ร่วง มีน้ตึรชะ เหม่อลอย บางคนนอนไม่หลับ และบางคนมีอาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน ครั่นเนื้อครั่นตัว ถ้าผู้สูบบุหรี่ไม่มีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรี่ก็จะหวนกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อระงับอาการเหล่านี้

### ผลกระทบของนิโคตินต่อร่างกาย

การสูบบุหรี่ ร่างกายจะได้รับนิโคตินประมาณ 1- 2 มก.ต่อมวน เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็วและเข้าสู่สมอง โดยทั่วไปคนสูบบุหรี่จะสูด 10 ครั้งภายในเวลา 5 นาที ดังนั้นคนที่สูบวันละ 1-1½ซอง (20 - 30 มวน) ต่อวัน จะสูดนิโคตินเข้าสู่สมองถึง 300 ครั้งต่อวัน

สำหรับคนที่สูบซิการ์ หรือใช้บุหรี่ไร่ควัน นิโคตินจะดูดซึมเข้าทางเยื่อช่องปาก และเข้าสู่กระแสเลือดและสมองช้ากว่า ทันทีที่สมองได้รับนิโคตินเขาจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า เพราะมีการกระตุ้นต่อมอะดรีนัลให้หลั่งสารอดรีนาลีน ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารกลูโคส และเพิ่มความดันโลหิต อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น นิโคตินยังไปกดการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ทำให้คนสูบบุหรี่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อยอยู่เสมอ

**2. บุคลิกภาพ** เด็กผู้ชายที่ชอบกีฬาที่ทำกาย เช่น การแข่งแรลลี่ มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของเด็กผู้ชายที่ไม่สนใจกีฬาชนิดนี้ บุคคลที่มีบุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตัวเอง ประหม่าง่าย วิตกกังวล และบุคคลที่ชอบความก้าวร้าวรุนแรง ไม่เกรงใจ ไม่เคารพในสิทธิผู้อื่น ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่ตนกระทำต่อผู้อื่น จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสพติดบุหรี่

**3. สภาพแวดล้อม** สถานที่ทำงานที่มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมาก มีความเสี่ยงสูงที่จะกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานสูบบุหรี่และเลิกสูบได้ยาก โรงเรียนที่มีครูอาจารย์สูบบุหรี่ก็จะมีความเสี่ยงที่นักเรียนนักศึกษาจะสูบบุหรี่มากขึ้น ผู้ที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่ก่อนจบชั้นมัธยมศึกษา หากเลยอายุ 20 ปีไปแล้ว เยาวชนคนนั้นจะมีแนวโน้มเป็นคนไม่สูบบุหรี่ เยาวชนที่สูบบุหรี่จะมีผลเสียต่อบุคลิกภาพ กลายเป็นคนไม่แข็งแรง และไม่มั่นใจในตัวเอง งานวิจัยระบุว่า บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดแรกที่เยาวชนใช้ ก่อนที่จะก้าวไปสู่แอลกอฮอล์ ยาเสพติด และพฤติกรรมเบี่ยงเบนอื่น ๆ

## สารพิษในควันบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ไบยาสูบ กระดาษที่ใช้มวน และสารเคมี หลายร้อยชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรสชาติเพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรี่น่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้



จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และมีสารกว่า 60 ชนิดที่เป็น สารก่อมะเร็ง

### 19 โรคจากการสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลกประกาศว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคร้ายต่าง ๆ 19 โรค ได้แก่

#### โรคมะเร็ง

- ปาก ช่องปาก และหลอดลม
- หลอดอาหาร
- ตับอ่อน
- กลัองเสียง
- ปอด หลอดลม และแขนงหลอดลม
- กระเพาะปัสสาวะ
- ไตและอวัยวะของระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ

#### โรคระบบทางเดินหายใจ

- วัณโรค
- ปอดบวมและไข้หวัดใหญ่
- หลอดลมอักเสบ และถุงลมปอดโป่งพอง
- หอบหืด
- ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง

#### โรคระบบเส้นเลือดและหัวใจอักเสบ

- โรคหลอดเลือดหัวใจอักเสบ
- ความดันเลือดสูง
- โรคหัวใจขาดเลือด
- โรคหัวใจที่เกิดจากโรคปอด
- โรคหัวใจอื่นๆ
- โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง
- โรคเส้นเลือดแข็งตัว โรคหลอดเลือดอื่น ๆ

#### โรคมะเร็ง

ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กลัองเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ คนสูบบุหรี่มีแนวโน้มเกิดแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าคนไม่สูบ 4 เท่า หากสูบบุหรี่และดื่มสุราด้วยจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของหลอดอาหารสูงกว่าคนสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว 3 เท่า



โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่  
(มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่)

สาเหตุที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะหลาย ๆ แห่ง ส่วนหนึ่งเกิดจากสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สัมผัสกับอวัยวะโดยตรง เช่น กล่องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไหลเวียนไปตามอวัยวะต่าง ๆ โดยในภาพรวม พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งที่เกิดในคนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

### บุหรี่กับมะเร็งปอด

ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอดร้อยละ 30 เป็นผลจากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มีงานวิจัยระบุ ผู้สูบบุหรี่จัดจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 50 เท่า ความเสี่ยงจะขึ้นอยู่กับปริมาณบุหรี่ที่สูบและวิธีการสูดควันบุหรี่ด้วย

การฉายภาพรังสีปอดแบบธรรมดาจะไม่สามารถบอกได้ว่าคนสูบบุหรี่เริ่มเป็นมะเร็งปอด ซึ่งอาจยังรักษาได้ทัน และหากพบก้อนเนื้อมะเร็งแสดงว่าเป็นมะเร็งปอดในระยะที่มากแล้ว

โดยเฉลี่ย ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดของผู้สูบบุหรี่เพศชายมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 22 เท่า และผู้สูบบุหรี่เพศหญิงเสี่ยงสูงกว่า 12 เท่า แต่หากสูบบานาน 21-40 ปี โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 30 เท่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังจากเริ่มมีอาการเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน ประมาณร้อยละ 80 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี และแม้ว่าจะให้การรักษาอย่างดี ก็จะมีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 2 ถึง 5 เท่านั้น

### บุหรี่กับโรคหัวใจ

รายงานการวิจัยในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้น 8 เท่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนที่ไม่สูบ 10 เท่า โดยเฉลี่ยการสูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วมากกว่าผู้ไม่สูบ 10-15 ปี

องค์การอนามัยโลกระบุว่า ร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ และผู้หญิงสูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึง 40 เท่า และยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย

ควันบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหัวใจวาย ร้อยละ 80 ของผู้ที่หัวใจวายก่อนอายุ 50 ปี เป็นผลจากการสูบบุหรี่ ความถี่ของการเกิดหัวใจวายของผู้ที่สูบบุหรี่ เกิดขึ้น 80% ในผู้สูบบุหรี่ที่อายุระหว่าง 30-49 ปี 60% ในผู้สูบบุหรี่ที่อายุระหว่าง 50-59 ปี

(ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่)



### โรคหลอดเลือดในสมองตีบ

การเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง มีกลไกการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือดหัวใจ และอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีความจำเสื่อมลง การสูบบุหรี่ทำให้อัตราเสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้น 2 เท่า

### โรกระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้อุณหภูมิของปอดเสื่อมสภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ คนสูบบุหรี่เป็นประจำจะเป็นหวัดบ่อย และเมื่อเป็นแล้วจะหายช้ากว่าคนทั่วไป

### บุหรี่ยับกับโรคถุงลมโป่งพอง

โดยปกติภายในปอดจะประกอบไปด้วยถุงลมเล็ก ๆ มากมาย ผู้ใหญ่ปกติจะมีพื้นผิวของถุงลมในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนกว้าง 100 ตารางหลาหรือขนาดเท่ากับ 1 สนามฟุตบอล เพื่อทำหน้าที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ที่เรียกว่าฟอกเลือด คนสูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 10 เท่า เมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่

โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่เนื้อปอดค่อย ๆ เสื่อมสภาพ จากการได้รับควันบุหรี่ สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและถุงลมให้อักเสบและฉีกขาดทีละน้อย และรวมตัวกลายเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้พื้นผิวเนื้อเยื่อภายในปอด ซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดน้อยลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้าย ๆ ของโรคจะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ต้องนอนอยู่กับที่ และต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา จากรายงานการศึกษาพบว่า ประมาณ 90% ของคนที่เสียชีวิตด้วยโรคถุงลมโป่งพอง มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาจนกว่าจะเสียชีวิต

### บุหรี่ยับทำให้เช็ทส์เสื่อม

สาเหตุที่สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เกิดจากเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม ซึ่งควันบุหรี่ยับมีสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบตัวสูลิในผู้สูบบุหรี่ มีการเคลื่อนไหวน้ำอสุจิอ่อนแรงลง รวมทั้งจำนวนอสุจิลดลงด้วย เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะเดียวกัน การเจ็บป่วยอื่น ๆ ของผู้สูบบุหรี่ก็ทำให้

(ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่)



เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ เพราะโรคที่เกิดล้วนเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกังวลกับโรคที่เป็น สมาคมการแพทย์อังกฤษ สรุปผลงานวิจัยว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของผู้ชายเริ่มตั้งแต่วัย 30-50 ปี

### การสูบบุหรี่กับสุขภาพในช่องปาก

สุขภาพในช่องปากของคนสูบบุหรี่จะไม่สะอาด มีหินปูนสะสม ฟันผุ เหงือกอักเสบ และมี โอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์มากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ อาการของโรคในช่องปากนี้เองที่เป็นที่มาของกลิ่นปากของคนสูบบุหรี่ ซึ่งแม้ว่าจะใช้ยาอมเพื่อระงับกลิ่น ก็สามารถระงับได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น หากใช้บุหรี่ไร้ควัน หรือสูบไปป์ ก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น

(ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่)



### ผู้หญิงที่สูบบุหรี่

หญิงวัย 35 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค มะเร็งปอดสูงกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 12 เท่า และจากโรคถุงลมโป่งพองสูงกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 10.5 เท่า

หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสตั้งครรภ์ช้ากว่าผู้ไม่สูบ 3 เท่า ถึงวัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ 2 ปี ซึ่งมีผลต่อภาวะกระดูกพรุนหรือเปราะเร็วขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้กระดูกเชิงกรานหักง่ายเมื่อหกล้ม

มารดาที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์จากผลของควันบุหรี่ที่มีต่อทารก เช่น ครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ คลอดลำบาก เลือดออกมาก มีแนวโน้มคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 50% แท้งง่าย ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ประมาณ 150 -200 กรัม ทารกมีโอกาสตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์เพิ่มขึ้น 1.6 เท่า และภาวะเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของทารกเกิดได้มาก ผลิตน้ำนมได้น้อยกว่าปกติ และสารนิโคตินในเลือดสามารถถ่ายทอดไปสู่ทารกทางน้ำนมได้ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่ายอีกด้วย เนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่กระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ

การสูบบุหรี่ของมารดาขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกที่คลอดออกมาเป็นเด็กพิการทางปัญญาหรือปัญญาอ่อนได้ จากการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ร่วมกับมหาวิทยาลัยเอมโมรี พบว่า การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ทำให้เสี่ยงต่อการมีบุตรปัญญาอ่อนสูงขึ้น 50% และความเสี่ยงจะสูงขึ้นเป็น 85% หากมารดาสูบบุหรี่วันละตั้งแต่ 1 ซองขึ้นไปที่เป็นเช่นนี้เพราะนิโคตินในควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดบริเวณรกหดตัว และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงทารกมีออกซิเจนน้อยลง ผลก็คือทารกในครรภ์จะได้รับทั้งเลือดและออกซิเจน

น้อยกว่าปกติ ทำให้ทารกตัวเล็กกว่าปกติ และจะมีทารกจำนวนหนึ่งมีโครงสร้างสมองไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะมีผลต่อระบบความคิด ร่างกายอ่อนแอ มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น จากการติดตามมารดาที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันขณะตั้งครรภ์ พบว่า เมื่อเด็กอายุ 7-11 ปี จะเตี้ยกว่าเด็กที่แม่ไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการอ่านและคิดคำนวณช้ากว่าเด็กปกติ 3-5 เดือน ใจคิวดลดลง 4 จุด ซึ่งแม้ว่าจะดูเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ระดับใจคิวดลดลงนี้เทียบได้กับเด็กที่ได้รับผลกระทบในระดับกลางจากพิษของสารตะกั่ว อันมีผลต่อระดับใจคิวดหรือพัฒนาการของสมองของเด็ก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กในระยะยาวได้

อวัยวะทั้งภายนอกและภายในของผู้หญิงที่สูบบุหรี่ จะแก่ก่อนวัยมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่เฉลี่ยเป็นเวลา 10 ปี มีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอย่างมาก โดยเสี่ยงต่ออาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 2-6 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 20 เท่า และความเสี่ยนี้จะทวีขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

หญิงที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าหญิงทั่วไป 4 เท่า เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ภูมิต้านทานร่างกายลดลง มีผลให้เกิดการติดเชื้อไวรัสเปปป์โลมาได้ง่ายขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่แล้ว 25% เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีหน้าที่ในการปกป้องมะเร็งเต้านมลดลง หญิงสูบบุหรี่ที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นประจำ มีโอกาสเกิดอาการเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันหรือหัวใจวายสูงขึ้น 39 เท่า และมีอัตราตายสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ที่รับประทานยาคุมกำเนิดถึง 3 เท่า เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับสารพิษที่ทำปฏิกิริยากับยาคุมกำเนิด มีผลให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น และอุดตันหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมอง

## ความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่

### ด้านเศรษฐกิจ

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือ ประมาณ 11.0 บาท และผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันจะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. 2547 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 9.6 ล้านคน ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดสูญเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันประมาณ 5 หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี

ความสูญเสียที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ประเทศไทย ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 5 หมื่นล้านบาท

### ความสูญเสียที่ไม่สามารถคำนวณได้

- คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยจากการสูบบุหรี่
- ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่
- คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ที่ป่วยและ / หรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่
- ความรำคาญ และความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่

## สรุป

บุหรี่มีสารเสพติด และการสูบบุหรี่นำมาซึ่งความเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ ได้มากมาย ความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงสุขภาพจิตของผู้สูบและคนใกล้ชิด และเศรษฐกิจของผู้สูบและประเทศชาติอีกด้วย

## บรรณานุกรม

- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, (2547) สรุปผลการสำรวจเบื้องต้น : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. กลยุทธ์ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม : ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: เอกสารวิจัยส่วนบุคคลหลักสูตรป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 39 พ.ศ. 2539 – 2540.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ (2545). 50 คำถามสำหรับผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ศูนย์ข้อมูลและเผยแพร่มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2544) . สูดยอดของแหล่งก่อสารมะเร็ง. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- (2547). 19 โรคจากการสูบบุหรี่. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- (2547). บุหรี่กับสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- (2547). บุหรี่จี้แต่เจ็บป่วย. , กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย) (2550). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534 – 2549. กรุงเทพฯ : เจริญดีมีนคงการพิมพ์.
- Andres,RL. Day,MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Seminar in Neonatology 2005;(3): 231-41.
- American cancer society. Questions about smoking, tobacco and health. USA, 2004. www.cancer.org
- Baker, F. et al. Health risks associated with cigar smoking. Journal of the American Medical Association 2000; 284: 735-740.
- Baron,JA.,La Vecchia,C.,Levi,F. The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1990;162 (2) : 502-14.
- Borio, Gene. Tobacco Timeline. Web Page : <http://www.tobacco.org/History/Tobaccohistory.html>, c 1993 – 2001.
- Boyle,P. et al. Tobacco: science, policy and public health. Oxford university press, 2004.
- Brancker, A. lung cancer and smoking prevalence in Canada. Health reports 1990;2(1):67-83.
- Coker, AL.,Rosenberg,AJ.,McCann,MF.,Hulka, BS. Active and passive cigarette smoke exposure and cervical intraepithelial neoplasia. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention 2005;14(4): 768-72.

- Federal Trade Commission. Smokeless Tobacco Report for the Years 2000 and 2001. Washington, DC: Federal Trade Commission; 2003. Available at <http://www.ftc.gov/os/2003/08/2k2k1smokeless.pdf>.
- Henschke,C. CT screening finds lung cancers early.The New England Journal of Medicine, Oct.26,2006; vol355:pp 1763-1771.
- Hughes,EG.,Brennan,BG. Does cigarette smoking impair natural or assisted fecundity? Fertility and sterility 1996;66(5): 679-89.
- Johnson,KC.,Hu,J.,Mao,Y. the Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group.Passive and active smoking and breast cancer risk in Canada, 1994-1997.Cancer Causes and Control. 2000; 11(3):211-21.
- MacKay,J.,Eriksen,M.,Shafey,O.The Tobacco Atlas,2nd ed. American cancer society.USA,2006.
- National Cancer Institute. Smokeless Tobacco or Health: An International Perspective. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1992. Available at: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/2/index.html>. Accessed: July 2004.
- National cancer institute.What you need to know about lung cancer. US department of health and Human Services.USA,1999.
- National cancer institute. Tobacco effects in the mouth. US department of health and Human Services.2000.
- Novotny TE, Giovino GA. Tobacco use. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR (eds). Chronic Disease Epidemiology and Control. Washington, DC: American Public Health Association; 1998. p.117–148
- Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Journal of American Health Association 1997;96(9):3243–3247.
- Samet JM, Alberg AJ. 1998. Epidemiology of Lung Cancer. In: MA Kane, P Bunn, editors. Biology of Lung Cancer. Marcel Dekker, New York. pgs 11–51.
- Samet JM, Wang SS. Environmental Tobacco Smoke. In: M. Lippmann (Ed). Environmental toxicants: human exposures and their health effects. 2nd Ed. New York: Wiley and Sons. In Press.
- Stein Emil Vollset, Aage Tverdal, and H?kon K. Gjessing . Smoking and Deaths between 40 and 70 Years of Age in Women and Men .Annals of Internal Medicine.144:6: 2006 pp. 381-389
- Terry,PD.,Rohan,TE. Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of literature. Cancer Epidemiology, Biomarkers&Prevention 2002;11(10 Pt 1): 953-71.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking:Cancer, A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service;1982. available at <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/D/W/>.accessed: Sep 2004.
- U.S. Department of Health and Human Services. Cardiovascular Disease : The Health Consequence of Smoking. Rockville, Maryland, 1983.
- U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking — 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 1989. DHHS Pub. No. (CDC) 89-8411. Accessed: February 2004.
- US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1990.

US Department of Health and Human Services. Women and Smoking, A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon general, 2001.

US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking, A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and health Promotion, Office on Smoking and health, 2004.

US Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington, DC: US Government Printing Office; 1992; EPA/600/006F.

World Health organization. Tobacco or Health ; A Global Status Report. Geneva; World Health organization, 1997.

**Internet citation**

[www.tobacco.org/History/Tobacco\\_History](http://www.tobacco.org/History/Tobacco_History)

[www.lungsandiego.org/tobacco/adults](http://www.lungsandiego.org/tobacco/adults)

[www.lsc.org/tobacco/health/intro\\_health](http://www.lsc.org/tobacco/health/intro_health)

[www.cdc.gov/tobacco/research](http://www.cdc.gov/tobacco/research)

[www.cancer.org/docroot](http://www.cancer.org/docroot)

[www.ash.org](http://www.ash.org)

[www.cdc.gov/tobacco/factsheets/HealthEffectsofCigaretteSmoking](http://www.cdc.gov/tobacco/factsheets/HealthEffectsofCigaretteSmoking)

[www.netdoctor.co.uk/health\\_advice/facts/smokehealth](http://www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/smokehealth)

[www.cleanlungs.com/education/index](http://www.cleanlungs.com/education/index)

.....



## ตอนที่ 2

# พิษภัยของควันบุหรี่มือสอง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก ครึ่งหนึ่งของคนที่สูบบุหรี่ทั่วโลกในปัจจุบัน คือประมาณ 650 ล้านคน จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ แต่ที่น่าตกใจมากกว่า คือ คนไม่สูบบุหรี่หลายแสนคนที่ต้องเสียชีวิตในแต่ละปีด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

### ควันบุหรี่มือสองหมายถึงอะไร?

ควันบุหรี่มือสอง (second hand smoke) หมายความรวมถึงควันจากบุหรี่ ซิการ์ หรือไปป์ เป็นควันบุหรี่ที่ประกอบด้วยสองลักษณะ คือ ควันจากปลายมวนที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการดูดบุหรี่ เรียกว่าควันนอกมวน (side stream smoke) ประมาณร้อยละ 85 และควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและปล่อยควันออกมาเรียกว่าควันในมวน (main stream smoke) ประมาณร้อยละ 15

ควันบุหรี่มือสองเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า **ควันบุหรี่ในสภาพแวดล้อม (environmental smoke ETS)** แต่การใช้คำว่า “มือสอง” ให้ความหมายที่ชัดเจนกว่า

ในปี พ.ศ. 2549 นายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกา ใช้คำว่า “**โดยไม่สมัครใจ**” (Involuntary smoking หรือ Passive smoking) เพราะคนไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ต้องการสูดควันบุหรี่

### ควันบุหรี่มือสองพบได้ที่ใดบ้าง?

คนทั่วไปได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ยานพาหนะ ที่ทำงาน และที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น ภัตตาคาร บาร์ และบ่อนพนันหรือคาสิโน แต่คนส่วนใหญ่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองได้รับจากในบ้าน และที่ทำงานมากที่สุด

#### ควันบุหรี่มือสองในบ้าน

บ้าน เป็นสถานที่ที่เด็กได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด และเป็นแหล่งใหญ่ของการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ใหญ่ด้วย เด็กที่อยู่ในบ้านที่ผู้ใหญ่สูบบุหรี่ในบ้าน มีระดับโคตินินในเลือด

น้ำลาย (ตัวที่ระบุว่าได้รับควันบุหรี่มือสอง) สูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีการสูบบุหรี่ในบ้าน และระดับโคตินินจะเพิ่มสูงขึ้นตามปริมาณมวนบุหรี่ที่มีการสูบบุหรี่ในบ้าน และเด็กอายุ 3-11 ปี ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน มีระดับโคตินินมากกว่าผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านเหมือนกัน ถึง 2 เท่า

การสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราส่วนของบ้านที่ห้ามสูบบุหรี่ภายในบ้านเพิ่มขึ้นจาก 43% ในปี 2535-2536 เป็น 66% ในปี 2544-2545 นั่นคือประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพของคนในบ้านมากขึ้น ประกอบกับการบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่ต่าง ๆ ทำให้คนเลิกสูบบุหรี่มากขึ้นอีกด้วย

ที่ผ่านมการศึกษาถึงระดับการได้รับควันบุหรี่มือสองของคนไทยยังมีน้อยมาก แต่เชื่อว่าคนไทยที่ไม่สูบบุหรี่จำนวนมากได้รับควันบุหรี่มือสอง จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคุณพ่อของเด็กระดับ ป.2-ป.4 จำนวน 1,000 คน พบว่าร้อยละ 47 สูบในบ้าน ร้อยละ 25 สูบขณะคุยที่วิกกับลูก และร้อยละ 37 สูบในรถขณะที่ลูกอยู่ด้วย

จากการสำรวจของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ สุรูปผลการได้รับควันบุหรี่มือสอง ปี พ.ศ. 2549 จำนวนครัวเรือนของประเทศไทย 18 ล้านครัวเรือน พบว่าร้อยละ 40.88 หรือ 7.36 ล้านครัวเรือน มีสมาชิกตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปสูบบุหรี่ นั่นคือ ประชากรไทยร้อยละ 24.39 ของประชากรทั้งหมด 65.18 ล้านคน มีโอกาสสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน ในจำนวนนี้เป็นเด็ก 2.28 ล้านคน หรือร้อยละ 3.49 ของประชากรทั้งหมด

### ควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน

ที่ทำงานเป็นแหล่งที่ผู้ใหญ่ได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด ในปี 2544-2545 มีพนักงานประมาณ 30% ที่ทำงานในอาคารในสหรัฐอเมริกาที่ไม่มีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ พนักงานธนาคารและพนักงานสถานบริการต่าง ๆ มีโอกาสที่จะได้รับควันบุหรี่มือสอง มากกว่าพนักงานที่ทำงานในอาคารที่มีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน

นายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกาได้สรุปว่า นโยบายที่ทำงานปลอดบุหรี่ เป็นทางเดียวที่มีประสิทธิภาพในการขจัดโอกาสได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน การจัดเขตสูบบุหรี่ออกจากที่ห้ามสูบที่อยู่ในอาคารเดียวกัน การทำความสะอาด และการใช้เครื่องฟอกอากาศ เครื่องระบายอากาศ ในอาคารที่ทำงานไม่สามารถขจัดควันบุหรี่มือสองออกได้หมด และไม่สามารถป้องกันคนไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่มือสองได้ นอกจากนี้ ผลดีอีกข้อหนึ่งของนโยบายที่ทำงานปลอดบุหรี่คือกระตุ้นให้พนักงานอยากเลิกสูบบุหรี่ได้

### สารพิษในควันบุหรี่มือสอง

ควันบุหรี่มือสองเป็นส่วนผสมของก๊าซที่อยู่ในรูปของควัน และฝอยละอองเล็ก ๆ ที่ซับซ้อนมีสารพิษมากกว่า 4000 ชนิด เหมือนกับควันที่คนสูบบุหรี่สูดเข้าไป และมีความเข้มข้นมากกว่า เนื่องจากควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการสูบ มีอนุภาคมิเฝ้า

ใหม่ที่ดีกว่า (ความร้อนของปลายมวนขณะที่สุดควัน คือ 900 – 1,000 องศาเซลเซียส ขณะไม่มีการสูดควันมีความร้อนประมาณ 600 องศาเซลเซียส) และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับออกซิเจนและสารเคมีอื่น ๆ ในอากาศมากกว่า ต่างจากควันที่คนสูบบุหรี่สูดเข้าไป สารพิษหลายชนิดจึงมีความเข้มข้นมากกว่า ดังนี้ คาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มขึ้น 8 เท่า คาร์บอนมอนอกไซด์ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ทาร์หรือน้ำมันดิน เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า นิโคติน เพิ่มขึ้น 2.7 เท่า และไดเมทิลไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง เพิ่มขึ้น 52 เท่า

สถาบันพิษวิทยาแห่งชาติสหรัฐอเมริกาคาดคะเนว่า ควันบุหรี่มือสองมีสารเคมีอย่างน้อย 250 ชนิด ที่เป็นสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง และสถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกา และศูนย์วิจัยโรคมะเร็งนานาชาติพิสูจน์แล้วว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ เมื่อคนไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสอง เขาได้สูดดมสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่

ทั้งนี้ ไม่มีระดับที่ปลอดภัยของการได้รับควันบุหรี่มือสอง ที่จะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ แม้จะมีปริมาณเพียงเล็กน้อยก็ตาม สถานที่ปลอดบุหรี่ 100% เท่านั้นที่เป็นเพียงมาตรการเดียวในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ที่จะปกป้องคนไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแยกเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่อยู่ในอาคารเดียวกัน การระบายอากาศและการใช้เครื่องฟอกอากาศในอาคารไม่สามารถป้องกันคนไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้ ทั้งนี้ปริมาณควันบุหรี่ที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับจะขึ้นกับจำนวนบุหรี่มีการสูบในห้องนั้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกัน ขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น

สารพิษและก๊าซพิษที่พบในควันบุหรี่มือสอง ได้แก่ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (ใช้เป็นอาวุธเคมีในสงคราม) คาร์บอนมอนอกไซด์ (พบในท่อไอเสียรถยนต์) บิวเทน (ใช้จุดไฟแชค) แอมโมเนีย (ใช้ในสารทำความสะอาดบ้าน) และโทลูอิน (พบในสีทาบ้าน) ฯลฯ สารเคมีที่เป็นโลหะและพบในควันบุหรี่มือสองได้แก่ อาร์เซนิก (ใช้เป็นยาฆ่าแมลง) ตะกั่ว (พบในสีทาบ้าน) โครเมียม (ใช้ทำโลหะ) และ แคดเมียม (ใช้ทำแบตเตอรี่) ฯลฯ

สถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก ได้พิสูจน์แล้วยืนยันว่าสารประกอบ 11 ชนิดในควันบุหรี่ คือ 2- แนฟธัลไมน์, 4- อมิโนไบฟีนิล, เบนซิน, วินิลคลอไรด์, เอทิลีนออกไซด์, อาร์เซนิก, เบอริลเลียม, นิกเกิลคอมพาวด์, โครเมียม, แคดเมียม, และ โพลเนียม -210 เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

## ผลกระทบต่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกยืนยันว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น

กลุ่มนักวิทยาศาสตร์ที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติจำนวน 29 คน ร่วมกับหน่วยวิจัยวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับมะเร็ง (IARC) ขององค์การอนามัยโลก ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่มือสองว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่

อวัยวะต่าง ๆ มากขึ้นถึงร้อยละ 20 ซึ่งได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับ ไต มดลูก ปากมดลูก โพร่งจมูก ท่อปัสสาวะนอก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลอยด์

จากการรวบรวมผลงานวิจัยทั่วโลกเรื่องควันบุหรี่มือสองกับโรคมะเร็งปอด พบว่า คนไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านหรือที่ทำงานจะเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 หญิงที่สามีสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดทุกชนิดเพิ่มขึ้น 30% ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนที่สามีสูบบุหรี่ต่อปี

จากการรวบรวมผลงานวิจัยทั่วโลกเรื่องควันบุหรี่มือสองกับโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การสูดควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกายแม้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ ก็สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจทันที คนไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน หรือที่ทำงานจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 25-30%

คนไม่สูบบุหรี่ แม้จะอยู่ในห้องที่มีควันบุหรี่ในระยะเวลาสั้น ๆ ก็ทำให้เกร็ดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น ผนังหลอดเลือดหดตัวทำลาย เลือดไหลเวียนผ่านหัวใจช้าลง และอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนไป เมื่อได้รับเป็นระยะเวลานานขึ้น หลอดเลือดจะแข็งตัวเร็วขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบสูงเท่ากับคนสูบบุหรี่วันละ 1-9 มวน คนที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว จะมีความเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้นหากได้รับควันบุหรี่มือสอง ผู้หญิงที่สามีสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะมีอาการหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่สามีไม่สูบบุหรี่ 3-5 เท่า และจะตายเร็วกว่าผู้หญิงที่สามีไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 4 ปี

ทีโอ (Teo) และคณะจากมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ทำวิจัยใน 52 ประเทศ ตัวอย่างประชากรมากกว่า 27,000 คน พบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองเพียงสัปดาห์ละ 1 ถึง 7 ชั่วโมง เพิ่มความเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้น 24% หากได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่า 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความเสี่ยงต่อหัวใจวายจะสูงขึ้น 62%

แกลันซ์ และพรามลีย์ (Glantz and Parmly) รายงานว่ามีสารก่อมะเร็ง โพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน ในควันบุหรี่ ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่และหนาขึ้น สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่มือสอง เช่น เบนโซ อะ ไพรีน ทำลายผนังบุด้านในของหลอดเลือดแดง และเป็นสารหนึ่งๆที่เริ่มก่อให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว

จากการรวบรวมผลงานวิจัยทั่วโลกเรื่องควันบุหรี่มือสองกับโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน พบว่า ควันบุหรี่มือสองมีสารพิษมากมายที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองและทำอันตรายต่อเยื่อบุทางเดินหายใจ แม้จะได้รับควันบุหรี่มือสองในระยะเวลาสั้น ๆ ก็กระตุ้นอาการทางระบบทางเดินหายใจได้ เช่น ไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก และหายใจขัด คนที่เป็นโรคหอบหืด และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ อยู่แล้ว การได้รับควันบุหรี่มือสองจะกระตุ้นให้อาการของโรครุนแรงขึ้นได้ และผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองเสี่ยงต่อการเกิดถุงลมปอดโป่งพองเพิ่มขึ้น 25%

## ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อเด็ก

องค์การอนามัยโลกประเมินว่า ปัจจุบันมีเด็กเกือบ 700 ล้านคน หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรเด็กทั่วโลกหายใจเอาอากาศปนเปื้อนควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออยู่ในบ้าน จึงมีการรณรงค์ให้ผู้ใหญ่ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ประเทศนิวซีแลนด์และบางรัฐในสหรัฐอเมริกา กำลังดำเนินการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในรถยนต์ส่วนบุคคลขณะมีเด็กโดยสารอยู่ด้วย

### ทารกและเด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะได้รับอันตราย ดังนี้

เกิดอาการระคายเคืองตา จมูก และ คอ รวมไปถึงปอด ทำให้มีอาการไอ มีเสมหะมาก แน่นหน้าอกและปอดมีสมรรถภาพลดลง เนื่องจากร่างกายเด็กทารกและเด็กเล็กอยู่ในระยะกำลังเจริญเติบโต จึงรับสารพิษและสารก่อมะเร็ง จากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่

เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี จะเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 57% เช่นเป็นหลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบหรือปอดบวม ความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นอีกในเด็กที่มีมารดาสูบบุหรี่มากกว่าเด็กที่บิดาสูบบุหรี่ สันนิษฐานว่าอาจเป็นผลส่งมาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาที่สูบบุหรี่

ผลการวิจัยมากมายที่พบว่า เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจอักเสบเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เป็นหวัดง่ายและบ่อย และการอักเสบของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างคือ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง หลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด ทอนซิลอักเสบ

เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหูส่วนกลางอักเสบหูน้ำหนวก โดยควันบุหรี่จะไปรบกวนการทำงานของขนพัดโบกในหลอดลม และเนื่องจากหลอดนำลมระหว่างหลังจมุกกับหูส่วนกลางที่เรียกว่า ท่อยูสเตเซียน ซึ่งมีหน้าที่ในการป้องกันเชื้อโรคเมื่อขนพัดโบกทำหน้าที่ลดลง จึงเพิ่มความเสี่ยงที่เชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสจะเข้าไปในช่องหูส่วนกลางได้ง่าย เด็กทารกที่แม่สูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบถึง 3 เท่าในช่วงขวบปีแรก

งานวิจัยทางระบาดวิทยาหลายเรื่อง ที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นกับการได้รับควันบุหรี่มือสอง คือ เด็กที่มารดาสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้น 2 เท่า เด็กที่อยู่ในบ้านที่มีบิดามารดาหรือผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนสูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหืดเพิ่มขึ้น 60% และเด็กที่เป็นโรคหอบหืดอยู่แล้วจะจับหืดบ่อยขึ้น และรุนแรงขึ้น รักษายากขึ้น

ผลการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเยลล์ พบว่า เด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดเมื่อโตขึ้นมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีคนสูบบุหรี่ถึง 2 เท่า และถ้าในบ้านมีคนสูบบุหรี่มากกว่า 1 คน ระยะเวลาในการเกิดโรคจะเร็วขึ้น

การได้รับควันบุหรี่มือสองยังเป็นปัจจัยเสริมให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ รวมทั้งการเป็นโรคปอดเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เมื่อโตขึ้น และอาจมีพฤติกรรมบกพร่อง เนื่องจากระบบประสาทผิดปกติ อย่างไรก็ตาม การสูบบุหรี่ของพ่อแม่จะมีผลต่อพฤติกรรมการเล่นแบบของลูกในอนาคตด้วย โดยพบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่ จะมีโอกาสที่จะคบเพื่อนที่สูบบุหรี่ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นคนสูบบุหรี่เมื่อเติบโตขึ้น มากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีคนสูบบุหรี่

เด็กทารกที่มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์และที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจากมารดาหลังคลอด เสี่ยงต่อการเกิดโรคไหลตายสูงกว่าทารกที่ไม่ได้รับควันบุหรี่มือสอง พัฒนาการของทารกในครรภ์มารดาที่สูบบุหรี่ จากการศึกษาได้รับสารต่าง ๆ ในควันบุหรี่ผ่านมาทางรก ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนน้อยลง เนื่องจากมีคาร์บอนมอนอกไซด์ในฮีโมโกลบิน ทำให้เกิดคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน ขัดขวางออกซิเจนไม่ให้เข้าสู่รกสูงถึง 25% จึงส่งผลให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าที่ควรเป็น 20 – 30% หรือต่ำกว่าปกติ 150–200 กรัม คลอดก่อนกำหนด 14 % และทารกตายแรกคลอด ประมาณ 10%

จากการที่ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าปกติ ซึ่งทำให้เด็กอ่อนแอกว่า และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อีกมาก ทารกแรกเกิดของมารดาที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองขณะตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างคลอดหรือเกิดภาวะพิการแต่กำเนิด รวมทั้งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคไหลตายในเด็ก (SIDS) สูงขึ้น มีงานศึกษาวิจัยมากกว่า 15 ฉบับที่ยืนยันความสัมพันธ์นี้ เด็กจากครอบครัวที่พ่อหรือแม่สูบบุหรี่หรือทั้งสองคนสูบบุหรี่จะมีปัญหาสุขภาพสองเท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวปลอดบุหรี่

งานวิจัยที่เมืองโรเชสเตอร์ นิวยอร์ก พบว่า การได้รับควันบุหรี่ จะทำให้เด็กเสี่ยงต่อพันธุงานวิจัยในฝรั่งเศส พบว่า ร้อยละ 42 ของเด็กที่มีพ่อหรือ แม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 51 ของเด็กที่มีทั้งพ่อและแม่ที่สูบบุหรี่จะมีปัญหาเรื่องต่อมทอนซิลอักเสบ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่พ่อและแม่ไม่สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 28

## การป้องกันควันบุหรี่มือสอง

จากอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้ว วิธีเดียวที่จะป้องกันตัวเองและคนใกล้ชิดจากควันบุหรี่มือสองได้อย่างสมบูรณ์ คือต้องทำให้สภาพแวดล้อมปลอดจากควันบุหรี่ 100 % การเปิดหน้าต่าง การแยกห้องสูบบุหรี่ การใช้เครื่องระบายอากาศ เครื่องปรับอากาศ พัดลม ก็ไม่สามารถป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองได้

การป้องกันตัวเองและคนรอบข้างจากควันบุหรี่มือสองสามารถทำได้โดย

- ทำให้บ้านและรถยนต์ส่วนตัวปลอดบุหรี่
- ขอร้องคนสูบบุหรี่อย่าสูบใกล้ท่านและลูกของท่าน
- เผื่อระวังดูว่าที่รับเลี้ยงเด็กและโรงเรียนที่ลูกของคุณเรียนอยู่เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่

- เลือกรับประทานอาหารในภัตตาคารที่ปลอดบุหรี่ทั้งร้าน ขอขอบคุณเจ้าของร้านที่เป็นภัตตาคารปลอดบุหรี่ บอกให้เจ้าของกิจการที่ยังอนุญาตให้มีการสูบบุหรี่ได้ทราบว่าควันบุหรี่มือสองเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน
- สอนให้ลูกของคุณอยู่ห่างจากควันบุหรี่มือสอง
- หลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองให้มาก หากคุณหรือลูกของคุณเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจอยู่แล้ว หรือคุณเป็นโรคหัวใจ หรือตั้งครรภ์

หากคุณเป็นคนสูบบุหรี่ วิธีเดียวที่ดีที่สุดที่จะปกป้องครอบครัวของคุณจากควันบุหรี่มือสองคือการเลิกสูบบุหรี่ หรือหากเลิกไม่ได้ อย่างน้อยก็ไม่สูบบุหรี่ในบ้านและในรถยนต์ส่วนตัว

## กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

ประเทศไทยมีการรณรงค์เรื่องพิษภัยของควันบุหรี่มือสองมาอย่างต่อเนื่อง และมีกฎหมายควบคุมยาสูบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 แต่เมื่อย้อนประวัติศาสตร์ พบว่ามีบทบัญญัติของกฎหมายที่ห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์ รถโดยสารและสวนสาธารณะมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519

### กฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทย

#### 1. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมมาตรฐานการทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งรวมถึงยาสูบทุกชนิดที่ใช้สูด ดม อม เคี้ยว สารสำคัญของกฎหมาย คือ

- ห้ามขายบุหรี่แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ห้ามขายบุหรี่ด้วยเครื่องขายอัตโนมัติ
- ห้ามแจกบุหรี่เพื่อเป็นตัวอยาง หรือ เพื่อให้แพร่หลาย
- ห้ามโฆษณาบุหรี่หรือแสดงเครื่องหมายในสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่ออื่น รวมทั้งห้ามแสดงซองบุหรี่ที่จุดขาย
- ห้ามโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อบุหรี่ เป็นเครื่องหมายของสินค้านั้น
- ห้ามผลิต นำเข้า โฆษณา สินค้าที่เลียนแบบบุหรี่หรือซองบุหรี่
- ห้ามส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ ได้แก่ การขายสินค้าโดยแจก แถม ให้ แลกเปลี่ยนกับบุหรี่ หรือ การขายบุหรี่ โดยแจก แลก แถม ให้ แลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น / บริการ
- พิมพ์ค่าเตือนสุขภาพข้างซองบุหรี่
- เปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์บุหรี่
- แสดงฉลากที่ซองบุหรี่ตามหลักเกณฑ์
- ห้ามขายบุหรี่ที่ไม่ได้แสดงฉลากตามหลักเกณฑ์

## 2. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

กฎหมายฉบับนี้ให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขในการประกาศให้สถานที่ต่าง ๆ เป็นที่ห้ามสูบบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ และปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง สารสำคัญของกฎหมาย คือ

- การจัดให้ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเป็นเขตปลอดบุหรี่
- การจัดให้เขตปลอดบุหรี่มีสภาพลักษณะและมาตรฐานตามที่กำหนด
- การจัดให้มีเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่ หรือ เขตปลอดบุหรี่ ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนด
- การห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีประโยชน์มากมาย ตั้งแต่การคุ้มครองสุขภาพและสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศที่ปราศจากสารพิษจากการเผาไหม้ของบุหรี่ที่ผู้สูบสูด การห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่สำคัญการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการยืนยันว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ใช่พฤติกรรมที่สังคมยอมรับ ซึ่งส่งผลให้เกิดค่านิยมในทางลบต่อการสูบบุหรี่ อันจะทำให้เยาวชนรุ่นใหม่หันมาสูบบุหรี่น้อยลง

### ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 17

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศฉบับที่ 17 กำหนดประเภทของสถานที่สาธารณะ เพื่อให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ได้แก่ รถโดยสารประจำทาง รถโดยสารรับจ้าง รถรับส่งนักเรียน ที่พัสดุโดยสารยานพาหนะทุกประเภท ลิฟต์โดยสาร ตู้โทรศัพท์สาธารณะ สุขา โรงแรมหอพัก ห้องสมุด ห้องประชุมสัมมนา ร้านขายยา สถานประกอบกิจการสปา / การอบไอน้ำ / อบสมุนไพร / การนวดไทย / การนวดเพื่อสุขภาพ / การนวดเพื่อเสริมสวย สถานกีฬา ในร่ม อิมเจอร์คูกีฬา / การแสดง สนามเด็กเล่น สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ ได้แก่ พิพิธภัณฑ์ ห้างสรรพสินค้า สถานที่แสดงนิทรรศการ สถานเสริมความงาม สถานที่บริการคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ต บริเวณโรงพักคอกของโรงแรม / รีสอร์ท สถานที่จำหน่ายอาหาร

ประเภทที่ 2 กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ยกเว้น บริเวณห้องพักผ่อนของผู้ปฏิบัติงาน และบริเวณที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะ ได้แก่ สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานที่ทำงานเอกชนเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ สถานี่ขนส่งผู้โดยสารทุกประเภท บั๊มน้ำมัน มหาวิทยาลัย สถานฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สถานสอนศิลปะ / การแสดง / ดนตรี / กีฬา โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้าง





ควบคุมยาสูบกำหนด และในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดจรรยาปฏิบัติในการควบคุมยาสูบสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และเรียกร้องให้บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติ ซึ่งมีอยู่ 14 ข้อ ดังนี้

1. เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่บริโภคยาสูบ และส่งเสริมวัฒนธรรมการไม่บริโภคยาสูบ
2. สำรวจลักษณะการบริโภคยาสูบของบุคลากรในวิชาชีพและกำหนดนโยบายที่เหมาะสม
3. จัดเขตปลอดบุหรี่ในอาคารและสถานที่ที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ
4. ให้มีหัวข้อเรื่องการควบคุมยาสูบในการประชุมวิชาการ
5. ชักประวัติการบริโภคยาสูบและการได้รับควันยาสูบของผู้ป่วย แนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่โดยสอดแทรกอยู่ในการปฏิบัติงานประจำ
6. สอดแทรกเนื้อหาการควบคุมยาสูบในการเรียนการสอน
7. เข้าร่วมกิจกรรมวันไม่สูบบุหรี่โลกอย่างแข็งขัน
8. ไม่รับการสนับสนุนทุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ
9. ไม่ยุ่งเกี่ยวกับการค้าหรือผลประโยชน์ใด ๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ
10. ห้ามจำหน่ายสินค้ายาสูบในอาคาร/หน่วยงานที่ตนสังกัด
11. สนับสนุนการดำเนินโครงการควบคุมยาสูบของรัฐบาลอย่างแข็งขัน
12. ดำเนินการตามจรรยาปฏิบัตินี้และสนับสนุนทรัพยากรแก่การควบคุมยาสูบ
13. เข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมยาสูบกับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ
14. สนับสนุนการรณรงค์เขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

## สรุป

ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย พิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ สามารถนำมาใช้ในการให้เหตุผล และจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ และเกิดค่านิยมสังคมไม่สูบบุหรี่ขึ้นได้ ซึ่งบุคลากรสุขภาพและบุคคลทั่วไปสามารถนำความรู้พื้นฐานนี้ไปช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ และปกป้องบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองได้

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ (2535) . พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. นนทบุรี : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, (2535) . พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. นนทบุรี. ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, (2543) . พัฒนาการทางปฏิบัติ หยุดการแพร่ภัยบุหรี่ : สิ่งที่ต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพฯ : มปป.
- ประภิต วาที่สาธกกิจ. บทบรรณานุกรม “สูบบุหรี่มือสองก็อันตราย”. วารสาร SMART ปีที่ 2 ฉบับที่ 15 มีค, 2544. หน้า 1.
- ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. เอกสารเผยแพร่เรื่อง กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่. กรุงเทพฯ : มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- (2550) . เอกสารเผยแพร่เรื่อง ที่ไหนบ้างต้องปลอดบุหรี่. กรุงเทพฯ : มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- (2550) .เอกสารเผยแพร่เรื่อง The Chemicals : สารเคมีในควันบุหรี่. กรุงเทพฯ : มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- สถาพร กสิฤกษ์ และบังอร ฤทธิภักดี (2534) . “การจัดเขตปลอดบุหรี่ในสำนักงาน” : กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- สถาพร จิรัตนานนท์. “มลพิษจากควันบุหรี่ในร้านอาหารและแหล่งบันเทิง”. วารสาร SMART ปีที่ 2 ฉบับที่ 27 ตุลาคม, 2544. หน้า 6.
- แสงเดือน สุวรรณรงค์มี. “ที่ทำงานปลอดบุหรี่ดีต่อสุขภาพ”. วารสาร SMART ปีที่ 4 ฉบับที่ 37 มกราคม, 2546.
- Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiologic evidence. Thorax 1997;52(11):1003–9.
- Aronow WS. Effect of passive smoking on angina pectoris. New England Journal of Medicine 1978;299 : 21–4.
- Bascom R, Kulle T, Kagey-Sobotka A, Proud D. Upper respiratory tract environmental tobacco smoke sensitivity. American Review of Respiratory Disease 1991;143(6):1304–11.
- Basu PK, Pimm PE, Shephard RJ, Silverman F. The effect of cigarette smoke on the human tear film. Canadian Journal of Ophthalmology 1978;13:22–6.
- Boffetta P, et al. Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. Journal of the National Cancer Institute 1998;90(19):1440–51.
- Bulterys MG, Greenland S, Kraus JF. Chronic fetal hypoxia and sudden infant death syndrome: interaction between maternal smoking and low hematocrit during pregnancy. Pediatrics 1990;86:535–40.
- California Environmental Protection Agency and Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. California Environmental Protection Agency; 1997.
- Centers for Disease Control and Prevention : Office on Smoking and Health, USDHHS, Wellness Council of America, American Cancer Society. Making your workplace smokefree : A decision makers’s guide 1996.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Institute of Occupational Safety and Health. Current Intelligence Bulletin 54: Environmental Tobacco Smoke in the Workplace - Lung Cancer and Other Health Effects. 1991. (Publication No. 91-108) Available online at: [www.cdc.gov/nasd/docs/d001001-d001100/d001030/d001030.html](http://www.cdc.gov/nasd/docs/d001001-d001100/d001030/d001030.html). Accessed November 2003



- Chen Y, Li W, Yu S, Qian W. Chang-Ning. Epidemiologic study of children's health: I: passive smoking and children's respiratory diseases. *International Journal of Epidemiology* 1998;17:348-55.
- Cook DG, Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997;52:1081-94.
- Difranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *The Journal of Family Practice* 1995;40(4):385-94.
- Difranza J, Lew R. Morbidity and mortality in children associated with the use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996;97(4):560-8.
- Doll, Richard and Peto, Richard. *The Causes of Cancer*. Oxford : Oxford Medical Publication, 1981.
- Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Washington, DC: Environmental Protection Agency; 1992. (Report # EPA/600/6-90/006F) Available online at. Accessed November 2003.
- Etzel RA, et al. Passive smoking and middle ear effusion among children in day care. *Pediatrics* 1992;90:228-32.
- Fleiss JL, Gross AJ. Meta-analysis in epidemiology, with special reference to studies of the association between exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer: a critique. *Journal of Clinical Epidemiology* 1991;44(2):127-39.
- Fontham E, et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women. *JAMA* 1994;271(22):1752-1959.
- Ford, Barry J. *Smokescreen : A Guide to the Personal Risks and Global Effects of the Cigarette Habit*. Perth : Halcyon Press, 1994.
- Garland C, Barrett-Connor E, Suarez L, Criqui MH, Wingard DL. Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers: a prospective study. *American Journal of Epidemiology* 1985;(5):645-50.
- Glantz S, Parmley W. Passive smoking and heart disease. *Epidemiology, physiology and biochemistry*. *Circulation* 1991;83(1):1-2.
- Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. Mechanisms and risk. *JAMA* 1995;273(13):1047-53.
- Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: a follow-up. *American Journal of Public Health* 1997;87:1687-1693.
- Guerin MR, Jenkins RA, Tomkins BA. *The chemistry of environmental tobacco smoke: composition and measurement*. Chelsea, Michigan: Lewis Publishers, Inc; 1992.
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *British Medical Journal* 1997;315 980-8.
- Harper RM, Frysinger RC. Suprapontine mechanisms underlying cardiorespiratory regulation: Implications for the sudden infant death syndrome. In: Harper RM, Hoffman HJ (Eds) *Sudden Infant Death Syndrome: Risk Factors and Basic Mechanism*. SP Medical and Scientific Books, New York. 1998;399-412.
- Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal* 1981;282:183-5.

- Hirayama T. Cancer mortality in nonsmoking women with smoking husbands based on a large-scale cohort study in Japan. *Preventive Medicine* 1984;13:680–90.
- International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoking, vol. 38 of IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. World Health Organization; 1986.
- Judith Mackay and Micheael Eriksen. "The Tobacco Atlas". WHO, 2002.
- Klonoff-Cohen HS, et al. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA* 1995;273:795–8.
- Koh HK, Kannler C, Geller AC. Cancer prevention: Preventing tobacco-related cancers. In: DeVita VT Jr., Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Vol. 1 and 2. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
- Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997;315:973–80.
- Milerad J, Sundell H. Nicotine exposure and the risk of SIDS. *Acta Paediatrica (Scandinavia) (supplement)* 1993;389:70–2.
- Mitchell EA, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *New Zealand Medical Journal* 1991;104:71–6.
- Mitchell EA, Scragg L, Clements M. Location of smoking and the sudden infant death syndrome (SIDS). *Australian and New Zealand Journal of Medicine* 1995;25:155–6.
- Muramatsu T, Weber A, Muramatsu S, Akermann F. An experimental study on irritation and annoyance due to passive smoking. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 1983;51(4):305–17.
- Murray AB, Morrison BJ. The effect of cigarette smoke from the mother on bronchial responsiveness and severity of symptoms in children with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1986;77:575–81.
- National Cancer Institute. Smoking and Tobacco Control Monograph 10: Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1999.
- National Cancer Institute. Cancer Progress Report 2003. Public Health Service, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2004.
- National Research Council. Environmental Tobacco Smoke: Measuring exposures and assessing health effects. National Academy Press; 1986.
- Poswillo D, Alberman E, Editors. *Effects of Smoking on the Fetus, Neonate and Child*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Roemer, Ruth. Geneva Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic. 2nd ed. World Health Organization, 1993.
- Samet JM, Lewit EM, Warner KE. Involuntary smoking and children's health. *Current Problems in Pediatrics* 1995 ;25(6) :177–212.
- Samet JM, Lange P. Longitudinal studies of active and passive smoking. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1996;154:S257–S265.
- Samet JM, Cain WS, Leaderer BP (1991). Environmental tobacco smoke. In: Samet JM, Spengler JD. (ed) *Indoor Air Pollution*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. P 131–69.

- Shephard RJ, Ponsford E, LaBarre R, Basu PK. Effect of cigarette smoke on the eyes and airway. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 1979;43:135–44.
- Slotkin TA, Lappi SE, McCook EC, Lorber BA, Seidler FJ. Loss of neonatal hypoxia tolerance after prenatal nicotine exposure: implications for sudden infant death syndrome. *Brain Research Bulletin* 1995;38(1):69–75.
- Smoking and Health in China. 1996 National Prevalence Survey of Smoking Patterns. Beijing: China Science and Technology Press, 1997.
- Speer F. Tobacco and the nonsmoker: a study of subjective symptoms. *Archives of Environmental Health* 1968;16:443–6.
- Steenland K. Passive smoking and the risk of heart disease *JAMA*. 1992;267:94-99.
- Strachan DP, Cook DG. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997;52:905–14.
- Strachan DP, Cook DG. Parental smoking and allergic sensitisation in children. *Thorax* 1998; 53:117-123.
- Svendsen KH, Kuller LH, Martin MJ, Ockene JK. Effects of passive smoking in the multiple risk factor intervention trial. *American Journal of Epidemiology* 1987;126:783–95.
- Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. Mechanisms and risk. *JAMA* 1995;273(13):1047–53.
- Tager IB, Weiss ST, Rosner B, Speizer FE. Effect of prenatal cigarette smoking on the pulmonary function of children. *American Journal of Epidemiology* 1979;110:15–26.
- Tager IB, Weiss ST, Munoz A, Rosner B, and Speizer FE. Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *New England Journal of Medicine* 1983;309:699–703.
- Taylor AE, Johnson DC, Kazemi H. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. Position Paper from the Council on Cardiopulmonary and Critical Care, American Heart Association. *Circulation* 1992;86(2):699–702.
- Teo, K.K. *The Lancet*, Aug. 19, 2006; vol 368: pp 647-658. Rosner, S.A. and Stampfer, M.J. *The Lancet*, Aug. 19, 2006; vol 368: pp 621-622.
- Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L. Lung cancer and passive smoking: conclusion of Greek study. *Lancet* 1983;2:677–8.
- Tweedie RL, Mengersen KL. Meta-analytic approaches to dose–response relationships, with application in studies of lung cancer and exposure to environmental tobacco smoke. *Statistics in Medicine* 1995;14:545–69.
- UK Scientific Committee on Tobacco and Health. Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. The Stationery Office. March 1998; 0 11 322124X.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking for women. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1980.
- U.S. Department of Health and Human Services. Cardiovascular Disease : The Health Consequence of Smoking. Rockville, Maryland, 1983.
- US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1986. (Publication # HPS 87-8398) Revised 11-14-03

- U.S. Department of Health and Human Services. Report on Carcinogens. 11th Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
- U.S. Environmental Protection Agency. Respiratory Health Effects of Passive Smoking : Lung Cancer and Others Disorders. National Institutes of Health : USA, 1997.
- Wang X, Wypij D, Gold DR. A longitudinal study of the effects of parental smoking on pulmonary function in children 6–18 years. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 1994;149:1420–5.
- Ware JH, et al. Passive smoking, and respiratory health of children living in Six Cities. American Review of Respiratory Disease 1984;129:366–74.
- White JR, Froeb JF. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. New England Journal of Medicine 1980;302:720–3.
- World Health Organization South-East Asia Region. “Second-Hand Smoke Let’s clear the Air : World No tobacco Day”, 2001.

**Internet Citation**

- <http://www.cancer.gov/publications>
- <http://cancercontrol.cancer.gov>
- <http://www.cancer.gov>
- [www://iarc.fr/index](http://www.iarc.fr/index)
- <http://www.osha.gov/>
- <http://www.cdc.gov>

.....

## บทที่ 2

# กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่

เภสัชกรธนรัตน์ สรวลเสน่ห์

บทนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** การเสพติดบุหรี่และการประเมินภาวะการเสพติด

**ตอนที่ 2** ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่



## บทนำ

บุหรี่จัดเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดได้ไม่แตกต่างจากการใช้เฮโรอีน แต่บุหรี่จะมีความสามารถในการทำให้เสพติดได้สูงมากกว่าเฮโรอีน และยาเสพติดชนิดอื่น เช่น ยาบ้า กัญชา เป็นต้น ทั้งนี้เหตุผลส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะบุหรี่เป็นสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย หาซื้อง่าย และยังไม่ถูกจัดเป็นยาเสพติดตามกฎหมาย

ในบุหรี่สำเร็จรูปที่มีขายทั่วไปจะประกอบด้วยสารเคมีต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ สารที่ทำให้เกิดการเสพติด และสารปรุงแต่งในบุหรี่ โดยสารที่ทำให้เกิดการเสพติดในบุหรี่ คือ นิโคติน (nicotine) ซึ่งเป็นสารเคมีที่มีอยู่ในใบยาสูบ ซึ่งทั่วไปในบุหรี่หนึ่งมวนจะมีนิโคตินอยู่ประมาณ 10-15 มิลลิกรัม ขึ้นกับชนิดของบุหรี่ สำหรับสารปรุงแต่งในบุหรี่เป็นสารที่ใช้ในการเติมแต่งในบุหรี่ เพื่อช่วยเพิ่มอรรถรสในการสูบให้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างของสารปรุงแต่ง ได้แก่ polycyclic aromatic hydrocarbons, benzopyrene, phenol, nitrosamine, vinyl chloride, และโลหะหนัก เช่น nickel, arsenic, iron, และ copper เป็นต้น สารต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นจะเข้าสู่ร่างกายได้หลายวิถีทาง ขึ้นกับลักษณะการบริโภคของผู้ใช้ เช่น สูบหรือดูดเข้าทางระบบทางเดินหายใจ หรือนำมาหักเป็นชิ้นแล้วเคี้ยว เป็นต้น แต่การสูบหรือดูดเข้าทางระบบทางเดินหายใจเป็นวิธีที่บุหรี่ถูกนำมาบริโภคมากที่สุด

เมื่อบุหรี่ถูกจุด และทำให้เกิดการเผาไหม้ขึ้น คาร์บอนที่ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของใบยาสูบและสารปรุงแต่งในบุหรี่จะเข้าสู่ร่างกายของผู้สูบ รวมถึงคาร์บอนที่สูดดมคาร์บอนก็ได้ด้วย ซึ่งในคาร์บอนที่ซึ่งประกอบด้วยสารต่าง ๆ และก๊าซมากกว่า 4,000 ชนิด และมีอย่างน้อย 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (carcinogens) สำหรับนิโคตินซึ่งเป็นสารที่สามารถระเหยได้ก็จะเป็นส่วนผสมหนึ่งในคาร์บอนด้วย โดยนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดที่ปอดเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อนิโคตินเข้าสู่กระแสเลือดแล้วก็จะไปออกฤทธิ์ที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ทางเดินอาหาร หัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ทั้งนี้หากสูบบุหรี่หนึ่งมวนร่างกายจะได้รับนิโคตินเข้าสู่กระแสเลือดประมาณ 1-3 มิลลิกรัม โดยนิโคตินจะเข้าสู่สมองได้ภายในเวลาประมาณ 6 วินาที ซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือด

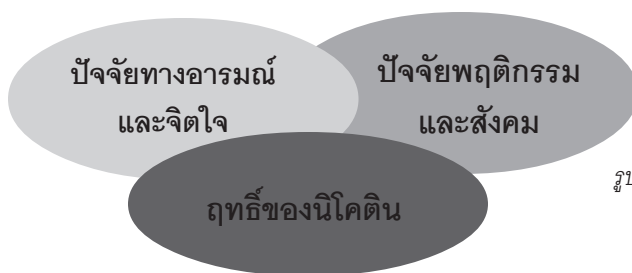
## ตอนที่ 1

# การเสพติดบุหรี่

## และการประเมินภาวะการเสพติด

### การเสพติดบุหรี่

การที่บุคคลหนึ่งจะเกิดการเสพติดบุหรี่ได้ มีปัจจัยหลายด้านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งการค้นหาค่าเหตุของการเสพติดบุหรี่เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องทราบ เพราะวิธีการเข้าหาผู้สูบ คำแนะนำที่จะให้แก่ผู้สูบจะมีความแตกต่างกัน



รูป 1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่

ในที่นี้ขอแบ่งปัจจัยในการเสพติดบุหรี่ออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ฤทธิ์ของนิโคติน ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยการเสพติดบุหรี่อาจเกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรืออาจเกิดจากกลไกทั้งสอง หรือสามกลไกดังกล่าวร่วมกันก็ได้

### การเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน

ในสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ จะมีบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกสุขใจ หรือเรียกบริเวณนี้ว่า brain reward pathway ซึ่งจะมีการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ โดย brain reward pathway จัดเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิด รวมถึงบุหรี่ด้วย

กระบวนการทำงานของ brain reward pathway เริ่มจากสมองบริเวณที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ส่งสัญญาณประสาทในรูปของสารสื่อประสาท ชื่อว่า โดปามีน (dopamine) ไปยังสมองส่วนที่ชื่อว่า nucleus accumbens (NA) แล้วส่งสัญญาณต่อไปยังสมองชั้นนอกเพื่อ ทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจเกิดขึ้น โดยในสภาวะปกติ (ไม่มีการใช้สารเสพติด) brain reward pathway สามารถถูกกระตุ้นได้จากสภาวะต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสุขได้ด้วย เช่น ถูกหวย สอบได้อันดับหนึ่ง สอบเข้ามหาวิทยาลัยได้ เลื่อนตำแหน่งได้รางวัล ได้โบนัส เป็นต้น

สำหรับการเสพติดบุหรี่ เมื่อนิโคตินจากบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย จะถูกส่งต่อเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลาง แล้วนิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งพบได้ที่บริเวณ VTA ของ brain reward pathway ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการจับของนิโคตินกับตัวรับนิโคติน คือ ทำให้มีการหลั่งของโดปามีนออกมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจ สบายใจขึ้น มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงจูงใจ และมีผลในการลดความอยากอาหารด้วย นอกจากนี้นิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งของโดปามีนที่ brain reward pathway แล้ว นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดอื่น ๆ ออกมาจากปลายประสาท อีกด้วย เช่น acetylcholine, serotonin, norepinephrine และ GABA เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากตัวรับนิโคตินมีอยู่ที่ปลายประสาทของสารสื่อประสาทต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นด้วย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทต่าง ๆ แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นด้วยฤทธิ์ของนิโคตินในบุหรี่

สารสื่อประสาท	ผลทางชีวภาพ
Dopamine	ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ ลดความอยากอาหาร
Acetylcholine	ทำให้ตื่นตัว ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น
Serotonin	รักษาระดับอารมณ์ ลดความอยากอาหาร
Norepinephrine	ทำให้ตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น ลดความอยากอาหาร
GABA	ลดความเครียด และความวิตกกังวล
endorphin	ลดความเครียด และความวิตกกังวล

จากผลทางชีวภาพของนิโคตินดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ที่สูบบุหรี่ คือ ผู้ที่ต้องการได้รับผลทางชีวภาพจากนิโคติน ทำให้ผู้สูบหลงใหลในผลดังกล่าวเป็นอย่างมาก และต้องกลับไปสูบบุหรี่เพื่อให้มีนิโคตินในสมองอยู่ตลอดเวลา อีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบได้ คือ เมื่อเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก ซึ่งอาการถอนนิโคตินเป็นความรู้สึกเชิงลบ เช่น ปวดศีรษะ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีแรงจูงใจ สมาธิไม่ดี หิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ร่างกายไม่ได้รับนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้มีระดับโดปามีนในสมองลดลง ซึ่งผลเชิงลบดังกล่าวนี้มักทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ทนไม่ได้ ต้องกลับไปสูบบุหรี่อีก หรือเรียกว่าเกิดอาการอยากบุหรี่ (craving) ขึ้น ดังนั้น ในผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบ แต่เกิดอาการถอนยาขึ้น อาจจำเป็นต้องใช้ยามาช่วยในการลดอาการถอนนิโคตินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด เพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้โดยไม่ทรมาน และประสบความสำเร็จได้

### การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูบบุหรี่บางส่วนอาจเสพติดบุหรี่ เพราะติดใจในผลของนิโคตินซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียน หรือ การทำงานมากขึ้น มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือ ความรู้สึกดีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย

### การเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม

การเสพติดแบบนี้บางครั้ง คือ ความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่มาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการดื่มชาหรือกาแฟ ในวงเหล้า หลังเรียนหนังสือ หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบ มักมองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบสามารถนำไปใช้ เพื่อสร้างสัมพันธ์ในสังคมได้

### การประเมินภาวะการเสพติด

เมื่อพบผู้สูบบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษา/ผู้ให้การรักษาค่าเป็นต้องประเมินสถานะพื้นฐานของการสูบบุหรี่ในสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ สาเหตุของการเสพติดบุหรี่ ความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรี่ และความพร้อม/ความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปใช้เพื่อให้คำปรึกษา หรือวางแผนแก้ไขเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

### สาเหตุของการเสพติดบุหรี่

การสอบถามผู้สูบบุหรี่เกี่ยวกับอาการอยากยา (craving) หรือ อาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ สิ่งที่น่าสนใจเมื่อได้สูบบุหรี่ รวมถึงช่วงเวลาของการสูบบุหรี่จะสามารถทำให้แยกสาเหตุของการเสพติดบุหรี่ของผู้สูบได้ ดังรายละเอียดกล่าวแล้วข้างต้น โดยวัตถุประสงค์ในการค้นหาสาเหตุของการเสพติดบุหรี่ คือ เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำปรึกษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ หรือผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากเพียงใด

### ความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่

การประเมินความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่ในที่นี้เป็นการประเมินระดับการเสพติดนิโคตินในบุหรี่ว่ามีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ด้วยวัตถุประสงค์เดียวกับการประเมินสาเหตุของการเสพติดบุหรี่ กล่าวคือ หากผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แสดงว่าหากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้

การประเมินระดับการเสพติดนิโคตินทำได้ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ที่ชื่อว่า Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ซึ่งเป็นแบบประเมินจำนวน 6 ข้อ ดังรายละเอียดตาราง 2 สำหรับการแปลผล FTND จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน หากประเมินได้คะแนนอย่างน้อย 6 คะแนน แสดงว่าผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แต่หากประเมินได้คะแนนไม่เกิน 4 คะแนน แสดงว่ามีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างต่ำ

1. คุณสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด
  - ก. สูบทันทีหลังตื่นนอนหรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที (3 คะแนน)
  - ข. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาที แต่ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)
  - ค. สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)
  - ง. สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)
2. คุณรู้สึกอย่างไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาสั้น เช่น ในห้องสมุดหรือโรงพยาบาล
  - ก. หงุดหงิดอึดอัด (1 คะแนน)
  - ข. เฉย ๆ (0 คะแนน)
3. ในแต่ละวันบุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่า ถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด
  - ก. มวนแรกที่สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)
  - ข. มวนไหน ๆ ก็เหมือนกัน (0 คะแนน)
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
  - ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
  - ข. 21-30 มวน (2 คะแนน)
  - ค. 11-20 มวน (1 คะแนน)
  - ง. ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)
5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรก หลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่น ๆ ของวันใช่หรือไม่
  - ก. ใช่ (1 คะแนน)
  - ข. ไม่ใช่ (0 คะแนน)
6. ขณะเมื่อคุณป่วยต้องนอนอยู่คนเดียวเกือบตลอดเวลาคุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่
  - ก. ต้องการ (1 คะแนน)
  - ข. ไม่ต้องการ (0 คะแนน)

ตาราง 2 Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

### ปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรี่

ปัจจัยในที่นี้ หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความอยากสูบบุหรี่ขึ้น เช่น ความเครียด แอลกอฮอล์ การจรรยาตติขัด เพื่อน ๆ เป็นต้น ซึ่งการได้มาซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจทำให้สามารถให้คำปรึกษา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่แต่ละรายได้อย่างจำเพาะเจาะจง และตรงประเด็นมากขึ้น

### ความพร้อม/ความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่

ความพร้อมสำหรับผู้สูบบุหรี่ในการจะเลิกสูบเป็นเรื่องที่ต้องประเมินให้ได้ เพราะระดับความพร้อมในการเลิกสูบของผู้สูบบุหรี่นั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวทางการให้คำปรึกษา และการแก้ไขเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยในการประเมินความพร้อมเพื่อจะเลิกบุหรี่สามารถทำได้โดยอาศัยโมเดล ทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ชื่อว่า transtheoretical model of change หรือเรียกย่อว่า TTM model ซึ่งแบ่งความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบออกเป็น 5 ระดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 Transtheoretical Model of Change

ระดับขั้น	ลักษณะของผู้สูบบุหรี่	แนวทางการแก้ไข
Precontemplation	ในช่วงเวลา 6 เดือนข้างหน้า ผู้สูบบุหรี่ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่เลย	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่
Contemplation	ในช่วงเวลา 6 เดือนข้างหน้า ผู้สูบบุหรี่มีความคิดที่จะเลิกสูบแล้ว แต่ยังมีความลังเลหรืออุปสรรคบางประการอยู่ รวมถึงยังไม่มีแผนการเลิกที่ชัดเจน	เน้นย้ำข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ สร้างแรงจูงใจ แก้ไขอุปสรรค หรือความเชื่อต่าง ๆ
Preparation	ผู้สูบบุหรี่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ให้ได้ภายใน 1 เดือนข้างหน้า รวมถึงเคยมีประวัติ พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังมาแล้ว อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	วางแผนการเลิก กำหนดวันเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงพิจารณาใช้ยาในผู้ที่จำเป็น
Action	ผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แล้วภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	ให้การสนับสนุน ช่วยแก้ไขปัญหาระยะแรก หรืออุปสรรค เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง
Maintenance	ผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แล้วนานมากกว่า 6 เดือน	ให้การสนับสนุน ช่วยแก้ไขปัญหาระยะแรก หรืออุปสรรค เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

### บรรณานุกรม

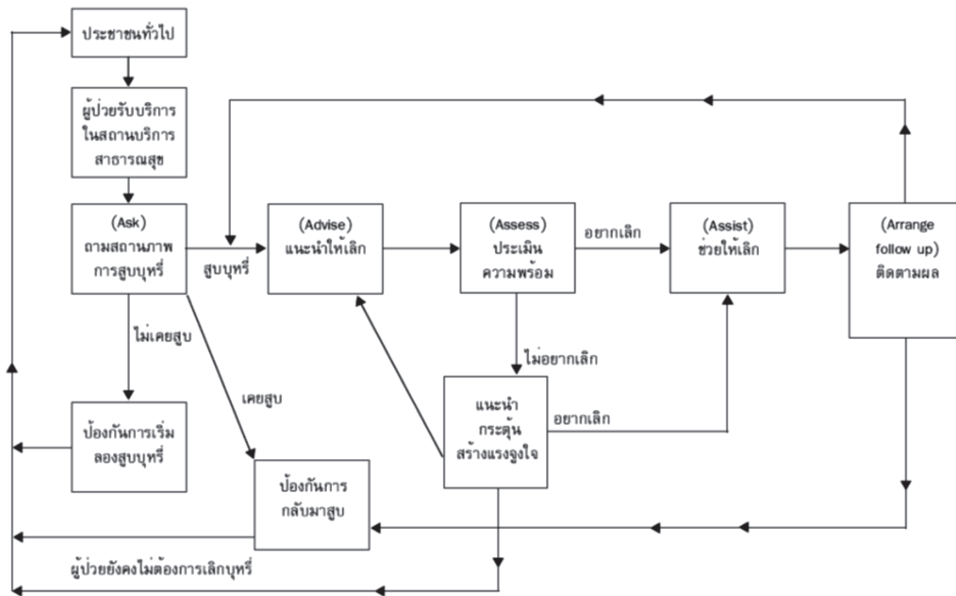
1. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, และคณะ. (2546) . รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒนา จุฬาวัดนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ. (2546). ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริบาลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); หน้า 153-74.

## ตอนที่ 2

# ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่

### บทนำ

การช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่สามารถทำได้โดยบุคลากรสาธารณสุขทุกคน รวมถึงอาสาสมัครทั่วไปที่มีความสนใจด้วย ทั้งนี้เพราะได้มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นต้นแบบอยู่ ซึ่งแนวทางดังกล่าว เรียกว่า “5A”



รูป 2 แนวทางการให้บริการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้เทคนิค 5A (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, และคณะ (2546)

แต่ถ้าพบผู้ป่วยที่ยังไม่เคยคิดหรือยังไม่พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ บุคลากรสาธารณสุขจะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับหรือเพื่อให้พร้อมที่จะหยุดสูบบุหรี่ โดยแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แรงจูงใจ คือ แนวทางที่เรียกว่า 5R (ตาราง 4)

ตาราง 4 การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เทคนิค 5R  
 วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบุญธร์, และคณะ.(2546)

เทคนิค	คำอธิบายเพิ่มเติม
Relevance (ความสัมพันธ์ตรงตัว)	เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทราบว่าการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวของเขา โดยพยายามให้เจาะจงมากที่สุด โดยข้อมูลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งมีผลกระทบมากที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยการเกิดโรคของตัวผู้ป่วย ของบุคคลในครอบครัว ในสังคมแวดล้อม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ อายุ เพศ และลักษณะสำคัญอื่น ๆ ของผู้ป่วย
Risks (ความเสี่ยง)	เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุนผลเสียที่เกิดตามมาจากการสูบบุหรี่ ผู้ให้บริการอาจจะเสนอแนะและชี้ชัดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วย ทั้งที่แสดงผลในทันที ผลในระยะยาว รวมถึงผลต่อสิ่งแวดล้อม และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า แม้จะสูบบุหรี่ที่มีสารทาร์ต่ำ มีนิโคตินต่ำ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นนอกเหนือจากสูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเช่นเดียวกัน
Rewards (รางวัล)	ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุและอภิปรายถึงประโยชน์จากการหยุดสูบบุหรี่ที่เจาะจงและทำนองเดียวกับการให้ระบุปัจจัยเสี่ยง คือ ให้ตรงและเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยให้มากที่สุด
Roadblocks (อุปสรรค)	ให้ผู้สูบบุหรี่ระบุอุปสรรคและเครื่องกีดกันการเลิกสูบบุหรี่ และอธิบายวิธีการบำบัดรักษาที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ โดยปัญหาข้อจำกัดมักเกี่ยวกับอาการถอนยา กลัวที่จะล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวขึ้น ขาดการสนับสนุนจากสังคม เกิดความซึมเศร้า และ ความสนุกจากการได้สูบบุหรี่
Repetition (การกล่าวซ้ำ)	การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจนี้ต้องกระทำซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วย ซึ่งยังไม่เห็นความสำคัญของการหยุดสูบบุหรี่มาตรวจรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เคยล้มเหลวในการหยุดสูบบุหรี่ครั้งก่อน ๆ การให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ไม่ท้อแท้ว่ามีผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็นจำนวนมากที่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้



วิธีการเลิกบุหรี่ประกอบด้วยทำให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา โดยการให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่แนะนำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทุกคนปฏิบัติ ซึ่งสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ประมาณร้อยละ 10-30 ที่ระยะเวลา 1 ปี) แต่ก็มีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่อาจเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยการรักษาด้วยยาาร่วมด้วย โดยการรักษาด้วยยานี้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ช่วยทำให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลง และไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ ทั้งนี้การรักษาด้วยยาจะไม่มีผลช่วย ทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้เลย หากผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกเอง และไม่มีความอดทนยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

สำหรับยาที่ใช้ในการบำบัดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มตามหลักฐานวิชาการทางคลินิกที่ปรากฏดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ยาและผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้ช่วยเลิกบุหรี่ แบ่งตามหลักฐานวิชาการทางคลินิก

กลุ่มที่	หลักฐานวิชาการ	ยาและผลิตภัณฑ์
1	ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งจัดเป็น first-line drugs	Nicotine replacement therapy - Nicotine gum (Nicorette®) - Nicotine patch (Nicotinel® TTS) Bupropion SR tablet (Quorum® SR)
2	มีการศึกษาทางคลินิกแสดงว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ แต่ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาจัดเป็น Second-line drugs	Nortriptyline tablet (Nortripen®) Clonidine tablet (Catapress®)
3	ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกที่แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ แต่มีการนำมาใช้ในทางปฏิบัติแล้ว	สมุนไพร - ชาชงหญ้าดอกขาว น้ำยาบ้วนปาก 5% Sodium nitrate NicoBloc®

### Nicotine Replacement Therapy (NRT)

NRT เป็นการให้นิโคตินในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่บุหรี่แก่ผู้สูบ การใช้ NRT นี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับนิโคตินทดแทนจากที่ได้รับในบุหรี่ แต่จะไม่ได้รับควันบุหรี่ หรือสารพิษ หรือสารก่อมะเร็งที่พบในควันบุหรี่เข้าไปด้วย ดังนั้นจึงมีความปลอดภัยมากกว่าการสูบบุหรี่ ดังนั้น NRT จึงทำหน้าที่เหมือนกับนิโคติน กล่าวคือ นิโคตินที่ได้รับจาก NRT สามารถเข้าสู่สมองแล้วไปจับกับตัวรับนิโคตินที่บริเวณ brain reward pathway ได้เช่นเดียวกับนิโคตินที่ได้จากการสูบบุหรี่ แต่อาจจะใช้ระยะเวลามากกว่า สำหรับในประเทศไทย NRT มีอยู่ 2 รูปแบบ คือ หมากฝรั่งเคี้ยวนิโคติน (nicotine gum) และแผ่นติดผิวหนังนิโคติน (nicotine patch) ซึ่งมีคุณสมบัติดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 คุณสมบัติของ NRT ที่มีจำหน่ายในประเทศไทย

รูปแบบของยา	ขนาดที่ใช้	คำแนะนำในการใช้	อาการข้างเคียงที่พบ
หมากฝรั่งเคี้ยว	<p><u>กรณีสูบ &lt; 25 มวนต่อวัน</u> ให้ใช้ชิ้นละ 2 มิลลิกรัม 6 สัปดาห์แรก ใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง ส่วน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง และใน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชั่วโมง แต่ต้องไม่เกิน 30 ชิ้นต่อวัน ให้ใช้ได้นาน 2-6 เดือน</p> <p><u>กรณีสูบ &gt; 25 มวนต่อวัน</u> ให้ใช้ชิ้นละ 4 มิลลิกรัม 6 สัปดาห์แรก ใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง ส่วน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง และใน 3 สัปดาห์ต่อมาใช้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชั่วโมง แต่ต้องไม่เกิน 15 ชิ้นต่อวัน ให้ใช้ได้นาน 2-6 เดือน</p>	<p>ผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่ทันทีที่ก่อนเริ่มใช้ และระหว่างใช้หมากฝรั่งสำหรับผู้สูบบุหรี่จัด หรือติดนิโคตินรุนแรง (&gt;20 มวนต่อวัน) ให้ค่อย ๆ ลดบุหรี่ร่วมกับการใช้หมากฝรั่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งดเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรด ก่อนเริ่มใช้หมากฝรั่งอย่างน้อย 15 นาที และระหว่างเคี้ยว</li> <li>- ต้องเคี้ยวอย่างช้า ๆ จนกระทั่งรู้สึกมีรสเผ็ดซ่า แล้วหยุดเคี้ยวให้อมไว้ระหว่างกะพุ่มแก้มและเหงือก เพื่อให้ยาถูกดูดซึม จนกระทั่งรสซ่าหายไปแล้ว จึงเคี้ยวใหม่ โดยควรทำต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที</li> </ul>	<p>เมื่อยขากรรไกร สะอึก เรอ คลื่นไส้ ปวดสลับยอดอก</p>
แผ่นติดผิวหนัง	<p><u>กรณีสูบ &lt; 20 มวนต่อวัน</u> ให้ใช้ขนาดแผ่นละ 20 ตารางเซนติเมตร นาน 6-8 สัปดาห์ แล้วเปลี่ยนเป็นขนาด 10 ตารางเซนติเมตร อีก 3-4 สัปดาห์ โดยใช้ได้สูงสุดไม่เกิน 12 สัปดาห์</p> <p><u>กรณีสูบ &gt; 20 มวนต่อวัน</u> ให้ใช้ขนาดแผ่นละ 30 ตารางเซนติเมตร นาน 3-4 สัปดาห์ แล้วเปลี่ยนเป็นขนาด 20 ตารางเซนติเมตร อีก 3-4 สัปดาห์ และเปลี่ยนเป็นขนาด 10 ตารางเซนติเมตร อีก 3-4 สัปดาห์ โดยใช้ได้สูงสุดไม่เกิน 12 สัปดาห์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้หยุดสูบบุหรี่ก่อนและระหว่างใช้แผ่นติดผิวหนัง</li> <li>- ในวันที่เริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่ให้ติดแผ่นยาทันทีที่ตื่นนอน</li> <li>- ให้ติดแผ่นยาริเวณที่ไม่มีขน แต่สำหรับผู้หญิงไม่ให้ติดที่หน้าอก</li> <li>- เปลี่ยนที่ติดแผ่นยาทุกวัน อย่าติดซ้ำที่เดิม</li> </ul>	<p>ระคายเคืองผิวหนังเป็นผื่นคัน นอนไม่หลับ</p>

ในการเลือกใช้ NRT ควรระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ทำงานมาก (hyperthyroidism) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ควรใช้ NRT ได้แก่ ผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ที่แพ้สารนิโคติน ผู้ที่มีปัญหาทางทันตกรรม (สำหรับหมากฝรั่ง) และผู้ที่เป็นโรคผิวหนังแพ้สัมผัส (สำหรับแผ่นแปะ)

### Bupropion HCl Sustained Release

Bupropion เป็นยาต้านอาการเศร้าในกลุ่ม norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางจะมีผลทำให้มีระดับของสารสื่อประสาท norepinephrin และ dopamine เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง dopamine เป็นสารสื่อประสาทที่จะเพิ่มมากขึ้น ในบริเวณ brain reward pathway เมื่อได้รับการกระตุ้นจากนิโคติน ดังนั้นการใช้ยา bupropion จึงสามารถช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้ สำหรับรูปแบบยาที่มีจำหน่ายในประเทศไทยอยู่ในลักษณะของยาเม็ดออกฤทธิ์นาน (sustained release) ทำให้การรับประทานยาต้องรับประทานทั้งเม็ด ห้ามบด ห้ามเคี้ยว หรือห้ามแบ่งเม็ดยา เพราะจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยามากขึ้นได้ อีกทั้งยังทำให้ฤทธิ์ในการบรรเทาอาการถอนนิโคตินลดลงอีกด้วยเช่นกัน

วิธีรับประทานยา bupropion SR คือ ใน 3 วันแรกให้ผู้ป่วยรับประทานยาในขนาด 150 มิลลิกรัม (1 เม็ด) วันละครั้ง ในตอนเช้า หลังจากนั้นจึงเพิ่มขนาดรับประทานเป็นวันละ 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เช้า และเย็น สำหรับวันหยุดบุหรี่ให้กำหนดภายหลังจากที่เริ่มรับประทานยาไปแล้วอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้เต็มที่เสียก่อน สำหรับระยะเวลาในการรักษา คือ 7-12 สัปดาห์ แต่หากใช้ยาติดต่อกันแล้ว 7 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ แนะนำให้หยุดยา โดยไม่จำเป็นต้องค่อย ๆ ลดขนาดยาลง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้จากการใช้ยา bupropion คือ ปากแห้ง คอแห้ง และนอนไม่หลับ

ยา bupropion มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก หรือโรคเบื่ออาหาร (anorexia nervosa) และโรคหิว / อยากอาหาร (bulimia nervosa) แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ควรระวังในการใช้ยานี้

### Second-line Drugs

*Nortriptyline* เป็นยาต้านอาการเศร้า ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ที่ปลายประสาทได้ ทำให้สามารถช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ โดยอาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ หน้ามืด ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น มือสั่น มองเห็นภาพไม่ชัด ง่วงซึม ปัสสาวะลำบาก หากใช้ยาเกินขนาดอาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจได้ ดังนั้น จึงควรระวังการใช้ยา nortriptyline ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคต่อหิน โรคต่อมลูกหมากโต โรคของต่อมไทรอยด์ทำงานมาก โรคท้องผูกเรื้อรัง

*Clonidine* เป็นยาที่ใช้เพื่อลดความดันโลหิต แต่มีการนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการถอนฝิ่น และแอลกอฮอล์ได้ แต่ก็พบอาการข้างเคียงได้มากเช่นกัน คือ ง่วงนอน หน้ามืด อ่อนเพลีย วิงเวียน ปากแห้ง ความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension)

ยาทั้งสองชนิดนี้ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้ใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ แต่ในทางปฏิบัติแล้วสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะไม่ดี หรือใช้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองจากการใช้ first-line drugs

## แนวทางการเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในทางปฏิบัติ

ดังนั้นได้กล่าวข้างต้นแล้วว่า ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยลด หรือบรรเทาอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีประวัติการติดนิโคตินอย่างรุนแรง จากการแบ่งประเภทของยาช่วยเลิกบุหรี่ข้างต้น คือ first-line และ second-line drugs เมื่อนำมาปรับใช้สำหรับในทางปฏิบัติแล้วจะแบ่งยาดังกล่าวออกเป็น 2 ประเภท (ตาราง 7) ดังนี้

1. ยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการถอนยานิโคตินในระยะยาว (controlling agents) ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะให้ระดับ nicotine แก่สมองอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งวัน เช่น nicotine transdermal patch system หรือมีผลทำให้ระดับสารสื่อประสาทในสมอง (ซึ่งมีผลลดลงเมื่อหยุดสูบบุหรี่ เช่น serotonin, norepinephrine, dopamine) มีปริมาณเพิ่มขึ้น แล้วทำให้ผู้ป่วยมีอาการถอนนิโคตินลดน้อยลงได้ เช่น bupropion hydrochloride sustained-release formulation และ varenicline

2. ยาที่ใช้ลด หรือบรรเทาอาการถอนนิโคติน (rescue agents) โดยยาในกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์การใช้เพื่อช่วยลด หรือบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับ controlling agents มักให้ผู้ป่วยใช้เฉพาะเวลาที่มีอาการถอนนิโคติน เช่น nicotine gum เป็นต้น ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงนิยมให้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับยาในกลุ่ม controlling agents และผู้ป่วยต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีใช้ที่ถูกต้องร่วมด้วยเสมอ มิเช่นนั้นอาจทำให้มีการนำยากลับ rescue agents ไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องได้

โดยสรุป คือ ในการเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่ติดนิโคตินในระดับรุนแรง ควรพิจารณาเลือกให้ยาในกลุ่ม controlling agents ร่วมกับ rescue agents เพื่อช่วยให้ควบคุมอาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้ตลอดวัน แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการติดนิโคติน ไม่รุนแรง หรือมีอาการถอนนิโคตินเพียงเล็กน้อย อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม rescue agents เพียงชนิดเดียวได้

ตาราง 7 การแบ่งประเภทของยาช่วยเลิกบุหรี่ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติ

ยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการถอนนิโคตินในระยะยาว (Controlling agents)	ยาที่ใช้ลด หรือบรรเทาอาการถอนนิโคติน (Rescue agents)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicotine transdermal patch system</li> <li>- Bupropion hydrochloride sustained-release tablet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicotine gum (polacrilex)</li> <li>- Nicotine oral lozenge*</li> <li>- Nicotine inhaler*</li> <li>- Nicotine nasal spray*</li> </ul>

\*ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

### ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

สมุนไพรหลายชนิดถูกนำมาศึกษาเพื่อใช้ช่วยเลิกบุหรี่ เช่น หญ้าดอกขาว ผักกาดน้ำใบโปร่งฟ้า บัวหิมะ เป็นต้น แต่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรดังกล่าวนี้ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกยืนยันถึงประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ยกเว้นเพียงชาชงหญ้าดอกขาวที่ได้เริ่มมีการศึกษาทางคลินิกในประเทศไทยแล้ว ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้ชาหญ้าดอกขาวน้ำหนัก 3 กรัมต่อซองชงกับน้ำ 150 มิลลิลิตร แล้วให้ผู้ป่วยรับประทานวันละ 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาวสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ยังมีขนาดผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ดังนั้นอาจจำเป็นต้องรอให้มีการศึกษาที่ขนาดใหญ่กว่านี้ เพื่อช่วยยืนยันประสิทธิภาพ รวมถึงควรมีการอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของชาชงให้ได้ด้วย

สำหรับน้ำยาบ้วนปากก็เป็นอีกผลิตภัณฑ์หนึ่งที่น่าสนใจ ซึ่งจากหลักฐานทางคลินิก พบว่าการใช้น้ำยาบ้วนปาก 5% silver nitrate จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ แต่สำหรับในประเทศไทยไม่มีน้ำยานี้จำหน่าย เนื่องจากต้นทุนการผลิตค่อนข้างแพง จึงได้มีการผลิตน้ำยาบ้วนปาก 5% sodium nitrate มาใช้แทน แต่ก็ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับผลการศึกษาทางคลินิกที่ยืนยันประสิทธิภาพของน้ำยานี้

ส่วนผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น NicoBloc<sup>®</sup> รวมถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพรอื่น ยังคงไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่หนักแน่นเพียงพอในการแนะนำให้ใช้เป็นยาอันดับแรกในการช่วยเลิกบุหรี่

.....



## บรรณานุกรม

- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบุญ, และคณะ(2546). รายงานการวิจัย เรื่อง  
 แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเกษตรกร. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์  
 กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเกษตรกรในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวัฒน์นา  
 จุฬาวัดมนทล, ปรีชา มนทกานติกุล, เนติ สุขสมบุญ, บรรณาธิการ. (2546).  
 ก้าวใหม่ของเกษตรกรในงานบริบาลผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:  
 สมาคมเกษตรกรโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ; หน้า 153-74.
- Ferry LH. Management of high-risk tobacco users: Where practice guidelines and clinical judgment meet.  
 Available at: <http://www.medscape.com/viewprogram/8486-pnt> [Access on 12/30/2007].
- .....



## บทที่ 3

# การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ

กรองจิต วาทีสาธกกิจ

## บทนำ

การทำหน้าที่ประจำวันของทุกคน สามารถเชื่อมโยงการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างกลมกลืน บทบาทที่เกิดในครอบครัว พ่อแม่สอนลูกเรื่องพิษภัยของบุหรี่ และแนะนำลูกให้ไม่สูบบุหรี่ หรือลูกขอร้องพ่อหรือแม่ให้เลิกสูบบุหรี่ บทบาทในชุมชน ผู้นำชุมชนบอกลูกบ้านให้รณรงค์สร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่หรือประกาศนโยบายชุมชนปลอดบุหรี่ หรือลูกบ้านขอร้องให้ผู้นำชุมชนดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบหรือการแนะนำกันให้เลิกสูบบุหรี่ ทุกกลุ่มสังคมสามารถแสดงบทบาทช่วยให้ผู้อื่นเลิกสูบบุหรี่ หรือบทบาทของการไม่สูบบุหรี่ได้ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน

ในบทบาทของกลุ่มคนต่าง ๆ ดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีความพร้อมในด้านความรู้ ความสามารถ และโอกาสที่จะแนะนำผู้รับบริการให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำแนะนำอย่างสั้น ๆ ใช้เวลาไม่กี่นาที ขณะทำการตรวจรักษาหรือให้การพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ สามารถจูงใจให้ผู้รับบริการอยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้นได้ การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ในงานประจำโดยไม่ต้องเพิ่มแรงงานเพียงบุคลากรสาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และสนใจที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ในขณะปฏิบัติงานประจำวัน

เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงความสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขต่อการควบคุมยาสูบ และการใช้หลัก 5A เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ

### ความสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขต่อการควบคุมยาสูบ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การเสพติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การรักษา และเรียกร้องให้บุคลากรสาธารณสุขรวมพลังกันในการควบคุมการบริโภคยาสูบ จากจรรยาบรรณปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกข้อ 5 ที่ว่า **“ซักประวัติการบริโภคยาสูบและการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ป่วยและแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่โดยสอดคล้องในการปฏิบัติงานประจำ”** และข้อ 6 ที่ว่า **“สอดคล้องเนื้อหาการควบคุมยาสูบในการเรียนการสอน”** เป็นจรรยาบรรณปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกคาดหวังในบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพ ทั้งผู้ที่อยู่ในแวดวงการศึกษาและการบริการ

### การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ (ถนนปชต)

ปัจจุบันมีการกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขใช้หลักให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่เรียกว่า 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow up)



เพื่อให้จำง่าย ๆ สำหรับคนไทย ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้แนะนำผู้เขียนให้ใช้คำว่า **ถนนปชต** ซึ่งย่อมาจากคำภาษาไทยที่แปลจากภาษาอังกฤษดังนี้

ถาม	ถ	Ask	A1
แนะนำให้เลิก	น	Advise	A2
ประเมิน	ป	Assess	A3
ช่วยให้เลิก	ช	Assist	A4
ติดตาม	ต	Arrange follow up	A5

ตาราง 8 5A : ถนนปชต

มีความหมายที่ตรงประเด็นคือ ถนนประชาธิปไตย หมายถึง ผู้ปฏิบัติจะนำแนวทางไปใช้ ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำแค่ไหนก็ได้ ตามขอบเขตงาน เวลาที่มี และความสามารถของแต่ละคน ไม่ต้องกระทำทั้งหมด เช่น เพียงถาม และ / หรือแนะนำให้เลิกสูบบอย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่าง ก็เป็นการสร้างแรงจูงใจให้คนอยากเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว เป็นต้น

การใช้หลัก “**ถนนปชต**” การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการก็เพื่อให้บุคลากร สาธารณสุขแต่ละสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีขอบเขตความรับผิดชอบแตกต่างกัน และผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานต่าง ๆ สามารถพิจารณาได้ว่าสามารถปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และจะมีการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างกันอย่างไร เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือครบถ้วนทุกกระบวนการ **ถนนปชต** และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด ดังนี้

### ถาม (ถ)

ถาม ประวัติการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและ / หรือคนในครอบครัว/คนใกล้ชิด ของผู้รับบริการ การถามซ้ำ ๆ เป็นการสร้างแรงจูงใจอย่างหนึ่ง

เมื่อถามประวัติผู้รับบริการ จะได้คำตอบเป็นสามประเด็นคือ

1. สูบ
2. ไม่สูบ
3. เคยสูบ

หากคำตอบคือสูบ คำพูดต่อไปคือ แนะนำ (น) ให้เลิกสูบ

หากคำตอบคือไม่สูบ คำพูดต่อไปคือชมเชย และคำถามต่อไปคือ มีคนในบ้านหรือเพื่อนสนิทสูบบุหรี่หรือไม่ หากคำตอบคือมี ก็แนะนำให้มาคลินิกเลิกบุหรี่หรือให้เอกสารวิธีเลิกบุหรี่ฝากไปให้ หากไม่มีก็ชมเชย

หากคำตอบคือ เคยสูบ คำถามต่อไปคือ เลิกได้นานเท่าไรแล้ว และชมเชย พร้อมให้กำลังใจและแนะนำอย่าประมาท

### ตัวอย่าง ถาม ( Ask )

#### กรณีไม่สูบและไม่มีคนในบ้าน/ใกล้ขีดสูบ

ผู้ให้บริการ : สูบบุหรี่หรือเปล่าคะ?

ผู้รับบริการ : ไม่สูบครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : โชคดีจังที่ไม่สูบบุหรี่ มีคนในบ้านสูบไหมคะ?

ผู้รับบริการ : ไม่มีครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : โชคดีมากเลยคะ แล้วมีเพื่อนสนิทหรือกลุ่มเพื่อนสูบไหมคะ?

ผู้รับบริการ : ไม่มีครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : คุณโชคดีจริง ๆ

#### กรณีไม่สูบแต่มีคนในบ้านสูบ

ผู้ให้บริการ : สูบบุหรี่หรือเปล่าคะ?

ผู้รับบริการ : ไม่สูบครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : โชคดีจังที่ไม่สูบบุหรี่ มีคนในบ้านสูบไหมคะ?

ผู้รับบริการ : มีครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : ใครหรือคะ?

ผู้รับบริการ : พ่อผมครับ

ผู้ให้บริการ : คุณพ่อเคยเลิกไหมคะ?

ผู้รับบริการ : เคยครับแต่เลิกไม่ได้

ผู้ให้บริการ : ที่นี่มีคลินิกให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่นะคะ ทุกวันราชการเวลา ...

ช่วยบอกคุณพ่อว่าถ้าอยากเลิกสูบบุหรี่ก็มาที่นี่ได้นะคะ

(ถ้ามีเอกสารก็เสริมว่า “ฝากเอกสารไปให้คุณพ่อด้วยนะคะ”)

#### กรณีไม่สูบแต่มีคนใกล้ขีดสูบ

ผู้ให้บริการ : ขอโทษค่ะ คุณสูบบุหรี่หรือเปล่าคะ?

ผู้รับบริการ : ไม่สูบครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : โชคดีจังที่ไม่สูบบุหรี่ มีคนในบ้านสูบไหมคะ?

ผู้รับบริการ : ไม่มีครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : โชคดีมากเลยคะ แล้วมีเพื่อนสนิทหรือกลุ่มเพื่อนสูบไหมคะ?

ผู้รับบริการ : มีครับ/ค่ะ

ผู้ให้บริการ : ฝากเอกสารไปให้เขาด้วยนะคะ และถ้าเขาอยากเลิกบอก ให้มาที่นี่ได้นะคะ (ระบุวันเวลาที่ให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่)

กรณีเคยสูบบุหรี่

ผู้ให้บริการ : ขอโทษค่ะ คุณสูบบุหรี่หรือเปล่าคะ?

ผู้รับบริการ : เคยแต่เลิกสูบแล้ว

ผู้ให้บริการ : นานเท่าไรแล้วคะ

ผู้รับบริการ : (บอกจำนวนระยะเวลาที่เลิกสูบ....)

ผู้ให้บริการ : (หากเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป) คุณโชคดียังคะที่เลิกสูบบุหรี่ได้

อย่าผลอกกลับไปสูบบุหรี่นะคะ ซ้ำทีเดียวก็อย่าลองคะ

(หากเลิกได้ในระยะ 6 เดือนลงมา พิจารณาตามระยะเวลาที่กำลังเลิกสูบ เช่นในระยะไม่เกิน 1 เดือน แนะนำให้ไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก

หากผู้รับบริการถามความรู้เรื่องการแก้ไขอาการไม่สุขสบายก็ให้

คำแนะนำสั้น ๆ และส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ หรือบอกวิธีแก้อาการให้

ทั้งนี้ ให้ปฏิบัติตามขอบเขตความสามารถของตน)

กรณีสูบบุหรี่

ผู้ให้บริการ : ขอโทษค่ะ คุณสูบบุหรี่หรือเปล่าคะ?

ผู้รับบริการ : สูบครับ เข้าสู่การ แนะนำ (น) ให้เลิก

**แนะนำ (น) Advise** ให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่

การแนะนำคนสูบบุหรี่ให้เลิกสูบ จะทำให้เกิดแรงจูงใจให้อยากเลิกสูบบุหรี่ได้ การแนะนำมีหลายระดับดังนี้

1. ชัดเจน (clear) เป็นการแนะนำตรงไปตรงมา ง่ายๆ เช่น

“เลิกบุหรี่เถอะนะ”

“อยากเลิกสูบบุหรี่ เรามีคลินิกเลิกบุหรี่นะคะ/ครับ หากต้องการเลิกบุหรี่ก็เชิญคะ/ครับ ให้บริการทุกวัน.....เวลา.....ที่.....”

“ถ้าอยากเลิกสูบบุหรี่เรามีบริการช่วยให้เลิกให้บริการทุกวัน.....เวลา .....ที่.....”

(สำหรับผู้ป่วยใน) “ถ้าอยากเลิก เราจะได้คุยกันในรายละเอียด ” แล้วเข้าสู่การประเมินและช่วยให้เลิกต่อไป เป็นต้น

2. เน้น (strong) เป็นการแนะนำที่เน้นให้เห็นว่าควรเลิกสูบบุหรี่

“ถึงเวลาต้องเลิกแล้ว”

“ที่ทำงานก็ไม่ให้สูบบุหรี่ใหม่ น่าจะเลิกสูบบุหรี่นะ”

“เสียเงินไปกับบุหรี่วันละไม่น้อยนะ ถ้าเลิกสูบได้จะมีเงินไปใช้อย่างอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวได้” และ มักจะเชื่อมโยงกับสภาพปัจจุบันของผู้รับบริการด้วย เช่น

3. เชื่อมโยงเข้าสู่สภาพปัจจุบันของผู้รับบริการ (personalized message)

“หากยังไม่เลิกสุขภาพของคุณจะแย่ลง....”

“โรคที่คุณเป็นอยู่ขณะนี้ จะรักษายากหากยังสูบบุหรี่”

“การสูบบุหรี่ทำให้โรคหอบหืดของคุณแย่ลงนะ”

“อายุยังไม่มาก สูบมาไม่นาน รีบเลิกซะเถอะ ก่อนที่จะ ....(ติดมาก ตัวเหม็น ฟันดำ นิ้วเหลือง ฯลฯ)”

สำหรับผู้ป่วยใน “ถือโอกาสนี้เลิกสูบบุหรี่เถอะ ไหน ๆ ก็ต้องนอนอยู่โรงพยาบาลแล้ว”  
หรือ “โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ถือโอกาสนี้เลิกสูบบุหรี่เถอะ”

การแนะนำจะเน้นให้เห็นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะได้คำตอบจำแนกได้สี่ประเด็นคือ

1. ไม่สนใจที่จะเลิก (Precontemplation)
2. สนใจที่จะเลิกแต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกเมื่อใด (Contemplation)
3. พร้อมที่จะเลิก (Preparation)
4. กำลังเลิกอยู่ (Action)

บุคลากรสาธารณสุขสามารถประเมินเบื้องต้นได้ว่าคนสูบบุหรี่คนนั้นอยู่ในระยะที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ระยะใดจากคำตอบของคนสูบบุหรี่ ซึ่งหากอยู่ในสองประเด็นแรก บุคลากรสาธารณสุขก็เข้าสู่ระยะ ประเมิน (ป) และจุดใจ 5 R (บทที่ 2)

สำหรับสองประเด็นหลัง บุคลากรสาธารณสุขก็เข้าสู่ระยะประเมิน (ป) ช่วยให้เลิก (ช) และติดตาม (ต) หรือส่งต่อ ตามขอบเขตหน้าที่ของตน โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจในบทที่ 5

## ประเมิน (ป) Assess ลักษณะการเสพติดและความพร้อมในการเลิกบุหรี่

ประเมินการเสพติด ซึ่งต้องมีการบันทึกในแบบฟอร์มเพื่อเป็นหลักฐานในการติดตาม ดังนี้

1. ประเมินลักษณะพื้นฐานของการติดบุหรี่
2. ประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่
3. ประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่
4. ประเมินความเต็มใจ/ความพร้อมในการเลิกบุหรี่

### 1. ประเมินลักษณะพื้นฐานของการติดบุหรี่

ประกอบด้วยข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่และประวัติการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาลักษณะการเสพติด ความตั้งใจที่จะเลิกสูบ และความสามารถส่วนบุคคลในการเลิกสูบบุหรี่ ดังต่อไปนี้

- ชื่อ ที่อยู่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ โรคประจำตัว และยาที่ใช้เป็นประจำ
- จำนวนมวนที่สูบต่อวัน สูบตอนไหน/เวลาใดบ้าง
- ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบมานานกี่ปี หรือเริ่มสูบตั้งแต่อายุเท่าไร
- เคยเลิกมาแล้วกี่ครั้ง เลิกได้นานที่สุดเท่าไร เลิกครั้งสุดท้ายเมื่อไร และเหตุผลที่เลิก
- เลิกวิธีไหน มีอาการอย่างไร แก้ไขอาการอย่างไร
- กลับไปสูบเพราะอะไร

ข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวมีความสำคัญในการเลือกวิธีในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ดังนี้

■ ชื่อ ที่อยู่ เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตาม

■ เพศ

เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ติดบุหรี่ง่ายกว่าและเลิกยากกว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้หญิงเลิกยากกว่าผู้ชาย มีงานวิจัยพบว่าวงจรการมีรอบเดือนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อาจมีผลต่อการขาดนิโคตินที่เสพติด ทำให้ เลิกบุหรี่ยาก และยังมีอิทธิพลทางจิตวิทยา เช่นกลัวน้ำหนักตัวเพิ่ม รู้สึกห่อเหี่ยว ภาวะเลี้ยงดูบุตร-เครียด

■ อายุ

วัยรุ่นส่วนใหญ่ติดบุหรี่เพราะเพื่อนชวน คิดว่าเท่ เห็นแบบอย่างจากคนที่เขาชื่นชอบ และเหงา กลุ่มนี้มักจะมาขอคำปรึกษาเพราะพ่อแม่บังคับ หรือสงสารแม่ หรือแฟนขอร้อง หรือเล่นกีฬาแล้วเหนื่อยง่ายจึงกลัว หรือบุหรี่มีราคาแพงขึ้น กลุ่มนี้ยังไม่เห็นความสำคัญของพิษภัยของบุหรี่แต่จะกลัวเรื่องแรงกดดันทางสังคม ช่วงอายุ 31-35 เป็นช่วงที่เลิกยากที่สุด เพราะติดมากขึ้น และมักจะอ้างเรื่องความเครียดจากหน้าที่การงานและภาวะเศรษฐกิจ อายุ 41 ขึ้นไป การงานและเศรษฐกิจเริ่มเข้าที่ สุขภาพเริ่มเสื่อมลง เขาจะกังวลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ (ส่วนใหญ่จะเลิกได้ในช่วงอายุนี้นี้)

■ อาชีพ / ลักษณะงาน

บางอาชีพจำเป็นต้องอยู่กับกลุ่มคนสูบบุหรี่ เช่น ไกด์ หรือที่ทำงานที่มีคนสูบบุหรี่มาก เช่น ผับ บาร์ บางอาชีพต้องมีการเดินทางตลอดเวลา เช่น ขับแท็กซี่ หรือรถบรรทุก หรือทำงานกลางคืน เช่น ยาม คนงานโรงงาน การให้คำปรึกษาต้องเหมาะกับอาชีพ ต้องนำไปปฏิบัติได้จริง

■ โรคประจำตัว และยาที่ใช้เป็นประจำ

จำเป็นต้องทราบในคนที่ต้องใช้ยาหรือนิโคตินทดแทนในการเลิกบุหรี่

■ จำนวนมวนที่สูบ และเวลาที่สูบ

จะบอกว่า ติดนิโคติน หรือพฤติกรรม หรืออารมณ์ / สังคมมากหรือน้อยกว่ากัน

■ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบานานกี่ปี

จะบอกถึงการติดความเคยชิน ที่ปฏิบัติมาตามจำนวนปีที่สูบ หากสูบบเกิน 20 ปี จะติดมากและเลิกยากกว่า

■ ประวัติความพยายามเลิกสูบบในอดีต จำนวนครั้งที่พยายาม

จะบอกถึงความตั้งใจ หรือภาวะติดบุหรี่

■ ระยะเวลาที่เลิกได้

จะบอกถึงระดับการติดบุหรี่ และความตั้งใจ ความพยายามที่จะเลิกบุหรี่

- อาการที่เกิดขึ้น  
จะถูกนำมาวิเคราะห์และให้ข้อมูลทางเลือกที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล
- สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่  
จะบอกถึงอุปสรรค ซึ่งควรนำมาเป็นบทเรียน หรือตัวกระตุ้นที่ควรป้องกัน
- เลิกครั้งสุดท้ายเมื่อใด จะบอกถึงความตั้งใจที่จะเลิก
- เหตุผลที่อยากเลิกในครั้งนี้ จะบอกถึงแรงจูงใจ
- ความกลัวหรือข้อสงสัยจากอาการที่เกิดขึ้น หรือรู้สึกท้อแท้ที่พยายามหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ จะนำมาเป็นประเด็นในการจูงใจและแก้ปัญหา

## 2. ประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่

การประเมินเพื่อทราบระดับการติดนิโคติน เป็นข้อมูลที่จะช่วยตัดสินใจเลือกวิธีที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น เช่นการใช้ยาหรือนิโคตินทดแทน ซึ่งประเมินได้หลายรูปแบบ เช่น Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ดังกล่าวในบทที่ 2 และภาคผนวก หรือ CAGE 2/4 โดยถามคนสูบบุหรี่ หากคำตอบได้ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าติดนิโคตินมาก

### ตาราง 9 ประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่ CAGE

CAGE	คำถาม	คะแนน (ตอบว่าใช่)	คะแนน (ตอบว่าไม่ใช่)
Cut down	เคยรู้สึกว่าต้องลดสูบบุหรี่ แต่ทำไม่ได้หรือไม่?	1	0
Annoyed	เคยรู้สึกรำคาญเมื่อมีคนมาบอกให้เลิกสูบบุหรี่หรือไม่?	0	1
Guilty	เคยรู้สึกผิดที่สูบบุหรี่หรือไม่?	0	1
Eye-opener	ต้องสูบบุหรี่ภายในครึ่งชั่วโมง หลังตื่นนอนหรือไม่?	1	0

อ้างอิง : Family Practice Notebook.com/cage

การประเมินของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่จะตัดสินใจว่าติดมาก เลิกโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอาจต้องใช้ยาช่วย คือ

สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวัน

สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี

เลิกหลายทีเลิกไม่ได้ (เกิน 5 ครั้ง) หรือเลิกได้ไม่เกิน 3 วัน

แม้ยามเจ็บป่วยเป็นหวัดเจ็บคอ หรือเข้าโรงพยาบาลก็ยังสูบบุหรี่

### 3. ประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่

เป็นข้อมูลที่จะบอกให้ทราบอุปสรรคที่จะทำให้เลิกยาก และหาทางแก้ไขเพื่อเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว ตลอดจนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีกด้วย ข้อมูลที่จำเป็นคือ

- ประวัติการดื่มกาแฟและแอลกอฮอล์ คนที่ดื่มกาแฟจัดมักจะเลิกบุหรี่ยาก เพราะเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ร่างกายจะดูดซึมกาแฟอื่นมากขึ้นเกือบสองเท่า ซึ่งจะทำให้มีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย และหงุดหงิดได้ อาการเหล่านี้จะเหมือนกับอาการขาดนิโคตินทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่ และคนที่ดื่มเหล้ากับเพื่อนส่วนใหญ่จะเลิกยาก เพราะกลัวไม่มีเพื่อน หรือหากเลิกได้แล้วก็มักจะผลกลับไปสูบบุหรี่อีกเพราะขาดสติหรือประมาท
- การอยู่ในสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ เช่นที่ทำงาน หรือสถานที่ที่ไปเป็นประจำ เช่นสถานบันเทิง
- กลุ่มเพื่อน / ผู้ร่วมงาน / คนในบ้าน สูบบุหรี่หรือไม่ หากมีจะเป็นตัวกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ยากขึ้นได้

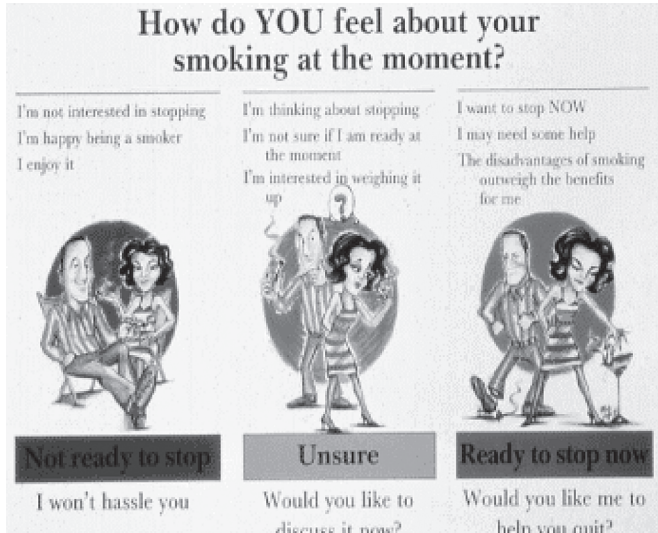
### 4. ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

มีการประเมินได้หลายรูปแบบ ที่นิยม คือ ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model (TTM) of change) 5 ระยะดังนี้

ตาราง 10 ประเมินระยะเวลาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะของพฤติกรรม	ตัวอย่างคำพูด	หลักการมุ่งใจ
ไม่คิดจะเลิกสูบ (Pre-contemplation)	- ยังมีความสุขกับการสูบ - พอสุมมาตั้งนานแล้วไม่เห็นเป็นอะไร	สร้างจิตสำนึก ความระทึทใจ
เริ่มคิดถึงการเลิกสูบ แต่ยังไม่พร้อมที่จะเลิก (Contemplation)	- ขอเวลาหน่อย - อยากเลิกแต่เห็นคนอื่นเลิกแล้วหน้าบวม	สร้างแรงจูงใจ คุยเหตุผลให้ ข้อมูลแก้ไขความเชื่อที่ทำให้ลังเลใจ
ตั้งใจว่าจะเลิกและพร้อมที่จะเลิกสูบ (Preparation)	- อยากเลิก ช่วยบอกวิธีเลิกให้ด้วย - มียาเลิกบุหรี่ใหม่	บอกวิธีเลิก เสริมแรงจูงใจ
กำลังลงมือเลิกสูบ (Action)	กำลังเลิกได้.....วัน	ระดับประคองเสริมแรงจูงใจ ช่วยแก้ไขอาการไม่สุขสบาย
เลิกได้ยังไม่คิดจะกลับไปสูบบุหรี่อีก (Maintenance)	เลิกได้.....วัน/เดือน/ปี แล้ว	ชมเชย ระดับประคอง เสริมวิธีหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้ อยากสูบ

รูปแบบอื่น ๆ ในการประเมินระดับความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่



แบ่งระดับเป็นสี่

MacKay, Judith. WHO

**ระยะที่ 1 กลุ่มสีแดง**

กลุ่มนี้ ยังไม่พร้อมที่จะเลิกสูบ ต้องการคำแนะนำพูดคุยทั่วไปเป็นเบื้องต้น หนังสือ คู่มือ และคำเชิญชวนให้กลับมาหาได้หากเปลี่ยนใจหรือพร้อมที่จะเลิก ถ้าเขาไม่ต้องการ อะไรก็ไม่สามารถช่วยให้เขาเลิกสูบได้

เมื่อถามว่าคิดจะเลิกสูบบุหรี่ไหม? หรือเมื่อแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ถ้าคำตอบอยู่ในความหมายว่า ยังไม่อยากเลิก ยังไม่ต้องการความช่วยเหลือ ยังไม่รบกวนคุณ หรือยังมีความสุขกับการสูบ ฯลฯ แสดงว่าคนสูบบุหรี่นั้นอยู่ในระยะไม่พร้อมที่จะเลิก อยู่ในสีแดง

**ระยะที่ 2 กลุ่มสีส้ม**

กลุ่มนี้อยากเลิกแต่ไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และวิธีเลิกสูบ หากมีการกระตุ้นที่เหมาะสมและให้การประคับประคองที่ดี เขาจะเลิกสูบได้

หากคำตอบว่าอยากเลิกแต่ไม่แน่ใจจะเลิกได้ หรือมีเหตุผลแรงจูงใจที่เข้มแข็ง หรือขอพูดคุยให้เกิดความมั่นใจ ก็อยู่ในสีส้ม หากจูงใจได้เหมาะสมเขาก็จะก้าวเข้าสู่ระยะที่ 3 สีเขียว คือพร้อมที่จะเลิกได้

**ระยะที่ 3 กลุ่มสีเขียว**

กลุ่มนี้พร้อมที่จะเลิกสูบ ต้องการคำแนะนำในการเลิกสูบและการประคับประคองติดตามให้กำลังใจ ควรวางแผนติดตามหลาย ๆ ครั้ง หรืออาจส่งต่อไปยังคลินิกที่อยู่ใกล้บ้านก็ได้

หากตอบว่า อยากเลิกอยู่พอดี บอกวิธีเลิกมาเลย ก็บอกวิธีเลิกและวิธีป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีก หากบอกว่ากำลังเลิกอยู่หรือเลิกสูบแล้ว ก็ให้การประคับประคองเช่นกัน



### แบ่งระดับเป็นตัวเลข 0 – 10

วิธีนี้เหมาะสำหรับการประเมินในวิธีช่วยให้เลิกบุหรี่เป็นกลุ่ม โดยแบ่งระดับความต้องการอยากเลิกเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 ให้คนสูบบุหรี่ระบุว่าระดับความต้องการเลิกของเขาอยู่ระดับใด แล้วอ่านค่าดังนี้

- 0 - 2 ไม่คิดเลิก (Pre-contemplation)
- 3 - 5 คิดแต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ ขอความรู้ (Contemplation)
- 6 - 8 คิดและพร้อมที่จะเลิก ขอกำลังใจ (Preparation)
- 9 - 10 ลงมือเลิก หรือ กำลังเลิกอยู่ (Action / Maintenance)

การพิจารณาเลือกรูปแบบใดไปใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความพร้อมของหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งเลือกใช้อย่างหนึ่งอย่างใดก็เพียงพอแล้ว

### ช่วยให้เลิก (ข) Assist

บุคลากรสาธารณสุขสามารถกระทำในงานประจำ เช่นคลินิกเลิกบุหรี่ พยาบาลในหอผู้ป่วยใน สามารถช่วยได้เต็มรูปแบบ สำหรับคลินิกแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สามารถถาม แนะนำให้เลิก แล้วส่งต่อ หรือแพทย์สามารถถาม แนะนำให้เลิก ประเมินสั้น ๆ และแนะวิธีเลิกสั้น ๆ ขณะตรวจร่างกายผู้รับบริการ บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนสามารถ เลือกลงมือช่วยให้คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ หรือส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ หรือร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำได้

#### หลักการช่วยให้เลิกมี ดังนี้

- **หาแรงจูงใจ/กำลังใจ** ซึ่งจะทำให้คนสูบบุหรี่ตัดสินใจเลิกบุหรี่ ลงมือเลิก และเลิกได้ไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก บุคลากรสาธารณสุขสามารถพูดคุย 5R เพื่อสร้างแรงจูงใจได้ และแนะนำให้คนสูบบุหรี่คิดว่าใครหรืออะไรจะมาเป็นกำลังใจให้เขาเลิกบุหรี่ได้
- **กำหนดวัน** ที่คิดว่าพร้อมจะลงมือเลิก อย่าให้นานเกิน 14 วัน เพราะจะทำให้เปลี่ยนใจได้
- **หักดิบ / ค่อย ๆ ลด หรือใช้ยา นิโคตินทดแทน** คนส่วนใหญ่ที่เลิกบุหรี่ได้ อย่างถาวรโดยวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลิกโดยวิธีหักดิบ คือทิ้งบุหรี่เลย เลิกคือเลิก ทั้งนี้ควรรู้ไปกับการได้รับข้อมูลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย หากไม่พร้อมที่จะหักดิบให้ค่อย ๆ ลด หรือการใช้ยาบางตัวที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ง่ายขึ้นก็เป็นวิธีค่อย ๆ ลด หากลดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คนสูบบุหรี่วางแผนเลิกมวนที่ง่ายก่อน แล้วค่อย ๆ ลดลงไปจนมวนสุดท้ายภายใน 30 วัน จะดีที่สุด หากนานกว่านั้นอาจเลิกไม่ได้ หรือกลับไปสูบบุหรี่เหมือนเดิมได้ คนสูบบุหรี่บางคนใช้เทคนิคเลิกที่ละมวนคือ มวนไหนอยากสูบกก็ไม่สูบ อดทนให้ผ่านไปแต่ละวัน นั่นคือการหักดิบ
- **วิธีบรรเทา / ต่อสู้กับอาการขาดนิโคติน** โดยให้คนสูบบุหรี่เลือกวิธีที่ปฏิบัติได้ และเหมาะสมกับตนเอง เพราะวิธีปฏิบัติบางอย่างไม่เหมาะสม หรือไม่มีประสิทธิภาพกับบางคน

### ตัวอย่างวิธีปฏิบัติมีดังนี้

**เมื่อรู้สึกเครียด** ให้หยุดพักสมองชั่วคราว สูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ และช้า ๆ 2-3 ครั้ง ทำกิจกรรมอื่น เช่น เดินไปมา ออกไปคุยกับคนอื่น รดน้ำต้นไม้ โทรศัพท์หาคนที่สบายใจ เมื่อได้พูดด้วย อ่านหนังสือข้ามๆ ทำตัวให้ไม่ว่าง อ่านความตั้งใจเลิกบุหรี่ที่เขียนไว้ และเขียนแรงจูงใจเพิ่ม จำไว้เสมอว่าคนไม่สูบบุหรี่ก็มีความเครียดเช่นกัน

**หงุดหงิด** เกิดจากฤทธิ์ของการขาดนิโคติน อาการจะหายไปภายใน 1 – 2 สัปดาห์ ให้ดื่มน้ำ อาบน้ำ เช็ดตัว ออกกำลังกาย ทำให้เหงื่อออก เลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้รู้สึกหงุดหงิด ทำกิจกรรมอื่น ทำตัวเองให้ไม่ว่าง บอกตนเองว่าเป็นอาการขาดนิโคติน อีกไม่นานอาการก็จะหายไป

**ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เปลี้ยเพลีย อ่อนแรง ซึม ง่วงนอน ไม่มีสมาธิ** เป็นอาการที่การไหลเวียนของโลหิตกลับสู่ปกติ ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีคาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่มาแย่งออกซิเจน อาจทำให้มีอาการดังกล่าวได้ชั่วคราว เมื่อร่างกายปรับตัวกับระดับออกซิเจนที่เป็นปกติ อาการก็จะหายไป ให้ล้างหน้า เช็ดตัว อาบน้ำ ใช้ผ้าเย็นเช็ดหน้า ต้นคอ หรือขมยาดม หรือนอนพัก อาการนี้จะไม่เกิดขึ้นกับคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ก่อนและขณะลงมือเลิกบุหรี่

**เหงา ว่าง เบื่อ เศร้า** ให้ลุกออกจากที่นั้น ทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน ทำงานบ้าน ออกกำลังกาย ฟังเพลง คุยกับคนถูกใจ ทำงานให้ตัวเองไม่ว่าง

**หิวบ่อย** เมื่อเลิกสูบบุหรี่ต่อมรับรสหวานจะฟื้นตัวก่อน รู้สึกหิวบ่อย บรรเทาโดยรับประทานอาหารเป็นเวลา ก่อนรับประทานให้คิดเสมอ มีอะไร รับประทานได้เท่าไร เกินแล้วหรือยัง ใช้เวลารับประทานให้นานขึ้น เคี้ยวอาหารช้า ๆ รับประทานเสร็จลุกจากโต๊ะทันที เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รับประทานผักและผลไม้รสเปรี้ยวให้มาก เลี่ยงอาหารที่มีแคลอรีสูง

**ห้องผูก** เป็นอาการที่เกิดกับคนสูบบุหรี่ที่ผูกติดพฤติกรรมซบถ่ายคู่ไปกับการสูบบุหรี่ ด้วยเหตุผลส่วนบุคคลต่าง ๆ นา ๆ แก้ไขโดย ดื่มน้ำอย่างน้อย 2 แก้วทันทีที่ตื่นนอน เข้าห้องน้ำเวลาเดิม ขณะซบถ่ายอ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ทำให้สบายใจ รับประทานผัก ผลไม้รสเปรี้ยว หรือมะละกอสุก ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลี่ยงการใช้ยาถ่าย ทำอย่างสม่ำเสมอ จะอุจจาระได้เองภายใน 2-3 วัน

**นอนไม่หลับ** ทำสมาธิ นับหายใจ จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ บอกตนเองว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่วิธีที่ดีที่จะช่วยให้นอนหลับ และคิดถึงสิ่งดี ๆ ที่จะได้รับหากเลิกบุหรี่ได้

**อยาก!!!** น้ำลายเหนียว เปรี๊ยะปาก ให้ อมน้ำ ดื่มน้ำ บ้วนปาก แปรงฟัน (หลังอาหารกาแฟ) รับประทานผลไม้รสเปรี้ยว หลีกเลียงจากคนสูบ หรือสถานที่ที่ทำให้อยากสูบ

เห็นคนอื่นสูบบุหรี่ก็อยากสูบบุหรี่ ให้เบี่ยงเบนความสนใจ เลี่ยงจากคนสูบบุหรี่ เลี่ยงสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ เลี่ยงจากที่ที่เคยสูบบุหรี่ เช่น หลังอาหาร เวลาพักงาน อดน้ำ บ้วนปาก ล้างหน้า แปรงฟัน บอกตัวเองว่าได้ตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่แล้ว พูดคุยกับคนรู้ใจ หรือทำงาน ทำตัวให้ยุ่ง

อาการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นอาการที่ร่างกายกำลังฟื้นตัวเมื่อไม่มีควันบุหรี่ในร่างกาย อีกต่อไป ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปในเวลา 2-3 วัน หรือ 1 สัปดาห์ ที่พบบ่อยคือ ใจ แน่นหน้าอก ปากเป็นแผล ปวดท้อง มวนท้อง ท้องเสีย เป็นไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว ซาปลายมือ

■ **ออกกำลังกาย** เป็นหลักการเลิกบุหรี่ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลว่าไม่มีเวลา หรือเหนื่อยง่าย แต่ก็มีบางคนที่อ้างว่าออกกำลังกายสม่ำเสมอ ยิ่งเหงื่อออกยิ่งอยากสูบบุหรี่ แนะนำให้ปรับพฤติกรรม การออกกำลังกายที่หักล้างเนื้อมัดใหญ่ได้ทำงาน เช่น เดิน หรือวิ่ง หรือปั่นจักรยาน ให้ร่างกายเคลื่อนไหวต่อเนื่องอย่างน้อย 15 นาที เป็นเวลา 3-5 วันต่อสัปดาห์ จะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรงขึ้น และเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

■ **ไม่ทำทนายบุหรี่** เป็นหลักการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีก คนที่เลิกสูบบุหรี่ได้บางคนลองสูบบุหรี่ใหม่เพราะอยากทดลองดูตัวเองว่าเลิกได้จริงหรือไม่ บางคนถูกเพื่อนทำทนายว่าถ้าเลิกได้สูบบุหรี่แล้วต้องเลิกได้อีก และบางคนก็ประมาท เมื่อมีคนยื่นบุหรี่ให้ คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร หรือคิดว่าเคยใช้ยาแล้วเลิกได้ถ้าติดอีกก็ใช้ยาอีก คนเหล่านี้ส่วนใหญ่กลับไปติดบุหรี่อีก บางคนสูบเพิ่มขึ้นจากเดิม และเมื่อลงมือเลิกก็เลิกยากขึ้น

■ **ยาและนิโคตินทดแทน** ใช้ในกรณีที่ติดมาก โดยปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร และควรควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**หากผู้รับบริการกำลังเลิกอยู่ในขณะนี้** ใช้หลักช่วยเหลือดังนี้

- ชื่นชมให้กำลังใจ
- แนะนำวิธีช่วยเหลือตามอาการหรือกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิดวิธีที่จะบรรเทาอาการอยากสูบบุหรี่
- ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ เน้นหลัก 5 D คือ
  - Delay การยืดเวลาออกไป ไม่สูบบุหรี่ทันทีที่นึกอยากสูบบุหรี่ ทำกิจกรรมอื่นยืดเวลาประมาณ 3-5 นาที ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่จะหายไป
  - Deep breath หายใจเข้าออกลึก ๆ 2-3 ครั้ง
  - Drink water ดื่มน้ำมาก ๆ หรือบ้วนปาก อดน้ำให้ปากชุ่มชื้น
  - Do something else หาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ ทำตัวให้ยุ่งจนลืมบุหรี่
  - Destination / Discuss with family/ friend บอกตัวเองเสมอว่า เป็นคนไม่สูบบุหรี่แล้ว คิดถึงเหตุผลหรือแรงจูงใจที่เลิกบุหรี่ หรือพูดคุยหากำลังใจกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน
- ปฏิเสธเมื่อมีผู้อื่นยื่นบุหรี่ให้ เมื่อมีคนถามว่าทำไมจึงไม่สูบบุหรี่ ให้ตอบว่าไม่สูบบุหรี่ ไม่ต้องให้เหตุผล จะได้ไม่มีการโต้แย้ง

## ติดตาม (ต) Arrange follow up เพื่อให้กำลังใจและประคับประคองให้เลิกได้อย่างถาวร

การติดตามเป็นการเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้ต้องขออนุญาตจากคนสูบบุหรี่ก่อนเสมอ หากเขาไม่ต้องการก็ไม่ควรติดตาม การขออนุญาตติดตามให้บอกว่่าเพื่อให้กำลังใจต่อเนื่อง ไม่ควรบอกว่าติดตามผลว่าเลิกได้หรือไม่ เพราะจะทำให้คนสูบบุหรี่กังวลใจและไม่อนุญาตให้ติดตาม

ควรติดตามครั้งที่ 1 ภายใน 1 สัปดาห์ เพราะ 40% ของคนที่กำลังเลิกสูบบุหรี่จะกลับไปสูบบุหรี่ในวันที่ 3 หากเขาได้รับการติดตามประคับประคองที่เหมาะสมจะทำให้เขาคงไม่สูบบุหรี่ไว้ได้ การติดตามระยะต่อไปขึ้นอยู่กับความพร้อมของขอบเขตงานและลักษณะของผู้รับบริการ เช่น หากผู้รับบริการอยู่ห่างไกลในชนบท ก็นัดมาพบเพื่อติดตามอาการโรค หรือผลการรักษา และมีการติดตามเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ด้วย ทุก 1,3,6,9,12 เดือน เป็นต้น

มีงานวิจัยการติดตามประคับประคองหลังให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ พบว่าการโทรศัพท์ติดตาม ในวันที่ 3, 7, 14 และ 1,3,6,12 เดือน หลังลงมือเลิกบุหรี่ สามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำมาปรับใช้ว่าจะติดตามทางโทรศัพท์ หรือทางไปรษณีย์ หรือนัดผู้รับบริการมาพบ หรือออกเยี่ยมบ้าน หรือส่งต่อการติดตามกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เป็นถนนประชาธิปไตย บุคลากรสาธารณสุขจะดำเนินการที่ A ก็ได้ในขอบเขตหน้าที่ของตน แต่ต้องมีการประสานงานให้คนสูบบุหรี่ได้รับครบ 5 A กระบวนการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ จึงจะสมบูรณ์

หากติดตามพบว่าเลิกได้ ให้แสดงความยินดี และให้คงความเป็นคนไม่สูบบุหรี่ไว้ หากพบว่างกลับไปสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิกอีก ให้กำลังใจและช่วยคิดวิธีแก้ปัญหาที่ทำให้เลิกไม่ได้ และหากพบว่าไม่สามารถเลิกได้ให้พิจารณาส่งต่อตามความเหมาะสม

## การเชื่อมโยงเครือข่ายส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้ 5 A มาส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้ในงานประจำของทุกคน ทุกหน้าที่ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับลักษณะงาน และพื้นฐานความรู้ของบุคลากร ทั้งนี้ทุกคนสามารถเชื่อมโยงบทบาทซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้รับบริการผ่านกระบวนการช่วยเหลืออย่างครบถ้วนได้

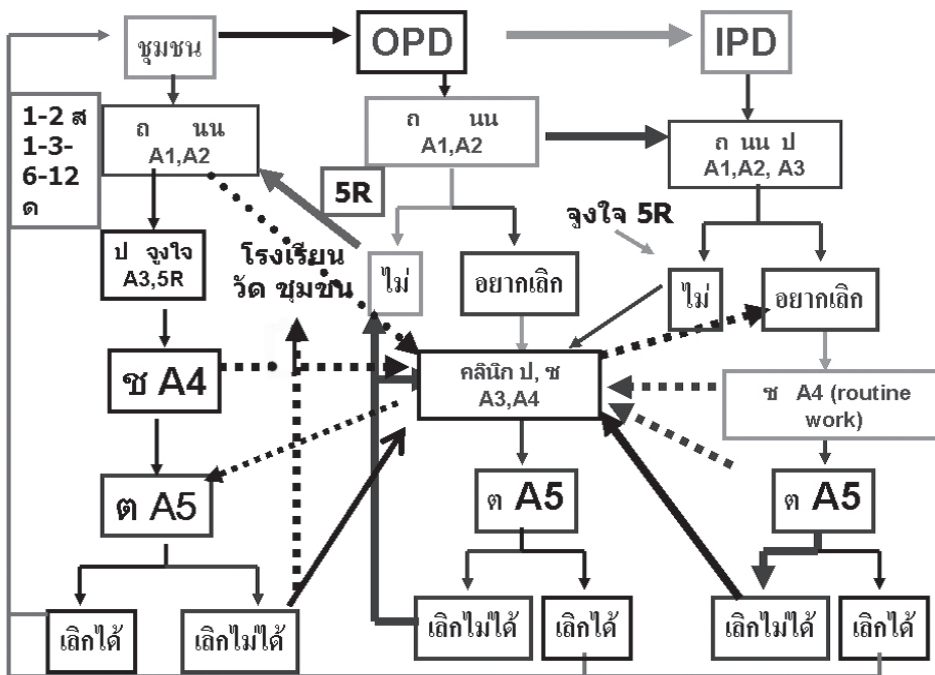
### ระหว่างหน่วยงานภายในสถานบริการสุขภาพ

สามารถเชื่อมโยงการปฏิบัติงานส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้ทุกหน่วย ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน บุคลากรทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยหลัก **ถนนปชต** ขึ้นตอนหนึ่งขึ้นตอนใดหรือทุกชั้นตอนก็ได้

**ระหว่างหน่วยงาน / องค์กรภายนอกกับสถานบริการสุขภาพ**

สถานบริการสาธารณสุขสามารถเชื่อมโยงการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่กับหน่วยงาน/ องค์กรภายนอกได้ ทั้งส่วนราชการและเอกชน ซึ่งหากมีการเชื่อมโยงที่ดี ประสิทธิภาพของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ก็จะยิ่งดีขึ้น การเชื่อมโยงกับหน่วยงาน/องค์กรภายนอกเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน หากมีการปลูกฝังค่านิยมสังคมไม่สูบบุหรี่ให้กับชุมชนภายนอกได้ การดำเนินนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำก็จะประสบผลสำเร็จได้ง่ายขึ้น

**แผนภาพ 1** การใช้ 5A เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ (ปรับปรุงจากกรองจิต วาทีสาธกกิจ; 2550)



**การเชื่อมโยงนำเสนอในรูปแบบแผนภาพขยายดังนี้**

**ชุมชน**

บุคลากรสาธารณสุขสามารถแสดงบทบาทของผู้นำความคิด ประสานงานกับผู้นำชุมชน / ร้านค้า / ภัตตาคาร / โรงงาน ร่วมทำงานกับชุมชน ให้ความรู้ สร้างกระแสค่านิยมไม่สูบบุหรี่ กระตุ้นให้เกิดชุมชนปลอดบุหรี่และให้ผู้ใหญ่เป็นตัวอย่างให้ลูกหลาน เกษีชรชุมชน หรือร้านขายยา คลินิกแพทย์และทันตแพทย์ในชุมชน เป็นแหล่งที่มีโอกาสในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างดี

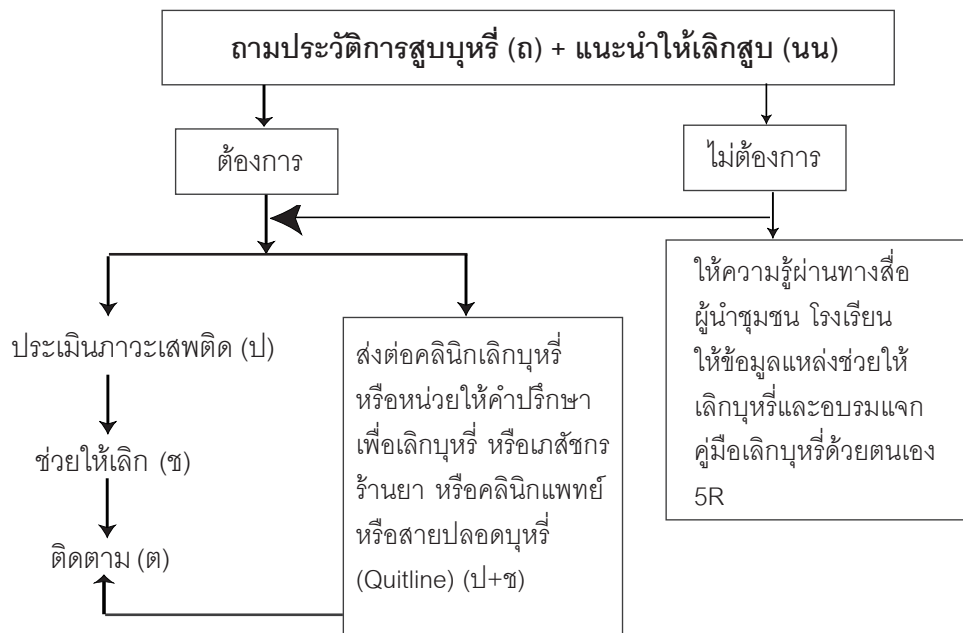
**โรงเรียน**

ประสานงานกับครู เสริมทรัพยากรบุคคลด้านความรู้ สร้างแกนนำเยาวชน สร้างกระแสในโรงเรียน กระตุ้นให้มีการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน ซึ่งสามารถขยายผลไปยังครอบครัวของนักเรียนได้ เป็นการป้องกันเด็กจากการเริ่มสูบบุหรี่

สำหรับเด็กที่สูบบุหรี่ การทำประวัติสูบบุหรี่ของนักเรียน และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ การจัดกลุ่มหรือกระบวนการในการประเมินและช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนการติดตามให้กำลังใจ ปรึกษาประคอง บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติร่วมกับครูได้ตลอดกระบวนการ

จากแผนภาพที่ 1 กระบวนการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชนบุคลากรสาธารณสุข ถ้ามประวัติการสูบบุหรี่ (ถ) และแนะนำให้เลิก (นน) หากไม่ต้องการเลิกใช้กระบวนการจูงใจ 5R ได้หลายวิธีคือ บุคลากรสาธารณสุขสร้างแรงจูงใจเป็นรายบุคคลกับคนสูบบุหรี่ หรือ การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจเป็นรายกลุ่ม หรือผ่านทางผู้นำชุมชน เด็กนักเรียนไปสู้อุปกรณ์ หากต้องการเลิก ทำประวัติประเมิน (ป) และช่วยให้เลิก (ช) หรือส่งต่อ ส่วนการติดตาม (ต) บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนสามารถติดตามด้วยตนเอง ดังรูปแบบขยาย

แผนภาพ 2 การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน



### OPD แผนกผู้ป่วยนอก

บทบาทของพยาบาล มีจุดเด่นคือ มีโอกาสพบปะกับผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีจำนวนบุคลากรมากที่สุดในกลุ่มสหวิชาชีพสาธารณสุข การถามประวัติสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและครอบครัว และการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ สามารถกระทำได้ขณะรับบัตรหรือขังนำหน้าบัตรส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ หรือขณะผู้รับบริการรอตรวจ

บทบาทของแพทย์ มีจุดเด่นคือ เป็นที่เชื่อถือของผู้รับบริการ การถามประวัติสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและครอบครัว และการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ สามารถกระทำได้ควบคู่ไปกับการตรวจร่างกายหรือให้การรักษา งานวิจัยระบุว่าแพทย์ให้คำแนะนำสั้น ๆ (Brief Advise) ให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่สามารถจูงใจให้ผู้รับบริการอยากเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

หากแพทย์ สนใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการที่เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะที่ใช้คำแนะนำสั้น ๆ ซึ่งจะรวมการประเมินภาวะการเสพติด และความพร้อมในการเลิก และให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ตามสภาพของผู้รับบริการ และติดตามผล โดยอาจทำเมื่อนัดมาตรวจ หรือถามแนะนำให้เลิกและส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ก็ได้

บทบาทของทันตแพทย์ จุดเด่นคือ สามารถแสดงหลักฐานที่เชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ได้ชัดเจน เช่น ให้ผู้รับบริการดูหินปูนขณะซูดฟัน เป็นต้น การถามประวัติสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและครอบครัว และการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และส่งต่อ กระทำได้ทั้งกับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาใช้บริการที่คลินิกทันตกรรม และทันตแพทย์สามารถช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advise) ได้

บทบาทของเภสัชกร มีจุดเด่นคือ มีความรู้เรื่องยาเป็นอย่างดี การถามประวัติสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและครอบครัว และการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ สามารถกระทำได้ขณะมีการจ่ายยา หรือ อาจจัดกิจกรรมขึ้นเป็นการเฉพาะก็ได้ และอาจมีการประเมิน และบอกวิธีเลิกสั้น ๆ ตลอดจนการติดตามเชื่อมโยงกับคลินิกเลิกบุหรี่ หรืออาจใช้แผ่นพับในการบอกวิธีเลิกสูบบุหรี่แทนการพูดก็ได้

กายภาพบำบัดและการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก ก็มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ โดยการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งการนวดคลายเครียดหลายวิธี สามารถสอนให้คนสูบบุหรี่และครอบครัวนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง ช่วยให้คลายเครียดได้ทั้งทางกายและทางจิต และยังมีส่วนช่วยที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ง่ายขึ้นอีกด้วย ในบางโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลปลอดภัยเริ่มต้นแบบของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ นักกายภาพบำบัดและพยาบาลในหน่วยการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก สามารถใช้ 5A ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้ครบทุกขั้นตอน

### ห้องอื่นๆ ทุกที่ ทุกเวลา

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสนับสนุน เช่น ห้องตรวจพิเศษต่าง ๆ ห้อง X-ray, EKG หรือเทคนิคการแพทย์ สามารถถามประวัติและแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ และเชื่อมโยงกับคลินิกเลิกบุหรี่ ก็จะจูงใจให้ผู้รับบริการอยากเลิกสูบบุหรี่ได้ในระดับหนึ่ง

รูปแบบการเชื่อมโยงการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยนอกและคลินิกในโรงพยาบาล

ถาม + แนะนำให้เลิก (A1 + A2) → ส่งต่อ → คลินิกเลิกบุหรี่หรือหน่วยงานให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ (A3 + A4 + A5)

หมายเหตุ ควรมีการบันทึก หรือใส่สัญลักษณ์ว่ามีการคัดกรอง ถามเรื่องการสูบบุหรี่แล้ว จะเป็นการเขียนหรือประทับตราขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละองค์กร (ภาคผนวก)

## แผนกผู้ป่วยใน

บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับแผนกผู้ป่วยใน ไม่ว่าจะเป็นแผนกสูติเวชกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม หรือจิตเวช ทั้ง พยาบาล และ แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่างมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้รับบริการและญาติให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้จะใช้กระบวนการในรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการบริหารจัดการหน่วยงาน และ ศักยภาพของบุคลากร

### รูปแบบการเชื่อมโยงการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของแผนกผู้ป่วยใน

#### รูปแบบที่ 1

ถาม + แนะนำให้เลิก (A1 + A2) → ส่งต่อ → คลินิกเลิกบุหรี่หรือหน่วยงาน ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เพื่อประเมิน ช่วยให้เลิก และติดตาม (A3 + A4 + A5)

#### รูปแบบที่ 2

ถาม + แนะนำให้เลิก+ ประเมิน (A1 + A2+A3) → ส่งต่อ → คลินิกเลิกบุหรี่หรือหน่วยงาน ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้เลิกและติดตาม (A4 + A5)

#### รูปแบบที่ 3

ถาม + แนะนำให้เลิก+ ประเมิน+ช่วยให้เลิก (A1 + A2+A3+ A4) → ส่งต่อ คลินิกเลิกบุหรี่หรือหน่วยงาน ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เพื่อติดตาม (A5)

#### รูปแบบที่ 4

ถาม + แนะนำให้เลิก+ ประเมิน+ ช่วยให้เลิก + ติดตาม (A1 + A2+A3+A4 + A5)

จากแผนภาพที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และผ่านกระบวนการ ถาม (A1) แนะนำ (A2) มาจากแผนกผู้ป่วยนอกแล้ว สืบเนื่ององค์การอนามัยโลกประกาศให้การเสพติดบุหรี่ เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การรักษา เมื่อเข้าสู่กระบวนการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ต้องบันทึกประวัติสูบบุหรี่ในแบบบันทึกของแพทย์ พยาบาลต้องทำประวัติ ประเมิน (A3) และวางแผนการพยาบาลช่วยให้เลิกบุหรี่ (A4) โดยบันทึกการดูแลอาการเลิกบุหรี่ ในบันทึกทางการแพทย์ และวางแผนการติดตาม (A5) ตามรูปแบบต่าง ๆ ดังกล่าวตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ต้องมีการประสานการดูแลกับแพทย์ในเรื่องวิธีช่วยให้เลิกที่นอกเหนือไปจาก พฤติกรรมบำบัด เช่น เรื่องยาหรือนิโคตินทดแทน การขอความร่วมมือส่งต่อกับคลินิกเลิกบุหรี่ หรือการปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ในรายที่มีปัญหาหรือไม่ต้องการเลิก และการส่งปรึกษากายภาพบำบัดในเรื่องคลายเครียดและบรรเทาอาการไม่สุขสบายบางกรณี ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

สำหรับพยาบาล การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สามารถปฏิบัติได้ในขณะปฏิบัติงานประจำ เช่นขณะวัดสัญญาณชีพ หรือเยี่ยมตรวจผู้ป่วย หรือให้ยา เช็ดตัว ทำแผล เพราะเป็นการพูดคุยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่เป็นประเด็นหลัก ในบางกรณีพยาบาล อาจวางเอกสารเลิกบุหรี่ไว้ให้อ่าน หรือเปิดวีดิทัศน์ หรือนัดหมายเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติ ในเวลาที่ว่างจากการให้การพยาบาลประจำ และวางแผนปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านที่จะเป็นคนที่เลิกสูบบุหรี่ต่อไป



ทั้งนี้ หากผู้ป่วยยืนยันไม่ต้องการเลิกบุหรี่ ให้พยาบาลขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ขอความร่วมมือญาติไม่ให้นำบุหรี่มาให้และให้การระคับประคองเช่นเดียวกับคนที่กำลังเลิกบุหรี่ หรือส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ตามความเหมาะสม

#### ตัวอย่างบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ไม่ได้สูบบุหรี่เป็นวันที่ 1 รู้สึกหงุดหงิดเล็กน้อย สังเกตเห็นอาการเป็นปกติ นอนพักผ่อนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ พูดให้กำลังใจ แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ และแนะนำญาติให้เช็ดตัวให้บ่อย ๆ

ลงนามพยาบาล

ไม่ได้สูบบุหรี่เป็นวันที่ 2 หรือ เลิกสูบบุหรี่เป็นวันที่ 2

รู้สึกหงุดหงิดเล็กน้อย สังเกตเห็นอาการเป็นปกติ นอนพักผ่อนบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ พูดให้กำลังใจ แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ และแนะนำญาติให้เช็ดตัวให้บ่อย ๆ

หรือ รู้สึกอยากสูบบุหรี่วอก ให้บัววนปาก ให้กำลังใจ ช่วยเช็ดหน้าและหลังให้รู้สึกสบายขึ้น

ลงนามพยาบาล

เมื่อแพทย์ให้กลับบ้าน : วางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามระคับประคองเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ ให้กำลังใจ ทบทวนแรงจูงใจ ทบทวนการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ 5D แนะนำญาติให้ระคับประคอง และขออนุญาตติดตามหรือส่งต่อการติดตามไปยังคลินิกเลิกบุหรี่หรือหน่วยงานในชุมชน

#### แนวทางปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จได้อย่างไร?

สิ่งที่ต้องมีเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จคือ

1. นโยบาย
2. โครงการ
3. แกนนำ / คณะทำงาน
4. การเพิ่มศักยภาพ / ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ ของผู้ปฏิบัติ
5. คู่มือแนวทางปฏิบัติ
6. แบบบันทึกประวัติและการให้คำปรึกษา
7. แบบติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ และแบบติดตามให้กำลังใจ

#### ความสำเร็จจะยั่งยืนได้อย่างไร?

ความสำเร็จจะยั่งยืนได้หากมีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจนปฏิบัติตามได้ง่าย มีการทำงานเป็นทีม และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการเพิ่มงานเพราะเป็นความรับผิดชอบในการทำงานประจำอย่างหนึ่ง และมีการประสานการติดต่อทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น คิวทีไลน์ สายปลอดภัย เป็นต้น

## สรุป

การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในงานประจำสามารถ  
จูงใจให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจอยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ถึงลงมือเลิกสูบบุหรี่ได้และไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก  
การจะช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่มีปัจจัยเสริมหลายประเด็นคือ

1. มีนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ทั้งหมด
2. มีโครงการช่วยให้บุคลากรเลิกสูบบุหรี่ เพื่อเป็นตัวอย่างคนไม่สูบบุหรี่ให้กับผู้รับบริการ
3. มีการจัดตั้งหรือพัฒนาศักยภาพของคลินิกเลิกบุหรี่ หรือหน่วยงานให้บริการ  
คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่
4. มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและโครงการ การบริการเลิกบุหรี่ ให้เป็นที่รับรู้กัน  
อย่างทั่วถึง
5. มีระบบการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ
6. มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ
7. มีเครื่องมือบันทึกและติดตามอย่างเป็นรูปธรรม
8. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

## บรรณานุกรม

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ.(2549), (บรรณานิการ).พยาบาลกับบุหรี่.กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- Bonita R, Duncan J, Truelson T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking  
increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control* 1999; 8: 156-60.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Quick reference guide for  
clinicians. Rockville, MD: U.S. department of Health and Human Service. October 2000.
- Foulds, J. et al. Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *Am J  
Health Behav.* 2006;30(4):400-12.
- International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Summary of Data  
Reported and Evaluation. The evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Volume 83.  
IARC, 2002. <http://monographs.iarc.fr/htdocs/monographs/vol83/02-involuntary.html> , accessed 2 September,  
2003.
- Glantz SA, Parnley WW. Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001; 286:4.
- Letcher T, Borland R. Smoking bans in Victorian workplaces: 2001 update. In: Centre for Behavioural  
Research in Cancer. Quit Victoria Research and Evaluation Studies No. 11, 2000-2001. Melbourne:

Victorian Smoking and Health Program, The Cancer Council of Victoria, 2003; 223-32.

Shiple, R. et al. Helping Smokers Quit: The Buckley Tobacco cessation Program. Federal Practitioner March 2002; 13-9.

U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and dependent: Reference guide for clinician. Public Health service, 2000.

West R, McNeill A. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55:987-99.

World No Tobacco Day 2007, Smoke – Free Environment. World Health Organization.

**Internet Citation:**

CAGE. Family practic notebook.com

Smoking cessation : <http://www.ash.org.uk>

Smoking cessation : <http://www.quit.org.au>

Smoking cessation : <http://www.quit.org.uk>

Smoking cessation : <http://www.givingupsmoking.co.uk>

Smoking cessation : The New York State Quit Site

Smoking cessation : Canadian council for tobacco control

Smoking cessation : Texas Women's university. Self help library ,Counseling center.

.....

## บทที่ 4

# หลักการให้คำปรึกษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย

บทนี้แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 หลักการให้คำปรึกษา

ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่าง ๆ

ตอนที่ 2 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจจิตวิทยาของคนสูบบุหรี่และนำไปประยุกต์ใช้

ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้

## ตอนที่ 1

# หลักการให้คำปรึกษา

## บทนำ

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถจัดการกับสภาพปัญหา หรือความทุกข์ของตนเอง โดยอาศัยสัมพันธภาพ และเทคนิคของผู้ให้คำปรึกษา ในการช่วยให้ผู้รับบริการ รู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจสภาพปัญหา และสามารถจัดการกับสภาพปัญหา และเลือกวิธีการเพื่อการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

## ความหมายของการให้คำปรึกษา

นักทฤษฎีที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษา โดยเน้นถึงแนวคิดในลักษณะต่าง ๆ ไว้หลายประเด็นพอสรุปได้ดังนี้

Rogers (1942) ผู้ริเริ่มทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เน้นตัวผู้ขอรับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Approach) เป็นการให้คำปรึกษาในลักษณะของ**สัมพันธภาพ** Rogers กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามใช้หลักของสัมพันธภาพในการช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาให้สามารถเข้าใจตนเอง นำตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม

Patterson (1959) ผู้ริเริ่มกระบวนการให้คำปรึกษาด้านอาชีพ เน้นว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป หรือมากกว่า โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการทางจิตวิทยาและพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพ **เพื่อช่วยเหลือ**ให้ผู้มาขอรับคำปรึกษามีสุขภาพจิตดีขึ้น

Williamson (1965) ผู้ริเริ่มทฤษฎีการให้คำปรึกษากลุ่มยึดผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Counselor Centered Approach) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหา โดยเน้นว่าการให้คำปรึกษาหมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้มีปัญหามีความสามารถรับรู้กระจ่างแจ้ง ในปัญหาของตน แก้ปัญหาของตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาในปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปคือผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ใช้เทคนิค และทักษะในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษา รู้เข้าใจปัญหาของตน ยอมรับสภาพปัญหาของตน ตลอดจนสามารถปรับตัว จัดการกับปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม เป้าหมายของการให้คำปรึกษานั้นจะเน้นที่สัมพันธภาพ การช่วยให้ผู้มีปัญหาหรือผู้มีความทุกข์ได้ทุเลาหรือผ่อนคลายทุกข์เหล่านั้นลง และสามารถดำเนินชีวิตอย่างฉลาด เหมาะสม และมีความสุขได้สูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

## การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง คำว่าสุขภาพ นั้น มีการให้ความหมายในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้บัญญัติคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ หรือ “Health” ว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น (Ottawa Charter for Health Promotion; Geneva, 1986 อ้างในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.2541)

Pender (1998) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในศักยภาพที่มีตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคล สามารถดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี

คำว่า “สุขภาพ” ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) กล่าวว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งตรงกับที่ ประเวศ วะสี (2543) ได้กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึงสุขภาวะที่ประกอบด้วยกาย จิต จิตสังคม และจิตวิญญาณ

**การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาวะที่ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ทั้งสุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยเทคนิควิธีการ และทฤษฎีของการให้คำปรึกษา และพื้นฐานความรู้ในศาสตร์ทางสุขภาพอนามัยของผู้ให้คำปรึกษา ในการช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน สามารถดูแลสุขภาพของตนเองปรับตนเองในการดูแลสุขภาพ รวมถึงเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มตามศักยภาพของตน

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้น เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระลึกเสมอว่าเป็นการช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ประสบความสำเร็จในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ แม้จะมีปัญหาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ก็สามารถตัดสินใจเลือกและจัดการกับสภาวะปัญหาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วย

ให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม ได้อย่างเหมาะสมเต็มตามศักยภาพ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในศาสตร์ด้านสุขภาพอนามัยและศาสตร์ด้านการให้คำปรึกษา สามารถประยุกต์ทฤษฎีและหลักการ ตลอดจนเทคนิคการให้คำปรึกษาไปใช้ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างเหมาะสม เพื่อการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

## ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้คำปรึกษา

### ปรัชญาของการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นผู้ที่มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเอง ให้ได้พัฒนาไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของแต่ละคน มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในการคิด เลือกลง และตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายของตนเอง ตามศักยภาพ

### ปรัชญาในการให้คำปรึกษามุ่งเน้นถึงหลักการ 10 ประการ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาควรอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจมนุษย์ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้าใจถึงคุณลักษณะของความเป็นมนุษย์ โดยคำนึงถึงว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีชีวิตจิตใจ มีอารมณ์ มีความรู้สึก และมีการพัฒนา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจถึงธรรมชาติของมนุษย์ พัฒนาการของมนุษย์แต่ละช่วงวัย พร้อมทั้งจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
2. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดี ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับรู้ว่ามนุษย์ทุกคนต้องการมีสัมพันธภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีต้องเกิดจากการยอมรับ การให้เกียรติ โดยแสดงออกให้รับรู้ได้ทั้งทางสีหน้า ท่าทาง และคำพูด
3. การให้คำปรึกษาที่ดีต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงใจ พฤติกรรมที่แสดงถึงความจริงใจของมนุษย์ สามารถสังเกตได้ทั้งจากสีหน้าท่าทาง และคำพูด การแสดงออกต่อบุคคลที่มาใช้บริการด้วยความรู้สึกที่ดี ไม่เสแสร้ง โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงถึงความตั้งใจจริงของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ขอรับคำปรึกษาสามารถสังเกตเห็นได้
4. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเห็นใจ การที่จะให้คำปรึกษาที่ดีได้ผู้ให้บริการจะต้องเกิดจากความรู้สึกที่ดี และเห็นใจผู้ขอรับคำปรึกษา ความรู้สึกเห็นใจผู้ขอรับคำปรึกษาเกิดจากตัวผู้ให้คำปรึกษามีลักษณะของความอบอุ่น เข้าใจมนุษย์ในสภาพที่เขาเป็นอยู่
5. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและยอมรับตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ความรู้ทางจิตวิทยาในการทำความเข้าใจตนเอง การรู้และเข้าใจตนเองในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง รู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในขณะนั้น เพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะทำหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

6. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและยอมรับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความสามารถที่จะเข้าใจถึงความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ดี ซึ่งจะช่วยให้ยอมรับผู้อื่นได้โดยไม่ต้องฝืนความรู้สึกที่แท้จริง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้ขอรับคำปรึกษาในฐานะที่เขาเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และแสดงออกให้ผู้ขอรับคำปรึกษาทราบถึงความรู้สึก ความเข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ขอรับคำปรึกษาแสดงออก แม้จะไม่เห็นด้วยกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่เหมาะสมของผู้ขอรับคำปรึกษาก็ตาม แต่ก็ต้องแสดงออกให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเห็นว่าเรายอมรับพฤติกรรมในเบื้องต้น โดยเข้าใจว่าพฤติกรรมเหล่านั้น มีสาเหตุที่ทำให้ผู้ขอรับคำปรึกษามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การยอมรับไม่ได้ หมายความว่าเห็นด้วยกับสิ่งที่ไม่เหมาะสม แต่เราจะแสดงให้รู้ว่าเราเข้าใจและพยายามช่วยเหลือผู้รับบริการต่อไป

7. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการ นอกจากผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจถึงสภาพแวดล้อมที่ดีด้วย เพราะการเข้าใจสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการได้รวดเร็วเท่าใด ย่อมช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถึงสภาพปัญหา สาเหตุและการแก้ไข ได้รวดเร็วขึ้นเท่านั้น

8. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจที่เหมาะสม การตัดสินใจของผู้ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ขอรับคำปรึกษา เพราะการตัดสินใจที่ดียอมนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีและส่งผลถึงการจัดการกับปัญหาของผู้ขอรับคำปรึกษาที่ดีด้วย

9. การให้คำปรึกษาต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ถือเป็นหลักการที่สำคัญยิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยึดหลักการที่เป็นจริง การให้ข้อมูลหรือตอบคำถามแก่ผู้รับบริการต้องถูกต้อง และเป็นจริง ไม่พูดโกหก

10. การให้คำปรึกษาอยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้ให้คำปรึกษาทุกคนจะต้องยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด จรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานและปฏิบัติตนที่สร้างความศรัทธาในตัวผู้ให้คำปรึกษาได้ดี

## จรรยาบรรณของการให้คำปรึกษา

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาที่ดีจะต้องมีจรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษา จรรยาบรรณของการให้คำปรึกษาจะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษาอยู่ในกรอบของคุณธรรมวิชาชีพที่เหมาะสม

ในที่นี้ผู้เขียนได้รวบรวมจรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษาที่สำคัญไว้ 10 ประการ ดังนี้

### 1. ต้องเคารพและรักษาสวัสดิภาพของผู้ขอรับคำปรึกษาทุกสถานการณ์

ผู้ให้คำปรึกษาพึงให้เกียรติผู้ขอรับคำปรึกษาเสมอ ไม่ว่าผู้ให้คำปรึกษาจะอยู่ในสถานภาพสูงกว่าผู้ขอรับคำปรึกษาเพียงใดก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิ เสรีภาพ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่าของผู้ขอรับคำปรึกษา นอกจากนั้นจะต้องคำนึงถึงสวัสดิภาพ



ของผู้ขอรับคำปรึกษาด้วย เพราะถือว่าผู้ขอรับคำปรึกษาเป็นลูกค้าของเราที่จะต้องรักษา  
สวัสดิภาพของเขาด้วย

## 2. ต้องรักษาข้อมูลส่วนตัวที่ได้จากการให้คำปรึกษาไว้เป็นความลับ

เป็นหน้าที่สำคัญโดยตรงของผู้ขอรับคำปรึกษาที่จะต้องรักษาข้อมูลส่วนตัวของผู้  
ขอรับคำปรึกษาไว้เป็นความลับ ผู้ขอรับคำปรึกษาจะต้องได้รับการปกป้องคุ้มครองด้านข้อมูล  
ข่าวสารที่ได้บอกกล่าวแก่ผู้ขอรับคำปรึกษา การรักษาความลับถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างศรัทธา  
ความเชื่อถือ และความไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา และช่วยให้การให้คำปรึกษาเป็นไปอย่าง  
ราบรื่นและประสบความสำเร็จ

## 3. การนำปัญหาผู้ขอรับคำปรึกษาไปปรึกษาผู้ร่วมวิชาชีพทำได้แต่ต้องใช้

### วิจารณญาณในการให้และใช้ข้อมูลอย่างถูกต้อง เหมาะสม

ในการให้คำปรึกษา อาจมีเหตุการณ์หลายครั้งที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องการนำสถานการณ์  
ที่เกิดขึ้นจากการให้คำปรึกษา ไปปรึกษาผู้ร่วมวิชาชีพ เป็นสิ่งที่พึงกระทำได้แต่ต้องใช้วิจารณญาณ  
ในการให้และใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสม และด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะการรักษา  
สวัสดิภาพของผู้ขอรับคำปรึกษา

## 4. การนำข้อมูลจากการให้คำปรึกษาไปใช้ทางวิชาการต้องระวังไม่กล่าวชื่อ-สกุล ของผู้ขอรับคำปรึกษา

แม้ผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถนำข้อมูลจากการให้คำปรึกษาไปปรึกษาหรือไปใช้ทาง  
วิชาการที่เป็นประโยชน์แก่สังคม เช่น การสอน ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวัง ไม่กล่าวถึงชื่อ  
สกุลของผู้รับการปรึกษาโดยเด็ดขาด

## 5. การบันทึกเสียงหรือให้ผู้อื่นสังเกตการณ์ขึ้นอยู่กับความยินยอมของ ผู้ขอรับคำปรึกษา

การบันทึกเสียงในการให้คำปรึกษาหรือจะจัดให้มีผู้สังเกตการณ์การให้คำปรึกษาแต่ละ  
ครั้งที่เป็นไป เพื่อการเรียนการสอนและถ่ายทอดทางวิชาการหรือการวิจัยก็ตาม จะต้องได้รับการ  
ยินยอมจากผู้ขอรับคำปรึกษาก่อนจัดกระทำ

## 6. ต้องเคารพในสิทธิ และยอมรับในความสามารถของผู้ขอรับคำปรึกษา

### ไม่บังคับ ช่มชู้ให้ผู้ขอรับคำปรึกษาปฏิบัติตาม

ในการให้คำปรึกษา นอกจากผู้ให้คำปรึกษาจะมีความเชื่อในศักยภาพของผู้ขอ  
รับคำปรึกษาแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเคารพในสิทธิของผู้ขอรับคำปรึกษา ไม่ล่วงล้ำสิทธิของ  
ผู้ขอรับคำปรึกษา ต้องไม่บังคับช่มชู้ผู้ขอรับคำปรึกษาให้ปฏิบัติตามที่ตนเสนอแนะ

## 7. ต้องช่วยผู้ขอรับคำปรึกษาให้พัฒนาตนเองเต็มศักยภาพไม่พึ่งพิง ผู้ขอรับคำปรึกษาตลอดไป

ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาให้พัฒนา  
ศักยภาพของตนเอง แทนที่จะคอยพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาตลอดไป

8. เมื่อพิจารณาว่าตนไม่สามารถช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาได้ ควรส่งต่อให้ผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะ ภายใต้การยินยอมของผู้ปกครองของผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้ขอรับคำปรึกษาได้รับบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุด เมื่อผู้ให้คำปรึกษารู้ตัวว่าตนไม่สามารถช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาได้ จะต้องส่งต่อให้ผู้ที่มีความสามารถเฉพาะในปัญหานั้น ๆ ช่วยเหลือ เช่น เมื่อพบว่าผู้ขอรับคำปรึกษามีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงในระดับที่ต้องการการบำบัดรักษาชนิดอื่น เช่นการรักษาด้วยยา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องไม่รีรอที่จะส่งต่อทันที

9. กรณีที่ปัญหาของผู้ขอรับคำปรึกษาเกี่ยวข้องกับการกระทำผิดทางกฎหมายจะต้องใช้ วิจารณญาณ ที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ขอรับคำปรึกษาได้รับผลร้ายน้อยที่สุด โดยบทบาท ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรู้และเข้าใจตนเองว่า ตนทำหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาจัดการกับปัญหาและความทุกข์ เลือกดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมและฉลาดก็ตาม แต่ในบางกรณีที่หากทราบว่าผู้ขอรับคำปรึกษาได้กระทำผิดกฎหมายเกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจที่จะช่วยผู้ขอรับคำปรึกษาให้ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด

#### 10. ผู้ให้คำปรึกษาต้องปฏิบัติตนให้เหมาะสมในขอบเขตของศีลธรรมจรรยาที่พึงงาม ก่อให้เกิดความศรัทธาต่อผู้ขอรับคำปรึกษา

การที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องประพฤติปฏิบัติตนในกรอบของศีลธรรมจรรยา ที่พึงงาม จะรักษาความเชื่อถือศรัทธาต่อตัวผู้ให้คำปรึกษา และสร้างความไว้วางใจในกระบวนการให้คำปรึกษาทั้งต่อตนเองและประเทศชาติ

### เทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทั้งคุณลักษณะของการเป็นที่ปรึกษาที่ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา มีความรู้เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา เรียนรู้เทคนิค และพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม ในบทนี้จะขอกล่าวถึงเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

#### สัมพันธภาพการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะใช้ทฤษฎีใดก็ตาม สิ่งสำคัญที่ถือเป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาก็คือ **“สัมพันธภาพ”** ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

##### 1. การสร้างบรรยากาศ (Rapport)

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นเป็นกันเอง มีความจริงใจ แสดงออกถึงความสนใจในปัญหาของผู้มารับบริการอย่างจริงจัง ต้องไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของผู้รับคำปรึกษาสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกสบายใจ ไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา

## 2. การยอมรับ (Acceptance)

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพอย่างไร รู้สึกอย่างไร จะต้องให้ความเคารพนับถือในสิทธิและควมมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นถึงความปรารถนาและความจริงใจที่จะช่วยเหลือ

## 3. ความเข้าใจ (Understanding)

เป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องพยายามติดตามทำความเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิด และสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามจะบ่งบอกให้ทราบทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

## 4. การมีความรู้สึกร่วม (Empathy)

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามนำความรู้สึกของตนเข้าไปร่วมกับผู้รับคำปรึกษาด้วยการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถที่จะรู้สึกและบรรยายถึงความนึกคิดของผู้รับคำปรึกษาได้

## 5. การแสดงความเอาใจใส่ (Attentiveness)

เป็นท่าทีและบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ และอาศัยทักษะในการฟังและสังเกตติดตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะนำไปสู่บรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี

## 6. ความเชื่อ (Beliefs)

ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าเขาอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม และเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนย่อมต้องการมีอิสระที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

*การที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษาได้ ก็เท่ากับว่างานบริการให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จไปเกือบครึ่งหนึ่ง สิ่งสำคัญในขั้นต่อไปก็คือความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาที่จะใช้เทคนิคและวิธีการเพื่อนำเข้าสู่ปัญหา และช่วยเหลือให้ประสบความสำเร็จ ในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม*

## เทคนิคเฉพาะในการให้คำปรึกษา

นอกจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาแล้ว ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาควรจะมีฝึกตนเองเกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษา เพื่อสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ได้มีผู้กล่าวถึงเทคนิคและกลวิธีในการให้คำปรึกษาไว้มากมาย ผู้เขียนได้รวบรวมและสรุปไว้เป็นแนวทางเพื่อการนำไปใช้ ดังต่อไปนี้

### 1. การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview)

ในระยะแรกผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาทั้ง 2 ฝ่ายอาจจะยังมีความรู้สึกใหม่ต่อกันหรือรู้สึกตึงตัง ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเริ่มต้นไม่ถูก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องหาทางสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเองและใช้คำถามเริ่มต้นนำการสนทนา ด้วยการทักทายด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เช่น ใช้คำว่า “สวัสดี” หรือทักทายเชิงเชอเชิญ เช่น “เชิญค่ะ คุณมีอะไรจะให้ช่วยเหลือ” เป็นต้น

## 2. การตั้งคำถาม (Questioning)

ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากผู้รับคำปรึกษา หรืออาจใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตัวเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และยอมรับตนเอง ในการตั้งคำถามควรใช้คำถามในลักษณะกลาง ๆ และเป็นคำถามปลายเปิด จะดีกว่าการใช้คำถามปลายปิดที่จำกัดการตอบ เช่น ถามว่า “คุณปวดศีรษะใช่ไหม” จะได้ผลน้อยกว่าการพูดว่า “ลองเล่าให้ฟังถึงอาการที่คุณบอกว่าปวดศีรษะ”

## 3. การซักถามตรง ๆ (Probing)

เป็นการตั้งคำถามตรงที่ปัญหาเพื่อถามข้อมูล กลวิธีนี้ใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามเลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหาตลอดเวลา การใช้วิธีนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังไม่ใช้ฟุ่มเฟือย เพราะการรีบเร่งกระบวนการให้คำปรึกษาเร็วเกินกว่าที่ผู้รับคำปรึกษาจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาของเขา อาจทำให้สัมพันธ์ภาพล้มเหลว การซักถามตรง ๆ นี้ ถือเป็นกลวิธีให้คำปรึกษาแบบนำทาง

## 4. การเสนอแนะ (Suggestion)

วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้บ่อย เพราะผู้รับคำปรึกษามักเข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษาเพื่อหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะต่าง ๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้คำปรึกษานั้นจะต้องหาวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้จักนำตนเอง มีวินัยในตนเอง และจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มากกว่าการเสนอการแก้ปัญหาให้โดยตรง เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ดิฉันรู้สึกมีก้อนที่บริเวณเต้านมข้างขวา ควรทำอย่างไรดี”

ผู้ให้คำปรึกษา : “คุณเคยคิดจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจดูบ้างไหม ? จะดีกว่าพูดว่า “คุณควรไปพบแพทย์ตรวจดูก่อน”

## 5. การตีความหมาย (Interpretation)

เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวบางอย่างที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวไปแล้ว การตีความหมายจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น โดยที่ผู้รับคำปรึกษายังคิดไม่ถึง และถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาดีจะมีประโยชน์มาก เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ดิฉันรู้สึกปวดศีรษะทุกวันและทุกครั้งที่มีอารมณ์หงุดหงิดทำอะไรไม่ได้เลย”

ผู้ให้คำปรึกษา : “คุณรู้สึกว่าการปวดศีรษะและหงุดหงิด เป็นปัญหาที่คุณรู้สึกทุกข์มากใช่ไหม”

## 6. การเงียบและการฟัง (Silence and Listening)

เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องราวของตน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีเงียบ เพื่อคอยฟังเรื่องราวต่าง ๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรวิตกกังวลว่า บรรยากาศจะเงียบเกินไป และไม่จำเป็นต้องหาวิธีทำลายความเงียบ เพราะจะเป็นการขัดขวางความรู้สึกของผู้รับ บริการที่กำลังนึกคิดทบทวนเรื่องราวอยู่ แต่ต้องดูจังหวะไม่ฟังช่วงจนเกิดความเงียบนานเกินไป

### 7. การให้ความกระจ่างแจ้ง (Clarification)

เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษาแสดงให้เห็นให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเข้าใจและแจ่มแจ้งในเรื่องที่เป็นปัญหานั้น ๆ โดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ให้ผู้รับคำปรึกษากระจ่างแจ้ง เข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจจะเป็นผลให้สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้

### 8. การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval)

เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมสนับสนุนหรือให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการคิดและตัดสินใจของเขา อาจแสดงความเห็นชอบด้วย วิธีการนี้เป็นการพัฒนาทักษะในการนำตนเองของผู้รับคำปรึกษา ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ดิฉันคิดว่าการตัดมดลูกจะช่วยให้ดิฉันปลอดภัยจากการลุกลามของมะเร็งมดลูกตามที่คุณหมอแนะนำ อย่างไรก็ตามดิฉันขอแนะนำเรื่องนี้ไปปรึกษากับสามีอีกครั้งหนึ่ง”

ผู้ให้คำปรึกษา : “แน่นอน” “เป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับคุณ”

วิธีนี้ถ้าผู้ให้คำปรึกษา ไม่เห็นด้วยจะต้องวางตัวเป็นกลางและใช้วิธีอื่นต่อไป

### 9. การให้ความมั่นใจ (Assurance)

เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องราวของตน จะใช้วิธีนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ในใจ และได้ใคร่ครวญแล้วว่า จะไม่เกิดผลเสียทีหลัง เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ดิฉันรู้สึกกังวลใจเรื่องสุขภาพของตนมากเกินไป”

ผู้ให้คำปรึกษา : “นั่นสิคะ ถ้าผลการตรวจสุขภาพของคุณเป็นปกติตามที่แพทย์บอก ก็ไม่น่าจะกังวลมากนัก”

### 10. การย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Reassurance)

เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียดความกังวลใจ เช่น ผู้รับคำปรึกษาระบายความกังวลใจเกี่ยวกับหัวหน้างาน

ผู้รับคำปรึกษา : “ฉันไม่ทราบจะทำอย่างไรดี ที่หัวหน้าแสดงท่าทีเฉยเมยต่อฉัน ควรถามหัวหน้าไปเลยดีไหม”

ผู้ให้คำปรึกษาอาจพูดให้ความมั่นใจว่า : “น่าจะเป็นการดี ถ้าคุณรู้สาเหตุของเรื่องนี้ คุณคง สบายใจขึ้น”

### 11. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)

เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ข้อความที่ไม่แสดงความรู้สึกของผู้พูดมากกว่าเนื้อหาสาระแสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วิธีนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกของตน สามารถแสดงออกด้วยวาจาโดยปราศจากความวิตกกังวล ดังตัวอย่าง

ผู้รับคำปรึกษา : “เขาพยายามปฏิเสธดิฉัน ไม่ยอมรับฟังเหตุผลใด ๆ ของดิฉันเลย แม้จะพยายามอธิบาย ชี้แจง อย่างไรก็ตาม เขาก็ยังทำท่าทางราวกับดิฉันสร้างความผิดอย่างมหาศาล ดิฉันรู้สึกอึดอัดจะทนไม่ไหว อยู่แล้ว”

ผู้ให้คำปรึกษา : “คุณรู้สึกอึดอัดใจมาก ที่เขาไม่ยอมฟังเหตุผลของคุณและคิดว่า คุณผิดโดยตลอด เช่นนั้นหรือ”

## 12. การสังเกต (Observation)

เป็นการสังเกตถึงพฤติกรรม กระแสเสียง สีหน้า ท่าทาง ในขณะที่สนทนา จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถ เข้าใจความรู้สึก และอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้สามารถจับประเด็นปัญหาที่แท้จริงของผู้รับคำปรึกษาได้ พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาแม้กระทั่งคำพูดที่พยายามเน้นบางคำย่อมมีความหมายทั้งสิ้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้ความสังเกตตลอดเวลา

## 13. การแนะนำ (Advising)

เป็นการให้คำแนะนำโดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาเอง เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “คุณว่าดิฉันควรจะบอกลูกอย่างไรที่ต้องกลับบ้านเย็นทุกวัน”

ผู้ให้คำปรึกษา : “คุณน่าจะบอกเหตุผลและความจำเป็นที่แท้จริงให้ลูกเข้าใจว่าคุณต้องอยู่ทำงานเย็นด้วยเหตุผลใด”

## 14. การกระตุ้นให้กำลังใจ (Encouragement)

การกระตุ้นให้กำลังใจ มักใช้กับผู้ที่ขาดความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อาจยกตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่เขาเคยทำได้สำเร็จประกอบ เช่น “ดูจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ดิฉันคิดว่าคุณสามารถทำได้แน่ ถ้าพยายาม”

## 15. การชักชวน (Persuasion)

เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเห็นของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังมาก อาจเกิดการขัดแย้งได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ดิฉันกำลังคิดจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจดู แต่ยังไม่มั่นใจ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “นั่นเป็นสิ่งที่ดี น่าจะรีบกระทำโดยเร็ว”

## 16. การท้าทาย (Challenge)

วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างเสี่ยง เพราะเป็นการใช้คำพูดในลักษณะ ปฏิเสธ ดูหมิ่น ตำหนิ ผู้รับคำปรึกษาตรง ๆ เป็นการดูถูกอย่างสุภาพ ผู้ให้คำปรึกษาที่ใช้วิธีนี้จะต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างดีแล้ว ดังตัวอย่าง

ผู้รับคำปรึกษา : “ดิฉันเห็นจะต้องไปพบแพทย์เสียที”

ผู้ให้คำปรึกษา : “คุณจะเริ่มได้จริงจังเหมือนที่คุณพูดหรือ ฉันว่าคงล้มเหลวอีกเช่นเคย”

**โดยสรุป** การใช้ทฤษฎีและเทคนิคในการให้คำปรึกษาต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะเลือกใช้ตามความถนัดของตนตามสถานการณ์และลักษณะของปัญหาที่พบแต่ละราย ซึ่งทุกขั้นตอนจะต้องอาศัยการฝึกหัดเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและสามารถใช้ได้ทันที เมื่อถึงจังหวะที่เหมาะสม กลวิธีเหล่านี้เรามักใช้อยู่เสมอในการสนทนาได้ตอบกับบุคคลต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน แต่ในการให้คำปรึกษานั้นจะต้องฝึกหัดให้ตามจังหวะที่เหมาะสมถูกต้อง ต้องใช้ทั้งเทคนิค การคิด การฟัง การเจียบ และการตอบโต้ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จึงนำไปสู่การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดบุหรี่ ที่ได้ผลดีที่สุดก็คือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการ การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากการที่บุคคลจะยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองต้องมาจากเจตคติ ความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง

### เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

กระบวนการในการให้คำปรึกษา เป็นความสามารถร่วมกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคลเพื่อเลิกสูบบุหรี่นั้น ควรดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจตัวผู้ให้คำปรึกษา
2. สร้างบรรยากาศอบอุ่นเป็นกันเอง ให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเขามีมิตรพร้อมที่จะช่วยเหลือ
3. แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือ พูดคุยด้วยความเห็นอกเห็นใจ ไม่หัวเราะเยาะหรือตำหนิในพฤติกรรมที่เคยชินของผู้รับบริการ
4. สร้างเจตคติ และความมุ่งมั่นในการลดสูบบุหรี่
5. ให้ความรู้ถึงโทษ และพิษภัยของบุหรี่ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
6. สร้างพลังจูงใจในการเลิกบุหรี่ เช่น บุตร ภรรยา มีส่วนร่วม
7. ในวัยรุ่นหาแนวร่วม เช่น กิจกรรมในโรงเรียน เพื่อนปรึกษาเพื่อน หรือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
8. จัดหาสิ่งทดแทน เช่น กิจกรรมที่พึงพอใจ การเล่นเกมกีฬาที่ชอบ ร้องเพลง
9. สร้างความหวัง และเป้าหมายในอนาคต ที่เป็นจริง
10. การให้กำลังใจ
11. การพร้อมที่จะเป็นที่ปรึกษาได้เสมอ

## สถานการณ์การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่

1. ความตั้งใจจริง
2. ความรู้สึกขัดแย้งในใจ
3. ความทุกข์ทรมาน
4. อาการและผลกระทบ

## สรุป

จากทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่าง ๆ บุคลากรสาธารณสุขสามารถเลือกนำไปใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของคนสูบบุหรี่ และยึดหลักจรรยาบรรณของการให้คำปรึกษา ผู้ขอคำปรึกษาจะเกิดความเชื่อถือนี้ ถ้าวินิจฉัยความรู้สึก และมีพลังใจในการเลิกบุหรี่ได้อย่างปลอดภัย

## บรรณานุกรม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2545 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2545). นโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างไร (เอกสาร).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

อามา จันทรสกุล. (2535). ทฤษฎีการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2545) . การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ :

สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ธนาเพชรการพิมพ์.

Belkin, G.S.(1982). An Introduction to Counseling. California : Wm. C. Brown Co.

Gilliland, B.E., James, R.K. and Bowman, J.T. (1994). Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon A Division of Simon & Schuster, Inc. Pender. (1998).

Rogers, C.R. (1976). Client-Centered Therapy. London : Redwood Burn Limited.

Steffire, B.S. (1965). Theories of Counseling. New York : McGraw-Hill.

Stone, J. (1979). " The Nurse counsellor's role at St. Thomas," Nursing Times 9 (August 1979) : 1344.

Stuart, G. W. and Laraia, M. T. (1998). Stuaart & Sundeen's Principle and Praticce of Psychiatric Nursing . 6th ed. St. Louis : Mosby comp.

Verena T. (1995) Counseling Skills for Nurses. 4th ed. London : Bailliere Tindall.

Steffire, B.S. (1965). Theories of Counseling. New York : McGraw-Hill.

Stone, J. (1979). " The Nurse counsellor's role at St. Thomas," Nursing Times 9 (August 1979) : 1344.



## ตอนที่ 2

# การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## บทนำ

พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมาย มีสาเหตุและความเป็นมาที่น่าสนใจ สามารถพิสูจน์ได้ ซึ่งเป็นแนวความคิดของนักทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม โดยมีความเชื่อว่า พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้มาผิด ๆ เราสามารถลบพฤติกรรมที่เรียนรู้มาผิด ๆ ได้ด้วยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง วิธีการนี้เรียกว่าการปรับพฤติกรรม หรือพฤติกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัดถือเป็นวิธีการบำบัดทางจิตเวชอย่างหนึ่ง มุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาศัยหลักการทางจิตเวชศาสตร์ จิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม และผลการทดลองเรื่องการเรียนรู้ในสัตว์และมนุษย์

การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) เป็นวิธีการทางจิตวิทยาอย่างหนึ่ง ที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ มากกว่าการมุ่งแก้ไขข้อขัดแย้ง โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการให้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีที่นำมาใช้คือ ทฤษฎี Classical conditioning เน้นที่สิ่งเร้าและการตอบสนอง โดยอาศัยการฝึกหัด และทฤษฎี Operant conditioning เน้นที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมก่อนแล้วจึงได้รับรางวัล เมื่อผู้กระทำทำแล้วได้รับรางวัลจึงเกิดการกระทำอีก เทคนิคที่ใช้เน้นที่การเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนในการดำเนินการประกอบด้วย การประเมินและรายงานตนเอง (Self-monitoring), การเสริมแรง (Reinforcement), การลงโทษ (Punishment), เทคนิคการตกแต่งพฤติกรรม (Shaping technique), เทคนิคการวางเงื่อนไขโดย Counter conditioning, การใช้เทคนิคการเลียนแบบ (Modeling technique), การใช้การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก (Assertive training)

## ความหมาย

การปรับพฤติกรรม หรือที่เรียกว่า Behavior Modification คือการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้ และ

ผลการทดลองทางจิตวิทยา มาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแก้ไขพฤติกรรมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต

## หลักการพื้นฐาน (Basic Principle)

หลักการของการปรับพฤติกรรม อาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีการเรียนรู้ ของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ได้มีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์มากมาย โดยอาศัยวิธีทางวิทยาศาสตร์ ผู้ริเริ่มคือ วัตสัน (John B. Watson) เชื่อว่า **“พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ถ้าเราใช้วิธีการเรียนรู้เข้าไป ก็จะสามารถลบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้”** (Deviant behavior is learned so it can be unlearned) ทฤษฎีการเรียนรู้ ที่นำมาใช้ คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ ในกลุ่ม Associationism เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่าง สิ่งเร้าและการตอบสนอง

## ลักษณะทฤษฎีที่นำมาใช้

1. Classical Conditioning เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจาก การที่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมมักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งอาศัยความใกล้ชิดและการฝึกหัด โดยการนำเอาสิ่งเร้าที่เป็นกลางมาควบคู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการตอบสนอง ทำในเวลาใกล้เคียงกันและทำบ่อย ๆ จนสิ่งเร้าที่เป็นกลางสามารถทำให้เกิดการตอบสนองได้ ดังเช่นการทดลองของพาฟลอฟ (Pavlov) โดยใช้เสียงกระดิ่งมาควบคู่กับอาหาร ทุกครั้งที่สั้นกระดิ่งจะให้อาหารสุนัข ทำหลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งต่อมาสั้นกระดิ่งเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้สุนัขน้ำลายไหลได้ แสดงว่า สุนัขเกิดการเรียนรู้จากการเชื่อมโยงระหว่างเสียงกระดิ่งและอาหาร

ต่อมา วัตสัน นำความคิดของ พาฟลอฟ มาทดลองกับคนเพื่อศึกษาการเรียนรู้ของคน โดยทดลองกับเด็กชายอัลเบิร์ต (Albert) ซึ่งอายุ 2 ปี ในขณะที่เด็กชายอัลเบิร์ตเล่นกับหนู ขาวกำลังจะเอื้อมมือไปจับหนูขาว วัตสันจะใช้ฆ้อนตีแผ่นเหล็กให้เกิดเสียงดัง จนเด็กชายอัลเบิร์ตตกใจทำเช่นนี้ทุกครั้ง ต่อมาเด็กชาย อัลเบิร์ต เกิดอาการกลัวหนูขาว เพราะเกิดการเรียนรู้ชนิดเชื่อมโยงระหว่างเสียงดังกับการจับหนูขาว ต่อมาวัตสันได้ทดลองใหม่โดยทุกครั้งที่เด็กจับหนูขาว เอาเสียงฆ้อนตีเหล็กออกไปแล้วให้มารดาอยู่ด้วย โดยมารดาคอยโอบกอดให้ความอบอุ่น และให้รางวัลเข้ามาแทนที่ ทำเช่นนี้หลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งเด็กชายอัลเบิร์ตไม่กลัวหนูขาวและสามารถเล่นกับหนูขาวได้เช่นเดิม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้น เราสามารถใช้การเรียนรู้ใหม่ เข้าไปลบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ การเรียนรู้แบบ Classical Conditioning นี้ จะเน้นการจัดการกับพฤติกรรมด้านอารมณ์และความรู้สึก ดังการทดลองของ มาควิส (Marquis, 1931) ทดลองกับเด็กอายุ 2-9 วัน โดยปกติเด็กเล็ก ๆ เมื่อนำหัวนมมาถูบริเวณปาก เด็กจะอ้าปาก และดูดหัวนมซึ่งเป็นพฤติกรรมรีเฟล็กซ์ (reflex) แต่ มาควิส ทำเสียงหึ่ง ๆ ก่อนให้นมเด็ก ด้วยทุกครั้ง

ต่อมาเมื่อทำเสียงหึ่ง ๆ เพียงอย่างเดียว เด็กก็จะอ้าปากและทำอาการเหมือนดูดนม หรือจากการทดลองให้คนไข้บัสสาวะเมื่อได้ยินเสียงกริ่ง โดยครั้งแรก ๆ อาศัยการสอดท่อเข้าไปในกระเพาะบัสสาวะ แล้วเป่าลมเข้าท่อบัสสาวะ ก่อนเป่าลมให้กดกริ่ง 2-3 นาที ทำเช่นนี้หลาย ๆ ครั้ง จนในที่สุดคนไข้จะถ่ายบัสสาวะได้เมื่อได้ยินเสียงกริ่ง

**2. Operant Conditioning** เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมเอง โดยมีตัวรางวัลให้มีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น การเดิน การพูด การรับประทานอาหาร เมื่อผู้เรียนกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับรางวัล ซึ่งรางวัลจะเป็นผลให้ผู้เรียนกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อีก สกินเนอร์ เห็นว่าพฤติกรรมของคนส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้แบบ operant conditioning และสิ่งสำคัญที่ทำให้คนแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ อีกก็คือ การได้รับแรงเสริม (reinforcement) การทดลองของสกินเนอร์ โดยการจับหนูที่กำลังหิวใส่กล่องทดลอง “skinner’s box” ปรากฏว่าหนูวิ่งไปมา บังเอิญไปเหยียบคานเข้าและมีเสียงดังแกร๊ก มีอาหารตกลงมาหนูได้รับอาหารเป็นรางวัล ต่อมาหนูจะเฝ้ากดคานได้ในระยะเวลาสั้นขึ้นเรื่อย ๆ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้

ต่อมา สกินเนอร์ ทดลองกับนกพิราบ โดยการนำหลักการเสริมแรง มาปรับพฤติกรรม (shaping) เพื่อให้สัตว์แสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการ และต่อมาสกินเนอร์ ได้นำวิธีการปรับพฤติกรรม (shaping) มาใช้กับการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตในโรงพยาบาลประสาท

### สรุปแนวคิด

การทดลองของพาฟลอฟ เป็นทฤษฎีการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) เน้นหลักการนำสิ่งเร้าสองสิ่งมาควบคู่กันในเวลาใกล้เคียงกัน และทำบ่อย ๆ จนสามารถทำให้สิ่งเร้าที่เป็นกลางกลายเป็นสิ่งเร้าที่สามารถทำให้เกิดการตอบสนองได้ด้วยตัวของมันเอง ดังเช่นการทดลองในสุนัขที่ทำให้เกิดอาการน้ำลายไหลได้ด้วยเสียงกระดิ่ง เป็นต้น

การทดลองของวัตสัน ซึ่งทดลองในเด็กชาย อัลเบิร์ต กับหนูขาว ทำให้เกิดการถ่ายโยงไปยังสัตว์อื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายหนูขาว (Generalization)

การทดลองของสกินเนอร์ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบ Operant Conditioning ได้แนวคิดเรื่องการเสริมแรง (Reinforcement) มาใช้ในการปรับพฤติกรรม

โจเซฟ วูลเป (Joseph Wolpe) ได้นำวิธีการกระบวนการลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ (Systematic Desensitization) โดยลดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ทำให้เกิดความกังวลใจกับปฏิกิริยาตอบสนอง ทำให้พฤติกรรมที่ไม่ต้องการค่อย ๆ หายไปอย่างมีระบบ วิธีนี้มักใช้ร่วมกับเทคนิคอื่น ๆ เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) หรือการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training) เป็นต้น

จอห์น ล็อก (John Locke, 1650) ได้ทดลองพบว่า ถ้าเด็กกลัวงู จะแก้ไขโดยให้จับกับวางในระยะที่ห่างพอดีที่จะไม่ตกใจ จากนั้นให้เด็กมองงูกระโดดมาหาทีละน้อย ๆ เมื่อจบค่อย ๆ กระโดดมาเด็กทีละน้อยในขณะที่เด็กไม่รู้สึกลังเลใจกลัว ทำเรื่อย ๆ จนสามารถในที่สุดเด็กสามารถจับงูได้เอง วิธีนี้ต่อมาเรียกว่า Exposure in VIVO

สกินเนอร์ และลินด์ลีย์ (Skinner & Lindsley, 1954) ทดลองทางจิตวิทยา เกี่ยวกับวิธีควบคุม และเปลี่ยนพฤติกรรมของคน และใช้คำว่า Behavior Therapy

## ขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม

Functional Analysis ในขั้นแรกจะต้องเริ่มโดยทำการวิเคราะห์เหตุการณ์และสถานการณ์ก่อน เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยดำเนินการดังนี้

1. วัดความถี่ (frequency) ของพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยน ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. ศึกษาสถานการณ์ (situation) ที่เกิดพฤติกรรมนั้น
3. ศึกษาถึงผลที่ตามมา (consequence) ของพฤติกรรมนั้น

เมื่อแน่ใจว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหาและต้องการปรับจริง โดยทราบถึงพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับแก้ สาเหตุ และผลลัพธ์ เราจะเลือกวิธีการที่จะใช้ในการปรับได้เหมาะสม

## เทคนิคและวิธีการของการปรับพฤติกรรม

1. การควบคุมและรายงานผลตนเอง (Self- monitoring) เป็นการประเมินตนเอง ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

### 2. การเสริมแรง (Reinforcement)

เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้แรงเสริมบวกหรือลดแรงเสริมลบทันทีที่เกิดพฤติกรรมที่พึงพอใจ (แรงเสริมบวกเป็นสิ่งที่ผู้รับพึงพอใจ ส่วนแรงเสริมลบเป็นสิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจ)

### 3 การลงโทษ (Punishment)

เป็นการลดความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้สิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจ หรือการลดสิ่งเร้าที่พึงพอใจ เช่น เด็กเกเร แม่ดู หรือบางครั้งแม่อาจใช้วิธีการเมินเฉยแทน

หลักการเสริมแรงและการลงโทษ ( Reinforcement and Punishment )

วิธีการ	ให้	ลด
Reinforcement	Positive Reinfocer	Negative Reinfocer
Punishment	Negative Reinfocer	Positive Reinfocer

#### 4. เทคนิคการปรับแต่ง (Shaping Technique)

คือการปรับแต่งพฤติกรรมจากพฤติกรรมง่าย ๆ ไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อน อาจอาศัย ขบวนการ 2 ขบวนการ คือ

1. **Successive approximation** เป็นการใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) กับ พฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เราต้องการโดย ดำเนินการเป็น ขั้นตอน เริ่มต้นด้วยพฤติกรรมแรก ๆ ไปจนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย
2. **Chaining** เป็นการนำพฤติกรรมย่อย ๆ ต่าง ๆ มาเรียงลำดับจาก พฤติกรรมแรก (initial) จนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย (terminal) แล้วเริ่มฝึกจากพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ขึ้นมา

#### 5. การวางเงื่อนไขแบบเคาเตอร์ (Counter Conditioning)

เป็นการนำหลักการเรียนรู้ด้วยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) มาใช้ในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยการจับคู่ระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นกลางกับ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยตัวของมันเอง โดยการทำซ้ำ ๆ กัน จนกระทั่งสิ่งเร้า ที่เป็นกลางกลายเป็นเงื่อนไขของพฤติกรรม การใช้เทคนิคนี้เป็นการเปลี่ยนคุณค่า ของสิ่งเร้า Joseph Wolpe ได้นำวิธีการ Counter Conditioning มาใช้ เพื่อลดความ สัมพันธ์ระหว่างสิ่งทำให้เกิดความกังวลใจกับปฏิกิริยาตอบสนองดังเช่น วิธี Systemic Desensitization

**Systematic Desensitization** คือ การลดความรู้สึกวิตกกังวลอย่างมีระบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. **Hierarchy construction** การจัดลำดับความกังวลจาก มากที่สุดไปน้อยที่สุด
2. **Relaxation training** การฝึกการผ่อนคลายความเครียด
3. **Pairing of relaxation and anxiety scence** การจับคู่กันระหว่างการผ่อนคลาย กับความวิตกกังวล

#### 6. เทคนิคการใช้ตัวแบบ (Modeling technique)

คือ เทคนิคการลดความกลัว หรือ ความวิตกกังวลโดยการให้ดูตัวแบบ หรือตัวอย่าง ที่อยู่ใกล้เคียงกับคนไข้แล้วให้เลียนแบบ อาจใช้หลักของ relaxation เข้าช่วย โดยมีความ เชื่อว่า “มนุษย์เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากการสังเกตและปฏิบัติตามปกติพฤติกรรม ของมนุษย์มักเกิดจากการได้สังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น” วิธีนี้อาจใช้คู่กับ Systemic Desensitization เช่น การทดลองของ Bandura ในเด็กกลัวสุนัข ผู้บำบัดสร้าง Model ที่ดีให้เด็กดู เล่นกับสุนัขอย่างสนุกสนานให้เด็กดู จัด hierarchy ความกลัวของเด็ก จากน้อยไปมาก จากนั้นเอา Model ให้เด็กดู ค่อย ๆ ให้เด็กปฏิบัติทีละขั้นตอนจาก น้อยไปมาก ถ้าเด็กรู้สึกเครียดมากให้เด็กทำ relaxation โดยผู้บำบัดสอนหรือให้ บิดา มารดา อยู่ใกล้ซิด

## 7. การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training)

เป็นการฝึกให้คนใช้กล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่ควรแสดงออกในสังคม โดยไม่วิตกกังวล เพื่อขจัดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีความรู้สึกกังวล (เป็นการขจัด Unadaptive anxiety response) Wolpe ได้ใช้วิธีการ Assertive training โดยให้ผู้ป่วยกับผู้รักษาผลัดกันเล่นบทบาท ให้ผู้ป่วยช่วยดูจุดบกพร่องจากการแสดงบทบาทนั้น จนผู้ป่วยจะเห็นว่าควรแก้ไขพฤติกรรมของตนเองตรงไหน และนำไปฝึกหัดในทางจิตเวช

## การปรับพฤติกรรมมักนิยมใช้ใน

1. เด็กที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Conduct behaviors in children) เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ปัญหาการขบถ การควบคุมกล้ามเนื้อขบถ เด็กดูดี เด็กกลัวโรงเรียน เป็นต้น ใช้วิธีการเสริมแรง จะได้ผลดี

2. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพึ่งพา (Dependent patient) ในพวกแอลกอฮอล์ พวกติดยา ติดยา เป็นต้น ใช้ Classical conditioning technique หรืออาจใช้ยาบางชนิด เช่น พวก Antabuse (disulfiram) ทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว

3. ผู้ที่มีความพิการหรือบกพร่องทางปัญญา (Mental retardation) ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้ พยาบาลยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

4. พวกโรคอ้วน (Obesity) พวกที่รับประทานอาหารมากเกินไป ทำพฤติกรรมบำบัด โดยวิธีการดังนี้

- การประเมินและกำกับตนเอง (Self-monitoring) จดเวลารับประทานอาหารไว้ทุกครั้ง
- แยกแยะสิ่งเร้าที่ทำให้อยากอาหาร จำกัดเวลา สถานที่
- ผลัดผ่อนเวลารับประทานให้เลื่อนไปเรื่อย ๆ
- การใช้แบบอย่าง (Modeling)

5. โรคกลัวผิดปกติ (Phobia) ในผู้ป่วยที่กลัวผิดปกติ

6. โรคที่เจ็บปวดจากสภาวะทางจิตใจ (Psychogenic pain)

7. ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยหวาดระแวง (Schizophrenia & Paranoid)

## การปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่

หลักการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ดำเนินการดังนี้

1. Self – Monitoring โดย

- Frequency ศึกษาความถี่ของการสูบบุหรี่
- Situation ศึกษาสถานการณ์ที่สูบบุหรี่
- Consequence ศึกษาผลของการสูบบุหรี่

2. Heirarchy Construction จัดลำดับของความต้องการสูบบุหรี่

- 3. **หาตัวเสริมแรง** ที่ผู้รับบริการพึงพอใจ
- 4. **ดำเนินการ** ตามขั้นตอนของการปรับพฤติกรรม

**การจัดการกับพฤติกรรมปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินการ**

- 1. ความมุ่งมั่นและตั้งใจจริง
- 2. ความขัดแย้งในใจ
- 3. ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ

**สรุป**

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเปลี่ยนจากสูบบุหรี่เป็นไม่สูบบุหรี่ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำหลักการ และตัวอย่างไปประยุกต์ใช้ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยเน้นที่การกระตุ้นให้คนสูบบุหรี่หาวิธีที่เหมาะสมกับตัวเขามากที่สุด

**บรรณานุกรม**

อรรถวรรณ ลีอนุภวัชรชัย. (2545) . การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Belkin, G.S.(1982). An Introduction to Counseling. California : Wm. C. Brown Co.

Gilliland, B.E., James, R.K. and Bowman, J.T. (1994). Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon A Division of Simon & Schuster, Inc.

Jones, M. (1953). The Therapeutic Community : a New Treatment Method in Psychiatry. New York: Basic Books.

Keltner, N.L., Schwecke, L.H., and Bostrom, C.E. (1995). Psychiatric Nursing. 2nd ed. St. Louis : Mosby comp.

Lewis, E.C. (1970). The Psychology of Counseling. New York : Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Rebraca, L. S. (1994). Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Comp.

Rogers, C.R. (1976). Client-Centered Therapy. London : Redwood Burn Limited.

Shives L.R. (1994). Basic concepts of psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.

Steffire, B.S. (1965). Theories of Counseling. New York : McGraw-Hill.

Stone, J. (1979). " The Nurse counsellor's role at St. Thomas," Nursing Times 9 (August 1979) : 1344.

Stuart, G. W. and Laraia, M. T. (1998). Stuart & Sundeen's Principle and Practice of Psychiatric Nursing . 6th ed. St. Louis : Mosby comp.

Vancarolis, E. M. (1998). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Comp.

Wilson H.S., Kneisi C.R. (1992). Psychiatric nursing. 4th ed. California : Addison-Wesley. Publish Comp.

## บทที่ 5

# การสร้างแรงจูงใจ และพฤติกรรมบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่

กรรณจิต วาที่สาธกกิจ



## บทนำ

เมื่อพูดถึงคนสูบบุหรี่ คนส่วนใหญ่จะรู้สึกต่าง ๆ กัน บุคลากรสาธารณสุขจะรู้สึกเป็นห่วงสุขภาพของคนสูบบุหรี่ และอยากช่วยให้เขาเลิกสูบบุหรี่ จะเพราะสงสาร หรือรำคาญกลิ่นควัน หรือรังเกียจความร้ายกาจของควันบุหรี่ มือสองก็ตาม

คนบางคนอาจรู้สึกรังเกียจถึงขั้นจะไม่เลือกเป็นคู่ครอง บางคนอาจรู้สึกเฉย ๆ จะเพราะเป็นคนในครอบครัวสูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองจนชิน หรือปล่อยวาง ทำใจ เพราะขอร้องให้เขาเลิกสูบบุหรี่ที่ไรก็จะเกิดความขัดแย้งตามมา มีภรรยาบางคนถึงขั้นซื้อบุหรี่ให้สามีสูบบุหรี่ บอกว่า เพราะสงสารที่เห็นสามีเลิกสูบบุหรี่แล้วหงุดหงิด ซึ่งจริง ๆ แล้วภรรยาไม่ต้องการให้เกิดความขัดแย้งจากการเลิกสูบบุหรี่ คิดแล้วก็รู้สึกถึงความร้ายกาจของควันบุหรี่ เพราะไม่เพียงทำร้ายสุขภาพของคนสูบบุหรี่ของคนที่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ สูญเสียเงินโดยใช้เหตุแล้ว ยังทำลายสุขภาพจิตและความสงบสุขของครอบครัวอีกด้วย

ความรู้สึกของเด็กบางคนที่ได้รับอิทธิพลของค่านิยมไม่สูบบุหรี่ทั้งจากสื่อต่าง ๆ จากโรงเรียน และในบ้านที่พ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ จะถึงขั้นแสดงออกตรง ๆ กับคนที่สูบบุหรี่ใกล้ ๆ เขา “เหม็น” เด็กบางคนเห็นพ่อสูบบุหรี่เมื่อไรก็จะร้องให้ “ไม่อยากให้พ่อตาย” ซึ่งทำให้พ่อหลายคนเลิกสูบบุหรี่ได้จากถ้อยคำไร้เดียงสาของลูก

แต่เมื่อคิดถึงการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะบอกว่า ไม่ทราบว่าจะบอกเขาอย่างไร ให้เลิกสูบบุหรี่ หลายคนประสบปัญหาใหญ่คือคุณพ่อหรือสามี/ภรรยาสูบบุหรี่ และไม่สามารถทำให้เขาเหล่านั้นเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เพราะหวังใยทั้งสุขภาพคนสูบบุหรี่และสุขภาพของตัวเอง

บุคลากรสาธารณสุขหลายคน ก็ประสบปัญหาดังกล่าว เกิดความไม่แน่ใจว่า “แล้วจะไปช่วยคนอื่นให้เลิกได้อย่างไร ขนาดคนใกล้ชิดเขายังไม่ฟังเลย” “ยังช่วยให้พ่อเลิกไม่ได้เลย”

ก็อยากจะบอกว่า อย่าท้อใจ และจงฝึกประสบการณ์ช่วยให้คนอื่นเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ก่อน ค่อยมาช่วยให้คนใกล้ชิดเลิกต่อไป เพราะจากประสบการณ์ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ของผู้เขียน ที่ผู้ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ขอคำปรึกษา และจากรายงานเรื่องเลิกบุหรี่ของต่างประเทศ พบว่า คนในครอบครัวคือผู้ช่วยให้เลิกยากที่สุด หากเขาไม่เกิดแรงบันดาลใจอย่างจริงจังที่จะรักและหวังใยความรู้สึกของเรา

ประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้พูดคุยกับคนสูบบุหรี่มานานหลายปี ทั้งการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเป็นวิทยากรกลุ่มเพื่อช่วยให้พนักงานเลิกสูบบุหรี่ให้กับบริษัท โรงงาน หน่วยงานรัฐ และโรงเรียน พบว่าคนสูบบุหรี่ต้องการกำลังใจและแนวทางปรับพฤติกรรม และหากเขาค้นหาแรงบันดาลใจได้ เขาจะเลิกได้ง่ายมาก ถึงแม้ว่าบางคนต้องพยายามหลายครั้งก็ตาม ระยะเวลา ๆ ที่มียาช่วยให้เลิกออกมามากขึ้น คนสูบบุหรี่หลายคนก็ต้องการยาหรือนิโคตินทดแทน

คนที่ช่วยให้ผู้อื่นเลิกสูบบุหรี่จึงต้องมีความอดทน มีหัวใจที่จะให้เป็นสำคัญ ตามมาด้วยความรู้และความกล้าที่จะทำ และบุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความพร้อมที่สุด และมีประสิทธิภาพมากที่สุดที่จะจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ เพียงว่าหากไม่ก็ประโยชน์ เวลาไม่กินยา ก็สามารรถทำให้ผู้รับบริการอยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้นได้ และมีโอกาสที่จะปฏิบัติได้ในงานประจำ โดยไม่ได้เพิ่มแรงกายใด ๆ เพราะการช่วยให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการของการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นหลัก

หนังสือเล่มนี้จึงเน้นบุคลากรสาธารณสุขเป็นสำคัญ และเน้นที่การสร้างแรงจูงใจและพฤติกรรมบำบัดในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่

## การจูงใจ : หัวใจสำคัญของการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

“ไม่มีใครทำให้คนสูบบุหรี่เลิกสูบได้หากคนสูบบุหรี่คนนั้นไม่ต้องการเลิกสูบ การเลิกสูบบุหรี่ต้องมีสิ่งจูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจที่อยากเลิก และหากเกิดแรงบันดาลใจ คนสูบบุหรี่นั้น ก็ จะเลิกบุหรี่ได้อย่างง่าย ๆ” เป็นคำพูดของคนเคยสูบบุหรี่คนหนึ่ง ที่เข้าร่วมกลุ่มกระบวนการกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้เขียนเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม

จากประสบการณ์ทั้งการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และเป็นวิทยากรกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่สรุปได้ว่า แรงจูงใจที่เกิดจากสุขภาพของตัวผู้สูบเอง หรือผู้ใกล้ชิด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูก) ขอร้องราคาบุหรี่ที่แพงขึ้น กระแสสังคม จากสภาพแวดล้อมเช่น “ที่ทำงานไม่ให้สูบ” และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือจากบุคลากรสุขภาพ สามารถก่อให้เกิดแรงบันดาลใจ ให้ผู้สูบบุหรี่ลงมือเลิกสูบและเลิกได้อย่างถาวรในที่สุด การสร้างแรงจูงใจจึงเป็นประเด็นหลักข้อหนึ่งของพื้นฐานการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่

## หลักพื้นฐานของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่โดยพฤติกรรมบำบัด

ประกอบด้วยสามประเด็นหลัก คือ

### 1. การจูงใจ

มีเป้าหมาย เพื่อให้คนสูบบุหรี่เกิดความต้องการเลิกสูบบุหรี่

### 2. การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มีเป้าหมาย เพื่อให้คนสูบบุหรี่เกิดความเชื่อมั่นในตน สามารถควบคุมตนเองและลงมือเลิกสูบอย่างถาวร

### 3. การแสดงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

มีเป้าหมายเพื่อเสริมแรงจูงใจและให้การประทับประคองทั้งระยะต้องการเลิก กำลังเลิก และเลิกได้แล้ว เพื่อให้เลิกสูบได้อย่างถาวร

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. การจูงใจ การสร้างแรงจูงใจ – ช่วยเหลือบุหรี่งายขึ้น

แรงจูงใจหมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือสถานการณ์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นภายในใจบุคคล แล้วส่งผลให้บุคคลนั้นพร้อมที่จะเริ่มต้นกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือคงไว้ซึ่งการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด เช่นแรงจูงใจที่ทำให้คิดอยากเลิกสูบบุหรี่หรือลงมือเลิกและไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก เป็นต้น

คำว่าเกิดแรงจูงใจอธิบายกระบวนการได้ดังนี้

- กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม
- ให้ทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรม
- ทำให้พฤติกรรมนั้น ๆ คงอยู่ตามเป้าหมาย
- นำไปสู่พฤติกรรมที่ได้เลือกแล้ว

มีทฤษฎีแรงจูงใจมากมาย แต่ในแนวคิดการนำมาใช้แล้วคล้ายคลึงกัน เมื่อผู้รับคำปรึกษาเกิดแรงจูงใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา ตัวอย่างการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้รับฟังเรื่องราวของผู้รับบริการ การออกกดลงกายสม่ำเสมอ การอ่านหนังสือหรือวารสารความรู้ ล้วนเพราะมีแรงจูงใจให้กระทำ สำหรับคนสูบบุหรี่ การคิดจะเลิกสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสูบบุหรี่เป็นไม่สูบบุหรี่ ก็มีผลมาจากแรงจูงใจที่สร้างขึ้นทั้งสิ้น

## ปัจจัยสำคัญ 6 ประการที่จะสร้างแรงจูงใจบุคคลอื่น คือ

### 1. เจตคติ (Attitude)

“เป็นการรวมมโนทัศน์ ข้อมูล และอารมณ์ เข้าด้วยกัน และเกิดเป็นความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีต่อบุคคลหนึ่งบุคคลใด กลุ่มบุคคล เหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด “

เจตคติถูกสร้างขึ้นจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การบอกเล่า และการตามอย่างต้นแบบ เช่น คนสูบบุหรี่คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นของเท่ หรือสูบบุหรี่ตามอย่างพ่อแม่หรือบุคคลที่เขาชื่นชอบ เป็นต้น การให้คำปรึกษาผู้สูบบุหรี่จำเป็นต้องมีการสร้างเจตคติที่ดีต่อคนสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาจึงจะเกิดความจริงใจและบรรยากาศของความเป็นมิตร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญอย่างหนึ่งของการให้คำปรึกษาที่จะจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่

การเป็นตัวอย่งที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ก็เป็นการสร้างแรงจูงใจได้อย่างดี การให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่ถึงข้อเสียของการสูบบุหรี่และข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ ก็จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ จึงสามารถเปลี่ยนได้ หากผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องการเลิกหรือไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้เขาเปลี่ยนเจตคติไปเป็นคิดจะเลิกหรือลงมือเลิกสูบบุหรี่ได้ ปัจจัยที่จะนำมาใช้ในการเปลี่ยนเจตคติได้มีหลายประเด็น

### 2. ความต้องการ (Need)

“เป็นแรงขับเคลื่อนภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นก้าวไปยังจุดหมายที่ได้กำหนดไว้”

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการ ความต้องการของบุคคลจะผลักดันให้เขาพยายามไปถึงจุดที่ต้องการหรือสมหวังในสิ่งที่ต้องการ เมื่อบุคคลนั้นหิว เขาก็จะไปหาอาหาร เมื่อเขาอิม เขาก็ไม่ต้องการอาหารอีกต่อไป เพราะเขาไปถึงจุดหมายคือได้อาหารมารับประทานแล้ว คนสูบบุหรี่

เมื่อต้องการเลิกสูบบุหรี่ เขาจะอดทนทุกวิถีทางที่จะไม่กลับไปสูบบุหรี่ และเมื่อเขารู้สึกอยากสูบบุหรี่ เขาจะไม่กลับไปสูบบุหรี่เพราะเขาต้องการเลิกสูบบุหรี่ และเขาเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะหนึ่งแล้ว เป็นต้น

การอภิปรายตัวอย่างของความต้อการที่นิยมมากที่สุดคือ ระดับความต้อการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) ซึ่งเรื่องการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในทุกระยะของทฤษฎีความต้อการของมาสโลว์ เช่น คนต้อการอาหารเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี แต่บุหรี่ทำให้สุขภาพเสื่อมลง และเกิดโรคร้ายต่าง ๆ นานา หรือเรื่องการยอมรับนับถือตนเอง การเลิกสูบบุหรี่ได้จะทำให้ผู้นั้นเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความเชื่อมั่นมากขึ้น

เมื่อผู้ให้คำปรึกษาต้อการให้คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ก็ต้อช่วยให้คนสูบบุหรี่รับรู้ถึงความต้อการของเขาเสียก่อน และช่วยพาเขาไปถึงจุดหมายปลายทางคือเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

### 3. การกระตุ้น (Stimulation)

“การเปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือประสบการณ์กระตุ้นให้บุคคลรู้สึกตื่นตัว” เช่น ตัวกระตุ้นที่ทำให้คนสูบบุหรี่ไม่อยากริเลิกคือกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ หรือความเชื่อ/เจตคติเดิมที่ได้มาจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ และตัวกระตุ้นที่อยากใหริเลิกคือความต้อการมีสุขภาพดี เป็นต้น

มีงานวิจัยระบุว่าตลอดชีวิตของมนุษย์ต้อการตัวกระตุ้น เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปตามปกติหรือตามที่เขาตั้งใจหมายไว้ ตัวอย่างการวิจัยเด็กเล็กที่อยู่ในสถานเลี้ยง เด็กกำพร้า และไม่ได้รับการอุ้มหรือกอดจากผู้ดูแล เด็กจะมีพัฒนาการทุกด้านช้ากว่าปกติ เป็นต้น คนสูบบุหรี่ก็เช่นเดียวกัน หากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมกับระยะความต้อการเลิกสูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ เขาจะกลายเป็นคนไม่สูบบุหรี่ได้ในที่สุด สิ่งที่จะกระตุ้นมีทั้งการให้คำปรึกษา การประคับประคอง เป็นกำลังใจ การให้ความรู้ทางแผนพับ กระแสรณรงค์ การจัดเขตปลอดบุหรี่ และค่านิยมสังคม ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ต้อการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีเพียง 30% ที่ลงมือเลิก และเลิกได้สำเร็จน้อยกว่า 10% สำหรับ คนที่ไม่มีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

### 4. ผลกระทบ (Affect )

“เป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ หรือความรู้สึกจากประสบการณ์ ความสนใจ และความรัก ความโกรธที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อมีอารมณ์ร่วมรับรู้ และจะไม่เกิดขึ้นขณะที่ความรู้สึกว่างเปล่า”

ผู้ให้คำปรึกษาและผู้สูบบุหรี่ต่างมีผลกระทบทางอารมณ์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย อารมณ์สามารถควบคุมได้แต่ต้อไม่ปิดอารมณ์ เพราะหากปิดอารมณ์จะกลายเป็นไร้อารมณ์ ก็เกิดความรู้สึกว่างเปล่า ไม่รับรู้ ไม่ต้อการเรียนรู้ใด ๆ ต่อไป ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้อทราบระดับอารมณ์หรือระยะความต้อการเลิกของคนสูบบุหรี่เสียก่อน เช่น หากเขากำลังมีปัญหาอื่นอยู่มาก เช่น กำลังเจ็บปวดจากอาการของโรค ก็ยังไม่ควรแนะนำให้เขาเลิกสูบบุหรี่ เพราะเขาจะไม่ต้อการรับรู้เรื่องประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ เขารับรู้แต่ว่าต้อการให้ความเจ็บปวดหายไป ในทางตรงข้ามหาก เขาเกิดความเจ็บป่วยและห่วงสุขภาพ เขาก็จะลงมือเลิก เป็นต้น

## 5. ความสามารถ (Competence)

“เป็นปัจจัยหลักของการสร้างแรงจูงใจ ที่จะทำให้นักคนหนึ่งเกิดความต้องการที่จะลงมือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ปล่อยให้สภาพแวดล้อมนำทางหรือควบคุมพฤติกรรมของเขา”

ตัวอย่างเช่นการสังเกตเด็กเล็กที่พยายามต่อภาพ เขาอาจใช้เวลาในการต่อภาพ แต่เมื่อเขาทำได้สำเร็จ เด็กจะรู้สึกพึงพอใจใจความสามารถของตนอย่างมาก ผู้ใหญ่จะเข้ามาตรงนั้นโดยแสดงความชื่นชม เด็กนั้นจะเกิดการเรียนรู้และใช้ความพยายามของเขาในกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป ผู้ใหญ่ก็เช่นเดียวกัน ต่างมีความสามารถในการแก้ปัญหาหรือทำกิจกรรมใด ๆ หากมีความพยายามและให้เวลาตนเองพอ

การให้คำปรึกษาผู้สูบบุหรี่ที่มารับคำปรึกษาก็เช่นเดียวกัน ผู้ให้คำปรึกษาต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่คิดวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ตามความสามารถของตนเอง และลงมือเลิกสูบบุหรี่ ด้วยวิธีของเขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่เขาสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเขาจะรู้สึกภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจที่จะเป็นแรงจูงใจให้เขาคงความเป็นคนไม่สูบบุหรี่ตลอดไปได้

## 6. การเสริมแรงจูงใจ (Reinforcement)

“เป็นเหตุการณ์ใด ๆ ที่จะคงไว้หรือเพิ่มพลังในการกระทำกิจกรรมใด ๆ”

การเสริมแรงมี 2 ชนิดคือ เสริมแรงเชิงบวกและเชิงลบ

การเสริมแรงเชิงบวก จะเกิดขึ้นเมื่อผลที่ตามมาก่อให้เกิดความสุข ความน่ายินดี เช่นเมื่อทำโครงการหนึ่งสำเร็จ ได้รับการยอมรับให้นำผลงานไปเสนอในที่ประชุมใหญ่ และได้รับการยกย่อง เป็นการเสริมแรงเชิงบวก ให้เกิดแรงจูงใจที่จะดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่ดีต่อไป ผู้สูบบุหรี่ ก็เช่นกัน การที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีเงินเหลือเก็บ สามารถนำไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ ที่จำเป็นหรือไป ท่องเที่ยว หรือเมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้วรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้น หายใจโล่งขึ้น ก็เป็นแรงเสริมเชิงบวก เช่นกัน

การเสริมแรงเชิงลบจะเกิดขึ้นเมื่อต้องการลดหรือหลีกเลี่ยงผลเสียที่จะตามมาหลังการกระทำใด ๆ เช่น หากขับรถไม่ถูกตามกฎหมายจะต้องเสียค่าปรับ เขาจึงขับรถอย่างถูกต้องตามกฎหมาย การกระทำดังกล่าวมีแรงเสริมเชิงลบคือถูกปรับ จึงเลิกไม่กระทำ ผู้สูบบุหรี่ก็เช่นเดียวกัน แรงเสริมเชิงลบคือ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่หรือสังคมนรกเกียจ จะเป็นแรงเสริมเชิงลบให้เขาเลิกสูบบุหรี่

ในทางจิตวิทยาแล้ว แรงเสริมเชิงบวกจะมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนพฤติกรรมมากกว่าแรงเสริมเชิงลบ

**ปัจจัยหลากหลายที่ได้จากการพูดคุยกับคนสูบบุหรี่ที่เป็นแรงจูงใจให้เขาอยากเลิกและลงมือเลิกบุหรี่ในที่สุด มีดังนี้**

**กระแสแรงจูงใจ** องค์การภาครัฐและเอกชน สามารถจูงใจโดยการสร้างกระแสแรงจูงใจให้เกิดค่านิยมไม่สูบบุหรี่ในสังคม ได้แก่

**การประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ** ทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง วิธีเลิกสูบบุหรี่ ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวและชาติ และการป้องกันเด็กและผู้หญิงจากการเริ่มสูบบุหรี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ และความก้าวหน้าด้านการควบคุมยาสูบของชาติและของโลก ฯลฯ ประสิทธิภาพของการประชาสัมพันธ์ที่มีการออกแบบ และวางแผนอย่างดี จะเป็นการให้ความรู้และจูงใจประชาชนในวงกว้างให้คิดอยากเลิกสูบบุหรี่ และลงมือเลิกได้ คนสูบบุหรี่หลายคนที่ต้องการเลิกเพราะ “ผมเห็นโฆษณาทางทีวี หรือฟังวิทยุ” หรือบางคน “รอดิต ผมเห็นโฆษณาที่รอตแมล” “ไปที่ไหนก็มีแต่ป้ายห้ามสูบบุหรี่” และยังมีโปสเตอร์ที่เป็นสื่อ ประชาสัมพันธ์ที่กระจายได้อย่างกว้างขวาง

**การให้ความรู้ทุกรูปแบบ** ทั้งอย่างเป็นระบบและทั่วไป ทั้งส่วนบุคคล ส่วนท้องถิ่น และสื่อมวลชนทุกรูปแบบ การให้ความรู้ที่จะเกิดประสิทธิผลมากที่สุดและซึ่มลึกวิธีหนึ่งคือ การสอดแทรกเรื่องยาสูบเข้าไปในหลักสูตรหรือวิชาหนึ่งวิชาใดอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับระดับการศึกษา ตั้งแต่ชั้นอนุบาล เพราะเป็นเรื่องในชีวิตประจำวันของเด็กที่จะก่อให้เกิดความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่และไม่เริ่มสูบบุหรี่ ซึ่งขณะนี้มีเครือข่ายครูร่วมกับมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ทำบทเรียนการสอนเรื่องยาสูบและนำไปใช้แล้ว และกำลังดำเนินการจัดทำคู่มือครูเพื่อนำไปใช้ในการกระตุ้นให้ครูแสดงบทบาทช่วยให้นักเรียนเลิกสูบบุหรี่ นับว่าเป็นการปูพื้นฐานค่านิยมในระดับต้น ส่วนระดับอุดมศึกษาการใส่เรื่องยาสูบเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักสูตรวิชาชีพสาธารณสุข เป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกเรียกร้องความรู้จะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความตระหนัก และลงมือเลิกบุหรี่ หรือไม่เริ่มสูบบุหรี่ได้

### **โครงการช่วยให้เลิกบุหรี่**

ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่เจาะจงเฉพาะเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่คลินิกอดบุหรี่หรือหน่วยส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน และการทำกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่ หรือการเข้าค่าย ล้วนเป็นวิธีช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ได้ทั้งสิ้น คนสูบบุหรี่และหน่วยงานที่ต้องการช่วยให้พนักงานหรือเจ้าหน้าที่เลิกบุหรี่ต่างมีความสนใจในโครงการเลิกสูบบุหรี่ และคิดว่าจะสามารถช่วยให้เขาเลิกบุหรี่ได้

### **กฎหมายควบคุมยาสูบ**

กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายคุ้มครองสิทธิเด็ก (มาตรา 45) และกฎหมายสรรพสามิต ต่างเป็นปัจจัยที่จูงใจให้คนอยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น

**ภาพคำเตือนข้างซองบุหรี่** เป็นมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ในการจูงใจให้อยากเลิกบุหรี่ จากงานวิจัยของประเทศไทยและต่างประเทศ เรื่องความรู้สึกรู้สึก ต่อภาพคำเตือนข้างซองบุหรี่ พบว่าทำให้คนสูบบุหรี่อยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น จากรายงานการศึกษา ของนายแพทย์สุภกร บัวสาย และคณะ (2540) เรื่องอิทธิพลของภาพคำเตือนข้างซองบุหรี่ต่อ เยาวชนไทย พบว่าเยาวชนอายุ 15 และ 22 ปี ที่สูบบุหรี่ ประมาณร้อยละ 30 รู้สึกเกิดความยังคิดในการสูบบุหรี่ และร้อยละ 10 ได้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 42 บอกว่าทำให้ไม่รู้สึกอยากลอง และร้อยละ

31.5 บอกว่าได้ความรู้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นประเทศแรกที่มีภาพคำเตือนข้างซองบุหรี่ในปี 2543 หลังจากบังคับใช้ได้ 1 ปี สถาบันโรคมะเร็งแห่งแคนาดา ได้สำรวจผลของภาพคำเตือนข้างซองบุหรี่พบว่า ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 44 อยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ผู้ที่ตั้งใจจะเลิกอยู่แล้วร้อยละ 38 ระบุว่าภาพคำเตือนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เขาอยากเลิก ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 58 คิดถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

*กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่* การห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานและที่สาธารณะ เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่กระตุ้นให้คนเลิกสูบบุหรี่ มีงานวิจัยที่ทำในโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา พบว่าโรงพยาบาลที่ประกาศนโยบายปลอดบุหรี่และบังคับใช้เข้มงวด โดยไม่มีโครงการช่วยให้บุคลากรเลิกสูบบุหรี่ สามารถจูงใจให้บุคลากรเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่า โรงพยาบาลที่ไม่มีนโยบายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่หรือมีการบังคับใช้ไม่เข้มแข็ง แต่ทำโครงการช่วยบุคลากรให้เลิกบุหรี่ และการขยายเขตปลอดบุหรี่ในที่ทำงานและที่สาธารณะทำให้คนอยากเลิกบุหรี่มากขึ้น ดังตัวอย่างที่จะกล่าวต่อไป

*การขึ้นภาษีบุหรี่* เป็นแรงจูงใจให้คนอยากเลิกสูบบุหรี่อีกอย่างหนึ่ง และคนที่อยากเลิกอยู่แล้วจะมีโอกาสเลิก เพราะคนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ทั่วโลก เป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย ในประเทศไทย ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2547 พบว่า ประชากรที่มีระดับการศึกษา ยิ่งต่ำอัตราการสูบบุหรี่ยิ่งสูง โดยเฉพาะหญิงที่ไม่ได้รับการศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าหญิงที่ได้รับการศึกษาระดับอุดมศึกษา 20 เท่า ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9.6 ล้านคน เป็นประชากรที่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 64 และอยู่ในกลุ่มอาชีพคนงานรับจ้าง เกษตร ประมง ผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและเครื่องจักรโรงงาน คิดเป็นร้อยละ 74 ของจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด

ทั้งนี้มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับอาชีพ ซึ่งผลการสำรวจนี้ก็เห็นได้อย่างชัดเจน เมื่อใดที่มีการขึ้นภาษีบุหรี่ผู้ที่โทรศัพท์มาขอคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ด้วยเหตุผลว่าบุหรี่มีราคาแพงทำให้เขาอยากเลิก หรือบางคนจะลดจำนวนมวนลงให้เหลือเท่าที่เงินเท่าเดิมจะซื้อได้ และรายงานของกรมสรรพสามิตก็แสดงให้เห็นว่ายอดขายบุหรี่ลดลง แต่รายได้จากการเก็บภาษีไม่ลดลงเพราะบุหรี่ราคาแพงขึ้น การขึ้นภาษีบุหรี่จึงเป็นมาตรการหนึ่งที่จูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่

*บุคลากรสาธารณสุข* สามารถใช้แรงจูงใจในเรื่องที่เกี่ยวกับแต่ละบุคคล ซึ่งจากประสบการณ์พูดคุยกับคนสูบบุหรี่ และจากเอกสารงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถนำมาจูงใจให้คนลงมือเลิกสูบบุหรี่และอาจทำให้เลิกได้อย่างถาวรต่อไป คือ

ความกลัว ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและภาพลักษณ์ ตัวอย่างเช่น

- กลัวเป็นโรค ผู้เลิกสูบบุหรี่รายหนึ่งบอกว่าได้ดูวิดีโอของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ “เห็นภาพผ่าปอดแล้วกลัวจับใจ” กลัวเป็นมะเร็งปอด

- กลัวเป็นถุงลมปอดโป่งพอง เพราะเห็นบิดาเป็น “ไม่อยากเป็นเหมือนพ่อ นอกจากจะทรมาณ หายใจเหนื่อยหอบ ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ ลูกและเมียคอยเฝ้าผมเคยเฝ้าพ่อแล้วเพื่อนชวนเที่ยวไปไม่ได้ คับข้องใจมาก สงสารลูกถ้าผมเป็นเหมือนพ่อ แล้วเขาต้องมาดูแลผม ไม่ใช่เรื่องสบายใจเลย”
  - กลัวภาพจากซองบุหรี่ “ผมเลือกครับ ไม่เอาซองที่มีภาพถุงลมปอด น่ากลัว ภาพปากผมก็ไม่เอา” หรือได้ยินคำบอกเล่า หรือเห็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล “ไปเยี่ยมเพื่อนที่โรงพยาบาล คนไข้เตียงข้าง ๆ เขาใส่สายระโยงระยาง ดมออกซิเจนด้วย เพื่อนบอกว่าน่าสงสาร เขาเป็นถุงลมปอดโป่งพอง ผมไม่อยากเป็นอย่างนั้นเลย”
  - กลัวลูกตามอย่าง “ไม่เคยสนใจใครเวลาจะสูบบุหรี่ สูบวันละ 2 -3 ของ วันหนึ่งว่าง ๆ ผมจุดบุหรี่สูบ กำลังดูควีนสบายใจ ลูกชายอายุ 2 ขวบกว่า คลานไปหยิบก้านไม้ขีดที่พื้นแล้วทำมาสูบเหมือนผม ใจผมหายวาบ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้นไปเลย กลัวลูกโตขึ้นจะสูบบุหรี่”
  - กลัวเมียเป็นอันตราย “ติดบุหรี่มาตั้งแต่วัยรุ่น แต่งงานกับเมียว่า จะขออะไรก็ให้ทั้งหมด ยกเว้นอย่าขอให้เลิกบุหรี่ เมียผมก็ไม่เคยขอเลยครับ จนวันหนึ่งผมได้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของควีนบุหรี่มือสอง ผมเลิกเลย กลัวเขาเป็นอันตราย ”
  - กลัวแม่เสียใจ “อยากเลิก ก่อนที่แม่จะรู้ กลัวแม่เสียใจ”
  - กลัวเสียภาพลักษณ์ “สูบบุหรี่มา 4 ปี เลิกทีไรก็ปวดหัวมาก นั่งใกล้แฟนเขาก็บอกว่าตัวเหม็น เขาไม่มานั่งใกล้ผม ริมฝีปากก็ดำขึ้นด้วย อยากเลิกแล้ว จะได้หล่อขึ้นครับ”
  - *ไม่เคยรู้ว่าเหม็นอย่างนี้* “ไปเที่ยวผับกับเพื่อน กลับบ้านตีสอง ไม่อาบน้ำ เข้านอนเลยครึ่งหนึ่งเต็มตัว นอนไม่หลับเลยเพราะเหม็นตัวเองมาก ผมไม่รู้เลยว่าตัวเหม็นอย่างนี้”
  - *นึกว่าศพ* “ไปออกกำลังกายแล้วลืมนำเช็ดเหงื่อไว้ทำยารถ วันรุ่งขึ้นเปิดทำยารถ จะหยิบของ นึกว่ามีใครเอาศพมาไว้ทำยารถ เหม็นจริง ๆ ไม่เคยรู้เลยว่าตัวเองเหม็นอย่างนี้”
  - กลัวแก่เร็ว “อายุ 30 ปี เพื่อน ๆ ในกลุ่มยังดูดี (เพื่อนไม่สูบบุหรี่) กลัวแก่เร็ว
  - กลัวผิวพรรณหมอง “บุหรีมีส่วนเกี่ยวไหม?”
  - กลัวเตี้ย “สูบบุหรี่แล้วตัวเตี้ยไหม อยากตัวสูง”
  - กลัวหางานยาก “เพิ่งเรียนจบ เดียวนี้ไปที่ไหนก็ห้ามสูบบุหรี่ กลัวหางานยาก”
- เรื่องหางานยากสามารถนำมาสนใจได้กับคนสูบบุหรี่ที่เป็นเยาวชน เพราะเป็นระยะที่เรียนหนังสือ และต้องหางานทำในอนาคต
- นอกจากเรื่องหางานยาก แล้วยังมีเรื่องหาแฟนยาก มีบุตรยาก สมรรถภาพทางเพศเสื่อมซึ่งล้วนมีงานวิจัยพิสูจน์แล้วทั้งสิ้น ทั้งนี้ต้องใช้ให้เหมาะสมกับคนสูบแต่ละคน



**สุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ขึ้นไปที่แรงจูงใจเรื่องสุขภาพจะกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ ตัวอย่างเช่น**

■ **เริ่มมีอาการ**

“ปกติเตะบอลกับเพื่อนได้สบาย เดี่ยวนี้วิ่งแป๊บเดียวก็เหนื่อย ไม่ถึงครึ่งสนามวิ่งไม่ทันเพื่อนแล้ว”

“ไม่ไหวแล้ว นอนหายใจไม่ได้เลย หายใจไม่ออก ต้องนอนตะแคงตลอด”

“รู้สึกเป็นหวัดบ่อยขึ้น อ่อนแอลง”

“เป็นหวัดนาน ๆ ครั้ง แต่เป็นแล้วหายช้าลง แต่ก่อนเป็นไม่กี่วันก็หาย นี่เป็นครึ่งเดือนยังไม่หายเลย”

“ฟันผุเร็วจัง หมอฟันเขาบอกให้เลิก”

“ตอนกลางคืนก็หายใจไม่ค่อยออก หายใจไม่เต็มปอดเลย มีเสมหะมากตอนตื่นนอน สีกี่ดำ ผมจะเป็นมะเร็งปอดไหม”

**เจ็บป่วย**

ความเจ็บป่วยอาจจูงใจได้บางคน เพราะคนที่ยังไม่ป่วยอาจไม่คิดเรื่องนี้ แต่ประเด็นคือบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนอย่างมากในการจูงใจให้ผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ ยิ่งมีการติดตามระดับประคองต่อ โอกาสเลิกได้จะยิ่งสูงขึ้น

“ไปอยู่โรงพยาบาลหมอ/พยาบาลบอกให้เลิก ออกมาจากโรงพยาบาลก็ไม่สูบอีก”

“เป็นอะไรก็ไม่รู้ เจ็บหน้าอกเป็นพัก ๆ คงต้องเลิกสูบ”

“ไปผ่าตัด ไม่ได้สูบเลย 7 วัน ออกมาก็เลยไม่สูบ”

**รู้สึกผิด**

หลักการจูงใจข้อหนึ่งคือ อย่าประณาม หรือกล่าวโทษคนสูบบุหรี่ การจูงใจในประเด็นนี้ หากจะใช้ควรกระตุ้นให้เขาบอกเล่าประสบการณ์ออกมาเอง แล้วเสริมแรงจูงใจเชิงบวก

ลูกไม่เคยขอ “ลูกผมอายุ 12 ปี เขาไม่เคยพูดเรื่องผมสูบบุหรี่เลย วันหนึ่งผมสบายใจบอกลูกว่าพ่อจะอยู่กับเขาจนอายุ 80 เขาตอบกลับว่า สูบบุหรี่อย่างนี้หรือคิดจะอยู่ถึง 80 ผมรู้สึกผิดมากที่สุดที่เพิ่งทราบว่าลูกอยากให้ผมเลิกบุหรี่แต่ไม่กล้าบอกตรง ๆ”

น้ำตาแม่ “สูบบุหรี่ตั้งแต่เป็นนักเรียน ก่อนกลับบ้านต่างจังหวัดทุกเดือน จะเลิกบุหรี่ 7 วัน เพื่อไม่ให้แม่รู้ว่าสูบ ต่อมาารู้สึกว่าเลิกยากขึ้น ไม่พ่นวัน เลยใช้วิธีอมยาอมดับกลิ่นปากก่อนกลับบ้าน เข้าไปกราบแม่ แม่ร้องให้ถามว่ายังไม่เลิกสูบบุหรี่หรือ ผมรู้สึกว่าเป็นคนอกตัญญูที่ทำให้แม่ต้องเสียน้ำตา”

**สังคม**

เป็นพลเมืองชั้นสอง “แย่งจับผมรู้สึกรู้ว่าเป็นพลเมืองชั้นสอง แต่ก่อนผมสูบไม่เห็นมีใครมอง เดี่ยวนี้ผมจุดบุหรี่เท่านั้น ผู้คนหันมามองแบบรังเกียจกันมากมาย”

ที่ทำงานไม่ให้สูบ “เคยเลิกได้มา 3 ปี เพราะที่ทำงานเดิมไม่ให้สูบ ตอนนั้นก็กลับไปสูบอีก เพราะที่ทำงานใหม่ไม่ห้าม แต่อยากเลิกค่ะ”

“เจ้านายผมไม่สูบ เขาขอให้ผมเลิก ที่ทำงานผมก็ห้ามสูบ ผมว่าเลิกดีกว่า”  
 หาที่สูบยากมาก “เลิกดีกว่า หาที่สูบยากเหลือเกิน ที่ทำงานก็ห้าม ร้านอาหารก็ห้าม  
 ที่ไหน ๆ ก็ห้าม แต่ผมว่าดีนะทำให้อยากเลิกบุหรี่”

“คงต้องเลิกแล้ว ที่ทำงานผมจัดที่สูบบุหรี่เหลือที่เดียวตรงข้างบ่อบำบัดน้ำเสีย ร้อนก็ร้อน  
 เสียดัง เลิกดีกว่า”

ทำไมชีวิตต้องเป็นอย่างนี้ “ผมติดบุหรี่มานานมาก คิดว่าคงเลิกไม่ได้ แต่ตอนนี้ไปที่  
 ไหน ๆ ก็ห้ามสูบบุหรี่ จะสูบแต่ละทีก็ต้องระวังไม่ไปใกล้คนอื่น เขาจะมองแบบไม่เป็นมิตรเลย ผมเห็น  
 คนอื่นที่ไม่สูบบุหรี่เขาสูบสบายใจ ไม่ต้องลুকจนอย่างผม ผมก็คิดว่าทำไมชีวิตผมต้องเป็นอย่างนี้  
 คงต้องเลิกบุหรี่แล้ว”

ปัจจุบันการไม่สูบบุหรี่เป็นค่านิยมของสังคม คนไทย ประมาณ 7 คน ในทุก 10 คน  
 เป็นคนไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้คนจึงเป็นเรื่องที่ไม่เป็นที่ยอมรับอีกต่อไป และกฎหมาย  
 ห้ามสูบบุหรี่ที่บังคับใช้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ก็เป็นสิ่งที่บอกคนสูบบุหรี่ว่า  
 สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2550 องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้นานาประเทศทั่วโลก  
 รมรงค์เรื่องสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ 100% ก็จะมีผลผลักดันให้สังคมมีค่านิยมไม่สูบบุหรี่มากขึ้น

### เศรษฐกิจ

มักจะใช้กับผู้มีรายได้น้อย เด็ก และแม่บ้าน ซึ่งสามารถจูงใจได้  
 40:30 “เมื่อยให้เงินมาทำงานวันละ 70 บาท ซื้อบุหรี่ 40 บาท ที่เหลือก็ซื้อข้าวและค่ารถ  
 คิดดูแล้วถ้าไม่สูบบุหรี่ผมจะซื้ออาหารดี ๆ ทานได้ และมีเงินเก็บอีกด้วย”  
 ลองเก็บเงิน “ลองเก็บเงินเท่ากับที่ซื้อบุหรี่สูบ เดือนหนึ่งเป็นพัน น่าเสียดาย เลยเลิกสูบ”  
 ข้าวถูกกว่า “ทานข้าวผัดจานหนึ่ง 20 บาท แล้วผมก็คิดว่า ข้าวผัดทำให้อิม มีประโยชน์  
 ต่อร่างกาย ราคาถูกกว่าที่ซื้อบุหรี่อีก ทั้ง ๆ ที่บุหรี่ยังมันทำอันตรายเรา เลยเลิกสูบ”

### เพื่อคนอื่น ๆ/เหตุผลอื่น

ครอบครัว (แฟน แม่ เมีย ลูก) ขอร้อง คนที่เลิกเพื่อลูกส่วนใหญ่ มักเป็นแรงจูงใจ  
 ที่เข้มแข็งกว่าคนอื่นขอ “ผมว่าผมจะเลิกเพื่อลูกนะ ผมไม่อยากให้ลูกสูบบุหรี่เหมือนผม”

“ลูกผมขอหลายครั้งแล้ว ผมเลิกให้เขาไม่ได้ ครั้งนี้เขาอายุ 10 ปี แล้ว ผมจะเลิกให้เขา”

“แฟน/ภรรยาขอให้เลิกครับ ผมจะเลิกให้เขา”

“ผมจะเลิกให้แม่ แม่จะได้ดีใจ”

“อยากมีลูกค่ะ แฟนก็สูบ จะชวนกันเลิก”

เพื่อน ๆ เลิกหมดแล้ว ก็เป็นแรงจูงใจให้อยากเลิก เช่นกัน “เพื่อนผมเลิกหมดแล้วครับ  
 เขาบอกผมให้เลิกสูบบุหรี่ด้วย”

อยากเลิก ไม่มีเหตุผล “เบื่อบสูบแล้ว สูบมาพอแล้ว อยากเลิกเองไม่มีเหตุผล” คนพวกนี้  
 มักจะเกิดจิตใต้สำนึกจากกระแสรณรงค์ แต่จะไม่ยอมรับ จะยืนยันว่า อยากเลิกเองไม่มีเหตุผลอื่น  
 และมีหลายคนที่กลับไปสูบอีกด้วยเหตุผลที่ว่าหายเบื่อบแล้ว ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้หลัก 5R  
 ในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ

คำบอกเล่าแรงจูงใจที่ทำให้อยากเลิกที่ได้จากคนสูบบุหรี่ บุคลากรสาธารณสุขต้องเสริมข้อมูลหรือชมเชยเพื่อเสริมแรงจูงใจนั้น ๆ ให้เข้มแข็งขึ้น และแนะนำให้จำแรงจูงใจไว้เสมอ

**วิธีการให้ได้มาซึ่งแรงจูงใจของแต่ละคน** โดยการตั้งคำถามหรือจับประเด็นขณะพูดคุยกับคนสูบบุหรี่ ในคนที่อยากเลิกให้ถามว่า

- เคยเลิกมาก่อนไหม? และเพราะอะไรจึงเลิก?
- เพราะอะไรจึงคิดจะเลิกครั้งนี้?
- มีอะไร หรือใครที่ทำให้อยากเลิกสูบบุหรี่?

สำหรับคนที่ไม่ยอมเลิกหรือไม่แน่ใจให้พูดคุยเหตุผลใช้ 5R โดยเน้นการกระตุ้นให้คิด และเชื่อมโยงเข้าสู่ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้คนสูบบุหรี่ทั่วไปอยากเลิกสูบบุหรี่ โดยจับประเด็นที่คนสูบบุหรี่รักหรือกลัวหรือกังวลมากมากระตุ้นให้เหมาะสมกับคนสูบบุหรี่คนนั้นให้มากที่สุด

## 2. การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การให้ความรู้ที่เหมาะสม ต้องประเมินระยะความต้องการเลิกของคนสูบบุหรี่ก่อน และให้ความรู้หรือจูงใจให้เหมาะสมกับระยะความต้องการเลิกของคนสูบบุหรี่ จึงจะมีประสิทธิภาพและไม่เสียเวลา ในแต่ละระยะของความต้องการเลิกจะให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมแรงจูงใจที่เน้นต่างกัน แต่หลักการเลิกจะครบถ้วนเหมือนกัน

**การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม TTM (Transtheoretical Model)**

แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

- ระยะไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ (pre-contemplation)
- ระยะเริ่มคิดถึงการเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังไม่พร้อมที่จะเลิก (contemplation)
- ระยะตั้งใจว่าจะเลิกและพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Preparation)
- ระยะลงมือเลิกสูบบุหรี่ (Action)
- ระยะเลิกได้และไม่คิดจะกลับไปสูบบุหรี่อีก (maintenance)

ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะเน้นหลักการให้ความรู้ที่แตกต่างกัน แต่เนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมือนกัน

**หลักการให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มคนสูบบุหรี่ที่แตกต่าง**

เด็กและวัยรุ่น

- ฟังอย่างตั้งใจ
- ให้ความเมตตา ความเข้าใจ เป็นพวก
- เชื่อมโยงภาพลักษณ์ เงิน อนาคต เป็นหลัก
- กระตุ้นสัญชาตญาณของการเอาชนะ

ผู้หญิง

- เน้นที่ภาพลักษณ์ ความสวยความงาม สุขภาพ
- ให้คำแนะนำเน้นที่ป้องกันน้ำหนักตัวเพิ่ม
- ฟังอย่างตั้งใจ จับประเด็นปัญหาให้คงที่
- ปรึกษาประคองต่อเนื่อง

กลุ่มที่มีความเชื่อ

กลุ่มนี้ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจอยู่ที่ไม่คิดจะเลิก (Pre-contemplation) หรือลังเลใจไม่พร้อมที่จะเลิก (Contemplation) หลักการให้คำแนะนำคือ

- ถามประสบการณ์
- ไม่ได้แย่ง ให้เหตุผล เสริมข้อมูล
- กระตุ้นให้คิด
- จูงใจต่อเนื่อง

กลุ่มที่อยากเลิก พร้อมที่จะเลิก

- ถามประสบการณ์
- เสริมแรงจูงใจ
- แนะนำวิธีเลิก

กลุ่มที่กำลังลงมือเลิก

- ให้กำลังใจ ชมเชย
- ถามอาการและความรู้สึกปัจจุบัน
- เสริมแรงจูงใจ
- ช่วยกันค้นหาทางเลือก ให้ความรู้เพิ่ม
- ปรึกษาประคองต่อเนื่อง

กลุ่มผู้ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่

- ให้ความเห็นใจ
- รับฟังปัญหา
- ค้นหาประสบการณ์
- แนะนำวิธีปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด
- กระตุ้นให้คิด เสริมกำลังใจ

ตัวอย่างการให้ความรู้ เป็นประโยคนำเสนอในภาษาที่เข้าใจง่ายอย่างสมบูรณ์ ในการนำไปใช้พูดคุยกับคนสูบบุหรี่ ไม่จำเป็นต้องพูดทั้งหมดในทุกคน เลือกเฉพาะที่จะทำให้คนสูบบุหรี่จับประเด็นได้และเกิดความรู้เพื่อคิด และเกิดแรงจูงใจ และใช้หลักของการให้ความรู้ในแต่ละกลุ่มดังกล่าวข้างต้น

**ระยะไม่คิดจะเลิกสูบ** (สร้างจิตสำนึก สร้างความระทึกใจ)

คนสูบบุหรี่ : ทำไมพูดกันแต่บุหรี่ไม่ดีที่ดีทำไมไม่พูด

ผู้ให้คำปรึกษา : ที่ว่าบุหรี่ดีคืออะไร?

คำตอบของคนสูบบุหรี่จะคล้ายคลึงกันคือ “สูบแล้วสบายใจคลายเหงา” “บุหรี่ช่วยคลายเครียด” “การเลิกทำให้มีอาการหงุดหงิด” “สูบแล้วทำให้ทำงานได้, คิดออก, มีสมาธิ”

ผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้เพื่อเกิดความเข้าใจ

“ในควันบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติด ซึ่งสารเสพติดทุกชนิดจะทำให้ผู้เสพเกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย สมองปลอดโปร่ง คลายเครียด แต่สารเสพติดทุกชนิดจะไม่คงอยู่ในร่างกาย เมื่อระดับสารเสพติดลดลงร่างกายจะเกิดอาการไม่สุขสบาย รู้สึกหงุดหงิด และจิตใจจะเรียกร้องให้มีการเสพซ้ำ นิโคตินในบุหรี่ยิ่งเช่นเดียวกัน เมื่อสูบบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดและไปยังสมองภายในเวลา 6 วินาทีเองถ้าสูดลึก จะทำให้ผู้สูบรู้สึกผ่อนคลาย คลายเครียดทันที แต่หลังสูบ 2 ชั่วโมง ระดับนิโคตินในร่างกายจะลดลงครึ่งหนึ่ง และภายใน 2 วัน หากไม่ได้รับควันบุหรี่เลย นิโคตินจะไม่เหลือในร่างกายเลย

ในคนที่สูบจัด หลังสูบ 2 ชั่วโมงเขาจะรู้สึกกระวนกระวายแล้ว จิตใจจะคิดแต่ว่าอยากสูบบุหรี่ คนที่ทำงานกับเครื่องจักรมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า เพราะใจอยู่กับบุหรี่แล้ว ไม่อยู่กับเนื้อกับตัว และคนที่พยายามเลิกบุหรี่หรือการที่เป็นสูงสุดคือวันที่ 3 เพราะจิตที่ถูกนิโคตินควบคุมไว้เรียกว่า “อย่าทิ้งฉันไป เอาฉันกลับมาอีก แล้วคุณจะรู้สึกสุขสบาย” หลายคนที่ต้องพ่ายแพ้และกลับไปสูบอีก วนเวียนเป็นทาสสารเสพติดนิโคตินต่อไป เพราะคิดว่าดี “มันช่วยให้ฉันรู้สึกสบาย” แต่ที่คิดอย่างนั้น เป็นเช่นนั้นจริงหรือบุหรี่ยังจริงหรือ?

เพราะคนทุกคนต่างมีความเครียด ต่างมีปัญหาต่าง ๆ นานา ที่ต้องเผชิญและแก้ไข และคนไทยที่สูบบุหรี่มี ประมาณ 9.6 ล้านคน ที่เหลืออีก 40 กว่าล้านคน ไม่สูบบุหรี่เขามี เครียดแยะหรือบางคนเครียดมากกว่าคุณอีก แต่เขาให้เวลา และสติในการแก้ไขปัญหา ไม่ใช่หนีโคตินมาแก้ที่ว่าบุหรี่ทำให้คลายเครียด มิงานวิจัยว่า คนสูบบุหรี่เครียดง่ายและเครียดบ่อยกว่าคนไม่สูบบุหรี่แล้วที่คุณว่าบุหรี่ยิ่งนั้น เป็นเพราะสารเสพติดนิโคตินควบคุมคุณไว้นั่นเอง ทำให้คุณต้องพึ่งบุหรี่ยิ่งตลอด” (สร้างจิตสำนึก)

สำหรับเรื่องสูบแล้วสบายใจคลายเหงา ผู้ให้คำปรึกษาก็พูดเรื่องผลจากสารเสพติดนิโคตินที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่สรุปที่ว่า “การสูบบุหรี่เพื่อคลายเหงา เป็นความเสี่ยงที่ไม่คุ้ม”

พร้อม ยกตัวอย่างโรค ภาพลักษณ์ เศรษฐกิจ การรู้จักใช้เวลาว่าง การติดมากขึ้น “หากสูบนานขึ้นจะทำให้เลิกยากขึ้น มีวิธีอื่น ๆ อีกมากมายที่จะทำให้คลายเหงาได้” และช่วยให้คนสูบคิดว่ามีอะไรบ้าง ที่จะทำแทนการสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเหงา

ตัวอย่างสูบเมื่อว่าง เหงา เบื่อ

“ไม่รู้เป็นอะไร ไม่สูบได้ทั้งวัน พอกลับถึงบ้านจะอยากสูบทันที และจะคิดถึง ๆ กันเลย 2 มวน อีก 2 มวนก่อนนอน (อยู่หอพักคนเดียว)”

“นอนดูทีวีบ้างต้องดูบุหรี่ยี่?”

“รู้สึกกว้าง ๆ เบื่อ ๆ เมื่อไร ต้องเดินออกจากบ้านไปดูบุหรี่ยี่ (ชายมีภรรยาและลูก)”  
คุณจะสนใจเขาอย่างไรดี?

**ข้อมูลเพิ่มเติม** การสูบบุหรี่ ร่างกายจะได้รับนิโคตินประมาณ 1- 2 มก.ต่อมวน เมื่อสูดควันบุหรี่ยี่เข้าไป นิโคตินจะเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็วและเข้าสู่สมอง โดยทั่วไปคนสูบบุหรี่จะสูด 10 ครั้ง ภายในเวลา 5 นาที ดังนั้นคนที่สูดวันละ 1½ ซอง (30 มวน) ต่อวัน จะสูดนิโคตินเข้าสู่สมองถึง 300 ครั้งต่อวัน ทันทีที่สูดดมได้รับนิโคตินเขาจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า เพราะมีการกระตุ้นต่อมอะดรีนาลีนให้หลั่งสารอะดรีนาลีน ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารกลูโคส และเพิ่มความดันโลหิต อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น นิโคตินยังไปกดการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ทำให้คนสูบบุหรี่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อยอยู่เสมอ ข้อมูลนี้สำหรับเน้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือคนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

**คนสูบบุหรี่ :** รู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่ดี จะเลิกสูบเมื่อไรก็ได้

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ในบุหรี่ยี่มีสารเสพติด อาจทำให้เลิกไม่ถาวรอย่างที่คิด การเสพติดบุหรี่ยี่ก็เหมือนกับการเสพติดสิ่งเสพติดอื่น เช่น เฮโรอีน ยาบ้า กวาร์ร้อยละ 90 ของผู้ที่เสพติดบุหรี่ยี่รู้ว่าบุหรี่ยี่ไม่ดี ร้อยละ 80 อยากรเลิก เพียงร้อยละ 30 ที่ลงมือพยายามเลิก น้อยกว่าร้อยละ 5 ที่เลิกสูบได้สำเร็จ แต่ถ้าได้รับคำแนะนำวิธีปรับพฤติกรรมจะเลิกได้มากขึ้น บุหรี่ยี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีอำนาจการเสพติดสูงสุดในหมู่ยาเสพติดด้วยกัน และเลิกยากที่สุด ผู้ที่ติดบุหรี่ยี่จะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของนิโคติน ไม่มีอิสระในการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง คุณสูบมา ...ปีแล้วรีบเลิกเสียเถอะ ถ้าสูบต่อไปจะติดมากขึ้น เลิกยากขึ้นได้

**คนสูบบุหรี่ :** สูบแล้วถ่ายสะดวก สูบอยู่ไม่กี่มวนเฉพาะตอนถ่ายอุจจาระ

**ผู้ให้คำปรึกษา :** จริง เพราะบุหรี่ยี่มีนิโคตินที่เป็นสารเสพติด และมีฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดหดตัว จึงกระตุ้นการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ให้หลั่งกรดออกมามากกว่าปกติ คนสูบบุหรี่จึงเสี่ยงต่อการเป็นแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ และหากสูบบุหรี่ด้วยดื่มสุราก็ยิ่งเสี่ยงสูงขึ้น 4 เท่า (สร้างความระทึกใจ)

สำหรับลำไส้ก็ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นได้ แต่คนสูบบุหรี่ทุกคน ไม่ต้องสูบบุหรี่เพื่อให้ถ่ายอุจจาระจะมีเฉพาะคนที่ผูกบุหรี่ยี่เข้ากับการขับถ่าย เหมือนบางคนผูกกาแฟ เข้ากับการขับถ่าย ยังไม่ได้ดื่มกาแฟจะถ่ายไม่ออก บางคนยึดความเป็นส่วนตัว เมื่อออกนอกสถานที่ หากมีเสียงอึกทึก ก็จะถ่ายไม่ออก เป็นการเชื่อมโยงจนเป็นนิสัย หรือความเคยชิน หากบุหรี่ยี่จริงที่ทำให้ถ่ายอุจจาระได้ คนไม่สูบบุหรี่อีกมากมายทั่วโลก และคนสูบบุหรี่อีกมากมายที่ไม่ต้องสูบบุหรี่เพื่อขับถ่าย มีท้องผูกกันหมดหรือ (สร้างจิตสำนึก) ลองสร้างพฤติกรรมใหม่ โดยวางแผนออกกำลังกาย รับประทานผักมากขึ้น ผลไม้รสเปรี้ยว ดื่มน้ำวันละอย่างน้อย 10 แก้ว นั่งห้องน้ำเวลาเดิม นั่งนานเท่าเดิม ขณะนั่งห้องน้ำ อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ไม่เครียด อุจจาระยังไม่ออกไม่เป็นไร ทำอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 2-3 วัน อุจจาระจะออกมาเองโดยไม่ต้องพึ่งบุหรี่ยี่ (บอกวิธีเพื่อจูงใจ)

คนสูบบุหรี่: สูบบุหรี่ไม่ทำให้ถึงตาย

ผู้ให้คำปรึกษา : คนสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ก็ต้องตายทุกคน การสูบบุหรี่ที่คุณคิดว่าขณะนี้ยังไม่ทำให้ถึงตาย มีหน้าซ้ำยังทำให้คุณรู้สึกสบายใจซะอีก จริง ๆ แล้วเป็นปีศาจร้ายเลย พิษของบุหรี่เป็นพิษสะสม ค่อย ๆ ก่อนทำลายสุขภาพคนสูบบุหรี่ทีละน้อย เมาเงินที่ควรเหลือเก็บ ไปทุกวัน

50% (หรือครึ่งหนึ่ง) ของคนที่สูบบุหรี่จะป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคหัวใจ มะเร็งปอด ถุงลมปอดโป่งพอง หากเป็นโรคหัวใจก็ตายเร็วหน่อย ไม่ค่อยทรมาน จะทรมานก็หัวใจของคนที่รักคุณที่ยังอยู่โดยไม่มีคุณ

หากเป็นมะเร็ง ก็ทรมานขึ้นมาอีกหน่อย เพราะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังจากเริ่มมีอาการเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน ประมาณร้อยละ 80 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี และแม้ว่าจะให้การรักษาย่างดี ก็จะมีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 2 ถึง 5 เท่านั้น

หากเป็นถุงลมปอดโป่งพอง ตอนนี้คุณรู้สึกเหนื่อยง่ายไหม? โรคนี้ทรมานสุด ๆ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นว่าเล่น ครอบครัวยุติแล้ว สงสาร อาการคือหายใจลำบาก เพราะปอดถูกทำลายจนความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ต้องพยายามหายใจให้ร่างกายได้ออกซิเจนพอ ลักษณะเหมือนคนจมน้ำ ที่ได้โผล่ขึ้นมาหายใจเดี่ยวเดียวก็จมลงไปอีก ประมาณ 90% ของคนที่เสียชีวิตด้วยโรคถุงลมปอดโป่งพองมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลา จนกว่าจะเสียชีวิต การสูบบุหรี่ไม่ได้ทำให้ถึงตายทันที แต่จะส่งผลร้ายที่ทำให้ตายทรมานในอีก 20-30 ปีข้างหน้า (สร้างความระทึกใจ) ทำให้คนสูบบุหรี่ไม่ค่อยกลัวเพราะส่งผลช้า กว่าที่รู้ตัวก็สายเสียแล้ว (ทดลองให้หายใจผ่านหลอดคาแฟชนิดยาว)

คนสูบบุหรี่ : คนมากมายที่สูบแล้วไม่เห็นเป็นอะไร

คนสูบบุหรี่ : พ่อผมสูบตั้งแต่ผมเกิดไม่เห็นเป็นอะไร แข็งแรงด้วย

ผู้ให้คำปรึกษา : 50% (หรือครึ่งหนึ่ง) ของคนสูบบุหรี่จะป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คนที่ไม่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อายุจะสั้นกว่าที่ควรเป็นประมาณ 8 ปี และในระยะสูงวัยขึ้นร่างกายจะทรุดโทรมเร็วกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 10-20 ปี โดยทดสอบสมรรถภาพปอด เช่น คนสูบบุหรี่อายุ 60 ปี สมรรถภาพปอดจะเท่ากับคนไม่สูบบุหรี่อายุ 70-80 ปี หากคุณคิดว่าจะไม่เป็นโรคจากการสูบบุหรี่ เพราะคิดว่าคงจะเหมือนคุณพ่อ หรือคนสูบบุหรี่คนอื่น ๆ ที่อายุมากแล้วไม่เห็นเป็นอะไร คุณแน่ใจไหมคะว่ามวนต่อไปที่คุณจุดขึ้นสูบ จะไม่ใช่มวนแรกๆ ที่เริ่มโรคร้ายให้กับคุณ (สร้างความระทึกใจ) เราไม่ทราบหรือกว่ามวนไหนจะเริ่มความร้ายกาจ เพราะทุกมวนสะสมพิษมาทีละน้อย เมื่อถึงจุดหนึ่งที่ร่างกายรับไม่ไหวแล้ว ซึ่งก็ไม่ทราบว่ามวนไหนโรคต่าง ๆ ก็จะถามหา

บุหรี่ที่คุณพ่อเริ่มต้นสูบในสมัยนั้น มีพิษน้อยกว่าบุหรี่ที่คุณสูบมาในรอบ 10-15 ปีมานี้ เพราะบริษัทบุหรี่มีการใส่สารปรุงแต่งรสชาติ กลบความฉุน ต่าง ๆ นานา นั่นหมายถึง เพิ่มสารเคมีที่มีพิษและสารก่อมะเร็งขึ้นด้วย แต่ก่อนสารก่อมะเร็งในบุหรี่มีเพียง 43 ชนิด ปัจจุบันเพิ่มเป็นมากกว่า 60 ชนิดแล้ว พิษของบุหรี่ที่คุณสูบที่มากกว่าบุหรี่ในอดีตจึงจะส่งผลร้ายได้เร็วกว่า

อีกประเด็นคือ คุณแน่ใจไหมว่าคุณมีการดำเนินชีวิตเหมือนคุณพ่อหรือคนสูบบุหรี่คนอื่น ๆ ที่อายุมากแล้วไม่เห็นเป็นอะไร อากาศรอบตัวคุณขณะนี้ มีมลพิษมากกว่าสมัยก่อน ไหนจะความเครียดจากการตื่นนอนในชีวิตประจำวัน อาหารล้วนไม่ปลอดสารพิษมากขึ้น อย่าประมาทและคิดว่าจะไม่เป็นไร เพราะมลภาวะต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของคุณที่เป็น ปัจจัยเสริมให้เกิดโรคร้ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเมื่อเทียบกับสมัยคุณพ่อ เลิกสูบบุหรี่เถอะ ไม่มีคำว่าสายหรือว่าคุณยังโชคดีที่สูบบุหรี่มาหลายปียังไม่มีอาการอะไร รีบเลิกเสียก่อนจะโชคไม่ดีเถอะ

มีรายงานผลการ วิจัยเรื่องผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ถ้าชายอายุ 50-54 ปี เลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการ เป็นมะเร็งปอด ถุงลมปอดโป่งพอง หลอดเลือดสมองแตก หรือหัวใจวาย จะลดลง 40% หลัง เลิกสูบบุหรี่ 10 ปี จะเห็นว่าผลร้ายของบุหรี่ยี่สิบสามใช้เวลานาน จึงต้องให้เวลานานในการฟื้นตัว เช่นกัน ถ้าเลิกสูบได้เร็วโอกาสฟื้นตัวก็เร็ว

คนสูบบุหรี่ : ทำไมรัฐบาลไม่ปิดโรงงานยาสูบ

ผู้ให้คำปรึกษา : หากรัฐบาลปิดโรงงานยาสูบ คุณอาจเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ไม่แน่ใจว่าคนสูบบุหรี่อีก 9.6 ล้านลบ 1 คน จะเลิกได้เหมือนคุณไหม เพราะบุหรี่ยี่สิบสามเสพติดนิโคติน ผู้เสพต้องพยายามหามาเสพให้เกิดความพึงพอใจอยู่เสมอ ถ้าเปรียบเหมือนยาบ้าเฮโรอีนหนึ่งถูกปิดลงคนที่ซื้อยาบ้าจากเฮโรอีนนั้นย่อมต้องเปลี่ยนไปซื้อจากเฮโรอีนอื่น บุหรี่ก็เช่นเดียวกัน ถ้าปิดโรงงานยาสูบไทย คนสูบบุหรี่คนอื่นจะหันไปสูบบุหรี่ยี่ห้ออื่น หรือนุหรี่เถื่อน เงินที่คนสูบบุหรี่ไทยวันละประมาณ 90 ล้านบาท หรือวันละประมาณเกือบ 200 ล้านบาท จะย้ายออกนอกประเทศทันที คิดเป็นปีละเกือบ 5 หมื่นล้านบาท นี่ยังไม่รวมคนสูบบุหรี่ยี่ห้ออื่น หรือนุหรี่เถื่อนเป็นประจำอยู่แล้วนะ

แต่ถ้าลองคิดอีกด้านว่า หากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่ บุหรี่ยี่ห้ออื่นก็จะขายไม่ออก ไม่นานก็ราขึ้น บริษัทที่ผลิตของออกมาขายแล้วขายไม่ออก ไม่นานก็ต้องปิดกิจการเอง ลองคิดดู หากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่ ไม่ว่าจะนุหรี่ยี่ห้ออื่น หรือนุหรี่เถื่อนหรือนุหรี่ไทยก็ขายไม่ออก เขาก็เปลี่ยนไปผลิตอย่างอื่นที่ขายออกแทน การเลิกสูบบุหรี่ยี่ห้ออื่นนอกจากจะเป็นการประหยัดเงินของตนเอง แล้วยังป้องกันเงินไม่ให้รั่วไหลออกนอกประเทศ และยังช่วยชาติประหยัดเงินที่ใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ปีละกว่า 5 หมื่นล้านบาทอีกด้วย (สร้างจิตสำนึก)

คนสูบบุหรี่ : ได้รับความที่คนอื่นสูบก็น่าเป็นอันตรายสูบบเองดีกว่า “เพื่อนผมมันสูบทุกคน”

ผู้ให้คำปรึกษา : ไม่เหมือนกัน เพราะหากคุณไม่สูบบุหรี่ คุณสามารถเดินออกจากกลุ่มเพื่อนพาปอดไปรับอากาศบริสุทธิ์ได้ ไปล้างหน้า บ้วนปาก แล้วกลับเข้ากลุ่มใหม่ หากเป็นเรื่องงานหรือกลับบ้านหากเป็นเรื่องสังสรรค์ พยายามเลิกบุหรี่ให้ได้ แล้วมาชวนเพื่อนให้เลิกภายหลัง

หากคุณสูบบุหรี่สูบเสียเอง ปอดคุณหนีไม่ได้ ต้องทนรับควันบุหรี่เต็ม ๆ และก็ต้องรับควันจากที่คนอื่นสูบด้วย อัตรายมากกว่า (สร้างจิตสำนึก)

คนสูบบุหรี่ : ให้เลิกนุหรี่ เลิกกับเมียดีกว่า

ผู้ให้คำปรึกษา : คุณพูดเล่นหรือจริง เพราะจริง ๆ แล้วคนสูบบุหรี่ทั่วโลกพูดเหมือนคุณนำส่งสารคนเป็นภรรยา สารพัดจะรักเขา ทนเขา ทำให้เขาทุกอย่าง ยังต้องทนควันนุหรี่ หรือกลิ่น



บุหรี่ยี่ติดตัวของสามีอีก เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก สารพัดลองคิดคุณนะว่า หากคุณคิดอย่างที่คุณจริง ๆ คุณกำลังตีค่าภรรยาของคุณ (แม่ของลูกคุณ) ว่าต่ำกว่าบุหรี่ยี่มวนเดียว (สร้างจิตสำนึก)

**คนสูบบุหรี่ :** คนไม่เคยสูบบุหรี่หรือกลัวลำบากเพียงใดในการเลิกสูบ

**ผู้ให้คำปรึกษา :** คนส่วนใหญ่ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ต้องต่อสู้กับสองอย่าง คือ ร่างกายที่เกิดอาการขาดนิโคติน และจิตใจที่เป็นความเคยชิน ทั้งนี้ในแต่ละบุคคลความรุนแรงของสองอย่างจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคลในด้านต่าง ๆ

อาการทางกายที่เกิดเพราะการเสพติดนิโคติน ซึ่งเมื่อสูบบุหรี่เข้าไปแล้วทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่จะทำให้มีอาการเครียดหงุดหงิด กระวนกระวายใจ รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวไม่สุขสบายเลย

อาการทางใจคือความเคยชิน ได้คือบุหรี่ยี่ มองดูควันที่ลอยอยู่รอบอวล การสูดควันเข้าผ่านควันออก รสชาติของบุหรี่ยี่ อร่อยเหลือเกิน และความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกับการได้สูบบุหรี่ คิดว่าเป็นเพื่อนคลายเหงา หรือขณะดื่มแอลกอฮอล์คิดว่า “เป็นของคู่กัน”

เมื่อหยุดสูบบุหรี่ จิตสำนึกของคนสูบบุหรี่จะบอกว่า “ฉันจะเลิกสูบบุหรี่ ฉันจะเลิกให้ได้ ไม่มีปัญหา “แต่เมื่อลงมือ จิตใต้สำนึกที่เคยชินและจากการเสพติดนิโคตินที่รู้สึกผ่อนคลายสบายใจคลายเครียด จะบอกว่า ‘เอาบุหรี่ยี่กลับมา สูบเดี๋ยวนี้เลย’ แล้วคนสูบบุหรี่ที่กำลังมีอาการไม่สุขสบายจากการขาดนิโคตินก็จะไม่คิดถึงอะไรอีก นอกจากหยิบบุหรี่ยี่ขึ้นมาจุดสูบบุหรี่โดยไม่รู้ตัว คุณเป็นแบบไหนมากกว่ากัน

ดังนั้น หากมีการเตรียมตัวปรับพฤติกรรมเดิม ๆ ไปเป็นพฤติกรรมใหม่แทนการสูบบุหรี่ ก็จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ลองดูไหมคะ

**คนสูบบุหรี่ :** จะสูบบุหรี่ก็เรื่องของคนสูบบุหรี่อย่ามายุ่ง จะสูบบุหรี่จนตาย

**ผู้ให้คำปรึกษา :** คนสูบบุหรี่ไม่ได้เสี่ยงคนเดียว ยังมีคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ยี่ที่คุณสูบ ซึ่งทำอันตรายเขาด้วย ที่อยากให้คุณเลิกสูบบุหรี่ก็ด้วยเหตุนี้ (โยงเข้ากับประวัติครอบครัว ลูกเมีย สุขภาพ ที่ทำงาน และเศรษฐกิจของคนสูบบุหรี่ เพื่อสร้างจิตสำนึก หากจุดเสริมแรงจูงใจไม่มี หรือคนสูบบุหรี่ยังยืนยันไม่เลิกก็ให้ความหวังใจและหยุดการสนทนา)

**คนสูบบุหรี่ :** เป็นสิทธิของคนสูบบุหรี่

**ผู้ให้คำปรึกษา :** เนื่องจากควันบุหรี่ยี่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นที่ได้รับควันบุหรี่ยี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ด้วย และควันบุหรี่ยี่นั้นก็ทำอันตรายต่อสุขภาพของคนไม่สูบบุหรี่ ผู้หญิงผู้ชายลูกเด็กเล็กแดง ถ้าได้รับควันบุหรี่ยี่ของคุณทั้ง ๆ ที่เขาไม่อยากจะ เขาก็จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว ประเทศไทยมีคนสูบบุหรี่เพียง 10 ล้านคน คนไม่สูบบุหรี่มากกว่าคนสูบบุหรี่ หากจะเรียกว่าเป็นสิทธิ สิ่งที่ทำนั้นต้องไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน หรืออันตรายต่อผู้อื่น แต่ควันบุหรี่ยี่ที่คุณพ่นออกมา สามารถทำอันตรายต่อผู้อื่นได้

การสูบบุหรี่เป็นทางเลือกของคนสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่ยี่เป็นสินค้าถูกกฎหมาย แต่ทั่วโลกรู้กันดีถึงอันตรายของควันบุหรี่ยี่มือสอง ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยจึงมีกฎหมาย

คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อที่คนสูบบุหรี่จะไม่ทำอันตรายต่อคนไม่สูบบุหรี่ เพราะทุกคนย่อมมีสิทธิในการปกป้องสุขภาพของตนเอง (สร้างจิตสำนึก)

คนสูบบุหรี่ : ยังมีความสุขกับการสูบบุหรี่

ผู้ให้คำปรึกษา : สูบมานานก็ปีแล้ว สุขที่ว่าเป็นสุขจอมปลอม อย่ารอให้สายเกินไปก่อนจะเลิกสูบบุหรี่ (คุยเรื่องภาพข้างซองบุหรี่ ทัศนคติ และให้ความรู้เพิ่ม เพื่อสร้างความระทึกใจ)

คนสูบบุหรี่ : สายไปแล้วสูบมาตั้งนานแล้วแก้แล้ว

ผู้ให้คำปรึกษา : ไม่มีคำว่าสายเกินไปที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะหยุดสูบบุหรี่เมื่อไร สุขภาพก็จะฟื้นตัวเมื่อนั้น ถ้ายังไม่เป็นโรคอยู่แล้ว คุณยังดูเหมือนนิโคติน ที่ยังไม่มีการของโรค แต่ทุกอย่างไม่น่าอนหรือ เพราะคุณแน่ใจหรือคะว่ามวนต่อไปที่คุณจุดสูบบุหรี่ จะไม่ใช่มวนแรกที่ก่อโรคให้กับคุณ

**คนสูบบุหรี่บางคนรู้ว่าบุหรี่ไม่ดี กลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่แต่ยังไม่คิดจะเลิก จึงมีวิธีต่าง ๆ ที่คิดว่าสูบแล้วปลอดภัย ดังนี้**

คนสูบบุหรี่ : ผมสูบบุหรี่มวนเองคงไม่เป็นอันตราย

ผู้ให้คำปรึกษา : อันตรายอยู่ที่นิโคตินและน้ำมันดินในใบยาสูบยังคงมีเหมือนกัน และยังมีส่วนก่อมะเร็งจากยาฆ่าแมลงที่ติดมากับใบยาสูบหรืออะไรก็ตามที่ใช้มวนยาสูบ หากเป็นกระดาศก็จะมีสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตกระดาศติดมาด้วย อันตรายที่จะน้อยกว่าบุหรี่มวน โรงคือไม่มีสารปรุงแต่ง แต่สารพิษสำคัญ ๆ และนิโคติน ที่เป็นสารเสพติดยังมีเหมือนกันเป็นอันตรายคะ

คนสูบบุหรี่ : ผมสูบบุหรี่ที่มีทาร์ และนิโคตินต่ำไม่อันตราย

ผู้ให้คำปรึกษา : ในความเป็นจริงแล้ว คนติดบุหรี่คือ ต้องสูบให้ได้ระดับนิโคตินคงที่ในสมอง จึงจะเกิดความพึงพอใจ เมื่อไปสูบบุหรี่ที่มีนิโคตินต่ำ เขาต้องสูดมากขึ้น และสูดลึกขึ้นโดยไม่รู้ตัว เพื่อให้ได้ระดับนิโคตินในสมองระดับเดิม การสูดมากขึ้น ทำให้ได้รับสารพิษอื่น ๆ ในควันบุหรี่มากขึ้น และการสูดลึกขึ้นทำให้เกิดอันตรายต่อปอดมากขึ้น เหมือน การจืดน้ำ หากจืดบ่อยก็ไม่เกิดการพอกพูนเท่าที่ควร

บุหรี่ที่บริษัทบุหรี่ ระบุว่า รสอ่อน รสนุ่มหรือทาร์ต่ำนิโคตินต่ำนั้นเป็นการทดสอบด้วยเครื่องจักรตรวจวัด แต่ในความเป็นจริงคนสูบบุหรี่ จะสูดควันบุหรี่ให้ได้ปริมาณนิโคติน ในระดับเดิม จึงสูดลึกและเร็ว เขาจะได้นิโคตินมากกว่าที่เครื่องจักรวัด

คนสูบบุหรี่ : ใช้กันกรอง/อุปกรณ์กรองมันกรองคราบเหลืองเลย

ผู้ให้คำปรึกษา : กันกรองจะกรองได้เฉพาะอนุภาคใหญ่ ๆ ไม่สามารถกรองสารที่อยู่ในรูปก๊าซได้ ซึ่งสารพิษและสารก่อมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในรูปของก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ หากคนสูดควันบุหรี่ผ่านกันกรองได้ ก็ไม่ปลอดภัยแน่นอน

คนสูบบุหรี่ : ผมอมไว้แล้วพ่นออกไม่เคยสูดเข้าปอดเลย

ผู้ให้คำปรึกษา : สารในควันบุหรี่สามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ทางเยื่อและผิวหนัง อันตรายที่จะเกิดกับปอดคุณอาจจะน้อยลงแต่จะไปที่มะเร็งปากมากขึ้น หรือโรคอื่น ๆ ของปากและฟัน จะสูบบแบบไหนก็เป็นอันตราย ไหน ๆ ไม่สูดแล้วก็เลิกดีกว่าคะ

**คนสูบบุหรี่ :** ไม่ได้สูบบุหรี่เอง เจ้าสูบ (อาชีพเข้าทรง) เมื่อเจ้าออกไปก็ไม่เคยสูบเองเลย

**ผู้ให้คำปรึกษา :** คนสูบบุหรี่เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้าไปในเลือดและทำอันตรายต่อร่างกายทันที ถึงแม้ไม่ได้สูบบุหรี่เองคุณก็ได้รับอันตรายจากบุหรี่ที่เจ้าสูบ โชคดีที่คุณไม่ได้สูบเองด้วย คุณจะบอกเจ้าว่าให้สูบลดลง จนเลิกสูบได้ใหม่ เพื่อที่คุณจะได้มีสุขภาพ ดีและเข้าทรงเจ้าได้นาน ๆ

### **ระยะเริ่มคิดถึงการเลิกสูบ แต่ยังไม่พร้อมที่จะเลิก (งูใจ คอยเหตุผล)**

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกตั้งหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จสักที

**ผู้ให้คำปรึกษา :** โดยทั่วไปคนสูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งกว่าจะเลิกได้สำเร็จ ลองเสวว่าเพราะเหตุใดที่ทำให้คุณเคยพยายามเลิกมาแล้ว (หาแรงจูงใจ) คุณเลิกอย่างไร (ประเมินวิธีเลิก) เลิกได้นานเท่าไร (ประเมินภาวะการเสพติด และความอดทน) มีอาการอย่างไรขณะเลิก (ประเมินประสบการณ์เพื่อนำมาเสริมจุดแข็งและซ่อมจุดอ่อน) และเพราะอะไรจึงกลับไปสูบอีก (ประเมินอุปสรรคหรือตัวกระตุ้น)

การพูดคุยถามที่ละเรื่อง แต่ละเรื่องให้ชมเชยหากถูกวิธี และช่วยเสริมหากการปรับพฤติกรรมยังไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง

**คนสูบบุหรี่ :** กลัวว่าจะทนอาการไม่ได้

**ผู้ให้คำปรึกษา :** คุณเคยเลิกมาแล้วกี่ครั้ง เลิกได้นานที่สุดเท่าไร อาการที่คิดว่าทน ไม่ได้คืออะไร (ช่วยกระตุ้นให้คนสูบบุหรี่คิดวิธีแก้ไขอาการ)

คนบางคนไม่มีอาการทรมานมากนัก แต่บางคนมีอาการมาก ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้ว่าเป็นเพราะอะไรแล้วช่วยให้คนสูบเผชิญกับอาการได้ดีขึ้น ส่วนใหญ่แล้วอาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่บางคนก็มีอาการนานถึง 2-3 สัปดาห์ ถ้าคนสูบนั้นมีประวัติสูบบุหรี่จัดควรแนะนำให้ไปพบแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อขอยา หรือนิโคตินทดแทน มาช่วยบรรเทาอาการ และให้หนักถึงแต่สิ่งดี ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังเลิกสูบบุหรี่

**คนสูบบุหรี่ :** คุณคิดว่าผมจะเลิกได้ไหม

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ตอบไม่ได้ว่าคุณจะเลิกได้ไหม แต่ตอบได้ว่าคุณจะมีนิโคตินเมื่อไร ประมาณ 5-7 วันอาการขาดนิโคตินจะทุเลาลง บางคนก็หายเลย เลิกได้เลย แต่ความอยากยังคงอยู่ ส่วนใหญ่อาการทางกายจะหายไปภายใน 1 เดือน ต่อจากนั้น คุณเท่านั้นจะเป็นผู้รับประกันว่าจะเลิกได้หรือไม่ เพราะยังมีอาการทางใจคือ ความเคยชินอยู่อีกที่จะเร้าให้คุณอยากสูบบุหรี่ (บอกวิธีป้องกันการกลับไปสูบอีก)

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกเองไม่ได้แน่ต้องช่วย

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ประเมินประสบการณ์เลิกบุหรี่ เพื่อค้นหาอุปสรรค ประเมินระดับการเสพติดนิโคติน และให้คำแนะนำตามความเหมาะสม หากติดนิโคตินไม่มาก แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้เขาลองให้เวลาตนเองลงมือเลิกสูบโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประมาณ 2 สัปดาห์ หากเลิกไม่ได้จึงแนะนำให้

คนสูบบุหรี่ : ปัญหาผมหลายอย่างยังเลิกตอนนี้ไม่ได้

ผู้ให้คำปรึกษา : กระตุ้นให้คนสูบบุหรี่บอกปัญหาต่าง ๆ ของเขาออกมา ใช้คำถามทวนคำในประเด็นปัญหา ค่อย ๆ ให้คนสูบบุหรี่ระบุความสำคัญของปัญหาการเลิกสูบบุหรี่ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอื่น ๆ และประเมิน หากพบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องต้องใช้เวลาแก้ไข อย่าแนะนำให้คนเลิกสูบบุหรี่ขณะที่เขามีปัญหายุ่งเหยิง บอกวิธีให้เขา แนะนำให้เขากลับมาขอคำปรึกษาอีก

คนสูบบุหรี่ : อยากเลิกแต่จะอ้วนไหม / กลัวอ้วน

ผู้ให้คำปรึกษา : คำถามนี้มักพบในเพศหญิง และในคนที่มึนน้ำหนักตัวมากอยู่แล้ว สอบถามน้ำหนักและส่วนสูง หรือประเมินภาวะความอ้วน ให้ข้อมูล และบอกว่าไม่มีอะไรยากไปกว่าการเลิกสูบบุหรี่ หากเลิกสูบบุหรี่ได้ การลดน้ำหนักตัวจะเป็นเรื่องไม่ยาก และหากปฏิบัติตามวิธีที่แนะนำน้ำหนักตัวจะขึ้นไม่เกิน 1-2 กิโลกรัม

ข้อมูลที่ควรทราบและเลือกให้คำแนะนำคือ ตามข้อเท็จจริง ที่ว่าผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ไม่ใช่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทุกคน หนึ่งในสามของผู้หญิงที่เลิกสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้นเลย หนึ่งในสามจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือ 1-2 กิโลกรัม มีเพียง หนึ่งในสามเท่านั้นที่น้ำหนักตัวจะเพิ่มเกิน 2 กิโลกรัม และหนึ่งในสิบที่น้ำหนักตัวจะเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัม จากการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จะแก้ปัญหาที่ละเรื่อง โดยขั้นแรกจะเลิกบุหรี่ให้ได้ก่อน และจึงมาแก้ปัญหา น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การกินจุบกินจิบหลังเลิกสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นในเพศชาย 50% และเพศหญิง 94 % ถ้ามีคำแนะนำด้านโภชนาการและออกกำลังกาย น้ำหนักตัวก็จะลดลงได้

คนสูบบุหรี่ : อยากเลิกแต่คิดว่าเลิกไม่ได้

ผู้ให้คำปรึกษา : เพราะอะไรจึงคิดว่าเลิกไม่ได้ (จากนั้นให้ข้อมูลและเสริมกำลังใจตามความเหมาะสมของแต่ละคน) ไม่มีคำว่าแพ้ถ้ามีความพยายาม ไม่มีคำว่าล้มเหลวถ้า ไม่ล้มเลิก

คนสูบบุหรี่ : สูบลดลงแล้วเหลือไม่กี่มวนไปตรวจร่างกายประจำปีปอดปกติ หมอบอกสูบได้ไม่เป็นไร

ผู้ให้คำปรึกษา : มวนเดียวก็เป็นไร เพราะในควันบุหรี่แต่ละมวนมีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด มีสารก่อมะเร็งมากกว่า 60 ชนิด ที่ว่าลดลงแล้วจากเดิมกี่มวน? ใช้เวลาลดลงนานเท่าไร? และที่เหลืออยู่ไม่กี่มวนนี้นานเท่าไรแล้ว? จากนั้นจงใจให้ลงมือลดต่อ โดยวางแผนลดมวนที่คิดว่าเลิกง่ายก่อน กำหนดระยะเวลาไม่ควรเกิน 1 เดือน ที่เลิกสูบทั้งหมด

คนสูบบุหรี่ : คิดว่าจะเลิกแต่ขอเวลาหน่อย

ผู้ให้คำปรึกษา : ที่ว่าขอเวลาคาดว่าจะเมื่อใด

สูบมานานเท่าไรแล้ว ถ้าเลิกเร็วเท่าไรก็จะเลิกง่ายกว่าเพราะติดน้อยกว่า

ไม่ลองให้ออกาสตัวเองก่อนจะถึงเวลาที่กำหนดหรือ ลองลงมือเลิกดูก่อน หากสำเร็จก็นับว่าเป็นโชคดี หากไม่สำเร็จก็ได้เป็นประสบการณ์ นำมาหาทางป้องกัน หรือแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้เลิกไม่สำเร็จได้ คนส่วนใหญ่ลงมือเลิกหลายครั้งกว่าจะสำเร็จ

อย่ารอเวลาเลย เพราะทุก ๆ มวนที่คุณสูบ พิษภัยก็จะสะสมมากขึ้น ที่สำคัญคือ คุณจะติดมากขึ้น เมื่อไรที่คุณว่าถึงเวลาแล้ว เวลานั้นอาจมาไม่ถึงก็ได้

คนสูบบุหรี่ : จะเลิกอีก 10 ปี ข้างหน้าเมื่ออายุเท่ากับที่พ่อเลิกบุหรี่ เพราะพ่อไม่เป็นอะไร

ผู้ให้คำปรึกษา : ตอบเช่นเดียวกับ “พ่อผมสูบตั้งแต่ผมเกิดไม่เห็นเป็นอะไร แข็งแรงดี”

คนสูบบุหรี่ : ที่จริงการเลิกบุหรี่ไม่ยากเลย เพราะอยู่ที่ใจเท่านั้น ใจเป็นใหญ่ ใจเป็นตัวนำ หากใจคิดจะเลิกก็เลิกได้ แต่มันเป็นอะไรไม่รู้ พ่อเดินผ่านคนสูบบุหรี่ต้องสูบด้วยทุกที : แต่มันเป็นอะไรก็ไม่รู้ พ่อมีเศษสตางค์อยู่ในกระเป๋า แม้เพียงห้าบาทก็ไม่ได้ ต้องควักออกไปซื้อบุหรี่สูบทุกที บอกไม่ถูกกว่าเป็นเพราะอะไร (ผมไม่มีบุหรี่ไว้ติดตัวเลยนะ)

ผู้ให้คำปรึกษา : น่าสนใจมากค่ะที่ว่าไม่รู้เป็นอะไร เพราะตัวคุณเองยังไม่รู้นี่ก็น่าเป็นห่วงนะคะ ลองมาคิดกันดูว่าจะแก้ไขหรือป้องกันอย่างไรให้ไม่ไปสูบ ให้ไม่ไปซื้อ ดีไหมคะ?

จากนั้นใช้หลักการสร้างแรงจูงใจและการตั้งคำถามให้คิด พร้อมการให้แนวคิดเพิ่ม เพื่อให้คนสูบบุหรี่ตั้งสติ ค้นหาคำตอบ จนรู้ว่าเป็นอะไร ช่วยกันคิดวิธีแก้หรือป้องกัน โดยให้คนสูบบุหรี่คิดหาวิธีของเขาและยอมรับในวิธีคิดของผู้ให้คำปรึกษาที่เสริมให้ เช่น คนที่มีเหรียญสตางค์ ต้องไปซื้อบุหรี่สูบ มีหลานอายุ 5 ขวบ และซื้อบุหรี่ที่ร้านสะดวกซื้อ ให้ข้อเสนอแนะว่า แทนที่จะซื้อบุหรี่ ซื้อขนมหรือน้ำให้หลานดีไหม เป็นต้น

คนสูบบุหรี่ : ผมสูบวันละ 6 มวน อยากเลิกมากแต่ไม่สำเร็จซักที ตอนนี้ผมสูบแต่ละมวนก็คุกเข่าสารภาพบาปกับพระเจ้าทุกครั้ง (เด็กนักเรียน)

ผู้ให้คำปรึกษา : ทุกศาสนาล้วนแต่อยากให้ทุกคนมีสุขภาพดี ศาสนาคริสต์เช่นเดียวกันค่ะ พระเจ้าก็อยากให้เราสุขภาพดี หนูบอกว่าสูบวันละ 6 มวนใช่ไหมคะ ถ้าอย่างนั้นหนูก็ต้องคุกเข่าสารภาพบาปวันละ 6 ครั้งใช่ไหมคะ หนูไม่กลัวพระเจ้าเปื้อนหรือที่ต้องรับคำสารภาพบาปในเรื่องเดิมทั้งวัน วันละ 6 ครั้ง ลองใหม่ดีไหมคะ ทุกเช้าที่หนูสวดสรรเสริญพระเจ้าแล้วให้หนูขอพระเจ้าว่า “พระเจ้าโปรดเป็นกำลังใจให้ลูกด้วย ลูกจะเลิกสูบบุหรี่” หนูว่าจะดีกว่าไหมคะ

**คนสูบบุหรี่หลายคนมีประสบการณ์จากคนที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อและกลัวการเลิกบุหรี่ยังจะส่งผลร้ายต่อเขา ทั้ง ๆ ที่อยากเลิกบุหรี่ ให้ใช้หลักในกลุ่มที่มีความเชื่อในการพูดคุยให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ ดังตัวอย่าง**

คนสูบบุหรี่ : ลูกข้างบ้านเลิกสูบแล้วหน้าบวม

คนสูบบุหรี่ : เห็นเขาวัดวันนุหรี่เป็นอาหารของมะเร็ง ถ้าเลิกสูบมะเร็งไม่มีอาหารกินก็จะกินร่างกายแทน

คนสูบบุหรี่ : คนที่สูบมานาน ๆ ปอดจะอุ่น หากเลิกสูบจะทำให้ปอดขึ้นเป็นปอดบวมตายได้

ผู้ให้คำปรึกษา : นำผลการวิจัยยืนยันพิษภัยของบุหรี่โดยไม่คัดค้านหรือหัวเราะ ความเชื่อของคนสูบ และให้ข้อมูลเปรียบเทียบประวัติการสูบ กระตุ้นให้คิด และลองลงมือเลิก

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกแล้วจะตายไหม

**ผู้ให้คำปรึกษา :** เลิกบุหรี่แล้วร่างกายจะฟื้นตัวทันที สุขภาพถ้ายังไม่เสียไปก็จะดีขึ้น การเลิกสูบบุหรี่อาจมีอาการไม่สุขสบายจากการถอนยาในช่วง 1-2 สัปดาห์ซึ่งมีวิธีบรรเทาอาการได้ ไม่ตายเพราะเลิกบุหรี่ค่ะ

ในกรณีที่มีการยืนยันว่า รู้จักคนเลิกบุหรี่แล้วตายจริง ๆ (เพื่อน) ก็ให้ตอบว่าน่าเสียดายที่เขาเลิกเข้าไป บุหรี่ก่อให้เกิดโรคแล้ว และการเลิกบุหรี่ไม่ได้หมายความว่า จะปลอดภัยจากโรคต่าง ๆ ทันที เพราะขึ้นอยู่กับว่าเขาเป็นโรคอยู่แล้วเมื่อเลิกหรือไม่ และร่างกายต้องใช้เวลาในการฟื้นตัว หรือขจัดพิษของบุหรี่ออกขึ้นอยู่กับอายุที่หยุดสูบบุหรี่ พื้นฐานสุขภาพ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่มานานและจำนวน มวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน “คุณโชคตินะที่สูบบุหรี่พร้อม ๆ กับเขา แต่ยังไม่เป็นอะไร รีบเลิกเสียก่อนจะสายเกินไปเถอะค่ะ”

โพลเซท, เทเวอร์ตัน และ เกซซิง (2549) รายงานผลการวิจัยว่า การสูบบุหรี่เป็นประจำ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในวัยกลางคน และการเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงลงได้ ทั้งเพศชายและหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในวัย 40 ปี จะลดความเสี่ยงลงมากกว่าเลิกสูบบุหรี่ในวัย 50 หรือ 60 ปี

งานวิจัยของ Koon K. Teo (2549) สรุปว่า การบริโภคยาสูบทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็นแบบสูดควันหรือเคี้ยวหรืออม หรือควันบุหรี่มือสองล้วนเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือเสี่ยงต่อหัวใจวายเพิ่มขึ้น 3 เท่า และความเสี่ยงจะสูงขึ้นอีก 5.6% ต่อจำนวน มวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน คนที่สูบบุหรี่ไม่จัดความเสี่ยงจะลดลงเกือบเท่าคนไม่สูบบุหรี่ภายใน 3-5 ปีหลังหยุดสูบบุหรี่ คนสูบบุหรี่จัดที่เลิกสูบบุหรี่ อัตราการเกิดหัวใจวายลดลงอย่างรวดเร็ว แต่ยังคงมีความเสี่ยงอยู่บ้างนาน 20 ปีหลังเลิกสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาสูบเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับคนไม่ใช้ยาสูบ ถ้าทั้งเคี้ยวยาสูบและสูบบุหรี่ ความเสี่ยงจะสูงขึ้นมากกว่า 4 เท่า การได้รับควันบุหรี่มือสองเพียงสัปดาห์ละ 1 ถึง 7 ชั่วโมง เพิ่มความเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้น 24% หากได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่า 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความเสี่ยงต่อหัวใจวายจะสูงขึ้น 62%

### **ระยะตั้งใจว่าจะเลิกและพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ (บอกวิธีเลิก)**

**คนสูบบุหรี่ :** จะเลิกอย่างไร

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ประเมินประวัติการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นและระดับเสพติดนิโคติน เสพติดอารมณ์ จิตใจ แล้วบอกวิธีเลิกให้เหมาะสมกับแต่ละคน

**คนสูบบุหรี่ :** มียาเลิกบุหรี่ไหม

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ประเมินประวัติการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นและระดับเสพติดนิโคตินแล้วบอกวิธีเลิกหรือส่งต่อให้เหมาะสมกับแต่ละคน

**คนสูบบุหรี่ :** ผมว่าจะค่อย ๆ ลดลง

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ประเมินประวัติการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นและระดับเสพติดนิโคติน เสพติดอารมณ์ จิตใจ แล้วจูงใจให้เลิกโดยวิธีหักดิบ หรือวางแผนลดจำนวนมวน ตามความเหมาะสมของแต่ละคน

**คนสูบบุหรี่ :** อยากเลิกเคยลองอ่านหนังสือวิธีเลิกแล้วไม่สำเร็จคุณมีวิธีไหนให้เลิกได้

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ประเมินประวัติการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นและระดับเสพติดนิโคติน  
เสพติดอารมณ์ จิตใจ แล้วบอกวิธีเลิกให้เหมาะสมกับแต่ละคน

**คนสูบบุหรี่ :** มีวิธีไหนที่จะเลิกได้ตลอดชีวิต

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ไม่มีวิธีใดที่จะทำให้คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรหากแรงบันดาลใจ  
ไม่มากพอ และไม่คงทน (ประเมินประวัติการสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ตัวกระตุ้นและระดับเสพติด นิโคติน  
เสพติดอารมณ์ จิตใจ แล้วบอกวิธีเลิกให้เหมาะสมกับแต่ละคน)

### ระยะลงมือเลิกสูบบุหรี่ (ระดับประคอง เสริมแรงใจ)

**คนสูบบุหรี่ :** กำลังเลิกได้ 3 วัน...เครียดหงุดหงิด....

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ชมเชย แนะนำให้ดื่มน้ำ อาบน้ำ เช็ดตัว บ่อย ๆ ออกกำลังกาย หายใจ  
เข้าออกลึก ๆ 3-4 ครั้ง หางานอดิเรกทำ ทำอย่างอื่นให้เพลิน พูดคุยกับคนถูกใจ นวดคอศีรษะไหล่  
นอนพัก คิดถึงสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดตามมา บอกตัวเองว่าจะไม่ยอมแพ้ อีกไม่นาน อาการจะดีขึ้น คิดว่า  
คนอื่นก็เครียดเหมือนกันแต่เขาก็ไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกได้ 1 เดือนยังรู้สึกอยากยังหอมอยู่

**ผู้ให้คำปรึกษา :** คุณชนะบุหรี่แล้ว แต่คุณยังคิดถึงเขาใช่ไหม ใจคุณยังอาลัยอาวรณ์  
คิดถึงวันเก่า ๆ ที่เคยอยู่กับเขา จึงยังหอมอยู่ ตอนนี้โดยทั่วไปร่างกายจะฟื้นตัว อวัยวะรับรสรับกลิ่น  
จะทำหน้าที่ตามปกติ คนส่วนใหญ่ที่เลิกบุหรี่ได้นานเท่านี้จะเหม็นบุหรี่แล้ว ยกเว้นคนที่ยังคิดถึง  
บุหรี่อยู่ ลองปรับใหม่ดีไหม เมื่อไรที่หอมบุหรี่ให้คิดถึงความรู้สึกของเขาแทน หักใจให้ได้สู้ให้ชนะ

**คนสูบบุหรี่ :** ตั้งแต่เข้ายังไม่ได้สูบลอย 3 มวนแล้ว ขณะนี้รู้สึกอยากสูบบุหรี่

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ถามข้อมูลสิ่งกระตุ้น อาการอยากสูบบุหรี่ (Craving) ปากแห้ง น้ำลายเหนียว  
เปรี้ยวปาก อาการนี้จะเกิดขึ้นเป็นระยะสั้น ๆ 2-3 นาที มากหรือน้อยแล้วแต่สิ่งกระตุ้นอาการ  
จะลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ กระตุ้นให้คิดวิธีแก้อาการและความรู้สึก

**คนสูบบุหรี่ :** กำลังเลิกได้ 2 วันมีเหงื่อมาก ง่วงนอน เปลี้ยไปหมด ไม่มีแรง เจ้านายเขา  
ว่าผมขี้เกียจ

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ให้ข้อมูลว่าเป็นอาการฟื้นตัวของร่างกาย ที่คาร์บอนมอนนอกไซด์  
ในควันบุหรี่หมดไป ออกซิเจนในร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองกลับสู่ระดับปกติ แนะนำให้  
ล้างหน้า เช็ดตัว อาบน้ำ ใช้ผ้าเย็น ยาดม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และนอนพัก ตามลักษณะ  
อาชีพของแต่ละคนอาการนี้จะไม่เกิดกับคนที่สุขภาพแข็งแรง และการออกกำลังกายจะทำให้  
อาการหายไปเร็วขึ้น ฟังระวังตัวไว้ 40% ของการกลับไปสูบบุหรี่เกิดขึ้นในช่วง 3 วันแรก

สำหรับคนทำงาน ให้บอกเจ้านายทราบดีว่า กำลังเลิกสูบบุหรี่ หรือเลือกวันเลิกก่อนวัน  
หยุด 1-2 วัน อาการจะเป็นมากในวันที่ 3 หลังเลิกสูบบุหรี่ จะตรงกับวันหยุดพอดี ให้นอนพัก อาบน้ำ  
ดื่มน้ำ ออกกำลังกาย อยู่ที่บ้าน อาการจะค่อย ๆ ลดลงและหายไปเมื่อกลับมาทำงาน

### ระยะเลิกได้และไม่คิดจะกลับไปสูบบุหรี่ (ให้กำลังใจ)

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกได้เกิน 6 เดือนแล้ว

**ผู้ให้คำปรึกษา :** ชมเชย ทบทวนตัวกระตุ้น แนะนำให้เลี่ยง บอกเขาว่าอย่าประมาท อย่าลองอย่าพินัน ซัดเดียวก็ไม่ได้ ให้เขาบอกตนเองว่าเป็นคนไม่สูบบุหรี่แล้ว

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกแล้วแต่ไปดื่มเหล้ากับเพื่อนจึงกลับไปสูบบุหรี่

**ผู้ให้คำปรึกษา :** แนะนำให้ระวังครั้งต่อไป เลิกดื่มได้จะดีที่สุด เข้ากลุ่มก็ไม่ดื่มได้ หากเข้ากลุ่มเหล้าให้นั่งเหนือลม บอกเขาว่ามีคนมากมายที่ดื่มเหล้าแต่ไม่สูบบุหรี่ และสูบบุหรี่แต่ไม่ดื่มเหล้า

**ข้อมูล 25%** ของคนที่ผลอกกลับไปสูบบุหรี่เพราะดื่มแอลกอฮอล์ คนมักจะลืมตัวและผลอกสูบบุหรี่เมื่อดื่มเหล้า การปรับพฤติกรรมคือ เปลี่ยนไปดื่มอย่างอื่นแทน หรือดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์น้อย หรือ ดื่มเพียงแก้วเดียว อย่าให้เมา แล้วเปลี่ยนเป็นดื่มอย่างอื่นที่ไม่มีแอลกอฮอล์ หรือออกจากวงเหล้าทำอย่างอื่นแทน ทั้งนี้เหตุผลที่คนสูบบุหรี่มากขึ้นหากดื่มเหล้าเพราะ แอลกอฮอล์จะกระตุ้นการทำงานของอดรีนาลีนทำให้มีการปัสสาวะบ่อยขึ้น นิโคตินในร่างกายจะถูกขจัดออกเร็วขึ้น ทำให้ระดับนิโคตินในเลือดลดลงอย่างรวดเร็วจึงต้องสูบบุหรี่บ่อยขึ้น เพื่อเติมนิโคตินให้อยู่ในระดับเดิม

**คนสูบบุหรี่ :** เลิกแล้วแต่รถสตาร์ทไม่ติดเลยสูบไปตัวหนึ่ง

**ผู้ให้คำปรึกษา :** สูบบุหรี่เสร็จแล้วรถสตาร์ทติดไหม? เป็นการกระตุ้นให้เขาคิดเองว่า บุหรี่ไม่ใช่ตัวแก้ปัญหาแต่เป็นตัวเพิ่มปัญหาต่างหาก

*ตัวอย่างทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นประสบการณ์ตรงของผู้เขียน ซึ่งคำตอบอาจมีหลากหลายกว่านี้ กระบวนการพูดคุย ให้คำปรึกษาหากยึดหลักให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประสิทธิภาพ ในการสร้างแรงจูงใจจะสูงขึ้น*

### 3. การแสดงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

มีเป้าหมายเพื่อเสริมแรงจูงใจและให้การประคับประคอง เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร ผู้ให้คำปรึกษาที่ดี คือการเห็นคนเป็นคน เคารพคน รักคน เข้าใจคน

#### คุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ให้คำปรึกษา

- มีท่าทีอบอุ่น เป็นมิตร ทำให้คนสูบบุหรี่รู้สึกสบายใจ ไม่เครียด
- ยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีเจตคติที่ดีต่อคนสูบบุหรี่
- มีความจริงใจ ที่จะช่วยให้เขาเลิก ให้เขารู้สึกว่ามีคนเข้าใจ มีเพื่อนรู้ใจ
- ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ตำหนิ ช่วยให้คนสูบบุหรี่มีกำลังใจ
- เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะคนที่พยายามหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ
- ให้กำลังใจเสมอ และกระตุ้นสัญชาตญาณของการเอาชนะ



### ข้อควรคำนึงในการให้คำปรึกษา

- ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงกระจกเงา สะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นภาพตนเอง
- ให้การยอมรับและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้รับคำปรึกษา
- การให้คำปรึกษาเน้นความเข้าใจตนเองมากกว่าการแก้ปัญหา
- ให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทาง

### หัวใจสำคัญของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่

1. รู้จักตนเอง
2. รู้จักคนสูบบุหรี่

#### 1. รู้จักตนเอง

เราทำได้ จิตแพทย์วิทยา นาควัชระ ได้เขียนคำที่เพิ่มพลังในตนไว้ ให้ท่องจำเสมอว่า **เราดี เราเก่ง เราทำได้** การช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ **เราดี** ตั้งแต่คิดจะช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่เพียงคิดเราก็ดีแล้ว แม่เมตตาแล้ว ยิ่งลงมือช่วย ก็ยิ่ง **เราดี** มากขึ้น เพราะการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่เป็นการช่วยให้คนคนหนึ่งมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันโรคร้ายที่สามารถป้องกันได้ มีอายุยืนขึ้น มีเงินเหลือเก็บมากขึ้น ครอบครัวมีความสุขจิตดีขึ้น และยังช่วยชาติประหยัดเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

การช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ขอเพียงมีความจริงใจ บวกความรู้เกี่ยวกับการเสพติดและโรคร้ายจากบุหรี่ และวิธีบรรเทาอาการขาดนิโคติน มีความเป็นมิตร มีเจตคติที่ดีต่อคนสูบบุหรี่ มีความอดทน ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมา **เราเก่ง** กว่าคนสูบบุหรี่แน่นอน เรามีสติและสามารถช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ **เราเก่ง** กว่าแน่ ๆ

ปัจจุบันมีตัวยาหลายรูปแบบที่จะช่วยให้คนสูบบุหรี่อยากเลิกสูบบุหรี่ และช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น แต่ในผลลัพธ์ยังไม่มีตัวยาใดที่รับประกันว่าทำให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร คนสูบบุหรี่ที่เลิกโดยใช้นิโคตินทดแทนไม่ว่าจะเป็นชนิดแผ่นแปะ หรือชนิดหมากฝรั่ง 85% จะกลับไปสูบบุหรี่อีกภายใน 1 ปี คนสูบบุหรี่ที่เลิกด้วยตนเองโดยไม่ได้รับแนะนำหรือเข้าโครงการใด ๆ 95% จะกลับไปสูบบุหรี่อีกภายใน 1 ปี หากได้รับคำปรึกษาแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโอกาสเลิกได้สูงขึ้นไปเป็น 15% ซึ่งสูงขึ้นไปถึง 3 เท่า หากเราสามารถช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้**เราเก่ง** แน่ ๆ

การช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ขอเพียงมีหัวใจที่จะให้ ไม่คาดหวังว่าเขาต้องเลิกได้ ขอเพียงได้ทำ ขอเพียงได้พูด และขอเพียงได้ดูแล ซึ่งเป็นคุณสมบัติของบุคลากรสาธารณสุขอยู่แล้ว **เราจึงทำได้** หากมีหัวใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น หากมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพ **เราทำได้** แน่ ๆ

#### เคล็ดลับ

- ตอบคำถามอย่างมีเหตุมีผล แก้ไขความเชื่อด้วยเหตุผล ให้เขาอธิบายก่อน
- ไม่ได้แย้ง ตั้งคำถามให้เขาคิด และเลือกทางเอง
- บอกให้เขารู้ว่าไม่มีใครสามารถทำให้เขาเลิกสูบบุหรี่ได้นอกจากตัวเขาเอง

- กระตุ้นสัญชาตญาณเอาชนะ และความภาคภูมิใจในตนเอง
- ใช้ถ้อยคำง่าย ๆ ใช้คำพูดที่เหมาะสมกับวัย เชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นปัจจุบัน เห็นภาพชัดเจน
- สังเกตว่าคนนั้นกลัวอะไรหรือรักอะไรมากที่สุด เพื่อจับสิ่งนั้นมาตอกย้ำ เช่น ห่วงลูก ก็เน้นถึงอันตราย ของควันบุหรี่ที่จะเกิดกับลูก
- ให้กำลังใจอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะคนที่เข้ามาขอคำปรึกษาเอง สามารถบอกได้ว่า เขาเลิกได้ 50% แล้ว
- คนที่ต้องการยาทั้ง ๆ ที่เลิกได้เอง ประเมินและหากติดมากหรือแรงจูงใจน้อย ก็แนะนำ ยาหรืออาจจัดน้ำยาบ้วนปากให้ หรือส่งต่อ ตามขอบเขตความรับผิดชอบของตน
- ระมัดระวังเรื่องความสัมพันธ์ส่วนตัว
- ฝึกให้มีเจตคติที่ดีต่อคนสูบบุหรี่

### ตัวอย่างคำแนะนำพื้นฐาน

วางแผนก่อนหยุดสูบบุหรี่ (ภายในไม่เกิน 15 วัน)

- เขียนข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่และข้อเสียของการสูบบุหรี่
- หาแรงบันดาลใจที่จะเลิกสูบบุหรี่
- ปรึกษาผู้รู้เรื่องการเลิกสูบบุหรี่ เช่น พยาบาล แพทย์ เภสัชกร หรือบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในประเทศอังกฤษคนสูบบุหรี่ที่เลิกด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาใคร สามารถเลิกได้เพียง 3% หากได้รับคำปรึกษาหรือเข้ากลุ่มเลิกบุหรี่ จะสามารถเลิกได้สูงขึ้น 4 เท่า
- กำหนดรายชื่อเพื่อนหรือคนในครอบครัวที่คิดว่าจะช่วยเป็นกำลังใจให้ได้
- ระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ เช่น หลังอาหาร เมื่อดื่มกาแฟ หรือ เหล้า เมื่ออยู่คนเดียว เป็นต้น เพื่อวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- วางแผนออกกำลังกาย
- ทำตารางรู้ทันบุหรี่ สูบเวลาใด ความรู้สึกเป็นอย่างไรความอยากสูบน้อยเพียงใด ทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนการสูบได้ไหม ผลที่ได้คือสูบหรือไม่สูบ แล้วติดตามดูพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของตน แต่ละวันจะเป็นการลดการสูบลงโดยปริยาย ดังตาราง 11

ตาราง 11 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรู้ทันบุหรี่

วัน เดือน ปี	เหตุการณ์เวลาที่สูบ	ระดับความอยากในการสูบบุหรี่			การทำพฤติกรรมอื่นแทนการสูบบุหรี่	ผล	
		มาก	ปานกลาง	น้อย		สูบ	ไม่สูบ

- กำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ วางแผนทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง
- เรียนรู้วิธีแก้ไขอาการขาดนิโคติน
- ฝึกวิธีคลายเครียด ดังนี้

#### ก. หายใจคลายเครียด

วิธีปฏิบัติ สูดหายใจเข้าลึกอย่างช้า ๆ ทางจมูก กลั้นไว้ 2-3 วินาที ปล่อยลมหายใจออกช้า ๆ ทางปาก โดยให้ลิ้นแตะเพดานปากเหยียดยืมเล็กน้อย จะรู้สึกว่าต้นคอและไหล่ผ่อนคลาย ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง

#### ข. สร้างภาพในใจ

วิธีปฏิบัติ หลับตา หายใจเข้าทางจมูกอย่างช้า ๆ นึกถึงภาพว่าอยู่ในที่ที่สุขสบายและสงบ หายใจออกอย่างช้า ๆ ทางปาก โดยให้ลิ้นแตะเพดานปากเหยียดยืมเล็กน้อย ยังคงนึกถึงภาพว่าอยู่ในที่ที่สุขสบาย และสงบเช่นเดิม ลืมตาขึ้นและรู้สึกสดชื่น ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง

### 1 วันก่อนเลิกสูบบุหรี่

■ เริ่มออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ดี เพราะเมื่อออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งสารโดปามีนที่ทำให้รู้สึกมีความสุข คลายเครียด เหมือนที่นิโคตินไปกระตุ้นสมองให้มีการหลั่งสารโดปามีนเช่นกัน

■ ทบทวนความตั้งใจที่จะเลิก วางแผนสิ่งที่จะทำวันรุ่งขึ้นแทนการสูบบุหรี่ เตรียมผลไม้รสเปรี้ยว หรือของขบเคี้ยวที่ไม่หวานให้พร้อม วางแผนให้รางวัลตนเอง เมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ 1,3,6,9 และ 12 เดือน

■ ทบทวนสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดกับตนเองเมื่อเลิกสูบบุหรี่ สุขภาพ เงิน ความภูมิใจ “ไม่มีความภูมิใจครั้งใดมากเท่ากับเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นความภาคภูมิใจที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต เพราะการเลิกสูบบุหรี่ได้ คือการเอาชนะใจตนเองได้” เป็นคำพูดของคนสูบบุหรี่คนหนึ่งที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวรเตือนตนเองเสมอว่าหากกลับไปสูบบุหรี่ก็ต้องเริ่มนับหนึ่งใหม่

■ บอกเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวว่า คุณจะเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่วันนี้ เป็นต้นไป ขอกำลังใจจากเขา หากไม่มีก็ปรึกษาผู้รู้เพื่อขอคำแนะนำและกำลังใจ

■ ทิ้งบุหรี่และเครื่องมือในการสูบบุหรี่ให้หมด “ผมทิ้งบุหรี่หมด ไฟแชคไว้จุดธูปเทียน” เข้านอนด้วยความสบายใจ วันรุ่งขึ้นจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นกับฉัน ฉันจะเป็นคนไม่สูบบุหรี่แล้ว

### วันที่เลิกบุหรี่

■ ตื่นนอนดื่มน้ำ 2 แก้ว แปรงฟัน แปรงลิ้น อาบน้ำ

■ เตรียมผลไม้หรือของขบเคี้ยวที่ไม่หวานไว้ในที่ที่เคยวางบุหรี่ เช่น ในรถ กระเป๋า

■ ทั้งวันให้ดื่มอีกอย่างน้อย 10 แก้ว (ปรับเปลี่ยนตามอาชีพ)

■ หลังคาแปให้บ้วนปาก

■ หลังอาหารทุกมื้อให้ ลูกออกจากโต๊ะ ไปบ้วนปากหรือแปรงฟัน หรือรับประทานผลไม้

(รสเปรี้ยว)

- รับประทานผักให้มาก และเลี่ยงอาหารรสเผ็ดจัด หวาน เค็มจัด
- รับประทานอาหารเท่าเดิม
- เมื่อรู้สึกหิวให้ดื่มน้ำหรือรับประทานผลไม้รสเปรี้ยว หรือของขบเคี้ยวที่ไม่หวาน
- เลี่ยงสิ่งเร้าปาก เช่น ลูกอม ใช้ขบเคี้ยวผลไม้แทน
- เลี่ยงวงเหล้า / คนสูบ
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ปรับพฤติกรรมเป็นคนไม่สูบบุหรี่ อดทนกับอาการขาดนิโคติน ใช้วิธีต่าง ๆ ในการบรรเทาอาการดังกล่าวมาแล้ว และใช้หลัก 5D ป้องกันการกลับไปสูบอีก

### การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้คำปรึกษา

เมื่อได้ลงมือช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่แล้ว ให้นำข้อ เสนอแนะต่อไปนี้อมาพิจารณา เพื่อปรับปรุงพัฒนาความสามารถในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ต่อไป **ไม่มีใครที่ทำอะไรได้สมบูรณ์แบบที่สุด แต่คนที่นำการกระทำมาวิเคราะห์ จะสามารถพัฒนาศักยภาพของตนให้ดีขึ้นได้**

#### ต้อง

- ต้อง...มีความรู้ และมีไหวพริบ ความรู้ในขอบเขตที่กล่าวมาสามารถให้คำแนะนำได้แล้ว ไหวพริบเพื่อให้รู้ทันอารมณ์ของคนสูบบุหรี่และตอบคำถามหรือให้คำแนะนำได้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และสอดแทรก การให้คำปรึกษาได้เหมาะสมกับสถานการณ์
- ต้อง...ให้ความเป็นมิตร มีเจตคติที่ดีต่อคนสูบ ช่วยให้เห็นคนสูบบุหรี่รู้สึกสบายใจ มีเพื่อนรู้ใจ
- ต้อง...สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นให้คนสูบ เพื่อลงมือสูบได้โดยเร็ว
- ต้อง...สุขภาพ อ่อนโยน เข้าใจ เต็มใจ ใจให้เวลา มีเมตตา
- ต้อง...ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
- ต้อง...รับฟัง ประคับประคอง อดทน เข้าใจว่าการเลิกสูบบุหรี่ไม่ใช่เพียงหยุดสูบ แต่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สะสมมานาน
- ต้อง...ให้โอกาสแต่ละคนหาทางเลิกที่เหมาะสมกับตนเอง อย่ายึดยึดวิธีใดวิธีหนึ่งให้ อย่างหัวเราะเยาะ วิธีการที่คนสูบเลือก
- ต้อง...กระตุ้นและให้โอกาสในการขอคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
- ควร...ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับระยะเวลาที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบ
- ต้องให้เกิดยรรย เมื่อทักทายต่อหน้าคนอื่น ไม่ควรพูดเรื่องบุหรี่ปีก่อน ต้องถือเป็นความลับระหว่างสองคน ยกเว้นเขาพูดก่อน

#### อย่า

- อย่า...เหน็บแนม เยาะเย้ย ถากถาง พุดให้เขารู้สึกผิด
- อย่า...ถกเถียง ในความเชื่อของเขา
- อย่า...สั่งสอน
- อย่า...ให้สินบน หรือคำสัญญา

- อย่า...บอกรว่าการเลิกบุหรี่เป็นเรื่องง่าย ๆ
- อย่า...แสดงท่าหงุดหงิด รำคาญ กับคนที่เลิกไม่ได้
- อย่า...คาดหวังว่าเขาต้องเลิกได้

การนำสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนา คือการรู้จักตน

## 2. รู้จักคนสูบบุหรี่

ให้คิดว่าคนสูบบุหรี่คือเพื่อนร่วมชาติ / สังคมของเรา เป็นคนดี ๆ ที่มีบุคลิกก้าวร้าว ไม่อดทน ชอบทำท่าย หรือขาดความเชื่อมั่น ไม่มั่นใจ ชอบอ้างคนอื่นหรือสิ่งอื่นเป็นเหตุผลที่ทำให้เขาสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ไม่ได้ เป็นคนที่เผลอไปติดบุหรี่ และเราอยากช่วยให้เขาเลิก

คนสูบบุหรี่ทุกคนต้องการความจริง กำลังใจ และความจริงใจ ที่จะช่วยให้เขาเลิกสูบบุหรี่ได้ เมื่อพูดคุยกับคนสูบบุหรี่ บางครั้งคำที่ได้ยินไม่ได้หมายความว่าอย่างนั้นเลย เช่น

คนสูบบุหรี่ที่พูดว่า “ดีสิจะได้ตายเร็ว ๆ” เมื่อเราแนะนำให้เขาเลิกสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลทางสุขภาพ จริง ๆ แล้วเขาอยากเลิกแต่กลัวว่าจะเลิกไม่ได้

หรือที่พูดว่า “ฉันชอบสูบบุหรี่” จริง ๆ แล้วไม่ใช่ แต่เขากลัวอาการไม่สุขสบายเมื่อไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

ดังนั้น การช่วยเหลือให้คนเลิกสูบบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาต้องพิจารณาหะระยะของความ ต้องการเลิก ปัญหาอุปสรรคของคนสูบบุหรี่ที่จะทำให้เลิกยาก แรงจูงใจที่จะช่วยให้เลิกได้ง่ายขึ้น และการตั้งคำถามให้เขาคิด ให้เขาเกิดแรงจูงใจ และให้เขาเลือกวิธีที่เหมาะสมกับเขาใน กระบวนการเลิกสูบบุหรี่

**การแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาพึงตระหนักใน สิ่งที่คนสูบบุหรี่ชอบและไม่ชอบ คือ**

### สิ่งที่คนสูบบุหรี่ต้องการ

คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำที่เข้าใจง่าย กำลังใจ และตัวช่วยให้เลิกง่ายขึ้น เช่น นิโคตินทดแทน

### สิ่งที่คนสูบบุหรี่ไม่ชอบ

คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ชอบคำสอน เพราะร้อยละ 80 ทราบเรื่องพิษภัยของบุหรี่ การพูดคุยควรเป็นการถามมากกว่าสั่งสอน คำประณาม การดูถูก ไม่บอกความจริง หรือ ได้เถียง แต่บางคน การดูถูกความสามารถหรือทำท่ายก็ทำให้เขาเลิกบุหรี่ได้ เพราะไม่ชอบจึงฮึดสู้ การทักทายต่อหน้าคนอื่น “เลิกได้แล้วยัง / ยังไม่เริ่มเลยหรือ” “อ้าวกลับไปสูบบุหรี่อีกหรือ / ยังเลิกไม่ได้อีกหรือ” ก็เป็นสิ่งที่คนเลิกบุหรี่ไม่ได้ไม่ชอบ เพราะทำให้เขารู้สึกอาย

## กรณีศึกษา

แนวทางการวิเคราะห์ประเด็นหลักในการให้คำปรึกษา

- ประเมินระยะของการเปลี่ยนพฤติกรรม จากข้อมูลคิดว่าเขาอยู่ในระยะใด?
- ปัจจัยอะไรที่เป็นจุดแข็งที่จะเป็นแรงจูงใจให้เลิกสูบ และจุดอ่อนที่จะเป็นอุปสรรค

ในการเลิกสูบ?

- จะจูงใจอย่างไร? จะดึงประเด็นเด่นใดออกมาสร้างแรงจูงใจ?
- ฝึกตั้งคำถาม และให้คำปรึกษา

### กรณีศึกษาที่ 1

นายพวง อายุ 62 ปี อาชีพข้าราชการบำนาญ มาตรวจร่างกายประจำปี ผลเลือดปกติ ภาพรังสีปอดปกติ สูบบุหรืวันละ 3-4 มวน จากอดีต 20 มวน สูบมานาน 40 ปี เคยเลิกหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ เพราะการทำงานเครียด จึงลดจำนวนมวนลงจนเหลือ 3-4 มวน ตีหมาแพ่วันละ 2 แก้ว ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายโดยเดินทุกวันวันละ 30 นาที ดื่มน้ำผลไม้คั้นวันละแก้ว แพทย์ที่ตรวจร่างกายบอกว่าสูบต่อได้ไม่มากไม่เป็นไร ผมสูบต่อได้ใช่ไหม?

### กรณีศึกษาที่ 2

นายกำ อายุ 25 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ไอ สูบบุหรืมาตั้งแต่อายุ 17 ปี เริ่มต้นวันละ 4-5 มวน ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นวันละซอง เมื่อเข้ามหาวิทยาลัยเรียนหนักยิ่งสูบจัดขึ้น หากดื่มเหล้าด้วยจะสูบ 3 ซองต่อวัน ปากดำ ฟันเป็นคราบเหลือง นิ้วชี้กับนิ้วกลางที่สูบบุหรืเป็นสีเนื้อไหม้ ไม่เคยเลิกเลย พอเจ็บหน้าอกจึงเลิกสูบได้ 1 วัน กลับไปสูบอีกทนไม่ได้ ไอบากขึ้น จึงมาโรงพยาบาลกลัวเป็นถุงลมปอดโป่งพอง

### กรณีศึกษาที่ 3

นายมา อายุ 38 ปี มาพบแพทย์ด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรืวันละ 15-20 มวน สูบมานาน 20 ปี ตีหมาแพ่วันละ 2-3 แก้ว ดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มเพื่อนเป็นครั้งคราว เพื่อนสนิททุกคนสูบบุหรืเคยเลิกสูบบุหรืได้ 1 เดือน เพราะบวช สึกแล้วเข้ากลุ่มเพื่อนจึงกลับมาสูบอีก รู้สึกอยากสูบมากขึ้น เคยพยายามเลิกอีกแต่เลิกไม่ได้ ลูกสาวอายุ 6 ขวบ ขอให้เลิกสูบ ไม่ยอมให้หุ้ม บอกว่าตัวพ่อ همین

### กรณีศึกษาที่ 4

นางวานอายุ 52 ปี โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง 140/94 คงที่มา 1 ปี รักษาต่อเนื่อง รูปร่างท้วม สูบวันละ 15 มวน สูบมานาน 30 ปี เคยพยายามเลิกมาหลายครั้ง มีครั้งหนึ่งใช้นิโคตินแผ่นปะ เลิกได้นาน 3 เดือน กลับไปสูบอีกเพราะตงงาน กำลังเริ่มงานใหม่ที่ทำงานห้ามสูบบุหรื คิดว่าจะลดการสูบลงไปเรื่อย ๆ

## สรุป

บุคลากรสาธารณสุขและคนไม่สูบบุหรี่ทุกคน สามารถช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ เพียงมีหัวใจที่จะช่วย ไม่มีคำว่าผิดในการพูดคุยเพื่อช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ มีเพียงว่าจะสามารถจูงใจเขาได้มากน้อยเพียงใดเท่านั้น ความสามารถในการจูงใจจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้ง จำนวนคนสูบบุหรี่ที่ได้พูดคุยด้วย เพราะคนสูบบุหรี่ทุกคนมีความแตกต่างกันไป ดังนั้น ทุกครั้งที่ได้ช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ จะได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น เป็นประสบการณ์ที่มากขึ้น ที่สามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อ ๆ ไป คนต่อ ๆ ไป และความเชี่ยวชาญก็จะเพิ่มพูนขึ้นเช่นกัน

BE WE

No limit to what we can DREAM

No end to what we can DO

If we just believe WE CAN DO

**มาช่วยกันสร้างสังคมที่ปราศจากควันบุหรี่กันเถอะ**

## บรรณานุกรม

- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, (2547). สรุปผลการสำรวจเบื้องต้น : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กรองจิต วาที่สาธกกิจ (2549). เทคนิคการให้คำปรึกษาและเพิ่มแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่. พยาบาลกับบุหรี่, กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- กรองจิต วาที่สาธกกิจ (2545-2549). ประสบการณ์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ : ข้อมูลแบบบันทึกประวัติคนสูบบุหรี่. การรณ ดระกูลเมตัจโกร (2548). เพราะสูบบุหรี่ชีวิตจึงเป็นเช่นนี้. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2547). ผู้สูบบุหรี่คิดอย่างไรกับค่าเตือนบนซองบุหรี่. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- เอแบคโพลล์ (2545). ผลการสำรวจความคิดเห็นของวัยรุ่นหญิงไทย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- Andersen S. Adding addiction to the transtheoretical model for smoking cessation. Addictive Behaviors. 25 August 2006.
- Ceballos NA, Al'Absi M. Dehydroepiandrosterone sulfate, cortisol, mood state and smoking cessation: Relationship to relapse status at 4-week follow-up. Pharmacology, Biochemistry and Behavior. 11 August 2006.
- Cunningham JA. Barriers to tobacco cessation. CMAJ 175[4], 388. 15 August 2006.
- Dresler CM, Leon ME, Straif K, Baan R, Secretan B. Reversal of risk upon quitting smoking. Lancet 368[9533], 348-349. 29 July 2006.

- Foulds J, Gandhi KK, Steinberg MB, Richardson DL, Williams JM, Burke MV et al. Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *American Journal of Health Behavior* 30[4], 400-412. July 2006.
- Ghanizadeh A, Ashkani H, Ghanizadeh-Zarchi MA, Nakhaee N. Iranian university students' reasons for cessation of smoking and temptation to smoke. *Annals of Saudi Medicine*. 23[5], 334-336. September 2003.
- Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. Impacts of a smoking cessation benefit among employed populations. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49[1], 11-21. January 2007.
- Jhun HJ, Seo HG. The stages of change in smoking cessation in a representative sample of Korean adult smokers. *Journal of Korean Medical Science* 21[5], 843-848. October 2006.
- John E. Connett, et al. Changes in Smoking Status Affect Women More than Men: Results of the Lung Health Study, *American Journal of Epidemiology* 2003; 157: 973-979.
- Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. Center for Tobacco Research and Intervention, University of Wisconsin Medical School, Madison 53706-1532.
- Knoke JD, Anderson CM, Burns DM. Does a failed quit attempt reduce cigarette consumption following resumption of smoking? The effects of time and quit attempts on the longitudinal analysis of self-reported cigarette smoking intensity. *Nicotine & Tobacco Research* 8[3], 415-423. June 2006.
- Kreutzkamp B. [Smoking cessation. Reduced mortality after 14 years]. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten* 29[5], 186-187. May 2006.
- study. *Journal of Abnormal Psychology* 115[3], 454-466. August 2006.
- Mac Manus MP et al, Unexpected long-term survival after low-dose palliative radiotherapy for non-small cell lung cancer. *Cancer*. 2006 Mar 1;106(5):1110-6.
- O'Connell KA, Hosein VL, Schwartz JE, Leibowitz RQ. How does coping help people resist lapses during smoking cessation? *Health Psychol*. 2007 Jan;26(1):77-84.
- O'Connell KA, Hosein VL, Schwartz JE. Thinking and/or doing as strategies for resisting smoking. *Research in Nursing and Health* 29[6], 533-542. December 2006.
- O'Neill DL. Smoking cessation. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 31[3], 297. June 2006.
- Ryckman KA, Bercaw DM, Ellis MR, Wolf DG, Elgert S. What predicts a successful smoking cessation attempt? *Journal of Family Practice* 55[9], 816-819. September 2006.
- Stein Emil Vollset, Aage Tverdal, and Hkon K. Gjessing. Smoking and Deaths between 40 and 70 Years of Age in Women and Men. *Annals of Internal Medicine*. 144:6: 2006 pp. 381-389.
- Stott P. Smoking cessation: trying hard; but could do better. *International Journal of Clinical Practice* 60[9], 1025-1026. September 2006.
- Susan F Hurley, Jane P Matthews. The Quit Benefits Model: a Markov model for assessing the health benefits and health care cost savings of quitting smoking. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2007, 5:2 doi:10.1186/1478-7547-5-2
- Teo, K.K. *The Lancet*, Aug. 19, 2006; vol 368: pp 647-658. Rosner, S.A. and Stampfer, M.J. *The Lancet*, Aug. 19, 2006; vol 368: pp 621-622.



- Tindle, Hilary A. of the University of Pittsburgh School of Medicine. American Journal of Public Health, August 2006.
- Tindle HA, Rigotti NA, Davis RB, Barbeau EM, Kawachi I, Shiffman S. Cessation among smokers who used "Light" cigarettes: results from the 2000 National Health Interview Survey. American Journal of Public Health . 29 June 2006.
- Tremblay M, Cournoyer D, Jukic D, O'Loughlin J. [Smoking cessation counseling. What do nurses think?]. Perspective Infirmiere 3[5], 42-45. May 2006.
- Vidrine JI, Cofta-Woerpel L, Daza P, Wright KL, Wetter DW. Smoking cessation 2: behavioral treatments. Behavioral Medicine 32[3], 99-109. 2006.
- West R, Gilseman A, Coste F, Zhou X, Brouard R, Nonnemaker J et al. The ATTEMPT cohort: a multi-national longitudinal study of predictors, patterns and consequences of smoking cessation; introduction and evaluation of internet recruitment and data collection methods. Addiction 101[9], 1352-1361. September 2006.
- Wright AJ, French DP, Weinman J, Marteau TM. Can genetic risk information enhance motivation for smoking cessation? An analogue study. Health Psychology 25[6], 740-752. November 2006.
- World Health Organization. Regional office for south-East-Asia, New Delhi, 2003.
- World Health Organization. Effective access to tobacco dependence treatment, New Zealand. Geneva, 2003.

**Internet citation**

National Cancer Institute. Smokeless Tobacco or Health: An International Perspective. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1992. Available at: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/2/index.html>. Accessed: July 2004.

Smoking cessation : [www.resource-allocation.com/content/5/1/2](http://www.resource-allocation.com/content/5/1/2)

smoking cessation : [www.quitnet.com](http://www.quitnet.com)

smoking cessation : [www.quit.org.au](http://www.quit.org.au)

smoking cessation : [www.stoping@quit.org.uk](mailto:www.stoping@quit.org.uk)

## บทที่ 6

# รูปแบบต่าง ๆ ในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

กรรณจิต วาทีสารกกิจ

บทนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ตอนที่ 2 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

## บทนำ

รูปแบบของการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่มีหลากหลาย ทั้งการให้เอกสารแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เช่น ในคลินิกเลิกบุหรี่ หรือหน่วยให้คำปรึกษาทางสุขภาพหรือสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป หรือที่ร้านขายยา คลินิกแพทย์ ทันตแพทย์ ก็ได้ทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการแจกเอกสารวิธีเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง และการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มหรือการใช้กระบวนการกลุ่มในการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมียาและนิโคตินทดแทนที่จะช่วยส่งเสริมให้การเลิกสูบบุหรี่ง่ายขึ้น การใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกันจะทำให้การเลิกสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแล้วติดตามทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แล้วส่งเอกสารคู่มือเลิกบุหรี่ให้ หรือให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มพร้อมเอกสารวิธีเลิก หรือให้คำปรึกษารายบุคคลหรือทางโทรศัพท์พร้อมแจกนิโคตินทดแทน เป็นต้น ทั้งนี้การใช้วิธีใดจะต้องเหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ การเลิกสูบบุหรี่จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด

บทนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ตอนคือ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

### ตอนที่ 1

## การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เป็นวิธีที่คนสูบบุหรี่ชอบมากที่สุด เพราะเป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคลสองคนมองเห็นหน้ากัน สามารถซักถามข้อมูลได้โดยตรง ผู้ให้คำปรึกษาสามารถประเมินความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่ได้ชัดเจน ทั้งทางภาษาพูดและการแสดงออกทางร่างกาย และในทางกลับกันผู้สูบบุหรี่ก็สามารถมองเห็นความตั้งใจ จริงใจ และความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อเขา สร้างความรู้สึกไว้วางใจและความเชื่อมั่น ซึ่งจะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น เป็นวิธีที่บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสใช้มากที่สุด

## เทคนิคให้คำปรึกษา

**ท่านั่ง หรือยืน** อยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย ไม่กอดอก ระยะห่างพอพูดธรรมดาได้ยิน ประมาณ ฟุต – ฟุตครึ่ง หันหน้าเข้าหาคนสูบบุหรี่ให้มองตากันได้ ระวังภาษากายให้เหมาะสม

**การมอง** ไม่จ้องตาตลอดเวลา สบสายตาเป็นระยะเมื่อต้องให้กำลังใจหรือสร้างความเชื่อมั่น แสดงความจริงใจ อย่าละสายตาออกจากใบหน้าของอีกฝ่ายหนึ่งโดยไม่จำเป็น เพราะจะทำให้รู้สึกว่าคุณอีกฝ่ายหนึ่งเกิดความเบื่อหน่าย หรือไม่ตั้งใจฟัง

**ภาษาพูด** ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะกับวัยของผู้สูบบุหรี่

**การฟัง** ฟังด้วยความตั้งใจ ใส่ใจ ไม่แปลความหมายแทน พูดให้น้อย และใช้ความเงียบ เมื่อต้องการให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสคิด หรือกระตุ้นให้เล่าเรื่องต่อ การฟังเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการให้คำปรึกษา เพราะจะทำให้ทราบเรื่องราวทั้งหมดจากผู้สูบบุหรี่

**การตั้งคำถาม**

**ใช้คำถามปิด** เมื่อต้องการคำตอบที่กระชับหรือเฉพาะเจาะจง เช่น “คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน” “คุณออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่”

**ใช้คำถามเปิด** เป็นส่วนใหญ่ เช่น “เพราะอะไรจึงคิดว่า.....” “อะไรคือแรงจูงใจให้คุณอยากเลิกสูบบุหรี่” เป็นต้น คำถามเปิดจะทำให้เกิดความอิสระในการแสดงความคิดเห็นให้ใช้คำว่า “เพราะเหตุใด หรือเพราะอะไร” หลีกเลี่ยงคำว่า “ทำไม”

**ใช้คำพูดทวนคำ** เพื่อให้คนสูบบุหรี่คิดทบทวนคำพูด เกิด “สติ” หรือเข้าใจตนเอง เช่น “ที่คุณพูดว่า .....” “หรือคล้ายกับคุณคิดว่า.....”.

**การพูดทวนคำ** เพื่อให้โอกาสผู้พูดหรือคนสูบบุหรี่ได้อธิบายความเพิ่มเติม หรือรับรู้ว่าคุณให้คำปรึกษาเข้าใจตรงกัน และยังเป็นการทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาฟังเรื่องราวที่เขาเล่า

**การให้กำลังใจ** กระทำอย่างต่อเนื่องไม่แสดงความเบื่อหน่าย แม้ว่าจะพยายามหลายครั้งแล้ว กระตุ้นและให้กำลังใจ เมื่อเห็นว่าผู้สูบบุหรี่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้แล้ว หรือเมื่อเขาพร้อมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่

**การให้เวลา** ประมาณ 15-20 นาที สำหรับการให้คำปรึกษาทั่วไป หากน้อยกว่า 10 นาที การจูงใจยังไม่พอ และ ระยะเวลาหากเกินกว่า 30 นาที จะเริ่มเข้าสู่เรื่องส่วนตัว

แต่หากคนสูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยังไม่ต้องการเลิกหรือระยะที่ต้องการเลิกแต่ยังไม่พร้อมที่จะเลิกอาจใช้เวลาจนถึง 30 – 50 นาที สำหรับคนที่อยู่ในระยะกำลังเลิก หรือการติดตามระดับประคองขณะเลิกหรือหลังจากเลิกได้แล้วระยะหนึ่ง ใช้เวลา 3-5 นาที

### ข้อดี ของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบซึ่งหน้า คือ

1. สามารถมองเห็นหน้ากัน เห็นสีหน้าท่าทางของคนสูบบุหรี่ จะช่วยให้การประเมินระยะต้องการเลิกได้ชัดเจนขึ้น
2. ผู้รับคำปรึกษามองเห็นผู้ให้คำปรึกษา ที่มีท่าทางน่าเชื่อถือ สีหน้าห่วงใย และมีความตั้งใจ จริงใจ ในการช่วยให้เขาเลิกสูบบุหรี่
3. สามารถใช้เวลาจูงใจได้เหมาะสมกับระยะต้องการเลิกของคนสูบบุหรี่

### ข้อเสีย

1. มีขีดจำกัดของบริการ เพราะต้องให้คำปรึกษาทีละคนและใช้เวลา ทำให้จำนวนที่ช่วยเหลือมีจำกัด
2. ผู้ให้คำปรึกษาซึ่งหน้าต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในเรื่องการให้คำปรึกษา ทำให้ค่าใช้จ่ายรายหัวสูงกว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
3. ผู้รับคำปรึกษาต้องเดินทางมายังหน่วยให้คำปรึกษา ซึ่งทำให้กลุ่มที่อยู่ห่างไกลกลุ่มแม่บ้านและกลุ่มที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างที่ควร

### สรุป

การให้คำปรึกษาแบบซึ่งหน้าเป็นรูปแบบที่บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสใช้มากที่สุดในงานประจำ ไม่ว่าจะเป็นคลินิกเลิกบุหรี่หรือการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เพราะคนสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 70 จะเขามายังสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล หรือคลินิกต่าง ๆ

.....

## ตอนที่ 2

# การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือ Quitline เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของชาติ และเป็นแหล่งทรัพยากรให้ความรู้และแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ทำให้สังคมไทยตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่

## จุดแข็งและจุดอ่อนของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกสูบบุหรี่

### จุดแข็ง

1. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สามารถช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ ปกป้องบุคคลจากควันบุหรี่มือสองได้ และสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ได้ เข้าถึงทุกกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะเศรษฐกิจ ทั้งคนสูบและไม่สูบ เป็นการพูดคุยที่ไม่เห็นหน้ากัน และเป็นความลับ ทำให้สื่อสารกันได้อย่างไม่ต้องเขินอาย ผู้สูบเปิดใจ เข้าถึงได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และบุคคลกรสาธารณสุขสามารถส่งต่อผู้รับบริการมาที่สายปลอดบุหรี่ได้ ติดตามผลได้

2. สามารถให้บริการประชาชนจำนวนมากได้ อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ ทุกเวลา ทุกวัน ไม่ต้องมีการนัดหมายให้รอคอยเหมือนโครงการช่วยเหลือเป็นกลุ่มหรือการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพราะปัญหาหนึ่งของคนที่ต้องการแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อเลิกสูบบุหรี่คือ ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เช่น มีแหล่งช่วยเหลือน้อย อยู่ห่างไกล และต้องใช้เวลามากในการมาขอความช่วยเหลือ หรือการเดินทางลำบาก หรือมีภาระหน้าที่ เช่น ต้องทำงาน ดูแลบุตร หรือไม่มีเงินในการรับความช่วยเหลือ เช่นการเข้ากลุ่มเลิกบุหรี่ คลินิกอดบุหรี่ หรือร้านขายยา

3. สามารถจัดระบบบริการเป็นศูนย์กลางควิทไลน์ได้ ทำให้ประหยัด และพัฒนาให้เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพได้ง่าย โดยมีการฝึกอบรมที่มีมาตรฐานเดียวกัน มีการควบคุมคุณภาพการบริการที่ดีกว่า และง่ายต่อการประเมินผล ง่ายต่อการประชาสัมพันธ์ไม่ว่าจะประชาสัมพันธ์ในรูปแบบใด ก็ง่ายต่อการรับรู้และจดจำหมายเลขเดียว ศูนย์ควิทไลน์สามารถให้ข้อมูลหรือ ส่งต่อผู้รับบริการไปยังโครงการอื่น ๆ ในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ที่อยู่

ในพื้นที่ของคนสูบบุหรี่ได้อีกด้วย ในหลาย ๆ ประเทศ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ได้จัดตั้งศูนย์ควิไลน์เป็นบริการของรัฐหรือของประเทศแล้ว

4. ควิไลน์ มีต้นทุนการดำเนินงานต่ำ และมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ในการติดตามหลังให้คำปรึกษา จะยังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้นทุนที่สูงขึ้น ขึ้นอยู่กับการจัดตั้งระบบให้คำปรึกษาตอบรับด้วยเครื่อง หรือการเปิด Quitnet

#### จุดอ่อน

1. เป็นการพูดคุยที่ไม่เห็นหน้ากัน อาจทำให้การประเมินไม่ชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้ทักษะในการประเมินภาวะอารมณ์หรือความจริงใจ ตั้งใจ ของผู้ขอคำปรึกษาจากน้ำเสียง และถ้อยคำเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถประเมินสีหน้าท่าทางหรือการแสดงออกอื่น ๆ ของผู้ขอคำปรึกษาได้

2. ระบบควิไลน์เป็นระบบให้บริการซ้ำ ๆ เพราะถึงแม้ว่า รูปแบบการเสพติด วิธีการเลิก และปัญหาต่าง ๆ จากการเลิกสูบบุหรี่ จะแตกต่างกันในคนสูบบุหรี่แต่ละคนก็ตาม แต่ในภาพรวมแล้วทุกสิ่งทุกอย่างกล่าวมาไม่มีความหลากหลายในคำตอบ หากผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้พัก หรือได้ระบาย อาจเกิดความเครียด จากการรับทราบข้อมูลต่าง ๆ และการตอบคำถามซ้ำ ๆ ได้

3. หากระบบการติดตามไม่ชัดเจน ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาก็น้อยลง เพราะเป็นการพูดคุยกันเพียงครั้งเดียว

## การดำเนินงาน quit line สายปลอดบุหรี่ในประเทศไทย

**ความเป็นมา** สืบเนื่องมาจากการก่อตั้งมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2529 เมื่อการรณรงค์สร้างกระแสค่านิยมไม่สูบบุหรี่ได้ผล ประชาชนเกิดความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง ทำให้คนสูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ประกอบกับประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2535 ประชาชนเริ่มเรียกร้องมายังมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ว่า ให้มีบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ด้วย สายปลอดบุหรี่ 1600 รวม 3 สายเบอร์เดียว จึงเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2536 โดยความร่วมมือจากองค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์เบอร์ 1600 โดยผู้ขอคำปรึกษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ 2 ปีต่อมา จึงคิด ค่าบริการครั้งละ 3 บาท ทั่วประเทศ

มีเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นผู้ให้คำปรึกษาหลัก และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นอาสาสมัคร เปิดบริการครั้งแรกตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันให้บริการ 08.30 – 17.00 น. และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา เน้นการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแก้ไขหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากร่างกายขาดสารนิโคตินเป็นหลัก เน้นการรับฟัง การให้กำลังใจ การสร้างแรงจูงใจ และมีเอกสารคู่มือ “**คุณทำได้**” ส่งให้กับผู้ที่ต้องการทุกคนทางไปรษณีย์โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย บางรายมีการส่งแผ่นพับหรือโปสเตอร์ให้ตามคำขอ

ผู้ที่ขอรับบริการส่วนใหญ่เป็นคนที่สูบบุหรี่เพศชายประมาณร้อยละ 85 เพศหญิงที่โทรเข้ามาส่วนใหญ่เป็นผู้ใกล้ชิดคนสูบบุหรี่ ผลการติดตาม ยังมีการรณรงค์ผลสำเร็จยิ่งสูงขึ้น ติดตาม ระยะ 1 ปี พ.ศ.2544-45 พบว่ามีผู้เลิกได้ 2% ปี พ.ศ.2545-46 เลิกได้ 4% และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ.2548 เนื่องจากการรณรงค์ทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์ของ สสส. และมีผู้ตอบกลับมากขึ้น

## หลักในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

1. ใช้หลักเหมือนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบซึ่งหน้า คือให้ความเป็นมิตร มีเจตคติที่ดีต่อผู้ขอคำปรึกษา มีความเต็มใจ ตั้งใจ และจริงใจ
2. เน้นการตั้งใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และส่งต่อตามความจำเป็น
3. การให้ความรู้จะสอดแทรกไปกับการค้นหาประสบการณ์โดยมีหลักกระตุ้นให้ผู้ขอคำปรึกษาคิดหาแนวทางก่อน แล้วจึงเสริมแรงจูงใจ และให้ความรู้เพิ่ม
4. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สุภาพ เหมาะสมกับผู้ขอคำปรึกษา
5. ไม่ขัดแย้งความเชื่อของผู้ขอคำปรึกษา แต่จะให้เหตุผล และเสริมความรู้ให้เกิดความเชื่อมั่น
6. การจูงใจและให้ความรู้จะเหมาะกับเพศ วัย และภูมิหลัง ประสบการณ์ของผู้ขอคำปรึกษา
7. ไม่คาดคั้น หรือผิดหวังหากผู้ขอคำปรึกษาไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่หลังการพูดคุย
8. มีการบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผล (ภาคผนวก)

## สรุป

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นช่องทางที่ดีในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ทั้งต่อคนสูบบุหรี่และผู้ใกล้ชิด ตลอดจนเป็นแหล่งความรู้สำหรับประชาชนที่สนใจ และยังเป็นแหล่งที่บุคลากรสาธารณสุขสามารถส่งต่อผู้รับบริการและญาติที่สูบบุหรี่ให้ได้รับการปรึกษาอีกด้วย คนสูบบุหรี่สามารถโทรกลับมากี่ครั้งก็ได้ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง ประหยัดเงิน จากประสบการณ์พบว่าคนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ที่ทำงาน จะโทรมาช่วงเช้าขณะเดินทางไปทำงาน ช่วงพักระหว่างวัน และช่วงเย็น ส่วนช่วงเวลาอื่นจะเป็นคนที่มึนหรือกิจส่วนตัว และคนที่เกษียณ หรือแม่บ้าน หลายประเทศได้จัดตั้งสายปลอดบุหรี่แห่งชาติ และจัดให้เป็นโครงการควบคุมยาสูบของชาติอย่างหนึ่ง



## ตอนที่ 3

# การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

### ความหมาย

การให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม (Group - Counseling) หมายถึง การให้คำปรึกษาตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมกัน การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มที่จะมีประสิทธิภาพ กลุ่มควรมีขนาด 6-12 คน มีการเข้ากลุ่ม 4-7 ครั้ง ระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

### ข้อดีข้อเสียของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม

#### ข้อดี

1. ความหลากหลายของคนในกลุ่มจะช่วยกันให้เลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละคน
2. มีการกระตุ้นประคอง สนับสนุนซึ่งกันและกันทำให้เกิดพลังของการเปลี่ยนแปลง เพราะเป็นกิจกรรมที่ทุกคนต้องร่วมกันทำ ช่วยเหลือกัน เกิดความผูกพัน ห่วงใย แม้ว่าอาจก่อให้เกิดความเครียดในคนที่เลิกไม่ได้แต่ก็ยังสามารถเกิดความพยายามได้

#### ข้อเสีย

1. หากการดำเนินกลุ่มไม่ดี อาจทำให้การจูงใจไม่ได้ผลในคนที่ไม่กล้าแสดงออก
2. ความหลากหลายของคนในกลุ่มอาจเกิดความขัดแย้งกันได้

### ขั้นตอนการจัดให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่

1. วางแผนเตรียมความพร้อมของการทำกลุ่ม
2. เลือกสถานที่ที่เหมาะสมและเห็นได้ชัดเจน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ และเป็นการประชาสัมพันธ์การให้บริการอีกด้วย
3. เลือกเวลาที่เหมาะสมทั้งกับตัวทีมงานและผู้มารับบริการ โดยกำหนดเป็นวันและเวลาดำเนินการที่แน่นอน อาจเป็นวันใดวันหนึ่งของสัปดาห์

4. กำหนดเงื่อนไขของการจัดกิจกรรมว่าจะคิดค่าบริการหรือไม่ (การคิดค่าบริการเล็กน้อยอาจเป็นแรงจูงใจให้พยายามเลิกสูบบุหรี่ได้)
5. กำหนดกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมและการติดตามผล

### คุณสมบัติของผู้ดำเนินโครงการ

- มีความรู้ลึกซึ้งเกี่ยวกับบุหรี่และวิธีเลิกสูบบุหรี่
- มีประสบการณ์ทำงานเป็นกลุ่ม
- มีทักษะการเป็นผู้นำ
- มีความเข้าใจในพลวัตของกลุ่ม
- ถ้าผู้ดำเนินการกลุ่มไม่มีประสบการณ์ กลุ่มอาจไม่มีประสิทธิภาพในการช่วยกันให้เลิกสูบบุหรี่ได้

■ นอกจากการมีความรู้และประสบการณ์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญแล้ว ผู้ดำเนินโครงการยังต้องมีความรับผิดชอบในการปรับอารมณ์ และการสร้างความคุ้นเคย ความเชื่อถือต่อกันของคนในกลุ่มผู้ดำเนินโครงการเป็นแรงจูงใจให้คนสนใจโครงการ และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้คนในกลุ่มกลับมาเข้ากลุ่มต่อหรือเลิกมาเข้ากลุ่มได้

### การจัดกิจกรรมเลิกบุหรี่แบบกระบวนการกลุ่ม

ในการดำเนินกระบวนการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินการกลุ่มจะต้องกระตุ้น ควบคุม ให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กันอย่างราบรื่น การเสนอแนะวิธีเลิกสูบบุหรี่ ควรให้ผู้ขอคำปรึกษาในกลุ่มช่วยคิดหาวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับตัวเขา ซึ่งจะช่วยลดการโต้แย้งหรือป้ายเปียงไม่ยอมปฏิบัติ เช่น ลองกระตุ้นให้คิดว่าถ้ารู้สึกเบื่อยากปากอยากสูบบุหรี่จะทำอย่างไรดี วิธีนี้จะดีกว่าการบอกว่าเขาควรทำอย่างนั้นอย่างนี้ เป็นต้น

ผู้รับการปรึกษาบางคนในกลุ่ม อาจโทษสิ่งต่าง ๆ ไปเรื่อย หรืออาจย้อนถามผู้ให้คำปรึกษาว่าเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าไม่เคยจะมาให้คำปรึกษาได้อย่างไร หรือบอกว่าขอคำปรึกษามากหลายหนแล้วก็ยังเลิกไม่ได้สักที ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้กำลังใจ และหาทางแก้ไขตามสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ โดยให้กลุ่มช่วยคิดเพื่อให้เขาเห็นด้วย

ในกรณีที่คนสูบบุหรี่ในกลุ่มมีปัญหาที่ทำให้เครียด ซึ่งไม่เหมาะที่จะเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่ อาจต้องส่งต่อเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และให้ลดจำนวนสูบลงก่อน หากมีข้อมูลการเลิกที่ผิดซึ่งทำให้เกิดความลังเลใจ ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทำให้เขายอมรับข้อมูลใหม่

การเสริมกำลังใจ และกระตุ้นให้กลุ่มกำหนดวันที่จะลงมือเลิกร่วมกัน ต้องหมั่นกระตุ้นสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ขอคำปรึกษาแต่ละคนลงมือเลิกสูบบุหรี่ตามที่ได้กำหนดวันไว้ และหาแนวร่วมในกลุ่ม /นอกกลุ่ม ที่จะหยุดสูบบุหรี่ด้วยกัน

## ขั้นตอนของการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม

ก่อนเริ่มกิจกรรมควรทำประวัติการสูบบุหรี่ของผู้เข้ากลุ่มทุกคน โดยมีแบบฟอร์มบันทึกที่จะเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผลได้

### ขั้นที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อมูล

■ จากประวัติการสูบบุหรี่จะเป็นการเปิดให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูลของตัวเอง อายุ จำนวนมวนที่สูบ จำนวนปี เหตุผลที่สูบบุหรี่ และเหตุผลที่ต้องการเลิกสูบ วิธีที่ใช้เลิกในอดีต ระยะเวลาที่เลิกได้ อาการที่เกิดขึ้น และวิธีแก้ไข ในบางกรณีอาจลงลึกไปถึงพฤติกรรมในการสูบ และวิธีแก้ไขพฤติกรรมเป็นไม่สูบ

■ วิทยากรให้เหตุผลแก้ไขความเชื่อที่ผิด เสริมแรงจูงใจเพิ่ม และเสริมข้อมูลวิธีเลิกสูบบุหรี่ที่กลุ่มไม่ได้พูดถึง และให้กลุ่มร่วมกันสรุปวิธีที่ดีที่สุดสำหรับตัวเองที่จะนำไปใช้ได้

■ ให้กลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ จากการสูบบุหรี่ ซึ่งสมาชิกบางคนอาจเริ่มมีปัญหสุขภาพแล้ว รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งสมาชิกกำลังประสบอยู่ เพื่อให้เหตุผลของการเลิกสูบบุหรี่มีน้ำหนักมากขึ้น

■ วิทยากรให้ข้อมูลเพิ่มเติมทั้งเรื่องโรคและเรื่องตัวเลขของผู้ที่เลิกสูบได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้สมาชิก

■ ลองคุยกันว่าหากต้องการเลิกสูบบุหรี่แล้วจะมีผลดีอย่างไรบ้าง สมาชิกแต่ละคนจะเป็นอย่างไร

■ กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มระบุแรงจูงใจของตน และแหล่งกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

■ ชักชวนให้กำหนดวันที่จะลงมือเลิกสูบบุหรี่ซึ่งไม่ควรเกินสองอาทิตย์ถัดไป ดีที่สุดคือวันนี้หรือในระยะเวลาไม่เกิน 2-3 วัน

■ แจกใบบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกแต่ละคน รวมทั้งแจกแผ่นพับ เพื่อให้สมาชิกนำไปอ่านทบทวนที่บ้าน

■ กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ซึ่งควรถัดจากวันแรกนี้ไป 2-3 วัน

### ขั้นที่ 2 วางแผนการเลิกสูบบุหรี่

■ ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้บันทึกไว้ของแต่ละคน และช่วยกันหาแนวทางปฏิบัติตัวในช่วงที่ขอสูบบุหรี่เสมอ ๆ เมื่อจะต้องหยุดสูบบุหรี่จริง ๆ

■ พูดคุยวิธีการเลิกของแต่ละคนที่คิดว่าน่าจะนำไปใช้ได้

■ วิทยากรให้ข้อมูลอาการขาดบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อแก้ไขอาการดังกล่าว

■ ให้กลุ่มแลกเปลี่ยนวิธีการที่ควรใช้ในการแก้อาการขาดบุหรี่ของแต่ละคน รวมถึงข้อกังวลใจอื่น ๆ ด้วย

■ กำหนดวันนัดครั้งต่อไปควรเป็นวันหลังจากเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้ว

### ขั้นที่ 3 ลงมือหยุดสูบบุหรี่

- พุดคุยถึงอาการขาดบุหรี่ของแต่ละคนที่เกิดขึ้นและความสำเร็จในการแก้ไขอาการดังกล่าว
- วิทยากรแนะนำวิธีแก้ไขอาการขาดบุหรี่อย่างง่าย ๆ รวดเร็วและได้ผลดี
- วิทยากรให้กำลังใจแก่สมาชิกอย่างเต็มที่ รวมถึงอำนวยความสะดวกในกรณีต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉิน อาจจะเป็นหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน
- อาจตรวจสอบสุขภาพเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

### ขั้นที่ 4 ต่อสู้กับอาการขาดบุหรี่หลังจากเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้ว

- สมาชิกแลกเปลี่ยนอาการขาดบุหรี่ที่เกิดขึ้นและวิธีแก้ไขที่ใช้ รวมถึงผลที่เกิดขึ้นว่าดีผลหรือไม่และให้สมาชิกได้ช่วยกันหาแนวทางแก้ไขใหม่ ๆ ที่อาจได้ผล
- สมาชิกสรุปปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ร่วมกัน เพื่อช่วยกันหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้ตกอยู่ในภาวะเหล่านั้น เช่น เพื่อนชวนที่ยวบกลางคืน เครียดจากการทำงาน
- วิทยากรสนับสนุนให้สมาชิกได้พูดคุยกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกันและช่วยกันหาทางแก้ปัญหาด้วยกัน
- กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ซึ่งคาดว่าทุกคนจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เด็ดขาดแล้ว

### ขั้นที่ 5 ยืนยันว่าจะเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ตลอดไป

- วิทยากรสอบถามความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกและแก้ไขปัญหที่อาจหลงเหลืออยู่ร่วมกัน
- วิทยากรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อยืนยันว่าจะเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ตลอดไป
- สมาชิกพุดคุยถึงข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นที่แต่ละคนรู้สึกได้ และให้กำลังใจกันเพื่อยืนยันจะไม่สูบบุหรี่ตลอดไป
- นัดวันพบกันครั้งต่อไป ซึ่งจะเป็นการติดตามผล อาจเป็น 1 เดือนถัดไป

### ขั้นที่ 6 ขั้นการติดตามผล

- เพื่อให้กลุ่มสมาชิกได้มาพบกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ดี ๆ ที่เกิดขึ้น หลังจากเลิกสูบบุหรี่
- สำหรับคนที่กลับไปสูบบอก การกลับมาพบกันจะทำให้ได้เรียนรู้และแก้ไขข้อบกพร่องของตัวเอง โดยเรียนรู้จากสมาชิกที่เลิกได้ จะทำให้เขามีกำลังใจที่จะเริ่มต้นเลิกใหม่อีกครั้งหนึ่ง
- จากนั้นสมาชิกอาจนัดพบกันเอง ส่วนวิทยากรอาจใช้การติดตามผลระยะยาวต่อไป โดยใช้จดหมายหรือไปรษณียบัตร

## การทำกลุ่มเพียงครั้งเดียว

ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่จัดให้กับองค์กรภาครัฐและเอกชน จะดำเนินกระบวนการกลุ่มใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงขึ้นอยู่กัขนาดกลุ่ม แบ่งเนื้อหาดำเนินการเป็นสามระยะ คือ

### ระยะที่ 1

■ ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูลของตัวเอง อายุ โรคประจำตัว จำนวนมวนที่สูบ จำนวนปี เหตุผลที่สูบบุหรี่ และเหตุผลที่ต้องการเลิกสูบ วิธีที่ใช้เลิกในอดีต ระยะเวลาที่เลิกได้ อาการที่เกิดขึ้น และวิธีแก้ไข

■ ในบางกรณีที่มีผู้สูบจำนวนมวนไม่มากอาจลงลึกไปถึงพฤติกรรมในการสูบ และอาจให้คนใดคนหนึ่งหรือสองคน ที่มีประวัติเป็นจุดเด่น เช่น สูบมานาน หรือเคยเลิกแล้วหลายครั้ง หรือไม่เคยเลิกมาก่อนเลย เป็นผู้เริ่มเปิดประเด็นการสนทนาและการเลิกสูบบุหรี่

■ วิทยากรให้เหตุผลแก้ไขความเชื่อที่ผิด เสริมแรงจูงใจเพิ่ม ให้เหมาะสมกับประวัติของแต่ละคน

■ วิทยากรกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็น และค้นหาวิธีเลิกสูบบุหรี่ร่วมกัน

■ วิทยากรเสริมข้อมูลวิธีเลิกสูบบุหรี่ที่กลุ่มไม่ได้พูดถึง

เป้าหมายของการดำเนินการกลุ่มในช่วงนี้คือ กลุ่มได้วิธีการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการเลิกสูบบุหรี่ และเคล็ดลับการเลิกสูบ

### ระยะที่ 2

■ ให้แต่ละคนเขียนข้อดีของการสูบบุหรี่ ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ และให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

■ วิทยากรให้ข้อมูลเพิ่มเติม ให้ตรงกับประเด็นของกลุ่ม และเสริมแรงจูงใจ

■ ให้แต่ละคนระบุแรงจูงใจของตน

เป้าหมายของการดำเนินการกลุ่มในช่วงนี้คือ แต่ละคนได้ระบุแรงจูงใจของตนเองที่จะทำให้เลิกสูบบุหรี่

### ระยะที่ 3

■ ให้กลุ่มระบุความตั้งใจที่จะเลิกสูบ วันที่จะลงมือเลิก วิธีการที่เลือก และกำลังใจที่ต้องการ

■ วิทยากรขออนุญาตติดตามให้กำลังใจ อาจเป็นทางโทรศัพท์ ซึ่งมีงานวิจัยระบุว่า มีประสิทธิภาพ ตามในระยะ 3,7,14 วัน และ 1,3,6,12 เดือน ทั้งนี้หากวิทยากรไม่พร้อม ก็อาจติดตามทางไปรษณีย์ ซึ่งระยะเวลาติดตามเป็นไปตามความพร้อมของวิทยากร มูลนิธิรณรงค์ฯ ติดตาม 1,3,6,12 เดือน

### หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดำเนินการกลุ่มเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้

■ แก่ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบ

■ ช่วยให้ผู้เข้ากลุ่มเข้าใจกระบวนการเลิกสูบบุหรี่

■ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์

■ สร้างความสมดุลระหว่างการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวและประสบการณ์ของผู้เข้ากลุ่มกับการให้ความรู้และทักษะในการเลิกสูบ

- รักษาสมดุภายในกลุ่ม ไม่ว่าจะป็นกลุ่มปิดหรือเปิดรับสมาชิกใหม่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะป็นสมาชิกเดิมมาเข้ากลุ่มใหม่หรือป็นสมาชิกใหม่ก็ตาม
- มีความเห็นอกเห็นใจ รู้ถึงประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน
- สร้างบรรยากาศของการแบ่งปันประสบการณ์และมีความเข้าใจกัน
- ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประคองซึ่งกันและกัน
- ให้แรงเสริมพฤติกรรมเชิงบวก
- เผชิญและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- ช่วยสมาชิกในการตรวจสอบตนเอง

## สรุป

วิธีที่ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่นิยมมีหลายวิธี ได้แก่ การจัดทำเอกสารเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบซึ่งหน้า และทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม การใช้กระบวนการกลุ่มในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ การใช้ยา ฯลฯ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะป็นการใช้วิธีใดเป็นหลัก มีหลักฐานยืนยันว่าการใช้หลาย ๆ รูปแบบ จะส่งเสริมประสิทธิภาพของอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งบุคลากรสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จะพิจารณาเลือกวิธีตามความเหมาะสม ของขอบเขตความรับผิดชอบของตน

## บรรณานุกรม

กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2544).อาสาสมัครให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์.มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.  
 กรองจิต วาทีสาธกกิจ (2550) บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ . กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี  
 มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ .ควิตไลน์ 1600 (2545) . จดหมายและไปรษณีย์บัตรติดตาม.  
 มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.  
 รายงานประจำปี การให้บริการสายปลอดบุหรี่และการติดตามผล.มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2545-2549.  
 Asgeir R. Helgason. Tobacco cessation in general practice - the effects of a quitline. Site at:  
[www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00112268](http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00112268)  
 Bentz CJ, Bayley KB, Bonin KE, Fleming L, Hollis JF, McAfee T. The feasibility of connecting physician  
 offices to a state-level tobacco quit line. Am J Prev Med. 2006 Jan;30 (1):31-7.  
 Borland R, Segan CJ, Livingston PM, Owen N. The effectiveness of callback counseling for smoking  
 cessation: a randomized trial. Addiction 2001;96:881-889.  
 Bethesda, Md: US Dept of Health and Human Services, NIH Pub. No. 00-4892; 2000:1-24.

- Borland R, Balmford J, Segan C, Livingston P, Owen N. The effectiveness of personalized smoking cessation strategies for callers to a Quitline service. *Addiction*. 2003 Jun;98(6):837-46.
- Burns DM. Smoking cessation: recent indicators of what's working at a population level. In: National Cancer Institute. *Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population*. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12.
- Campbell P., O'Farrell A. Hospital based smoking cessation service – more smokers quitting and staying smoke-free. *Irish Journal of Medical Science Faculty of Public Health Winter Scientific Meeting 1st & 2nd December 2004*.
- Cobb NK, Graham AL. Characterizing internet searchers of smoking cessation information. *Journal of Medical Internet Research*. 8[3], e17. 2006.
- Comuz J, Zellweger JP. [Smoking cessation intervention: 2004 update]. *Revue Medicale Suisse* 2[72], 1683-1688. 28 June 2006.
- Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MP. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value Health*. 2005 May-Jun;8(3):178-90.
- Helgason AR, Tomson T, Lund KE, Galanti R, Ahnve S, Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *Eur J Public Health*. 2004 Sep;14 (3):306-10.
- Hill A. A cost-effectiveness evaluation of single and combined smoking cessation interventions in Texas. *Texas Medicine* 102[8], 50-55. August 2006. No abstract or full text available.
- Hollis JF. Population impact of clinician efforts to reduce tobacco use. In: National Cancer Institute. *Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population*. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. Bethesda, Md: US Dept of Health and Human Services, NIH Pub. No. 00-4892; 2000:189- 198.
- Jacqueline Hickling, Caroline Miller, MPH, and Lyndy Abram. Health professional referrals to a Quitline with multiple counselling sessions as a motivation for cessation. Site at : [www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00112268](http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00112268)
- Keller PA, Bailey LA, Koss KJ, Baker TB, Fiore MC. Organization, financing, promotion, and cost of U.S. Quitlines, 2004. *American Journal of Preventive Medicine* . 19 December 2006.
- Lancaster T. Telephone care was more effective than standard care for smoking cessation in daily smokers. *Evidence-Based Medicine*. 11[5], 137. October 2006.
- Lichtenstein E, Hollis JF, Severson HH, et al. Tobacco cessation interventions in health care settings: rationale, model, outcomes. *Addict Behav*. 1996;21:709-720.
- McClure JB, Greene SM, Wiese C, Johnson KE, Alexander G, Strecher V. Interest in an online smoking cessation program and effective recruitment strategies: results from project quit. *Journal of Medical Internet Research*. 8[3], e14. 2006.
- McAlister AL, Rabiou V, Geiger A, Glynn TJ, Huang P, Todd R. Telephone assistance for smoking cessation: one year cost effectiveness estimations. *Tob Control* 2004;13:85-86.
- Melnyk BM. The latest evidence on smoking cessation interventions with diverse populations. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2[4], 212-216. 2005.

- Ockene JK, McBride PE, Sallis JF, Bonollo DP, Ockene IS. Synthesis of lessons learned from cardiopulmonary preventive interventions in healthcare practice settings. *Ann Epidemiol.* 1997;7(supplS):S32-S45.
- O'Connell KA, Hosein VL, Schwartz JE, Leibowitz RQ. How does coping help people resist lapses during smoking cessation? *Health Psychology* 26[1], 77-84. January 2007.
- Okuyemi KS, Nollen NL, Ahluwalia JS. Interventions to facilitate smoking cessation. *American Family Physician* 74[2], 262-271. 15 July 2006.
- Perry RJ, Keller PA, Fraser D, Fiore MC. Fax to quit: a model for delivery of tobacco cessation services to Wisconsin residents. *WMJ.* 2005 May;104(4):37-40, 44
- Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *BMJ.* 1997 May 10;314(7091):1371-5.
- Prochaska JO, Evers KE, Prochaska JM, Van Marter D, Johnson JL. Efficacy and effectiveness trials: examples from smoking cessation and bullying prevention. *Journal of Health Psychology* 12[1], 170-178. January 2007.
- Richmond RL, Butler T, Belcher JM, Wodak A, Wilhelm KA, Baxter E. Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi-component intervention. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 30[5], 474-478. October 2006.
- Segan C, Borland R, Hannan A, Stillman S. The challenge of embracing a smoke-free lifestyle: a neglected area in smoking cessation programs. *Health Education Research* . 20 December 2006.
- Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 30[5], 428-434. October 2006.
- Sperber AD, Goren-Lerer M, Peleg A, Friger M. Smoking cessation support groups in Israel: a long-term follow-up. *Isr Med Assoc J.* 2000 May;2(5):356-60.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD001007.
- Stead L, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD002850. 2006.
- Wahlberg AC, Wredling R. Telephone nursing: calls and caller satisfaction. *Int J Nurs Pract.* 1999 Sep;5(3):164-70.
- Wetta-Hall R, Berg-Copas GM, Dismuke SE. Help on the line: telephone-triage use, outcomes, and satisfaction within an uninsured population. *Eval Health Prof.* 2005 Dec;28 (4):414-27.
- Zhu SH, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tob Control.* 2000;9 Suppl 2:II48-55.
- .....



## บทที่ 7

# การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย สำหรับ...ผู้เลิกสูบบุหรี่

กัลยกร จิตวแก้ว

## บทนำ

ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักทราบดีถึงข้อเสียหรือพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งหลายครั้งที่ได้พยายามเลิกแต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเนื่องจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ ความไม่มั่นใจในตัวเองกับความเคยชินในรูปแบบหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ใช้บุหรี่ เช่น เป็นการระบายอารมณ์เมื่อรู้สึก โกรธ หงุดหงิด เศร้า เหงา เบื่อ การอยู่ร่วมกับสังคมเพื่อนหรือที่ทำงานที่ใช้บุหรี่ และที่สำคัญที่สุดคือ กลัวทนอาการถอนยาในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่ใหม่ ๆ ไม่ได้ รวมทั้งต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจจากผู้ที่เป็นที่รักหรือเป็นผู้ที่มีความหมายสำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่

ดังนั้น การที่จะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จนั้น จึงมีหลายมิติทั้งด้านของความเป็นมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ ด้านสังคมศาสตร์ ทั้งครอบครัว เพื่อนที่ทำงาน ชุมชน ด้านเศรษฐศาสตร์ ค่าใช้จ่ายที่ใช้กับการสูบบุหรี่ ค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งความมั่นคงของครอบครัวในอนาคต ผู้ที่จะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ จึงต้องใช้ความรู้ที่หลากหลายมาบูรณาการใช้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาที่มีความเฉพาะตัวสำหรับบุคคลแต่ละราย โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เป็นสำคัญ และมีความจริงใจที่จะช่วยแก้ไขปัญหาก็เพื่อสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

### ความไม่สุขสบายกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ดังได้กล่าวมาข้างต้นถึงการที่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มีความกลัว และวิตกกังวลมากกับการเผชิญความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงถอนยาและเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จต้องกลับมาสูบบุหรี่อีกถึงร้อยละ 40 ของการกลับไปสูบบุหรี่เกิดขึ้นในช่วง 3 วันแรก ผู้ที่ติดนิโคตินจะมีความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อการขับสารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ ที่ลดระดับในกระแสเลือด และแสดงอาการออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงแรก เนื่องจากฤทธิ์ของนิโคติน ในระยะแรกที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมอง ทำให้สบายใจคลายเครียดระยะสั้น ๆ ต่อมาจะกดระบบประสาท ทำให้เครียดขาดสมาธิ กระทบกระวายเป็น ทำให้ต้องสูดควันเติมนิโคตินให้อยู่ในระดับเดิมที่เกิดความสุขและคลายเครียด เกิดเป็นวงจรที่ทำให้เอาชนะใจตัวเองที่จะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีกได้ยาก

ส่วนผู้ที่ติดความเคยชินหรือนิสัย จะเลิกได้ง่ายหรือยากอยู่ที่แรงบันดาลใจของคน ที่อยากเลิกบุหรี่ ต้องใช้ วิธีสร้างแรงจูงใจและแนววิธีปรับพฤติกรรมไปทำอย่างอื่นแทนการสูบบุหรี่ ดังนั้นทำอย่างไร จึงจะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถบรรเทาอาการที่ทำให้ไม่สุขสบาย อาจเกิดขึ้น จึงเป็นขั้นตอนหนึ่งของวิธีการเลิกสูบบุหรี่

## ความหวังและจิตวิญญาณของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ความหวังที่จะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นจากการเป็นคนไม่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ :2549 )

- หายใจสะดวกขึ้น การรับกลิ่นดีขึ้น ไม่เหนื่อยง่าย
- มีอิสระเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ไม่ต้องพึ่งพาหรืออีกต่อไป
- สามารถที่จะควบคุมตนเองได้จากการไม่สูบบุหรี่ แทนที่จะให้บุหรี่มาควบคุม
- ได้ทำหน้าที่ปกป้องครอบครัวจากอันตรายที่จะเกิดจากควันบุหรี่ และเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับบุตร
- มีความภาคภูมิใจที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ยาก และสำคัญกับตนเอง
- รู้สึกดี นับถือตนเอง และควบคุมตนเองได้มากขึ้น
- สามารถใช้เงินเก็บจากการไม่สูบบุหรี่ได้หลายอย่าง

## ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

- ความสุขสบาย
  - ด้านร่างกาย จิตใจ-สิ่งแวดล้อม-สังคม -จิตวิญญาณ
- ความผูกพัน
  - ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว/เพื่อน
- ความมีคุณค่า
  - ของตนเองและผู้อื่น
  - จากประสบการณ์ในอดีต
  - การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย
  - การวางแผนสำหรับอนาคต
  - จิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา

## จิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา

จิตวิญญาณ (Spirituality) คือ พลังชีวิต

เป้าหมายของชีวิต (Purpose of Life)

ความหมายของชีวิต (Meaning of Life)

การอโหสิกรรม (Forgiveness)

ความรัก ความหวัง ความผูกพัน

ความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา

สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ

### จิตวิญญาณ หมายถึง ...

- ประสบการณ์ที่เป็นแก่นแท้ของชีวิตของบุคคลที่รวมทั้งความสำเร็จ ความผิดหวัง ความสุข และความทุกข์

- สิ่งที่เป็นภูมิหลัง วัฒนธรรม ประสบการณ์ด้านการทำงาน ด้านชีวิตในครอบครัว และชีวิตสังคม รวมทั้ง ทุกสิ่งทุกอย่างที่ช่วยเสริมสร้างความเป็นหนึ่งของคุณ และความสามารถในการตอบรับเหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

เมื่อผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สามารถควบคุมบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบายได้ จะทำให้เกิดความหวังและมีกำลังใจมีพลังความมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ ทั้งนี้ความรักความผูกพันเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือเป็นที่พึ่งเป็นกำลังใจ จากผู้ที่เป็นที่รักหรือมีความหมายต่อผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงด้วยเช่นเดียวกัน

### การบำบัดทางเลือกเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายภายหลังการเลิกบุหรี่

การบำบัดทางเลือกเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถนำไปใช้เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ในช่วงถอนยา ร่วมกับวิธีปฏิบัติอื่น ๆ ได้ และสามารถนำไปเป็นทางเลือกในการปรับพฤติกรรมแทนการสูบบุหรี่รวมทั้งการป้องกันกลับมาสูบบุหรี่ เพื่อคงความสมดุลระหว่างร่างกาย-จิตใจ-จิตวิญญาณ บรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ภายหลังการเลิกบุหรี่โดยเฉพาะบรรเทาอาการเครียด ช่วยให้ผ่านพ้นช่วงถอนยาได้อย่างราบรื่น และให้ร่างกายได้ปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

#### การบำบัดทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine : CAM)

เป็นการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของปรัชญาการดูแลแบบองค์รวมและความเป็นมนุษย์ ส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพเข้ามาเป็นที่ยอมรับทั้งสังคม วัฒนธรรม เพื่อคงความสมดุลระหว่างร่างกาย ใจ จิตวิญญาณ ส่งเสริมการเยียวยาตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดความเจ็บป่วย ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

**Alternative Medicine** เป็นการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นประกอบกับขนบธรรมเนียมประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา

#### 1. การแพทย์แผนไทย (Traditional Thai Medicine)

ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย กล่าวว่า คนเราเกิดมาในร่างกายประกอบด้วยธาตุหลักเป็นธาตุประจำตัว เรียกว่า “ธาตุเจ้าเรือน” ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ธาตุเจ้าเรือนเกิด ซึ่งจะเป็นไปตาม วันเดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนปัจจุบัน ที่พิจารณาจากบุคลิกลักษณะอุปนิสัย และภาวะสุขภาพกายและใจ ว่าสอดคล้องกับลักษณะของบุคคลในธาตุเจ้าเรือนใด (นับเดือนแบบไทย)

**ธาตุดิน** คือ คนที่เกิดเดือน 11, 12, 1 หรือ ตุลาคม พฤศจิกายน ธันวาคม

**ลักษณะรูปร่าง** สูงใหญ่ กระดูกแข็งแรง เสียงดังหนักแน่น

ควรรับประทานอาหารรส ผาด หวาน มัน เค็ม (เช่น มังคุด ฝรั่ง พักทอง เผือก ถั่ว เจาะ ผักหวาน สะตอ ผักโขม โสน ขจร ยอดผักทอง บวบ กระถิน เป็นต้น)

ธาตุน้ำ คือ คนที่เกิดเดือน 8, 9, 10 หรือ กรกฎาคม สิงหาคม กันยายน

ลักษณะรูปร่าง สมบูรณ์ สมส่วน ท่าเดินมั่นคง ผิวพรรณสดใส ทนหิว ทนร้อน ทนเย็นได้ดี อากัปกริยามักเฉื่อย และค่อนข้างเกียจคร้าน

ควรรับประทานอาหารรส เปรี้ยว ขม ( มะนาว ส้ม สับปะรด มะเขือเทศ มะยม มะกอก มะดัน กระท้อน มะระ ไบยอ ขี้เหล็ก แคนบ้าน สะเดาบ้าน ผักตั่ว )

ธาตุลม คือ คนที่เกิดเดือน 5, 6, 7 หรือ เมษายน พฤษภาคม มิถุนายน

ลักษณะรูปร่าง ผอมบาง รูปร่างโปร่ง ผิวหนังหยาบแห้ง ทนหนาวไม่ค่อยได้ นอนไม่ค่อยหลับ ช่างพูด ทำอะไรเร็ว

ควรรับประทานอาหารรส เผ็ดร้อน ( ขิง ข่า ตะไคร้ กระชาย พริกไทย โหระพา ขมิ้นชัน ข่าพลู พริกขี้หนู ยี่ห่วย )

ธาตุไฟ คือ คนที่เกิดเดือน 2, 3, 4 หรือ มกราคม กุมภาพันธ์ มีนาคม

ลักษณะรูปร่าง ปานกลาง ขี้ร้อน หิวบ่อย ไม่ค่อยอดทน ใจร้อน

ควรรับประทานอาหารรส ขม เย็น ฉืด (แตงโม มันแกว พุทรา แอปเปิ้ล ผักบุ้ง ตำลึง ผักกระเฉด สายบัว ผักกาด มะรุม มะเขือยาว กุ้งช่าย สะเดา )

การแพทย์แผนไทย นอกจากจะกล่าวถึงการดูแลรักษาสุขภาพให้สมดุลด้วยการปฏิบัติตามตามธาตุเจ้าเรือนแล้ว ยังรวมถึงการใช้สมุนไพร และการนวด (แนวเส้นประธานสิบ คือเส้นเอ็น มีลักษณะเป็นรูให้ลมเลือดไหลไปได้ ถ้าเลือดลมดีจะทำให้สุขภาพไม่เป็นโรค) ในการดูแลรักษาสุขภาพด้วย

## 2. การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine)

กล่าวถึงการมองร่างกายมนุษย์ที่ทุกส่วน มีทรรคนะการมองฟ้า มนุษย์ ดิน เป็นเอกภาพ เพราะมนุษย์กับสังคมมนุษย์เป็นเอกภาพไม่สามารถแบ่งแยกได้ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงธาตุแท้ธรรมชาติของมนุษย์ และเป็นตัวกำหนดความคิด จิตใจของมนุษย์ **สรรพสิ่งต่าง ๆ** ต้องประกอบด้วยปัจจัยหลักสามประการคือ

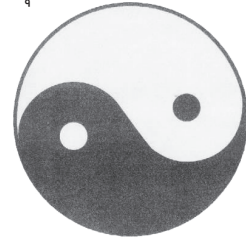
**รูปลักษณะ วัตถุประสงค์** **ชี** ที่มีพร้อมแต่ไม่แยกจากกัน **ชี** คือ วัตถุประสงค์มูลฐานอันเป็นส่วนประกอบของสรรพสิ่งที่เกิดในจักรวาล ชีวิตของคน เกิด โต แก่ และตาย ล้วนเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของชีทั้งสิ้น **ชี** เป็นการแสดงออกถึงการทำงานของระบบกำลังภายในของร่างกาย สภาวะจิตรับรู้ ความคิดว่ารู้สึกอย่างไร มีความหมายอย่างไร ต่อตัวเรา จิตคล้าย - ภายผ่อน จิตอยู่ในภาวะนิ่งสงบ เข้าใจความจริงแท้ของชีวิตในฐานะส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เกิดปัญญาตื่นรู้ ชีทั้ง เน้นการปรับจิตใจ ปรับร่างกาย และปรับวิธีการหายใจเป็นการฝึกฝน การควบคุมจิตใจ และอารมณ์ ปรับปรุงวิธีการหายใจ และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในร่างกาย สามารถเรียนรู้การเคลื่อนไหวพลังชี ให้จิตควบคุมขับเคลื่อนชี นำการแสดงออกเป็นลักษณะท่าทาง เพื่อเพิ่มสมรรถนะของพลังชีในร่างกาย เพื่อปรับปรุงแก้ไขสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนให้ดีขึ้น

**ทฤษฎีหยิน หยาง (Yin Yang)** (โรงเรียนความงามลานนา เอกสารประกอบ การอบรมหลักสูตร Yin Yang massage : 2548) ทุกสิ่งทุกอย่างและปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในโลกมี ทั้งหยิน และหยาง เป็นหลักปรัชญาแนวความคิด

- หยิน : เย็น / ร่ม มีด หยุดนิ่ง หยุดเคลื่อนไหว สงบนิ่ง เก็บกด ความตาย ผู้รับ อวัยวะเต็ม
- หยาง : ร้อน / แฉง เคลื่อนไหว สิ่งทีเคลื่อนไหว ตื่นเต้น เป็นผู้ให้ชีวิต อวัยวะกลวง

**ลักษณะ หยิน หยาง**

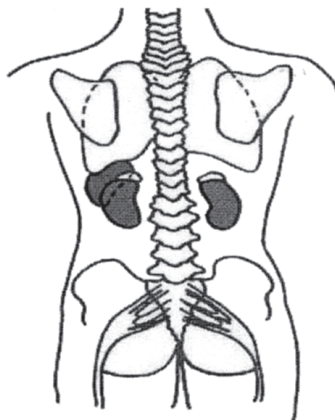
1. 2 ด้านขัดแย้งกัน : ส่งผลให้ร่างกายของคนรักษาภาวะสมดุล
2. แบ่งได้แต่แยกไม่ได้
3. พึ่งพาอาศัยกัน : หยิน หมายถึง สิ่งที่มีรูปร่างลักษณะใน ร่างกายของคน หยาง หมายถึง สมรรถนะในร่างกายของคน ความสัมพันธ์พึ่งพาอาศัยกันของ หยินและหยาง เพื่อผลของบทบาทการแสดง ออกของแต่ละฝ่าย



4. แปรเปลี่ยนซึ่งกันและกัน : ผลการเพิ่มลดของหยินหยาง หยินหยางเปลี่ยนแปลง ซึ่งกันและกัน จึงเกิดขึ้นตอนพัฒนาการเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งถึงระดับที่สุดของวัตถุ คือ วัตถุเมื่อพัฒนาไปถึงที่สุดแล้วก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพลิกกลับหยินเป็นหยาง หยางเป็นหยิน

5. ต่างควบคุมซึ่งกันและกัน : เพื่อรักษาภาวะปกติทางกายภาพ หากเพิ่มหรือลดเกิน ขอบเขต ก็จะปรากฏอาการป่วยไข้

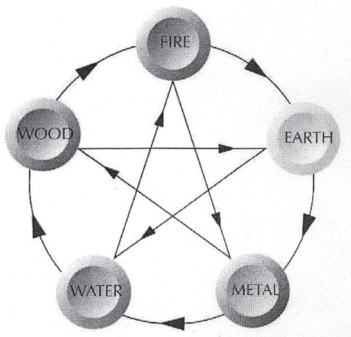
**ทฤษฎี ธาตุทั้งห้า** คือ ไฟ ดิน โลหะ น้ำ ไม้ เป็นธาตุที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบเชื่อมโยงต่อกันเป็นสายใยระหว่างธาตุทั้งห้า ทั้งให้กำเนิดซึ่งกันและกัน (สัมพันธ์ภาพ แม่ลูก) และกัพิฆิตซึ่งกันและกัน (ควบคุม/ทำลาย) ด้วย



■ Wood = liver, gall bladder    ■ Earth = spleen, stomach  
 ■ Metal = lungs, large intestine    ■ Water = bladder, kidneys



■ Fire = heart, small intestine



ทฤษฎีธาตุทั้งห้า : ไฟ ดิน โลหะ น้ำ ไม้

**ตาราง 12** ความสัมพันธ์กันของธาตุทั้งห้า

(ศิริ ทรวงแสง ชีกง สมบัติการแพทย์โบราณของจีน : 2548)

ธาตุทั้งห้า	ไฟ	ดิน	โลหะ	น้ำ	ไม้
อวัยวะ	หัวใจ, ลำไส้เล็ก, ลิ้น	ม้าม, กระเพาะอาหาร, ปาก	ปอด, ลำไส้ใหญ่, จมูก	ไต, กระเพาะปัสสาวะ, หู	ตับ, ถุงน้ำดี, ตา
ร่างกาย	ชีพจร	เนื้อ	หนัง	กระดูก	เส้นเอ็น
จิตใจ	จิตใจ	คาดคิด	พลัง	อารมณ์	วิญญาณ
อารมณ์	ดีใจ	ครุ่นคิด	กังวล	หวาดกลัว	โกรธ
เสียง	5 So	1 Do	2 Le	6 La	3 Mi
สี	แดง	เหลือง	ขาว	ดำ	เขียว
รสชาติ	ขม	ขุ่มคอ	เผ็ด	เค็ม	เปรี้ยว
ทิศทาง	ใต้	กลาง	ตะวันตก	เหนือ	ตะวันออก

การเปลี่ยนแปลงของอาการป่วยทางพยาธิวิทยา เกิดจากบทบาทระหว่างโครงสร้างอวัยวะของร่างกายเป็นไปตามกฎเกณฑ์การเปลี่ยนแปลงของธาตุทั้งห้าที่ส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน เช่น โรคตับ ติดต่อกับม้าม เนื่องจากไม้พิชิตดิน ดังนั้น การเจ็บป่วยจึงเกิดจากการพิชิตรุกรานซึ่งกันและกัน โรคธาตุไฟก็ต้องพิชิตปกป้องโลหะ โรคโลหะต้องบำรุงไม้ โรคไม้ต้องบำรุงอนุรักษ์ดิน โรคดินก็ต้องลอกทางเดินน้ำให้ปลอดโปร่ง เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากทางเดินน้ำอุดตัน

ดังนั้น ชีวิตมนุษย์ จึงมีความสัมพันธ์กับ ชี หยินหยาง ของธาตุทั้งห้าอย่างใกล้ชิดรวมทั้งการฝึกชีกง การบำรุงสุขภาพร่างกาย ตลอดจนการนวด การฝังเข็ม และสมุนไพร

**3. การแพทย์แผนอินเดีย** (ศิขริน อายูรเวท ศาสตร์แห่งชีวิต:2546) (อายูรเวท Ayurvedic) เป็นศาสตร์แห่งความเป็นผู้มีอายุยืน เป็นการรักษาระดับความสมดุลของพลัง 3 ประการ คือ

**วาตะ (Vata) :** พลังและทิศทางที่วัตถุธาตุนั้นเคลื่อนที่ไปรวมทั้งการควบคุมจิต ส่วนประกอบ ที่สำคัญ คือ ปรมาณ

- รับผิดชอบเกี่ยวกับการแบ่งเซลล์ การก่อตัวของอวัยวะ ขจัดของเสีย การไหลเวียนโลหิต การหายใจเข้า-ออก การส่งกระแสประสาท การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ
- ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก
- อวัยวะ: ลำไส้ใหญ่ ขั้วเชิงกราน กระดูก ผิวหนัง ตันขา หู

**ปีตะ (Pitta) :** สภาวะการเปลี่ยนแปลงสภาพของวัตถุธาตุนั้น

- รับผิดชอบเกี่ยวกับการย่อย การเผาผลาญ การดูดซับและดูดซึมของร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิ การมองเห็น สีผิว ความหิว กระจาย ความต้องการทางเพศ ความวิตกกังวล
- มีสติปัญญา ความเข้าใจ ยอมรับความจริงได้ง่าย ควบคุมอารมณ์ทางบวก (กล้าหาญ ความเป็นผู้นำ มีเมตริจิต)
- ในทางตรงกันข้าม เป็นตัวเร่งเร้าความโกรธ เกลียด ริษยา หึงหวง
- อวัยวะ: ลำไส้เล็ก กระเพาะอาหาร ต่อมเหงื่อ เลือด ไขมัน ดวงตา ผิวหนัง

**คะพะ (Kapha) :** วัตถุธาตุทุกรูปแบบ

- รับผิดชอบเกี่ยวกับการเจริญเติบโต ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รักษาภูมิคุ้มกันทาน ให้ความชุ่มชื้นผิวหนัง ช่วยรักษาบาดแผล กระตุ้นของเหลวออกจากร่างกาย
- อารมณ์ความรู้สึกผูกพัน ความรัก การให้อภัย ความเห็นอกเห็นใจ
- ในทางตรงกันข้าม ทำให้ขี้เกียจ มองโลกในแง่ร้าย นิ่งเฉย
- อวัยวะ: ทรวงอก ศีรษะ โปรงจมูก ปาก กระเพาะอาหาร ข้อต่อ คอหอย

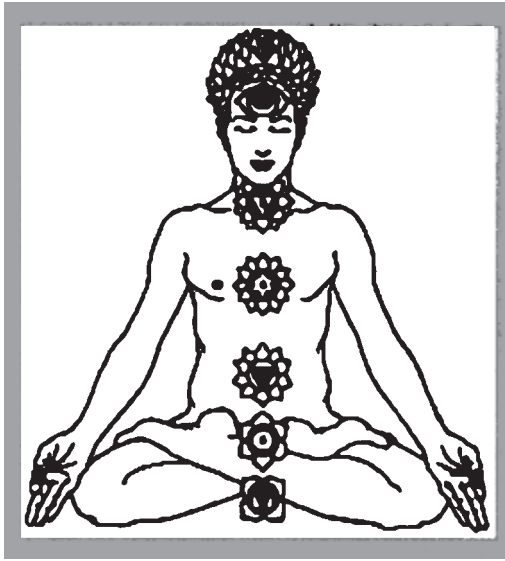
สิ่งมีชีวิตทั้งหลายล้วนแล้วแต่มีคุณสมบัติต่าง ๆ ดังกล่าวอยู่ภายในตัว จุดประสงค์ของอายุรเวทคือ การนำพลังเหล่านี้เข้ามาประสานกันอย่างราบรื่น เพื่อที่จะได้เสริมสร้างสุขภาพร่างกาย อารมณ์ และความเจริญเติบโตทางจิตวิญญาณได้อย่างเต็มที่ พลังทั้งสามนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตประจำวัน มุ่งรักษาสุขภาพร่างกายมนุษย์

มาร์มา พอยท์ (Marma Point )คือ จุดสำคัญต่าง ๆ ที่อยู่ตามส่วนต่าง ๆ บนร่างกาย บริเวณเส้นโลหิตดำ เส้นโลหิตแดง เส้นเอ็นและกระดูก เป็นจุดบรรจบของพลัง วาตะ ปีตะ คะพะ เมื่อ Marma Point เปิดออก ปรมาณ (พลังแห่งชีวิตควบคุมทั้งร่างกาย จิตใจ ความจำ ความคิด อารมณ์) จะไหลได้สมบูรณ์

**จักระ :** ศูนย์กลางแห่งพลังทั้งหมด อยู่ตามแนวเส้นกลางของร่างกาย 7 ตำแหน่ง เชื่อมโยงกับ จุด Marma Point ซึ่งรับพลังงานที่ส่งมาจากจักระ จักระตอบสนองต่อเส้นทางของสมอง



และระบบภูมิคุ้มกัน เมื่อใดก็ตามที่ศูนย์กลางแห่งพลังนี้สะอาด สดใส มีสุขภาพดี และอยู่ใน สภาวะแห่งความสุขสงบแล้ว เมื่อนั้นบุคคลย่อมถึงซึ่งความสุขทุกประการ (Well Being) จักรทั้ง 7 มีดังนี้



■ **จักระที่ 7 สหัสธารจักระ** : อยู่กลางกะหม่อมบริเวณต่อมไพเนียล ดูดซับพลังจากจักรวาลมาหล่อเลี้ยงร่างกาย เป็นจักระสีม่วง

■ **จักระที่ 6 อาชณะจักระ** : อยู่ตรงเหนือระหว่างคิ้วถือเป็นดวงตาที่ 3 (หน้าผาก) เกี่ยวกับการหยั่งรู้ความนึกคิด เป็นจักระสีคราม

■ **จักระที่ 5 วิสุทธิจักระ** : อยู่ตรงคอหอย หรือต่อมไทรอยด์ เกี่ยวกับระบบหายใจและผิวหนัง เป็นจักระสีฟ้าหรือน้ำเงิน

■ **จักระที่ 4 อนาหตะจักระ** : อยู่ตรงบริเวณกลางหน้าอก หรือต่อมไทมัส และเกี่ยวกับการควบคุมการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต เป็นจักระสีเขียว

■ **จักระที่ 3 มณีประจักระ** : อยู่ตรงจุดสะดือเป็นศูนย์รวมของใยประสาท หรือบริเวณตับอ่อน ระบบย่อยอาหาร เป็นจักระสีเหลือง

■ **จักระที่ 2 สวาธิษฐานจักระ** : อยู่บริเวณปลายกระดูกก้นกบต่อมหมวกไตและม้าม เกี่ยวกับการขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ เป็นจักระสีแดง

■ **จักระที่ 1 มูลธารจักระ** : อยู่บริเวณรอบรูทวารหนัก ต่อมสืบพันธุ์ ดูดซับพลังงานจากพื้นดินขึ้นมาหล่อเลี้ยงร่างกาย เป็นจักระสีแดง

ร่างกายของคนเราถูกควบคุมโดยสมอง ไขสันหลัง และระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะส่งคำสั่งมา ยังอวัยวะต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานตามหน้าที่ ซึ่งต้องอาศัยพลังงานที่หมุนเวียนอย่างสมดุลในร่างกาย (ปราณ/ชี)

พลังงานที่หมุนเวียนในร่างกาย มีเส้นทางโคจรที่แน่นอนสม่ำเสมอ เมื่อไรก็ตามที่เกิดการสะดุดหรือติดขัดจะเกิดการเจ็บป่วย การกระตุ้นให้พลังงานในร่างกายหมุนเวียนอย่างสม่ำเสมอทำได้หลายวิธี เช่น การกำหนดจิต เป็นต้น

อายุรเวทจึงเน้นที่การปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในด้านการเลือกอาหารรับประทาน การดำเนินชีวิต การกำจัดสิ่งที่เกิดโทษต่อร่างกาย การนวด การฝึกจิตให้ดำรงอยู่ในความสงบ

#### 4. การแพทย์ทิเบต (นาถศิริ โกมลพันธุ์ Be Well : 2550)

การแพทย์ทิเบต (Traditional Tibet Medicine) เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมที่ผสมผสาน ปรัชญา วิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อของชาวทิเบตไว้อย่างลงตัว โดยเฉพาะในส่วนของ การแพทย์กับพุทธศาสนา (วัชรยาน : สอนให้เรารักผู้อื่นและรู้จักทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น) ที่มีอาจแยกจากกัน

เป้าหมายที่แท้จริงในการเยียวยารักษาโรคไม่ได้มุ่งหวังให้หายเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่มุ่งรักษาให้หายจากโรคทางใจ เข้าใจความจริงของชีวิต และพิชิตกิเลสต่าง ๆ เพื่อเข้าสู่การหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง

##### ทฤษฎีการแพทย์ทิเบต

- สรรพสิ่งทั้งหลายในจักรวาลล้วนประกอบขึ้นจากธาตุหรือชั้นทั้ง 5 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศธาตุหรืออว่าง

- สิ่งที่คุณควบคุมการทำงานของร่างกาย คือ พลังชีวิตทั้ง 3 (ตรีโทษ) คือ ลุง ทิปะ และแบบกัน

- พลังทั้ง 3 อยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายจะแข็งแรง แต่หากตรีโทษทั้ง 3 เกิดความแปรปรวนก็จะเกิดความไม่สมดุลของร่างกายและทำให้เกิดความเจ็บป่วย

- เหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุล เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต สภาพอากาศ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้ง โลกะ โทสะ โมหะ

- การรักษา : การวินิจฉัยที่ละเอียดจากการสังเกต สัมผัส สอบถามเป็นหลัก  
แนะนำวิธีการดำเนินชีวิต สมุนไพร การนวด ด้วยน้ำมัน ฝังเข็มรมยา การระบายเลือดเสีย พิธีกรรม

5. โฮมิโอพาธี (Homeopathy) เป็นการรักษาโรคด้วยการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เป็นการใช้กรรมวิธีที่ไข้พิษ แร่ธาตุที่ปรุงพิเศษในปริมาณเล็กน้อยมากระตุ้น กลไกการป้องกันตนเองของร่างกาย และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเยียวยารักษาตนเองให้หายจากโรค

## Complementary Therapy

เป็นการดูแลแบบองค์รวมกาย-จิต-อารมณ์-สังคม-จิตวิญญาณ เน้น Healing > Curing ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน

### ประโยชน์

1. เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง
2. เสริมพลังอำนาจ
3. ควบคุมอาการ/ลดผลข้างเคียงของการรักษา
4. ลดความกลัว ความวิตกกังวล
5. เพิ่มสุขภาวะ (Well-Being)
6. เพิ่มคุณภาพชีวิต

### ประเภทของ Complementary Therapies

การผ่อนคลายและการสร้างจินตนาการ (Relaxation & Imagery)

การบำบัดด้วยความหอม (Aromatherapy)

การนวด (Massage)

พลังเรกิ (Reiki)

ดนตรีบำบัด (Music Therapy)

ศิลปะบำบัด (Art Therapy)

การหัวเราะ (Humor Therapy)

สมาธิ (Meditation) / สวดมนต์ (Prayer)

การฝังเข็ม (Acupuncture) ฯลฯ

## การผ่อนคลาย (Relaxation)

การผ่อนคลายกับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เป็นทักษะที่สามารถช่วยผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้มีโอกาสผ่อนคลายความตึงเครียด ความหงุดหงิด ในช่วงถอนยาได้ด้วยตนเอง และสามารถพัฒนาขึ้นได้เมื่อฝึกบ่อยๆ เพราะร่างกายและจิตใจจะคุ้นเคยกับการปลดปล่อยความเครียด

**ประโยชน์** : ช่วยให้ร่างกายได้ฟื้นฟูซ่อมแซม เสริมสร้างพลัง และปลดปล่อยความเครียด

## การสร้างจินตภาพและจิตใต้สำนึก

การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างถาวร สิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความเข้มแข็งของจิตใจที่จะเอาชนะต่อสิ่งที่เป็นเหตุแห่งการกระตุ้นดังได้กล่าวมาแล้ว ในช่วงต้นที่ทำให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ต้องกลับไปติดอยู่กับวังวนและความทรมานทรมาย ของจิตที่ไม่สงบสุขและความเสื่อมถอยของสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่อีกเกิดจากการสังสรรค์เรื่องราวของชีวิตจากอดีตที่อยู่ในจิตใต้สำนึกของแต่ละคนโดยไม่รู้ตัว ดังนั้นอิทธิพลของจิตใต้

สำนึกจึงมีผลต่อพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตในปัจจุบัน การสร้างจินตภาพและจิตใต้สำนึก จึงเป็นทางเลือกอีกวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้เพื่อช่วยให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ค้นพบและเข้าใจตนเอง เกิดกำลังใจที่จะหาวิธีที่เหมาะสมของคนที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

**จิตของคนเราแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ จิตสำนึก และ จิตใต้สำนึก** (พงศ์ปกรณ์ พิษิตฉัตรธนา : 2548)

**จิตสำนึก** ครอบครองความสามารถและการทำงานของจิตใจ ร้อยละ 5 เป็นส่วนของความรู้สึกนึกคิดที่เรารับรู้ได้ทั่ว ๆ ไป เช่น ความรู้สึกร้อน-หนาว ดี-เลว ฯลฯ กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ ฯลฯ

**จิตใต้สำนึก** ครอบครองความสามารถและการทำงานของจิตใจร้อยละ 95 เป็นแหล่งข้อมูลและความทรงจำต่าง ๆ ในอดีตที่เราได้รับและถูกเก็บไว้ในจิตส่วนนี้ ข้อมูลพวกนี้จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความรู้สึกในด้านต่าง ๆ ของคนเรา ได้แก่ ความกลัว ความกล้า ความเกลียด ความชอบ ฯลฯ ข้อมูลและประสบการณ์แต่ละคนไม่เหมือนกัน ทำให้คนแต่ละคนมีอุปนิสัยใจคอ บุคลิกลักษณะไม่เหมือนกัน

■ มีการค้นพบว่า ถ้าเราสามารถเข้าไปเปิดจิตใต้สำนึกเพื่อป้อนข้อมูลเชิงบวก จะช่วยให้เราสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ดีหรือปัญหาสุขภาพของคน ๆ นั้นได้

■ ร่างกาย คือ รถยนต์ สมอ คือ พวงมาลัยรถ จิต คือ คนขับรถ ที่นั่งบังคับอยู่หลังพวงมาลัย

■ จิตใต้สำนึก จะเปิดเมื่อเราดีใจ/ตกใจ/ขณะกำลังเพิลิดเพิลินกับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง/กำหนดจิตขณะทำสมาธิ

## หลักการปฏิบัติ

1. ทำสมาธิ ควบคุมลมหายใจเข้า-ออก พร้อมสร้างจินตภาพ
2. ป้อนข้อมูลเชิงบวกให้กับตัวเองก่อนเปิดจิตใต้สำนึก ขึ้นอยู่กับปัญหาแต่ละคน  
“เราตั้งใจเลิกบุหรี่ บุหรี่มีกลิ่นเหม็น บุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ เราเกลียดมัน เราหยุดพึ่งพามัน เรามีจิตใจแน่วแน่ สามารถตัดขาดสิ่งเสพติดออกจากชีวิตได้ สุขภาพของเราจะดีขึ้น ดีขึ้น ดีขึ้นเรื่อย ๆ”  
พูดกับตัวเอง ซ้ำ 10 ครั้ง และสร้างจินตภาพเชิงบวกที่ต้องการขึ้นในความคิดภาพที่ตัวเองแข็งแรง วิ่งได้ไม่เหนื่อย หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส
3. เปิดจิตใต้สำนึกตัวเอง เพื่อรับข้อมูลที่ป้อนเข้าไป  
กำหนดจิตนิ่งที่กลางกระหม่อม/หน้าผาก หลับตาและกำหนดจิตนิ่ง 3-5 นาที ไม่คิดเรื่องอะไรทั้งนั้น จิตใต้สำนึกจะเปิดออกและรับเอาข้อมูลที่ป้อนไว้เข้าไปในจิตใต้สำนึกทันทีและเก็บไว้ และจะทำงานโดยอัตโนมัติ เพื่อผลักดันให้ร่างกาย/จิตใจไปสู่สภาพที่เราต้องการ  
■ ทำชั้น 1-3 วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าเมือตื่นนอน ยังไม่ต้องลุกจากที่นอน และก่อนนอน

## ขั้นตอนการฝึกสังเกตตนเอง

### 1. เลือกสถานที่สงบ นั่งหรือนอน

2. ค่อย ๆ หลับตาลงอย่างช้า ๆ หายใจเข้าช้า ๆ เมื่อหายใจเข้าให้ต้นหน้าท้องพองออกให้มากที่สุด สูดลมหายใจเข้ายาว ๆ ลึก ๆ ให้ลึกถึงศูนย์กลางกายตรงสะดือ หลับตา เห็นภาพลมสีขาวเข้าไปพร้อมลมหายใจเข้าไปอยู่เต็มปอด แล้วกระจายไปทั่วร่างกาย ลมสีขาวเป็นตัวแทนของสิ่งที่ดีมีประโยชน์

เมื่อหายใจออก ให้ดึงหน้าท้องเข้ามาให้แฟบมากที่สุด ปล่อยลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เบา ๆ หลับตาเห็นภาพลมสีดำออกมาพร้อมกับลมหายใจ ลมสีดำเป็นตัวแทนของสิ่งที่ไม่ดีของเสียต่าง ๆ ในร่างกายถูกระบายออกมาพร้อมกับลมหายใจ

■ ทำ 10 ครั้ง

### 3. สังเกตให้ผ่อนคลายเริ่มต้นที่ศีรษะไปจนถึงปลายเท้า(พูดในใจ)

■ กล้ามเนื้อที่บริเวณศีรษะผ่อนคลาย กล้ามเนื้อที่บริเวณศีรษะผ่อนคลายลง กล้ามเนื้อที่บริเวณศีรษะผ่อนคลายลงแล้ว

- กล้ามเนื้อที่บริเวณหน้าผากผ่อนคลาย
- กล้ามเนื้อที่รอบดวงตาผ่อนคลายลง
- กล้ามเนื้อที่บริเวณจมูก ปาก คาง ผ่อนคลายลง
- กล้ามเนื้อที่บริเวณแก้มและกรามผ่อนคลายลง
- กล้ามเนื้อที่บริเวณท้ายทอย สมองน้อย ทั่วบริเวณแผ่นหลังผ่อนคลาย
- กล้ามเนื้อหัวไหล่ แขน ตลอดลงไปถึงปลายนิ้วมือผ่อนคลายลง
- กล้ามเนื้อหน้าอกและท้อง ผ่อนคลายลง
- กล้ามเนื้อเอว ตะโพก น่อง จรดปลายนิ้วเท้า ผ่อนคลายลง

นับ 3-2-1 กล้ามเนื้อทุกส่วนทั่วร่างกายและระบบประสาททั่วร่างกาย จะต้องผ่อนคลายลงจนหมดสิ้น

3 กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ผ่อนคลายลงหมดสิ้นแล้ว...

2 ประสาททุกส่วนทั่วร่างกาย ผ่อนคลายลงหมดสิ้นแล้ว...

1 กล้ามเนื้อและระบบประสาทรวมตัวเป็นหนึ่ง และผ่อนคลายลง หมดสิ้นแล้ว เรา รู้สึกโล่งโปร่ง เบาสบายอย่างที่เรารู้สึกมาก่อนเลย...

4...เวลานี้เรากำลังเดินอยู่ในสวนดอกไม้แห่งหนึ่ง เป็นสวนขนาดใหญ่ อยู่บนยอดเขาสูงเสียดฟ้า เราแทบจะคว้าเอาปุ๋ยเมฆมาอยู่ในอุ้งมือได้ ท้องฟ้าสีฟ้าแวววาวกว้างใหญ่ไพศาล ขอบฟ้าทางทิศตะวันตก มีดวงอาทิตย์สีส้มใกล้จะลาลับไปแล้ว ผุ่่นกบินกลับรังกันเป็นพวก ๆ ช่างเป็นภาพที่สวยงามประทับใจเหลือเกิน รอบ ๆ ตัวเราเวลานี้มี แต่ต้นไม้ใหญ่ให้ความร่มรื่นเย็นสบาย มองไปทางไหนก็มีแต่ธรรมชาติสีเขียวสดชื่นสบายใจ

...เวลานี้เรากำลังอยู่ในโลกส่วนตัวที่ตัดขาดจากโลกภายนอก ที่แห่งนี้มีแต่ความเงียบสงบ ไม่มีอุปสรรค ไม่มีคนทุกขรื้อน ไม่มีเรื่องใด ๆ มารบกวนเราเลย เรากำลังเดินเล่นอยู่บนทุ่งหญ้าเขียวขจี กว้างใหญ่สุดลูกหูลูกตา เราเดินไปเรื่อย ๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด ยิ่งรู้สึกสบายมากขึ้น ผ่อนคลายมากขึ้น ต้นหญ้าที่เรากำลังเดินย่ำลงไปให้ความรู้สึกนุ่มที่ฝ่าเท้า และหยดน้ำค้างที่เกาะอยู่บนยอดหญ้าให้ความรู้สึกเย็นสบายเหลือเกิน ลมเย็น ๆ พัดมาลูบไล้ใบหน้าและลำตัวของเราอย่างแผ่วเบา เรา รู้สึกเย็นสบายสดชื่น

...ต่อไปนี้จะนับถอยหลังจาก 10-0 ให้จินตนาการว่าฉันคือชนกสีขาวบางเบาที่สามารถลอยอยู่กลางสายลมเย็นแห่งนี้อย่างอิสระเสรี 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 นับถึง 0 แล้วความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ ในทางลบที่มีอยู่ในจิตใต้สำนึก เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในทุกอย่างทุกอย่างต่อชีวิตของฉัน จงออกไปจากจิตใต้สำนึกของฉันจนหมดสิ้น ฉันรู้ ฉัน เข้าใจดีแล้วว่าความโกรธ ความเกลียด ความอิจฉาริษยา ความผูกพยาบาทอาฆาต มีผลเสียต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของฉัน นับแต่นี้เป็นต้นไป ความโกรธ ความเกลียด ความอิจฉาริษยา ความผูกพยาบาทอาฆาตแค้นที่มีอยู่ในก้นบึ้งของจิตใต้สำนึกของฉัน... ออกไปหมดสิ้นแล้ว (พูดซ้ำ ๆ 4-5 ครั้ง ได้ยิ่งดี)

...จิตใต้สำนึกของฉันรับรู้และขจัด ความคิด คำพูด การกระทำ และอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ ออกไปหมดสิ้นแล้ว

...บัดนี้ ฉันรู้สึกปลอดวาง ผ่อนคลาย สงบและสบาย ฉันรู้ว่าจิตใต้สำนึกของเราพร้อมจะเปิดกว้างตลอดเวลา เมื่อได้ยินเสียงนับถอยหลังอีกครั้งหนึ่ง จิตใต้สำนึกก็ค่อย ๆ เปิดกว้างออกทีละน้อย ๆ 10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 แล้วบัดนี้จิตใต้สำนึกเปิดกว้างเต็มที่แล้ว

...นับจากวันนี้เป็นต้นไป ฉันมีสุขภาพดี แข็งแรงขึ้น สดชื่นขึ้น หลับง่ายหลับลึกหลับนานตามที่ร่างกายต้องการ ฉันขอพรจตุไรต์สำนึกของฉันด้วยความรัก ความเมตตา ความเข้าใจชีวิตทั้งของตนเองและผู้อื่น

...ฉันอภัยให้แก่ตัวของฉันในทุกสิ่งและทุกเรื่องที่ฉันคิดผิด พูดผิด หรือได้กระทำผิดไปทั้งแก่ตัวฉันเองและผู้อื่น

...ต่อไปนี้จะยึดหลักของ การคิดดี เลิกเครียด เลิกกังวล เลิกคิดฟุ้งซ่าน พูดแต่สิ่งที่มีสาระและสิ่งที่ดีทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ฉันต้องรักและเข้าใจ และให้อภัยแก่เขา

...ขณะนี้ฉันมีความมั่นใจในตนเองแล้วและมีความมั่นใจในตนเองมากยิ่งขึ้น

...ฉันต้องประสบความสำเร็จและมีความสุข นับตั้งแต่ววันนี้เป็นต้นไป ฉันต้องประสบความสำเร็จและความสำเร็จในสิ่งที่ฉันปรารถนา... นับตั้งแต่ววันนี้เป็นต้นไป ฉันคิด พูด และกระทำ แต่สิ่งที่ดี ๆ ที่เติมไปด้วยความรัก ความเมตตา และความชอบธรรม เพื่อความสงบสุขของจิตใจทั้งของฉันเอง

บุคคลในครอบครัว ผู้ร่วมงาน และบุคคลในสังคมทั่วไป เพื่อเราทุกคน จะได้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและสันติสุข ฉันมีอารมณ์แจ่มใสมีสมาธิและความจำดี จิตใต้สำนึกบันทึกข้อมูลเหล่านี้แล้ว และจะส่งคำสั่งไปยังสมองทุกครั้งที่ร่างกายต้องการ

5. ต่อไปนี้จะนับ 1-5 เพื่อกลับสู่การตื่นตัวในทุกะบบของร่างกาย ทุกส่วนเป็นปกติ
- กล้ามเนื้อทั่วร่างกายกลับสู่ปกติแล้ว กล้ามเนื้อทุกส่วนแข็งแรงมีพลังกำลัง
  - ระบบประสาทตื่นตัวรับรู้และสัมผัสความรู้สึกได้ดีขึ้น ชัดเจน ว่องไว
  - ระบบหายใจคล่องตัว พลังงานของปรมาณ พลังงานแห่งชีวิตได้กระจายไปทั่วร่างกาย
- ช่วยให้อวัยวะทุกส่วนของร่างกายมีความสมดุล
- สมองมีความคิดดีขึ้น มีความจำดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในพลังจิตได้สำนึกและมีความเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้นและมากขึ้น สมองสดชื่น ปลอดภัยแจ่มใส
  - ลืมตาขึ้นสู่ความปกติ มีความสมบูรณ์ทุกส่วนของร่างกาย...
    - ...หายใจลึก ๆ ผ่อนคลาย
    - ...ขยับตัว ยืดแขน ยืดขา ให้รู้สึกสบาย ลืมตาด้วยความเชื่อมั่น จิตใจ ปลอดภัยโล่ง สบาย...

## สுகนธบำบัด (Aromatherapy)

การนำสுகนธบำบัดมาใช้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในช่วงถอนยา นอกจากนั้นสுகนธบำบัดช่วยให้ร่างกายปรับสมดุลได้ดีขึ้น และช่วยให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียดในช่วงถอนยาด้วย

สுகนธบำบัด (Aromatherapy) คือ การนำกลิ่นหอมจากธรรมชาติมาใช้ในการดูแลรักษา หรือ การใช้กลิ่นบำบัด

### ประโยชน์

1. ปรับสมดุลของร่างกาย
2. ช่วยระบบไหลเวียนของโลหิต
3. ช่วยให้ผิวเนียนนุ่ม ชุ่มชื้น
4. ผ่อนคลายความตึงเครียด
5. ช่วยให้หลับสบาย
6. สดชื่น กระฉับกระเฉง
7. ปลูกเร้าให้เกิดอารมณ์รักใคร่
8. ช่วยให้ผู้รู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในภาวะจิตวิตกกังวล
9. เกิดความมั่นใจ
10. สร้างความอบอุ่น มิตรภาพ

### น้ำมันหอมระเหย (Essential Oil)

- \* ดอก : กุหลาบ มะลิ กระดังงา การพลู
- \* ราก : กระจาย แผลหอม ชิง ข่า ขมิ้น
- \* เนื้อไม้ / เปลือกไม้ : อบเชย สน
- \* ผล+เมล็ด : ผักชี ยี่ห่วย่า จันทน์เทศ กระวาน

- \* ใบ : มะนาว ตะไคร้หอม ยูคาลิปตัส ตะไคร้
- \* เรซิน : กายาน ยางไม้หอม
- \* เปลือกผลไม้ : ส้ม มะนาว มะกรูด

### การสกัดน้ำมันหอมระเหย

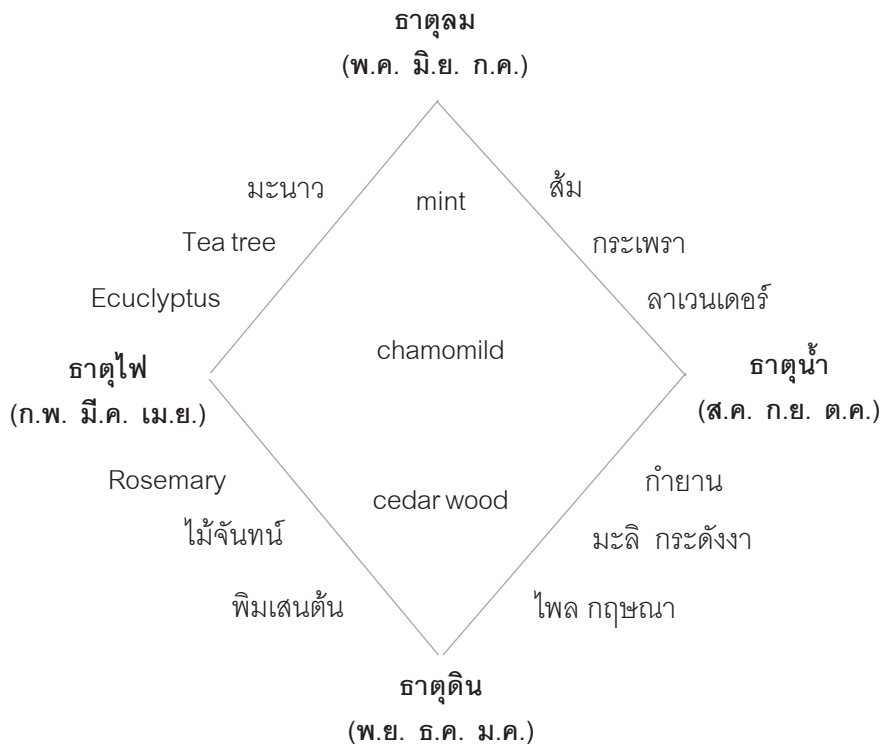
1. การกลั่นด้วยไอน้ำ (Steam Distillation)
2. การสกัดด้วยน้ำมันสัตว์ (Maceration)
3. การสกัดด้วยสารเคมี (ใช้แอลกอฮอล์/อื่น ๆ)
4. การคั้น หรือ บีบโดยใช้แรงบีบ
5. การสกัดด้วยคาร์บอนไดออกไซด์เหลว

## หลักการทางวิทยาศาสตร์

โมเลกุลของกลิ่นหอม จะกระตุ้นเซลล์ประสาทในโพรงจมูกและส่งกระแสประสาทไปที่ศูนย์รับรู้กลิ่นในสมอง ให้ปล่อยสาร Endorphin (ความเจ็บปวด) Enkephaline (อารมณ์ดี) และ Serotonin (สงบเยือกเย็นและผ่อนคลาย)

### การเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยตามลักษณะธาตุเจ้าเรือน

(Martin Henglein และ จงกชพร พิณีอักษร เอกสารประกอบการบรรยาย หลักสูตรน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพเบื้องต้น: 2544)





**ธาตูลม (พ.ศ. มิ.ย. ก.ค.)**

มะกรูด (Thai Bergamot)

- ยาฝาดสมาน บำรุงผิว
- แก้วรงค์แค บำรุงผม
- \*ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- \*คลายความวิตกกังวล

ตะไคร้ (Lemongrass)

- \*อาการปวดศีรษะ
- \*ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- \*คลายความวิตกกังวล
- ขับแก๊สในกระเพาะ
- Antiinflammatory

กระเพรา (Holy Basil)

- บำรุงผิว- ผม
- \*ช่วยขับลม – เหงื่อ - เสมหะ
- \*กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต
- \*ผ่อนคลายความเครียด

เปปเปอร์มินท์ (Peppermint)

- \*อาการปวดศีรษะ
- ปวดฟัน - กล้ามเนื้อ
- \*หลอกลมอักเสบ หัวใจ ไอ ไซนัส หืด
- \*ผ่อนคลายความเครียด

โหระพา (Sweet Basil)

- แก้ปวดฟัน
- \*แก้ไอ
- \*ลดอาการหุดหู่
- ฆ่าเชื้อ
- \*กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต

ขมิ้น (Turmeric)

- \*คลายความปวดเมื่อย
- แก้ปัญหาาระบบย่อยอาหาร
- ฆ่าเชื้อ/ป้องกันแผลติดเชื้อ
- \*แก้วิงเวียน บรรเทาอาการเมารถ/เรือ/เครื่องบิน

เปลือกส้ม (Orange Peel)

- \*ผ่อนคลายความเครียด
- \*ลดอาการอ่อนเพลีย
- \*บรรเทาอาการนอนไม่หลับ
- \*แก้ปวดเมื่อย

ธาดุน้า (ส.ค. ก.ย. ต.ค.)ลาเวนเดอร์ (Lavender)

- \*หวัด หลอดลมอักเสบ
- ลดความเจ็บปวด อักเสบ
- \*แก้ปวดเมื่อย
- \*ช่วยให้นอนหลับ

เจอราเนียม (Geranium)

- \*ลดความเครียด
- \*ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- \*อาการนอนไม่หลับ
- ปัญหาวิหคประจำเดือน

กำยาน (Siam Benzoin)

- ยาฝาดสมาน ยาฆ่าเชื้อ
- อาการปวดตามข้อ
- อาการหอบหืด
- \*ความเครียด
- antioxidant

มะลิ (Jasmine)

- \* หลอดลมอักเสบ
- \* ปวดศีรษะ
- หย่อนสมรรถภาพ
- เหมาะกับวิหคประจำเดือน
- แก้แผลเป็น

กระดังงา (Ylang ylang)

- \*ลดความตึงเครียด
- \*ความอ่อนเพลีย- อ่อนล้า
- \*นอนไม่หลับ
- antiseptic
- ความดัน

### ธาดุดิน (พ.ย. ฐ.ค. ม.ค.)

#### ไพล (Plai)

- \*อาการวิงเวียน
- คลายกล้ามเนื้อ แก้บวม เคล็ดขัดยอก
- ขับลม

#### พิมเสนต้น (Patchouli)

- ยาฆ่าเชื้อ
- \*สงบสติอารมณ์
- \*เครียด

#### จันทน์หอม(Sandal wood)

- ช่วยลดไข้
- \*แก้ไอเจียน/ คลื่นไส้
- \*นอนไม่หลับ
- \*ประสาทตึงเครียด

### ธาดูไฟ (ก.พ. มี.ค. เม.ย.)

#### ยูคาลิปตัส (Eucalyptus)

- \*แก้หอบหืด หัววัด ปวดไมเกรน
- \*แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- \*แก้การอักเสบ แผลไฟไหม้

#### กานบูร (Camphor)

- ผิวแตก แก้ลิ่ว
- \*แก้อาการติดเชื้อ
- \*แก้ไข้ หรือ แก้ไอ
- หลอดลมอักเสบ
- \*การไหลเวียนโลหิต

#### โรสแมรี่ (Rosemary)

- \*แก้หอบหืด หลอดลมอักเสบ ไอ
- \*แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- \*แก้การปวดศีรษะ

#### ที ทรี (Tea Tree)

- \*ลดเจ็บคอ หัววัด หลอดลมอักเสบ
- \*ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- \*แผลบวมจากการอักเสบ

ขิง (Ginger)

- แก้ปวดกล้ามเนื้อ - ฟัน
- \*การอักเสบทางเดินหายใจ แก้ไอ ไชน์ส
- \*แก้อาการเมื่อยล้า
- \*ความตึงเครียด

กานพลู (Clove)

- แก้ปวดฟัน
- \*การอักเสบทางเดินหายใจ แก้หวัด แก้ไอ
- ไฟลวก แผลติดเชื้อ ระบบภูมิคุ้มกัน

สนสองใบสามใบ(Pine)

- \*แก้หวัด ไอ เจ็บคอ
- \*แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- \*แก้เครียด

วิธีการใช้

- นำหัวน้ำมันหอมระเหยเจือจางด้วยตัวนำพา (Carriers) : น้ำ (ดอกไม้ลอยน้ำ)  
: น้ำมัน (น้ำมันพื้นฐาน, น้ำมันเสริม Base oil, Blend oil = 9:1)
- ส่วนผสม – Essential Oil 3 drops : Carriers 10 cc.(2 ชช.)

การนำน้ำมันหอมระเหยไปใช้

1. การสูดดม(Inhalation) :
  - หยดน้ำมันใส่สำลี
  - อ่างน้ำร้อน
2. การจุดตะเกียงเผา(Burner) : ใส่ลงใน Burner หยดน้ำมัน 3-4 หยด
3. ใช้ Steamer
4. ใช้ในการอาบน้ำ (Bathing) : หยดน้ำมันในอ่างอาบน้ำ ใช้ น้ำอุ่นจัด
5. ใช้ในการนวดตัว (Body Massage) : หยดEssential oil 3 หยดใน Carrier oil 10 cc.
6. การพอก (Mask) การห่อตัว (Body wrap)
7. การอบไอน้ำ (Steaming)
8. การประคบร้อน/เย็น (Hot/Cold Compress)
9. การแช่ : แช่มือ แช่เท้า นั่งแช่ (Sitz Bath) : น้ำมัน 3-4 หยด แช่นาน 10 นาที
10. การพ่นละอองฝอยในห้อง : น้ำมัน 150 หยด : น้ำกลั่น 100 มล.
11. การผสมในเครื่องสำอาง
12. เทียนหอม
13. กำจัดแมลง/ทำยา
14. น้ำยาทำความสะอาด

## 15. สารกันบูดในอาหาร

### ข้อห้าม

- ห้ามสูดดมโดยตรง
- ห้ามสัมผัสผิวหนังโดยตรง
- น้ำมันหอมระเหยที่ห้ามใช้ระหว่างตั้งครรภ์
  - มะลิ - เจอราเนียม - ลาเวนเดอร์
  - โรสแมรี่ - โรส - จันทน์หอม

### การนวด (Massage)

การนวด กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ในช่วงถอนยาผู้ติดยุ่จะมีความตึงเครียดทั้งจากอาการไม่สุขสบายและจากความรู้สึกกดดันจากความรู้สึกภายในของตนและภายนอก การนวดจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผ่อนคลายและกระตุ้นระบบต่าง ๆ ของร่างกายในการปรับสมดุลได้ดีขึ้น

#### ประโยชน์ของการนวด เพื่อ

1. สร้างพลังชีวิต
2. ผ่อนคลาย
3. ความสุขสบาย
4. กระตุ้นระบบการไหลเวียนโลหิต กล้ามเนื้อ ระบบประสาท ขจัดสารพิษ เพิ่มภูมิคุ้มกัน
5. สร้างสัมพันธภาพ

**ปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อการนวด** (ชินินทร์ ลีวานันท์ เอกสารประกอบ การอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพครั้งที่ 2 : 2548) คือ

#### 1. ผลทางกลศาสตร์

- การนวดทำให้มีการเคลื่อนไหวของใยกล้ามเนื้อ
- ช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ยึดติดกันอยู่ให้ลดความตึงตัวลง ทำให้คลายจุดปวดเมื่อยได้ดี
- ช่วยบีบไล่หลอดเลือดและท่อน้ำเหลืองทำให้การไหลเวียนของโลหิต และน้ำเหลืองดีขึ้น 7-10 เท่า

■ การนวดระดับลึกส่งผลต่อพังผืดและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันสามารถแก้ไขการจำกัด การเคลื่อนไหวของข้อ ข้อยึดติดที่ไม่รุนแรง

#### 2. ผลทางระบบประสาทและรีเฟล็กซ์

■ การนวดเป็นการกระตุ้นที่ peripheral receptor เกิดปฏิกิริยาโดยตรงของบริเวณที่ถูกรวด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ไปยังประสาทไขสันหลังและสมอง ซึ่งสามารถยับยั้งอาการปวดได้ (Gate Control Theory)

- การนวดสามารถเพิ่มความทนทานต่ออาการปวดได้ดีขึ้น
- การนวดกระตุ้นให้มีการหลั่ง endorphin ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกสบายขึ้น
- ลดอาการปวด โดยกระตุ้นให้ร่างกายหลั่ง encephalins

### 3. ผลทางจิตใจ

การงดสูบบุหรี่ในบรรยากาศที่สบายทำให้ผ่อนคลาย เจริญอาหาร อารมณ์ดี ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียดของจิตใจ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง นอนหลับง่ายขึ้น

#### ข้อห้าม / ข้อควรระวังสำหรับการนวดทั่วไป

1. การบาดเจ็บหรือเลือดออกที่เพิ่งเป็นใหม่ ๆ
2. บริเวณที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือด
3. มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดรวมทั้งการได้รับยา anticoagulant
4. บริเวณที่มีรอยโรคบนผิวหนังที่ยังไม่หายสนิท จะทำให้แผลแยก และอาจติดเชื้อได้
5. บริเวณที่มีการอักเสบ ติดเชื้อ จะทำให้อักเสบมากขึ้นและแพร่กระจายเชื้อได้
6. มีปัญหาด้านกระดูก เช่น กระดูกหักที่ยังติดไม่ดี กระดูกพรุน เส้นประสาทไขสันหลัง และกระดูกสันหลัง
7. บริเวณที่มีการเปลี่ยนข้อต่อ ต้องระมัดระวังและต้องรู้การเคลื่อนไหวในองศาที่จะทำได้
8. มะเร็ง เพราะจะทำให้เซลล์มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นได้
9. มีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส
10. ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการนวด

#### ชนิดของการนวด

**นวดไทย (Thai Massage) :** เซลยศักดิ์ (ใช้การบีบ กด ดัด ด้วยมือ ศอก ท้องแขน ส้นเท้า), ราชสำนัก (นวดเรียบร้อย ไม่หายใจรดหรือเงยหน้ามาก แขนเหยียดตรง ใช้มือและนิ้วกด ไม่มีท่านอนคว่ำ)

**นวดสวีดิช (Swedish Massage) :** เพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ ลงน้ำหนัก ไม่มาก

**อายุรเวท (Ayurveda Massage) :** Abhyanga (นวดตัว), Shirobhyanga (นวดศีรษะ คอ บ่า ไหล่) ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของพลังภายในร่างกาย

**\*นวดชิอัตสึ (Shiatsu Massage) :** กดจุดแบบญี่ปุ่น ใช้แรงกดจากนิ้วมือ ส้นมือ ฝ่ามือ ปลายแขน ข้อศอก เข่า เท้า กดจุด สึโบ (Tsubo) บนร่างกาย ตามแนวเส้นพลัง กระตุ้นการไหลเวียน ชี

**นวดอโรมา (Aroma) :** นวดเพื่อผ่อนคลาย โดยใช้น้ำมันหอมระเหย

**นวดระบายน้ำเหลืองด้วยมือ (Manual Lymph Drainage Massage) :** กระตุ้นการไหลเวียนระบบน้ำเหลือง การขจัดสารพิษ และระบบภูมิคุ้มกัน

**นวดด้วยหินร้อน (Hot Stone Massage) :** พลังแสงออกว่าเกิดจากพลังที่ปลดปล่อยออกมาจากตัวของมันเอง เช่น พลังงานแสง พลังงานความร้อน คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การรับและถ่ายเท พลังงานของร่างกายส่งผลกับสุขภาพ เนื่องจากความไม่สมดุลของพลังงาน หรือการไหลเวียนที่ผิดปกติในร่างกาย การนำหินรัตนชาติมาใช้ในการบำบัดตามคุณสมบัติของหิน นอกจากนั้น การนำ

### 3.2 แขนท่อนบน

1. ริด-ยึด

### 3.3 มือ - ตั้งศอก

1. ริดฝ่ามือ
2. โยกนิ้ว
3. ริดร่องนิ้ว
4. คลึง + หมุนนิ้ว
  - ตามเข็มนาฬิกา ,ทวนเข็มนาฬิกา
  - ลูบทั้งแขน

\* เปลี่ยนขนาดแขนอีกข้าง ทำตามข้อ 1-3

## 4. ขา - ลูบทั้งขา

### 4.1 เท้า

1. ริด + กด + คลึง ฝ่าเท้า
2. ริดร่องนิ้ว
3. คลึง + หมุนนิ้ว – ตามเข็มนาฬิกา ,ทวนเข็มนาฬิกา
4. คลึงรอบตาตุ่ม

### 4.2. ขาส้นล่าง

1. ริด + ยึด
2. 2 มือสลับรัดขึ้น
3. ตั้งขาสาวน่อง
4. กด + ริดเส้นข้างกระดูกด้านนอก

### 4.3. ขาส้นบน

1. ริด-ยึด
2. ข้อนิ้วคลึง
3. ข้อนิ้วรัดได้
  - ลูบทั้งขา

\* เปลี่ยนขนาดขาอีกข้าง ทำตามข้อ 1-3

### \*นอนคว่ำ

## 5. ขาหลัง - ลูบทั้งขา

- 5.1 ริดคลึง ฝ่าเท้า
- 5.2 นิ้วโป้ง - นิ้วชี้ ริด + ดึงแนวเอ็นร้อยหวาย
- 5.3 ขาหลังส่วนล่าง
  1. ริด-ยึด
  2. ข้อนิ้วคลึง
  3. นิ้วหัวแม่มือกด + ริด + คลึง

#### 5.4 ขาหลังส่วนบน

1. ริด - ยึด
2. ช้อนนิ้วค้ำ
3. ช้อนนิ้วรัดได้  
- ลูบทั้งขา

\* เปลี่ยนขนาดขาอีกข้าง ทำตามข้อ 5.1-5.4

#### 6. หลัง

- 6.1 มือช้อนโยกตัว
- 6.2 ลูบตามแนวข้างกระดูกสันหลัง
- 6.3 สันมือค้ำสะบัก
- 6.4 สันมือค้ำบั้นเอว (สะโพก)
- 6.5 หมุนสะบัก
- 6.6 นิ้วโป้งกดใต้กระดูกสะบัก
- 6.7 กดข้างร่องกระดูกสันหลัง
- 6.8 ฝ่ามือกดหลัง วางด้านข้างกระดูกสันหลังจากเอวสะบัก (ขึ้นไปคุกเข่ากอดบนเตียง)
- 6.9 สันมือรัดไล่จากสะโพกจากกระดูกสันหลัง ข้างลำตัวจากสะโพก คอ, แขน
- 6.10 2 นิ้วหัวแม่มือ ริด + ค้ำร่องกระดูกสันหลัง
- 6.11 2 นิ้วหัวแม่มือ ริด + ไล่ ร่องสะบัก
- 6.12 2 นิ้วหัวแม่มือ กด + ริด กล้ามเนื้อบ่า
- 6.13 ลูบทั้งหลัง

\* เปลี่ยนขนาดหลังอีกข้าง ทำตามข้อ 6.2 – 6.13

#### ข้อควรจำ

- ควรนอนหลังรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- ไม่ควรนอนขณะไม่สบาย หรือมีปัญหาอวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บ

#### พลังเรกิ (Reiki)

เป็นการฟื้นฟูพลังชีวิตจากธรรมชาติ สร้างความสมดุลของพลังงานในร่างกาย เป็นการเยียวยาตัวเอง โดย วางมือบนร่างกายของผู้รับการบำบัด (ผู้รับจะรู้สึกเหมือนมีการไหลเวียนของพลังอุ่น ๆ เบา ๆ ออกจากมือของผู้ให้การบำบัด)

#### หลักการเรกิ

1. ฝ้าดูความโกรธ ปล่อยไปไม่ยึดเอาไว้
2. ทำสิ่งที่ปัจจุบันให้มีความสุขและไว้วางใจตนเอง



3. รักและตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง
4. เรียนรู้ที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแบ่งปันช่วยเหลือผู้อื่น
5. แสดงความขอบคุณสำหรับทุกคนที่มีความรักความปรารถนาดีให้กับเรา

## ดนตรีบำบัด (Music Therapy)

การใช้ดนตรีบำบัดกับผู้เลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้ผ่อนคลายความเครียด ในช่วงถอนยา ด้วยวิธีการแสดงออกกระบายความเครียด โดยใช้ดนตรีบำบัด

Music : a part of human expression & language & spirituality

: การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด / สื่อกระตุ้น/พัฒนา การแสดงออกทาง...

### ด้านร่างกาย

- การเคลื่อนไหว
- การนอนหลับ
- ความจำ
- อยากรับประทานอาหาร
- ระบบประสาท
- ความเจ็บปวด

### ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ ความคิดรู้ พฤติกรรม สังคม

- ☺ สร้างสัมพันธภาพ
- ☺ การสื่อสาร
- ☺ การแสดงความรู้สึก (ใจ) - อารมณ์เหมาะสม
- ☺ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ☺ พลังชีวิต
- ☺ ความเครียด ความวิตกกังวล (relaxation)
- ☺ พฤติกรรมแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม กระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์
- ☺ การใช้ยา...บรรเทาปวด กล่อมประสาท บรรเทาความไม่สุขสบาย
- ☺ ค้นพบอารมณ์ตนเอง
- ☺ เกิดสมาธิ มีสติ รู้ว่าตนกำลังทำอะไร
- ☺ มีความพึงพอใจในชีวิต ควบคุมชีวิต
- ☺ ของตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต

### ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง

- ☺ อายุ
- ☺ สติปัญญา
- ☺ บุคลิกภาพ

- ☺ การศึกษา
- ☺ เศรษฐกิจ
- ☺ ศาสนา
- ☺ สิ่งแวดล้อม
- ☺ วัฒนธรรม

### ประเภทดนตรี

- ☺ มีความหมาย – ชอบ
- ☺ นุ่มนวล ผ่อนคลาย
- ☺ สดชื่น มีชีวิตชีวา
- ☺ เป็นธรรมชาติ

### รูปแบบการใช้ดนตรีบำบัด

- ☺ ฟังดนตรี/ โคลงกลอน
- ☺ ร้องเพลง / แต่งเพลง
- ☺ เล่นอุปกรณ์ / เครื่องดนตรี
- ☺ เคลื่อนไหว
- ☺ ระลึกถึงความหลัง / สิ่งของ
- ☺ จินตนาการ / รูปภาพ / สี / กลิ่น

### วิธีการใช้ดนตรีบำบัด

1. มีความคุ้นเคย
  - สถานที่ (เป็นส่วนตัวเงียบสงบ สบายปลอดภัย)
  - เวลา อุปกรณ์ เพลง บุคลากร การเรียกชื่อผู้ป่วย
2. ให้โอกาสเลือกเพลงที่ชอบ / คุ้นเคย / ต้องการ มีความหมายสร้างสรรค์ สวยงามไม่ต้องใช้ความคิดตามมาก
3. ใช้เพลงบรรเลงช้า ๆ ระยะเวลาฟังไม่น้อยกว่า 20 นาที
4. ร้องตามได้ เป็นการขจัดความคิดฟุ้งซ่าน ผ่อนคลาย ผีกหายใจ
5. วางเป้าหมายระยะสั้น (กระตุ้นให้สำเร็จ)
6. กำหนดหัวข้อพูดคุยและสอดคล้องกับเพลง กิจกรรมและความเหมาะสม ให้แสดงความรู้สึก

## ศิลปะบำบัด (Art Therapy)

การใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางที่ใช้กระตุ้นให้แสดงออกถึงความรู้สึก อารมณ์ ความคิด ความฝัน ความหวัง

## วิธีการ โดย

1. การกำหนดหัวเรื่อง
2. ให้ความคิดทบทวน ถ่ายทอดออกมาเป็นงานศิลปะ ที่ให้ความรู้สึกผ่อนคลาย
3. กระตุ้นให้แสดงความรู้สึกต่อผลงานของตนและแปลความหมายจาก ภาพ สี และรูปทรง

## หัวเราะบำบัด (Humor Therapy)

ความเครียดคือ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ต้องการเลิกบุหรี่ให้ได้เป็นอย่างดีคือ ความรู้สึกว่าสุขภาพไม่ดี เหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม ดังนั้นการบำบัดทางเลือกด้วยหัวเราะบำบัด จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสามารถ นำมาใช้ร่วมกับเคล็ดลับ 5 Ds (*Delay, Deep breath, Do something else, Destination / Discuss with a friend or family*) ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ให้มีสติอยู่กับความเป็นปัจจุบันของตนเอง ผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกายได้ด้วยตนเอง และฟื้นฟูระบบต่าง ๆ ในร่างกายโดยเฉพาะปอด หัวใจ และระบบประสาท ร่างกายสดชื่นแข็งแรงขึ้น ช่วยให้ผ่านพ้นระยะถอนยาได้อย่างราบรื่น

การหัวเราะบำบัด เป็นการออกกำลังภายใน หรือการขยับขยับเคลื่อนไหวเส้นประสาท สรีระภายในของร่างกาย ให้เป็นจังหวะอย่างรู้สึก รู้ตัว เกิดความแข็งแรง แข็งแรง มีพลัง โดยหัวเราะจะควบคุมอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของตนเอง โดยเฉพาะในส่วนของระบบการหายใจของตนเองให้ขยับเขยื้อนอย่างตั้งใจ (ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรมและดร.จิตรา ดุษฎีเมธา : 2550)

เสียงหัวเราะ เป็นเสียงก้องที่เกิดจากการขยับขยับเคลื่อนไหวจนเป็นคลื่นเสียง กระแสเสียงจากอวัยวะหลัก 4 ส่วน คือ ภายในท้อง ภายในอก ภายในลำคอ ภายในปากและใบหน้า

- เปลี่ยนเสียง “โอ” ทำให้ ภายในท้องขยับขยับเคลื่อนไหว
- “ ออ ” ทำให้ ภายในอกขยับขยาย
- “ อู ” ทำให้ ภายในลำคอเปิดโล่ง
- “ เอ ” ทำให้บริเวณใบหน้าเบิกบาน

เสียงหัวเราะที่เปล่งออกมาจากกำลังภายใน จากการขยับกล้ามเนื้อแต่ละชุด แต่ละส่วน ให้ผลิตเสียงออกมารู้สึกตัวและไม่ต้องใช้ความนึกคิดใด ๆ จึงเป็นเทคนิคสำคัญที่สามารถทำให้ อารมณ์ขยายออกมาเป็นความรู้สึกสด ๆ ความคิดก็ขยับเคลื่อนไหวตามออกมาเป็นพลัง เรียกว่า เมื่อเรารู้ตัวว่าตัวเรากำลังทำอะไรอยู่ในปัจจุบัน คือ ณ ขณะนี้ เดี่ยวนี้ ที่ตรงนี้ สติ ก็เกิดได้ รวมทั้งสัญชาตญาณของชีวิตให้กลับสู่ธรรมชาติ เป็นการรู้จักใช้สมองซีกขวาสลับขึ้นมา ความตึงเครียดก็บรรเทาลง ชีวิตเราจึงไม่มีอะไรค้างค้ำในใจ คาใจ คับข้องใจใด ๆ

...เมื่ออยู่กับปัจจุบัน ชีวิตก็เปี่ยมไปด้วยพลัง ทุกปัญหาที่มีทางออก...อนาคต ก็มีความหวัง เสียงหัวเราะ จึงเป็นเสียงที่เปล่งออกมาแล้ว มีผลทำให้...

1. กระบวนการหายใจ ช่วงหายใจออกยาวกว่าช่วงหายใจเข้า 2 เท่า ยิ่งกลั้นหายใจไว้ได้นาน (การฟอกโลหิตดำให้เป็นแดง และระบบประสาทบริเวณนี้แข็งแรง)
2. กระบวนการย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานเป็นระบบ
3. กระบวนการไหลเวียนของโลหิต หัวใจเต้นเป็นจังหวะการสูบฉีดดี การไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ดีตามไปด้วย
4. การพักผ่อนและผิวพรรณ การหัวเราะเป็นรีเฟล็กซ์ต่อความเครียดส่งผลให้อารมณ์ดี หน้าแก่ มอกลงในแง่ดี พักผ่อนนอนหลับดี ผิวพรรณดี
5. กระบวนการเจริญพันธุ์ เมื่อร่างกายทุกส่วนได้ขยับ ส่งผลให้ระบบสมองทำงานได้ดีเป็นระบบ ทำให้สมองปลอดโปร่ง คิดในแง่ดี อารมณ์ดี พัฒนาอารมณ์รัก การเจริญพันธุ์ดี
6. กระบวนการทำงานของต่อมไร้ท่อ เมื่อเซลล์ประสาทได้ถูกกระตุ้น ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดฟิน ทำให้อารมณ์ดี คิดดี ความคิดสร้างสรรค์
7. สัญชาติญาณการอยู่รอด การกระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ระบบต่าง ๆ ทำงานประสานสัมพันธ์กันเป็นอย่างดี เสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย

## ขั้นตอนการขยับอย่างมีสติ

1. **อุ่นเครื่อง** จากกลางขึ้นบน 5-10 นาทีแรก ทำละ 10-15 ครั้ง
  1. เดินย่ออยู่กับที่ ขายก แขนแกว่ง มือกับขา ขยับสลับกัน
  2. ขยับยกสะโพก ลำตัวตรง
  3. โยกหน้า (ขมิบก้น แขนงอ) ขยับก้นโด่งไปข้างหลัง (คลายขมิบออก)
  4. แกว่งแขน เหวี่ยงไปด้านข้าง (แขนไม่เกร็ง)
  5. หมุนคอ เลข 8 แนวนอน (ลิ้มตา)
  6. บริหารสมองและใบหน้าด้วยท่าบาน (ยิ้มกว้างแล้วค่อย ๆ ปล่อยคืนกลับซ้ำ) - เบิก (เลิกหน้าผากขึ้นสูงแล้วค่อย ๆ ปล่อยขึ้นกลับซ้ำ) ๆ) แข็งแรง
2. **การหายใจ** สูดลมหายใจเข้า ให้อากาศหรือออกซิเจนเข้าไป เต็ม แน่น ลึกหายใจลง เต็มคอ เต็มอก เต็มท้อง ถ้าให้ดีตันลงให้ถึงท้องน้อย กลั้นไว้เล็กน้อย แล้วจึงเปล่งเสียงหัวเราะ เพื่อให้ร่างกายส่วนนั้นขยับตามจังหวะของเสียงที่เปล่งออก ขณะหายใจเข้าไม่เฝ้มปาก หรือปิดปากแน่น ให้ชากรรไกรผ่อนคลาย
 

...เสียงหัวเราะที่เปล่งออกมา จากภายในท้อง ก้อง กังวาน ไกล มีพลัง มีจังหวะ 12-16 ครั้ง

...1 รอบของการหัวเราะ นับตั้งแต่หายใจเข้า จนถึงสุดการเปล่งเสียง แต่ละเสียง ผึก 4 รอบ
3. **ท่าเปล่งพลังเสียงหัวเราะ**
  1. **ท้องหัวเราะ** ยกนิ้วโป้ง 2 ช้างกำมือหลวม ๆ เสียงโอ

2. **อกหัวเราะ** กางแขนทั้ง 2 ข้างออกไปด้านข้างระดับอก ฝ่ามือเปิดหงายขึ้น  
เสียง ออ

3. **คอหัวเราะ** ทำนิ้วเหมือนยิงปืนทั้ง 2 ข้าง เสียง อู

4. **โบหน้าหัวเราะ** ยกมือขึ้นระดับโบหน้า ชยับนิ้วทุกนิ้วที่ละนิ้วเสียง เอ

5. **ขาหัวเราะ** เดินย่ออยู่กับที่ มือกับขายกสลับกัน หรือ ขาช้ายยกขึ้น เอมือ  
ขวาแตะที่หน้าขาหัวเข่า ซ้าย แขนซ้ายยกสูงด้านบน ทำสลับอีกข้าง เสียงโอ

6. **แขนหัวเราะ** ยกแขนสองข้างชูสูงขึ้นขนานกันตลอดโบกไปมา ขาช้ายยก  
แขนทั้ง 2 ข้างโบกทางขวา ทำสลับอีกข้าง เสียงออ

7. **สะโพกหัวเราะ** ลำตัวตรงหมุนสะโพกเป็นวงกลมย่อขาเล็กน้อย เสียง อู

8. **ไหล่หัวเราะ** หมุนไหล่ทั้ง 2 ข้าง รอบแรกหมุนไปด้านหลัง รอบสองหมุนกลับ  
มาข้างหน้า เสียง เอ

9. **สมองหัวเราะ** ยืนตรงหลับตา ขณะหายใจเข้า สูดลมหายใจเข้าลึก เต็ม แน่น  
และกลั้นลมหายใจไว้ สักครู่ จึงเปล่งเสียง อึม..อึม..อึม...ในท่าปิดปาก เพื่อต้องการดั้น เสียง  
อึม ๆ ๆ ก้องทั่วสมอง ไม่ขบฟัน

10. **ความคิดหัวเราะ** ยืนตรงหลับตา ขณะหายใจเข้า สูดลมหายใจเข้าลึก เต็ม แน่น  
และกลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จากนั้น เปิดปากออกเสียง โอ...แล้วปิดปากออกเสียงต่อเนื่อง  
เป็นโอม... ดันเสียงให้ขึ้นไปสู่สมองส่วนบนและให้รู้สึกว่าเป็นเสียงโอมลอยออกจากศีรษะ หรือออก  
จากโอบุ แล้วจึงเปิดปาก

■ การฟังเสียงร่างกาย ยืนหลับตาสักครู่เพื่อสำรวจและรับรู้ร่างกายว่า มีการ  
เปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง การไหลเวียนสูบฉีด อุ่นร้อนดีที่จุดใด หรือส่วนไหน ตึง ซา หนัก เย็น ก็รู้ตัว

11. **ทั้งตัวหัวเราะ** เคาะโรคออกจากตัว ย่อเข้ากระโดดพร้อมกัน มือผลัดออกไปข้าง  
หน้าเหมือนตบแพะ หัวเราะแบบสุดเสียง เปล่งให้เต็มที่ยาวต่อเนื่อง 1 นาที

ภายหลังการฝึกหัวเราะบำบัดไประยะหนึ่งจะทำให้ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่สัมผัสได้ถึง  
การเปลี่ยนแปลงของทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สบายขึ้น ค้นพบตัวตนของตนเอง  
ทำให้มีความหวังและกำลังใจ ที่จะอดทนในการเลิกบุหรี่ให้ได้ตลอดไป

## บทบาทของผู้เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ตัวของผู้ที่ต้องการเลิก  
บุหรี่และความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยผู้ดูแลเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่จะ  
ช่วยกระตุ้น ชี้แนะแนวทาง ให้กำลังใจ กับทั้งผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่และครอบครัว

### บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และครอบครัว

ผู้ดูแล

1. หมั่นสำรวจค้นหาตนเอง มีทัศนคติเกี่ยวกับชีวิต

2. ดูแลสุขภาพกาย-จิตของตนเองให้แข็งแรงพัฒนาจิตวิญญาณของตนและปรับชีวิตให้มีความสุข มีพลังชีวิต มีความมั่นคง
3. เปิดใจเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่ต้องใช้ดูแล
4. ใช้ศักยภาพทั้งหมดของตนในการดูแล
5. รู้สึกว่าเป็นความท้าทาย อยากทำมีความปิติสุข มีกำลังใจ
6. บุคลิกภาพเหมาะสม ความเป็นมิตร สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจ เต็มใจ ใจให้เวลา รับฟัง เปิดใจรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ฝึกการฟังอย่างลุ่มลึก (สุนทรียสนทนา)
7. ระเบียบระครอง อดทน มีเจตคติที่ดีต่อคนสูบช่วยให้คนสูบบุหรี่รู้สึกสบายใจ มีเพื่อนรู้ใจมีไหวพริบ
8. สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อมั่น
9. ให้โอกาสแต่ละคนหาทางเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับตนเอง
10. ให้เกียรติ ไม่พูดเรื่องบุหรี่ต่อหน้าคนอื่น
11. สามารถทำงานเป็นทีม

## ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่และครอบครัวเน้น การสื่อสาร และสัมพันธภาพ

- ช่วยให้ตระหนัก-ส่งเสริมคุณค่าของชีวิต และคงความเป็นบุคคล
- ช่วยค้นหาความต้องการ เป้าหมาย ความหมายของชีวิต
- ช่วยตอบสนองความต้องการและสนับสนุนให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม
- ช่วยระดับระครองให้ผ่านพ้นช่วงถอยนยา ได้อย่างราบรื่น
- ให้ความรัก เป็นกำลังใจให้เสมอ
- ให้ความมั่นใจว่าครอบครัวพร้อมที่จะอยู่เคียงข้าง

## พลังชีวิต (Empowerment)

- เป็นความมีส่วนร่วมของบุคคลและสังคม
  - เป็นความสามารถในการตัดสินใจสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเหมาะสม
  - สามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ ยอมรับความเป็นจริง และควบคุมชีวิตของตนเองได้
  - การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว- เพื่อน
- การปรับชีวิตให้สมดุล มีความหวัง มีพลังที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างพึงพอใจและมีความหมาย

การช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ติดยาสามารถผ่านพ้นระยะถอนยาได้ด้วย หลากหลายวิธีที่ได้กล่าวมาข้างต้นที่ผู้ให้การดูแลร่วมกับครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เป็นการแสดงถึงความเข้าใจ ความตั้งใจ ความเอื้ออาทร ความจริงใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanize Health Care) ที่เติมเต็มพลังที่เข้มแข็ง มั่นใจให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ค้นพบตัวตนที่แท้จริงของตนเอง มีชีวิตที่มีความหวังมีความพึงพอใจในชีวิต และมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย เกิดพลังชีวิต (Empowerment) ที่จะก้าวเดินต่อไปและหันหลังให้กับบุหรี่อย่างถาวร

## บรรณานุกรม

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณารักษ์) (2549). พยาบาลกับบุหรี่. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. จงกขพร พินิจอักษร.(2544) น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพเบื้องต้น. (เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพเบื้องต้น)
- จุฑามาศ ณ สงขลา. (2548). พลังหินบำบัดสำหรับคนรักสุขภาพ กรุงเทพฯ. บริษัทวี.พี.รันท (1991) จำกัด ชรินทร์ ลีวานันท์. Massage in the spa. เอกสารประกอบการอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ ครั้งที่ 2 วันที่ 1-3 มีนาคม 2548 ณ โรงแรมแม็กซ์
- ดำรง กิจกุลศล. (2549). คู่มือออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ.พิมพ์ดี.
- นาถศิริ โกมลพันธ์. ห้องแดนขอบฟ้าหลังคาโลกผ่านศาสตร์และศิลป์แห่งการเยียวยาชีวิตและจิตใจ. Be well.2550; 16 (2) : 51-58.
- พงศ์ปกรณ์ พิษิตฉัตรธนา. (2548). ดูแลสุขภาพ บำบัดโรค ด้วยสมาธิและจิตใจได้สำนึก.กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์โกเมนเอก.
- มานพ ประภาษานนท์. (2549). นวดไทย สัมผัสบำบัดเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ . บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด.
- มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนาโดยโรงเรียนความงามลานนา. รัตนชาติบำบัด. (เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตร Healing Stones for Face and Body). 2549.
- รุช ภิลมอร์. (2548). โยคะเพื่อการใช้ชีวิต: ปลดปล่อยความเครียด. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- โรงเรียนความงามลานนา. आयurveda. (เอกสาร ประกอบการอบรมหลักสูตร Basic Ayurveda). 2548.
- โรงเรียนความงามลานนา. นวดหยินหยาง. (เอกสาร ประกอบการอบรมหลักสูตร Yin Yang Massage). 2548.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรมและจิตรา ดุษฎีเมธา.หัวเราะบำบัด. กรุงเทพฯ : 2550, บจก.ก.พล (1996)
- ศิริ ทรวงแสง. (2548) ชีกง สมบัติการแพทย์โบราณของจีน. กรุงเทพฯ.บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- ศิขริน.(2546). आयurved ศาสตร์แห่งชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2 สมุทรปราการ: สำนักพิมพ์เรือนบุญ.
- Brealey E. (2003) Ten Minute Stress Relief. London Chancellor Press.
- Brow D.W. (2003) A Beginner's Guide to Aromatherapy. Devon. D&S Book Ltd.
- Honervogt T. (2001) Inner Reiki. London. Gaia Books Limited.

Kheong Y.L.(2003).The Relevance of Complementary And Alternative  
Medicine (CAM) In A Biomedical Health Care System.

Singapore Nursing Journal. 30(2) :6-9

Mc Intyre R. and Chaplin J.(2001).Hope : The Heart of Palliative Care

In Palliative Nursing : Bringing Comfort and Hope.

Edited by Kinghorn , S. and Gamlin , R. Harcourt Publishers limited.

Pawlett, R (2002) A Beginn;s Guide Shiatsu. Devon. D&S Book Ltd.

Snyder M.(2003) Complementary therapies : New or Old Interventions Singapore Nursing Journal,  
30(2):6-9

.....





# ภาพผนวก

# ภาคผนวก 1

หลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

## หลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่

**ชื่อโครงการ** การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

### **ลักษณะของโครงการ**

เป็นโครงการขยายผลจากโครงการ 1600 คิวทีไลน์ สายปลอดบุหรี่  
โครงการที่ทำงานปลอดบุหรี่ วัดปลอดบุหรี่ โรงเรียนปลอดบุหรี่  
โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และโครงการ TATของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่

### **ผู้รับผิดชอบโครงการ**

มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่

### **ระยะเวลาดำเนินการ** 2 ปี

**กลุ่มเป้าหมาย** บุคลากรวิชาชีพสาธารณสุข ประชาชนทั่วไปและอาสาสมัครในชุมชน จำนวน  
80 คน (อบรมปีละ 4 ครั้ง ครั้งละ 10 คน)

### **วัตถุประสงค์ของโครงการ**

1. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายธรรมาภิบาลที่หลากหลายในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ที่  
หลากหลายรูปแบบ
2. ผู้ที่ได้รับการอบรมสามารถขยายผลไปยังเครือข่ายของตน
3. กิจกรรมการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่กระจายกว้างขวางขึ้น ทั้งในสถาบันและในชุมชน

### **แผนดำเนินการ**

1. สำรวจความต้องการของเครือข่ายและความเป็นไปได้ของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการ  
ไม่สูบบุหรี่
2. วางแผนดำเนินการ
3. สร้างหลักสูตร
4. ประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้เข้าอบรม
5. ดำเนินการอบรมตามหลักสูตร
6. ติดตามประเมินผลโครงการ
7. สรุปงานพร้อมข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนางาน

**ผู้สนับสนุนงบประมาณ** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

## หลักสูตร

### อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

#### ขอบเขตของหลักสูตร

ความรู้เรื่องระบาดวิทยาของยาสูบ พิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม พิษภัยของควันบุหรี่มือสองและการป้องกัน กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ กลไกการเสพติดบุหรี่ ยาและนิโคตินทดแทนและตัวช่วยอื่น ๆ ให้เลิกบุหรี่ง่ายขึ้น รูปแบบต่าง ๆ ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่และการเชื่อมโยงสหสาขา หลักการให้คำปรึกษาและจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ “5เอ” กับงานประจำ ทักษะการช่วยให้เลิกบุหรี่ในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การแพทย์ทางเลือกและวิธีต่าง ๆ ในการดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย จากการสูบบุหรี่

**ระยะเวลา** ในขอบเขต 3 เดือน ประกอบด้วย

- ภาคทฤษฎี 36 ชั่วโมง
- ภาคปฏิบัติ
  - การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ 1 ครั้ง
  - การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลอย่างน้อย 3 ราย
  - การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อย่างน้อย 3 ราย

**วิธีการ** บรรยาย อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทดลองปฏิบัติ และปฏิบัติในสถานการณ์จริง

#### ส่งเขปเรื่อง

#### ภาคทฤษฎี

ความรู้ทั่วไป (15 ชั่วโมง)

(2 ชั่วโมง)

- พิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ
- ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม
- พิษภัยของควันบุหรี่มือสองและการป้องกัน
- ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่

(3 ชั่วโมง)

- กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

(3 1/2 ชั่วโมง)

- การเสพติดยุหรี่
- ยาและนิโคตินทดแทน และตัวช่วยอื่น ๆ ให้เลิกบุหรี่ง่ายขึ้น

(6 1/2 ชั่วโมง)

- ทฤษฎีการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและฝึกปฏิบัติ

ความรู้เฉพาะ (21 ชั่วโมง)

(3 ชั่วโมง)

- หลักการใช้คำปรึกษาและจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ / ความเชื่อ ความจริงเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่

(3 ชั่วโมง)

- 5เอ กับงานประจำ
- การเชื่อมโยงวิธีเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มสหสาขา

(3 ชั่วโมง)

- รูปแบบต่าง ๆ ในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่
  - การใช้กระบวนการกลุ่ม
  - เทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล
  - เทคนิคการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

(3 ชั่วโมง)

- ฝึกทดลองปฏิบัติการให้คำปรึกษารูปแบบต่าง ๆ

(6 ชั่วโมง)

- การแพทย์ทางเลือกและวิธีต่าง ๆ ในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการเลิกสูบบุหรี่

(3 ชั่วโมง)

- รู้จักตัวตน (KM)

## รูปแบบหลักสูตร

<b>ช่วงเวลา</b>	รุ่นที่ 1	เดือนมกราคม - มีนาคม 2550
	รุ่นที่ 2	เดือนเมษายน - มิถุนายน 2550
	รุ่นที่ 3	เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2550
	รุ่นที่ 4	เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2550

### ตัวเลือกภาคทฤษฎี

1. วันธรรมดาหรือวันเสาร์ - อาทิตย์ สัปดาห์ละ 2 วัน รวม 3 สัปดาห์
2. วันธรรมดา สัปดาห์ละ 3 วัน รวม 2 สัปดาห์

### ภาคปฏิบัติ

- การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ สังเกตการณ์ 1 ครั้ง ปฏิบัติจริง 1 ครั้ง  
แหล่งฝึก โรงงาน หรือ บริษัท หรือ โรงเรียน หรือ ในชุมชน หรือ โรงพยาบาล
- การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลอย่างน้อย 3 ราย  
แหล่งฝึก โรงงาน หรือ บริษัท หรือ โรงเรียน หรือ โรงพยาบาล
- การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ อย่างน้อย 3 ราย  
แหล่งฝึก 1600 คิวทิลไลน์สายปลอดบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- ติดตามผลการปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้ง ภายใน 1 เดือน

### เกณฑ์การประเมินผล

- ผลการสอบภาคทฤษฎีผ่านอย่างน้อย 75%
- ภาคปฏิบัติ ผ่านการปฏิบัติตามจำนวนครั้งและเกณฑ์ที่กำหนด

### ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาวแสงเดือน สุวรรณรัตน์ ผู้จัดการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
นางกรรณจิต วาทีสาธกกิจ อาสาสมัครมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

## ผู้ประสานงานโครงการ

นางสาวอุทัยลักษณ์ ศรีสุรัตน์

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดหลักสูตรต้นแบบเรื่องการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่
2. เครือข่ายที่เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะในการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่

## ผู้ทรงคุณวุฒิจัดทำหลักสูตร

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ.ประกิต วาที่สาธกกิจ         | เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่                                |
| 2. ผศ.กรองจิต วาที่สาธกกิจ          | อาสาสมัครมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่<br>(ผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการ) |
| 3. อาจารย์เภสัชกรธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  |
| 4. นายแพทย์สมาน พุตระกูล            | กระทรวงสาธารณสุข  |
| 5. รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวิชัย         | คณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                                  |
| 6. อาจารย์กัลยกร ฉัตรแก้ว           | ผู้จัดการ Comfort Care  |
| 7. นางสาวแสงเดือน สุวรรณรัมย์       | ผู้จัดการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่                                |
| 8. นางสาวอุทัยลักษณ์ ศรีสุรัตน์     | มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่<br>(ผู้ประสานงาน)                       |

ในปี พ.ศ. 2551

ได้ปรับปรุงหลักสูตรให้เหมาะสมเพื่อให้เวลาและเนื้อหาวิชาการกระชับมากขึ้น  
จึงได้ปรับหลักสูตรเป็น 3 วันดังนี้

วันที่ 1	09.00 - 11.00 น. พื้นฐานความรู้ที่ควรมีในการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่  11.00 - 12.00 น. โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ : บทบาทของ มูลนิธิรณรงค์ฯ	12.00 - 13.00 น. อาหารกลางวัน	13.00 - 16.30 น. การเสพติดบุหรี่ การประเมิน และหลักการแก้ไข counseling 5A ยาและ นิโคตินทดแทน  18.00 - 20.00 น. รู้จักตัวตน ชีวิตนี้มี ความหมาย(KM)
วันที่ 2	08.30 - 10.00 น. การนำทักษะ 5A ไปใช้ในการส่งเสริมการ เลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ  10.30 - 12.00 น. หลักการให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่	12.00 - 13.00 น. อาหารกลางวัน	13.00 - 15.00 น. บรรยายรูปแบบต่างๆ ในการ ช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่  15.30 - 17.30 น. ฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง รูปแบบต่างๆ ในการช่วย ให้คนเลิกสูบบุหรี่
วันที่ 3	08.30 - 12.00 น. การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย สำหรับ...ผู้เลิกสูบบุหรี่	12.00 - 13.00 น. อาหารกลางวัน	13.00 - 15.00 น. ฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษ กับผู้สูบบุหรี่จริง  15.30 - 16.00 น. สุนทรียสนทนา
วันที่ 4	09.00 - 16.00 น. ผู้เข้าร่วมอบรมฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มในสถานการณ์จริง คนละ 1 วัน		



เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เป็นกลุ่ม  
 หลักสูตรต้นแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่  
 มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนได้	หมายเหตุ
1. การเตรียมอุปกรณ์ครบถ้วนเหมาะสม	10		
2. การจัดสถานที่เหมาะกับการดำเนินกลุ่มที่เป็นกันเอง	10		
3. แนะนำตัวผู้ดำเนินการ	5		
4. กลุ่มแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย	5		
5. กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์	5		
6. กลุ่มระบุข้อดีหรือข้อเสียของการสูบบุหรี่	6		
7. กลุ่มมีการระบุข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่	6		
8. มีการค้นหาวิธีเลิกร่วมกัน	6		
9. ผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจ	15		
10. กลุ่มระบุแรงจูงใจที่จะเลิก	5		
11. กลุ่มระบุวันเลิกสูบ	6		
12. มีการขออนุญาตติดตาม	6		
13. มีแผนการติดตาม	6		
14. บุคลิกของผู้ให้คำปรึกษา	10		
<b>รวม</b>	<b>100</b>		

สรุปภาพรวมและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

( )

ลงชื่อผู้ถูกประเมิน.....

( )

เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล  
 หลักสูตรต้นแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่  
 มূলนิรโทษกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนได้	หมายเหตุ
1. ทาน้ำ	8		
2. น้ำเสียง	8		
3. สายตา	8		
4. การแนะนำตัว	6		
5. การซักประวัติครบถ้วน	10		
6. การตั้งคำถามให้คิด	10		
7. การจูงใจ	10		
8. การให้ความรู้	10		
9. ความมั่นใจ	8		
10. ระยะเวลาที่ใช้	7		
11. การขออนุญาตติดตาม	7		
12. การวางแผนติดตาม	8		
<b>รวม</b>	<b>100</b>		

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

( )

ลงชื่อผู้ถูกประเมิน.....

( )

หินภูเขาไฟมาทำให้ร้อนและใช้นวด จะช่วยให้คลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตได้ดี

## นวดเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาอาการสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่

### นอหนงาย

#### 1. เปิดระบายต่อมน้ำเหลือง อย่างละ 5 ครั้ง

1.1 Effeurage : นิ้วโป้งลูบใต้ไหปลาร้า → รักแร้

1.2 Terminus (แอ่งบนไหปลาร้า) : นิ้วชี้, นิ้วกลาง วนทางด้านนี้วก้อย

1.3. Profundus (หลังหู) → Middle (ขากรรไกร) → Terminus (แอ่งบนไหปลาร้า)

#### 2. นวดศีรษะ

2.1 สบัดมือซ้าย ๆ แนวเหนือใบหู → กลางศีรษะ

2.2 ปลายนิ้วนวดซีกแซก (แนวกลางศีรษะ, แนวกลางคิ้ว, แนวหางคิ้ว, แนวขมับ,

แนวขอบกะโหลกศีรษะ (หลังหู))

2.3 แบ่งผมซ่อใหญ่ 3 แนว ดึงนับ 1-30 แต่ละซ่อ (กลาง, ซ้าย, ขวา)

2.4 สางผม

2.5 ซีก-แซก หน้าผาก 4 แนวนิ้วมือ

2.6 2 นิ้วหัวแม่มือรีดหน้าผาก

2.7 2 นิ้วหัวแม่มือคลึงขมับ, ไรผม

2.8 รอบดวงตา (ลากนิ้ว 4 นิ้ว ไปที่ → โหนกแก้ม → นิ้วชี้ลากข้างจมูก → กดร่องหัวคิ้ว → รีดบนคิ้ว )

2.9 Third eyes นิ้วโป้งสลับซีกแซก

2.10 นิ้วโป้ง - ชี้นิ้วคิ้ว (หัวคิ้ว → หางคิ้ว)

2.11 นิ้วโป้งคลึงเปลือกตา (หัวตา → หางตา)

2.12 จมูก (นิ้วโป้ง 2 นิ้วลากสันจมูก → กดตั้งจมูก (ที่ร่องแว่น)

อ้อมกอดเหนือริมฝีปาก → อ้อมกอดกลางคาง → นิ้วโป้งและนิ้วชี้หนีบคาง ดึงหู+คลึง

2.13 กดฐานกะโหลก 3 จุด + ดึง

2.14 ปลายนิ้วทุกนิ้ว ทั้ง 2 มือ กดที่ศีรษะ

2.15 Vibration ศีรษะ + ปีบแนบ

2.16 ฝ่ามือกดบ่า-โยกสลับ+รีด

2.17 ลูบออกส่วนบน+แขน+บ่าส่วนบน

#### 3. แขน - ลูบทั้งแขน

##### 3.1 แขนท่อนล่าง

1. กด+รีดเส้นข้างกระดูกด้านนอก

2. รีดคว่ำมือ-หงายมือ

# ภาคผนวก 2

เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

## เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

ถาม (ASK) บันทึกที่แฟ้มประวัติผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ตัวอย่าง สัญลักษณ์



สูบ



ไม่สูบ

อักษร

สูบ ○

ไม่สูบ ○

เคยสูบ ○

อักษรย่อ

S = สูบ

NS = ไม่สูบ

ES = เคยสูบ

อ้างอิงจาก : มุลินธิรัตนรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2550) :

โครงการโรงพยาบาลต้นแบบปลอดบุหรี่สูบบุหรี่ 6 เดือน

## แบบบันทึกประวัติผู้ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

รายชื่อ.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

## ประวัติส่วนตัว

- ชื่อ ..... อายุ.....ปี โรคประจำตัว.....
- เพศ  ชาย  หญิง
- สถานภาพการสมรส  โสด  คู่  หม้าย  อื่น .....
- ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  อื่น ๆ.....
- ระดับการศึกษา  ชั้นประถมศึกษา  ชั้นมัธยมศึกษา  ปวช. หรือ ปวส.  
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  อื่น ๆ ระบุ.....
- อาชีพ / ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ .....

## หมายเหตุ การแนะนำวิธีเลิกสูบ

สอดคล้องไปกับการถามข้อมูลพฤติกรรม.....

## ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่

- สูบบุหรี่วันละ.....มวน/ซอง สูบมานาน.....ปี เริ่มสูบบุหรี่.....ปี  
 สูบเป็นประจำทุกวัน  ไม่ได้สูบทุกวัน  อื่น ๆ ระบุ.....
- ชนิดของบุหรี่ที่สูบ  บุหรี่โรงงานไทย  บุหรี่โรงงานนอก  บุหรี่มวนเอง  อื่น ๆ ระบุ.....
- ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนกระทั่งสูบบุหรี่มวนแรกของวัน  
 ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน  ช่วงระยะเวลา 6 -30 นาที  นานมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป ระบุ .....
- ท่านชอบสูบบุหรี่ในช่วงเวลาใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 หลังรับประทานอาหารเสร็จ  ขณะเข้าห้องน้ำ  หลังตื่นนอนตอนเช้า  ขณะดื่มสุรา  
 เมื่ออยู่ในงานเลี้ยง หรือกลุ่มเพื่อน  เวลาเครียด ใช้ความคิด  หงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย  ขณะขับรถ  
 ก่อนเข้านอน  ขณะ / หลังดื่มกาแฟ  เหนง ๆ / อยู่ว่าง ๆ / เมื่อรู้สึกผ่อนคลาย  อื่น ๆ.....
- จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันทั้งหมด.....คน
- นอกจากท่านแล้วสมาชิกในครอบครัวมีใครบ้างที่สูบบุหรี่  ไม่มี  มี ระบุ.....
- เคยมีใครขอร้องให้ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่มาแล้วหรือไม่  เคยมาแล้ว ระบุจำนวน.....ครั้ง  ยังไม่เคย เข้าไปตอบข้อ 20
- แรงจูงใจหรือสาเหตุที่ทำให้ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )  
 สุขภาพไม่ดี  กลัวอันตรายจากบุหรี่  สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย  มีคนขอร้องให้เลิกสูบในบางสถานที่  
 หาทิสูบยาก  มีกลิ่นติดตัวหรือมีกลิ่นปาก  ลูกขอร้องให้เลิก  สังคมรังเกียจ  อื่น ๆ.....
- วิธีการที่ท่านเคยใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ คือ  
 เลิกสูบทันที  ค่อย ๆ ลดจำนวนลงเรื่อย ๆ  มีการวางแผนลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันล่วงหน้า  
 ใช้ยา  อื่น ๆ .....
- สาเหตุที่ท่านกลับไปสูบบุหรี่อีกเพราะ  จิตใจไม่เข้มแข็ง  เพื่อเข้าสังคม  หงุดหงิด ไม่มีสมาธิในการทำงาน  
 เครียด  เห็นผู้อื่น / เพื่อนสูบ  คิดว่าการเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น  แอลกอฮอล์  อื่น ๆ.....
- ท่านเคยได้รับคำแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคย จาก.....
- ครั้งนั้นท่านอยากเลิกสูบเพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  สุขภาพไม่ดี  กลัวเป็นโรค  สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย  
 ครอบครัว  สังคมรังเกียจ  มีกลิ่นติดตัวหรือมีกลิ่นปาก  ลูกขอร้องให้เลิก  หาทิสูบยาก  อื่น ๆ.....
- ผลการคุย  เลิกวันนี้เลย  ค่อย ๆ ลด  คิดดูก่อน / ไม่แน่ใจ  จะเลิก (ระบุวัน).....  
 ต้องการยา  ไม่ต้องการยา  อื่น ๆ .....

ชื่อผู้ให้คำปรึกษา.....หน่วยงาน.....

## แบบบันทึกประวัติผู้ได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

### ประวัติ Quitline

- เพื่อตนเอง     เพื่อ ..... ระบุเพศผู้โทร  ชาย     หญิง
- ทราบข่าวจาก  วิทยุ (ระบุ).....  สิ่งพิมพ์ (ระบุ).....  โทรทัศน์ (ระบุ).....
- 1133  สติกเกอร์ (ระบุ).....  มีคนบอก (ระบุ).....  อื่น ๆ (ระบุ).....
- ข้อมูลของคนสูบบุหรี่**  หญิง     ชาย อายุ ..... ปี
- อาชีพ  รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ     บริษัทเอกชน / โรงงาน     ค้าขาย     กิจการส่วนตัว     นิสิต / นักศึกษา
- ระบุ อาชีพ / ตำแหน่ง .....  อื่น ๆ .....

### ข้อมูลการสูบ/การเลิกสูบ

สูบวันละ ..... มวน/ซอง สูบตั้งแต่อายุ ..... ปี สูบมานาน ..... ปี

เคยลองเลิกมาแล้ว

- ครั้งแรก     ..... ครั้ง เลิกได้นานที่สุด.....วัน/เดือน/ปี     กำลังเลิกอยู่ได้.....วัน/เดือน/ปี

เคยเลิกโดยวิธีไหน

- หักดิบ     ค่อย ๆ ลด     ใ้ยา     อื่น ๆ ระบุ.....

สาเหตุที่เคยเลิก .....

ถ้าเคยเลิกแล้วทำไมจึงกลับไปสูบอีก

- เครียด     หงุดหงิด     แอลกอฮอล์     เห็นคนอื่น/เพื่อนสูบ     คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร     อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งนี้อยากเลิกเพราะ

- สังคมไม่ยอมรับ .....  สุขภาพ .....

- กลัวตาย .....  ครอบครัว .....

- ถูกจำกัดบริเวณ .....  ราคาแพง .....

- รู้ว่ามันไม่ดี.....  อื่น ๆ ระบุ .....

ให้คำแนะนำวิธีเลิก และการแก้ปัญหาในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากเลิกสูบบุหรี่

**ผลการคุย**

- ต้องการยา     ไม่ต้องการยา     ต้องการให้เปิดอบรมเลิกบุหรี่

- เลิกเลยวันนี้     ค่อย ๆ ลด     คิดดูก่อน / ไม่แน่ใจ     จะเลิก (ระบุวัน) .....

**ที่อยู่สำหรับส่งเอกสารเพิ่มเติม**     ต้องการ     ไม่ต้องการ

เอกสารสำหรับ     ผู้โทร     ผู้สูบ

ชื่อ.....ที่อยู่.....

..... โทร .....

เวลาสนทนาเริ่ม ..... น.ถึง ..... น. วันที่..... ผู้รับโทรศัพท์ .....

**ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม**.....

.....

.....





เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่  
 หลักสูตรต้นแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่  
 มূলนิรโทษกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนได้	หมายเหตุ
1. น้ำเสียงเป็นมิตร	10		
2. ภาษาเข้าใจง่าย	10		
3. ข้อมูลประวัติครบถ้วน	15		
4. ให้ความรู้สอดคล้องกับคนสูบ	10		
5. ให้การจูงใจเหมาะสมกับคนสูบ	10		
6. บอกวิธีเลิกเหมาะสมกับประวัติคนสูบ	15		
7. ขออนุญาตติดตาม	10		
8. ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที	10		
9. ความมั่นใจ	10		
<b>รวม</b>	<b>100</b>		

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....  
 ( )

ลงชื่อผู้ถูกประเมิน.....  
 ( )

มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
แบบบันทึกการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาครั้งแรก

ครั้งที่	วันที่	เลิกได้	กลับไปสูบบุหรี่อีก	ปัญหา/อุปสรรค
1 (3 วัน)				
2 (7 วัน)				
3 (14 วัน)				
4 (1 เดือน)				
5 (3 เดือน)				
6 (6 เดือน)				
7 (12 เดือน)				

หมายเหตุ อาจจัดให้อยู่ในใบบันทึกประวัติ และระยะเวลายืดหยุ่นได้ ตามนโยบายของสถาบัน

แบบบันทึกในการทำกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่  
มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
แบบบันทึกประวัติผู้สูบ

ชื่อ..... อายุ.....ปี

1. จำนวนมวนที่สูบต่อวัน.....มวน/ซอง ระยะเวลาที่สูบ.....ปี

2. เคยเลิกมาแล้ว..... ครั้ง

3. เลิกได้นานที่สุด..... วัน

4. เลิกโดยวิธี       หักดิบ       ค่อย ๆ ลดลง       ใช้น้ำยา หรืออื่น ๆ

5. อาการที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. ที่เคยพยายามเลิกเพราะเหตุผลใด

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. เหตุผลจึงกลับไปสูบอีก

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

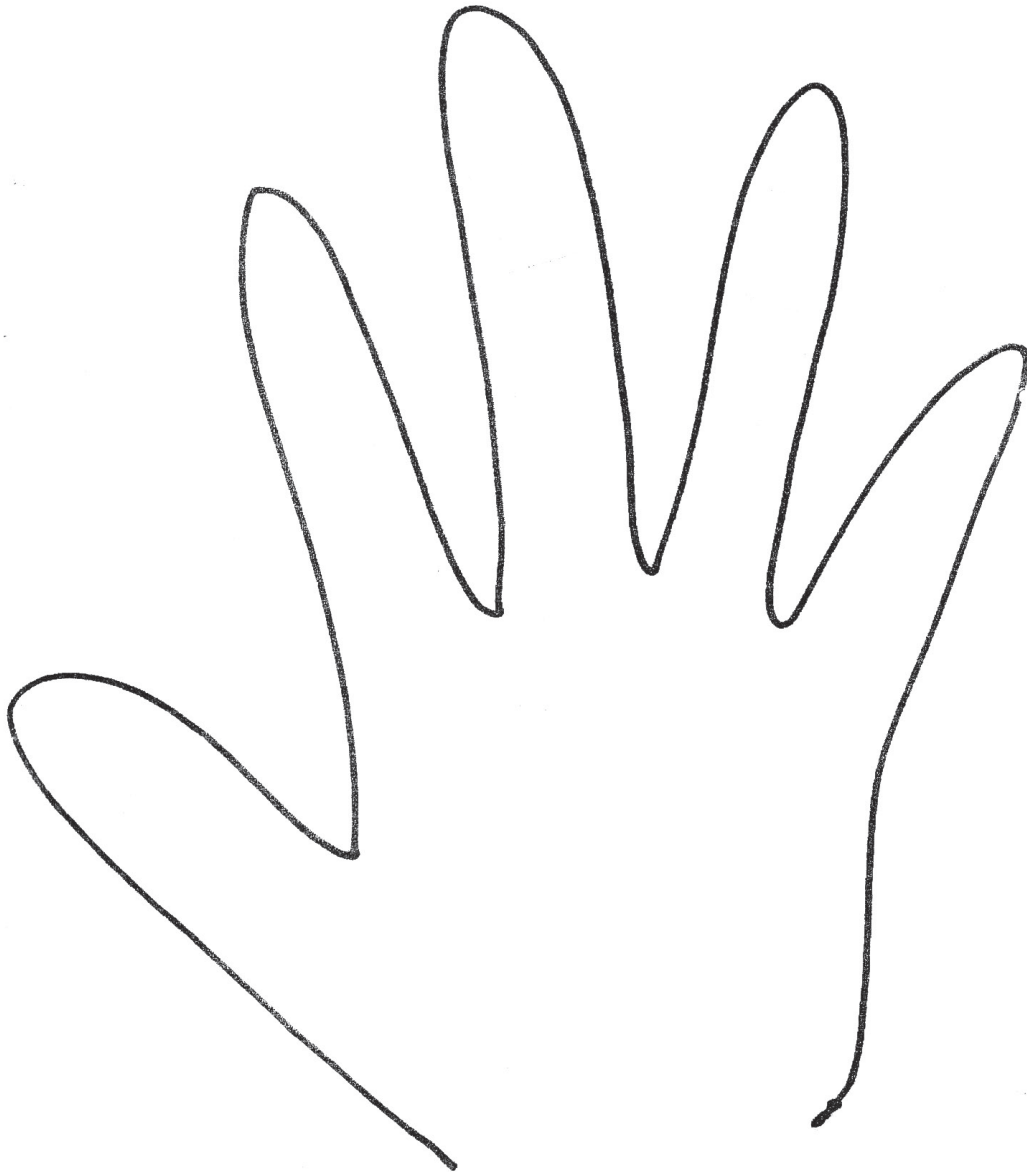








แบบบันทึกในการทำกลุ่มเพื่อเลิกบุหรี่  
มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
สัญญาใจ



# ภาคผนวก 3

แบบประเมินการเสพติดบุหรี่



## แบบประเมินการเสพติดบุหรี่ ประเมินลักษณะการเสพติดของผู้สูบบุหรี่

คนสูบบุหรี่จะเสพติด 3 อย่างคือ นิโคติน อารมณ์ และความเคยชิน ซึ่งแต่ละคนจะติดอย่างหนึ่งอย่างใดมายน้อยกว่ากัน

คำชี้แจง ข้อความใดที่ตรงกับคุณบ้าง (ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่เลือก)

- ฉันไม่สามารถอยู่ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
- บางครั้งฉันพบว่า ตนเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันจุดมันตั้งแต่เมื่อไร
- ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
- ฉันชอบมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ้นออกมา
- ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมาก ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ประมาณ 2-3 ชั่วโมง
- การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งพอใจในชีวิตของฉัน
- ฉันมีความสุขในการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่น การสัมผัสบุหรี่และการได้จุดไฟแช็ค
- ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
- เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
- ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
- ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธหรือทุกข์ใจ
- ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันจะรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบบุหรี่ต่อไป
- การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่คุณตั้งใจเครียด
- ฉันรู้สึกสบายและอบอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
- เมื่อบุหรี่หมดมันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม

นับคะแนนจากจำนวนสัญลักษณ์ ใสในตารางคะแนนรวม คะแนนที่มากกว่าแสดงถึงลักษณะการเสพติดที่มากกว่า ซึ่งจะนำไปใช้ในการเลือกวิธีเลิกที่เหมาะสมกับแต่ละคนได้

คะแนนรวม	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="triangle-up"/>
ลักษณะการเสพติด	สารนิโคติน	อารมณ์ / จิตใจ	พฤติกรรม / ความเคย / นิสัย

อ้างอิงจาก : ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ : กรุงเทพฯ 10400

## แบบทดสอบ วัดระดับการติดนิโคติน

### Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

แบบทดสอบวัดระดับการเสพติดนิโคตินมาตรฐานเดิมของ ดร.ฟาเกอร์สตรอม เริ่มนำตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2521 ได้มีการปรับปรุงตัดคำถามที่ไม่สำคัญออกในปี พ.ศ. 2534 เป็นลิขสิทธิ์ของ ดร.ฟาเกอร์สตรอม แต่อนุญาตให้นำมาใช้ทางคลินิกได้ และมีนักวิจัยนำมาดัดแปลงใช้เพื่อความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือหน่วยงานนั้น ๆ ส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน แตกต่างกันที่การอ่านค่าคะแนน ดังจะนำเสนอเป็นตัวอย่างแบบดั้งเดิมต่อไปนี้

ลำดับ	คำถาม	ระดับคะแนน 0	ระดับคะแนน 1	ระดับคะแนน 2	คะแนนที่ได้
1	หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่กี่มวนแรกเมื่อไร?	เกินกว่า 30 นาที หลังตื่นนอน	ภายใน 30 นาที หลังตื่นนอน		
2	คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ห้องสมุด โรงภาพยนตร์ โรงพยาบาล	ไม่รู้สึก	รู้สึก		
3	บุหรี่ยี่มวนไหนที่ท่านพึงพอใจในการสูบบุหรี่มากที่สุด	มวนอื่น ๆ ในช่วงวัน	มวนแรกในตอนเช้า		
4	คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน?	1-15	16-25	26 มวนขึ้นไป	
5	คุณสูบบุหรี่จัดภายในช่วงเช้ามากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน	ไม่ใช่	ใช่		
6	คุณยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยต้องนอนพักบนเตียง	ไม่ใช่	ใช่		
7	บุหรี่ยี่ที่คุณสูบเป็นชนิดใดนิโคตินต่ำ (ไม่เกิน 0.4 มก.) นิโคตินปานกลาง (0.5-0.9 มก.) นิโคตินสูง (ตั้งแต่ 1 มก.ขึ้นไป)	ต่ำ	กลาง	สูง	
8	คุณสูบบุหรี่วันบุหรี่ยี่เข้าปอดบ่อยเพียงใด	ไม่เคยสูบบุหรี่เข้าปอด	บางครั้ง	ทุกครั้งที่สุดควัน	
	คะแนนรวม (14 คะแนน)				

อ่านค่าคะแนน

คะแนนรวม	ระดับการเสพติดนิโคติน
ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป	ติดระดับมาก
ตั้งแต่ 6 คะแนนลงมา	ติดระดับปานกลางและน้อย

อ้างอิง : American Institute for Preventive Medicine & Don R. Powell Ph.D. Health Hint#191.

Test developed by Karl-Olov Fagerstrom, Ph.D., Smoking Withdrawal Clinic, Ulleraker Hospital, Uppsala, Sweden.

Fagerstrom, K.O. (1978). Measuring the degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviors. 3, 235-241.

## รูปแบบปรับปรุง

### Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1.	หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่กี่มวนแรกเมื่อไร?	ภายใน 5 นาที	3
		5-30 นาที	2
		31-60 นาที	1
		มากกว่า 60 นาที	0
2.	คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ (ที่ทำงาน โบสถ์ โรงเรียน ฯลฯ)	รู้สึก	1
		ไม่รู้สึก	0
3.	บุหรี่ยี่มวนไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด	มวนแรกในตอนเช้า	1
		มวนอื่น ๆ	0
4.	โดยปกติ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน?	10 มวนหรือน้อยกว่า	0
		11-20 มวน	1
		21-30 มวน	2
		31 มวนขึ้นไป	3
5.	คุณสูบบุหรี่จัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน	ใช่	1
		ไม่ใช่	0
6.	คุณยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ใช่	1
		ไม่ใช่	0
คะแนนรวม (เต็ม 10)			

อ่านคะแนนรวม

คะแนนรวม	ระดับการเสพติดนิโคติน
7-10	นิโคตินมาก
4-6	ติดยนิโคตินปานกลาง
ต่ำกว่า 4	ติดยนิโคตินน้อย

อ้างอิง : Healtherton TF et al. The Fagerstrom test for nicotine dependence : a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86 : 1119-27.

### รูปแบบที่ 3

คล้ายกับแบบปรับปรุง มีความแตกต่างในตัวเลขและการยกตัวอย่าง และการอ่านระดับคะแนน

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1.	หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่เมื่อไร?	ภายใน 5 นาที	3
		6-30 นาที	2
		31-60 นาที	1
		มากกว่า 60 นาที	0
2.	คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ (โบสถ์ โรงภาพยนตร์ ห้องสมุด ฯลฯ)	รู้สึก	1
		ไม่รู้สึก	0
3.	บุหรี่ยี่ห้อไหนที่คุณไม่อยากจะเลิกมากที่สุด	มวนแรกในตอนเช้า	1
		มวนอื่น ๆ	0
4.	โดยปกติ คุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน?	10 มวนหรือน้อยกว่า	0
		11-20 มวน	1
		21-30 มวน	2
		31 มวนขึ้นไป	3
5.	คุณสูบบุหรี่จัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอนมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน	ใช่	1
		ไม่ใช่	0
6.	คุณยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ใช่	1
		ไม่ใช่	0
<b>คะแนนรวม (เต็ม 10)</b>			

อ่านคะแนนรวม

คะแนนรวม	ระดับการเสพติดนิโคติน
8-10	นิโคตินมาก
4-7	ติดยนิโคตินปานกลาง
ต่ำกว่า 4	ติดยนิโคตินน้อย

อ้างอิง : J L Tang, M Law, N Wald. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop Smoking? BMJ 1994; 308: 21-26

## รูปแบบที่ 4

## ดัดแปลง Fagerstrom Test for Nicotine Dependence เพื่อประเมินเด็กและวัยรุ่น

ลำดับ	คำถาม	ระดับ คะแนน	ระดับ คะแนน	ระดับ คะแนน	ระดับ คะแนน	ระดับ คะแนน	ระดับ คะแนน	คะแนน ที่ได้
		0	0	0	1	1	2	
1	คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน?	น้อยกว่า 1 มวน	1-15 มวน	-	16-25 มวน	-	มากกว่า 26 มวน	
2	คุณสูดควันเข้าปอดหรือไม่?	ไม่เคย เลย	-	-	นาน ๆ ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ทุกครั้ง ที่สูบ	
3	หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบ มวนแรกเมื่อไร?	ช่วงบ่าย	ช่วงเย็น	มากกว่า 30 นาที	ภายใน 30 นาที	-	-	
4	บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากจะ มากที่สุด	มวนอื่นๆ ก่อนบ่าย	มวนอื่น หลังบ่าย โมง	มวนอื่น ช่วงเย็น	มวนแรก ตอนเช้า	-	-	
5	คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ (โบสถ์ โรงพยาบาลนตรี ห้องสมุด ฯลฯ)	ไม่ลำบาก ใจเลย	ไม่ค่อย ลำบาก ใจ	-	ค่อนข้าง ลำบาก ใจ	ลำบาก ใจมาก	-	
6	คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วย นอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่เคย	บางครั้ง	-	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ	-	
7	คุณสูบบุหรี่จัดภายใน 2 ชั่วโมง หลังตื่นนอนมากกว่าในช่วงเวลา อื่นของวัน	-	-	ไม่ใช่	ใช่	-	-	

อ้างอิง : Prokhorov, AV, Pallonen, UE, Fava, JL, Ding, L, & Niaura, R. (1996).

Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers.

Addictive Behaviors, 21, 117-127.

## รูปแบบที่ 5

### ตัดแปลงฟาเกอร์สตรอม โดยศูนย์ข้อมูล มวลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน)</li> <li>■ 21-30 มวน (2 คะแนน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 11 - 20 มวน (1 คะแนน)</li> <li>■ 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)</li> </ul>
---	---
2. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบวมแรกเมื่อไร
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3 คะแนน)</li> <li>■ 31-60 นาทีหลังตื่น (1 คะแนน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 6-30 นาทีหลังตื่น (2 คะแนน)</li> <li>■ มากกว่า 60 นาทีหลังตื่น (0 คะแนน)</li> </ul>
---	--
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงเวลาหลังตื่นนอน (สูบบวกกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ใช่ (1 คะแนน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ไม่ใช่ (0 คะแนน)</li> </ul>
---	--
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ มวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ มวนอื่น ๆ (0 คะแนน)</li> </ul>
---	---
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์  
รถโดยสาร
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ รู้สึกลำบาก (1 คะแนน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ไม่รู้สึกลำบาก (0 คะแนน)</li> </ul>
---	--
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ใช่ (1 คะแนน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ไม่ใช่ (0 คะแนน)</li> </ul>
---	--

คะแนนรวม	
----------	--

## แปลผลคะแนน

- คะแนน 0 - 3** ไม่นับว่าคุณติดสารนิโคติน คุณสามารถเลิกได้ด้วยตนเอง หากเคยล้มเหลวจากความพยายามในการเลิกด้วยตนเองให้ลองใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเข้าช่วย
- คะแนน 4 - 5** คุณติดสารนิโคตินในระดับปานกลางคุณสามารถเลิกได้ด้วยตนเอง หากเคยล้มเหลวจากความพยายามในการเลิกด้วยตนเองให้ลองใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเข้าช่วย
- คะแนน 6 - 7** คุณติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง การเลิกบุหรี่เสียตั้งแต่วันนี้จะทำได้ง่ายกว่าการที่คุณจะยังสูบบุหรี่ต่อไป และจะมีแผนการเลิกในอนาคต หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม คุณควรไปพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อใช้ยาในการเลิกบุหรี่
- คะแนน 8 - 9** คุณติดสารนิโคตินในระดับสูง คุณควรใส่ใจ และให้ความสำคัญกับสุขภาพของคุณ และเอาใจจริงเอาจ้งในการเลิกบุหรี่ เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับคุณการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือการใช้กำลังใจเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการรักษา หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่น ๆ รวมทั้งการใช้แผ่นปะนิโคติน หรือหมากฝรั่งนิโคตินมาแล้ว คุณควรไปพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อใช้ยาในการเลิกบุหรี่ เพื่อผลสำเร็จที่ดี
- คะแนน 10** คุณติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก คุณควรใส่ใจ และให้ความสำคัญกับสุขภาพของคุณ และเอาใจจริงเอาจ้งในการเลิกบุหรี่เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับคุณการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือการใช้กำลังใจเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการรักษา หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่น ๆ รวมทั้งการใช้แผ่นปะนิโคติน หรือหมากฝรั่งนิโคตินมาแล้ว คุณควรไปพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อใช้ยาในการเลิกบุหรี่ เพื่อผลสำเร็จที่ดี

## ทั้งนี้มีการอ่านค่าคะแนนที่แตกต่างกันอีกดังนี้

<http://www.medceu.com/index.php> Smoking Cessation Methods and Facilitation  
[www.appi.org](http://www.appi.org) อ่านค่าคะแนน ตั้งแต่ 6 ขึ้นไป แปลว่าติดยาโคตินระดับสูง ต้องใช้ยาในการบรรเทาอาการขาดนิโคตินขณะเลิกบุหรี่

Heatherton (1991) Br J Addict 86 : 1119-27. อ่านค่าคะแนน  
 คะแนน 5-6 ติดยาโคตินระดับสูง  
 คะแนน 3-4 ติดยาโคตินระดับปานกลาง  
 คะแนน 0-2 ติดยาโคตินระดับต่ำ

Mallin (2002) Am Fam Physician 65(6) : 1107-17 Review of Tobacco Cessation Measures.  
 อ่านค่าคะแนนดังนี้

คะแนน	ระดับติดยาโคติน
0	ไม่ติด
1 - 2	ติดน้อย
3 - 5	ติดปานกลาง
6 - 8	ติดมาก
9 - 10	ติดมากที่สุด

หมายเหตุ : ตัวอย่างของภาคผนวกนี้ เพิ่มเติมจากบทที่ 2



