

แนวทางเลือกในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น ALTERNATIVE APPROACHES TO DEVELOPMENT OF A PROGRAM FOR SMOKING CESSATION AMONG ADOLESCENTS.

ประกายทิพย์ พิชัย¹, จุฑารัตน์ รุ่งจำรัส²
Prakaithip Pichai¹, Jutharat Rungchamrus²
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม¹,
สาขาวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา²
prakaithip888@gmail.com¹, rungchamrat@yahoo.com²

บทคัดย่อ

บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของคนก่อนวัยอันควร เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคร้ายต่างๆ แม้ทั่วโลกจะมีการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ แต่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก็ไม่ลดลง กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้สูบบุหรี่มีอายุน้อยลง ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ทั้งนี้พฤติกรรมการสูบบุหรี่มักเริ่มต้นสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมาก เนื่องจากเขาต้องการให้เพื่อนยอมรับ และคิดว่าสูบบุหรี่แล้วเท่ อีกทั้งวัยรุ่นที่ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง จะสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับตน โดยเลียนแบบพฤติกรรมคนดัง หรือบุคคลที่ตนชื่นชอบ ดังนั้นหากสามารถป้องกัน ระวัง ยับยั้ง หรือช่วยให้วัยรุ่นเลิกสูบบุหรี่ได้ ก็จะก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสาธารณสุข และสังคมอย่างมหาศาล บทความนี้จึงได้รวบรวมเนื้อหาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่ ทั้งในแง่ความสัมพันธ์ แนวทางการป้องกัน และการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย สำหรับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่สำหรับวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การสูบบุหรี่, บุหรี่, ยาสูบ, การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่, หยุดการสูบบุหรี่

ABSTRACT

Smoking is one of the most dominant factors to premature death and lethal diseases. Even though the rising awareness of quit smoking is promoted, numbers of smokers tend to significantly increase over time. Adolescents smokers, males and females, are apparently observed. Smoking behavior tends to emerge since the early stage of adolescents, which the quantities of changes considerably dominate their life ranging from physical, emotional and social changes. One of the main influential factors is friend who has a strong impact on sense of belonging and acceptance. Some view that smoking is a way to maturity and sex appeal. This is because the majority of teenagers does not have self-satisfaction and self-respected; consequently, they tend to smoke believing that they have greater personality trait and image. For this reason, they may imitate behavior from celebrities and their role models. Therefore, if one can prevent or restrain adolescents from undesirable behaviors; this would contribute a great deal to the public health and society. This paper integrates key literatures, conceptual frameworks and theories on smoking behaviors, which can be employed as a fundamental

of this research for program development to reach the end goal for Smoking Cessation among Adolescents.

Keywords: Smoking, Tobacco, Cigarette, Smoking Cessation, Stop Smoking

ความนำ

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่แพร่หลายทั่วโลก เป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงในการคร่าชีวิตของคนก่อนวัยอันควร และเป็นตัวการสำคัญที่เพิ่มโอกาสการเกิดโรคร้ายต่างๆ อาทิ โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือโรคเกี่ยวกับระบบหมุนเวียนโลหิต เป็นต้น และเป็นผลร้ายต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจากควันบุหรี่ ดังนั้นการเลิกบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ แม้มีการรณรงค์ และมีมาตรการต่างๆ ออกมา แต่การสูบบุหรี่ก็ไม่มีแนวโน้มลดลง คนก็ยังสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 2013 องค์การอนามัยโลก (2013, online) [1] รายงานว่า มีคนเสียชีวิตจากการใช้ยาสูบและการสัมผัสกับควันบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน ในทุก 6 วินาทีร้อยละ 22 ของประชากรโลก เริ่มสูบบุหรี่อายุ 15 ขึ้นไป และจากผลการสำรวจวัยรุ่นทั่วโลก ปรากฏว่า วัยรุ่นประมาณ 1.8 พันล้านคน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพติดสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นมาจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ด้านกลุ่มเพื่อนที่มีอิทธิพลมาก เนื่องจากเขาต้องการเป็นเหมือนกลุ่มที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมกลุ่มที่ได้รับการยอมรับ ด้านความชุกของการสูบบุหรี่ในสังคมที่วัยรุ่นได้พบเห็นมาก

เช่น คนในครอบครัว ดารา หรือบุคคลที่ชื่นชอบสูบบุหรี่เป็นประจำ 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การมีความคิดที่ไม่สมเหตุผล (Irrational Thinking) ของวัยรุ่น ซึ่งเป็นการคิดที่ก่อให้เกิดผลที่เป็นอันตรายต่อตนเอง โดยมีความคิด ความเชื่อว่า การสูบบุหรี่แล้วเท่ มีเสน่ห์ ส่วนวัยรุ่นที่ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง จะสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับตน โดยเลียนแบบพฤติกรรมคนดังหรือคนที่ชื่นชอบ หากบุคคลเหล่านั้นสูบบุหรี่ ก็จะมองภาพตนในอุดมคติที่เป็นเหมือนบุคคลนั้น แล้วเลียนแบบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ 3) ปัจจัยด้านฤทธิ์ของนิโคติน

(Nicotine) ที่เกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของสมองส่วนอารมณ์ (Limbic system) สารนิโคตินในควันบุหรี่เป็นสารกระตุ้นประสาท การสูดควันบุหรี่เข้าไปทำให้นิโคตินถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และแพร่ผ่านโครงสร้างกั้นระหว่างเลือด และสมอง (blood-brain barrier) ทำให้เกิดอารมณ์สุข เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ทำให้อารมณ์เสียประสาทในสมองที่เป็นผลจากฤทธิ์ของนิโคตินมีระดับลดลง แล้วเกิดอาการขาดนิโคติน มีผลทำให้เกิดอารมณ์เสื่อง่าย อารมณ์สุขหายไป มีอาการหงุดหงิดง่าย จึงทำให้ผู้ที่เสพติดบุหรี่ต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ และเลิกได้ยาก

จากปัจจัยดังกล่าวจึงได้มีการศึกษาวิจัย เพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ด้วยวิธีการที่หลากหลาย แต่ก็ยังไม่สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้จะนำเสนอเนื้อหา ทั้งในแง่มุมมองของแนวคิด ทฤษฎี ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ และรวบรวม อ้างอิงการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่สามารถนำไปศึกษาวิจัย เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ประวัติความเป็นมาของบุหรี่

บุหรี่ ทำมาจากใบยาสูบ มีชื่อสามัญ คือ Tobacco ชื่อวงศ์ คือ Solanaceae และชื่อพฤกษศาสตร์ คือ Nicotianatabacum ยาสูบมีถิ่นกำเนิดในเขตร้อนของทวีปอเมริกา ชาวอินเดียแดงพื้นเมืองเริ่มต้นใช้ยาสูบเป็นพวกแรก ซึ่งใช้ในพิธีกรรมต่างๆ และใช้ยาสูบเป็นยาแก้ปวด โดยเฉพาะการปวดท้องตลอด เมื่อ ปี พ.ศ. 2091 มีการปลูกยาสูบในประเทศบราซิล ซึ่งเป็นอาณานิคมของประเทศโปรตุเกส เพื่อเป็นสินค้าส่งออก จึงเป็นผลให้ยาสูบแพร่หลายในประเทศโปรตุเกส และประเทศสเปน ต่อมา ปี พ.ศ. 2103 Jean Nicot เป็นเอกอัครราชทูตฝรั่งเศส ประจำโปรตุเกส ได้ส่งเมล็ดยาสูบมายังราชสำนักฝรั่งเศส ชื่อของ Nicot จึงเป็นที่มาของชื่อสาร Nicotin ที่

รู้จักในปัจจุบัน จากนั้น ปี พ.ศ. 2107 Sir John Hawkins ได้นำยาสูบเข้าไปในประเทศอังกฤษ ต่อมา ปี พ.ศ. 2155 John Rolfe ชาวอังกฤษ ประสบผลสำเร็จ ในการปลูกยาสูบเชิงพาณิชย์เป็นคนแรก จึงทำให้มีการทำ ไร่ยาสูบเชิงพาณิชย์แพร่หลายทั่วโลก

สารเคมีในบุหรี่

ใส่บุหรี่ ทำจากใบยาสูบตากแห้ง แล้วนำไป ผ่านกระบวนการทางเคมี และการเพิ่มสารต่างๆ ซึ่งทำ ใ้บุหรี่ และควันบุหรี่ ประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ในจำนวนสารเคมีเหล่านี้มีสารเคมีจำนวนมาก ที่เป็นสารพิษ ต่อร่างกาย มีสารก่อมะเร็งไม่น้อยกว่า 42 ชนิด (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2556, ออนไลน์) [2] ดังเช่น Nicotine, Tar, Cyanide/Hydrogen cyanide, Ammonia, Acetone, Aluminium, Chloroform, Copper, Arsenic, Benzene, Butane, DDT/Dieldrin, Ethenol, Cadmium, Formaldehyde, Caffeine, Lead, Magnesium, Methane, Mercury, Polonium, หรือ Methanol เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ปัจจุบันกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่ที่มี แนวโน้มเพิ่มขึ้น บุหรี่มวนแรกมักเริ่มต้นสูบในช่วงวัยรุ่น หากวัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่เร็วเพียงใด ก็มีโอกาสดกลายเป็น ผู้ใหญ่ที่เสพติดบุหรี่สูง และมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ การรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยง หรือไม่หลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ เป็นความคิดความเชื่อ ความรู้สึกของ บุคคลที่ทำให้แสดงพฤติกรรม ตามความคิด ความเชื่อของเขา หากเขาคิดว่าบุหรี่เป็นของดี สูบแล้วเพื่อนยอมรับ เท่หรือไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ก็จะทำให้เขามีพฤติกรรมที่ เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ มีการศึกษาของ ปรียาพร ชู เถียด (2550) [3] พบว่า ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าใน ตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในภาคใต้ตอนบน ของประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และ

ปัจจัยด้านทัศนคติ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความ สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Zhang et al., 2000) [4]

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้าน ครอบครัว ได้มีการศึกษาวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่ ผู้ปกครองสูบบุหรี่ มักเป็นต้นแบบของลูกในการปฏิบัติ กิจกรรม และทำให้เลียนแบบการสูบบุหรี่ ซึ่งการศึกษา ของ Paul et al. (2008) [5] ปรากฏว่า การสูบบุหรี่ของ พ่อแม่เป็นปัจจัยทำนายการสูบบุหรี่ของลูกที่เป็นวัยรุ่น ในออสเตรเลีย ส่วนปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ ก็มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ความกดดันจาก กลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลสูง เนื่องจากวัยรุ่นมักให้ความสำคัญ กับกลุ่มเพื่อนที่ตนต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม จึงทำ พฤติกรรมเหมือนกลุ่มที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมกลุ่มที่ ได้รับการยอมรับ ดังผลการศึกษาของ Can et al. (2009) [6] ปรากฏว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาประเทศตุรกี ที่มี เพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มที่ ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kemppainen et al. (2005) [7] ได้ข้อสรุปจาก การศึกษาว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเกรด 9 ในประเทศ รัสเซีย และฟินแลนด์ ที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมากที่สุด

แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการบำบัดเพื่อช่วยให้ เลิกสูบบุหรี่

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา สามารถจัด กลุ่มวิธีช่วยให้เลิกบุหรี่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่ม เภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) 2) กลุ่มที่ใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน (Information technology support) และ 3) กลุ่มจิตบำบัด (Psychotherapy)

เภสัชบำบัด (Pharmacotherapy) ได้มี หลักฐานทางวิชาการ ที่ได้รับการรับรองจากองค์การ อาหาร และยาว่า เป็นการบำบัดที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ แต่ มีความยุ่งยากต่อการใช้ บางรายมีอาการข้างเคียง เช่น การใช้ยาแบบ Sustained-Release ที่ใช้การออกแบบ ระบบการบริหารการให้ยา โดยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ออก

ฤทธิ์อย่างช้าๆ แล้วค่อยๆ ลดปริมาณยาในอัตราที่กำหนด หรือ การใช้แผ่นแปะนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) และการเคี้ยวหมากฝรั่ง ซึ่งวิธีดังกล่าวปรากฏว่า ก่อให้เกิดอาการข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ มีเหงื่อ มีปัญหาเกี่ยวกับทันตกรรม และผื่นแพ้ อีกทั้งใช้ระยะเวลาบำบัดนาน

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน (Information technology support) เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การบำบัดผ่านเว็บไซต์ ซึ่งได้รับความนิยมมากกว่า การส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือ (Li, 2009, p.1) [8] หรือการใช้สายด่วนทางโทรศัพท์ วิธีการนี้เป็นการเพิ่มช่องทางเข้าถึงการบริการที่ทำให้สะดวกให้บริการได้จำนวนมาก และประหยัดค่าใช้จ่าย แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากระบบต้องกำหนดจำนวนข้อความในแต่ละครั้ง และการตอบโต้ที่ผ่านตัวอักษร หรือพูดคุยทางโทรศัพท์ จะเหมาะสมสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวตน หรือไม่มีเวลาเดินทางไปพบผู้ให้การบำบัด แต่ก็ยังมีข้อเสียด้านความรู้สึกที่แตกต่างจากการได้สัมผัสตัวตน อีกทั้งวิธีการบำบัดยังอาศัยกระบวนการทางเภสัชบำบัดหรือทางจิตบำบัดร่วมด้วย และมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ผลการเลิกบุหรี่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ดังการศึกษาของ Cohn and Friedman (2009) [9] ที่ใช้ระยะเวลาบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ยานาน 23 เดือน และ Tzelepis et al. (2010) [10] ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาเชิงรุกทางโทรศัพท์ ปรากฏว่า มีผลในระดับมาก แต่ใช้ระยะเวลาบำบัด 12-18 เดือน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการบำบัดต้องมีวินัยในการทำตามข้อปฏิบัติของโปรแกรมอย่างเคร่งครัด

จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดที่ได้รับการยอมรับ และนิยมใช้มากที่สุด ซึ่งมีหลักฐานหลากหลายแนวคิด ทฤษฎี ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้บำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ดังเช่น

วิธีการสะกดจิตบำบัด มักใช้รักษาอาการผู้เจ็บป่วย หรือผิดปกติของข้อมูลในระดับจิตใต้สำนึกที่ทำให้ได้ย้อนกลับไปแก้ไขปมปัญหาในอดีต แต่สาเหตุการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่น ไม่ได้มีสาเหตุจากปมปัญหาในอดีต

วิธีการพึ่งพาตนเอง (Self-Help) เป็นวิธีที่มีคู่มือให้ผู้รับการบำบัดนำไปใช้ปฏิบัติด้วยตนเอง และมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาพร้อมด้วย ทั้งนี้วิธีดังกล่าวเหมาะสำหรับผู้ที่มีความรับผิดชอบที่ยอมรับ และทำตามแบบแผนของคู่มือที่กำหนดไว้ แต่ผลจากการใช้วิธีนี้อาจเกิดปัจจัยสอดแทรกอื่นได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้

วิธีออกกำลังกายอย่างหนัก สามารถประยุกต์ใช้เมื่อผู้เสพติดบุหรี่เกิดอาการถอนนิโคติน แล้วมีความต้องการอยากสูบบุหรี่ ก็ให้ออกกำลังกายอย่างหนัก เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้สูบบุหรี่ ซึ่งก็เป็นอีกวิธีที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ แต่การใช้วิธีการออกกำลังกายอย่างหนัก อาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น ที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต ซึ่งอาจส่งผลให้เขาเชื่อมโยงสู่เจตคติทางลบต่อการออกกำลังกาย ทั้งนี้การออกกำลังกาย ควรใช้ส่งเสริมให้วัยรุ่นหันมาออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ มากกว่าใช้แล้วทำวัยรุ่นขยาด หรือเกลียดการออกกำลังกาย

วิธีบำบัดแบบการยอมรับ (Acceptance and Commitment therapy) เป็นแนวคิดเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดที่ใช้การหลีกเลี่ยง หลบ หรือขจัดประสบการณ์ภายในเชิงลบ แล้วใช้ความพยายามเก็บกอดความรู้สึก ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับประสบการณ์ในปัจจุบันแบบเต็มใจ และยอมรับ แต่แนวคิดนี้ไม่สอดคล้องกับลักษณะวัยรุ่น ที่มีได้เป็นผลจากการหลีกเลี่ยง หรือควบคุมความรู้สึกของตนไว้

วิธีบำบัดด้วยแนวคิดเรื่องสติ (Mindfulness - Based Cognitive therapy) วิธีบำบัดตามแนวคิดนี้ จะเน้นการสำรวจกาย และใจ จนเข้าใจตัวเอง และเห็นความจริงของกาย และใจ ควบคุมการฝึกสติ ซึ่งเป็นวิธีที่เน้นให้กลุ่มวัยรุ่น มีสติอาการนิ่ง สงบ (passive) แม้จะเป็นสิ่งที่ดี แต่ก็ไม่สอดคล้องกับลักษณะของวัยรุ่น ที่มีพลังมาก ชอบการแสดงออก (active) ต้องการเป็นจุดสนใจ และการยอมรับ

ดังนั้นการปรับโครงสร้างทางความคิด จึงเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ ซึ่งความคิด จะมีผลต่อพฤติกรรม (Ellis, 1996, pp. 11-14) [11] ดังเช่น แนวคิดการ

บำบัดความคิด และพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) ที่เน้นการบำบัดที่ปัจจุบัน ไม่ได้กลับไปแก้ไขปมที่มีมาตั้งแต่อดีต ซึ่ง cognition ไม่ได้มีหมายความแค่ความคิด หรือคำพูด แต่รวมถึงลักษณะการคิดที่เป็นภาพ ก็ได้ แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า เหตุการณ์มีผลทำให้เกิดอารมณ์ แต่ระหว่างกลางก่อนทำให้เกิดอารมณ์ จะเกิดความคิด ขึ้นก่อน แล้วความคิด ก็ทำให้เกิดอารมณ์ แตกต่างกันไปไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป สอดคล้องกับอารมณ์ ทั้งนี้แนวคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (dysfunctional thinking) แล้วทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์ของมนุษย์ แนวทางในการบำบัดจึงมุ่ง ช่วยให้ ผู้รับการบำบัดสามารถประเมิน ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมก็จะช่วยให้ดีขึ้นได้ (Beck, 2011, pp. 35-37) [12]

นอกจากนี้ยังมีแนวคิด ที่พัฒนาจาก CBT นั้นคือ แนวคิด การพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมบำบัด (Rational Emotive Behavior Therapy : REBT) ก็เป็นอีกแนวคิดที่สามารถบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ สำหรับวัยรุ่นได้ เนื่องจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนั้นเป็นผลจากความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดย REBT ได้มีการพิสูจน์ว่าเป็นแนวคิดที่มีกลไกสามารถเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล และสร้างความคิด ความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นใหม่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีรูปแบบ A-B-C ที่อธิบายว่า เหตุการณ์ หรือประสบการณ์ (Activating experience or event : A) ที่กระตุ้นให้มนุษย์สร้างระบบความคิด ความเชื่อต่อเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ (Think or Beliefs: B) นำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์ และพฤติกรรม(consequences : C) (Corey, 2012, p. 378) [13] โดย Aggarwal (2014, p. 43) [14] ได้วิพากษ์แนวคิด REBT กับอิทธิพลที่มีต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนว่า REBT เน้นผลให้เยาวชนที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อที่เขาสร้างขึ้น ให้เห็นความแตกต่างระหว่างความคิดที่ไม่มีเหตุผล กับความคิดที่มีเหตุผล สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาด้วย

ตนเองได้ ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจว่า อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีสาเหตุจากการเชื่อมโยงความคิด

ดังนั้นจากการนำเสนอแนวคิด ทฤษฎีที่ได้พิจารณาข้อดี ข้อด้อย เพื่อช่วยให้สามารถประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษาแล้วสามารถนำไปสร้างนวัตกรรมใหม่ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพได้ นั่นคือ จะช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ลดลง หรือไม่สูบบุหรี่ตลอดไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ไว้มากมาย ดังการศึกษาของกลุ่มเภสัชบำบัด ได้แก่ การศึกษาของ Jorenby et al. (1999) [15] ได้ศึกษาทดลองควบคุมโดยการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (Sustained-Release) และแผ่นแปะนิโคตินทดแทน (Nicotine Patch) หรือใช้ทั้งสองอย่างพร้อมกันเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ โดยการใช้ยาช่วยให้เลิกบุหรี่ แผ่นแปะนิโคติน การใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน และการใช้ยาหลอก กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง มีจำนวน 893 คน อาศัยในแอริโซนา 218 คน แคลิฟอร์เนีย 227 คน เนบราสก้า 220 คน และ ไนวิสคอนซิน 228 คน แล้วสุ่มให้เข้ากลุ่มทดลอง 1 ใน 4 ของการบำบัด ข้อกำหนดของการศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการของสถาบัน และอาสาสมัครให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นอาสาสมัครที่มีอายุอย่างน้อย 18 ปี สูบบุหรี่อย่างน้อย 15 มวนต่อวัน มีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 45.4 กิโลกรัม มีแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ พูดภาษาอังกฤษ สูบบุหรี่เพียงคนในครอบครัว ไม่ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ ไต ความดันโลหิตสูง ปอด ต่อมไทรอยด์ ความผิดปกติจากระบบประสาท โรคซึมเศร้า โรคจิต ความผิดปกติเกี่ยวกับการกิน ที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ การใช้แผ่นแปะนิโคติน ตั้งครรภ์ การติดสิ่งเสพติด สุราเรื้อรัง ตรวจสอบก่อนให้ลงทะเบียน 6 เดือนการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาการใช้แผ่น

แปะนิโคติน กับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ โดยเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา sustained-release bupropion จำนวน 244 ตัวอย่าง ใช้แผ่นแปะนิโคติน จำนวน 244 ตัวอย่าง ใช้ทั้งสองแบบ จำนวน 245 ตัวอย่าง และได้รับ ยาหลอก จำนวน 160 ตัวอย่าง ผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะ ซึมเศร้าจะได้รับการยกเว้นการทดสอบ การทดลองใช้ ระยะเวลา 9 สัปดาห์ ได้รับยา 150 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับสามวันแรก และได้รับยา 150 มก. วันละสองครั้ง หรือยาหลอก ส่วนการใช้แผ่นแปะนิโคติน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ (21 มิลลิกรัมต่อวันในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 7, 14 มิลลิกรัมต่อวันในสัปดาห์ที่ 8 และ 7 มิลลิกรัมต่อวัน ในสัปดาห์ที่ 9) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), การตรวจทาง กายภาพด้วยเครื่อง electrocardiography, อัลตราซาวด์ ปอด ด้วย chest roentgenography, การวัด carbon monoxide และแบบรายงานตนเอง (self-report) สถิติ ที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Chi-square and analysis of variance, Logistic-regression analysis

การศึกษาปรากฏว่า มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 12 เดือน ร้อยละ 15.6 ในกลุ่มยาหลอก เทียบกับ กลุ่มที่ใช้แผ่นแปะนิโคติน ร้อยละ 16.4 กลุ่มที่ได้รับ bupropion ร้อยละ 30.3 ($P < 0.001$) และกลุ่มที่ได้รับ bupropion และแผ่นแปะนิโคติน ร้อยละ 35.5 ($P < 0.001$) มีอาสาสมัครยกเลิกการเข้าร่วมทดลอง 79 คน เนื่องจากมีอาการนอนไม่หลับ และปวดศีรษะ ดังนั้น การ บำบัดร่วมโดยการให้ยาช่วยเลิก และแผ่นแปะนิโคติน จะ มีอัตราการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ดีกว่าการใช้แบบเดี่ยวแต่ ก็มีผลข้างเคียงกับบางคน

Fagerstrom and Hughes (2001)[16] ได้ ศึกษาความเข้มข้นของสารนิโคติน ที่ใช้การบุหรี่แบบสูบ พ่น และแผ่นแปะนิโคติน การทดลองนี้จะให้กลุ่มตัวอย่าง สูบบุหรี่แบบสูบพ่น กับใช้แผ่นแปะนิโคตินควบคู่กัน อย่าง น้อยในหนึ่งวันต้องมีการใช้ทั้งสองอย่างควบคู่กัน เครื่องมือที่ใช้คือ การตรวจสอบความเข้มข้นของนิโคตินใน เลือด และคาร์บอนมอนอกไซด์ในอากาศ การศึกษาได้

ข้อสรุปว่า การสูบบุหรี่โดยสูบพ่น กับการใช้แผ่นแปะ นิโคติน ความเข้มข้นของนิโคตินไม่เปลี่ยนแปลง ส่วน การใช้แผ่นแปะนิโคตินทดแทน มีผลให้นิโคตินเพิ่ม 54% การใช้ทั้งสองประเภทพร้อมกัน นิโคตินลดลงเหลือ 50% สารคาร์บอนมอนอกไซด์ วัดได้ 30% และระดับสารคอติ โนอินในน้ำลาย มีค่า 360 ng/ml. เมื่อสิ้นสุดการทดสอบใน 2 สัปดาห์ มีค่า 350 และ 349 ng/ml. อย่างไรก็ตาม นัยสำคัญที่แตกต่างกันจากการเทียบช่วงเวลา ทั้งนี้แม้ การทดสอบจะไม่มีนัยสำคัญ แต่การใช้ทั้งสองประเภท พร้อมกันจะมีความปลอดภัยกว่าการใช้แบบเดี่ยว

Coponnetto et al. (2011) [17] ได้ศึกษาการ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (E-cigarette) สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ทวนกลับมาสูบบุหรี่ โดยศึกษากับกรณี ตัวอย่าง วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบการใช้ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อไม่ให้นิโคตินระเหยผ่านการสูดดม เข้าสู่ระบบหายใจ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูบบุหรี่ผิวขาว จำนวน 3 คน เป็นชาย 2 คน อายุ 47 ปี 65 ปี และ หญิง อายุ 38 ปี ที่มีประวัติอาการกำเริบทวนกลับมาสูบ บุหรี่ใหม่ และไม่เต็มสูบอย่างน้อย 6 เดือน ก่อนที่จะเริ่มใช้ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การวัดระดับ การติดนิโคติน (Fagerstrom Test of Nicotine Dependence : FTND), E-cigarette การศึกษาปรากฏ ว่า ผู้ติดบุหรี่ที่มีความพยายามซ้ำแล้วซ้ำอีกในการเลิกสูบ บุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยการใช้ E-cigarette แต่ การวิจัยนี้ขาดความน่าเชื่อถือของตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย เกินไป ไม่เพียงพอต่อการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรส่วน ใหญ่ อีกทั้งไม่มีการควบคุมศึกษาเกี่ยวกับการจัดการใน พิธีกรรมของการสูบบุหรี่

จากการศึกษาของกลุ่มเภสัชบำบัดเพื่อช่วยให้ เลิกสูบบุหรี่ ชี้ให้เห็นว่าวิธีการนี้สามารถใช้ได้ผล แต่ก็ อาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะคลื่นไส้ มึนง ฟันผุ หรือเป็นผื่นตามผิวหนัง อีกทั้งมีความยุ่งยาก และไม่ สะดวกต่อการใช้

กลุ่มการวิจัยที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สนับสนุนในการบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ เช่น การให้ คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ ผ่านระบบฝากข้อความทาง

โทรศัพท์มือถือ หรือฮอตไลน์สายด่วน ดังที่ Li (2009) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์มือถือ และเว็บไซต์เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้บริการผ่านเว็บไซต์ และผ่านระบบโทรศัพท์มือถือ ใช้สถิติกานับจำนวนครั้งของการใช้บริการ และเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้เข้ารับบริการ สถิติผู้ป่วยที่ลงทะเบียน การคลิกเข้า ออก จากเว็บไซต์ กลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ใช้แผ่นแปะนิโคติน โดยมีการสนับสนุนให้คำแนะนำด้วยการใช้บริการของระบบโทรศัพท์มือถือที่ส่งข้อความอัตโนมัติ วิธีการที่พยายามช่วยทำให้เลิกบุหรี่ (service called Txt2Quit) และการบริการผ่านเว็บไซต์ด้วยโปรแกรม Txt2Quit ที่ใช้วิธีการพิมพ์ข้อความและส่งวันละ 3 ข้อความ แล้วระบบตอบรับจะประมวลผลอย่างรวดเร็วในการให้คำปรึกษา ใช้สถิติ chi-square ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาได้ข้อปรากฏว่า การใช้บริการผ่านเว็บไซต์ได้รับความสนใจมากกว่าการใช้วิธีส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ ระยะเวลาในการบำบัดด้วยการใช้บริการผ่านเว็บไซต์ ใช้เวลา 6 เดือน ส่วนการให้บริการผ่านโทรศัพท์มือถือ ใช้เวลาอย่างน้อย 26 สัปดาห์ ข้อเสียการใช้โปรแกรมของการศึกษานี้ คือ ให้ระยะเวลานาน

Cohn and Friedman (2009) ได้ศึกษานำร่องโปรแกรมการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ผ่านบริการโทรศัพท์มือถือ วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อการประเมินและลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการของโปรแกรมการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ศึกษาในช่วง ปี ค.ศ. 2007-2009 ในย่านซานเมืองนิวยอร์ก มีผู้ใช้บริการ จำนวน 1,263 คน เป็นผู้ใหญ่ที่ด้อยโอกาส ในชุมชนชายขอบ คนเร่ร่อน คนที่มีอาการทรมาณจากพิษสุราเรื้อรัง / ดิทยาเสพติด คนป่วยทางจิต และ / หรือคนป่วย HIV การศึกษานี้ทำให้ได้รูปแบบการบริการที่ทันสมัย ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการศึกษาได้สำเร็จ ใช้ระยะเวลาเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ 23 เดือน โปรแกรมนี้มีการฝึกอบรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ มีผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ มีการให้คำปรึกษาในเชิงลึกกับบางราย มีการให้คู่มือสั้นๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย HIV ที่สูบ

บุหรี่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ปราศจากยาสูบ เช่น ผลกระทบที่ร้ายแรงของการสูบบุหรี่ และความยากลำบากของการเลิกสูบบุหรี่ แต่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การให้ความรู้ของผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อาการถอนนิโคติน และการให้คำปรึกษารายบุคคล การศึกษาได้ข้อสรุปว่า กลุ่มตัวอย่าง 483 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 ได้รายงานว่า พวกเขาไม่เคยได้รับข้อมูลการต่อต้านการสูบบุหรี่ ก่อนที่ลองไอสมแลนด์ได้นำมาใช้ แม้จะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่า ทุกคนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ และประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 88 คน เข้าร่วมการให้คำปรึกษา โดยสูบบุหรี่ลดลงเหลือ 16 มวนต่อวัน จากที่เคยสูบ 20 มวนหรือ 1 ซองต่อวัน

Tzelepis et al. (2010) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาเชิงรุกด้วยโทรศัพท์ เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ โดยใช้การวิเคราะห์แบบเมตต้า วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผ่านระบบโทรศัพท์ในการลดอัตราการสูบบุหรี่ โดยวิเคราะห์จาก 24 การศึกษา ใช้การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คือ Medline PsycINFO, Current Contents Embase และ CINAHL เกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าระบบ แบ่งเป็นกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่สูมในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุก เป็นกลุ่มที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จากชุมชนทั่วไป การเลิกสูบบุหรี่ ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน การศึกษาได้รับการยกเว้นผู้ที่มีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ หรือหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกที่มีกำหนดการผ่าตัด ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง หรือบุคลากรที่เป็นทหาร เครื่องมือที่ใช้ได้พัฒนาโดย Public Health Practice ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Logistic regression ด้วยซอฟต์แวร์ SAS เวอร์ชัน 9.1 The meta-analyses โดยใช้ Stata version 9.1 การศึกษาได้ข้อสรุปว่า โดยภาพรวมจากการเปรียบเทียบ กับการใช้วิธี self-help หรือไม่มีกลุ่มควบคุมการแทรกแซง การให้คำปรึกษาทาง

โทรศัพท์เชิงรุก มีผลอย่างน้อยสำคัญทางสถิติในระดับมาก ซึ่งการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกมีผลเชิงบวกในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ แต่ใช้ระยะเวลาจนถึง 18 เดือน

การศึกษาของกลุ่มจิตบำบัด เพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด ดั้งการศึกษาของ Persky et al. (2005) [18] ได้ศึกษาการควบคุมข้ามพฤติกรรม ในการส่งเสริมบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ กับการควบคุมน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง เป็นเพศหญิง อายุ 20-75 ปี 79 คน สุ่มจาก จำนวน 315 คน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ไม่เป็นหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ ไม่ได้ใช้แผ่นแปะนิโคตินทดแทน ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือกำลังรักษาการติดยาเสพติดในปีที่ผ่านมา ไม่เป็นโรคจิต โรคอ้วน หรือรับประทานอาหารผิดปกติ แล้วสมัครใจเป็นอาสาสมัครที่มีเป้าหมายในการรักษาใน 3 เดือนไซ ได้แก่ ควบคุมการกิน การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ใน 8 สัปดาห์แรก ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ อาสาสมัครจะได้รับการแทรกแซงการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยการปรับความคิด และพฤติกรรม ซึ่งการทดลองได้กำหนดให้ กลุ่มแรกควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ในช่วง 8 สัปดาห์แรกของการทดลอง และกลุ่มที่ควบคุมน้ำหนักในช่วงสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8 หลังจากวันที่เลิกสูบบุหรี่ การควบคุมมุ่งเน้นการเลิกสูบบุหรี่ใน 16 สัปดาห์ และได้รับคำปรึกษาเรื่องน้ำหนักในช่วงสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การบันทึกเสียงทางโทรศัพท์ แบบสอบถามทางอีเมลล์ การวัดค่าดัชนีมวลกาย แบบวัดระดับการติดยาโคติน (The Fagerstrom Tolerance Questionnaire) การประเมินการออกกำลังกาย การศึกษาปรากฏว่า โปรแกรมการควบคุมการสูบบุหรี่ และควบคุมอาหาร จะค่อยๆ ลดลง เมื่อเวลาผ่านไป ส่วนกิจกรรมการออกกำลังกาย ไม่มีนัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นไม่ควรใช้การควบคุมใน 3 เดือนไซ แต่เดือนไซที่มีผล คือ ใช้การควบคุมการสูบบุหรี่ กับแผนการควบคุมอาหาร แต่การศึกษาที่ใช้การควบคุมทั้ง 3 วิธีนี้ ทำให้มีความซับซ้อน ทั้งนี้อาสาสมัคร

จะมุ่งควบคุมการสูบบุหรี่มากกว่า การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย

Harper et al. (2012) [19] ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายอย่างหนักที่มีต่อความอยากสูบบุหรี่ ในกลุ่มหญิงที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ที่ใช้แผ่นแปะนิโคตินทดแทน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายอย่างหนักที่มีต่อความอยาก และอาการถอนการสูบบุหรี่ ทดแทนการใช้แผ่นแปะนิโคติน อาสาสมัครเป็นเพศหญิงที่สูบบุหรี่ จำนวน 178 คน การดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย ทดแทนการใช้แผ่นแปะนิโคติน ทางกายภาพเกี่ยวกับบุหรี่ ระยะเวลาการทดลอง 14 สัปดาห์ เครื่องมือวัด คือ มาตรการของ Shiffman-Jarvik ผลการศึกษาปรากฏว่า อาสาสมัครสามารถลดระดับการใช้แผ่นแปะนิโคติน เหลือ 14 mg. ใช้เวลา 11 สัปดาห์ 7 mg. ใช้เวลา 13 สัปดาห์ และมีนัยสำคัญต่อการลดลงของความอยากสูบบุหรี่ ในระยะของการออกกำลังกาย 3 ช่วงเวลา ได้แก่ สัปดาห์ที่ 5, 11 และ 13 ผลในด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับระยะของอาการถอนนิโคติน จะปรากฏในสัปดาห์ที่ 5 และ 11 แต่ไม่ปรากฏในสัปดาห์ที่ 13 แสดงว่า การออกกำลังกาย ส่งผลด้านจิตวิทยาที่ช่วยบรรเทาอาการอยากสูบบุหรี่ และสามารถช่วยระงับอาการถอนได้ในระบบประสาท โดยใช้ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างหนัก ในกลุ่มผู้หญิง ที่สามารถทดแทนการบำบัดด้วยแผ่นแปะนิโคตินทดแทนได้

Pimenta et al. (2008) [20] ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยโปรตุเกส โดยสำรวจความแตกต่างในการให้คุณค่าสุขภาพ ความสามารถการรับรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการละเว้นการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 จำนวน 380 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มที่สูบบุหรี่ประจำ 278 คน กลุ่มเคยสูบบุหรี่ 63 คน และกลุ่มสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว 39 คน อาสาสมัครมีอายุเฉลี่ย 15 ปี และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และหยุดสูบบุหรี่ได้ มีอายุเฉลี่ย 21 ปี โดยมีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ ขั้นก่อนการ

ใคร่ครวญ ชั้นใคร่ครวญ ชั้นการเตรียม และชั้นการลงมือกระทำ นอกจากนี้มีการประเมินตามรูปแบบพฤติกรรมที่เป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความตั้งใจที่จะหยุดการสูบบุหรี่ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และความสามารถแห่งตนในการละเว้นการสูบบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบรายตนเอง แบบประเมินระดับความสามารถแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการเห็นคุณค่าด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ One-way ANOVA การศึกษาได้ข้อสรุปว่า กลุ่มเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าของสุขภาพ ความสามารถในการรับรู้สุขภาพของตน และการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะละเว้นจากการสูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และมีความแตกต่างกันของสถานการณ์การสูบบุหรี่ และขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง

Pholsena et al. (2011) [21] ได้ศึกษาอิทธิพลต่อโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา ในเมือง Paranaque ประเทศฟิลิปปินส์ วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อตรวจสอบผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในหมู่เยาวชน ที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา ด้วยการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ ระบุความชุกของการสูบบุหรี่ในหมู่นักเรียน การวัดระดับความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาสูบ การประเมินการดำเนินการของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน และเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ ระหว่างความชุกของการสูบบุหรี่ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 14 ปี เพศหญิง 447 คน และเพศชาย 364 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบสำรวจเยาวชนที่เข้ายาสูบ (GYTS) ขององค์การอนามัยโลก และการควบคุมโรคติดต่อ ของสหรัฐอเมริกา (CDC) แบบประเมินที่ให้นักเรียนประเมินสถานะของการสูบบุหรี่ระดับความรู้ และทัศนคติที่มีต่อยาสูบ และการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนตามแบบฟอร์มการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ SPSS-PASW Statistics version 18. , Simple calculation, descriptive analysis, crosstabulation (Chi-square test),

mean comparison, (t test and analysis of variance : ANOVA), curve estimation (power regression model)

ผลการศึกษา ปรากฏว่า นักเรียนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ มี 7.4% นักเรียนไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.8% และนักเรียนที่ไม่เคยดมควันบุหรี่ 81.8% ส่วนความชุกของการสูบบุหรี่มีระดับสูงในนักเรียนชาย (11.9%) มากกว่าในนักเรียนหญิง (3.6%) ($p < 0.01$) นักเรียนชายเริ่มสูบเมื่ออายุ 8 ปี และนักเรียนหญิงอายุ 12 ปี บทเรียนการสอนในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพต่อการชักชวนให้นักเรียนที่คิดจะลองสูบบุหรี่ มีผลทำให้เขาอยากเลิกสูบบุหรี่ 43.3% ของผู้สูบบุหรี่ และไม่กระตือรือร้นที่อยากเลิกสูบบุหรี่ 40% ผู้สูบบุหรี่ยอมรับว่าพวกเขาได้พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะบทเรียนที่โรงเรียนส่วนด้านความรู้ ผู้สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่มีคะแนนทัศนคติที่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ ผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียน พบว่า แต่ละโรงเรียนได้รับการประเมินในด้านนโยบาย หลักสูตร การมีส่วนร่วมของบุคลากรนักเรียน และผู้ปกครองรวมทั้งการให้คำแนะนำ ผลการดำเนินงานของโรงเรียนสามารถนำมาใช้สำหรับการเปรียบเทียบกับโรงเรียนอื่นๆ ได้

Nik (2013) [22] ได้ศึกษาการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม สำหรับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ และการลดภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงที่มีบุตρυาก วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการแทรกแซงที่ใช้การบำบัดแบบ REBT กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มีบุตρυาก มีประวัติการสูบบุหรี่ และได้รับการคัดเลือกจากการสุ่มในกลุ่มที่ไปทำการผสมเทียมที่โรงพยาบาลมายซอร์ ประเทศอินเดีย 20 คน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ANOVA การศึกษาได้ข้อสรุปว่า การใช้โปรแกรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า และการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ในสตรีที่มีบุตρυาก โดย REBT ช่วยให้เผชิญปัญหาทางบวก และมีความพึงพอใจในการช่วยให้เกิดผลกระทบเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตρυาก และความรู้สึกสิ้นหวัง

Umaru et al. (2014) [23] ได้ศึกษาผลการแทรกแซงการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้สูบบุหรี่ ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อตรวจสอบผลของโปรแกรมการแทรกแซงการปรับเปลี่ยนความคิดของนักเรียน ที่อาศัยพื้นฐานทฤษฎี cognitive-behavioural theory กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่น จาก 4 โรงเรียน ที่อยู่ในเขตพื้นที่การศึกษาของรัฐคาตุน่า ประเทศไนจีเรีย จำนวน 129 คน เป็นชาย 71 คน และหญิง 58 คน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ pretest-posttest design เครื่องมือที่ใช้คือ มาตรฐานการแทรกแซงการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม (cognitive behaviors intervention scale : CBIS) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ด้วยสถิติ ANCOVA การศึกษาได้ปรากฏว่า โปรแกรมการแทรกแซงการปรับเปลี่ยนความคิด ในวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีผลช่วยให้เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ภายใต้อาการบำบัดความคิด และพฤติกรรม มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนความเชื่อเดิมที่เป็นความเชื่อที่บิดเบือน ให้มีความเชื่อใหม่ นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ได้

บทสรุป

การช่วยให้วัยรุ่นเลิกสูบบุหรี่ได้ เท่ากับเป็นการลดจำนวนผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ในอนาคต จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าสามารถประยุกต์ได้หลากหลายแนวคิด ทฤษฎี และวิธีการบำบัด ในการป้องกัน และการบำบัดเพื่อช่วยให้ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นที่เสพติดบุหรี่ ทั้งนี้ผู้เขียนได้จัดกลุ่มการบำบัดที่ผ่านมามี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเภสัชบำบัด กลุ่มที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน และกลุ่มจิตบำบัด ดังนั้นในการวิจัยในอนาคต ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ ในบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพิจารณาผลการวิจัยที่ได้เสนอไว้ และควรศึกษาเชิงลึกในกลไกที่จะช่วยให้วัยรุ่นไม่เสพติดบุหรี่ ซึ่งอาจใช้วิธีผสมผสานการบำบัด โดยควรเน้นการปรับโครงสร้างทางปัญญา ที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีความคิดใหม่ที่ไม่บิดเบือน มีความคิดที่สมเหตุสมผล ตามความเป็นจริง

แล้วเขาก็จะมีอารมณ์ใหม่ที่สมเหตุสมผล นำไปสู่พฤติกรรมที่มีเหตุผลตามคิด ความเชื่อใหม่นั้น นั่นคือ วัยรุ่นไม่สูบบุหรี่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health organization : WHO. (2013). **Tobacco**. October 12, 2013, Retrieved from http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/www.google.co.th/search.
- [2] วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2556). **สารพิษในบุหรี่**. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2553. จาก wikipedia.org/wiki/
- [3] ปรียาพร ชูเอียด. (2550). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบนประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯฯ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [4] Zhang et al. (2000). Zhang, L., Wang, W., Zhao, Q., & Vartiainen, E. (2000). Psychosocial predictors of smoking Among secondary school students in Henan, China. **Health Education Research**, 15(4): 415-422.
- [5] Paul, S., Blizzard, L., Patton, G., Dwyer, T., & Venn, A. (2008). Parental smoking and smoking experimentation in childhood increase the risk of being a smoker 20 years later: the Childhood Determinants of Adult Health Study. **Addiction**. 103 (5): 846-853.
- [6] Can, G., Topbas, M., Oztuna, F., Ozgun, S., Can, E., & Yavuzylimaz, A. (2009). Factors Contributing to regular smoking in adolescents in Turkey. **Journal of School Health**. 79(3): Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database, 93-97.

- [7] Kemppainen, U., Tossavainen, K., Vartiainen, E., Jokela, V., Puska, P., Pantelejev, V., & Uhanov, M. (2006). Environmental factors as predictors of smoking among ninth-grade adolescents in Pitkäranta (Russian Karelia) and in eastern Finland. **Research in Nursing & Health**, 29(6), Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. 543-555.
- [8] Li, J. (2009). Mobile Phones and the Internet as Quitting Smoking Aids. **Cases in Public Health Communication & Marketing**, 3, Retrieved from www.casesjournal.org/volume.3, 204-218.
- [9] Cohn, S.D., & Friedman, J.A. (2009). Pilot Mobile Smoking Cessation Program Reaches Underserved Increases Access. **Journal of Alternative Perspectives in the Social Sciences ISSN (ELECTRONIC)**, 1(2), 323-340.
- [10] Tzelepis, F., Paul, C.L., Walsh, R.A., McElduff, P., & Knight, J. (2010). **Proactive Telephone Counseling for Smoking Cessation: Meta-analyses by Recruitment Channel and Methodological Quality**. April 19, 2011, 103(12): 922-940.
- [11] Ellis, A. (1996a). The treatment of morbid jealousy: A rational emotive behavior therapy approach. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavioral Therapy**, 10(1): 23-33.
- [12] Beck, J.S. (2011). **Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond**. 2nd ed. The Guilford Press. 35-37.
- [13] Corey, G. (2012). **Theory and practice of counseling and psychotherapy**. California: Thomson Brooks/Cole. 376-377.
- [14] Aggarwal, I. (2014). Albert Ellis' Theory of Personality and Its Influence on Youth Smoking: A Critical Review. Published on the web 12 March 2014. **Canadian Young Scientist Journal**. 2014(1): 43-50.
- [15] Jorenby, D.E., Leischow, S.J., Nides, M.A., Rennard, S.I., Johnston, J.A., Hughes, A.R., Smith, S.S., Muramoto, M.L., Daughton, D.M., Doan, K., Fiore, M.C., & Baker, T.B. (1999). A Controlled trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine patch, or Both for Smoking Cessation. **The New England Journal of Medicine**. Vol. 340(9): 685-693.
- [16] Fagerstrom, K.O., & Hughes, J.R. (2001). Nicotine concentrations with concurrent use of cigarettes and nicotine replacement: A review. **Nicotine & Tobacco Research**. 73-79.
- [17] Caponnetto, P., Polosa, R., Russo, C., Leotta, C., & Campagna, D. (2011). Successful smoking cessation with electronic cigarettes in smokers with a documented history of recurring relapses: a case series. **Caponnetto et al. Journal of Medical Case Reports**. 5: 585.
- [18] Persky, I., Spring, B., Wal, J.S.V., Pagoto, S., & Hedeker, D. (2005). **Adherence Across Behavioral Domains in Treatment Promoting Smoking Cessation Plus Weight Control** **Health Psychology**. 24(2): 153-160.

- [19] Harper, T., Fitzgeorge, L., Tritter, A., & Prapavessis, H. (2012). Acute Exercise Effects on Craving and Withdrawal Symptoms among Women Attempting to Quit Smoking Using Nicotine Replacement Therapy. **Journal of Smoking Cessation**. First View Article, November, 1- 8.
- [20] Pimenta, F., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Health Beliefs, Stages of Change and Smoking Behaviour in Portuguese College Students. Health beliefs, stages of change and smoking behavior in Portuguese college students. **Journal of Smoking Cessation**. 3(1): 14-22.
- [21] Pholsena, S., Asaad, A.M., Mao, Z.Q., Sio, A.R., Sokana, O., Kishi, Y., & Kitajima, K. (2011). Youth smoking prevention program: Influence on smoking prevention program among secondary school students in Paranaque city, Philippines. **Journal of the National Institute of Public Health**. Japan 2011. 60(1): 54-58.
- [22] Nik, M.M. (2013). Rational emotive behavior therapy (REBT) for depression and smoking cessation in infertile women. **Addiction Research & Therapy**. Los Vegas. USA. 113.
- [23] Umaru, Y., Abdullahi, M.I., Oliagba, O., & Sambo, S. (2014). The Effect of Cognitive Restructuring Intervention on Tobacco Smoking Among Adolescents in Senior Secondary School in Zaria Kaduna State, Nigeria. **European Scientific Journal**. February. 10(5) 327-336.