

ผลของการวัดกจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคติน
ของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

นางสาวสิริรัตน์ กนกอุไรจน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF REFLEXOLOGY IN THE SMOKING CESSATION PROGRAM
ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS AMONG STAFFS
IN BMA MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL

MISS SIRIRAT KANOKURUROTE

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2009
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิก
สูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัย
แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

โดย

นางสาวสิริรัตน์ กนกอุไรจน์

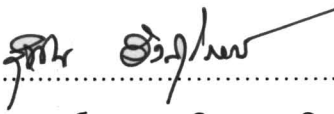
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

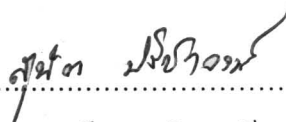
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

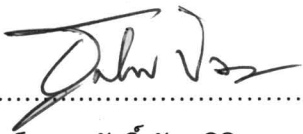
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ : ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล (The Effect of Reflexology in the Smoking Cessation Program on Nicotine Withdrawal Symptoms among Staffs in BMA Medical College and Vajira Hospital) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์, 214 หน้า.

อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลว ดังนั้นการบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นอาจช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่อดทนต่ออาการเปลี่ยนแปลง และประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน จับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่เคยเลิกบุหรี่ได้ และระดับการติดนิโคติน โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือและโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินอาการถอนนิโคตินโดยใช้แบบวัด The Minnesota Withdrawal Scale ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ การเปรียบเทียบรายคู่และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าควรนำการนวดกดจุดสะท้อนซึ่งเป็นการพยาบาลแบบผสมผสาน มาใช้ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิติ สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สุนิศา ปรีชาวงษ์

5077621936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS / SMOKING CESSATION PROGRAM / REFLEXOLOGY

SIRIRAT KANOKURUROTE: THE EFFECT OF REFLEXOLOGY IN THE SMOKING CESSATION PROGRAM ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS AMONG STAFFS IN BMA MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA PREECHAWONG, PhD, 214 pp.

Smoking cessation is typically followed by nicotine withdrawal symptoms which are likely to contribute to a failure to stop smoking. Relieving nicotine withdrawal symptoms during quitting may increase success in smoking cessation. The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of smoking cessation program and smoking cessation program combined with reflexology on nicotine withdrawal symptoms. The study samples were sixty staffs in BMA Medical College and Vajira Hospital. The participants were assigned into two groups. The groups were matched in terms of age, number of cigarettes smoked per day, duration of previous quit attempts, and level of nicotine addiction. While the comparison group participated in the conventional smoking cessation program, the experimental group received hand reflexology and individual counseling on smoking cessation. Nicotine withdrawal symptoms were assessed using the Minnesota Withdrawal Scale. Cronbach's alpha coefficient of this scale was .86. Data were analyzed using descriptive statistics, two-way repeated measures ANOVA, pairwise comparison and independent t-test.

Results were as follows:

1. The mean scores of nicotine withdrawal symptoms of the experimental group at precessation, on Days 1, 2, 3, and 7 after cessation were significantly difference ($p < .05$).

2. The mean scores of nicotine withdrawal symptoms among the experimental group were significantly lower than that of the comparison group ($p < .05$).

Field of Study : ...Nursing Science..... Student's Signature Sirirat Kanokururote
Academic Year :2009..... Advisor's Signature Sunida Preechawong

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตา เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณา รวมทั้งสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในด้านการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย รวมถึงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆอันมีค่าอย่างยิ่งในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ของเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 ที่กรุณาสนับสนุนด้านเวลาและอำนวยความสะดวกในการศึกษา ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิจัยทางการแพทย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย และที่สำคัญคือขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนรักที่คอยอยู่เคียงข้าง เป็นแรงผลักดัน ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีมาโดยตลอด สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณมารดา และขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้ความเอาใจใส่ ห่วงใย ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การเสพติดนิโคติน	
ความหมาย.....	17
ปัจจัยในการเสพติดนิโคติน.....	18
ผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรม.....	22
เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคติน.....	24
อาการถอนนิโคติน	
ความหมาย.....	28
เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน.....	28
ปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนนิโคติน.....	29
การประเมินอาการถอนนิโคติน.....	31

	หน้า
การรักษาอาการติดยาโคโคติน	
การรักษาโดยการใช้ยา.....	37
การรักษาโดยไม่ใช้ยา.....	38
การนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่.....	40
การนวดกดจุดสะท้อน.....	44
ผลของการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคติน.....	45
บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่.....	51
งานวิจัยเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน.....	53
งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อน.....	54
งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสานต่อความเครียดและ ความวิตกกังวล.....	57
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
สรุปโปรแกรมการทดลอง.....	82
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อเสนอแนะ.....	109

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	110
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	127
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	129
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	138
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	145
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	202
ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำ ในการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่.....	211
ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ให้ คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่.....	212
ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนวด กดจุดสะท้อน.....	213
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	214

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	Modified Fagerstrom Test for Nicotine Dependence.....	26
2	CAGE Questionnaires Modified for Smoking Behavior.....	27
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา.	85
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการติดยาโคติน.....	86
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนครั้งของความพยายาม เลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เคยเลิกได้ สาเหตุที่เคยเลิก สาเหตุที่กลับไปสูบอีก เหตุผลที่ยากเลิกในครั้งนี้ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	87
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measures ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน ระหว่างวิธีการ ทดลอง กับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม.....	90
7	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลอง เป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา.....	91
8	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่ม เปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา.....	93
9	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	94
10	จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ.....	96
11	การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่ม เปรียบเทียบที่ได้จากการวัดทั้ง 5 ครั้ง ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov Test....	203
12	การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัดทั้ง 5 ครั้ง ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov Test.....	204

ตารางที่	หน้า	
13	การทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างผลคะแนนอาการถอนนิโคติน (Homogeneity of variance test) ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 5 ครั้งด้วย Levene's test.....	205
14	ผลการวิเคราะห์ Test of Within-Subjects Effects.....	206
15	แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7.....	207
16	แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7.....	208
17	แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะด้านอายุ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนวันที่เคยเลิกบุหรี่ได้ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง...	209

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงบริเวณส่วนสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเสพติคินิโคติน.....	19
2	แสดงผลของนิโคตินต่อการหลังสารสื่อประสาทต่างๆ.....	20
3	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7.....	92

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศ โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรังที่นำไปสู่การเสียชีวิต และเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ในปี ค.ศ. 2008 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ถึง 5 ล้านคน ซึ่งมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรค โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมาลาเรียรวมกัน (World Health Organization, 2008) ธนาคารโลก ระบุว่าในปี ค.ศ. 2030 คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด 10 ล้านรายต่อปี (World Bank, 1999) ข้อมูลทางระบาดวิทยาสำรวจพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีผู้สูบบุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Khurana et al., 2003) เนื่องจากบุหรี่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ นิโคตินในบุหรี่เป็นสารประกอบที่ทำให้เกิดการเสพติด [Royal College of Physicians, 2007; Ruiz, Strain, and Langrod, 2007; U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 1988] โดยพบว่านิโคตินมีฤทธิ์เสพติดเช่นเดียวกับ เฮโรอีน และโคเคน (Henningfield, Cohen, and Slade, 1991; USDHHS, 1994) วงการแพทย์ นานาชาติจึงถือว่าบุหรี่เป็นสารเสพติด (ประภคิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

การติดสารนิโคตินเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อความพยายามในการเลิกบุหรี่ (Donny et al., 2007; USDHHS, 1988) การติดสารนิโคตินจะทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) โดย Shiffman และคณะ (2004) ให้ความหมายของอาการถอนนิโคตินว่า เป็นกลุ่มอาการทางด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราวจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างฉับพลัน หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง และส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาการถอนนิโคตินตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition: DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) ประกอบไปด้วย มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด-อารมณ์เสีย-โกรธง่าย วิดกกังวล สมาธิลดลง กระวนกระวาย หัวใจเต้นช้าลง และมีความอยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จากงานวิจัยพบว่าอาการถอนนิโคตินเป็นอุปสรรคที่มาขัดขวางความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Hughes and Hatsukami, 1986) นอกจากนั้น อาการถอนนิโคตินยังมีบทบาทต่อการตัดสินใจที่จะสูบบุหรี่เกือบจะทุกๆ มวน ในแต่ละวันอีกด้วย (Hendricks et al., 2006) ทั้งนี้เนื่องจาก อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย และทำให้ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่นั้นต้องหวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (Hughes and

Hatsukami, 1986; West et al., 1989) โดยพบว่าในจำนวนผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่นั้น มีผู้ที่หวนกลับไปสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากถึง 60-98% และในจำนวนนี้มีสัดส่วนมากถึง 44% ที่หวนกลับไปสูบบุหรี่ภายใน 14 วัน (Abrams and Niaura, 2003) ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาของการเกิดอาการถอนนิโคติน

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะเข้าสู่สมองไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีน และสารสื่อประสาทอื่นๆ ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้ร่างกายรู้สึกสบาย มีความสุข ทำให้ตื่นตัว สมาธิและความจำดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย (Glover, Glover, and Payne, 2003) การหยุดสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น (Allen et al., 2008; Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ (Hughes, 2007a) ส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบายและเกิดความเครียด (Hughes, 1992) ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Shaw and al' Absi, 2008) โดยพบว่าความเครียดทำให้อาการอยากสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (Perkins and Grobe, 1992) และเป็นสาเหตุให้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลว (Steptoe and Ussher, 2006) ผู้ที่หวนกลับไปสูบบุหรี่จะมีอาการถอนนิโคติน อาการอยากบุหรี่และมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบในระหว่างความพยายามเลิกสูบบุหรี่ระยะ 24 ชั่วโมงแรก มากกว่าผู้ที่ยังสามารถหยุดสูบบุหรี่อยู่ได้ (al'Absi et al., 2004)

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ตระหนักถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่และต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะเลิกสูบบุหรี่และไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวเองได้สำเร็จ (Andrew et al., 2001) ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ กลัวทรมานอาการถอนนิโคตินในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่ใหม่ๆ ไม่ได้ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) การเลิกสูบบุหรี่มักต้องใช้ความพยายามอย่างมากและอาจต้องใช้ความพยายามหลายครั้ง โดยบ่อยครั้งที่ทำให้ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่นั้นต้องหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ทั้งนี้เนื่องจากอาการถอนนิโคติน (USDHHS, 1988) ความกลัวอาการถอนนิโคตินอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นการช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่จะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทนต่ออาการเปลี่ยนแปลงและไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551) การให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้เข้าใจเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ช่วงหนึ่งเท่านั้น และรู้จักวิธีในการจัดการกับอาการดังกล่าว อาจช่วยเพิ่มความสนใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Emmons, 2003: 95)

การจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทสำคัญหนึ่งในการรณรงค์ช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มีการศึกษาพบว่าคำแนะนำจากทีมสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด (Andrew et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบ

ของการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยหลายรูปแบบ เช่น การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (โดยศึกษาจากคู่มือเลิกบุหรี่ วีดีโอเทป ข้อมูลข่าวสารต่างๆ โปรแกรมเลิกบุหรี่ทางคอมพิวเตอร์ เป็นต้น) การให้คำแนะนำ/คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์) และการใช้ยาหรือนิโคตินทดแทน (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008: 66; Ranney et al., 2006) โดยพบว่า การให้คำแนะนำ/คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ (Khurana et al., 2003) และการให้คำแนะนำ/คำปรึกษานั้นนับว่าเป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า การให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่นั้นมีประสิทธิภาพ (Rice and Stead, 2008)

The US Department of Health and Human Services ได้ประกาศแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับล่าสุดปี ค.ศ. 2008 (The 2008 Update to Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline) ซึ่งประกอบไปด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยบอกผลการรักษาที่ได้ประสิทธิภาพชี้ให้ผู้สูบบุหรี่เห็นว่า ครั้งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกได้แล้วในปัจจุบัน สนับสนุนให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ถามความรู้สึกเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เหตุผลในการเลิกสูบ ความสำเร็จที่เคยได้รับ การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและฝึกวิธีการในเผชิญสถานการณ์เสี่ยง รวมทั้งวางแผนรับมือกับสถานการณ์เสี่ยงที่อาจทำให้ตนเองกลับมาสูบบุหรี่อีก รูปแบบของโปรแกรมมีทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งทุกรูปแบบล้วนมีประสิทธิภาพทั้งสิ้น โดยจากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยให้คำแนะนำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น สามารถเพิ่มอัตราการหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่าการไม่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆ นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดโปรแกรมการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่แบบเข้มข้น (Intensive tobacco dependence interventions) คือมีระยะเวลาของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมและจำนวนครั้งที่พบกลุ่มตัวอย่างมากนั้น จะทำให้อัตราการหยุดสูบบุหรี่มากขึ้นและส่งผลให้ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่มีมากขึ้นด้วย (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008: 63-66)

การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ก็จะมีผู้สูบบุหรี่อีกส่วนหนึ่งที่มีอาการถอนนิโคตินมากภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยการรักษาด้วยยาาร่วมด้วย เพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคติน จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่สูง

กว่าการใช้ยา หรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008: 101) อย่างไรก็ตามการใช้ยาอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ และมีราคาสูง นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม เช่นหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น เป็นต้น ดังนั้นจึงควรนำการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้ดูแลรักษาผู้ติดบุหรี่ด้วย (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) โดยจากงานวิจัยเชิงสำรวจพบว่า การบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสานนั้นได้รับความนิยมและมีหลายรูปแบบที่นำมาใช้ในการวิจัยเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ (Sood et al., 2006)

องค์การอนามัยโลกเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก ที่สามารถนำมาช่วยเสริมการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเรียกการบำบัดนี้ว่า การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม (Holistic nursing) ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ ไม่ใช่การรักษาที่เน้นเพียงการรักษาอาการอย่างเดียว (วันดี โภคะกุล, อรรวรรณี คุณาและนพรดา มะเม็ยเมือง, 2547: 2) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในต่างประเทศได้นำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ลดอาการถอนนิโคติน เช่น การนวด (Hernandez-Reif, Field, and Hart, 1999), ใช้เทคนิคการหายใจ (McClemon, Westman, and Rose, 2004), การออกกำลังกาย (Ussher et al., 2006), การฝังเข็ม (Wu et al., 2007), เทคนิคการผ่อนคลาย (Cropley, Ussher, and Charitou, 2007) เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน เนื่องจากเป็นการบำบัดรักษาสุขภาพโดยไม่ใช้ยาที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมกิจกรรมหนึ่ง และยังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถจะจัดกระทำให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละราย ทั้งยังเป็นศิลปะในการบำบัดดูแล และการสื่อสารโดยไม่ต้องใช้คำพูด เป็นการบำบัดโดยการสัมผัสด้วยมือที่สื่อถึงการดูแล แสดงถึงความเอื้ออาทร ความจริงใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตร ไร้วางใจ มีความมั่นใจและเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือนั้นก็มีข้อดีเนื่องจากไม่ต้องถอดเปลื้องเสื้อผ้า มีความสะดวก สามารถนวดได้ทุกสถานที่ (Schnabel, 2007)

การนวดกดจุดสะท้อน (Reflexology) และการนวด (Massage) เป็นวิธีบำบัดที่มีส่วนคล้ายคลึงกัน แต่ก็มีข้อที่แตกต่างกัน โดยการนวดนั้นถึงแม้ว่าจะมีผลในการบรรเทาอาการได้ในทันทีและได้ทั่วบริเวณที่นวด แต่ความปวดและความไม่สุขสบายต่างๆเกิดขึ้นอีกเมื่อผลจากการนวดหมดไป ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนนั้นเป็นการใช้ทั้งการนวดและการกระตุ้นบริเวณจุด

สะท้อนซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะทุกส่วนในร่างกาย โดยเป็นการกระตุ้นร่างกายจากภายใน ซึ่งมีผลดีมากกว่าการนวดกล้ามเนื้อจากภายนอก การนวดกดจุดสะท้อนจึงให้ประโยชน์ในการช่วยบรรเทาอาการได้รวดเร็วและยาวนานขึ้น (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001: 75-76) นอกจากนี้ การนวดกดจุดสะท้อนใช้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเล็กๆบริเวณฝ่ามือหรือฝ่าเท้า ในขณะที่การนวดนั้นจะใช้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมักใช้วิธีนวดทั่วร่างกาย การนวดกดจุดสะท้อนจึงรูก้าความเป็นส่วนตัวน้อยกว่า และใช้ระยะเวลาในการนวดสั้นกว่า (Hodgson and Andersen, 2008: 270)

การนวดกดจุดสะท้อนมีผลช่วยให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลายในระดับลึก ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ทำให้เกิดความสมดุลของร่างกาย ช่วยสร้างความรู้สึกสบาย รวมทั้งส่งเสริมการนอนหลับ (Griffiths, 1996; Morey, 2005; Xavier, 2007) นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้ในการบำบัดภาวะเสพติด เช่น ติดยาเสพติด หรือติดสุรา (Parsons, 2004) การนวดกดจุดสะท้อนมีผลช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง รวมทั้งกระตุ้นระบบต่างๆของร่างกายให้เกิดความสมดุลของพลังงาน ทำให้การไหลเวียนของพลังในร่างกายเป็นปกติ ช่วยทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความผ่อนคลายลง ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ก็มีความกลัว และวิตกกังวลมากกับการเผชิญความไม่สุขสบายต่างๆที่จะเกิดขึ้นในช่วงถอนนิโคติน ซึ่งมักต้องใช้ความพยายามหลายครั้งแต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากความไม่มั่นใจและที่สำคัญคือ กลัวทนอาการถอนนิโคตินในช่วงหยุดสูบบุหรี่ใหม่ๆไม่ได้ รวมทั้งต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) การนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตร ไว้วางใจ กล้าที่จะระบายปัญหา ความคับข้องใจออกมา มีผลให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง การนวดกดจุดสะท้อนจึงเป็นการบำบัดทางเลือกวิธีหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สามารถนำมาช่วยบรรเทาอาการในช่วงถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะช่วยบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ผ่านพ้นช่วงถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น และช่วยให้ร่างกายได้ปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว สัมผัสจากการนวดนั้นจะกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินคือ เบต้าเอนดอร์ฟินออกมา สารเอนดอร์ฟินจะช่วยลดความปวด และช่วยสร้างอารมณ์ให้รู้สึกเป็นสุข (euphoria) ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียด และลดความวิตกกังวล (Kaada and Torsteinb, 1989) เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนไปยังสมอง ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลได้ เช่นเดียวกับการได้รับนิโคติน

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลของ กรุงเทพมหานครซึ่งมีนโยบายให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ 100% การจัดบริการช่วยบุคลากร และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ถือเป็นกิจกรรมสำคัญ ที่สนับสนุน การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ เพราะบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำใน โรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บรรลุเป้าหมายการเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ หาก ยังมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสูบบุหรี่อยู่ ย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล ควรจะเป็นตัวอย่างในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ด้วย อีกทั้งความร่วมมือในการดำเนิน กิจกรรมเพื่อการควบคุมยาสูบในโรงพยาบาลก็จะไม่เต็มที่ ดังนั้น เพื่อให้นโยบายโรงพยาบาล ปลอดบุหรี่ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องถาวร ควรช่วยเหลือ และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับ เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยสร้างค่านิยมสังคมไม่สูบบุหรี่ให้กับผู้ใช้บริการอีกด้วย

พยาบาลในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ พยาบาลให้บริการแก่บุคคลทุกเพศทุกวัย ทั้งที่เจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดีในทุกสถานที่ โดยที่การดูแลนั้นมีทั้งในส่วนที่มีเอกสิทธิ์ มีอิสระในการ ปฏิบัติและในส่วนที่ต้องทำงานร่วมกับวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่นๆ พยาบาลสามารถแสดงบทบาทใน เชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบบุหรี่รายใหม่เกิดขึ้น และบทบาทในเชิงรับโดยช่วยเหลือผู้ที่ต้องการ เลิกสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) สภาการพยาบาลระหว่าง ประเทศ (The International Council of Nurses: ICN) เชื่อว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุด ที่จะช่วยส่งเสริมให้คนเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลมีความรู้และประสบการณ์เฉพาะที่จะช่วยกระตุ้น บุคคลอื่นมิให้เริ่มสูบบุหรี่ได้ ซึ่งนั่นคือหัวใจสำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบ และเป็น บทบาทหนึ่งที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างมีเอกภาพในวิชาชีพการพยาบาล หน้าที่ของ พยาบาลครอบคลุมทั้งการป้องกันคนไม่ให้ติดบุหรี่ ดูแลคนติดบุหรี่ให้มีสุขภาพดีและให้เลิกติดบุหรี่ รวมทั้งดูแลคนในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ติดบุหรี่เลิกติดบุหรี่ได้ (ICN, 2006)

การบูรณาการงานส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ถือว่ามี ความจำเป็น เพราะไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีสุขภาพดีขึ้น แต่ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ ไม่สูบบุหรี่อีกด้วย การที่จะช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมี ความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาบูรณาการใช้อย่างเหมาะสม สอดรับกับ ปัญหาที่มีความเฉพาะตัวสำหรับผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่แต่ละราย รวมถึงให้การปฏิบัติการพยาบาล ที่ครอบคลุมทุกด้าน โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบ

บุหรี่ยังช่วยปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด สังคมและจิตวิญญาณ สามารถอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงและจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้

จากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การนวดมือด้วยตนเองช่วยลดความวิตกกังวล และอาการถอนนิโคตินได้ (Hernandez-Reif, Field, and Hart, 1999) แม้ว่าจะยังไม่มีผู้ใดศึกษาเรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มาก่อน แต่จากงานวิจัยพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนสามารถช่วยบรรเทาอาการหลายอย่างซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่ได้ เช่น ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนมีประสิทธิภาพในการช่วยให้เกิดความผ่อนคลายในระดับลึก โดยการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน ช่วยสร้างความรู้สึกสุขสบายได้เช่นเดียวกับการได้รับนิโคติน นอกจากนี้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มักประสบความล้มเหลวเนื่องมาจากทนอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในช่วงหยุดสูบบุหรี่ใหม่ๆไม่ได้ การนวดกดจุดสะท้อนในช่วงหยุดสูบบุหรี่ใหม่ๆซึ่งเป็นช่วงที่เกิดอาการถอนนิโคตินสูงสุด จึงอาจช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน และทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มีความหวังและกำลังใจต่อสู้กับอาการถอนนิโคตินได้มากขึ้น

ผู้วิจัยได้นำการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ มาเสริมร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยจัดกิจกรรมในลักษณะของการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ตามแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ ของ the US Department of Health and Human Services ในประเทศไทย ยังไม่มีผู้ใดพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการถอนนิโคติน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่า การนวดกดจุดสะท้อนซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานนั้น หากนำมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ จะมีผลต่อการลดอาการถอนนิโคตินหรือไม่อย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับการให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว โดยผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่นำมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

Lenz และคณะ (1997) ให้ความหมายของอาการไม่สบาย ตามทฤษฎีกลุ่มอาการไม่สบาย (Theory of unpleasant symptoms) ว่าหมายถึง อาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการมีหลายมิติ (Multidimension) แต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกทางสรีรวิทยา ที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันจากผลรวมของระบบต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันของร่างกาย ทำให้แต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interrelated of symptoms) คือเมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนี้จะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น หากบุคคลมีจำนวนของอาการ และ/หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่างๆที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้น ทฤษฎีประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) อาการ (Symptom) ประกอบด้วยหลายมิติที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ มิติด้านความรุนแรง มิติด้านเวลา มิติด้านความทุกข์ทรมาน และมิติด้านคุณลักษณะของอาการ 2) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและ 3) ผลจากอาการ (Consequences of the symptom experience) ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือ กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ และกิจกรรมด้านการรู้คิด

แนวคิดนี้ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันของทั้ง 3 องค์ประกอบ (Relationships among the three major components) โดยอาการไม่สบายนี้จะมีผลต่อปัจจัยด้านต่างๆ ซึ่งอาการนอนนิโคตินมีความสัมพันธ์กับอาการไม่สบาย โดย the US Department of Health and Human Services ให้ความหมายของอาการนอนนิโคตินว่า เป็นกลุ่มอาการไม่สบายหลายๆอาการที่เกิดขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วยอาการหงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์ไม่ดี วิดกกังวล กระวนกระวาย นอนไม่หลับ มีอารมณ์เศร้าหดหู่ สมาธิลดลง หัวใจเต้นช้าลง มีความอยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008: 193) ซึ่งตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการนอนนิโคตินของ DSM-IV ระบุว่าอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเหล่านี้ทำให้เกิดผลเสียต่อชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม และการประกอบอาชีพอย่างเด่นชัด

งานวิจัยเกี่ยวกับอาการนอนนิโคตินส่วนใหญ่ยังพบว่า อาการนอนนิโคตินทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และส่งผลเสียต่อชีวิตประจำวัน (Hughes, 2007a) ตรงตามแนวคิดของกลุ่มอาการไม่สบายดังกล่าว คืออาการนอนนิโคตินที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อกิจกรรมด้านการทำหน้าที่ (Functional

performance) คือทำให้เกิดผลเสียต่อกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หน้าที่การทำงาน รวมถึงทำให้สมาธิลดลง การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลง (Cognitive performance) ซึ่งกิจกรรมที่ลดลงจะส่งผลย้อนกลับไปยังปัจจัยที่มีผลต่ออาการ โดยส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความรู้สึกในทางลบ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อ่อนแรง หิวบ่อย (ปัจจัยด้านร่างกาย) หงุดหงิด กระวนกระวาย เศร้าหดหู่ วิตกกังวล อารมณ์ไม่ดี โกรธง่าย (ปัจจัยด้านจิตใจ) และอาจส่งผลต่อหน้าที่การงาน ครอบครัว (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันของทั้ง 3 องค์ประกอบ

Hughes (1992) ได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่พบว่า ความวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ อาการโกรธง่าย และอาการกระสับกระส่ายมีความสัมพันธ์กัน ($r = .46-.68$) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการอยากสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้า และอารมณ์เศร้าที่เพิ่มขึ้นนั้น สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอาการวิตกกังวลและอาการโกรธง่าย ($r = .41-.45$) จากงานวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการถอนนิโคติน (McClemon, Westman, and Rose, 2004; Zvolensky et al., 2005) โดยอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในช่วงที่หยุดสูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หันกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Shaw and al' Absi, 2008) ความเครียดจะส่งผลให้อาการอยากสูบบุหรี่รุนแรงมากขึ้นและกระตุ้นให้สูบบุหรี่ (Cropley, Ussher, and Charitou, 2007) ทำให้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลว (Steptoe and Ussher, 2006)

ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มักต้องใช้ความพยายามหลายครั้ง แต่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จ เนื่องจากความไม่มั่นใจในตัวเองกับความเคยชิน และที่สำคัญคือกลัวทนอาการถอนนิโคตินในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ รวมทั้งต้องการกำลังใจ ดังนั้นการจะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้นจึงมีหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งต้องใช้ความรู้ที่หลากหลายมาบูรณาการใช้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เป็นสำคัญ และมีความจริงใจที่จะช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ การช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน จะทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถผ่านพ้นระยะอาการถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น ทำให้เกิดความหวังและมีกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (กัลยกร ชัตรแก้ว, 2551)

การนวดกดจุดสะท้อน เป็นแนวความคิดการบำบัดดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001; Gunnardottir and Jonsdottir, 2007) ช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย (Homeostasis) (Braun and Simonson, 2008; Martin, 2007a) หลักการสำคัญในการนวดกดจุดสะท้อนเชื่อว่า การกระตุ้นร่างกายเพียงบางส่วนสามารถส่งผลกระตุ้นได้ถึงทุกส่วนของร่างกาย (Parsons, 2004) โดยอวัยวะและทุกระบบของร่างกายจะ

ถูกสะท้อนมาที่ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณมือและเท้า โดยมีจุดเชื่อมต่อถึงกัน ดังนั้นการกดจุดที่บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าจะส่งผลต่อไปยังอวัยวะ และส่วนอื่นๆของร่างกาย (Cumming, Simpson, and Brown, 2007; Griffiths, 1996) มีทฤษฎีหนึ่งเชื่อว่ากรดแลคติกจะมาสะสมอยู่บริเวณฝ่ามือหรือเท้าเป็นผลึกก้อนเล็กๆ (microcrystals) การนวดกดจุดสะท้อนจะสลายผลึกก้อนเล็กๆเหล่านี้ ทำให้การไหลเวียนของพลังในร่างกายเป็นปกติ (Cade, 2002; Wren and Norred, 2003) ลักษณะดังกล่าวเหมือนมีปฏิกิริยาตอบสนองไปที่อวัยวะซึ่งเป็นปัญหา (ยงศักดิ์ ตันติปฏิภม, 2548) โดยการกระตุ้นจุดสะท้อนเหล่านี้ ทำให้ร่างกายเกิดกลไกในการเยียวยาตัวเอง (Booth, 2007; Martin, 2007b) ช่วยให้เกิดความสมดุลของพลังงานในร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานองค์รวม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546)

การนวดกดจุดสะท้อนช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ช่วยในขบวนการขจัดสารพิษ (Booth, 2007; Cumming, Simpson, and Brown, 2007) ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลง ลดความวิตกกังวล ความตึง ความเครียด (Braun and Simonson, 2008; Cade, 2002; Martin, 2007a; Wren and Norred, 2003) โดยแรงกดซึ่งกระทำต่อบริเวณจุดสะท้อนนั้น จะไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและกระแสประสาทให้ปลดปล่อยสารพิษและเอนดอร์ฟินออกมา รวมทั้งช่วยประสานการทำงานที่ขงร่างกาย (Hodgson and Andersen, 2008) เอนดอร์ฟินเป็นสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน หลังจากสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุขใจซึ่งเรียกว่า Brain reward pathway ได้แก่สมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area และ nucleus accumbens โดยมีผลต่ออารมณ์และความปวด (Shaw and al'Absi, 2008) ช่วยทำให้รู้สึกสบายขึ้น ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางให้หลังสารโดปามีนและสารสื่อประสาทชนิดต่างๆซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพอใจ รู้สึกสุขสบายใจขึ้น

ผู้วิจัยศึกษาอาการถอนนิโคตินจากแนวคิดความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการไม่สบาย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และแนวคิดการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสานเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อน เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดซึ่งจะนำไปสู่การช่วยลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลสามารถแสดงบทบาทด้านการพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย-จิต-วิญญาณ และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่แสดงถึงความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี ความห่วงใย และความจริงใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่อย่างแท้จริง การบรรเทาอาการถอนนิโคตินดังกล่าว จะทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ รู้สึกสุขสบายขึ้น มีความหวังและกำลังใจสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นช่วงถอนนิโคตินไปได้อย่างราบรื่น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยนำการนัดจดจุดสะท้อนเข้ามาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน โปรแกรมประกอบไปด้วย

1. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำเป็นรายบุคคล 3 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 3 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 รายละเอียดประกอบไปด้วย

การสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการกระตุ้นให้พูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกเหตุผลที่อยากเลิกสูบบุหรี่ สอบถามความกังวล ความกังวลใจ หรือความลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้เลิกไม่สำเร็จ ตลอดจนความรู้สึกที่อึดอัดที่พยายามเลิกหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ความกลัว ความยากลำบากที่ผ่านมาที่มีต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยแสดงความห่วงใยและความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง รวมทั้งกระตุ้นให้พูดคุยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆจากการสูบบุหรี่ รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบุแรงจูงใจของตนเองที่จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ สนับสนุนให้กำลังใจในความพยายามเลิกสูบบุหรี่ เสริมแรงสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดความภาคภูมิใจที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

การส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน ผู้วิจัยอธิบายกลไกการเสพติดนิโคติน จากนั้นสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของอาการ ผลที่เกิดจากอาการว่าส่งผลต่อชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และความรู้สึกนึกคิดอย่างไร วิธีการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้น รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าได้ผลหรือไม่ ในขั้นตอนนี้เป็นประเมินประสบการณ์อาการไม่สุขสบายต่างๆจากการถอนนิโคติน รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึก และทำให้เห็นถึงวิธีการในการบรรเทาอาการ ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีที่ถูกต้องในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน รวมทั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการต่อสู้กับอาการถอนนิโคติน ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง ส่งผลให้อาการอื่นๆลดน้อยลงด้วย

วางแผนการเลิกสูบบุหรี่และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการกลับมาสูบบุหรี่ เป็นการอภิปรายร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าเหตุการณ์ กิจกรรมหรือสถานที่ รวมทั้งระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ จากนั้นผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะสถานการณ์เสี่ยง และตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ เพื่อชี้ประเด็นให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้

กิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม ความนึกคิดของตนเอง ตัวกระตุ้น และสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงสถานที่ที่จะกระตุ้นให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะเหล่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงที่คิดว่าอาจทำให้ตนเองกลับมาสูบบุหรี่อีก พร้อมทั้งวางแผนรับมือกับสถานการณ์ทำหายล่อแหลมที่จะเกิดขึ้น ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน เพื่อลดความเครียด ความกังวลใจ

2. การติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจทางโทรศัพท์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 ครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์

3. การวัดกอดจุดสะท้อนฝ่ามือ ผู้วิจัยวัดกอดจุดสะท้อนฝ่ามือทั้งสองข้างของกลุ่มตัวอย่างสองครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ซึ่งเป็นช่วงที่อาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นสูงสุด โดยในการวัดกอดจุดสะท้อนฝ่ามือแต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาที

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่ได้รับการวัดกอดจุดสะท้อนเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเฉพาะโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง ประชากรคือเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่สูบบุหรี่ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองได้รับการวัดกอดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ 1. โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

2. การนัดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปรตาม คือ อาการถอนนิโคติน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการถอนนิโคติน หมายถึง กลุ่มอาการไม่สบายต่างๆประกอบไปด้วย อาการโกรธง่าย วิตกกังวล/หงุดหงิด มีอารมณ์เศร้า ออยากสูบบุหรี่ ไม่มีสมาธิ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น-หิวบ่อย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นโดย อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกที่หยุดสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่เกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ หลังจากนั้นอาการถอนนิโคตินจะค่อยๆลดลง ในการประเมินแต่ละอาการนั้นผู้วิจัย จะประเมินในมิติของอาการมิติเดียว โดยเลือกประเมินด้านความรุนแรง ซึ่งเป็นไปตามมิติของ อาการที่ต้องการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่สบายของ Lenz และคณะ (1997) ทำให้ สามารถประเมินได้หลายๆอาการ ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินอาการถอนนิโคตินโดยใช้แบบวัด The Minnesota Withdrawal Scale-Revised ของ Hughes และ Hatsukami (2008)

โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับข้อแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ตามแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ของ the US Department of Health and Human Services (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) เพื่อช่วยเหลือให้เจ้าหน้าที่ที่มีความประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่ มีความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ลักษณะของกิจกรรมมี 2 ลักษณะคือ

1. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ 3 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 3 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 โดยใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 40-45 นาที รายละเอียดของกิจกรรมประกอบไปด้วย

การสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการให้ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก เพื่อนำมาเป็นประเด็นในการจูงใจและแก้ปัญหา กระตุ้นให้ระบุแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยเสริมแรงสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

การส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพติดนิโคติน และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีการที่ถูกต้องในการบรรเทาอาการถอนนิโคติน พร้อมทั้งสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสบการณ์อาการถอนนิโคติน และวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการต่อสู้กับอาการถอนนิโคติน

วางแผนการเลิกสูบบุหรี่ และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการกลับมาสูบบุหรี่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ พร้อมกับวางแผนและฝึกวิธีในการรับมือกับสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นนั้น แนะนำการเตรียมตัวก่อนหยุดสูบบุหรี่และวิธีปฏิบัติขณะหยุดสูบบุหรี่ กำหนดวันเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่

2. การติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 ครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ โดยใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 5-10 นาที เพื่อติดตามเยี่ยมให้กำลังใจต่อเนื่อง และสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขตามปัญหาที่พบ

การนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ตามแนวคิดการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยใช้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ เพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน ลักษณะของกิจกรรมเป็นการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือทั้งสองข้างๆละประมาณ 15 นาที โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 หลังจากได้รับกิจกรรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 2 หลังจากได้รับกิจกรรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 โดยการนวดกดจุดสะท้อนดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่เสริมขึ้นในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียดตามที่อธิบายในข้างต้น

เจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ประกอบไปด้วย พนักงานขับรถ พนักงานขับเรือ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่ศูนย์แปล เจ้าหน้าที่คนงาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ที่มีความประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้เป็นทางเลือกในการปรับพฤติกรรมแทนการสูบบุหรี่ รวมทั้งป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีก
2. ส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยนำการบำบัดทางเลือกซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลไปใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยนำมาใช้ร่วมกับการบำบัดทางเลือกอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคติน เจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การเสพติดนิโคติน
 - 1.1 ปัจจัยในการเสพติดนิโคติน
 - 1.2 ผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรม
 - 1.3 เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคติน
2. อาการถอนนิโคติน
 - 2.1 เกณฑ์ในการวินิจฉัยการถอนนิโคติน
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนนิโคติน
 - 2.3 การประเมินอาการถอนนิโคติน
3. การรักษาอาการติดนิโคติน
 - 3.1 การรักษาโดยการให้ยา
 - 3.2 การรักษาโดยไม่ให้ยา
4. การนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่
5. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเสพติดนิโคติน (Nicotine Dependence / Nicotine Addiction)

นิโคตินในบุหรี่ไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ยังเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดด้วย การติดสารนิโคตินทำให้ผู้ที่เสพติดต้องสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นผลให้ผู้ที่สูบบุหรี่ได้รับสารก่อมะเร็งหลายชนิดและสารประกอบอันตรายอื่นๆ ในใบยาสูบ (Hukkanen, Jacob III, and Benowitz, 2005) มีหลักฐานหลายข้อเกี่ยวกับการเสพติดบุหรี่ และบทบาทของนิโคตินที่ทำให้เกิดการเสพติด ข้อแรกคือผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ แต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายๆ (Benowitz, 2008) จากงานวิจัยพบว่าผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ถึงสี่ครั้งหรือมากกว่าจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Giovino et al., 1995) ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูบบุหรี่ประมาณ 97% ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง แต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Hughes et al., 1992) ข้อสรุปจากรายงานของสมาคมศัลยแพทย์อเมริกันระบุว่า บุหรี่และยาสูบรูปแบบอื่นๆ ทำให้ผู้เสพติดเกิดการเสพติด โดยนิโคตินเป็นสารประกอบในยาสูบที่ทำให้เกิดการเสพติด ส่งผลให้เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ และมีกลไกทางเภสัชวิทยาและพฤติกรรมที่ทำให้การเสพติดนั้นมึลักษณะคล้ายคลึงกับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น เฮโรอีน และโคเคน (USDHHS, 1988)

การเสพติดนิโคตินคือลักษณะการใช้นิโคตินที่ทำให้เกิดทั้งอาการตื้อนิโคติน (nicotine tolerance) และอาการถอนนิโคตินหรือขาดนิโคติน (nicotine withdrawal) การเสพติดนิโคตินเกิดได้ทั้งจากการสูบบุหรี่ ชีการ์ กัลลงยาเส้น การอมหรือเคี้ยวใบยาสูบ หรือการใช้นิโคตินทางยา เช่น แผ่นติดผิวหนัง หรือในรูปของหมากฝรั่ง (รักษา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล, และกาญจนา สุริยะพรหม, 2550: 145) สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้จัดภาวะติดนิโคติน และภาวะขาดนิโคตินว่าเป็นความผิดปกติ (American Psychiatric Association, 2000) การติดนิโคตินแปลความหมายได้ 2 แบบคือ (1) การติดนิโคตินเป็นลักษณะการใช้นิโคตินในปริมาณมากจนกระทั่งเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น และ (2) การติดนิโคตินทำให้ไม่สามารถควบคุมการใช้นิโคตินได้ มีความต้องการนิโคตินในปริมาณมากขึ้น โดยไม่คำนึงถึงผลเสียที่ตามมา ทั้งสองความหมายนี้มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่เหมือนกัน เพราะในเกณฑ์การวินิจฉัยการติดนิโคตินบางข้อนั้นชี้ให้เห็นว่า ไม่จำเป็นต้องสูญเสียการควบคุมการใช้นิโคติน (West, 2006: 36)

การตื้อนิโคติน (Nicotine tolerance)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ให้ความหมายของการตื้อนิโคตินใน The Diagnostic and Statistical Mental Disorders, 4th edition ว่าเป็นการที่ผู้เสพติดนิโคตินมีความต้องการนิโคตินในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ โดยผู้เสพติดจะรู้สึกว่าการใช้ปริมาณที่น้อยลงมากหากยังใช้ในปริมาณเท่าเดิม (American Psychiatric Association, 2000)

1.1 ปัจจัยในการเสพติดนิโคติน

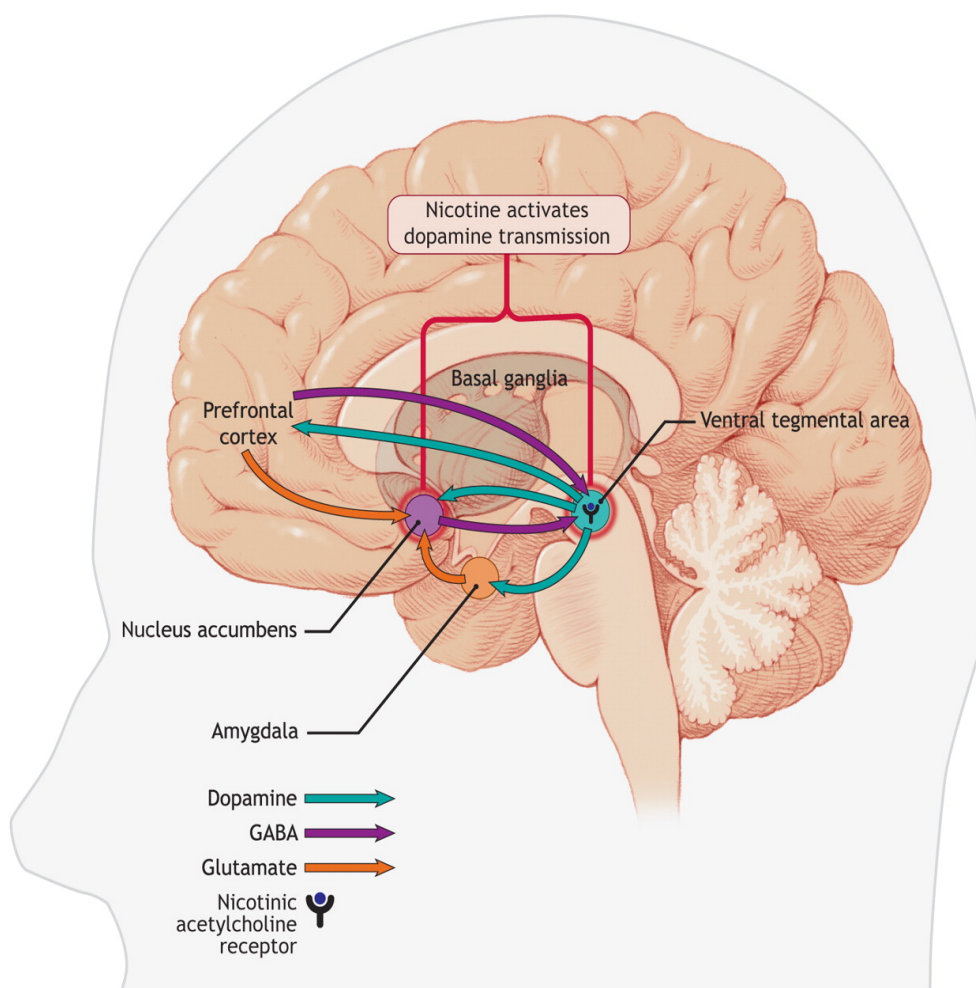
การเสพติดนิโคติน มีปัจจัยหลายด้านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แบ่งปัจจัยในการเสพติดนิโคติน ออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ กลไกจากฤทธิ์ของนิโคติน ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ และปัจจัยทางพฤติกรรมและสังคม โดยการเสพติดนิโคตินนั้นอาจเกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรืออาจเกิดจากกลไกทั้งสอง หรือสามกลไกดังกล่าวร่วมกันก็ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 31)

(1) กลไกการเสพติดจากฤทธิ์ของนิโคติน

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินสามารถถูกดูดซึมเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็ว และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติด (Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008; Hukkanen, Jacob III, and Benowitz, 2005) โดยนิโคตินจะไปกระตุ้นตัวรับชนิดพิเศษที่เรียกว่า cholinergic receptors ซึ่งปกติตัวรับนี้จะถูกกระตุ้นโดยสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน แต่เนื่องจากโครงสร้างทางเคมีของนิโคตินคล้ายกับอะซิติลโคลีน (รัชนา ศานติยานนท์และคณะ, 2550; Powell, 2003) นิโคตินจึงกระตุ้น cholinergic receptors และทำลายการทำงานที่ตามปกติของสมอง การเสพติดนิโคตินเป็นประจำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนของ cholinergic receptors และความไวของตัวรับนี้ต่อนิโคตินและอะซิติลโคลีน ทำให้เกิดการตื้อต่อนิโคติน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย ผู้เสพติดนิโคตินจึงต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้นเพื่อให้สมองทำหน้าที่ได้ตามปกติ หากระดับนิโคตินลดลง ผู้เสพติดจะรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน (Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008)

ในสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (Limbic system) เป็นสมองที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ จะมีบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกสุขใจ เรียกบริเวณนี้ว่า Brain reward pathway ซึ่งจะมีการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ จัดเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิด รวมถึงบุหรี่ด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 31) เมื่อสารนิโคตินจากควันบุหรี่เข้าไปสู่ทางเดินหายใจ จะถูกดูดซึมผ่านหลอดเลือดฝอยที่ผนังหลอดลม เข้าสู่กระแสเลือดและถูกนำไปยังสมองอย่างรวดเร็ว นิโคตินจะซึมผ่านไปยังเนื้อเยื่อของสมอง ไปออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway โดยจับกับตัวรับคือ alpha-4 beta-2 nicotinic acetylcholine receptor ในสมองส่วน ventral tegmental area แล้วจะกระตุ้นให้ receptor เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง โดยมีการเปิด ion channel ให้ cations รวมถึง Na และ Ca ผ่านเข้าสู่เซลล์เกิดเป็นกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า nucleus accumbens กระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเสพติด นอกจากนี้ยังส่งสัญญาณประสาทไปยัง prefrontal cortex และ amygdala ให้ไปควบคุมการหลังของสารโดปามีนที่สมอง

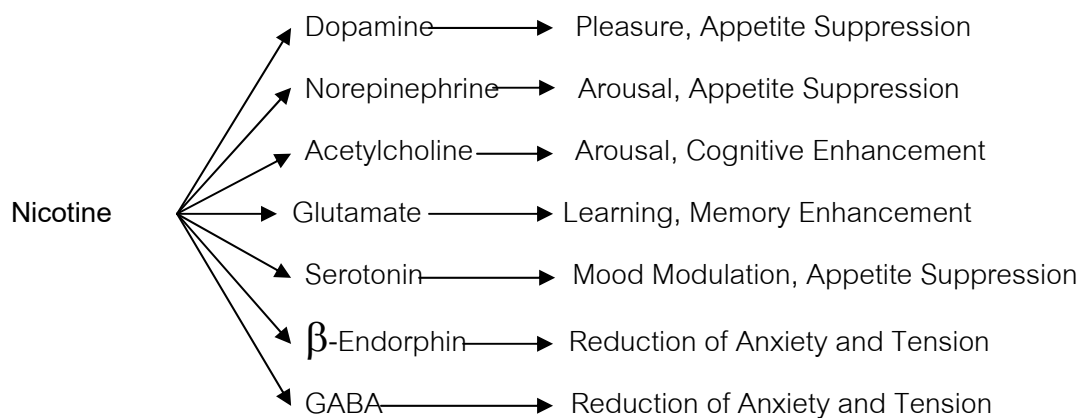
ส่วน nucleus accumbens ด้วย (ภาพที่ 1) โดยนิโคตินจะทำให้เกิดการหลั่งของสารโดปามีนในบริเวณ mesolimbic, the corpus striatum และ the frontal cortex ซึ่งตัวรับนิโคตินในสมองส่วน ventral tegmental area และการหลั่งของสารโดปามีนที่สมองส่วน nucleus accumbens นี้มีบทบาทที่สำคัญในการทำให้เกิดความสุขสบายใจ รู้สึกมีความสุข เป็นผลรางวัลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ (Benowitz, 2008; Powell, 2002)



ภาพที่ 1 แสดงบริเวณสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดนิโคติน

ที่มา Le Foll and George. 2007. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ* 177(11): 1373-1380.

นอกจากโดปามีนแล้ว นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทอื่นนอกจากปลายประสาทของตัวมันเองอีกด้วย (ภาพที่ 2) เช่น นอร์อิพิเนพริน ทำให้เกิดการตื่นตัว มีพลัง ลดความรู้สึกหิวเสื่้า ลดความอยากอาหาร, อะซิติลโคลีน ทำให้ตื่นตัว ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิดีขึ้น, ซีโรโตนิน ทำให้รักษาระดับอารมณ์ต่างๆได้ดี ลดความอยากอาหาร, กลูตาเมตและวาไลเปรสซิน ทำให้เพิ่มความจำ, เบต้า-เอนดอร์ฟินและแกมมา อะมิโนบิวทีริกแอซิด (GABA) ทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2551: 467; Powell, 2002: 110) สารสื่อประสาทเหล่านี้ส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึกให้ผู้สูบบุหรี่พึงพอใจ จึงเกิดการเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะมีอาการดื้อต่อนิโคติน ทำให้ต้องการนิโคตินในปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และหากเลิกบุหรี่อย่างฉับพลัน จะมีอารมณ์ความรู้สึกในเชิงลบ เช่น หงุดหงิด รู้สึกเสื่้า กระสับกระส่าย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ อ่อนล้า หิวบ่อย เป็นต้น เนื่องจากสารสื่อประสาทต่างๆที่เคยถูกกระตุ้นให้มีจำนวนมากโดยนิโคตินได้ลดจำนวนลง (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550: 149-150)



ภาพที่ 2 แสดงผลของนิโคตินต่อการหลั่งสารสื่อประสาทต่างๆ

ที่มา Benowitz, N. L. 2008. Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. *The American Journal of Medicine* 121(4A): S3-S10.

ในปัจจุบันหันมาใช้คำว่า Tobacco Dependence แทน Nicotine Addiction/ Dependence เนื่องจากมีส่วนประกอบอื่นๆในยาสูบที่ทำให้เกิดการเสพติดนอกเหนือจากนิโคติน เช่น 1,2,3,4-tetrahydroisoquinoline (THIQ) และ 1,2,3,4-tetrahydro- β carboline (TH β C) (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2551: 466) สารประกอบเหล่านี้จะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ โมโนเอมีนออกซิเดส (MAO) ซึ่งปกติเอนไซม์นี้มีหน้าที่ทำลายสารสื่อประสาทโดปามีน, ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน ดังนั้นเมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะไปกระตุ้นให้หลั่งโดปามีน ในขณะที่สารประกอบอื่นในบุหรี่ยับยั้งการทำงานของ MAO จึงทำให้มีสารโดปามีนออกมามากขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่มีปริมาณเอนไซม์ MAO น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งกลไกนี้คล้ายกับกลไกการเสพติดโคเคน และแอมเฟตามีน (Glover, Glover, and Payne, 2003: 184)

(2) การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ

ผู้สูบบุหรี่บางส่วนอาจเสพติดบุหรี่ เพราะติดใจในผลของนิโคตินซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียน หรือการทำงานมากขึ้น มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกดีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 33)

ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ออารมณ์และความรู้สึกในเชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด อารมณ์โกรธ ความกระวนกระวาย ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งรายงานเช่นเดียวกันว่าการสูบบุหรี่ช่วยเพิ่มอารมณ์และความรู้สึกในเชิงบวก เชื่อว่านิโคตินสามารถลดความรู้สึกในเชิงลบด้วยการทำให้อาการถอนนิโคตินหายไป (Lujic, Reuter, and Netter, 2005: 8)

(3) การเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม

จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นว่าสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หรือกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ได้แก่ การเห็นคนอื่นสูบบุหรี่แล้วอยากสูบบุหรี่ตามถึงร้อยละ 40 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2551: 139) สถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ต้องแสวงหาบุหรี่มาสูบ และเป็นสาเหตุทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ได้ (เช่น ในบ้าน หรือที่ทำงาน) ซึ่งอาจอธิบายได้ถึงอัตราการหวนกลับไปสูบบุหรี่สูงในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่และปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว (ex-smoker) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดอื่นๆ ดังนั้นจึงได้มีพระราชบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพื่อช่วยลดอิทธิพลของสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

และช่วยทำให้กลุ่มผู้ที่เคยสูบบุหรี่และปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว สามารถคงพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ได้ (Le Foll, 2007: 1375)

การเสพติดแบบนี้ บางครั้งคือ ความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่มาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการดื่มชาหรือกาแฟ ในวงเหล้า หลังเรียนหนังสือ หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ ผู้สูบบ่มักมองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธ์ในสังคมได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 33)

1.2 ผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรม

นิโคตินเป็นสารอัลคาลอยด์ที่พบในใบยาสูบ และเป็นสาเหตุให้เกิดการเสพติด การเสพติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากเทียบเท่ากับสารเสพติดชนิดอื่น เช่นเฮโรอีน และโคเคน บุหรี่ก้นกรองไม่ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) บุหรี่หนึ่งมวนมีนิโคตินประมาณ 10 มิลลิกรัม การสูบบุหรี่ 1 มวนจะได้รับนิโคตินประมาณ 1-2 มิลลิกรัม นิโคตินสามารถเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็วภายใน 10-20 วินาที การที่นิโคตินเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็วทำให้ผู้สูบบุหรี่ต้องสูบบนปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้รับนิโคตินอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดการเสพติดได้ง่ายและเลิกยาก (Hukkanen, Jacob III, and Benowitz, 2005) นิโคตินมีค่าครึ่งชีวิต 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นนิโคตินจะถูกไมโครโซมในตับเปลี่ยนไปเป็นโคตินินซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตนานกว่านิโคติน โดยโคตินินมีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 18 ชั่วโมง สามารถตรวจพบได้ในเลือด น้ำลาย และปัสสาวะ โคตินินจึงเป็นสารชีวภาพที่มีประโยชน์ในการตรวจสอบการสูบบุหรี่ (Powell, 2002: 109) โดยทั่วไปแล้วจะตรวจไม่พบสารนิโคตินในร่างกาย 36-48 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ การยืนยันให้แน่นอนในงานวิจัยสามารถตรวจจากระดับโคตินิน ซึ่งตรวจพบได้ในร่างกาย 7-10 วัน อัตราการเมตาบอลิซึมของนิโคตินมีผลต่อการติดนิโคติน จากรายงานการประชุมการติดสารนิโคตินระดับชาติระบุว่า ผู้ที่มีอัตราการเมตาบอลิซึมของนิโคตินเร็วกว่าอาจเกิดการติดสารนิโคตินได้มากกว่า (Glover, Glover, and Payne, 2003: 183)

การติดนิโคติน เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจนติดขึ้นต้องสูบบ่อยขึ้นจนขาดไม่ได้ การสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับสมองสองส่วนคือ สมองส่วนคิด (cerebral cortex) และสมองส่วนอยาก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้หลั่งสารเคมีสมองออกมาจำนวนมาก สารเคมีนี้ไปกระตุ้นศูนย์ความสุขทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขขึ้น เมื่อสูบบุหรี่บ่อยๆ จนติด การทำงานของสมองจะเปลี่ยนแปลงไป การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะเสียไป และถูกควบคุมด้วยสมองส่วน

อยากแทน ผู้ที่ติดบุหรี่จึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (วารสาร
ภูมิศาสตร์, 2546: 72)

นิโคตินมีฤทธิ์เพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนจาก Mesolimbic system หรือศูนย์
ควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ (DiFranza and Wellman, 2005) ทำให้รู้สึกสุขสบาย (euphoria)
ความรู้สึกสุขสบายนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะในการสูบบุหรี่ครั้งแรกๆ เมื่อสูบบุหรี่ติดต่อกันไประยะหนึ่งจะ
เกิดอาการต่อต้านนิโคติน ผู้สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะไม่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบ
บุหรี่ แต่ต้องสูบเพื่อระงับภาวะถอนนิโคติน / อายากยาทางจิต (psychological withdrawal
syndrome) ได้แก่ เครียด หงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่มีสมาธิ มึนงง (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2550: 287)
ซึ่งอาการถอนนิโคตินอาจเกิดขึ้นนานเป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มักต้องหวนกลับไปสูบ
ใหม่ การสูบบุหรี่ในผู้ที่ติดบุหรี่เพื่อพยายามลดอารมณ์ความรู้สึกในเชิงลบ ในขณะที่เดียวกันก็เพื่อ
เพิ่มความรู้สึกในเชิงบวกด้วย ผู้ติดบุหรี่ต้องพยายามรักษาระดับของนิโคติน บางคนอาจหยุดสูบได้
เป็นระยะเวลานาน แต่ส่วนใหญ่มักเกิดอาการถอนนิโคตินถ้าหยุดสูบนาน 20-30 นาที และต้องสูบ
บุหรี่ต่อไปเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงเป็นการหลีกเลี่ยง
อาการถอนนิโคติน จากภาวะเสพติดนิโคตินนี้จึงอธิบายได้ว่าทำไมผู้ที่ติดบุหรี่จึงต้องยังคงสูบและ
มักประสบความล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากความพยายามเลิกสูบในครั้งแรก (Lujic,
Reuter, and Netter, 2005: 2,11)

นิโคตินมีฤทธิ์เป็นทั้งสารกระตุ้น (stimulant) และสารกล่อมประสาท (sedative) ฤทธิ์
กระตุ้นเกิดจากการที่ต่อมหมวกไตถูกกระตุ้นและหลั่งอิพิเนพรีนออกมา มีผลกระตุ้นการทำงานของ
ของระบบต่างๆในร่างกาย, เพิ่มปริมาณกลูโคสในเลือด, เพิ่มอัตราการหายใจ, การเต้นของหัวใจ
และความดันโลหิต ในขณะที่เดียวกันนิโคตินสามารถยับยั้งการหลั่ง insulin จากตับอ่อน ผลคือผู้ที่
สูบบุหรี่มักจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติ แม้วานิโคตินจะออกฤทธิ์ต่อสมองในหลาย
ส่วน แต่ฤทธิ์ที่สำคัญที่ทำให้บุหรี่จัดอยู่ในกลุ่มสารเสพติดคือ การที่นิโคตินออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนที่
เกี่ยวข้องกับความสุขหรือความพึงพอใจ (activates the brain circuitry that regulates feeling of
pleasure) ด้วยการเพิ่มปริมาณโดปามีนในบริเวณดังกล่าว ระดับโดปามีนที่สูงขึ้นมีผลต่ออารมณ์
ด้านบวก, อาการเบื่ออาหาร และแรงจูงใจในการดำเนินพฤติกรรม การสูบบุหรี่จึงเป็นการคงระดับ
ของโดปามีนในสมองไม่ให้ลดลง ส่วนฤทธิ์กล่อมประสาทของนิโคตินจะขึ้นกับระดับความตื่นตัว
ของบุคคลนั้น (arousal) และปริมาณของนิโคตินที่ได้รับ (รณชัย คงสกนธ์, 2550: 230-231)

1.3 เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดยาโคเคน

การวินิจฉัยหรือการประเมินระดับการติดยาโคเคนในผู้สูบบุหรี่ เป็นข้อมูลที่จะช่วยตัดสินใจเลือกวิธีที่จะช่วยให้เลิกบุหรี่ง่ายขึ้น เช่นการใช้ยาหรือนิโคตินทดแทน ซึ่งประเมินได้หลายรูปแบบดังต่อไปนี้

1.3.1 เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดยาโคเคนของ DSM-IV-TR

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดยาโคเคนไว้เช่นเดียวกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ โดยเกณฑ์การวินิจฉัยการติดยาโคเคนตามที่กำหนดใน DSM-IV ซึ่งเป็นคู่มือที่กำหนดมาตรฐานการแยกประเภทภาวะทางจิต 7 ข้อ ต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อในระยะเวลา 12 เดือนจึงจัดว่าติดยาโคเคน (American Psychiatric Association, 2000) มีลักษณะดังนี้

1. มีอาการติดนิโคติน มีความต้องการนิโคตินมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ
2. มีอาการถอนนิโคตินอย่างน้อย 4 ข้อ ซึ่งจะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ หรือมีผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำกิจกรรมสำคัญต่างๆ
3. มีการใช้นิโคตินปริมาณมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาานานกว่าที่ตั้งใจไว้
4. ไม่สามารถลด ควบคุม หรือหยุดการใช้นิโคติน ทั้งที่ต้องการ
5. ต้องเสียเวลามากมายไปกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งนิโคติน หรือในการเสพนิโคติน เช่นสูบบุหรี่ต่อเนื่องหลายมวน
6. ต้องลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การงานที่สำคัญ หรือกิจกรรมสันทนาการอื่น เพื่อไปเสพนิโคติน
7. ยังคงใช้สารนิโคตินต่อไป แม้จะทราบดีว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจเกิดขึ้นแล้วจากการใช้นิโคติน หรือปัญหานั้นมีอาการรุนแรงมากขึ้นจากการใช้นิโคติน

เมื่อพิจารณาเกณฑ์การวินิจฉัยการติดยาโคเคนข้างต้น จะเห็นว่าผู้ติดยาโคเคนมีลักษณะต่างๆที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์เหล่านี้ เช่น เมื่อผู้สูบบุหรี่ออกจากบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่มักจะต้องจุดบุหรี่สูบทันที เพื่อลดอาการถอนนิโคติน ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่อีกต่อไปในอีก 5 ปีข้างหน้า แต่ในความเป็นจริง ผู้สูบบุหรี่อายุ 70 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ โดยผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 77 ได้เคยพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 55 ไม่สามารถที่จะเลิกได้ทั้งที่ได้พยายามหลายครั้งแล้ว และมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง ซึ่งให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เกิดอาการติดยาโคเคนและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากยังระบุว่า พวกเขาสูบบุหรี่เพื่อ

ระงับอาการถอนนิโคติน จะเห็นได้จากการที่ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากต้องออกนอกสถานที่ทำงานเพื่อไปสูบบุหรี่ และมีอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าทำงานบางอย่างเพราะสถานที่ทำงานนั้นมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ และมีผู้สูบบุหรี่อีกหลายคนที่ทราบดีว่าตนเป็นโรคหัวใจ หรือโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ก็ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป (Hughes, 1993)

1.3.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคตินขององค์การอนามัยโลกตาม ICD-10

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง มีรหัส ICD-10 ที่ชัดเจนคือ F-17 (World Health Organization, 1992) โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคตินอย่างน้อย 3 ใน 6 ข้อ ดังนี้

1. รู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมาก
2. ไม่สามารถควบคุมจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบได้
3. มีอาการถอนนิโคตินเมื่อหยุดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนการสูบลง
4. มีภาวะต่อต้านนิโคติน ต้องเพิ่มจำนวนมวนที่สูบให้มากขึ้นเรื่อยๆเพื่อให้ได้ผลจากนิโคตินเท่าเดิม
5. ใช้เวลาไปกับกับการใช้สารนิโคติน ทำให้ละเลยสิ่งที่น่าสนใจหรือสิ่งที่สนใจอื่นๆ
6. ยังคงสูบบุหรี่แม้จะมีหลักฐานที่ชัดเจนถึงอันตรายที่ตามมาจากการสูบบุหรี่

1.3.3 Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับปรับปรุง

เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงการเสพติดนิโคติน (Rustin, 2000) โดยหากผู้สูบบุหรี่ระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แสดงว่าหากหยุดสูบบุหรี่แล้ว จะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ได้ แบบประเมินอาการถอนนิโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยฉบับดั้งเดิมของ ดร. ฟาเกอร์สตรอมประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ต่อมาได้มีการปรับปรุงตัดข้อความที่ไม่สำคัญออกเหลือ 6 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนมีดังนี้

คะแนนรวม 7 -10 คะแนน	หมายถึง มีระดับการติดนิโคตินมาก
4 - 6 คะแนน	หมายถึง มีระดับการติดนิโคตินปานกลาง
ต่ำกว่า 4 คะแนน	หมายถึง มีระดับการติดนิโคตินน้อย

รายละเอียดของแบบประเมิน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Modified Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1	หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่อไร	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	บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่ยอมเลิกมากที่สุด	มวนแรกในตอนเช้า	1
		มวนอื่นๆ	0
4	โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน	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

อ้างอิง: Heatherton et al. 1991. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 86: 1119–1127.

1.3.4 CAGE questionnaire

เป็นวิธีการประเมินอาการติดยาโคโคตินโดยใช้คำถามง่ายๆเพื่อจะค้นหาว่า ผู้สูบบุหรี่มีความลำบากมากน้อยเพียงใดในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ หรือว่าเคยพยายามอย่างมากในการที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่กลับประสบความล้มเหลว CAGE questionnaire เป็นคำถามที่ง่ายและแม่นยำในการใช้ค้นหาผู้ติดสารเสพติด และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ โดยหากคำตอบได้ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะติดยาโคโคตินมาก ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 CAGE Questionnaires Modified for Smoking Behavior

CAGE	คำถาม	คะแนน (ตอบว่าใช่)	คะแนน (ตอบว่าไม่ใช่)
Cut down	เคยรู้สึกว่าจะต้องอดสูบบุหรี่ แต่ทำไม่ได้หรือไม่	1	0
Annoyed	เคยรู้สึกรำคาญเมื่อมีคนมาบอกให้เลิกสูบบุหรี่หรือไม่	0	1
Guilty	เคยรู้สึกผิดที่สูบบุหรี่หรือไม่	0	1
Eye-opener	ต้องสูบบุหรี่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอนหรือไม่	1	0

อ้างอิง: Rustin, T. A. 2000. Assessing Nicotine Dependence. *AAFP* 62: 579-584.

1.3.5 การประเมินของมูลนิธินรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

การประเมินการติดนิโคตินในทางปฏิบัติของมูลนิธินรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเดิมมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 1600 สายปลอดบุหรี่ (ปัจจุบันอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองโดยเน้นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก ซึ่งหากประเมินแล้วพบว่ามีความติดบุหรี่มากหลังจากแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาของมูลนิธิจะแนะนำให้ไปพบเภสัชกรหรือแพทย์เพื่อขอรับคำแนะนำในการใช้ยาเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น การประเมินที่ตัดสินว่าผู้สูบบุหรี่มีระดับการติดนิโคตินมาก คือ สูบมากกว่า 2 ซองต่อวัน สูบมานานกว่า 20 ปี เลิกหลายทีเลิกไม่ได้ (เกิน 5 ครั้ง) หรือเลิกได้ไม่เกิน 3 วัน และแม้ยามเจ็บป่วยเป็นหวัดเจ็บคอหรือเข้าโรงพยาบาลก็ยังสูบ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการติดนิโคติน The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับปรับปรุง เนื่องจากได้รับการพิสูจน์จากงานวิจัยทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง (Heatherton et al., 1991; Pomerleau et al., 1994; Storr, Reboussin, and Anthony, 2005) มีค่าความเชื่อมั่นภายในในระดับที่ยอมรับได้ และในการทดสอบวัดระดับการติดนิโคตินพบว่า ค่าที่ได้ใกล้เคียงกับการวัดทางชีวเคมี (Heatherton et al., 1991) นอกจากนี้ยังเป็น

แบบประเมินการติดยาโคตินที่นิยมใช้ในการวิจัยทางคลินิก และเป็นที่ยอมรับมากที่สุด (Benowitz, 2008; Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008; Piper, McCarthy, and Baker, 2006)

2. อาการถอนนิโคติน (Nicotine Withdrawal Symptoms)

อาการถอนนิโคติน หมายถึง กลุ่มอาการไม่สบายหลายๆอาการ (เช่น ขาดสมาธิ, หงุดหงิด วิตกกังวล, โกรธง่าย, อารมณ์ไม่ดี, นอนไม่หลับ, และอยากสูบบุหรี่) อาการเหล่านี้เกิดขึ้นหลังจาก ลดจำนวนการสูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่ อาการถอนนิโคตินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ หวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (Fiore, Jaen, Baker et al., 2008)

2.1 เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM-IV

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีการใช้นิโคตินทุกวันติดต่อกันอย่างน้อยหลายสัปดาห์
2. หลังจากหยุดการใช้ หรือลดจำนวนการใช้นิโคตินลง เกิดอาการถอนนิโคตินอย่างน้อย 4 อาการภายใน 24 ชั่วโมง คือ
 - (1) มีอารมณ์เศร้า
 - (2) นอนไม่หลับ
 - (3) หงุดหงิด กระวนกระวาย โกรธง่าย
 - (4) วิตกกังวล
 - (5) ขาดสมาธิ
 - (6) กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข
 - (7) หัวใจเต้นช้าลง
 - (8) ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
3. อาการที่เกิดขึ้นในข้อ 2 ทำให้เกิดอาการไม่สบายทางคลินิกที่สำคัญ หรือเกิดผลเสียทางสังคม หน้าที่การงาน และการประกอบอาชีพอย่างชัดเจน
4. อาการที่เกิดขึ้นในข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากภาวะความผิดปกติทางร่างกายอย่างอื่น และไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางจิตใจจากสาเหตุอื่นๆ

The DSM-IV กำหนดว่าในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินนั้น ต้องมีการใช้นิโคตินทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อยหลายสัปดาห์ (American Psychiatric Association, 2000) แสดงว่าอาการ ถอนนิโคตินเกิดขึ้นหลังจากเกิดการติดนิโคตินแล้ว และการติดนิโคตินเป็นสาเหตุของการถอน

นิโคติน อาการถอนนิโคตินในผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวแสดงถึงอาการถอนนิโคตินที่สัมพันธ์กับการปรับตัวซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ได้มีการดื้อนิโคติน ในทางตรงข้าม การหยุดสูบบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่จัด การดื้อนิโคตินยังคงไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากที่เกิดอาการถอนนิโคติน พิสูจน์ให้เห็นว่า อาการถอนนิโคตินและการดื้อนิโคตินเป็นการแสดงถึงความแตกต่างของกลไกทางระบบประสาท และแสดงให้เห็นว่าการดื้อนิโคตินไม่ใช่สาเหตุของอาการถอนนิโคติน (DiFranza and Wellman, 2005)

จากงานวิจัยในอดีตพบว่า อาการถอนนิโคตินเริ่มเกิดขึ้นใน 1-2 วันแรกหลังจากหยุดสูบบุหรี่ โดยอาการจะเกิดสูงสุดในช่วงสัปดาห์แรก และอาการอาจยังคงอยู่จนถึง 2-4 สัปดาห์หลังจากหยุดสูบบุหรี่ (Hughes, 2007b) อาการถอนนิโคตินจะลดลงในระดับเดียวกับก่อนหยุดสูบบุหรี่ ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากหยุดสูบบุหรี่ (Hughes, 1992; Etter, 2005) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่าอาการถอนนิโคตินอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ (al'Absi et al., 2004; Shiffman et al., 2002) จากการศึกษาของ Weinberger et al. (2008) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการถอนนิโคตินตั้งแต่วันแรกที่หยุดสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gritz, Carr, and Marcus (1991) พบว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ และขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมง สอดคล้องกับเกณฑ์ในการวินิจฉัยการถอนนิโคตินของ DSM-IV ว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังหยุดหรือลดจำนวนการใช้นิโคตินลง (American Psychiatric Association, 2000) โดยทั่วไปแล้วอาการถอนนิโคตินส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นสูงสุดใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่ (Le Foll and George, 2007; Miyata and Yanagita, 2001) นอกจากนี้ผู้ที่มึ่ระดับของการติดนิโคตินต่างกันจะมีความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินแตกต่างกัน (USDHHS, 1988) โดยผู้ที่ติดบุหรี่มาก อาจเกิดอาการถอนนิโคตินได้ตั้งแต่ในชั่วโมงแรกที่สูบมวนสุดท้ายหมด (DiFranza and Wellman, 2005)

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนนิโคติน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนนิโคติน ประกอบด้วย

1. เพศ จากงานวิจัยพบว่า เพศหญิงมีอาการถอนนิโคตินในช่วงที่หยุดสูบบุหรี่รุนแรงมากกว่าเพศชาย (Leventhal et al., 2007) มีการศึกษาพบว่ารอบประจำเดือนของเพศหญิงมีผลต่ออาการถอนนิโคติน โดยในช่วงตกไข่หรือช่วงก่อนมีประจำเดือน มักจะทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่น วิตกกังวล รู้สึกเศร้า หงุดหงิดง่ายและไม่มีสมาธิ เช่นเดียวกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ในช่วงตกไข่ อาจทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินได้มากกว่าปกติ (Perkins et al., 2000) นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลทางจิตวิทยา เช่นกลัวน้ำหนักตัวเพิ่ม ภาวะเลี้ยงดูบุตร-เครียด (กรองจิต วาทีสารภิกิจ, 2551)

2. อายุ เนื่องจากอายุที่แตกต่างกันจะมีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความอดทนต่ออาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น โดยพบว่าช่วงอายุ 31-35 เป็นช่วงที่เลิกยากที่สุด เพราะติดมากขึ้น และมักอ้างเรื่องความเครียดจากหน้าที่การงานและภาวะเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะเลิกได้ในกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป เพราะการงานและเศรษฐกิจเริ่มเข้าที่ สุขภาพเริ่มเสื่อมลง ทำให้เกิดความกังวลเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551: 50)

3. อาชีพ / ลักษณะงาน บางอาชีพจำเป็นต้องอยู่กับกลุ่มคนสูบบุหรี่ เช่น ไกด์ หรือที่ทำงานที่มีคนสูบบุหรี่มาก เช่น คับ บาร์ ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ได้มากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากอาการถอนนิโคตินนั้น นอกจากจะมีสาเหตุมาจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของนิโคตินแล้วยังพบว่าการวางเงื่อนไขพฤติกรรมมารการเรียนรู้ ทำให้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เช่นการได้กลิ่นหรือเห็นบุหรี่, เห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้อื่น มีผลต่ออาการอยากสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคติน (รณชัย คงสกันท์, 2551: 232)

4. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เป็นการประเมินถึงระดับการเสพติดนิโคตินในบุรุษว่ามีมากน้อยเพียงใด เนื่องจากระดับของการติดสารนิโคตินต่างกันจะมีความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินแตกต่างกัน (USDHHS, 1988) หากผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แสดงว่าหากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551) จำนวนมวนที่สูบต่อวันแสดงถึงระดับการติดสารนิโคติน ผู้ที่สูบบุหรี่มากหรือมีระดับการติดสารนิโคตินมาก จะมีอาการถอนนิโคตินรุนแรงมากกว่า (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546)

5. จำนวนวันที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่แสดงถึงระดับการติดสารนิโคติน และความตั้งใจ พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551) ผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะเวลานานกว่าเป็นการแสดงถึงความสามารถในการหาทางจัดการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการถอนนิโคตินได้ดีกว่า จึงอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้มากกว่า

6. กาแฟ คนที่ดื่มกาแฟจัดมักเลิกบุหรี่ยาก เพราะเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ร่างกายจะดูดซึมคาเฟอีนมากขึ้นเกือบสองเท่า ซึ่งจะทำให้มีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย และหงุดหงิดได้ อาการเหล่านี้จะเหมือนกับอาการถอนนิโคติน (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

7. มีเพื่อน / ผู้ร่วมงาน / คนในบ้านสูบบุหรี่ จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดอาการถอนนิโคติน โดยจากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล มีอาการถอนนิโคตินเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วพบว่ามีอาการถอนนิโคตินมากขึ้น ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (เช่น จากผู้สูบบุหรี่อื่นๆ) มีผลต่ออาการถอนนิโคติน (Hatsukami et al., 1984)

2.3 การประเมินอาการถอนนิโคติน

อาการถอนนิโคติน สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นการประเมินโดยตัวผู้สูบบุหรี่เอง และอาจประเมินจากการวัดทางกายภาพและพฤติกรรมซึ่งในการศึกษาทางคลินิกใช้วิธีนี้ค่อนข้างน้อย (Patten and Martin, 1996) เครื่องมือที่มักนำมาใช้ในการประเมินอาการถอนนิโคตินในการศึกษาวิจัยทางคลินิก ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 8 ชนิด (Hughes, 2007c) คือ

1. The Shiffman-Javik Withdrawal Scale

The Shiffman-Javik Withdrawal Scale: SJWS เป็นเครื่องมือแรกที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการถอนนิโคติน สร้างขึ้นโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ดังนั้นแต่ละข้อคำถามจึงถูกจัดกลุ่มให้มีความสัมพันธ์กัน ทำให้เครื่องมือมีความเที่ยง แต่องค์ประกอบของเครื่องมือค่อนข้างกว้างทำให้การจัดกลุ่มนั้นรวมเกือบทุกข้อเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ SJWS ถูกสร้างขึ้นก่อนที่จะให้คำจำกัดความของอาการถอนนิโคตินอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงมีคำถามบางข้อในเครื่องมือ (เช่น องค์ประกอบด้านอาการทางกาย) ที่ไม่ได้จัดอยู่ในคำจำกัดความของอาการถอนนิโคติน (Shiffman, West, and Gilbert, 2004) SJWS เป็นแบบวัดแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ very definitely จนถึง 7 คือ very definitely not ประกอบด้วย 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ คือ อาการอยากสูบบุหรี่, ความรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ, อาการทางกาย, การกระตุ้นประสาท /ระงับประสาท และความอยากอาหาร (Hughes, 2007c; Patten and Martin, 1996)

ค่าความเที่ยง องค์ประกอบด้านอาการอยากสูบบุหรี่ หาค่าความเที่ยงภายในได้ในระดับสูง ($r = .90$) ส่วนค่าความเที่ยงภายในและค่าความเที่ยงโดยวิธีสอบซ้ำขององค์ประกอบในด้านอื่น ๆ ไม่ได้รายงานไว้ รวมทั้งค่าความเที่ยงภายในของคะแนนรวมของอาการถอนนิโคตินด้วย (Patten and Martin, 1996)

ค่าความตรง จากงานวิจัยพบว่า องค์ประกอบด้านอาการอยากสูบบุหรี่มีความตรงและมีความไวต่อการได้รับนิโคตินทดแทน (Hatsukami et al, 1984; Schneider & Jarvik, 1984) แต่มีงานวิจัยที่พบว่า องค์ประกอบทุกด้านของเครื่องมือไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับนิโคตินกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (Gottlieb et al, 1987) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เครื่องมือนี้ไม่มีความไวต่ออาการถอนนิโคติน ดังนั้นจึงไม่มีการรายงานค่าความตรงไว้

2. The Smoker Complaint Scale

The Smoker Complaint Scale :SCS เป็นเครื่องมือที่สองที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการถอนนิโคติน สร้างขึ้นจากประสบการณ์ในความพยายามเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่านมาของผู้มารับบริการ

เลิกบุหรี่ในคลินิก (Patten and Martin, 1996) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือแบบวัดอาการทางพฤติกรรมจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ very definitely not จนถึง 7 คือ very definitely ประกอบด้วย อาการโกรธง่าย, รู้สึกไม่เป็นมิตร, วิตกกังวล, รู้สึกเศร้า, รู้สึกขัดข้องใจ, กระสับกระส่าย, นำรำคาญ, สับสน, นอนหลับยาก, ไม่มีสมาธิ, อารมณ์แปรปรวน, กังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัว, อยากสูบบุหรี่, คิดถึงบุหรี่, มีอารมณ์ปลุกเร้าให้สูบบุหรี่, ตกใจกลัว, หิวบ่อย, รู้สึกเซื่องซึม และมีอาการเวียนศีรษะ และส่วนที่สองคือแบบวัดอาการทางกาย 10 ข้อ ให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี (Hughes, 2007c)

ค่าความเที่ยง ไม่ได้ระบุไว้

ค่าความตรง จากงานวิจัยพบว่าเครื่องมือมีความไวต่ออาการถอนนิโคติน (Schneider, Jarvik & Forsythe, 1984) แม้ว่า SCS จะถูกนำมาใช้ในหลายงานวิจัยแต่ไม่ได้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทดสอบคุณสมบัติในการวัดของเครื่องมืออีก

3. The Minnesota Withdrawal Scale

The Minnesota Withdrawal Scale: MNWS (Hughes and Hatsukami, 1986) เป็นเครื่องมือที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และมีการพัฒนารูปแบบของเครื่องมือโดยประยุกต์ตามเกณฑ์วินิจฉัยอาการถอนนิโคตินจาก DSM-IV โดยฉบับปรับปรุงล่าสุด ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินด้วยตนเอง โดยประเมินอาการถอนนิโคติน 9 อาการ ได้แก่ รู้สึกโกรธ-ฉุนเฉียวง่าย, รู้สึกวิตกกังวล, รู้สึกเศร้า, อยากสูบบุหรี่, ไม่มีสมาธิ, หิวบ่อย-กินจุขึ้น-น้ำหนักเพิ่มขึ้น, นอนไม่หลับ, กระสับกระส่าย-หงุดหงิด และขาดความอดทน ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรุนแรงของแต่ละอาการโดยใช้แบบประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย จนถึง 4 หมายถึงมีอาการมาก คิดคะแนนไม่สุขสบายจากถอนนิโคตินทั้งหมดโดยการรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสังเกตซึ่งวัดโดยผู้ดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง (โดยปกติเป็นสามี-ภรรยา หรือผู้ร่วมงาน) แบบสังเกตประกอบด้วย 4 อาการ ได้แก่ รู้สึกโกรธ-ฉุนเฉียวง่าย, วิตกกังวล, รู้สึกเศร้าและหงุดหงิด โดยเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 0 จนถึง 4 เช่นเดียวกับแบบประเมินตนเอง ซึ่งรูปแบบล่าสุดของเครื่องมือ MNWS ที่ได้รับการพัฒนาประกอบไปด้วย 9 อาการที่มีหลักฐานยืนยันชัดเจน และอีก 6 อาการที่คาดว่าน่าจะเป็นอาการถอนนิโคติน รวมทั้งมีแบบสังเกตอีก 4 ข้อ โดยเป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ค่าความเที่ยง ค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ของแต่ละข้อ คำถามอยู่ในช่วง .52-.80 ค่าโดยรวม = .71 และจากงานวิจัยพบว่ามีค่า cronbach's alpha ตั้งแต่ .80 - .85 (Cappelleri et al., 2005; Etter and Hughes, 2006)

ค่าความตรง ค่าความตรงของเครื่องมือพิจารณาได้จาก คะแนนรวมของอาการถอนนิโคติน ทั้งหมดและของแต่ละอาการ ยกเว้นความรู้สึกเศร้า มีคะแนนเพิ่มขึ้นในช่วงที่หยุดสูบบุหรี่มากกว่า ช่วงก่อนหยุดสูบบุหรี่ โดยค่าที่ได้จากแบบสังเกตยืนยันว่ามีอาการหงุดหงิด, โกรธง่าย, วิตกกังวล, และอาการกระสับกระส่ายเพิ่มขึ้นในระหว่างหยุดสูบบุหรี่

4. The Profile of Mood States

The Profile of Mood States: POMS แม้ว่าจะไม่ใช้เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการถอนนิโคตินโดยตรง แต่เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในการทดสอบและวัดภาวะทางจิต (Patten and Martin, 1996) ใช้วัดเกี่ยวกับอารมณ์หรือความรู้สึก จำนวน 65 ข้อ เครื่องมือนี้มีประโยชน์เป็นกรณีพิเศษเมื่อใช้ในการประเมินผลทางด้านอารมณ์จากการหยุดสูบบุหรี่ แม้ว่าบางองค์ประกอบหรือคำถามบางข้ออาจจะไม่ใช่ตัวชี้วัดของอาการถอนนิโคติน และไม่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการประเมินอาการถอนนิโคติน แต่ในการเปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้วัดอาการถอนนิโคตินควรมีเครื่องมือนี้รวมอยู่ด้วย (Patten and Martin, 1996) POMS มี 4 องค์ประกอบที่ใช้วัดอาการถอนนิโคตินได้ คือ อาการโกรธ, ความวิตกกังวล, สับสน, และความรู้สึกเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 7-15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย จนถึง 4 หมายถึงมีอาการมาก

ค่าความเที่ยง ความเที่ยงจากการวัดซ้ำ (test-retest reliability) ของทั้ง 6 องค์ประกอบของเครื่องมือในช่วงมากกว่า 20 วันมีค่าตั้งแต่ .87-.95

ค่าความตรง พบว่าเครื่องมือมีความไวต่อการใช้นิโคตินทดแทน

5. The Shiffman Scale

The Shiffman Scale: SS (Shiffman et al., 1995) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการถอนนิโคตินผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา The Shiffman Scale เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม จาก 3 องค์ประกอบคือ อารมณ์ที่ถูกรบกวน สิ่งกระตุ้น ความสนใจ และอาการอยากบุหรี่

6. The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale

The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale: WSWS (Welsh et al., 1999) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) จากข้อคำถามซึ่งออกแบบมาตามเกณฑ์ของ DSM-IV และถูกทดสอบในการศึกษาเกี่ยวกับการใช้นิโคตินทดแทน 2 เรื่อง เครื่องมือประกอบด้วย 28 ข้อคำถามจาก 7 องค์ประกอบคือ โกรธง่าย, วิตกกังวล, ไม่มีสมาธิ,

อยากบุหรี่ยี่, หิวบ่อย, รู้สึกเศร้า และนอนไม่หลับ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าความเที่ยง แต่ละองค์ประกอบมีค่า Coefficient alpha ตั้งแต่ .75-.93 ค่า Coefficient alpha โดยรวม = .91 in study 1 และ .90 in study 2

ค่าความตรง เครื่องมือสามารถทำนายลักษณะการเกิดอาการถอนนิโคตินได้ตามที่คาดไว้ คือ อาการถอนนิโคตินควรเพิ่มขึ้นในระยะแรกที่หยุดสูบบุหรี่ เมื่อหยุดสูบบุหรี่ไประยะหนึ่งอาการจะค่อยๆลดลง หลังจากนั้นอาการลดลงมากขึ้นเมื่อได้รับนิโคตินทดแทน

7. The Mood and Physical Symptoms Scale

The Mood and Physical Symptoms Scale: MPSS (West and Hajek, 2004) เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม โดยคำถาม 5 ข้อแรกได้แก่ รู้สึกเศร้า, หงุดหงิด, กระสับกระส่าย, หิวบ่อย, และไม่มีสมาธิ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1 คือไม่มีอาการเลย จนถึง 5 คือมีอาการอย่างมาก ส่วนคำถามอีก 2 ข้อถามเป็นแบบวัดประมาณค่า 6 ระดับ ข้อแรกถามเกี่ยวกับอาการอยากบุหรี่ยี่ว่าเกิดบ่อยแค่ไหนในช่วง 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ 5 คือเกิดขึ้นตลอดเวลา จนถึง 0 คือไม่เกิดอาการเลย และข้อที่สองถามอาการที่เกิดขึ้นว่า มีความรุนแรงในระดับใด ตั้งแต่ 5 หมายถึง รุนแรงมาก จนถึง 0 หมายถึง ไม่เกิดอาการเลย

ค่าความเที่ยง พบว่ามีค่า Coefficient alpha = .78

ค่าความตรง ค่า factor loading มีค่าตั้งแต่ .49 – .80

8. The Cigarette Withdrawal Scale

The Cigarette Withdrawal Scale: CWS (Etter, 2005) เป็นเครื่องมือล่าสุดที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยใช้การสำรวจเชิงคุณภาพจากการสู่มั่วอย่างผู้สูบบุหรี่ และตอบแบบสอบถามผ่านทาง Internet เป็นแบบวัดประกอบด้วยข้อความจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดประกอบด้วย รู้สึกเศร้า-วิตกกังวล, อยากบุหรี่ยี่, โกรธง่าย-ใจร้อน, ไม่มีสมาธิ, อยากอาหาร-น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น, และนอนไม่หลับ เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าความเที่ยง หาค่าความเที่ยงทั้ง 6 หมวดโดยวิธีการสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่า $r = .60 - .71$ และค่าความเที่ยงภายใน (internal consistency) อยู่ในระดับสูง (cronbach's alpha = .83 - .96) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามอยู่ระหว่าง .58 - .93

ค่าความตรง ความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยเปรียบเทียบกับ DSM-IV และ ICD-10 ถึงคำจำกัดความของการติดหรือการถอนนิโคติน พบว่าทั้ง 6 หมวดของ CWS ครอบคลุม

องค์ประกอบหลักของการติดหรือการถอนนิโคตินตามเกณฑ์ของ DSM-IV และ ICD-10 ส่วนความตรงเชิงพยากรณ์ (predictive validity) และ ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้คือ อาการถอนนิโคตินสามารถทำนายการหวนกลับไปสูบบุหรี่ในผู้ที่เคยสูบบุหรี่ได้ (ยกเว้นในหมวด ออยากอาหาร-น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและนอนไม่หลับ) และในผู้ที่เพิ่งหยุดสูบบุหรี่ จะมีอาการถอนนิโคตินสูงกว่าผู้ที่หยุดสูบบุหรี่มานานกว่า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจอาการถอนนิโคติน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการไม่สบายหลายๆอาการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักการประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย มาเป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือวิจัย โดยการประเมินกลุ่มอาการไม่สบายมี 3 วิธีหลักๆ (Barsevick et al., 2006) ดังนี้

1. การประเมินกลุ่มอาการ โดยใช้เครื่องมือการประเมินของแต่ละอาการ ซึ่งปกติแล้วเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการมักจะประกอบด้วยมิติหลายมิติ (Multidimensional measures) การนำเครื่องมือการประเมินแต่ละอาการครอบคลุมหลายๆ มิติมาประเมินกลุ่มอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไปนั้น จะเกิดความยุ่งยากซับซ้อนของการนำไปใช้ เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดอาจมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และการวัดหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาตอบมาก อาจรู้สึกว่าเป็นภาระจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางประเภทหรือเมื่อประเมินในเวลาจำกัด

2. การประเมินกลุ่มอาการ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลายๆอาการ แต่มีมิติของอาการมิติเดียว (Unidimensional measure) ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกประเมินในมิติด้านความรุนแรงหรือความทุกข์ทรมาน จะช่วยให้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ สามารถประเมินได้หลายๆ อาการ โดยเน้นประเมินมิติที่มีความสำคัญที่สุดในขณะนั้น

3. การประเมินกลุ่มอาการ โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลายๆอาการ หลายๆมิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญ เช่น การประเมินอาการในช่วง 24 ชั่วโมง นอกจากประเมินมิติด้านความรุนแรงแล้ว อาจประเมินในมิติด้านเวลาหรือความถี่ของการเกิดอาการ หรือการประเมินหลายๆอาการในมิติด้านความรุนแรงและด้านความทุกข์ทรมาน เป็นต้น

โดยการประเมินกลุ่มอาการด้วยวิธีดังกล่าวมีหลักการ คือ แต่ละอาการและแต่ละมิติ ต้องมีมาตรวัดเหมือนกัน มิติต่างๆ ในแต่ละอาการต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน มีความสอดคล้องกับบริบททางคลินิก มีความง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ผู้วิจัยนำหลักการประเมินกลุ่มอาการไม่สบายโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ แต่มีมิติของอาการมิติเดียว โดยผู้วิจัยเลือกประเมินในมิติด้านความรุนแรงซึ่งเป็นมิติที่มีความสำคัญที่สุดมาเป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เลือกประเมินกลุ่มอาการถอนนิโคตินตามเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินที่กำหนดไว้ใน DSM-IV รวมทั้งได้ประเมินอาการอยากบุหรี่ (craving) ร่วมด้วย ถึงแม้ว่าอาการอยากบุหรี่จะไม่ได้ถูก

กำหนดไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM-IV ก็ตาม แต่มีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า อาการอยากบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่หยุดสูบบุหรี่ (Hughes et al., 1994; West and Hajek, 2004) และงานวิจัยเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่ผ่านมายังพบว่า อาการอยากบุหรี่เป็นอาการหนึ่งที่สำคัญของอาการถอนนิโคติน (Etter and Hughes, 2006; Shiffman et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการอยากบุหรี่เป็นลักษณะเฉพาะที่สำคัญของอาการถอนนิโคตินด้วย (West and Schneider, 1987) อาการอยากบุหรี่ไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่กลับไปสูบบุหรี่ แต่ยังเชื่อว่าเป็นสาเหตุโดยตรงต่ออาการซึมเศร้าและยังขัดขวางความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ด้วย (Shiffman et al., 2004) จากงานวิจัยยังพบว่าอาการอยากบุหรี่ยังมีอิทธิพลต่ออาการถอนนิโคตินมากที่สุด (Gritz, Carr, and Marcus, 1991) และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบยืนยันโครงสร้าง ของแบบวัด the Minnesota Withdrawal Scale พบว่าอาการอยากบุหรี่ยังรวมอยู่ในองค์ประกอบของอาการถอนนิโคติน (Toll et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่า ความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินมีความสัมพันธ์กับการกลับไปสูบบุหรี่ (Allen et al., 2008) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกการประเมินในมิติด้านความรุนแรง ซึ่งเป็นไปตามมิติของอาการที่ต้องการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่สบาย และมิติดังกล่าวก็มีความสอดคล้องในการทดสอบสมมุติฐานของงานวิจัยนี้ด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ The Minnesota Withdrawal Scale (MNWS) เพราะเมื่อทดสอบคุณสมบัติทางารวัดของเครื่องมือแล้วไม่แตกต่างจากเครื่องมืออื่นๆ แต่ได้เปรียบที่ MNWS มีข้อคำถามสั้นกระชับรัด (Etter and Huhges, 2006; West et al., 2006) จึงช่วยลดภาระแก่ผู้ตอบเมื่อต้องทำแบบวัดนี้ซ้ำหลายๆ ครั้ง (Patten and Martin, 1996) จากงานวิจัยพบว่ามีค่าความเที่ยงตั้งแต่ .80 - .85 (Cappelleri et al., 2005; Etter and Huhges, 2006) ค่าความตรงของเครื่องมือพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างแบบสังเกตอาการถอนนิโคตินทางด้านจิตใจและอาการถอนนิโคตินทางด้านกายภาพ (Hughes and Hatsukami, 1986) และอาการที่ประเมินในแบบวัดส่วนใหญ่ ตรงกันกับเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM-IV อีกด้วย นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุด (Hughes, 2007c)

3. การรักษาอาการติดยาโคติน

การรักษาอาการติดยาโคตินมี 2 วิธีคือ การรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological Treatment) และการรักษาโดยไม่ให้ยา (Non-Pharmacological Treatment) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2550)

3.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment)

การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ช่วยทำให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลง และไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551) โดยทั่วไป แบ่งยาช่วยเลิกบุหรี่ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ first-line drugs และ second-line drugs (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550)

3.1.1 First-line Drugs ยาในกลุ่มนี้ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา (Food and Drug Administration: FDA) ว่ามีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะติดบุหรี่ได้ และควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นอันดับแรก (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อยๆคือ

1. ยากลุ่มนิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy: NRT) NRT เป็นการให้นิโคตินในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่บุหรี่แก่ผู้สูบ การใช้ NRT ทำให้ผู้ป่วยได้รับนิโคตินทดแทนจากที่ได้รับในบุหรี่ แต่จะไม่ได้รับควันบุหรี่ สารพิษ หรือสารก่อมะเร็งที่พบในควันบุหรี่เข้าไปด้วย จึงปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่ ดังนั้น NRT จึงทำหน้าที่เหมือนกับนิโคติน กล่าวคือนิโคตินที่ได้รับจาก NRT สามารถเข้าสู่สมองแล้วไปจับกับตัวรับนิโคตินที่บริเวณ brain reward pathway ได้เช่นเดียวกับนิโคตินที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 38) ในปัจจุบันมีนิโคตินทดแทนอยู่ทั้งสิ้น 6 แบบ ซึ่งทั้ง 6 แบบนี้สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆตามคุณสมบัติทางเภสัชศาสตร์ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550: 497-498) คือ

(1) กลุ่มออกฤทธิ์ยาว (Sustained-release) ได้แก่ แบบแผ่นแปะ (nicotine patch) ยากลุ่มนี้สามารถออกฤทธิ์ได้นานถึง 16-24 ชั่วโมง แต่มีข้อด้อยคือเริ่มออกฤทธิ์ช้า ทำให้บรรเทาอาการอยากบุหรี่แบบเฉียบพลันได้ไม่ดีนัก

(2) กลุ่มออกฤทธิ์เร็ว (Rapid-acting) ได้แก่ แบบหมากฝรั่ง (nicotine gum), แบบสเปรย์พ่นจมูก (nicotine nasal spray), แบบสูดทางปาก (nicotine oral inhaler), แบบเม็ดอม (nicotine lozenge), และแบบอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ได้เร็วในเวลาไม่กี่นาทีเท่านั้น เนื่องจากยาถูกดูดซึมผ่านทางเยื่อปากหรือโพรงจมูกโดยตรง ซึ่งมีหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงช่วยลดอาการถอนนิโคตินแบบเฉียบพลัน (breakthrough craving) ได้ดี แต่มีเวลาในการออกฤทธิ์สั้นเพียงไม่กี่ชั่วโมง ทำให้ต้องบริหารยาบ่อยในแต่ละวัน

2. ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน (Non-Nicotine Therapy) ยาในกลุ่มนี้ไม่มีส่วนผสมของนิโคตินเหมือนยากลุ่มแรก แต่ก็สามารถใช้รักษาภาวะติดนิโคตินได้ผลดี ได้แก่ bupropion, rimonabant, และ varenicline

Bupropion HCl Sustained release เป็นยาต้านเศร้าในกลุ่ม norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors เมื่อเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางจะมีผลทำให้ระดับของ norepinephrine และ dopamine เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง dopamine เป็นสารสื่อประสาทที่จะเพิ่มมากขึ้นในบริเวณ brain reward pathway เมื่อได้รับการกระตุ้นจากนิโคติน ดังนั้น bupropion จึงช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 40)

Varenicline เป็นยาที่ใช้รักษาภาวะติดนิโคติน มีฤทธิ์เป็นทั้ง partial agonist และ antagonist ต่อ alpha-4 beta-2 nicotinic acetylcholine receptors โดยฤทธิ์ในการเป็น partial agonist นั้นพบว่าเมื่อยาจับกับ receptors แล้วจะกระตุ้นให้หลังสารโดปามีนออกมาได้ แทนสารนิโคตินในระหว่างที่พยายามเลิกบุหรี่ ส่วนฤทธิ์ในการเป็น antagonist นั้นพบว่า varenicline จะไปแย่งที่นิโคตินในการจับกับ receptors ทำให้ผลที่ได้รับจากนิโคตินในช่วงที่สูบบุหรี่หายไป ดังนั้น varenicline จึงมีผลในการขัดขวางการออกฤทธิ์ของนิโคตินและมีผลลดเซกซ์เมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน (Le Foll and George, 2007)

3.1.2 Second-line Drugs การศึกษาทางคลินิกพบว่าประสิทธิภาพในการรักษาภาวะติดบุหรี่ได้ แต่มีข้อจำกัดในการใช้มากกว่ายาในกลุ่ม first-line เนื่องจากยังไม่ได้มีการรับรองจากองค์การอาหารและยา และมีผลข้างเคียงมากกว่า ดังนั้นจึงควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่มนี้ในกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่ม first-line หรือใช้ยาในกลุ่ม first-line แล้วไม่ได้ผล ซึ่งควรพิจารณาเป็นรายๆไป (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิดได้แก่ nortriptyrine และ clonidine

Nortriptyrine เป็นยาต้านอาการเศร้า มีฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ที่ปลายประสาท จึงช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

Clonidine เป็นยาที่ใช้เพื่อลดความดันโลหิต ภายหลังได้ถูกนำมาใช้ในการรักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิดรวมทั้งบุหรี่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าได้ผลดีกว่ายาหลอก แต่ยานี้มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก จึงได้รับความนิยมลดลงในปัจจุบัน (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550)

3.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Treatment)

การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี แต่ละวิธีมีประสิทธิภาพในการเสริมเพื่อให้การบำบัดด้วยวิธีใช้นั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางวิธีอาจใช้ได้ตามลำพังโดยไม่ต้องใช้ควบคู่กับการใช้ยาก็ได้ ซึ่งวิธีที่นิยมใช้โดยบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพของคนไทย คือการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาจให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ให้คำปรึกษาเป็นราย

กลุ่ม หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดบุหรี่ที่ได้ผลดีที่สุดคือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางประการ การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากคนที่บุคคลจะยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองต้องมาจากเจตคติ ความตั้งใจ และมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งที่มีมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้ และผลการทดลองทางจิตวิทยา มาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแก้ไขพฤติกรรมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2551)

ในทางปฏิบัติมักใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกันคือ วิธีการรักษาโดยการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา สำหรับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น แนะนำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทุกคนปฏิบัติ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลิกบุหรี่ได้ แต่ก็จะมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่อาจเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยการรักษาด้วยยาร่วมด้วย ซึ่งพบว่าการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยานั้น มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ยาหรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว จากงานวิจัย 9 เรื่องศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา สามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้งานวิจัย 18 เรื่อง ยังพบว่าการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา สามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าการให้ยาเพียงอย่างเดียว Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการบำบัดโดยการให้ยา และทำพฤติกรรมบำบัดนั้นจะมีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น แต่อัตราการหวนกลับไปสูบบุหรี่ยังคงสูง เนื่องจากภาวะการติดสารนิโคติน (Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008) การติดสารนิโคตินทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เกิดอาการถอนนิโคตินซึ่งส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบาย และเกิดความเครียด ดังนั้นนอกจากวิธีดังกล่าวแล้วยังมีการนำเอาการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้ดูแลรักษาผู้ติดบุหรี่ด้วย (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ซึ่งจากการวิจัยเชิงสำรวจผู้ที่มารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูบบุหรี่ที่มีความสนใจใช้การบำบัดแบบผสมผสานในการช่วยเลิกบุหรี่ (Sood et al., 2006)

4. การนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

การจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เป็นบทบาทสำคัญหนึ่ง ในการรณรงค์ช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยรูปแบบการช่วยให้เลิกบุหรี่มีหลากหลาย ทั้งการให้เอกสารแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้สูบบุหรี่ชอบมากที่สุดเพราะเป็นการพูดคุยระหว่างบุคคลสองคน เป็นวิธีที่บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสใช้มากที่สุด การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั่วโลกว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มหรือใช้กระบวนการกลุ่มในการเลิกบุหรี่ เป็นการให้คำปรึกษาตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ความหลากหลายของคนในกลุ่มจะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละคน นอกจากนี้การใช้หลายวิธีร่วมกันจะทำให้การเลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ เช่นการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแล้วติดตามทางโทรศัพท์ เป็นต้น (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551: 120-131)

มีการศึกษาพบว่า คำแนะนำจากทีมสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด (Andrews et al., 2001) และคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่โดยแพทย์-พยาบาลสามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (Rice, 2006) ในแต่ละปีมีผู้สูบบุหรี่อย่างน้อย 70% ที่ต้องมาโรงพยาบาล ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีโอกาสมากที่จะพบกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มีข้อมูลบ่งชี้ว่าผู้สูบบุหรี่มากกว่า 70% ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และเกือบ 2 ใน 3 ของผู้ที่ทวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ พยายามเลิกอีกครั้งภายใน 30 วัน นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่ยังกล่าวสนับสนุนว่า คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากทีมสุขภาพ เป็นเครื่องกระตุ้นที่สำคัญในความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความสนใจและต้องการเลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นโอกาสอันดีของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ได้พบกับผู้สูบบุหรี่เหล่านี้ และยังสามารถนำเชื่อถือในระดับสูงด้วย (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008: 35) พยาบาลสามารถส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา แก่ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า การให้คำปรึกษา/แนะนำจากพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่นั้นมีประสิทธิภาพ (Rice and Stead, 2008) โดยพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่จากพยาบาล มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าไม่ได้รับคำแนะนำ

US Department of Health and Human Services ได้ประกาศแนวทางมาตรฐานระดับสากลในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับล่าสุดปี ค.ศ. 2008 โดยในแนวทางมาตรฐานนี้ ระบุให้การสูบบุหรี่จัดเป็นโรคเรื้อรังทางการแพทย์โรคหนึ่ง ที่ต้องให้การรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยในแง่ของการรักษานั้นยังคงย้ำเรื่องของหลักการ 5A เหมือนเดิม แต่จะเน้นเรื่องของ

กระบวนการให้คำแนะนำปรึกษามากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยพบว่ายิ่งให้คำปรึกษานานเท่าใด เข้มข้นเท่าใด ก็ย่อมมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้นเท่านั้น และการให้คำปรึกษานั้นต้องเป็น Problem solving หรือ skill training เป็นหลัก เพื่อฝึกฝนให้ผู้ป่วยรู้จักรับมือ หรือแก้ไขปัญหาอาการอยากบุหรี่ได้อย่างชาญฉลาด (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008)

องค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่แบบเข้มข้น (Intensive tobacco dependence intervention) ตามที่กำหนดไว้ในแนวทางมาตรฐานระดับสากลในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับล่าสุดปี ค.ศ. 2008 มีดังนี้

1. การประเมิน (Assessment) ควรมีการประเมินว่าผู้สูบบุหรี่มีความเต็มใจ / ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้โปรแกรมการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่แบบเข้มข้นหรือไม่

2. ผู้เชี่ยวชาญ (Program clinicians) ผู้เชี่ยวชาญจากหลายๆสาขาช่วยส่งเสริมให้การเลิกสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหนึ่งในจำนวนนั้นจะต้องมีผู้เชี่ยวชาญจากทีมสุขภาพเนื่องจากสามารถให้ข้อมูลที่หนักแน่นในการเลิกสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่และประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งยังสามารถแนะนำวิธีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ด้วย ส่วนผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นสามารถเพิ่มในส่วนของการให้คำปรึกษาได้

3. ความเข้มข้นของโปรแกรม (Program intensity) โปรแกรมแบบเข้มข้นมีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ การจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แบบเข้มข้นควรกำหนดจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป โดยใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งนานกว่า 10 นาที รวมจำนวนเวลาที่ใช้ทั้งหมดมากกว่า 30 นาที

4. รูปแบบของโปรแกรม (Program format) รูปแบบของโปรแกรมมีทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม นอกจากนี้การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ก็พบว่ามีประสิทธิภาพเช่นกันและสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ดี รูปแบบอื่นๆได้แก่ การให้เอกสารแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และเว็บไซต์ช่วยเลิกสูบบุหรี่

5. รูปแบบของการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Type of counseling and behavioral therapies) การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลายรูปแบบ ซึ่งแนวปฏิบัติในทางคลินิกมี 2 รูปแบบที่มีประสิทธิภาพช่วยให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้น และควรรวมอยู่ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ได้แก่

5.1 การให้คำปรึกษาโดยการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา/เสริมสร้างทักษะเพื่อจัดการกับภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (Practical counseling – problemsolving/skills training – treatment component)

5.1.1 การให้ผู้ที่สูบบุหรี่นี้ถึงสถานการณ์เสี่ยง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหวนกลับไปสูบบุหรี่ เช่น ความเครียด อยู่กับกลุ่มเพื่อนหรือผู้ร่วมงานที่สูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเผชิญสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่

5.1.2 พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยง เช่น เรียนรู้การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งยั่วยุและสถานการณ์กระตุ้น กลวิธีการลดอารมณ์ในเชิงลบ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเครียด เพิ่มคุณภาพชีวิต และหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยง การเรียนรู้พฤติกรรมหรือกระบวนการนี้คิด เพื่อช่วยแก้ไขจัดการเมื่อเกิดอาการอยากสูบบุหรี่อย่างรุนแรง เช่นการหากิจกรรมอื่นมาทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

5.1.3 การให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเช่น การให้ข้อเท็จจริงว่า การสูบบุหรี่แม้แต่เพียงครั้งเดียวก็สามารถเพิ่มความเสียหายที่ทำให้หวนกลับมาติดยาซ้ำอีกได้ การบอกเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินซึ่งส่วนใหญ่มีอาการมากในช่วง 1-2 สัปดาห์ หลังหยุดสูบบุหรี่ แต่อาจจะยังคงมีอยู่ถึง 1 เดือน อาการถอนนิโคตินประกอบไปด้วยอารมณ์ในเชิงลบ อาการอยากสูบบุหรี่ และขาดสมาธิ เป็นต้น รวมทั้งการบอกให้ทราบถึงกลไกการเสพติดบุหรี่

5.2 การเสริมแรงสนับสนุนและส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา (Providing support and encouragement as part of treatment) แบ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างการรักษา (intratreatment supportive interventions) และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกช่วงเวลาการรักษา (extratreatment supportive interventions)

5.2.1 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างการรักษา (intratreatment supportive interventions) ประกอบไปด้วย

การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยในความพยายามเลิกสูบบุหรี่ เช่น การบอกให้ทราบว่าในปัจจุบันมีวิธีการรักษาการติดยาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ บอกให้ทราบว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่ประมาณครึ่งหนึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว พยายามสื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ให้การรักษามีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

การสื่อสารให้เห็นถึงความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษา เช่นถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะหยุดสูบบุหรี่ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว ความยากลำบาก หรือความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่ แสดงความห่วงใย และความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง

การช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ เช่นถามเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ ความกังวลใจเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ความสำเร็จที่ผู้ป่วยได้รับ และปัญหาความยากลำบากต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างที่เลิกสูบบุหรี่

5.2.2 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกช่วงเวลาการรักษา (extratreatment supportive interventions) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอกเพิ่มเติมจากที่ได้รับอยู่แล้วในโปรแกรมการรักษา ประกอบไปด้วย

การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่จากสังคมแวดล้อม เช่นการให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนฝูง สมาชิกครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน

การให้ความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนได้ทันทีที่ด้วยตนเอง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่ผู้ป่วยสามารถหาความรู้หรือไปขอความช่วยเหลือ ขอกำลังใจ หรือแรงสนับสนุนได้จากที่ใดหรือจากใครบ้าง ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะโทรศัพท์ถึงผู้ป่วยเพื่อเตือนว่าเขาสามารถมาปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือได้เสมอ แนะนำผู้ป่วยว่ามีสถานที่หรือองค์กรชุมชนที่ใดบ้างที่เขาสามารถไปขอความช่วยเหลือได้ เช่น สายด่วน 1600

การจัดให้เกิดแรงสนับสนุนอื่นๆจากภายนอก เช่นการนัดหมายผู้ป่วยอื่นๆที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้มาร่วมในกระบวนการเลิกบุหรี่ด้วยกัน เพื่อที่จะเสริมสร้างกำลังใจและสร้างแรงสนับสนุนซึ่งกันและกันในการพยายามเลิกบุหรี่

6. ยา (Medication) ผู้สูบบุหรี่ทุกคนควรได้รับคำแนะนำการใช้ยาที่ได้รับการรับรองในแนวปฏิบัตินี้ ยกเว้นผู้ที่มีข้อห้ามหรือในบางกลุ่มที่ไม่มีหลักฐานยืนยันว่ายามีประสิทธิภาพเพียงพอ (เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูบบุหรี่ชนิดไร้ควัน ผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณน้อย และในกลุ่มวัยรุ่น) ผู้ให้คำปรึกษาควรอธิบายว่า ยาสามารถช่วยให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จ และช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้อย่างไร การให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้

7. กลุ่มเป้าหมาย (Population) โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบเข้มข้นนำไปใช้ได้กับผู้สูบบุหรี่ทุกคนที่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการ

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดยาสูบแบบเข้มข้นนั้นประกอบไปด้วยการประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูบบุหรี่ โดยรูปแบบของโปรแกรมเป็นลักษณะของการให้คำแนะนำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นด้านการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าสามารถช่วยส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการให้คำแนะนำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา ช่วยทำให้ประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้นั้นมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม ทั้งยังมีราคาสูง และอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ดังนั้นจึงมีการนำการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้เพื่อดูแลรักษาผู้ติดยาสูบด้วย เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต เป็นต้น (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008)

การนวดกดจุดสะท้อน (Reflexology)

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นการดูแลแบบผสมผสาน หรือการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานรูปแบบหนึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม Manipulative and body-based methods ศูนย์การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติภายใต้สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine: NCCAM) ให้ความหมายของการดูแลแบบผสมผสาน หรือการแพทย์ผสมผสาน (Complementary medicine) ว่าเป็นการผสมผสานการแพทย์หลายศาสตร์ร่วมกัน ซึ่งอาจรวมการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์ทางเลือก เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การดูแลแบบผสมผสานแบ่งได้ 5 กลุ่มคือ 1) Whole medical systems 2) Mind-body medicine 3) Biological-based therapies 4) Manipulative and body-based methods และ 5) Energy medicine (NCCAM, 2007)

เมื่อปี ค.ศ.1913 ดร. William Fitzgerald ค้นพบว่าร่างกายมนุษย์สามารถแบ่งเป็น “โซน” ได้ 10 โซน แต่ละโซนมีพลังชีวิตเชื่อมโยงอวัยวะต่างๆในโซนนั้น การออกแรงกดที่บริเวณหนึ่งของร่างกายจะส่งผลถึงบริเวณอื่นที่อยู่ในโซนเดียวกันได้ เรียกว่า Zone Therapy (Braun and Simonson, 2008: 499; Cade, 2002: 5; Cumming, Simpson, and Brown, 2007: 72) ต่อมาในปี ค.ศ. 1930 Eunice Ingham สังเกตพบว่า ฝ่ามือและฝ่าเท้าเชื่อมโยงกับร่างกายตามโซน การออกแรงกดไปที่จุดกดสะท้อนบริเวณฝ่ามือและเท้า จะส่งผลถึงบริเวณต่างๆของร่างกายที่เชื่อมต่อกับจุดที่ออกแรงกดนั้นได้ (Braun and Simonson, 2008: 499; Cumming, Simpson, and Brown, 2007: 72; Xavier, 2007: 11) โดยเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับอวัยวะหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จะพบว่าสัมผัสที่บริเวณปลายประสาทของฝ่ามือและเท้า ซึ่งเป็นการอุดกั้นทางเดินของเส้นพลัง การออกแรงกดนวดเพื่อสลายเม็ดผลึกนั้นออกไปจะทำให้พลังไหลเวียนได้เป็นปกติ สุขภาพก็จะดีขึ้นด้วย (Griffiths, 1996)

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นแนวคิดการบำบัดดูแลแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001; Gunnardottir and Jonsdottir, 2007) โดยการนวดกดจุดสะท้อนนั้นเป็นการกระตุ้นจุดสะท้อนบริเวณฝ่ามือหรือเท้า ซึ่งสามารถส่งผลไปยังทุกส่วนของร่างกายทั้งภายนอกและภายใน ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า รวมถึงอวัยวะภายในและต่อมต่างๆ การนวดแบบธรรมชาติอาจช่วยบรรเทาอาการได้รวดเร็วและล้ำลึก แต่อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ นั้นจะเกิดขึ้นอีกเมื่อผลที่ได้จากการนวดหมดลง ส่วนการกระตุ้นบริเวณจุดสะท้อนจะช่วยให้ร่างกายทนต่ออาการไม่สุขสบายต่างๆได้ในระยะเวลาที่นานกว่า ทั้งนี้เนื่องจากการกระตุ้นถึง

ภายในร่างกาย ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนจึงเป็นการใช้ทั้งการนวดและการกระตุ้นจุดสะท้อน เพื่อให้ช่วยบรรเทาอาการได้รวดเร็วและยาวนานขึ้น (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001: 75-76) นักบำบัดแบบปริเฟลกโซโลยีเชื่อว่า การนวดจะช่วยกระตุ้นให้การไหลเวียนของพลังดีขึ้น (Cade, 20002) ดังนั้นหลักการสำคัญของการนวดกดจุดสะท้อนคือจำเป็นต้องเริ่มจากการนวดก่อน เพื่อเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้สะดวก หลังจากนั้นจึงนวดกดจุดบริเวณตำแหน่งที่ต้องการได้ (เปรมจิตต์ สิริศิริ, 2543)

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นการผสมผสานการใช้แรงกด และการนวดด้วยการใช้นิ้วมือต่อ บริเวณที่มีจุดสะท้อนกลับคือบริเวณเท้า มือและหู (Cumming, Simpson, and Brown, 2007) โดยนักกดจุดสะท้อนเชื่อว่าอวัยวะและทุกระบบของร่างกายมีจุดเชื่อมต่อกัน การนวดบริเวณจุดสะท้อนกลับจะส่งผลต่อไปยังอวัยวะและส่วนอื่นๆของร่างกาย ที่สัมผัสกับจุดต่างๆเหล่านั้นได้ มีความเชื่อว่าโรคต่างๆเกิดจากช่องพลังของร่างกายถูกปิดกั้น การกดจุดสะท้อนจะช่วยสลายบริเวณที่ถูกปิดกั้นนี้ ทำให้พลังงานไหลเวียนได้ใหม่ และช่วยให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Braun and Simonson, 2008; Morey, 2005; Xavier, 2007) โดยการกระตุ้นจุดสะท้อนเหล่านี้ทำให้ร่างกายเกิดกลไกในการเยียวยาตัวเอง (Booth, 2007; Martin, 2007b) ช่วยให้เกิดความสมดุลของพลังงานทำให้การไหลเวียนของพลังในร่างกายเป็นปกติ (Cade, 2002; Wren and Norred, 2003) ช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย (Braun and Simonson, 2008; Martin, 2007a)

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นทั้งการกระตุ้นและการทำให้ผ่อนคลาย (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001) โดยแรงกดซึ่งกระทำต่อบริเวณจุดสะท้อนนั้น จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และน้ำเหลือง รวมทั้งกระแสประสาทให้ปลดปล่อยสารพิษและเอนดอร์ฟินออกมา (Hodgson and Andersen, 2008) การนวดกดจุดสะท้อนจึงช่วยในขบวนการขจัดสารพิษ (Booth, 2007; Cumming, Simpson, and Brown, 2007) ซึ่งจะไปรบกวนการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งยังกระตุ้นให้นำสารอาหารไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายด้วย (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001) นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลงในระดับลึก ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียดได้ (Braun and Simonson, 2008; Cade, 2002; Martin, 2007a; Wren and Norred, 2003)

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ

Shaw and al'Absi (2008) ได้ศึกษาระดับเบต้าเอนดอร์ฟิน ในพลาสมาของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หลังจากอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดพบว่า เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้

ระดับเบต้าเอนดอร์ฟินในพลาสมาลดลง โดยผู้ที่หวนกลับไปสูบบุหรี่ มีระดับเบต้าเอนดอร์ฟินในพลาสมาต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังสามารถหยุดสูบบุหรี่อยู่ได้ และยังมีอาการถอนนิโคตินมากกว่าด้วย จากผลการวิจัยจึงยืนยันว่า ระดับเบต้าเอนดอร์ฟินที่ลดน้อยลงจากการตอบสนองต่อความเครียดนั้น มีความสัมพันธ์กับอาการถอนนิโคตินและการหวนกลับไปสูบบุหรี่ นอกจากนี้ Ward, Swan, and Jack (2001) ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ในระยะ 1 เดือนแรก พบว่า ในช่วงระยะที่เกิดอาการถอนนิโคติน (withdrawal period) หรือในช่วง 3 วันแรกนั้น ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่มีความวิตกกังวลถึง 80% จากงานวิจัยพบว่าความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรุนแรงของอาการถอนนิโคติน (Holly and Morrell, 2007) และพบว่าความวิตกกังวลใช้ทำนายความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินได้ (Morrell, Cohen, and al'Absi, 2008) จะเห็นได้ว่าความเครียดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการถอนนิโคติน ดังนั้นการบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล จึงอาจช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้

การนวดกดจุดสะท้อน ทำให้เกิดการผ่อนคลายในระดับลึก ช่วยลดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า ช่วยลดความเครียดและอาการไม่สบายของผู้ป่วย (Xavier, 2007) การผ่อนคลายในระดับลึก ทำให้ระบบลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง และการนวดการสัมผัสนั้น ยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความเครียด และความวิตกกังวลด้วย (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000) เมื่อความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ย่อมส่งผลให้อาการถอนนิโคตินลดลงด้วย นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลืองรวมทั้งกระแสประสาทให้หลังสารเอนดอร์ฟินออกมา (Hodgson and Andersen, 2008) เอนดอร์ฟินเป็นสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน หลังมาจากสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุขใจซึ่งเรียกว่า Brain reward pathway ได้แก่ สมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area และ nucleus accumbens โดยมีผลต่ออารมณ์และลดปวด ทำให้มีอารมณ์เป็นสุข และสบายใจขึ้น (Shaw and al'Absi, 2008) เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนไปยังสมอง ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้ผู้ที่ได้รับการนวดเกิดความพอใจ มีความสุขสบาย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้เช่นเดียวกับการได้รับนิโคติน

ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่นำมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นการบำบัดทางเลือกวิธีหนึ่ง สำหรับช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตวิญญาณ สามารถอดทนต่ออาการเปลี่ยนแปลงจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้

5. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่า การเสพติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การรักษา และเรียกร้องให้บุคลากรสาธารณสุขรวมพลังกันในการควบคุมการบริโภคนิโคติน จากจรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ หรือ Code of practice on tobacco control for health professional organizations ขององค์การอนามัยโลกข้อ 5 ที่ว่า “ซ้กประวัติการบริโภคนิโคติน และการได้รับควันบุหรี่ของผู้ป่วย แนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ โดยสอดแทรกอยู่ในการปฏิบัติงานประจำ” (World Health Organization, 2005) เป็นจรรยาปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกคาดหวังในบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551) และเป็นหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกคนที่จะต้องร่วมมือกัน ในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ให้หายไปจากผู้ป่วย เจกเช่นเดียวกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆในทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses: ICN) ส่งเสริมให้พยาบาลบูรณาการงานป้องกันผู้สูบบุหรี่ และให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ การบูรณาการงานส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ถือว่ามีความจำเป็น เพราะไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีสุขภาพดีขึ้น แต่ยังช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อีกด้วย (ICN, 2006) จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยปฏิบัติในงานประจำ มีประสิทธิภาพ (Rice, 2006) พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วย และอยู่ในสถานะที่เหมาะสมในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยพยาบาลมีโอกาสที่จะพบกับผู้สูบบุหรี่อยู่เสมอไม่ว่าจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชนก็ตาม มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากต้องการความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ และเป็นโอกาสอันดีของพยาบาลที่จะส่งเสริม สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (O'Connell and Koerin, 1999; Youdan and Queally, 2005)

การป้องกันโรคเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของพยาบาล ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ พยาบาลอยู่ในสถานภาพที่จะป้องกันการสูบบุหรี่ และใช้กลวิธีในการช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่จำนวนมากให้เลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากพยาบาลต้องพบปะผู้คนทุกวัน เป็นจำนวนมากในสถานที่และในสถานการณ์ต่างๆกัน นอกจากนี้พยาบาลยังมีโอกาสและมี

สมรรถนะที่จะประเมินการสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากที่พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจถึงกลไกการเสพติดนิโคตินที่ส่งผลต่อทั้งทางกาย จิต และบทบาทหน้าที่ในสังคม สภาการพยาบาลระหว่างประเทศยังกระตุ้นให้พยาบาลทั่วโลก เข้ามาเป็นแนวหน้าในงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเอาชนะสงครามยาสูบให้ได้ (ICN, 2006)

จากงานวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ เกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 13.8 ที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยพยาบาลส่วนหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้ที่ไม่เพียงพอในการช่วยเหลือผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ หรือขาดทักษะการให้คำแนะนำ/ปรึกษาซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ (Preechawong, 2007) ดังนั้นการพัฒนาความรู้และศักยภาพของพยาบาลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เพราะจะทำให้พยาบาลที่ต้องรับผิดชอบมีความมั่นใจและมีขวัญกำลังใจที่จะปฏิบัติงานมากขึ้น หากพิจารณาสถานการณ์การแพร่ระบาดของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในปัจจุบันนี้ต่างเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การไม่ออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ ดังนั้นการชี้แนะให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญของตนในการควบคุมยาสูบ จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่หน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกัน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการควบคุมยาสูบมากขึ้น (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550)

บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) มีดังนี้

1. การเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งไม่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจำหน่าย หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์บุหรี่ไม่ว่ารูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง
2. บทบาทด้านการให้ความรู้ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับบทบาทความรับผิดชอบของตนในฐานะที่เป็นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่จะต้องป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ และส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในด้านการให้การศึกษา ให้ข้อมูลและชี้แนะเพื่อสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงบทบาทในเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคือ เด็กวัยรุ่นและหญิงวัยทำงาน และการจัดการได้รับควันบุหรี่มือสอง เป็นความท้าทายของทุกวิชาชีพสุขภาพในการควบคุมยาสูบ

โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทพยาบาลในยุคปฏิรูประบบสุขภาพนี้เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการแก้ไข ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนากลยุทธ์ใหม่ในการทำงานเชิงรุก โดยผสมผสานระหว่างการใช้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนาน บันเทิง เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน พยาบาลต้องมีความสามารถในการบูรณาการและมีความสามารถในการใช้หลักฐานอ้างอิง บูรณาการผลการวิจัย ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประสพการณ์ของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางการตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้

3. บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน การดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ผ่านมา พยาบาลส่วนมากยังมีลักษณะการทำงานเชิงเดี่ยว ขาดการประสานงานหรือร่วมมือกันเป็นทีม ดังนั้นพยาบาลควรปรับเปลี่ยนวิธีการและกระบวนการทำงาน เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรพยาบาลด้วยกันเอง และระหว่างสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกทีมสุขภาพ

4. บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบ พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ที่ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ โดยพยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในฐานะผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้พยาบาลประจำการในการประเมินความพร้อม ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงแนวทางการให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกัน

5. บทบาทผู้ให้การดูแล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากในการทำงานแต่ละวันนั้น พยาบาลมีโอกาที่จะพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และครอบครัวในสถานที่ต่าง ๆ กันทั้งในตึกผู้ป่วยนอกและในตึกผู้ป่วยใน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่อีกด้วย พยาบาลควรมีการประยุกต์แนวปฏิบัติ 5 As' ในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการลด ละ หรือเลิกการสูบบุหรี่ และช่วยสนับสนุนด้านกำลังใจให้ผู้รับบริการมีความพร้อมมากขึ้น ควรมีการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล และมีการวางแผนดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลควรติดตามความก้าวหน้าของการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเพื่อการให้กำลังใจและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

6. บทบาทด้านการวิจัย การทำวิจัยแล้วนำผลการวิจัยออกมาเผยแพร่แก่สาธารณะ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบ พยาบาลสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนา งานวิจัย ซึ่งเป็นอีกมาตรการหนึ่งในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ที่ประเทศไทยต้องดำเนินการ สำหรับในวิชาชีพพยาบาลนั้นพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการ เลิกบุหรี่ในประเทศไทยยังมีอยู่ไม่มากนัก ดังนั้นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เป็นการทำวิจัยที่เป็นความต้องการของประเทศและนานาชาติ นอกจากนี้พยาบาลควรเพิ่มบทบาทใน การทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการศึกษาวิจัยเชิงนโยบายร่วมกับ บุคลากรวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น

สรุปบทบาทสำคัญของพยาบาลในการควบคุมยาสูบคือ บทบาทในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบ โดยการชักชวน โน้มน้าวให้อยากเลิกสูบบุหรี่ ให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ อนามัยที่ชัดเจน สร้างแรงจูงใจ เป็นกำลังใจให้ผู้เลิกบุหรี่มีจิตใจที่เข้มแข็ง ให้คำปรึกษากับผู้ติด บุหรี่และครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ช่วยพัฒนาโดยการจัดกิจกรรม พฤติกรรมบำบัด เสริมสร้างกำลังใจในการเผชิญความเครียดต่างๆ ในชีวิตและพัฒนาวิธีการแก้ไข ความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างถาวร ซึ่งในกระบวนการของการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด นั้นพยาบาลสามารถเป็นผู้ที่อำนวยความสะดวก รับฟังปัญหา เสนอทางเลือกต่างๆที่เป็นไปได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรือกับผู้สูบบุหรี่คนอื่นๆ ที่สามารถเลิกได้สำเร็จแล้ว พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางไกลผ่านเครื่องมือสื่อสารต่างๆ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต จดหมาย หรือไปรษณีย์บัตร เป็นต้น ระบบเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ที่ต้องการ เลิกบุหรี่รู้สึกว่าได้เผชิญกับความรู้สึกขาดบุหรี่แต่เพียงลำพัง เมื่อใดที่ต้องการคำแนะนำหรือ ความช่วยเหลือจะสามารถเข้าถึงการบริการได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้เลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการถอนนิโคตินรุนแรง และพยาบาลยังสามารถทำวิจัยองค์ความรู้ใหม่ใน การช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ โดยมี ส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆ เกิดขึ้น โดยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างค่านิยมในการ ไม่สูบบุหรี่ เช่นการจัดนิทรรศการ การฉายวิดีโอทัศน์ เป็นต้น พยาบาลสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้วย การไม่สูบบุหรี่ ร่วมผลักดันการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่ประกาศใช้แล้วใน ประเทศไทยให้มีผลบังคับใช้อย่างจริงจังและเข้มงวด และสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่ ช่วยเสริมให้มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบขยายผลกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

จิตติมา พุ่มพรวณ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน ค่ายกาวิละ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 นายเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow (1986) มี 5 ขั้นตอนคือ 1) วิธีการทำให้ไม่พึงพอใจ 2) การควบคุมสิ่งเร้าและเลือกลักษณะพฤติกรรม 3) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายและการทำสัญญากับตนเอง 4) การเตือนตนเอง 5) การทำให้พฤติกรรมคงอยู่ ผลการวิจัยพบว่าข้าราชการทหารชั้นประทวนสูบบุหรี่ในปริมาณและความถี่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราภรณ์ เนียมมฤช และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ (2002) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ประกอบไปด้วย 1) การประเมินความพร้อมความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 3) การให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) การติดตามประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนีย์วรรณ กันทากาศ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความมั่นใจของผู้ป่วยที่จะเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 60 คนแบ่งเป็นสองกลุ่มด้วยวิธีจับคู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เมื่อออกจากโรงพยาบาล

การรับรู้ผลที่ตามมาจากการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Galvin, Webb, and Hillier (2000) ศึกษาผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนปลายที่สูบบุหรี่ ประเมินโดยใช้ตัวแปรด้านเจตคติ โดยใช้ทฤษฎี การกระทำตามแผนในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลิกบุหรี่ หรือสูบบุหรี่ต่อไปเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดส่วนปลาย ประเมินการเปลี่ยนแปลงเจตคติภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากพยาบาล โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ตัวแปรอิสระคือโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรตามคือความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ใน 4 สัปดาห์หลังจากเริ่มโปรแกรมและเจตคติต่อการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ สุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มๆที่ 1 ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับ นิโคตินทดแทนในรูปของหมากฝรั่ง กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาล ตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษา แบบสัมภาษณ์เป็น ความเชื่อที่ใช้คำคุณศัพท์แบบชั่วคราว ประกอบด้วยมาตราส่วน 7 ช่วงตั้งแต่ -3 ถึง 3 โดยคะแนนสูง แสดงถึงเจตคติและการรับรู้ในการเลิกบุหรี่ที่สูง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ให้โดย พยาบาลมีผลทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยในกลุ่ม 1 และ 2 มีความตั้งใจใน การเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

Quist-Paulsen and Gallefoss (2003) ศึกษาผลของการช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่โดยพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจจำนวน 240 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 118 คน กลุ่มควบคุม 122 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมเริ่มหลังจากผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้ชมวิดีโอ และได้รับ คู่มือคำแนะนำการเลิกบุหรี่ บอกประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการเลิกบุหรี่ และหากยังคงสูบ ต่อไปอาจทำให้เกิดอาการของโรคหัวใจขึ้นอีกได้ มีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจาก จำหน่าย 2 วัน, 1 สัปดาห์, 3 สัปดาห์, 3 เดือน และ 5 เดือน เมื่อครบ 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะ ได้รับคำปรึกษา และเสริมแรงจูงใจจากพยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ เพื่อป้องกันการหวน กลับไปสูบ ส่วนผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ พยาบาลให้คำแนะนำเพิ่มเติมและสนับสนุนให้กำลังใจ ต่อไป ประเมินผลเมื่อครบ 12 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ถึง 50% ส่วนกลุ่ม ควบคุม เลิกบุหรี่ได้เพียง 37%

Fung et al. (2005) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่ใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคระบบทางเดินหายใจที่สูบ

บุหรี่ยังจำนวน 216 ราย กลุ่มควบคุม 187 ราย โปรแกรมประกอบด้วยการทำพฤติกรรมบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่ โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์หลังจากพบกันในครั้งแรก 3 วัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 สัปดาห์ ประเมินการเลิกบุหรี่เมื่อครบ 3 เดือนและ 12 เดือน โดยประเมินจากรายงานด้วยตนเองและการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อครบ 3 เดือนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเลิกบุหรี่ได้ และการตรวจหาสารคาร์บอนมอนอกไซด์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อครบ 12 เดือนสามารถเลิกบุหรี่ได้ 68 ราย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพ ทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง และช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้จำนวนหนึ่ง และการติดตามผู้ป่วยเพื่อจูงใจและให้กำลังใจทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน

Hernandez-Reif, Field, and Hart. (1999) ศึกษาผลของการนวดตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลและอาการถอนนิโคตินจากการหยุดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงจำนวน 20 คนสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 10 คนและกลุ่มควบคุม 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนให้นวดมือและนวดหูตนเองนาน 5 นาที เพื่อระงับอาการอยากบุหรี่และใช้การนวดแทนช่วงเวลาสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมแนะนำให้ใช้วิธีเดิมที่ผู้สูบบุหรี่เคยใช้เมื่ออยู่ในสถานะที่ไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ ประเมินผลก่อนนวดและทันทีหลังการนวด พบว่าในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและอาการอยากบุหรี่ยลดลง ติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลและอาการถอนนิโคตินลดลง อัตราการสูบบุหรี่ต่อวันลดลง

McCleron, Westman, and Rose (2004) ศึกษาการควบคุมการหายใจต่ออาการถอนนิโคติน โดยให้ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่วันที่เที่ยงคืนตรวจสอบจากปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออกที่น้อยกว่า 20 ppm กลุ่มควบคุมทำแบบวัดอาการถอนนิโคตินทุกชั่วโมงเริ่มที่ 8, 9, 10, 11, และ 12 นาฬิกา ส่วนกลุ่มทดลองทำแบบวัดอาการถอนนิโคติน 2 ครั้ง โดยทำทันทีก่อนและหลังการควบคุมการหายใจ ผู้วิจัยสอนการหายใจแบบลึกทุก 30 นาทีในระหว่าง 4 ชั่วโมง โดยเลียนแบบพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ให้สูดหายใจเข้าลึกๆ 5 วินาทีที่กลั้นลมหายใจไว้ 2 วินาที จากนั้นผ่อนลมหายใจออกช้าๆนาน 5 วินาที ให้ทำซ้ำเช่นนี้ทุก 30 วินาที รวม 5 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมการหายใจช่วยลดอาการถอนนิโคติน อาการอยากบุหรี่และความรู้สึกเชิงลบได้

Ussher et al. (2006) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบการใช้แรงต้านต่ออาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคติน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มออกกำลังกายแบบใช้

แรงต้านทำนองเป็นเวลา 5 นาที (กลุ่มทดลอง) (2) การนึ่งภาพร่างกาย โดยให้นึ่งนี้ถึงภาพร่างกาย ส่วนต่างๆ 5 แห่งเป็นเวลา 5 นาที (กลุ่มควบคุม) (3) กลุ่มที่นั่งเฉยๆ (กลุ่มควบคุม) ประเมินอาการ ถอนนิโคติน 6 ระยะคือ ก่อนทดลอง 5 นาที, หลังทดลองทันที, หลังการทดลอง 5, 10, 15, 20 นาที ผลการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านช่วยลดอาการอยากบุหรี่ และอาการถอน นิโคตินได้

Cropley, Ussher, and Charitou (2007) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการ ถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ โดยกลุ่มทดลองได้รับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการ นึ่งภาพร่างกายตามเสียงที่ได้ยิน เริ่มจากการฟังความสนใจไปที่ลมหายใจโดยรวบรวมสมาธิอยู่ที่ บริเวณท้อง จากนั้นเปลี่ยนไปส่วนต่างๆของร่างกายเป็นเวลา 10 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมให้ฟังเสียง ทั่วๆไปนาน 10 นาที ประเมินอาการถอนนิโคตินทั้งสองกลุ่มหลังทดลองทันที, 5, 10, และ 15 นาที ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองมีอาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคตินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Wu et al. (2007) ศึกษาการฝังเข็มที่ใบหูในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 59 คน ได้รับการฝังเข็มที่ใบหู 4 จุดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม 59 คนได้รับการฝังเข็มที่ใบหูในตำแหน่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับการช่วยเลิกบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่ามี อัตราการสูบบุหรี่ลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่คะแนนอาการถอนนิโคตินลดลงเฉพาะในกลุ่มทดลอง

สรุปได้ว่า การดูแลแบบผสมผสานหลายชนิดมีประสิทธิผล สามารถนำมาช่วยในการลด อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้มากขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อน

นงลักษณ์ พรหมติงการ (2545) ศึกษาผลของการนวดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม มีการสุ่มเพื่อรับการนวดเท้าครั้งที่ 1 นวดเท้าครั้งที่ 2 และไม่ได้รับการนวดเท้า สลับกันไปในแต่ละกลุ่ม โดยใช้การนวดแผนไทย 45 นาที ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการนวดเท้า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการนวดเท้า และคะแนนความแตกต่างของความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการนวดเท้ามากกว่าไม่ได้รับการนวดเท้า

ศิริพร พันธุ์พริ้ม (2549) นำแนวคิดทฤษฎีของกลุ่มอาการไม่สบายมาใช้ในการศึกษา เปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองแล้ว และ

ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งการจัดกระทำนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดอาการไม่สบายของ Lenz และคณะ (1997) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จิรพรรณ เจริญพร (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่าง 45 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ใช้เวลาในการนวด 30 นาที โดยการให้ข้อมูลและการนวดทำในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษา ประเมินคุณภาพการนอนหลับในช่วงเช้าวันที่ 2, 3, และ 4 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในวันที่ 1 และ 2 ระหว่างทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในวันที่ 3 มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มควบคุม

ร่วมรัตน์ หลีสุข (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า 30 นาที ประเมินผลหลังการนวด 10 นาที ผลการวิจัยพบว่า อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และอาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สุภาทิพ เกษตรลักษณ์ และชนกพร จิตปัญญา (2550) นำแนวคิดทฤษฎีของกลุ่มอาการไม่สบายมาใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย และการพยาบาลตามปกติต่อกลุ่ม

อาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับข้อมูลเรื่องการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ ก่อนผ่าตัด 1 วัน และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับข้อมูลเรื่องการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ ก่อนผ่าตัด 1 วัน และการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยในวันหลังผ่าตัด วันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 ประเมินกลุ่มอาการไม่สบายหลังผ่าตัดวันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย มีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายต่ำที่สุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายสูงที่สุด

พภาพร วิมุกตะลพ (2551) ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 30 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้า 30 ราย ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความเครียดและความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Poonsaard (2000) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าต่อความปวดและการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 30 ราย โดยทุกรายเป็นกลุ่มควบคุมในตนเอง หลังได้รับการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจริงรวมเป็นเวลา 30 นาที รวม 3 วัน หลังจากนั้นจะได้รับการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าหลอกนาน 30 นาทีรวม 3 วัน ส่วนอีกกลุ่มจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าหลอกก่อน แล้วจึงได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจริง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจริงมีความปวดลดลง รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

Chainakin (2006) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่มือต่ออาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบสลับ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 ราย แต่ละรายได้รับการสุ่มเข้าสู่ระยะทดลองและระยะควบคุม ระยะทดลองจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มือแบบจริง และในระยะควบคุมจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มือแบบหลอก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ คู่มือการนวดกดจุดสะท้อนที่มือในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยในระยะทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มือแบบจริง มีระดับคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียน ต่ำกว่าในระยะควบคุมที่ได้รับการนวดกด

จุดสะท้อนที่มีแบบหลอก หลังการทดลองเสร็จทันทีและหลังจากการทดลอง 120 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนส่งผลต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ลดความตึงเครียด ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเพิ่มความรู้สึกสบาย สามารถนำมาใช้เพื่อบรรเทาและบำบัดอาการต่างๆ ในผู้ป่วยได้ เช่น ลดความปวด ความวิตกกังวล ความเครียด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสานต่อความเครียดและความวิตกกังวล

อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ศึกษาผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงเกิ้ลต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการบริหารแนวซิงเกิ้ล 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

ทัศนีย์ เชื้อมทอง (2542) ศึกษาผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุแรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คนแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแล 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพูดคุยโดยไม่มีสัมผัส 2 กลุ่ม ในการทดลองใช้เวลาในการสัมผัสและพูดคุยประมาณ 20 นาที โดยให้การสัมผัส 3 ครั้งแต่ละครั้งนาน 1, 2, และ 4 นาทีตามลำดับ หลังจากสิ้นสุดการสัมผัสแล้วรอเวลา 15 นาทีต่อมา ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทของสปิลเบอร์เกอร์ ในกลุ่มทดลองที่ไม่ได้รับการสัมผัส ใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 20 นาที หลังจากนั้น 15 นาที ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวล ผลการวิจัยในกลุ่มที่มีการวัดความวิตกกังวลก่อนการทดลองพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัส มีผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพูดคุย และผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีการวัดความวิตกกังวลก่อนการทดลองพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัสมีค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเฉพาะการพูดคุย และผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม

ขวัญตา เพชรมณีโชติ (2543) ศึกษาผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความวิตกกังวลสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อพัชชา ผ่องญาติ (2543) ศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนความวิตกกังวลขณะได้รับเคมีบำบัดและความวิตกกังวลแฝงหลังฝึกปฏิบัติสมาธิน้อยกว่าก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ

นิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย โดยโปรแกรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล 1 ครั้งเป็นเวลา 45-60 นาที ทบทวนความรู้อีก 1 ครั้งใช้เวลา 15-30 นาที และทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามเทปบันทึกเสียงของกรมสุขภาพจิตโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำในการฝึกจำนวน 3 ครั้งๆละ 30 นาที และแจกเทปบันทึกเสียงให้ผู้ดูแลนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety Inventory) ของสปีลเบอร์เกอร์ ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

รัชนิกร ใจคำสืบ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายแบบแอโรบิคระยะเวลา 8 สัปดาห์ๆละ 3 ครั้งๆละ 30-40 นาที ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ศรินยา ฉันทะปรีดา (2549) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่าง 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โปรแกรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและโยคะ และการปฏิบัติโยคะ 5 ครั้งโดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตและ

ให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม จากนั้นให้กลุ่มทดลองกลับไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านนาน 4 สัปดาห์ ละไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที เป็นอย่างน้อย ประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Puang-Ngern (2001) ศึกษาประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ ความจุปอด และความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในระยะทดลองกลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีที่ได้เลือกด้วยตนเองทางเครื่องหูฟังเป็นเวลา 30 นาที สำหรับระยะควบคุมได้รับการใส่เครื่องหูฟังโดยไม่มีเสียงดนตรีเป็นเวลา 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีบำบัดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจมีระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิตลดลงมากกว่าระยะควบคุม รวมทั้งความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะควบคุม

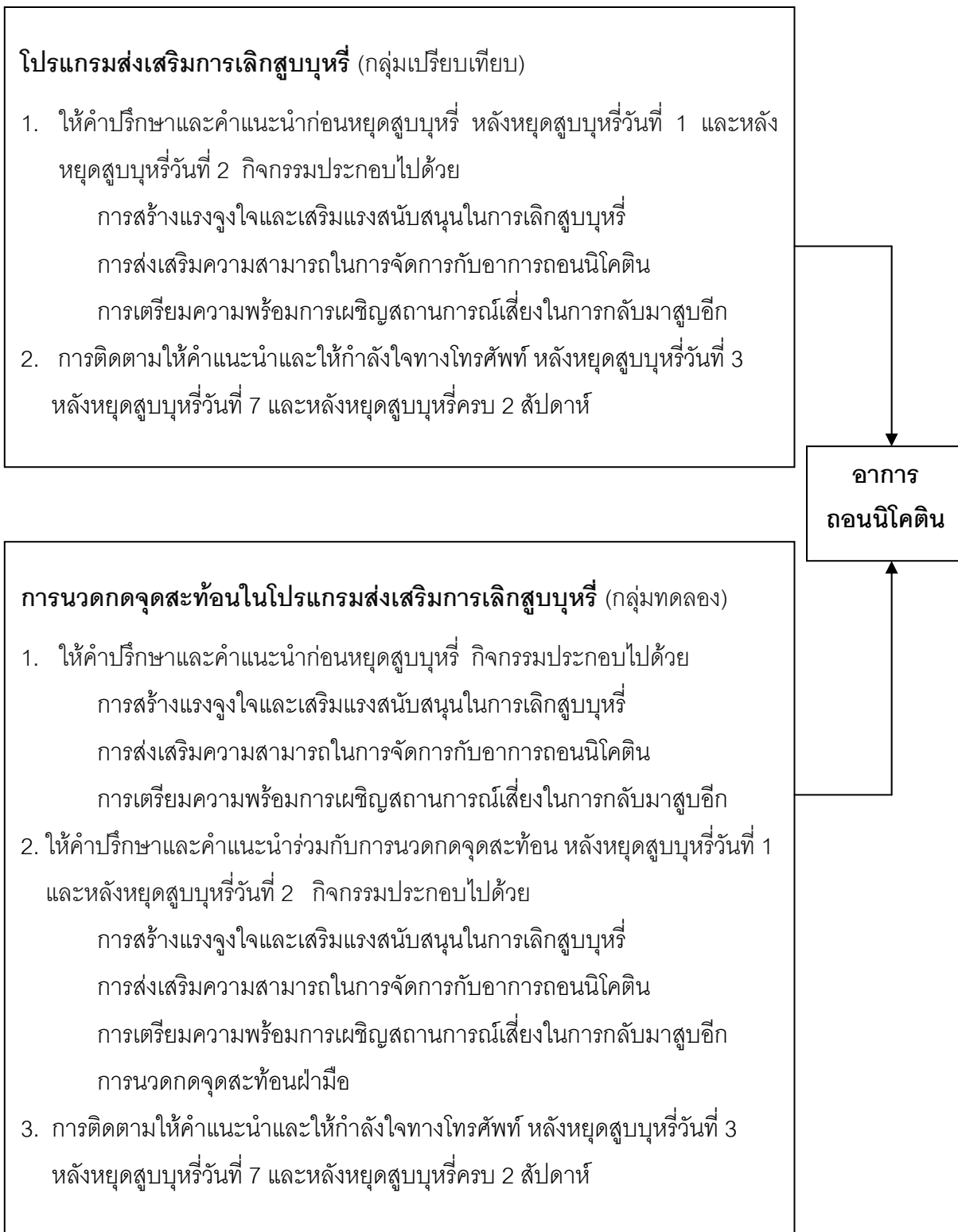
Kim et al. (2001) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดมือต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการนวดมือ 5 นาที ก่อนเข้ารับการผ่าตัด วัดระดับความวิตกกังวลจาก Visual Analog Scale และประเมินระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร โดยวัดก่อน-หลังการนวดมือ และ 5 นาที ก่อนผ่าตัดเสร็จ นอกจากนี้ยังวัดระดับ Epinephrine, norepinephrine, cortisol, blood sugar, neutrophil, และ lymphocyte ผลการศึกษาพบว่าหลังการนวดมือ ระดับความวิตกกังวล ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรลดลงต่ำกว่าก่อนนวดมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ epinephrine และ norepinephrine ในกลุ่มทดลองลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับ epinephrine, norepinephrine, และ cortisol เพิ่มขึ้น สรุปผลการวิจัยได้ว่าการนวดมือช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Chontichachalalauk (2004) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวล การตอบสนองทางสรีระ และตัวแปรในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระหว่างหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ออกแบบให้ผู้ป่วยทุกรายเป็นกลุ่มควบคุมในตนเอง โดยระยะทดลองผู้ป่วยจะได้รับฟังดนตรีนาน 30 นาที และในระยะควบคุมจะไม่ได้ฟังดนตรี ลำดับก่อนหลังของทั้งสองระยะใช้วิธีจับฉลาก ผลการศึกษาพบว่าขณะที่ได้ฟังดนตรีบำบัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวล อัตราการหายใจและความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงมากกว่าขณะที่ไม่ได้ฟังดนตรี

Chinaworapong (2005) ศึกษาเรื่องการนวดตนเองเพื่อลดความเครียดในบุคลากรโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียด และประสิทธิภาพของโปรแกรมการลดความเครียด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน สุ่มคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุมอีก 30 คน ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังจากฝึกนวดตนเองในกลุ่มทดลองลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มหลังผ่านระยะการฝึกโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าการนวดตนเองมีผลลดระดับความเครียดในบุคลากรโรงพยาบาลอ่าวอุดม

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานชนิดต่างๆสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยเลือกการนวดกดจุดสะท้อนเพราะส่งผลต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพิ่มความรู้สึกสบาย นอกจากช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลได้แล้ว ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แสดงถึงความดูแลเอาใจใส่และความปรารถนาดีอย่างจริงใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ พึ่งพอใจ ซึ่งช่วงที่เกิดอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่นั้น เป็นช่วงที่ต้องการความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และกำลังใจเป็นอย่างมาก ในการต่อสู้กับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นระหว่างเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นหากนำการนวดกดจุดสะท้อนมาใช้ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ สัมผัสบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับจากการนวดกดจุดสะท้อน จะช่วยลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง (The Posttest Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เปรียบเทียบกับผลของการนัดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคติน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่
		วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 7
กลุ่มเปรียบเทียบ	O ₁ X ₁	O ₂ X ₁	O ₃ X ₁	O ₄	O ₅
กลุ่มทดลอง	O ₆ X ₁	O ₇ X ₁ , X ₂	O ₈ X ₁ , X ₂	O ₄	O ₁₀

- O₁, O₆ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินก่อนหยุดสูบบุหรี่
- O₂, O₇ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1
- O₃, O₈ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
- O₄, O₉ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3
- O₅, O₁₀ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7
- X₁ หมายถึง การให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่
- X₂ หมายถึง การนัดจุดสะท้อนฝ่ามือ

เนื่องจากลักษณะของตัวแปรตาม คืออาการถอนนิโคตินมีความแตกต่างจากอาการทั่วไปอื่นๆ โดยลักษณะของการเกิดขึ้นและการลดลงของอาการถอนนิโคตินแปรเปลี่ยนไปตามช่วงระยะเวลา โดยอาการถอนนิโคตินจะเกิดขึ้นทันทีภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ อาการจะเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากนั้นอาการจะลดลง และจะลดลงในระดับเดียวกับระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ประมาณ 2 สัปดาห์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบการวิจัยแบบวัดซ้ำหลังการทดลอง โดยมีการประเมินอาการถอนนิโคตินเป็นระยะๆ เริ่มตั้งแต่ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ (ซึ่งในระยะนี้ผู้วิจัยกำหนดให้อยู่ภายในช่วงระยะเวลา 1-7 วัน) หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งชายและหญิงที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งชายและหญิงที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 60 คน จัดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ตามเกณฑ์ของ Polit and Hunger (1999) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. อายุ 18-59 ปี
2. เป็นผู้สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน
3. มีระดับการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลางถึงมาก ประเมินจาก Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ของ Heatherton et al. (1991)

4. มีความประสงค์ที่จะหยุดสูบบุหรี่ขณะเข้าร่วมโปรแกรม
5. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
7. ไม่ได้ใช้ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการทดลอง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างหวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

ในระหว่างดำเนินการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งหวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันหาทริคในการแก้ไข ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ พร้อมกับกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างที่หวนกลับไปสูบบุหรี่พยายามเริ่มต้นเลิกบุหรี่ใหม่ อย่่างไรก็ตาม จากการติดตามประเมินผลภายหลังดำเนินการทดลองครบ 7 วัน มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้จนถึง 7 วัน จำนวน 41 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 19 คนรายงานว่าจะไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 7 วัน ที่ดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หวนกลับไปสูบบุหรี่ในระยะ 1-3 วันแรกหลังจากหยุดสูบบุหรี่ โดยมีการสูบบุหรี่ 1-2 มวนต่อวัน ในระหว่างการทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คนที่หยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 7 วัน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน และกลุ่มทดลอง 19 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีความสนใจโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่หรือร่วมกับการนัดจุดสะท้อน ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน หากมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นนำรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เรียงลำดับไว้แล้ว มาจับคู่ (Matched pair) กำหนดให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันจนครบ 30 คู่ จัดให้รายชื่อแรกของแต่ละคู่อยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนรายชื่อในลำดับหลังอยู่ในกลุ่มทดลอง กำหนดให้แต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้

1) เพศเดียวกัน จากการสำรวจรายชื่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ ไม่พบผู้สูบบุหรี่เพศหญิง ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีแต่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายเท่านั้น

2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุที่แตกต่างกันจะมีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความอดทนต่ออาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น

3) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันไม่เกิน 5 มวน โดยแบ่งจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ออกเป็น 2 ช่วงคือ 10-15 มวนต่อวัน และ 16-20 มวนต่อวัน ผู้วิจัยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในช่วงเดียวกัน เนื่องจากจำนวนมวนที่สูบต่อวันแสดงถึงระดับการติดสารนิโคติน โดยระดับของการติดสารนิโคตินต่างกันจะมีความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินแตกต่างกัน (USDHHS, 1988) หากผู้สูบบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แสดงว่าหากหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

4) จำนวนวันที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยแบ่งระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ ออกเป็น 5 ช่วงคือ 0 วัน 1-14 วัน 15-30 วัน > 1 เดือน และ > 1 ปี เนื่องจากระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่แสดงถึงระดับการติดสารนิโคติน และความตั้งใจ ความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551) ผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะเวลานานกว่าเป็นการแสดงถึงความสามารถในการหาทางจัดการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการถอนนิโคตินได้ดีกว่า จึงอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้มากกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน โดยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และจากข้อแนะนำตามแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบ (Clinical Practice Guideline) ของ the US Department and Human Services (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ร่วมกับการดูแลแบบผสมผสานและการนวดกดจุดสะท้อน เพื่อใช้ในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในผู้ที่ยุติสูบบุหรี่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ การดูแลแบบผสมผสาน การนวดกดจุดสะท้อน แนวคิดอาการไม่สุขสบาย เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

3. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน กำหนดจำนวนครั้งที่จะพบกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการ และติดตามประเมินผลของกิจกรรม

4. สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่

4.1 แผนการสอนเรื่องการเสพติดบุหรี่ กลไกการติดยาสูบ อาการถอนนิโคติน และวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่

4.2 คู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน เนื้อหาประกอบไปด้วย อาการถอนนิโคติน และวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน วิธีการเตรียมตัวก่อนเลิกสูบบุหรี่ และวิธีปฏิบัติหลังเลิกสูบบุหรี่

4.3 คู่มือการนวดกดจุดสะท้อน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ การเตรียมตัวก่อนนวด วิธีและขั้นตอนในการนวด รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนและระยะเวลาในการนวด

5. สร้างโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อน ดังต่อไปนี้

5.1 กิจกรรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ 3 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 3 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 รายละเอียดของกิจกรรมประกอบไปด้วย

การสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการให้ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก เพื่อนำมาเป็นประเด็นในการจูงใจและแก้ปัญหา กระตุ้นให้ระบุแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

การส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพติดนิโคติน และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีการที่ถูกต้องในการบรรเทาอาการถอนนิโคติน พร้อมทั้งสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสบการณ์อาการถอนนิโคติน และวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการต่อสู้กับอาการถอนนิโคติน

วางแผนการเลิกสูบบุหรี่ และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการกลับมาสูบบุหรี่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ พร้อมกับวางแผนและฝึกวิธีในการรับมือกับสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นนั้น แนะนำการเตรียมตัวก่อนหยุดสูบบุหรี่และวิธีปฏิบัติขณะหยุดสูบบุหรี่ กำหนดวันเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่

5.2 กิจกรรมการนัดจุดจุดสะท้อนฝ่ามือ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนัดจุดจุดสะท้อนฝ่ามือ 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 2 หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาและคำแนะนำในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ผู้วิจัยประยุกต์วิธีการนัดจุดจุดสะท้อนฝ่ามือมาจากการนัดจุดจุดสะท้อนของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อดาว์ดีย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์

5.3 การติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจทางโทรศัพท์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 ครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนวันที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ สาเหตุที่เคยเลิกสูบ สาเหตุที่ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกสูบในครั้งนี้ และประวัติการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Heatherton et al. (1991) เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

เป็นแบบทดสอบที่มีการนำมาใช้มากที่สุด ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม 2 องค์ประกอบ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนค่าความตรงของเครื่องมือในการประเมินการติดยาโคติน โดยมีค่าความเที่ยง .56 - .70 (Piper, McCarthy, and Baker, 2006) กำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 1 หรือจาก 0 ถึง 3 (ขึ้นอยู่กับข้อคำถาม) มีคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือ ต่ำกว่า 4 คะแนนหมายถึงติดยาโคตินน้อย 4 - 6 คะแนนหมายถึงติดยาโคตินปานกลาง และ 7 - 10 คะแนนหมายถึงติดยาโคตินมาก

ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งเป็นฉบับดัดแปลงโดยศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการถอนนิโคติน The Minnesota Withdrawal Scale-Revised ของ Hughes และ Hatsukami (2008) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เป็นแบบวัดจากรายงานด้วยตัวเอง ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่ามีความรุนแรงของแต่ละอาการในระดับใด จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีอาการหรือความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมาก หมายถึง มีอาการหรือความรู้สึกนั้นมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน

ดังนั้นแบบวัดอาการถอนนิโคติน The Minnesota Withdrawal Scale (MNWS) จึงมีคะแนนรวมทั้งสิ้นตั้งแต่ 0 - 36 คะแนน โดยคะแนนรวม = 0 หมายถึง ไม่มีอาการถอนนิโคตินเลย คะแนนรวม = 36 หมายถึง มีอาการถอนนิโคตินรุนแรงมากที่สุด

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ MNWS ในการประเมินอาการถอนนิโคติน เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือประเมินอาการถอนนิโคตินอื่นๆแล้ว มีคุณสมบัติในการวัดไม่แตกต่างกัน แต่ได้เปรียบที่ MNWS มีข้อคำถามสั้นกระชับรัด (Etter and Huhges, 2006; West et al., 2006) จึงช่วยลดภาระแก่ผู้ตอบเมื่อต้องทำแบบวัดนี้ซ้ำหลายๆครั้ง (Patten and Martin, 1996) และอาการที่ประเมินในแบบวัด MNWS ส่วนใหญ่ตรงกันกับเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM-IV อีกด้วย จากงานวิจัยพบว่ามีค่าความเที่ยงตั้งแต่ .80 -.85 (Cappelleri et al., 2005; Etter and Huhges, 2006)

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการถอนนิโคติน The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) ของ Welsch et al. (1999) เครื่องมือประกอบด้วย 28 ข้อคำถามจาก 7 องค์ประกอบคือ โกรธง่าย, วิดกกังวล, ไม่มีสมาธิ, อยากสูบบุหรี่, หิวบ่อย, รู้สึกเศร้า และนอนไม่หลับ ค่า Coefficient alpha ของแต่ละองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ .75-.93 โดยแบ่งเป็นคำถามในทิศทาง

เดียวกับอาการ 20 ข้อ คำถามในทิศทางตรงกันข้ามกับอาการ 8 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 0 คะแนน ระดับคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-112 คะแนน ค่าคะแนนมาก หมายถึงมีอาการถอนนิโคตินมาก ค่าคะแนนน้อย หมายถึงมีอาการถอนนิโคตินน้อย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) เพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ MNWS เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ประเมินอาการถอนนิโคตินพบว่า เครื่องมือทั้งสองชนิดมีคุณสมบัติในการวัดไม่แตกต่างกัน (Etter and Huhges, 2006; West et al., 2006)

เครื่องมือกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของ สุชาติพ เกษตรลักษมี โดยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่างๆเกี่ยวกับความสุขสบายที่ได้รับจากการนวดในระดับใด (เช่น รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกสบายใจขึ้น เป็นต้น) แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีผล หมายถึงกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้สึกนั้นเลยให้ 0 คะแนน จนถึงมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกนั้นมากให้ 4 คะแนน

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือแล้ว ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในช่วง 87.5 – 90 % ดังนั้นจึงถือว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน แผนการสอนเรื่อง การเสพติดบุหรี่ กลไกการติดยา นิโคติน อาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน และคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคตินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไป

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คนที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และเชี่ยวชาญในด้านการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรม ความเหมาะสมของเนื้อหาและสื่อที่ใช้กับแผนการสอน ความเหมาะสมของเนื้อหาในคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 4 คนประกอบด้วย

1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน

1.1.3 ที่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1 คน

1.1.4 อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นและมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหา และรายละเอียดของโปรแกรมฯ แผนการสอน และคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน สรุปได้ดังนี้

1) โปรแกรมฯ

1.1) ปรับการเขียนโปรแกรมโดยทำเป็นตาราง เพื่อให้เห็นกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน และเพิ่มการระบุเป้าหมายของแต่ละกิจกรรม

1.2) เพิ่มคำถามถึงสาเหตุของความพยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้งแต่ไม่สำเร็จเพราะอะไร

1.3) ประเมินอาการในวันที่ 7 หลังหยุดสูบบุหรี่ แทนการประเมินในวันที่ 14

2) แผนการสอน

2.1) ทบทวนความถูกต้องของเนื้อหาบางตอน

2.2) แผนการให้ความรู้และเนื้อหาไม่ควรอธิบายเป็นคำพูด ให้เขียนเฉพาะเนื้อหาและ

สาระ

2.3) ปรับการใช้ภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น

2.4) เพิ่มการให้ข้อมูลสารพิษ และสารก่อมะเร็งในบุหรี่

3) คู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน

3.1) ปรับปรุงคู่มือให้มีความแปลกใหม่ เพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วน

3.2) เพิ่มเติมรูปภาพให้มากขึ้น และปรับเปลี่ยนบางภาพให้สอดคล้องกับคู่มือ

1.2 ผู้วิจัยนำคู่มือการนัดจุดสะทอน ที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของทุกกิจกรรมตั้งแต่การเตรียม ขั้นตอนและวิธีการนัดจุดสะทอน รวมถึงระยะเวลาของกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ และเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแบบผสมผสานและการนัดจุดสะทอน จำนวน 3 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงคู่มือการนวดกดจุดสะท้อน ดังนี้คือ เพิ่มเติมคำอธิบายการจับไม้กดจุด ตัดการนวดบางขั้นตอนออกให้เหมาะสมกับระยะเวลา เขียนคำอธิบายแต่ละขั้นตอนให้กระชับมากขึ้น ลดรูปภาพที่ไม่จำเป็นออกบ้าง และเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ของการนวดกดจุดสะท้อนเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลอง ซึ่งประกอบไปด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน แผนการสอน คู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน และคู่มือการนวดกดจุดสะท้อน ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ไปทดลองใช้กับผู้สูบบุหรี่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกลางที่สูบบุหรี่ จำนวน 3 คน เพื่อประเมินแผนการสอน ความเข้าใจในคู่มือ ภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ตลอดจนดูความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ผลการนำไปทดลองใช้พบว่า ใช้ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละรายประมาณ 20-40 นาที กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ มีความสนใจในรายละเอียดอาการและวิธีแก้ไขอาการถอนนิโคติน และมีความเห็นว่ามีประโยชน์สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีความสนใจคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือใช้ระยะเวลาตามที่กำหนดไว้คือคนละประมาณ 30 นาที กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนว่าได้รับความผ่อนคลาย รู้สึกสุขสบายคลายความตึงเครียด และมีความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดอาการถอนนิโคติน The Minnesota Withdrawal Scale ฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทย และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ เนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ที่มีอาการถอนนิโคติน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในด้านความสอดคล้องของภาษาไทย-ภาษาต่างประเทศ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนประกอบด้วย

1.1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ที่สูบบุหรี่ 1 คน

1.1.1.2 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 คน

1.1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ 1 คน

1.1.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบวัดอาการถอนนิโคติน ที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จัดทำเป็นสรุป หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการถอนนิโคตินในด้านการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีความเห็นพ้องตรงกันทั้ง 3 คน โดยให้ปรับแก้การใช้ภาษาบางส่วนสรุปได้ดังนี้ คือ

ข้อที่ 2 รู้สึกเป็นทุกข์ กังวลใจ	ปรับแก้เป็น รู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด
ข้อที่ 3 รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ เสียใจ	ปรับแก้เป็น รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ
ข้อที่ 4 อยากสูบบุหรี่	ปรับแก้เป็น รู้สึกอยากสูบบุหรี่
ข้อที่ 5 ไม่มีสมาธิ	ปรับแก้เป็น ไม่มีสมาธิ (ทำใจสงบได้ยาก)
ข้อที่ 7 นอนไม่หลับ, มีปัญหาเรื่องการนอน, ตื่นในเวลากลางคืน	ปรับแก้เป็น นอนไม่หลับ, มีปัญหาเรื่องการนอน, หลับแล้วตื่นกลางดึก
ข้อที่ 8 รู้สึกกระสับกระส่าย หงุดหงิด	ปรับแก้เป็น รู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ไม่เป็นสุข
ข้อที่ 9 รู้สึกรำคาญใจ ขาดความอดทน	ปรับแก้เป็น รู้สึกขาดความอดทน

1.1.3 ผู้วิจัยนำเอกสารสรุปความตรงตามเนื้อหาและแบบวัดอาการถอนนิโคตินที่ปรับปรุงข้อคำถามแล้ว นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อขอรับคำปรึกษาและแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปทดลองใช้

1.2 การตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ (Criterion Related Validity)

ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการถอนนิโคติน The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS) ของ Welsch et al. (1999) มาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ The Minnesota Withdrawal Scale โดยนำแบบวัดอาการถอนนิโคตินทั้ง 2 ฉบับ ไปให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน จำนวน 60 คนตอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือทั้งสองชุดมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยผลการวิเคราะห์พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ .65 ซึ่งแปลความหมายได้ว่าเครื่องมือทั้งสองชุดมีลักษณะความสัมพันธ์กันในทางบวกและมีขนาดของความสัมพันธ์ในระดับสูง (Salkind, 2007: 127) ดังนั้นเครื่องมือ The Minnesota Withdrawal Scale จึงมีคุณภาพในด้านความตรงอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ได้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดอาการถอนนิโคตินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้การใช้ภาษาให้ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกลาง ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคติน โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำในการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่ รุ่นที่ 7 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 14, 17-18 พฤศจิกายน 2551 และเข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่ ระหว่างวันที่ 5-9 มกราคม 2552 จากมูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการนัดกวดจุดสะทอน โดยเข้ารับการอบรมการนัดกวดจุดสะทอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 13-14, 28 ธันวาคม 2551 จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชิโรจน์ (อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน จากภาควิชาการพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี) พร้อมทั้งได้ฝึกปฏิบัติการนัดกวดจุดสะทอนฝ่ามืออย่างสม่ำเสมอ

1.2 การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และวิธีการประเมินอาการถอนนิโคตินโดยใช้แบบวัด MNWS แก่ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินอาการถอนนิโคตินกลุ่มตัวอย่างหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ส่วนการประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ซึ่งเป็นการประเมินทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

1.3 การเตรียมและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ

1.4 ดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร หลังจากผ่านมติจากคณะกรรมการฯ แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติโครงการวิจัยพร้อมเอกสารรับรองโครงการวิจัยในคนจากคณะกรรมการฯ เสนอต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ในผู้ที่สนใจ ผู้วิจัยจะเข้าพบเพื่อประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หากมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนทดสอบระดับการเสพติดนิโคตินของผู้ที่จะเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ที่กำหนดไว้ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

2.3 พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะไม่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลจากแบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน เพื่อจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คนโดยใช้วิธีจับคู่ หลังจากนั้นนัดหมายวันเวลากับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มจะได้รับโปรแกรมอย่างน้อยกลุ่มละ 6 ครั้ง โดยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล 3 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 หลังจากหยุดสูบบุหรี่ 1 วัน ครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่ 2 วัน หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดติดตามประเมินผลและให้กำลังใจทางโทรศัพท์อีก 3 ครั้งคือหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 โดยผู้วิจัยติดตามให้กำลังใจอีกครั้งเมื่อครบ 2 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง

ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมโดยจัดกิจกรรมแบบให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมมีดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (45 นาที)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ที่นัดไว้
2. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินอาการถอนนิโคตินก่อนหยุดสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ แสดงถึงความปรารถนาดีที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ สนทนาถึงสาเหตุของการเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยประเมินอาการถอนนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนหยุดสูบบุหรี่
3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยเริ่มจากกิจกรรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม	เป้าหมาย
<p><u>การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ</u></p> <p>การสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรี่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้พูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกเหตุผลที่อยากเลิกสูบบุหรี่ สอบถามความกลัว ความกังวลใจ หรือความลำบากในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ตลอดจนความรู้สึกท้อแท้ที่พยายามเลิกหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ 2. ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆจากการสูบบุหรี่ รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประสบอยู่ 3. ให้กลุ่มตัวอย่างบอกข้อดีของการสูบบุหรี่ ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยบอกถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ และสารประกอบอันตรายในบุหรี่ ข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งต่อสุขภาพของตัวผู้สูบเอง และบุคคลใกล้ชิด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อนำมาเป็นประเด็นในการจูงใจและแก้ปัญหา 2. เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างระบุแรงจูงใจของตนที่จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ 3. เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานแก่กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และความสำเร็จจากการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งเป็นการเสริมแรงจูงใจให้เกิดแรงบันดาลใจที่อยากเลิกบุหรี่มากขึ้น

กิจกรรม	เป้าหมาย
<p>4. ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่า มีผู้ติดบุหรี่ถึงครึ่งหนึ่งที่ สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้ว และบอกให้ทราบว่า ในปัจจุบัน มีวิธีการบำบัดรักษาการติดบุหรี่ที่มี ประสิทธิภาพ</p> <p>5. ผู้วิจัยถามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดง ความคิด ความรู้สึก ความกลัว ความยากลำบากที่ ผ่านมาที่มีต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยแสดง ความห่วงใยและความเต็มใจในการให้ความ ช่วยเหลืออย่างจริงจัง</p> <p>6. แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างบอกคนใกล้ชิด ถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่</p> <p>การส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับ อาการถอนนิโคติน</p> <p>1. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์ ความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ เปิดโอกาสให้ผู้ตอบบรรยายความรู้สึก เกี่ยวกับ ประสบการณ์อาการถอนนิโคติน ความรุนแรงของ อาการ ผลที่เกิดจากอาการหลังหยุดสูบบุหรี่ว่า ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และ ความรู้สึกนึกคิดอย่างไร จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง เล่าถึงเทคนิค และวิธีการต่างๆที่จะช่วยบรรเทา อาการถอนนิโคตินได้ หรือที่กลุ่มตัวอย่างนั้นเคยใช้ ได้ผลมาแล้ว รวมทั้งความสำเร็จในการแก้ไข อาการดังกล่าว</p>	<p>4. ให้กำลังใจในความพยายามเลิกสูบบุหรี่ และสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง</p> <p>5. เพื่อสื่อสารให้เห็นถึงความห่วงใยของผู้วิจัย</p> <p>6. เพื่อหาแรงสนับสนุนและเป็นกำลังใจ</p> <p>1. เพื่อประเมินประสบการณ์อาการไม่สบาย ต่างๆจากการขาดนิโคติน รวมทั้งกลุ่ม ตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึก และทำ ให้เห็นถึงวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการ บรรเทาอาการดังกล่าว</p>

กิจกรรม	เป้าหมาย
<p>2. ผู้วิจัยอธิบายกลไกการเสพติดนิโคติน ช่วงเวลาที่เกิดอาการถอนนิโคติน และอาการต่างๆ ที่เกิดจากการขาดนิโคติน จากนั้นร่วมอภิปรายกับ กลุ่มตัวอย่างถึงประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการถอน นิโคตินที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ ไม่สามารถแก้ไขอาการนั้นได้สำเร็จ ผู้วิจัยกระตุ้น ให้กลุ่มตัวอย่างลองคิดวิธีการแก้ไขอาการดังกล่าว โดยผู้วิจัยช่วยเสริม และให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมถึงร่วมกันหาแนวทางใหม่ที่อาจใช้ได้ผล และ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ จากนั้นช่วยกันสรุป อาการ และวิธีจัดการกับอาการถอนนิโคติน</p> <p>วางแผนการเลิกสูบบุหรี่และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการ กลับมาสูบอีก</p> <p>1. ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ กลุ่มตัวอย่างเล่าเหตุการณ์ กิจกรรมหรือสถานที่ รวมทั้งระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ จากนั้น ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะสถานการณ์ เสี่ยง และตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ เช่น หลัง รับประทานอาหาร การดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่คนสูบ บุหรี่ ความอยากลอง การอยู่ภายใต้สภาวะกดดัน หรือมีความเครียด รวมทั้งอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่</p>	<p>2. เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพติดนิโคติน และกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีการที่ถูกต้อง ในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการ ถอนนิโคติน และช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ พิจารณาค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการ ต่อสู้กับอาการถอนนิโคติน ช่วยลดความ เครียดและความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับ เหตุการณ์จริง ซึ่งจะส่งผลให้อาการอื่นๆ ของ อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นลดน้อยลงด้วย</p> <p>1. เพื่อชี้ประเด็นให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ กิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม ความนึกคิดของ ตนเอง ตัวกระตุ้นและสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงสถานที่ที่จะกระตุ้นให้หวนกลับไปสูบ บุหรี่ เพื่อหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้ ตกอยู่ในภาวะเหล่านั้น</p>

กิจกรรม	เป้าหมาย
<p>2. ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงที่คิดว่าอาจทำให้ตนเองกลับมาสูบบุหรี่อีก พร้อมทั้งวางแผนรับมือกับสถานการณ์ทำทนายล่าแหลมที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยแนะนำและฝึกวิธีการในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง เช่น การควบคุมอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเคยชิน การลดความเครียด การหันเหความสนใจจากบุหรี่ไปทำกิจกรรมอื่น การปฏิเสธเมื่อถูกชวนให้สูบบุหรี่ การถ่วงเวลาเมื่อเกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่</p> <p>3. ผู้วิจัยให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนหยุดสูบบุหรี่และวิธีปฏิบัติขณะหยุดสูบ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างระบุความตั้งใจที่จะเลิกสูบ วันที่จะลงมือเลิก วิธีการที่เลือก และกำลังใจที่ต้องการ</p>	<p>2. ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาทักษะ/ฝึกการแก้ไขปัญหา และเลือกแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน เพื่อลดความเครียด ความกังวลใจ</p> <p>3. เพื่อกำหนดวันเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่เป็นการวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ โดยการเตรียมความพร้อม และช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ตัดสินใจกำหนดวันเลิกสูบ</p>

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไปในวันรุ่งขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่

ครั้งที่ 2 วันแรกหลังจากหยุดสูบบุหรี่ (ประมาณ 40 นาที)

ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยแสดงความชื่นชมยินดีที่กลุ่มตัวอย่างได้เริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่ สอบถามความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากอาการถอนนิโคตินจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกที่หยุดสูบบุหรี่ (American Psychiatric Association, 2000; Shiffman et al., 2002; Weinberger et al, 2008) ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่ออาการขับสารนิโคตินและสารพิษอื่นๆ ที่ลดระดับในกระแสเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆจากการขาดนิโคติน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสนทนาร่วมกันเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดจากอาการ วิธีการแก้ไขอาการ รวมทั้งความสำเร็จในการแก้ไขอาการดังกล่าว

ภายหลังจากให้คำปรึกษาและคำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม	เป้าหมาย
<p>การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ</p> <p>1. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้วิจัยจะนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ โดยผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการ ขั้นตอนการนวด และระยะเวลาที่ใช้ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จัดสภาพแวดล้อมโดยใช้สถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่นๆไม่ให้รบกวนในขณะนวด</p> <p>2. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนอนในท่าที่สบาย ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพ จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือทั้งสองข้าง โดยใช้เวลาในการนวดข้างละ 15 นาที รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดทั้งสิ้น 30 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนอนพักต่ออีกประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพอีกครั้ง</p> <p>3. ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนวดกดจุดสะท้อน โดยถามถึงความเหมาะสมของความเร็วในการลงน้ำหนักมือ และความสุขสบายที่ได้รับ</p>	<p>1. เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อน ฝ่ามือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความสุขสบาย และได้รับประโยชน์จากการนวดในครั้งนี้มากที่สุด</p> <p>2. การประเมินสัญญาณชีพ เป็นการประเมินผลที่ได้รับจากการนวดกดจุดสะท้อน เนื่องจากการนวดกดจุดสะท้อนมีผลกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้าลงจากการที่กล้ามเนื้อคลายตัว และเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในด้านความปลอดภัยด้วย</p> <p>3. เพื่อประเมินกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ</p>

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไปในวันรุ่งขึ้น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข และช่วยระบุกิจกรรมในการเอาชนะให้ได้ในครั้งต่อไป พร้อมทั้งให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจไม่ให้เกิดกลุ่มตัวอย่างเกิดความท้อแท้ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นเลิกบุหรี่ใหม่

ครั้งที่ 3 วันที่สองหลังจากหยุดสูบบุหรี่ (ประมาณ 40 นาที)

ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยสอบถามความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น ผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เหตุผลที่ผู้วิจัยติดตามประเมินอาการถอนนิโคตินในวันที่สอง เนื่องจากอาการถอนนิโคตินจะขึ้นสูงสุดในช่วงวันแรกของสัปดาห์ โดยผลการวิจัยพบว่าอาการส่วนใหญ่จะสูงสุดในวันที่สองหลังจากหยุดสูบบุหรี่ (Foll and George, 2007; Hughes, 1992; Pomerleau, Pomerleau, and Marks, 2000; Ward, Swan, and Jack, 2001) ดังนั้นจึงเป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ความอดทนต่ออาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินเป็นอย่างมาก และมีโอกาสหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้มาก

หลังจากให้คำปรึกษาและคำแนะนำแล้ว ผู้ช่วยวิจัยนัดจุดจุดสะท้อนฝ่ามือแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งที่สอง โดยประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังการนัดจุดจุดสะท้อนประมาณ 5 นาที กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอคำแนะนำเพื่อติดตามประเมินอาการถอนนิโคตินทางโทรศัพท์ในวันรุ่งขึ้น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่หวนกลับมาสูบบุหรี่ ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำโดยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่า การกลับไปสูบบุหรี่อีกสามารถใช้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ ระบุปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งความท้าทายที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไข

ครั้งที่ 4 วันที่สามหลังจากหยุดสูบบุหรี่ (ประมาณ 10 นาที)

ผู้วิจัยติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้ช่วยวิจัยประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 สอบถามความรู้สึกและปัญหาต่างๆจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ป้องกันและหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะเหล่านั้นอีก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมพร้อมกับให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องเพื่อยืนหยัดในการไม่สูบบุหรี่

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่หวนกลับไปสูบบุหรี่หรือไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ ระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ช่วยกันหาแนวทางจัดการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคดังกล่าว ผู้ช่วยวิจัยให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งให้

ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวให้ไม่ท้อแท้ว่า มีผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็นจำนวนมากที่ต้องใช้ความพยายามหลายครั้งจึงจะเลิกสูบบุหรี่ได้ ให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าเรามีความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ พร้อมกับกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นเลิกบุหรี่ใหม่

ครั้งที่ 5 วันที่เจ็ดหลังจากหยุดสูบบุหรี่ (ประมาณ 5-10 นาที)

ผู้วิจัยติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 โดยซักถามอาการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ ในรายที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้หรือรายที่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ พร้อมกับร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจ และช่วยระบุนกวิธีในการเอาชนะให้ได้ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยสรุปปัญหาและวิธีการแก้ไขอีกครั้ง พร้อมทั้งกระตุ้นไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความท้อแท้ โดยให้เตือนตัวเอง นึกถึงช่วงเวลายากลำบากที่ผ่านไปได้แล้ว และคิดถึงร่างกายแรงใจที่ได้ทุ่มเทไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้นั้น ผู้วิจัยแสดงความชื่นชมยินดี ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ และประเมินอาการถอนนิโคติน นัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ถัดไป

ครั้งที่ 6 สองสัปดาห์หลังจากหยุดสูบบุหรี่ (ประมาณ 5-10 นาที)

ผู้วิจัยติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ ให้กำลังใจ ประคับประคองช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างได้พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ใหม่ โดยถือว่าการหวนกลับมาสูบบุหรี่ครั้งนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้อย่างหนึ่ง ไม่ใช่ความล้มเหลว อย่าเสียใจและอย่าเลิกล้มแผนการเลิกสูบบุหรี่ การที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในครั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าในชีวิตจะเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ เพราะคนส่วนใหญ่ที่สามารถเลิกได้สำเร็จนั้น ได้ใช้ความพยายามกันมาแล้วหลายครั้งจึงจะสำเร็จ แม้ครั้งนี้จะยังไม่สามารถเลิกได้ ก็ยังมีโอกาสที่จะเริ่มต้นใหม่ได้ ให้กลุ่มตัวอย่างระบุนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งความท้าทายที่อาจจะเกิดในอนาคต ผู้วิจัยสอบถามอาการและความรู้สึกในปัจจุบัน ให้กลุ่มตัวอย่างระบุให้ได้ว่าจะอะไรเป็นตัวช่วยและอะไรเป็นตัวขัดขวางความพยายามเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ ช่วยกันหาทางเลือกและค้นหาวิธีที่เหมาะสมในการต่อสู้กับสิ่งที่มาขัดขวางนั้น

ส่วนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้จนครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยแสดงความยินดีและให้รางวัลตนเองอยู่เสมอ เนื่องจากการหยุดสูบบุหรี่ได้ในระยะแรก ช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้สูบบุหรี่มักจะมีเชื่อมั่นใน

ตนเองสูงจนชะล่าใจว่าเลิกสูบบุหรี่ได้ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) ให้เตือนตนเองว่าได้ผ่านช่วงเวลายากลำบากมาถึง 2 สัปดาห์แล้วจะกลับไปตั้งต้นใหม่หรือไม่ พร้อมกับให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ต่อเนื่องตลอดไป หลังจากนั้นผู้วิจัย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้ง 6 ครั้งเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นขั้นตอนการนัดจุดจุดสะท้อนฝ่ามือ โดยในกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับการนัดจุดจุดสะท้อนฝ่ามือ

สรุปโปรแกรมการทดลอง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือการปฏิบัติงานแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมในการวิจัยจึงจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัดทั้ง 5 ครั้ง คือครั้งที่ 1 วัดก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 วัดหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ครั้งที่ 3 วัดหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ครั้งที่ 4 วัดหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และครั้งที่ 5 วัดหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนว่า ประชากรในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ (Munro, 2005; Welkowitz, Cohen, and Ewen, 2006)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 5 ครั้งด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)
4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา
5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง (The Posttest Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคติน ของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนจำนวน 30 คน โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับการติดสารนิโคติน จำนวนครั้งของความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เคยเลิกได้ สาเหตุที่เคยเลิก สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่ เหตุผลที่อยากเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้ และ ความตั้งใจเลิกบุหรี่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน ระหว่างวิธีการทดลอง (กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง) กับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม (ระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7)

ส่วนที่ 3 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=22)		กลุ่มทดลอง (N=19)		รวม (N=41)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
20-29 ปี	3	13.6	4	21.0	7	17.1
30-39 ปี	9	40.9	9	47.4	18	43.9
40-49 ปี	8	36.4	6	31.6	14	34.1
50-59 ปี	2	9.1	0	0	2	4.9
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	38.45 (SD = 9.42)		35.63 (SD = 6.75)			
เพศ						
ชาย	22	100.0	19	100.0	41	100.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5	22.7	8	42.1	13	31.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	31.8	7	36.8	14	34.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	27.3	1	5.3	7	17.1
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	13.6	2	10.5	5	12.2
ปริญญาตรี	1	4.5	1	5.3	2	4.9

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 41 คนเป็นเพศชาย โดยมีอายุอยู่ในช่วงตั้งแต่ 30-39 ปีมากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 รองลงมาคือช่วงอายุตั้งแต่ 30-39 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 38.45 ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.63 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.1 และ 31.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการติดนิโคติน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=22)		กลุ่มทดลอง (N=19)		รวม (N=41)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่						
2-12 ปี	7	31.8	8	42.1	15	36.6
13-23 ปี	9	40.9	8	42.1	17	41.5
24-34 ปี	5	22.7	3	15.8	8	19.5
35-45 ปี	1	4.5	0	0	1	2.4
ค่าเฉลี่ยจำนวนปีที่สูบ (ปี)	17.9 (SD = 7.9)		15.5 (SD = 6.7)		16.8 (SD = 7.4)	
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
10-15 มวน	18	81.8	17	89.5	35	85.4
16-20 มวน	4	18.2	2	10.5	6	14.6
ค่าเฉลี่ย (มวน/วัน)	12.4 (SD = 3.7)		12.2 (SD = 3.3)		12.3 (SD = 3.5)	
ระดับการติดนิโคติน						
ติดนิโคตินปานกลาง	21	95.5	18	94.7	39	95.1
ติดนิโคตินมาก	1	4.5	1	5.3	2	4.9

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.5 สูบบุหรี่มานาน 13-23 ปี มีส่วนน้อยเพียงร้อยละ 2.4 ที่สูบมานาน 35-45 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.4) สูบบุหรี่ 10-15 มวนต่อวัน (เฉลี่ยวันละ 12.2 มวน) ส่วนระดับการติดนิโคตินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.1) ติดนิโคตินปานกลาง มีเพียงร้อยละ 4.9 เท่านั้นที่ติดนิโคตินมาก

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนครั้งของความพยายาม เลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เคยเลิกได้ สาเหตุที่เคยเลิก สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่ เหตุผลที่อยากเลิกใน ครั้งนี้ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ (N=22)		กลุ่มทดลอง (N=19)		รวม (N=41)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของความพยายามเลิกสูบบุหรี่						
1 ครั้ง	5	22.7	3	15.8	8	19.5
2 ครั้ง	3	13.6	5	26.3	8	19.5
3 ครั้ง	2	9.1	4	21.1	6	14.6
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	12	54.5	7	36.8	19	46.3
ระยะเวลาที่เคยเลิกได้						
1-14 วัน	9	40.9	6	31.6	15	36.6
15-30 วัน	4	18.2	5	26.3	9	22.0
มากกว่า 1 เดือน	5	18.2	5	26.3	9	22.0
มากกว่า 1 ปี	4	22.7	3	15.8	8	19.5
สาเหตุที่เคยเลิก						
สุขภาพ	8	36.4	7	36.8	15	36.6
ครอบครัว	5	22.7	5	26.3	10	24.4
ราคาแพง	1	4.5	2	10.5	3	7.3
อื่นๆ	8	36.4	5	26.3	13	29.3
สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่*						
เครียด	11	50.0	8	42.1	19	46.3
หงุดหงิด	4	18.2	5	26.3	9	22.0
แอลกอฮอล์	6	27.3	2	10.5	8	19.5
เห็นคนอื่นสูบ	8	36.4	3	15.8	11	26.8
อื่นๆ	2	9.1	2	10.5	4	9.7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(N=22)		(N=19)		(N=41)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลที่อยากเลิกในครั้งนี้*						
สุขภาพ	13	59.1	11	57.9	24	58.5
ครอบครัว	7	31.8	7	36.8	14	34.1
ราคาแพง	4	18.2	2	10.5	6	14.6
สังคมไม่ยอมรับ	5	22.7	2	10.5	7	17.1
อื่นๆ	6	27.3	1	5.3	7	17.1
ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม						
ตั้งใจเลิกให้ได้	2	9.1	2	10.5	4	9.8
ลดจำนวนลง	14	63.6	13	68.4	27	65.9
ทดลองดูก่อน	6	27.3	4	21.1	10	24.4

หมายเหตุ * = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41 คน เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งโดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.3) เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป โดยในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แล้วนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.6) สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นาน 1-14 วัน สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเคยเลิกสูบบุหรี่คือเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 36.6) ส่วนสาเหตุที่ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เนื่องจากความเครียด มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 46.3) รองลงมาคือเห็นคนอื่นสูบบุหรี่ และหงุดหงิด (ร้อยละ 26.8 และร้อยละ 22 ตามลำดับ) สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้นี้มากที่สุดคือ เพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 58.5) และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีเพียงร้อยละ 9.8 เท่านั้นที่มีความตั้งใจเลิกให้ได้ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.9 ตั้งใจจะลดจำนวนการสูบบุหรี่

เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงในระหว่างการดำเนินการทดลอง โดยเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คนและเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 19 คน ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน ดังนั้นการเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระยะเวลาที่เคยเลิกบุหรี่ของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ตามตารางที่ 3 ตารางที่ 4 และตารางที่ 5 จึงไม่สมมูลกัน อย่างไรก็ตาม จากการเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังแสดงในตารางที่ 17 ของภาคผนวก

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน ระหว่างวิธีการทดลอง กับช่วงเวลาที่ใช้ในการวัดค่าตัวแปรตาม

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนอาการถอนนิโคติน ของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง ที่ได้จากการวัดทั้ง 5 ครั้ง ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่า ข้อมูลของคะแนนอาการถอนนิโคตินมาจากการกระจายที่เข้าใกล้การแจกแจงแบบปกติ (แสดงในภาคผนวก จ)

วิเคราะห์ตัวแปร

- 1) ตัวแปรตามมีจำนวน 1 ตัว คือ คะแนนอาการถอนนิโคติน
- 2) ตัวแปรอิสระมีจำนวน 2 ตัว ดังนี้

2.1) ตัวแปรระหว่างกลุ่ม (a between-subjects factor) ได้แก่ โปรแกรมที่ใช้ แบ่งเป็น โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มเปรียบเทียบ) กับการนัดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ (กลุ่มทดลอง)

2.2) ตัวแปรภายในกลุ่ม (a within-subjects factor) ได้แก่ ช่วงเวลาที่ใช้ในการวัดค่าตัวแปรตาม แบ่งออกเป็น 5 ช่วง หรือ 5 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ครั้งที่ 4 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และครั้งที่ 5 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measures ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน ระหว่างวิธีการทดลองกับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

Source of variation	df	SS	MS	F	p-value
Between subjects	40	2566.16			
Group	1	274.96	274.96	4.68	.037
Ss w/in groups	39	2291.20	58.75		
Within subjects	164	5226.67			
Interval	4	4598.38	1149.59	303.08	<.001
Interval x Group	4	36.57	9.14	2.41	.052
Interval x Ss w/in groups	156	591.72	3.79		

จากตารางที่ 6 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ (Interval x Group) พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2.41$, $P = .052$) หมายความว่า การลดลงของอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ลดลงในรูปแบบเดียวกัน (จากภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่า กราฟทั้งสองเส้นมีลักษณะขนานกัน) แสดงว่า ทั้งโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่และการให้การนัดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้อาการถอนนิโคตินลดลงจากหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 จนถึงหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 เหมือนกัน แต่ค่าเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกๆช่วงของการวัด ดังนั้นจึงต้องมีการวิเคราะห์รายคู่ต่อไป

2) ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Group) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.68$, $P = .037$) หมายความว่า ค่าเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มเปรียบเทียบ

3) ค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (Interval) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 303.08$, $P < .001$) หมายความว่า โดยภาพรวมอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่ม มีการลดลงในแต่ละช่วงของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถตรวจสอบความแตกต่างได้โดยการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ภายหลัง

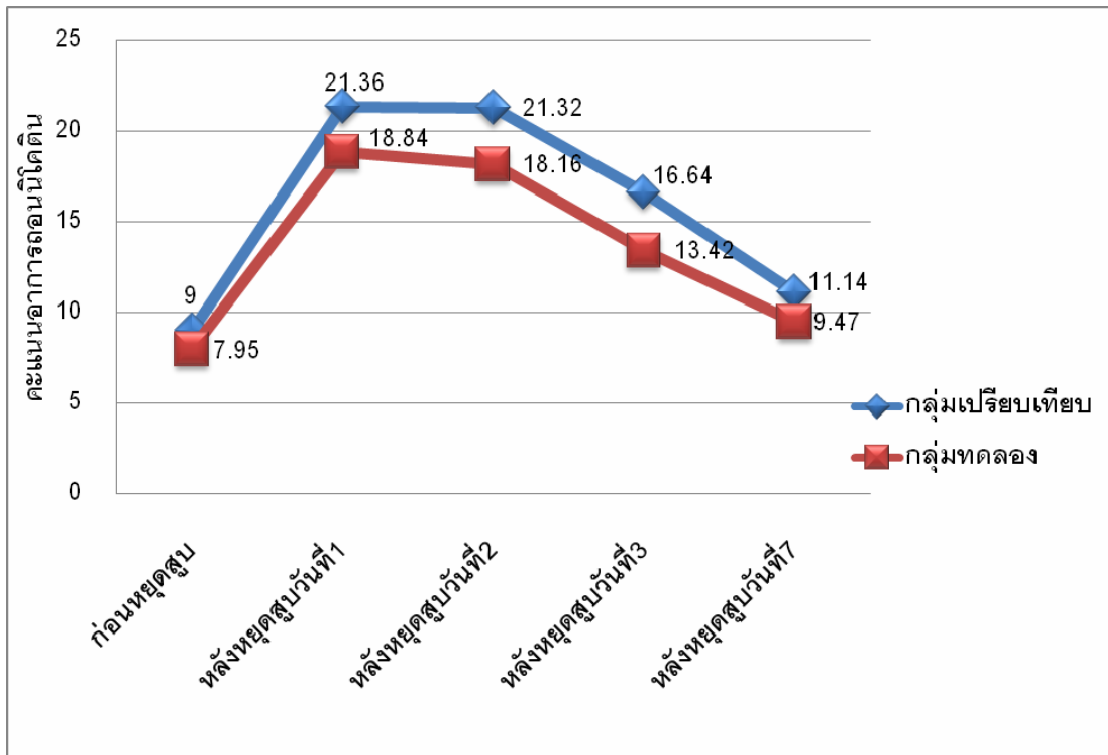
ส่วนที่ 3 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา

	ตารางสรุปผลการวิเคราะห์รายคู่ (กลุ่มทดลอง)					
	Mean	ก่อนหยุดสูบ	หลังหยุดสูบ วันที่ 1	หลังหยุดสูบ วันที่ 2	หลังหยุดสูบ วันที่ 3	หลังหยุดสูบ วันที่ 7
ก่อนหยุดสูบ	7.95	—	-10.89*	-10.21*	-5.47*	-1.53*
หลังหยุดสูบ วันที่ 1	18.84	—	—	.68	5.42*	9.37*
หลังหยุดสูบ วันที่ 2	18.16	—	—	—	4.74*	8.68*
หลังหยุดสูบ วันที่ 3	13.42	—	—	—	—	3.95*
หลังหยุดสูบ วันที่ 7	9.47	—	—	—	—	—

ผลการทดสอบรายคู่ในกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 7) และจากภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่า

- 1) อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 สูงกว่าก่อนหยุดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ไม่แตกต่างจากอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1
- 3) อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา

	ตารางสรุปผลการวิเคราะห์รายคู่ (กลุ่มเปรียบเทียบ)					
	Mean	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 3	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 7
ก่อนหยุดสูบบุหรี่	9.00	—	-12.36*	-12.32*	-7.64*	-2.14*
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 1	21.36	—	—	.05	4.73*	10.23*
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2	21.32	—	—	—	4.68*	10.18*
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 3	16.64	—	—	—	—	5.50*
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 7	11.14	—	—	—	—	—

ผลการทดสอบรายคู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 8) และจากภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่า

- 1) อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 สูงกว่าก่อนหยุดสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ไม่แตกต่างจากอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1
- 3) อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 โดยใช้สถิติ Independent t-test

อาการถอนนิโคติน	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนหยุดสูบบุหรี่				
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.00	3.55	0.93	.358
กลุ่มทดลอง	7.95	3.69		
หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1				
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.36	4.92	1.59	.119
กลุ่มทดลอง	18.84	5.21		
หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2				
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.32	4.30	2.53	.016
กลุ่มทดลอง	18.16	3.59		
หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3				
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.64	4.16	2.78	.008
กลุ่มทดลอง	13.42	3.06		
หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7				
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.14	2.51	2.22	.032
กลุ่มทดลอง	9.47	2.24		

จากภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินมากกว่ากลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 9 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่ม มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 19 คนต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน (คน) (ร้อยละ)	จำนวน(คน) (ร้อยละ)
1. รู้สึกผ่อนคลาย	-	8 (42.1)	11 (57.9)
2. รู้สึกคลายความตึงเครียด	-	5 (26.3)	14 (73.7)
3. รู้สึกสุขสบายขึ้น	-	6 (31.6)	13 (68.4)
4. รู้สึกพึงพอใจ	-	5 (26.3)	14 (73.7)
5. รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น	-	9 (47.4)	10 (52.6)
6. รู้สึกง่วง อยากหลับ	-	9 (47.4)	10 (52.6)
7. รู้สึกสบายใจขึ้น	-	9 (47.4)	10 (52.6)
8. รู้สึกสงบ	-	9 (47.4)	10 (52.6)
9. รู้สึกคลายความเหนื่อยล้า	-	4 (21.1)	15 (78.9)
10. รู้สึกหายปวดเมื่อย	-	9 (47.4)	10 (52.6)

จากตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือทั้งสองครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือทำให้รู้สึกคลายความเหนื่อยล้า ในระดับมากที่สุดเป็นร้อยละ 78.9 รองลงมาคือทำให้รู้สึกคลายความตึงเครียด และทำให้รู้สึกพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 73.7 ทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้นในระดับมากที่สุดร้อยละ 68.4 ทำให้รู้สึกผ่อนคลายในระดับมากที่สุดร้อยละ 57.9 และทำให้รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น รู้สึกง่วง อยากหลับ รู้สึกสบายใจขึ้น รู้สึกสงบ รู้สึกหายปวดเมื่อยในระดับมากที่สุดร้อยละ 52.6

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง (The Posttest Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคติน ของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดย

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มทดลอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ กับกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งชายและหญิงที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งชายและหญิงที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18-59 ปี
2. เป็นผู้สูบบุหรี่หรืออยู่เป็นประจำ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน
3. มีระดับการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลางถึงมาก ประเมินจาก Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ของ Heatherton et al. (1991)
4. มีความประสงค์ที่จะหยุดสูบบุหรี่ในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรม
5. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
7. ไม่ได้ใช้ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการทดลอง

การติดตามประเมินผลหลังการทดลอง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่หยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 7 วัน จำนวน 41 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 41 คนที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 22 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่
 - 1.1 การนัดกวดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่
 - 1.2 แผนการสอนเรื่อง การเสพติดบุหรี่ กลไกการติดนิโคติน อาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่และวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่
 - 1.3 คู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน
 - 1.4 คู่มือการนัดกวดจุดสะท้อน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
 - 2.2 แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (FTND)
 - 2.3 แบบวัดอาการถอนนิโคติน (The Minnesota Withdrawal Scale)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือ

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะเวลาคือ

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง โดยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือในการวิจัย และดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ขอความร่วมมือในการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

กลุ่มทดลอง ได้รับการนัดจุดนัดสะทอนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยโปรแกรมประกอบไปด้วย 2 กิจกรรมคือ การให้คำปรึกษาและคำแนะนำเป็นรายบุคคลในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 และการติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจทางโทรศัพท์ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และหลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการนัดจุดนัดสะทอนฝามือในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

กิจกรรมการให้คำปรึกษาและคำแนะนำเริ่มจาก การสร้างแรงจูงใจโดยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อกระตุ้นให้ระบุแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งหาแรงสนับสนุนและกำลังใจ ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน โดยสนทนาถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน และวิธีการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยช่วยเสริมข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการเสพติดนิโคติน อาการถอนนิโคติน และวิธีการบรรเทาอาการ พร้อมกับช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการบรรเทาอาการดังกล่าว มีการวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงในการกลับมาสูบบุหรี่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุสถานการณ์ หรือตัวกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ พร้อมกับวางแผนรับมือกับสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นนั้น แนะนำการเตรียมตัวหยุดสูบบุหรี่ กำหนดวันเริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่ ผู้วิจัยนัดจุดนัดสะทอนฝามือของกลุ่มตัวอย่างหลังจากหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังจากนั้นเป็นการติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจทางโทรศัพท์หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และหลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นแต่ไม่มีขั้นตอนการนัดจุดนัดสะทอนฝามือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลจากแบบทดสอบระดับการติดนิโคติน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการทดลองโดยมีการประเมินอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 5 ครั้งคือ ก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows) มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน ระหว่างวิธีการทดลอง (กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง) กับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม (ระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7) โดยใช้สถิติทดสอบ Two ways Analysis of variance with repeated measures
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง โดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา
4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ทั้ง 2 ข้อคือ

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
2. คะแนนเฉลี่ยของอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้างนี้เป็นการเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และการนัดกดจุดสะท้อน ในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. **คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1**

อธิบายได้ว่า การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่น โกรธ ขุนเฉียวง่าย วิตกกังวล หงุดหงิด รู้สึกเศร้า ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย ขาดความอดทน หิวบ่อย นอนไม่หลับ รู้สึกอยากสูบบุหรี่ เรียกอาการเหล่านี้ว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine Withdrawal Symptoms) อาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้ไม่มีนิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีน และสารสื่อประสาทอื่นๆ ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ดังนั้นจึงส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินขึ้น

จากการวิจัยพบว่า คะแนนอาการถอนนิโคตินเพิ่มขึ้นทันทีตั้งแต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ในการวินิจฉัยการถอนนิโคตินของ DSM-IV ว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากหยุดหรือลดจำนวนการใช้นิโคตินลง (American Psychiatric Association, 2000) เช่นเดียวกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า อาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นตั้งแต่วันแรกที่หยุดสูบบุหรี่ (al'Absi et al., 2004; Gritz, Carr, and Marcus, 1991; Shiffman et al., 2002; Weinberger et al., 2008)

จากการเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินเป็นรายคู่พบว่า ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการถอนนิโคตินต่ำกว่าในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hughes (1992) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 มากกว่าในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 พบว่าอาการถอนนิโคตินมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยที่คะแนนอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 มีคะแนนใกล้เคียงกันและมีคะแนนสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gritz, Carr, and Marcus (1991) ที่พบว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ส่วนในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 อาการถอนนิโคตินลดลงตามลำดับ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ตั้งแต่ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการถอนนิโคตินน้อยกว่าระยะหลังหยุดสูบบุหรี่ โดยผลที่ได้จากการวิจัยซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่วันที่แรกที่หยุดสูบบุหรี่ การที่ผู้วิจัยให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ก่อนหยุดสูบบุหรี่นั้น เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมพร้อมและมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ (วารสาร ภูมิศาสตร์, 2546: 11) โดยโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เป็นรูปแบบของการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหามาเพื่อจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อธิบายให้เข้าใจถึงกลไกของการติดสารนิโคติน รวมถึงอาการถอนนิโคติน และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสร้างแรงสนับสนุนและส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา โดยสนับสนุนให้กำลังใจในความพยายามเลิกสูบบุหรี่ ทำความเข้าใจในเรื่องสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่ เพื่อที่จะให้คำปรึกษาและหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดบุหรี่แต่ละคน รวมทั้งการได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยผู้วิจัยได้ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่พบกัน ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้ว่า เขามีมิตรพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ไม่ได้ต่อสู้กับความยากลำบากเพียงลำพัง ซึ่งจะทำให้เกิดความหวัง มีกำลังใจ มีพลังความมุ่งมั่นและอดทนต่ออาการถอนนิโคตินได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม จากการเปรียบเทียบคะแนนอาการถอนนิโคตินในแต่ละช่วงพบว่า อาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ของทั้งสองกลุ่มมีคะแนนขึ้นสูงมาก แม้ว่าผู้วิจัยจะให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ก็ตาม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า นิโคตินเป็นสารประกอบในควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดการเสพติด (USDHHS, 1988) สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน ไว้เช่นเดียวกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ (American Psychiatric Association, 2000) โดยพบว่า

นิโคตินมีฤทธิ์เสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีนและโคเคน (Henningfield, Cohen, and Slade, 1991; USDHHS, 1994) สารนิโคตินที่ร่างกายได้รับจากควันบุหรี่จะเข้าไปสู่ทางเดินหายใจและถูกดูดซึมเข้าสู่สมองได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติด (Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008; Hukkanen, Jacob III, and Benowitz, 2005) โดยไปออกฤทธิ์กระตุ้น Brain reward pathway ซึ่งเป็นบริเวณสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (Limbic system) ที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ โดยเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกสุขใจ จะมีการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ จัดเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิด รวมถึงบุหรี่ด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551: 31) นิโคตินจะไปจับกับตัวรับในสมองส่วน ventral tegmental area และส่งต่อไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า nucleus accumbens กระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเสพติด ตัวรับนิโคตินในสมองส่วน ventral tegmental area และการหลั่งของสารโดปามีนที่สมองส่วน nucleus accumbens นี้มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความสุขสบายใจ รู้สึกมีความสุข (Benowitz, 2008; Powell, 2002) การเสพยาโคตินเป็นประจำจะทำให้เกิดการติดต่อด้านนิโคติน และหากระดับนิโคตินลดลง ผู้เสพยาจะรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน (Hatsukami, Stead, and Gupta, 2008) ดังนั้นการติดสารนิโคตินจึงทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น (Allen et al., 2008; Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008)

ผู้วิจัยเริ่มการนัดจดจุดสะท้อนแก่กลุ่มทดลองในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 เพื่อช่วยบรรเทาอาการในช่วงที่อาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นสูงสุด ซึ่งเป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้มาก นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการติดตามให้คำปรึกษาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์อย่างน้อย 3 ครั้งคือ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และหลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ โดยซักถามอาการ ให้กำลังใจ สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ซึ่งจากการติดตามพบว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบเป็นส่วนใหญ่นั้นคือ มีอาการเครียด หงุดหงิดที่ไม่ได้สูบบุหรี่ รู้สึกอารมณ์เสียง่าย โดยเฉพาะกับคนใกล้ชิด บางคนรู้สึกอยากสูบบุหรี่ คิดถึงบุหรี่ โดยเฉพาะเมื่อเห็นคนอื่นสูบบุหรี่ บางคนเคยรู้สึกเครียดมาก ไม่รู้ว่าจะคุยกับใครจึงโทรศัพท์กลับมาหาผู้วิจัยเพื่อขอคำแนะนำ มีบางคนที่มีปัญหาในการขับรถกลับบ้านต่างจังหวัดแล้วมีอาการง่วงนอนมาก เพราะโดยปกติจะต้องสูบบุหรี่ก่อนขับรถเพื่อไม่ให้ง่วง เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่แล้วจึงดื่มกาแฟแทน ผลปรากฏว่าสามารถขับรถกลับบ้านได้โดยไม่ง่วงนอน แต่ทำให้เกิดปัญหาอื่นไม่หลับในคืนนั้น ผู้วิจัยจึงแนะนำทางเลือกอื่นเช่นเตรียมของขบเคี้ยวหรือผลไม้รสเปรี้ยวไว้รับประทานแก้ง่วง ดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มอื่นที่ไม่

มีคาเฟอีน เปิดเพลงที่ชอบฟังต่างๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างนำไปทดลองพบว่า ช่วยลดความง่วงได้พอสมควร แม้ว่าจะไม่เท่ากับการได้สูบบุหรี่ก็ตาม

ในการติดตามทางโทรศัพท์นี้ ผู้วิจัยนำข้อแนะนำตามแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ของ the US Department of Health and Human Services (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ที่สนับสนุนให้มีการติดตามประเมินอาการในหนึ่งสัปดาห์หลังหยุดสูบบุหรี่ เพื่อให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่และแสดงความชื่นชมยินดี นอกจากนี้ยังเป็นการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ที่พบปัญหาและอุปสรรคในระหว่างเลิกบุหรี่ด้วย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจและรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ ทั้งยังได้รับการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างหยุดสูบบุหรี่ด้วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคงพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

2. คะแนนเฉลี่ยของอาการถอนนิโคติน ของกลุ่มที่ได้รับการนัดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคติน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 จะเห็นได้ว่าอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มในการลดลงคล้ายคลึงกัน แต่อาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ซึ่งเป็นระยะที่มีการประเมินอาการถอนนิโคตินก่อนที่กลุ่มทดลองจะได้รับการนัดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการถอนนิโคตินไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 เป็นการประเมินอาการถอนนิโคตินภายหลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับการนัดกดจุดสะท้อนฝ่ามือพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการถอนนิโคตินแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการถอนนิโคตินน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่กลุ่มทดลองได้รับการนัดกดจุดสะท้อนฝ่ามือทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการถอนนิโคตินต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อธิบายได้ว่า ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มักมีความกลัว และวิตกกังวลมากกับการเผชิญความไม่สุขสบายต่างๆที่จะเกิดขึ้นในช่วงถอนนิโคติน ซึ่งมักต้องใช้ความพยายามหลายครั้งแต่ยังไม่

สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากความไม่มั่นใจและที่สำคัญคือ กลัวท่อนอาหารถอนนิโคติน ในช่วงสูบบุหรี่ใหม่ๆไม่ได้รวมทั้งต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) การนวดกดจุดสะท้อนเป็นการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสาน จัดอยู่ในกลุ่ม Manipulative and body-based methods (NCCAM, 2007) เป็นแนวความคิดการบำบัดดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001; Gunnardottir and Jonsdottir, 2007) การนวดกดจุดสะท้อนนอกจากมีผลต่อร่างกายในการกระตุ้นระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบน้ำเหลือง และกระแสประสาทให้หลั่งสารสื่อประสาทต่างๆจากสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นสุขใจ ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนมีอารมณ์เป็นสุข สบายใจขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลงในระดับลึก ช่วยลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด (Braun and Simonson, 2008; Cade, 2002; Martin, 2007a; Wren and Norred, 2003) การผ่อนคลายในระดับลึก จะทำให้ระบบลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง การนวดกดจุดสะท้อนยังมีผลทางจิตใจโดยช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย อารมณ์ดี ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียดของจิตใจ นอกจากนี้ยังช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้า ส่งเสริมการนอนหลับ (Griffiths, 1996; Morey, 2005; Xavier, 2007)

การนวดกดจุดสะท้อนยังเป็นศิลปะในการบำบัดดูแล และการสื่อสารโดยไม่ต้องใช้คำพูดเป็นการบำบัดโดยการสัมผัสด้วยมือที่สื่อถึงการดูแล แสดงถึงความเอื้ออาทร ความจริงใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตร ไว้วางใจ มีความมั่นใจและเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น กล้าที่จะระบายปัญหาความคับข้องใจออกมา มีผลให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง สอดคล้องกับรูปแบบการดูแล (Caring) ซึ่งเป็นมโนทัศน์และเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล โดย caring เป็นความรักที่จริงใจ caring เป็นการรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้อื่น เห็นชีวิตของทุกคนมีคุณค่า caring เป็นความเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบกับความทุกข์จากความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆในชีวิต caring เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่เชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแล นั่นคือการดูแลจะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และ caring เป็นการบำบัดและเยียวยา โดยพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาล เช่น การรับฟัง การสัมผัส เป็นการบำบัด เยียวยาและมีส่วนเสริมช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากความเจ็บป่วยและลดความทุกข์ทรมานลงได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาล คือผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ มั่นใจ ปลอดภัย มีความหวัง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ในทัศนะของครีวมเชื่อว่ามีผลต่อร่างกาย ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของ

สารเคมีในร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้น (Psychoneuroimmune) ช่วยให้พ้นหายจากโรค (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

จึงนับได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนเป็นการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อกันระหว่างมนุษย์ เนื่องจากเป็นการแสดงถึงความดูแลเอาใจใส่ด้วยความจริงใจของพยาบาล เป็นรูปแบบของการสัมผัส เป็นการถ่ายทอดพลังความรัก ความเอาใจใส่ จึงทำให้ผู้ที่ได้รับนั้นเกิดความรู้สึกเป็นสุข อบอุ่นใจ รู้สึกผ่อนคลาย การตอบสนองด้านจิตอารมณ์ลดลง ความเครียดและความวิตกกังวล รวมถึงอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินลดลง มีความหวังที่จะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นจากการเป็นคนไม่สูบบุหรี่ สามารถที่จะควบคุมตนเองจากการไม่สูบบุหรี่ แทนที่จะให้บุหรี่มาควบคุม ทำให้มีกำลังใจมีพลังความมุ่งมั่นที่จะเอาชนะใจตนเองที่จะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก คงความสมดุลระหว่างร่างกาย-จิตใจ-จิตวิญญาณ การนวดกดจุดสะท้อนซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน เป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จึงเป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยในการบรรเทาอาการถอนนิโคติน ช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผ่านพ้นช่วงระยะการเกิดอาการถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น และช่วยให้ร่างกายได้ปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว

ดังนั้น การนวดกดจุดสะท้อนจึงเป็นการบำบัดการพยาบาลแบบผสมผสาน ที่สามารถนำมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hernandez-Reif, Field, and Hart. (1999) ศึกษาผลของการนวดมือตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลและอาการถอนนิโคตินจากการหยุดสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล และอาการถอนนิโคตินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากการนวดมือตนเองแล้ว ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางเลือกในรูปแบบอื่น ๆ กับการบรรเทาอาการถอนนิโคตินเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การฝังเข็ม การสะกดจิต การใช้สมุนไพร การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ เป็นต้น (Sood et al., 2006) อาการถอนนิโคตินซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่นั้น เป็นผลมาจากการที่ร่างกายไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้ระดับโดปามีนในสมองลดลง โดยจะมีอาการไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและอาการทางจิตใจ ทำให้เครียด หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี กระวนกระวายใจ ไม่มีสมาธิ เป็นความรู้สึกเชิงลบที่ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มีความกลัว และวิตกกังวลมากกับการเผชิญอาการไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคม ดังนั้นการช่วยให้ผู้ที่ต้องการ

เล็กสูบบุหรี่ให้สำเร็จนั้น จึงมีหลายมิติทั้งด้านของความเป็นมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ สังคม ครอบครัว (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านการบำบัดทางเลือก หรือการพยาบาลแบบผสมผสาน ที่สามารถนำมาเสริมเพื่อเติมเต็มความสมบูรณ์ของการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชรโรจน์, 2549) โดยเน้นการดูแลแบบ “องค์รวม” (Holistic) ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยหลักการของการบำบัดทางเลือกคือ การลดความตึงเครียด (tension) ความเจ็บปวดและอาการแสดงอื่นๆ การสร้างความผ่อนคลาย (relax) สร้างความมีชีวิตชีวา เกิดความรู้สึกสุขสมบูรณ์ สร้างเสริม สนับสนุน ตอบโต้ภาวะด้านทานของจิตประสาท (psychoneuro immunological response) นอกจากนี้ยังเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกหรือความคิดที่เป็นลบ และสร้างความรู้สึกหรือความคิดทางบวกขึ้น (พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์, 2546) ดังนั้นการบำบัดทางเลือก หรือการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน จึงสามารถนำมาช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคติน เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น

จากงานวิจัยพบว่า การบำบัดทางเลือกหรือการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน หลายรูปแบบ สามารถช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังเช่นการวิจัยของ McClemon, Westman, and Rose (2004) ศึกษาผลของการหายใจแบบลึกต่ออาการถอนนิโคติน ผลการวิจัยพบว่าการหายใจแบบลึกช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ussher et al. (2006) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบการใช้แรงต้านต่ออาการอยาก บุหรี่และอาการถอนนิโคติน ผลการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านมี อาการถอนนิโคตินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cropley, Ussher, and Charitou (2007) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินและอาการอยาก บุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลอง มีอาการอยาก บุหรี่และอาการถอนนิโคตินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wu et al. (2007) ศึกษาการฝังเข็มที่ใบหูในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าการทดลองมีคะแนนอาการถอนนิโคตินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า การนำการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานคือการนวดกดจุดสะท้อน มาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ สามารถช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่าการให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของอาการถอนนิโคติน ของกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ จึงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จมากขึ้นด้วย ดังนั้นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ

1. ด้านองค์การวิชาชีพสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมให้ใช้การนวดกดจุดสะท้อนเข้ามาช่วยเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดอาการถอนนิโคตินให้แก่ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ซึ่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการสนับสนุน ให้พยาบาลได้รับการฝึกปฏิบัติในการนวดกดจุดสะท้อน ซึ่งนับว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาจจะเริ่มจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อน เพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการถอนนิโคตินแก่ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หลังจากนั้นควรมีการถ่ายทอดและฝึกฝนให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลต่อไป

3. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดให้ความรู้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษามีองค์ความรู้ และเห็นความสำคัญของการนวดกดจุดสะท้อน และการดูแลแบบผสมผสานซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล สามารถนำไปวางแผนเพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงผลต่อเนื่องในระยะยาวของผลการนวดกดจุดสะท้อน โดยศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาวินิจฉัยผลของการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคติน ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

3. ควรมีการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคติน โดยสอนให้ญาติและครอบครัวเป็นผู้นวดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. 2549. บทบาทของพยาบาลในการจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, **พยาบาลกับบุหรี่**, 22-42. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. 2551. การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, **การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**, 44-64. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กัลยกร ฉัตรแก้ว. 2551. การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายสำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่. ในกรองจิต วาทีสาธกกิจ, **การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**, 134-166. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ขวัญตา เพชรมณีโชติ. 2543. **ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติมา พุ่มพรวง. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์. 2550. ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. **วารสารควบคุมยาสูบ** 1 (1): 2-13.
- จีรพรรณ เจริญพร. 2549. **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ เชื้อมทอง. 2542. **ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ แรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. 2551. กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่. ใน กรองจิต วาที่สาธกกิจ, **การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**, 29-43. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- นางลักษณะ พรหมดีการ. 2545. **ผลของการนวดฝ่าเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- นิตยา คชศิลา. 2548. **ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่มีอาการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2547. **การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 10-12**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส. พี. เอ็น. การพิมพ์ จำกัด.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. 2551. พิษของบุหรี่: ภัยที่พึงระวัง. ใน กรองจิต วาที่สาธกกิจ, **การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**, 1-13. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. 2550. Pitfalls การให้บริการลด ละ เลิกยาสูบ. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. **ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ**, 519-529. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- เปรมจิตต์ สิริศิริ. 2543. **คู่มือนวดกดจุดฝ่ามือและฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพขั้นมูลฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หจก. เอมี เทรดตั้ง.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2546. **หุ้มนั้ญญาทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรินั้ตั้ง.
- พาวร วิมุ่กตะลพ. 2551. **ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิศิษฐ์ เบญจมงคลวารี. 2549. **นวดไทยเพื่อสุขภาพ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- ยงค์ศักดิ์ ตันติปฏิภก. 2548. **ตำราการนวดไทย เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ สาธารณสุขกับการพัฒนา.
- รณชัย คงสกนธ์. 2550. แนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่ทางจิตเวช. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, **ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ**, 229-250. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ร่วมรัตน์ หลีสุข. 2549. **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุด สะท้อน อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกุล, และกาญจนา สุริยะพรหม. 2550. พิษภัยบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, **ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ**, 145-174. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. 2549. **ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเกิดออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชิโรจน์. 2549. การบำบัดเสริมและการแพทย์ทางเลือกในการบำบัดทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 18 (3): 1-7.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. 2546. **รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่**. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี โภคะกุล, อรวรรณีย์ คูหา และ นพรดา มะเมียเมือง. 2547. **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุด้วยการแพทย์ทางเลือกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วีรวรรณ เล็กสกุลไชย. 2007. พิษของควันทาสูบ. *J Health Res* 21(4): 287-292.
- ศรินยา ฉันทะปรีดา. 2549. **ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริพร พันธุ์พริ้ม. 2549. **ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. 2550. เกสซ์บำบัดในการเลิกบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, **ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ**, 465-492. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ศุภยวีจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2551. **สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2544. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. 2550. การบริหารยางดับบุหรี่และสารนิโคตินทดแทน. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, **ตำราสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ**, 493-518. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุธาทิพ เกษตรลักษณ์ และชนกพร จิตปัญญา. 2550. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 19 (2): 112-128.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. 2550. พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร** 1(2): 9-18.
- อพัชชา ผ่องญาติ. 2543. **การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. 2551. หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, **การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ**, 1-13. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

ภาษาอังกฤษ

- Abrams, D. B., and Niaura, R. 2003. Planning Evidence-Based Treatment of Tobacco Dependence. In D. B. Abrams, et al., **The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices**, pp. 1-26. New York: The Guilford Press.
- Al'Absi, M., Hatsukami, D., Davis, G. L., and Wittmers, L. E. 2004. Prospective examination of effects of smoking abstinence on cortisol and withdrawal symptoms as predictors of early smoking relapse. **Drug and Alcohol Dependence** 73: 267-278.
- Allen, S. S., Bade, T., Hatsukami, D., and Center, B. 2008. Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior smoking relapse. **Nicotine and Tobacco Research** 10(1): 35-45.
- American Psychiatric Association. 2000. **The diagnostic and statistical manual of Mental disorders**. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, J. O., Tinggen, M. S., Waller, J. L., and Harper, R. J., 2001. Provider Feedback Improves Adherence with AHCPR Smoking Cessation Guideline. **Preventive Medicine**. 33: 415-421.
- Barsevick, A. M., Whitmer, K., Nail, L. M., and Beck, S. L. 2006. Symptom Cluster Research: Conceptual, Design, Measurement, and Analysis Issues. **Journal of pain and Symptom Managemnt** 31(1): 85-93.
- Benowitz, N. L. 2008. Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. **The American Journal of Medicine** 121(4A): S3-S10.
- Booth, L. 2007. Vertical reflexology and the core of the elderly. **Nursing and Residential Care** 9(10): 471-474.
- Braun, M. B., and Simonson, S. 2008. **Introduction to Massage Therapy**. 2nd ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cade, M. 2002. Reflexology. **The Kansas Nurse** 77 (5): 5-6.

- Cappelleri, J. C., et al. 2005. Revealing the multidimensional framework of the Minnesota Nicotine withdrawal scale. *Curr. Med. Res. Opin.* 21: 749-760.
- Chinakin, P. 2006. **Effects of hand reflexology on nausea, retching and vomiting in cancer patients receiving chemotherapy.** The Degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Chinaworapong, S. 2005. **Self massage for stress reduction among workers in Ao Udom Hospital, Siracha, Chonburi.** The Degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Chontichachalalauk, J. 2004. **The effect of music therapy on anxiety, physiological responses, and weaning parameters in patients during weaning from mechanical ventilation.** The Degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Cropley, M., Ussher, M., and Charitou, E. 2007. Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers. *Addiction* 102: 989-993.
- Cumming, A. D., Simpson, K. R., and Brown, D. 2007. **Complementary and Alternative Medicine.** London: Elsevier Limited.
- DiFraza, J. R., and Wellman, R. J. 2005. A sensitization-homeostasis model of nicotine Craving, withdrawal, and tolerance: Integrating the clinical and basic science literature. *Nicotine and Tobacco Research* 7(1): 9-26.
- Donny, E. C., Griffin, K. M., Shiffman, S., and Sayette, M. 2007. The relationship between use, nicotine dependence, and craving in laboratory volunteers. *Nicotine and Tobacco Research* 10(3): 447-455.
- Emmons, K. M. 2003. Increasing Motivation to Stop Smoking. In D. B. Abrams, et al., **The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices**, pp. 73-100. New York: The Guilford Press.

- Etter, J. F. 2005. A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: The Cigarette Withdrawal Scale. **Nicotine and Tobacco Research** 7(1): 47-57.
- Etter, J-F., and Huhges, J. R. 2006. A comparison of the psychometric properties of three Cigarette withdrawal scales. **Addiction** 101: 362-372.
- Evans, M., Franzen, S., and Oxenford, R. 2001. **The healing touch**. London: Southwater.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., et al. 2008. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. {Online}. Available from: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm> [2008, June 10].
- Foll, B. L., and George, T. P. 2007. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. **CMAJ** 177 (11) :
- Fontaine, K. L. 2005. **Complementary & Alternative Therapies for Nursing Practice**. 2nd ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fung, P. R. et al. 2005. Effectiveness of Hospital-Based Smoking Cessation. **Chest** 128(1): 216-223.
- Galvin, K., Webb, C., and Hillier, V. 2000. The outcome of nurse-led health education Program For patients with peripheral vascular disease who smoke Assessment using attitudinal variables. **Clinical Effectiveness in Nursing** 4: 54-66.
- Gantagad, T. 2007. **Effects of the Smoking Cessation Program in Hospitalized Patients with Cardiovascular Disease on Smoking Cessation Behavior**. The Degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Giovino, G. A., Henningfield, J. E., Tomar, S. L., Escobedo, L. G., and Slade, J. 1995. Epidemiology of tobacco use and dependence. **Epidemiol Rev** 17(1): 48-65.
- Glover, E. D., Glover, P. N., and Payne, T. J. 2003. Treating Nicotine Dependence. **The American Journal of the Medical Science** 326(4): 183-186.

- Gottlieb, A. M., Killen, J. D., Marlatt, G. A., and Yaylor, C. B. 1987. Psychological and pharmacological influences in cigarette smoking withdrawal: effects of nicotine gum and expectancy on smoking withdrawal symptoms and relapse. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 55(4): 606-8.
- Griffiths, P. 1996. Reflexology. **Complementary Therapies in Nursing and Midwifery** 2: 13-16.
- Gritz, E. R., Carr, C. R., and Marcus, A. C. 1991. The tobacco withdrawal syndrome in Unaided quitters. **British Journal of Addiction** 86: 57-69.
- Gunnardottir, T. J., and Jonsdottir, H. 2007. Does the experimental design capture the effects of complementary therapy? A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. **Journal of Clinical Nursing** 16: 777-785.
- Hatsukami, D. K., Hughes, J. R., Pickens, R. W., and Svikis, D. 1984. Tobacco withdrawal symptoms: an experimental analysis. **Psychopharmacology** 84(2): 231-236.
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., and Gupta, P. C. 2008. Tobacco addiction. **Seminar** 371: 2027-2038.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., and Fagerstrom, K.O. 1991. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **Br J Addict** 86: 1119-1127.
- Heishman, S. T., Singleton, E. G., and Moolchan, E. T. 2003. Tobacco Craving Questionnaire: Reliability and validity of a new multifactorial instrument. **Nicotine and Tobacco Research** 5(5): 645-654.
- Hendricks, P. S., Ditte, J. W., Drobos, D. J., and Brandon, T. H. 2006. The early time course of smoking withdrawal effects. **Psychopharmacology** 187: 385-396.
- Henningfield, J. E., Cohen, C., and Slade, J. D. 1991. Is nicotine more addictive than cocaine? **British Journal of Addiction** 176: 257-263.

- Hernandez-Reif, M., Field, T., and Hart, S. 1999. Smoking Craving Are Reduced by Self-Massage. **Preventive Medicine** 28: 28-32.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., and Jurs, S. G. 2003. **Applied Statistics for the Behavioral Sciences**. 5th ed. New York: Houghton Mifflin Company.
- Hodgson, N. A., and Andersen, S. 2008. The Clinical Efficacy of Reflexology in Nursing Home Residents with Dementia. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**. 14(3): 269-275.
- Holly, E. R., and Morrell, M. A. 2007. **Cigarette Smoking: Attentional Mediation of Anxiety as a Predictor of Nicotine Withdrawal Severity**. The Degree of Doctor of Philosophy Faculty of Texas Tech University.
- Hughes, J. R. 1992. Tobacco Withdrawal in Self-Quitters. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 60 (5): 689-697.
- Hughes, J. R. 1993. Smoking is a drug dependence: a reply to Robinson and Pritchard. **Psychopharmacology** 113: 282-283.
- Hughes, J. R. 2007 a. Effects of abstinence from tobacco: Etiology, animal models, epidemiology and significance: A subjective review. **Nicotine and Tobacco Research** 9(3): 329-339.
- Hughes, J. R. 2007 b. Effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. **Nicotine and Tobacco Research** 9(3): 315-327.
- Hughes, J. R. 2007 c. Measurement of Effects of Abstinence from Tobacco: A Qualitative Review. **Psychology of Addictive Behaviors** 21(2): 127-137.
- Hughes, J. R., Gust, S. W., Skoog, K., Keenan, R. M., and Fenwick, J. W. 1991. Symptoms of Tobacco Withdrawal. **Arch Gen Psychiatry** 48: 52-59.
- Hughes, J. R., and Hatsukami, D. 1986. Signs and Symptoms of Tobacco Withdrawal. **Arch Gen Psychiatry** 43: 289-294.
- Hughes, J. R., and Hatsukami, D. 2008. **Minnesota Nicotine Withdrawal Scale-Revised** {Online}. Available from: <http://www.uvm.edu/~hbpl/? Page= minnesota/ default. Html> [2008, August 25]

- Hughes, J. R. et al. 1994. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: Similarities and dissimilarities. **Addiction** 89: 1461-1470.
- Hughes, J. R. et al. 1992. Smoking cessation among self-quitters. **Health Psychology** 11(5): 331-334.
- Hukkanen, J., Jacob III, P., and Benowitz, N. L. 2005. Metabolism and Disposition Kinetics of Nicotine. **Pharmacological Reviews** 57(1): 79-115.
- International Council of Nurse. 2006. **Nurse for Tobacco-Free Life**. {Online}. Available from: http://www.icn.ch/matters_tabacco.htm [2008, October 20]
- Kaada, B., and Torsteinbq, O. 1989. Increase of plasma β -endorphins in connective tissue massage. **Gen. Pharmac** 20(4): 487-489.
- Khurana, S., Batra, V., Patkar, A. A., and Leone, F. T. 2003. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. **Respiratory Medicine** 97: 295-301.
- Kim, M. S., Cho, K. S., Woo, H. M., and Kim, J. H. 2001. Effects of hand massage on anxiety in cataract surgery using local anesthesia. **J Cataract Refract Surg** 27: 884-890.
- Le Foll, B., and George, T. P. 2007. Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. **CMAJ** 177(11): 1373-1380.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., and Suppe, F. 1997. The middle range theory of unpleasant symptoms: an update. **Advances in Nursing Science** 19(3): 14-27.
- Leventhal, A. M. et al. 2007. Gender Differences in Acute Tobacco Withdrawal: Effects on Subjective, Cognitive, and Physiological Measures. **Experimental and Clinical Psychopharmacology** 15(1): 21-36.
- Lujic, C., Reuter, M., and Netter, P. 2005. Psychobiological Theories of Smoking and Smoking Motivation. **European Psychologist** 10(1): 1-24.
- Martin, M. 2007a. The Art and Science of Reflexology: Fear and Stress Response. **Positive Health** 22.
- Martin, M. 2007b. The Art and Science of Reflexology: Optimizing the Healing Potential. **Positive Health** 18.

- McClernon, F. J., Westman, E. C., and Rose, J. E. 2004. The effects of controlled deep breathing on smoking withdrawal symptoms in dependent smokers. **Addictive Behaviors** 29: 765-772.
- Miyata, H., and Yanagita, T. 2001. Neurobiological mechanisms of nicotine craving. **Alcohol** 24: 87-93.
- Morey, J. H. 2005. Integrative Reflexology: A Therapy within a Naturopathic Nursing Practice. **Explore** 1 (5): 400-401.
- Morrell, H. E.R., Cohen, L. M., and al'Absi, M. 2008. Physiological and psychological Symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior** 89: 272-278.
- Munro, B. H. 2005. **Statistical Methods for Health Care Research**. 5thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Naegle, M. A., and D'Avanzo, C. E. 2003. **Addictions and Substance Abuse: Strategies For Advanced Practice Nursing**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- National Center of Complementary therapy and Alternative Medicine. 2007. **What Is CAM?** {Online}. Available from: <http://www.nccam.nih.gov/health> [2008, October 20]
- O'Connell, K. A., and Koerin, C. A. 1999. Smoking Cessation Assistance. In G. M. Bulechek, and J. C. McCloskey (eds.), **Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments**, pp. 438-450. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Parsons, T. 2004. **An Holistic Guide to Massage: From beginner to advanced level and Beyond**. London: Thomson Learning.
- Patten, C. A., and Martin, J. E. 1996. Measuring Tobacco Withdrawal: A Review of Self-Report Questionnaires. **Journal of Substance Abuse** 8(1): 93-113.
- Perkins, K. A., and Grobe, J. E. 1992. Increased desire to smoke during acute stress. **British Journal of Addiction** 87: 1037-1040.
- Perkins, K. A. et al. 2000. Tobacco Withdrawal in Woman and Menstrual Cycle Phase. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 68(1): 176-180.

- Piper, M. E., McCarthy, D. E., and Baker, T. B. 2006. Assessing tobacco dependence: A guide to measure evaluation and selection. **Nicotine and Tobacco Research** 8(3): 339-351.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. **Nursing Research: Principles and Methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., and Hunger, B.P. 1999. **Nursing Research: Principles and Methods**. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Pomerleau, C. S., Carton, S. M., Lutzke, M. L., Flessland, K. A., and Pomerleau, O. F. 1994. Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. **Addictive Behaviors** 19(1): 33–39.
- Pomerleau, O. F., Pomerleau, C. S., and Marks, J. L. 2000. Abstinence effects and reactivity to nicotine during 11 days of smoking deprivation. **Nicotine and Tobacco Research** 2: 149-157.
- Poonsaard, B. 2000. **Effects of foot zone therapy on pain outcomes and relaxation in cancer patients**. The Degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Powell, J. T. 2002. Smoking: addiction to nicotine. In W. Caan, and J. de Bellerche (eds.), **Drink, Drugs and Dependence**, 107-114. London: Routledge.
- Preechawong, S. 2007. Thai Nurse and Tobacco Cessation Activities in Clinical Practice. **Thai J Nurs Res** 11(1): 62-72.
- Puang-Ngern, S. 2001. **Effectiveness of music therapy on anxiety, physiological responses, vital capacity, and oxygen saturation in mechanical ventilated patients**. The Degree of Master Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Quist-Paulsen, P. and Gallefoss, F. 2003. Randomised controlled trial of smoking cessation Intervention after admission for coronary heart disease. **BMJ** 327: 1254-1257.
- Ranney, L., Melvin, M. A., Lux, L., McClain, E., and Lohr, K. N. 2006. Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. **Annals of Internal Medicine** 145(11): 845-856.

- Rice, V. H. 2006. Nursing intervention and smoking cessation: Meta-analysis update. **Heart & Lung** 35(3): 147-162.
- Rice, V. H., and Stead L. F. 2008. Nursing Interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2008**, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.
- Royal College of Physicians. 2007. **Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit**. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: RCP.
- Ruiz, P., Strain, E. C., and Langrod, J. G. 2007. **The Substance Abuse Handbook**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rustin, T. A. 2000. Assessing Nicotine Dependence. **AAFP** 62: 579-584.
- Salkind, N. J. 2007. **Statistics for people who (think they) hate statistics**. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schnabel, A. 2007. Foot Reflexology. In S. G. Salvo (ed.), **Massage Therapy: Principals And Practicle**, pp 695-709. St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Shaw, D., and al' Absi, M. 2008. Attenuated beta endorphin response to acute stress is Associated with smoking relapse. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior** 90: 357-362.
- Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. D., and Elash, C. 1995. Nicotine withdrawal in chippers and regular smokers: Subjective and cognitive effects. **Health Psychology** 14: 301-309.
- Shiffman, S. et al. 2002. Immediate Antecedents of Cigarette Smoking: An Analysis From Ecological Momentary Assessment. **Journal of Abnormal Psychology** 111(4): 531-545.
- Shiffman, S., West, R. J., Gilbert. D. G., and the SRNT Work Group on the Assessment of Craving and Withdrawal in Clinical Trials. 2004. Recommendation of the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. **Nicotine & Tobacco Research** 6(4): 599-614.

- Sood, A., Ebbert, J. O., Sood, R., and Stevens, S. R. 2006. Complementary treatments for Tobacco cessation: A survey. **Nicotine & Tobacco Research** 8(6): 767-771.
- Stephenson, N. L., Weinrich, S. P., and Tavakoli, A. S. 2000. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. **Oncology Nursing Forum** 27(1): 67-72.
- Stephoe, A. and Ussher, M. 2006. Smoking, cortisol and nicotine. **International Journal of Psychophysiology** 59: 228-235.
- Storr, C. L., Reboussin, B. A., and Anthony, J. C. 2005. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. **Drug Alcohol Depend** 80(2): 241-250.
- The International Council of Nurses. 2006. **Tobacco Use and Health**. {Online}. Available from: http://www.icn.ch/matters_tobacco.htm [2008, October 20]
- Toll, B. A., O'Malley, S. S., McKee, S. A., Salovey, P., and Krishnan-Sarin, S. 2007. Confirmatory Factor Analysis of the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. **Psychology of Addictive Behaviors** 21(2): 216-225.
- U.S. Department of Health and Human Services. 1988. **The Health Consequences of Smoking Nicotine Addiction: a report of the Surgeon General**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Health Promotion and Education, Office on smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. 1994. **Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. {Online}. Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_1994/index.htm [2008, October 24].
- Ussher, M., West, R., Doshi, R., and Sampuran, A. K. 2006. Acute effect of isometric exercise on desire to smoke and tobacco withdrawal symptoms. **Hum Psychopharmacol Clin Exp** 21: 39-46.

- Ward, M. M., Swan, G. E., and Jack, L. M. 2001. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. **Addictive Behaviors** 26: 311-327.
- Weinberger, A. H., Krishnan-Sarin, S., Mazure, C. M., and McKee, S. A. 2008. Relationship of perceived risks of smoking cessation to symptoms of withdrawal, craving, and depression during short-term smoking abstinence. **Addictive Behaviors** 33: 960-963.
- Welkowitz, J., Cohen, B. H., and Ewen, R. B. 2006. **Introductory Statistics for the Behavioral Sciences**. 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Welsch, S. K. et al. 1999. Development and Validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. **Experimental and Clinical Psychopharmacology** 7(4): 354-361.
- West, R. 2006. Defining and assessing nicotine dependence in humans. In Wiley, J. (ed.), **Understanding Nicotine and Tobacco Addiction**, pp. 36-58. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- West, R., and Hajek, P. 2004. Evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal. **Psychopharmacology** 177: 195-199.
- West, R., Hajek, P., and Belcher, M. 1989. Severity of withdrawal symptoms as a predictor of outcome of an attempt to quit smoking. **Psychological Medicine** 19(4): 981-985.
- West, R., and Schneider, N. 1987. Craving for Cigarettes. **British Journal of Addiction** 82: 407-415.
- West, R., Ussher, M., Evans, M., and Rashid, M. 2006. Assessing DSM-IV nicotine withdrawal symptoms: a comparison and evaluation of five different scales. **Psychopharmacology** 184: 619-627.
- World Bank. 1999. **Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control**. Washington, DC, The International Bank for Reconstruction and Development. {Online}. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTETC/Resources/3759901113853423731> [2007, December 29].

- World Health Organization. 1992. **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. 2005. **Code of practice on tobacco control for health professional organizations**. Adopted and signed by the participants of the WHO Informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control; 28-30 Jan 2004; Geneva, Switzerland. {Online}. Available from: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/codeofpractice/en/index.html> [2008, October 20]
- World Health Organization. 2008. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package**. Geneva, Switzerland. {Online}. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/> [2009, January 24]
- Wren, K., and Norred, C. 2003. **Real-World Nursing Survival Guide: Complementary and Alternative Therapies**. Pennsylvania: Saunders.
- Wu et al. 2007. A Randomized Controlled Clinical Trial of Auricular Acupuncture in Smoking Cessation. *J Chin Med Assoc* 70(8): 331-338.
- Xavier, R. 2007. Facts on Reflexology. *Nursing Journal of India* 98 (1): 11-12.
- Youdan, B., and Queally, B. 2005. Nurses' role in promoting and supporting smoking cessation. *Nursing Times* 101(10): 26. {Online}. Available from: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/nurses-role-in-promoting-and-supporting-smoking-cessation/203957.article> [2009, June 21]
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., Gibson, L. E., Abrams, K., and Gregor, K. 2005. Acute nicotine withdrawal symptoms and anxious responding to bodily sensations: A test of incremental predictive validity among young adult regular smokers. *Behaviour Research and Therapy* 43: 1683-1700.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ของ
เครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองจิต วาที่สาธกกิจ

ที่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาไม่สูบบุหรี่ และที่ปรึกษาศูนย์บริการเลิกบุหรี่

ทางโทรศัพท์แห่งประเทศไทย

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน จากภาควิชาการพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

4. นาวาเอก นายแพทย์วิชัย มนต์ศิริวิทยา

ผู้อำนวยการกองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ

5. อาจารย์กัลยกร ฉัตรแก้ว

รองผู้จัดการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

6. อาจารย์ภัททิยา ชัยนาคิน

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ที่อนิสิต

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศบ 0512.11/ 0211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสม

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศธ 0512.11/ 0211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตดาวัลย์ นิขโรจน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ตดาวัลย์ นิขโรจน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศช 0512.11/ 0211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาเอก นายแพทย์ วิชัย มนัสศิริวิทยา ผู้อำนวยการกองวิทยาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. อุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นาวาเอก นายแพทย์ วิชัย มนัสศิริวิทยา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศบ 0512.11/ 0211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ กัลยกร ฉัตรแก้ว รองผู้จัดการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ กัลยกร ฉัตรแก้ว

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศร 0512.11/ 0211



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ภัททิยา ชัยนาคิน อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าเนาเรียน

อาจารย์ ภัททิยา ชัยนาคิน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ข้อนี้ติด

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศร 0512.11/ C46)



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

19 มีนาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมส่งเสริม การเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่ม ตัวอย่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการ นวดกดจุดสะท้อน แผนการสอน เรื่อง การเสพติดบุหรี่ กลไกการติดนิโคติน อาการถอนนิโคตินและ วิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่ คู่มือ การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง คู่มือการนวดกดจุดสะท้อน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบระดับ การเสพติดนิโคติน และแบบวัดอาการถอนนิโคติน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการ ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ที่ ศบ 0512.11/ 0469



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ มีนาคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เนื่องด้วย นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่สูบบุหรี่ จำนวน 60 คน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน แผนการสอน เรื่อง การเสพติดบุหรี่ กลไกการติดนิโคติน อาการนอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการนอนนิโคติน การเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง คู่มือการนวดกดจุดสะท้อน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน และแบบวัดอาการนอนนิโคติน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ โทร. 08-1315-8657

ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

๑๙๕



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนาบุคคล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.090

วันที่ 19 มีนาคม 2552

กองวิชาการ สทท.
3504
วันที่ 23 มี.ค. 2552
เวลา 16.00

เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

ตามบันทึก กท.0602/2000 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2552 เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในคน ซึ่งท่านขอให้ คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการนอนไม่หลับของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ และให้ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยในคนมาด้วยแล้ว

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ

(นางจอมใจ สำนานทรัพย์)
เลขานุการสำนักงานการแพทย์

เปรมวดี คุณา
(นางสาวเปรมวดี คุณา)

กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
ของกรุงเทพมหานคร

ที่ กท 0602.4/วค.090
วันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๕๒

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

(นางสมพร คุ้มแก้ว)
หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคคล

กองวิชาการ สทท. ๓๕๐๔
กระทรวงสาธารณสุข

24 มี.ค. 2552



No.....๓.๕๑.....

Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : The Effect of Smoking Cessation Program
Combined with Reflexology on Nicotine
Withdrawal Symptoms among Staffs in BMA
Medical College and Vajira Hospital

Registered Number : 025.52

Principal Investigator : Miss Sirirat Kanokururote .

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration
Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

..... Chairman

(Mr. Kraichack Kaewnii)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 20 MAR. 2009

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. หัวหน้าโครงการวิจัย

นางสาวสิริรัตน์ กนกอุไรโรจน์

3. สถานที่วิจัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

4. ผู้สนับสนุนทุนวิจัย

ทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิวชิรพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

5. ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่ป้องกันได้ของประชากรในแทบทุกประเทศ โรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ใหญ่เสียชีวิต 1 ใน 10 คนทั่วโลก ภายในปี พ.ศ.2573 ตัวเลขจะเพิ่มเป็น ในทุกๆ 6 คนจะมีคนที่เสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่ 1 คนซึ่งเป็นอัตราการสูญเสียชีวิตที่มากกว่าสาเหตุอื่น ธนาคารโลกร่วมกับองค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการว่า ในอนาคตโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงสุด ปัญหาการบริโภคยาสูบจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนและเป็นปัญหาที่อยู่ในภาวะวิกฤตในทุกระดับ ทั้งระดับชุมชน ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของโลกในภาพรวม แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงคือ จาก 32% ในปีพ.ศ.2534 เป็น 21.22% ในปีพ.ศ.2550 แต่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังคงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จากการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยพบว่า มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำถึงเกือบ 10 ล้านคนในปัจจุบัน

แม้ว่าข้อมูลทางระบาดวิทยาสำรวจพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ต้องการเลิกบุหรี่โดยประมาณร้อยละ 70 ของผู้สูบบุหรี่มีความต้องการอยากที่จะเลิก แต่มีผู้สูบบุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากบุหรี่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีฤทธิ์เสพติดรุนแรง การติดสารนิโคตินเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อความพยายามในการเลิกบุหรี่ เมื่อเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ซึ่งอาการถอนนิโคตินเป็นความรู้สึกเชิงลบ เช่น ปวดศีรษะ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีเรี่ยวแรง สมาธิไม่ดี

หิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น ความรู้สึกเชิงลบดังกล่าวทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ หนีไม่ได้ ต้องหันกลับไปสูบบุหรี่อีก การเลิกบุหรี่นั้น ผู้สูบบุหรี่จะต้องมีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก รวมถึงต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจ ในช่วงถอนยาผู้ติดยาจะมีความตึงเครียดจากอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น การสามารถควบคุมบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบายได้ จะทำให้เกิดความหวังและมีกำลังใจมีพลังความมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนวดกดจุดสะท้อนเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผ่อนคลายและกระตุ้นระบบต่างๆของร่างกาย ในการปรับสมดุล ควบคุมอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกบุหรี่โดยเฉพาะบรรเทาอาการเครียด ช่วยให้ผ่านพ้นช่วงถอนยาได้อย่างราบรื่น และให้ร่างกายได้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

6. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

7. รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร

1. หลังจากผู้วิจัยติดต่อให้ท่านเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนัดพบตามสถานที่ที่กำหนดไว้ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงให้ท่านทราบวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง หลังจากนั้นจะให้ท่านตอบแบบวัดอาการถอนนิโคติน ใช้เวลาในการตอบแบบวัดประมาณไม่เกิน 5 นาที หลังจากนั้นจะเป็นการพูดคุยสอบถามประสบการณ์และแนะนำการเริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่
2. ผู้วิจัยมาพบท่านเพื่อให้คำปรึกษาหลังจากท่านหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และวันที่ 2 เพื่อให้ท่านได้พูดคุยบอกความรู้สึกและอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน พร้อมกับฝึกทักษะ วางแผนเพื่อลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก

3. สำหรับท่านที่ได้รับการสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่ โดยใช้เวลาในการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือครั้งละประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้กำลังใจและประเมินอาการถอนนิโคตินในวันที่ 3, วันที่ 7 และเมื่อครบ 2 สัปดาห์หลังจากหยุดสูบบุหรี่ ระหว่างนี้ท่านสามารถสอบถามปัญหาจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

8. ประโยชน์

1. ช่วยในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับท่าน โดยใช้เป็นทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแทนการสูบบุหรี่ รวมทั้งป้องกันการหวนกลับมาสูบบุหรี่อีก

2. ช่วยให้ท่านและคนที่ท่านรักมีสุขภาพดีขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่และจากการได้รับควันบุหรี่ลดลง

3. ในด้านเศรษฐกิจ ทำให้ท่านมีเงินเหลือเก็บ สามารถนำไปใช้ประโยชน์อื่นๆที่จำเป็นและมีความภาคภูมิใจที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

9. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมการวิจัยและสามารถบอกยกเลิกการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่าน

10. ค่าตอบแทน

โครงการวิจัยนี้ไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนให้ท่าน

11. การรักษาความลับของท่าน

ในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการวิจัยโดยเฉพาะและจะเปิดเผยต่อหน่วยงานหรือสาธารณชนในลักษณะที่เป็นภาพรวม และสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

12. เจ้าหน้าที่โครงการวิจัยที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด โปรดสอบถามหรือติดต่อได้ที่

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์

หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

โทรศัพท์ 0-2244-3500 หรือ 0-2244-3501

มือถือ 08-1315-8657

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปีอยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....

หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางสาวสิริรัตน์ กนกอุไรจรรย์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องมีผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 แบบข้อมูลสอบถามส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ (แบบวัดอาการถอนนิโคติน)
2. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับการติดยาโคติน
3. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการงดจุดสูดสะท้อนฝ่ามือ
4. แผนการสอนเรื่อง อาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน
5. คู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน
6. คู่มือการงดจุดสูดสะท้อนฝ่ามือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และอาการภายหลังหยุดสูบบุหรี่ของท่าน โดยข้อมูลที่ได้รับจะนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

แบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการภายหลังการหยุดสูบบุหรี่

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลจากคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ () ชาย
 () หญิง
3. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น
 () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา
 ()ปริญญาตรี
 () สูงกว่าปริญญาตรี
 () อื่นๆ
4. ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ.....
5. ท่านสูบบุหรี่มานาน.....ปี
6. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่วันละ.....มวน
7. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่
 () ไม่เคย
 () เคย
 -จำนวนครั้งที่เคยเลิก.....ครั้ง
 -เลิกได้นานที่สุด.....วัน / เดือน / ปี

-สาเหตุที่เคยเลิก

- สุขภาพ ครอบครัว ราคาแพง สังคมไม่ยอมรับ กลัวตาย
 ถูกจำกัดบริเวณ รู้ว่าไม่ดี อื่นๆ ระบุ.....

-ถ้าเคยเลิกแล้วเพราะเหตุใดจึงกลับไปสูบอีก

- เครียด หงุดหงิด แอลกอฮอล์ เห็นคนอื่นสูบ
 คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร อื่นๆ ระบุ.....

-ครั้งนี้ไม่อยากเลิกเพราะ

- สุขภาพ ครอบครัว ราคาแพง สังคมไม่ยอมรับ กลัวตาย
 ถูกจำกัดบริเวณ รู้ว่าไม่ดี อื่นๆ ระบุ.....

8. ปัจจุบันท่านใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่หรือไม่

() ใช่

() ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของท่านภายหลังเข้าร่วม

โปรแกรมนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบเพียงช่องเดียว ที่ตรงกับ
กับความตั้งใจของท่าน มากที่สุด

- ท่านตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการเข้ารับกิจกรรมนี้ในระดับใด
 - () เลิกให้ได้
 - () ลดจำนวนลง
 - () ทดลองดูก่อน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการภายหลังการหยุดสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาว่า ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวน้อยเพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ

ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่มีอาการหรือความรู้สึกนั้นเลย
น้อยมาก	หมายถึง	ท่านมีอาการหรือความรู้สึกนั้นน้อยมาก
น้อย	หมายถึง	ท่านมีอาการหรือความรู้สึกนั้นน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีอาการหรือความรู้สึกนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีอาการหรือความรู้สึกนั้นมาก

กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

อาการ	ไม่มีเลย	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. รู้สึกโกรธง่าย, มีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย, รู้สึกขัดข้องใจ					
2. รู้สึกวิตกกังวล, หงุดหงิด					
3. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ					
4. รู้สึกอยากสูบบุหรี่					
5. ไม่มีสมาธิ (ทำใจสงบได้ยาก)					
6. หิวบ่อย, กินจุขึ้น, น้ำหนักเพิ่มขึ้น					
7. นอนไม่หลับ, มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ, หลับแล้วตื่นกลางดึก					
8. รู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ไม่เป็นสุข					
9. รู้สึกขาดความอดทน					

แบบสัมภาษณ์เพื่อทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน

1. โดยปกติหลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่ี่มวนแรกเมื่อไร
 - () ภายใน 5 นาที
 - () 5 – 30 นาที
 - () 31 – 60 นาที
 - () มากกว่า 60 นาที
2. ท่านสูบบุหรี่ี่จัดภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน มากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน
 - () ใช่
 - () ไม่ใช่
3. ท่านรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ (เช่นที่ทำงาน โรงภาพยนตร์ โรงเรียน)
 - () รู้สึก
 - () ไม่รู้สึก
4. บุหรี่ี่มวนไหนที่ท่านไม่อยากเลิกมากที่สุด
 - () มวนแรกในตอนเช้า
 - () มวนอื่นๆ ระบุ.....
5. โดยปกติท่านสูบบุหรี่ี่กี่มวนต่อวัน
 - () 10 มวนหรือน้อยกว่า
 - () 11 – 20 มวน
 - () 21 – 30 มวน
 - () 31 มวนขึ้นไป
6. ท่านยังต้องสูบบุหรี่ี่แม้จะเป็นหวัด เจ็บคอ หรือเจ็บป่วยต้องนอนพักบนเตียงเป็นส่วนใหญ่
 - () ใช่
 - () ไม่ใช่

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ต้องการสอบถามความคิดเห็นของท่านหลังจากได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมีผลต่อความรู้สึกต่อไปนี้ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ

ไม่มีผล หมายถึง ท่านเห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือไม่มีผลต่อความรู้สึกนั้นเลย

น้อยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมีผลต่อความรู้สึกนั้นน้อยมาก

น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือผลต่อความรู้สึกนั้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมีผลต่อความรู้สึกนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมีผลต่อความรู้สึกนั้นมาก

กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่มีผล	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. รู้สึกอ่อนคลาย					
2. รู้สึกคลายความตึงเครียด					
3. รู้สึกสุขสบายขึ้น					
4. รู้สึกพึงพอใจ					
5. รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น					
6. รู้สึกง่วง อยากหลับ					
7. รู้สึกสบายใจขึ้น					
8. รู้สึกสงบ					
9. รู้สึกคลายความเหนื่อยล้า					
10. รู้สึกหายปวดเมื่อย					

แผนการสอนเรื่อง “อาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน”

ผู้สอน	นางสาวสิริรัตน์ กนกอุไรโจจน์
ผู้เรียน	เจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่สูบบุหรี่
ระยะเวลา	ประมาณ 30 นาที
สถานที่	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอน
2. เพื่อสร้างความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่
3. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายความหมายของการเสพติดบุหรี่ได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายกลไกการเสพติดสารนิโคตินได้ถูกต้อง
5. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรมได้ถูกต้อง
6. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคตินได้ถูกต้อง
7. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายการเตรียมตัวเลิกบุหรี่พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง

แผนการสอนเรื่อง “อาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน”

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้สอนกับผู้เลิกสูบบุหรี่	<p>บุหรี่หรือยาสูบมีสารนิโคติน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง มีฤทธิ์การเสพติดสูงกว่าการได้รับยาเสพติดอื่นๆ ประกอบกับการสูบบุหรี่ส่วนหนึ่งเป็นการติดพฤติกรรม หรือความเคยชินต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ยากต่อการเลิกสูบบุหรี่แต่ก็ไม่ยากเกินความสามารถ หากผู้สูบบุหรี่ต้องการจะเอาชนะใจตนเองให้ได้ การวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่นั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คนที่มีการวางแผนล่วงหน้ามักจะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้ดีกว่าคนที่ไม่มี การวางแผน เนื่องจากรู้ว่าหนทางข้างหน้าต้องเผชิญอุปสรรคต่างๆ และวางแผนล่วงหน้าว่าจะจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทักทาย แนะนำตนเอง และสนทนาสาเหตุของการเข้าร่วมกิจกรรม 2. สมาชิกแนะนำตนเอง 	-	ประเมินจากความสนใจของผู้เรียน ในขณะเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
เพื่อสร้าง ความตระหนัก ในการเลิกสูบบุหรี่	<p>การติดยาสูบเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งของประเทศไทยและของโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่รวมทั้งสิ้นราว 10 ล้านคน ในจำนวนนี้มีคนไทยที่ต้องเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน ถ้าคิดเป็นชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ถึงชั่วโมงละ 6 คน องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่นี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากทุกปี ทั้งนี้เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีชนิดต่างๆถึง 4,000 ชนิด ในจำนวนนี้มีสารก่อมะเร็งมากกว่า 60 ชนิด นอกจากเป็นอันตรายต่อผู้สูบเองแล้ว มีผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จำนวนมากต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ดังนั้นทุกคนควรหันมาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพภาวะติดยาสูบนี้กันอย่างจริงจัง เพราะเป็นภาวะที่สามารถรักษาได้ และการรักษา ก็ยังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่สูบบุหรี่ลงได้ด้วย</p>	<p>ผู้สอนซักถามถึงภาวะสุขภาพของผู้เรียน และนำเข้าสู่บทเรียน</p>	-	<p>ประเมินจากสีหน้าและท่าทางที่แสดงถึงความสนใจของผู้เรียนในการรับฟังข้อมูล</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ และสามารถบอกหรืออธิบายความหมายของการเสพติดบุหรี่</p>	<p>การเสพติดบุหรี่ หมายถึง การเสพติดสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในผลิตภัณฑ์ที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งสารดังกล่าวนี้ที่สำคัญที่สุดคือ สารนิโคตินซึ่งสารนิโคตินนี้มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการเสพติด องค์การอนามัยโลกประกาศอย่างเป็นทางการแล้วว่า “นิโคตินเป็นสารเสพติด” โดยการเสพติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากและมีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่ากับเฮโรอีน และโคเคน เป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวันยกเว้นเวลานอนหลับ</p>	<p>ผู้สอนอธิบายความหมายของการเสพติดบุหรี่พอสังเขป</p>	<p>คู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง</p>	<p>ประเมินจากการตอบคำถามเกี่ยวกับความหมายของการเสพติดบุหรี่ได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ และสามารถบอกหรืออธิบายกลไกการเสพติดสารนิโคติน</p>	<p>เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือด และผ่านเข้าสู่สมองภายใน 10 วินาทีซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือด นิโคตินจะไปออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกเป็นสุขใจ ให้หลังสารโดปามีนและสารสื่อประสาทอื่นๆในวงจรแห่งความสุขของสมอง ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความสุขสบายใจขึ้น ความเครียด ความกดดันต่างๆ ลดลง มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงทำงานหรือวางแผนต่างๆ มากขึ้น มีความตื่นตัว สมองแจ่มใส ความจำและสมาธิดีขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ ในทางตรงกันข้ามเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ฤทธิ์ของโดปามีนและสารสื่อประสาทต่างๆที่เคยหลังจะลดลง ซึ่งมีผลทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไป และเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้นมาแทนที่ ได้แก่ อาการกระวนกระวาย โกรธ หงุดหงิดง่าย นอนหลับยาก เสียสมาธิ และเหนื่อยง่าย</p>	<p>ผู้สอนอธิบายกลไกการเสพติดสารนิโคตินโดยใช้ภาพจำลอง</p>	<p>ภาพจำลอง แสดงกลไกการเสพติดสารนิโคติน</p>	<p>ประเมินจากสีหน้าท่าทาง ความสนใจฟังของ ผู้เรียน และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกลไกการเสพติดนิโคตินได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ และสามารถบอกหรืออธิบายผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรม</p>	<p>เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนนิโคตินนี้ และเพื่อให้เกิดสภาวะอารมณ์แห่งความสุขต่อไปจึงต้องสูบบุหรี่มวนต่อไปเรื่อยๆ เมื่อเป็นเช่นนี้สมองจึงเกิดความเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินและเกิดการเสพติดในที่สุด</p> <p>นิโคตินจะออกฤทธิ์ต่อสมองในหลายส่วน แต่ฤทธิ์ที่สำคัญที่ทำให้บุหรี่จัดอยู่ในกลุ่มสารเสพติดคือ การที่นิโคตินออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสุขหรือความพึงพอใจ ที่ศูนย์ควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ ก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย ซึ่งความรู้สึกสุขสบายนี้จะเกิดขึ้นเฉพาะในการสูบบุหรี่ครั้งแรกๆ เมื่อสูบบุหรี่ติดต่อกันไประยะหนึ่งจะเกิดอาการติดต่อนิโคติน ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะไม่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบบุหรี่ แต่ต้องสูบบุหรี่เพื่อระงับอาการถอนนิโคติน</p>	<p>ผู้สอนอธิบายผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรมโดยใช้ภาพจำลอง</p>	<p>ภาพจำลอง แสดงผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรม</p>	<p>ประเมินจากสีหน้าและท่าทางที่แสดงถึงความเข้าใจของผู้เรียนในการรับฟังข้อมูล และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับ ผลของนิโคตินต่อสมองและพฤติกรรมได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน</p>	<p>อาการถอนนิโคติน หมายถึง กลุ่มอาการไม่สุขสบาย หลากหลายอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากการหยุดสูบบุหรี่ อย่างฉับพลันหรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง อาการประกอบไปด้วย วิตกกังวล หงุดหงิด ขาดสมาธิ โกรธง่าย กระวนกระวาย มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ และอยากบุหรี่ อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันที่หยุดสูบบุหรี่ และเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น โดยอาการจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันแรก หลังจากนั้นอาการจะค่อยๆลดลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยลดลงต่ำกว่าก่อนหยุดสูบบุหรี่ประมาณ 2 สัปดาห์</p>	<p>ผู้สอนถามผู้เรียนถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและวิธีการที่ผู้เรียนเคยใช้ในการจัดการกับอาการดังกล่าว เพื่อเป็นการประเมินก่อนให้ความรู้ หลังจากนั้นให้ข้อมูลโดยอธิบายแต่ละอาการพร้อมทั้งแนะนำวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น</p>	<p>-ภาพพลิก แสดงอาการถอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการ ถอนนิโคติน -คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง</p>	<p>ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน และจากการสังเกตความสนใจในการเรียนรู้ของผู้เรียนรวมทั้งการตอบคำถามเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและบอกวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าวได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>วิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน</p> <p>-อาการอยากสูบบุหรี่ ปากแห้ง น้ำลายเหนียว เปรี้ยวปาก อาการนี้จะเกิดขึ้นเป็นระยะสั้นๆ 2-3 นาที อาการจะลดลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ ให้ใช้เทคนิคอมน้ำ บ้วนปาก แปรงฟัน ดื่มน้ำ หายใจเข้า-ออกลึกๆ เบี่ยงเบนความอยากโดยทำสิ่งอื่นแทนการสูบบุหรี่</p> <p>-ความรู้สึกเครียด หงุดหงิด กระทบกระวายเป็น โกรธง่าย การหยุดสูบบุหรี่เป็นเหมือนสูญเสียเพื่อนสนิท ให้พูดคุยกับคนข้างเคียงที่คุ้นเคย เพื่อระบายความหงุดหงิดออกไปบ้าง อดทนกับอารมณ์ของตัวเอง บอกคนข้างเคียงให้ทราบ ขอรับรองให้อดทน เข้าใจ เขียนระบายความรู้สึกในสมุดบันทึก แสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่น เดินรำ เล่นกีฬา ออกกำลังกายเบาๆ ผ่อนคลายความเครียดโดยการหายใจเข้าออกลึกๆ ใช้ผ้าเย็นเช็ดหน้าหรือดมยาตาม</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>-ความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ เป็นอาการที่ร่างกายกำลังปรับตัวได้โดยไม่ต้องมีนิโคติน ใช้เทคนิคการหายใจเข้าออกลึกๆและการผ่อนคลาย ลดหรืองดการดื่มกาแฟ ชา หรือเครื่องดื่มโคล่าที่มีคาเฟอีนจะช่วยลดอาการได้ เพราะเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ร่างกายจะดูดซึมคาเฟอีนมากขึ้นเกือบสองเท่า ซึ่งทำให้มีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวายและหงุดหงิดได้ อาการเหล่านี้จะเหมือนกับอาการขาดนิโคติน ทั้งๆที่ไม่ใช่</p> <p>-มีอาการแสบแสบ หดหู่ ไม่มีความสุขกับชีวิต เนื่องจากการหลังสารโดปามีนลดลง ให้คิดถึงความสุขที่เคยมีในอดีต และความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หากิจกรรมที่กระตุ้นความรู้สึกมีชีวิตชีวาขึ้น โทรมปรึกษาสายด่วนต่างๆเพื่อให้มีกำลังใจดีขึ้น พักผ่อนด้วยการนอนหรือออกไปสูดอากาศธรรมชาติ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>-หิวบ่อย อยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวอาจเพิ่มขึ้น ประมาณ 2-3 กิโลกรัม อาจรู้สึกหิวบ่อยและรับประทานอาหารได้อร่อยขึ้น เพราะต่อมรับรสที่ลิ้น ระบบย่อยอาหารและการดูดซึมจะทำงานได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงต้องระวังการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง และเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ ควรเคี้ยวอาหารช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารมัน หลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มสุรา สำหรับคนที่เคยชินกับการสูบบุหรี่หรือมชา กาแฟ ให้ดื่มน้ำเปล่า หรือน้ำผลไม้แทน และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละครึ่งชั่วโมง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามไม่ควรกังวลกับน้ำหนักที่ส่วนใหญ่มักจะเพิ่มขึ้นในระยะแรก เมื่อร่างกายปรับตัวได้แล้ว น้ำหนักตัวก็จะหยุดเพิ่มเอง หลังจากเลิกบุหรี่สำเร็จแล้วให้ค่อยๆวางแผนลดน้ำหนัก ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>-มีนศิระระ ง่วงนอน อ่อนเปลี้ย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ เป็นเพราะคาร์บอนมอนอกไซด์ออกจากร่างกายหมด ทำให้สมองได้รับออกซิเจนอยู่ในระดับปกติ ซึ่งเพิ่มจากขณะสูบบุหรี่ อาการมึนงงหรือรู้สึกหัวเบาโหวงโหวง เป็นอาการที่ดีแสดงว่าร่างกายกำลังมีการเปลี่ยนแปลงเป็นปกติ อาการต่างๆเหล่านี้จะหายไปเอง และจะรู้สึกสดชื่นแข็งแรงขึ้น</p> <p>-นอนไม่หลับ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม แสงไม่สว่างมากเกินไป ไม่มีเสียงดังรบกวน ให้เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ถ้านอนไม่หลับให้ลุกจากเตียงไปทำกิจกรรมที่สบายใจ เมื่อง่วงจึงมานอนใหม่ อาบน้ำอุ่น ดื่มนมอุ่นๆ การผ่อนคลายต่างๆ เช่นการทำสมาธิ จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น งดสารกระตุ้นหลังเที่ยงวัน เช่น กาแฟ ชา น้ำอัดลม</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>-ท้องผูก ถ้าใส่ทำงานไม่สม่ำเสมอ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่นผลไม้ ผักสด และดื่มน้ำเพิ่มขึ้น</p> <p>-อาการชาเสียว คล้ายถูกเข็มแทงที่ปลายนิ้ว บุหรีทำให้เส้นเลือดตีบแคบจึงทำให้เลือดไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆของร่างกายลดลง เมื่อปราศจากสารพิษจากควีนบุหรี ทำให้เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆของร่างกายได้ดีขึ้น สามารถทำให้เกิดอาการเสียวเหมือนถูกเข็มแทงที่ปลายนิ้วมีนิ้วเท้าได้</p> <p>-ไอ เมื่อหยุดสูบบุหรี ปอดจะทำความสะอาดตัวเองโดยขับสิ่งสกปรกออกมา ให้อ่อนโยนบุหรีลดลมกลับขึ้นมาทำงานปกติ</p> <p>อาการต่างๆจะหายไป เพียงแค่อดทนและไม่หันกลับไปสูบบุหรีอีก ใช้คำพูดเตือนตัวเองว่าเราไม่สูบบุหรีแล้ว</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>เพื่อเตรียมความพร้อมในการเตรียมตัวเด็กบุห์พร้อมทั้งเรียนรู้วิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่</p>	<p>การเตรียมตัวเลิกบุห์และวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่</p> <ol style="list-style-type: none"> เตรียมตัว เตรียมใจ ตัดสินใจแน่วแน่ที่ต้องการเลิกบุห์ด้วยตนเอง กำหนด “วันเลิกบุห์” ของตนเอง ที่ดีที่สุดคือวันนี้หรือในระยะไม่เกิน 2-3 วัน เมื่อถึงวันที่กำหนดแล้วว่า “วันเลิกบุห์” ให้หยุดสูบลเลย ทิ้งบุห์และอุปกรณ์ทั้งหมด เพื่อไม่ให้สิ่งเหล่านี้มากระตุ้นความอยากบุห์อีก แจ้งคนในครอบครัว เพื่อนสนิท และที่ทำงานเพื่อให้เป็นกำลังใจ เป็นแรงสนับสนุนให้เลิกได้สำเร็จ งดสูรา กาแฟ อาหารรสจัด ควรรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวที่มีวิตามินซีสูง โดยเฉพาะมะนาว เนื่องจากมะนาวมีผลต่อการทำงานของต่อมรับรสชม ทำให้ลิ้นขมเพื่อน นอกจากช่วยลดความอยากนิโคตินแล้ว เมื่อสูบบุห์จะทำให้รสชาติของบุห์เปลี่ยนไปจนไม่อยากสูบ 	<p>ผู้สอนอธิบายการเตรียมตัวเลิกบุห์พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุห์ รวมถึงกระตุ้น สร้างความตระหนักและจูงใจให้ผู้เรียนอยากเลิกสูบ โดยแสดงความจริงใจให้คำปรึกษา รวมทั้งแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลืออย่างเต็มที่</p>	<p>ภาพพริกแสดงการเตรียมตัวเลิกบุห์และวิธีปฏิบัติ รวมถึงคู่มือเลิกบุห์ด้วยตนเอง</p>	<p>ประเมินจากสีหน้าและท่าทางที่แสดงถึงความสนใจของผู้เรียนในการรับฟังข้อมูล และจากการตอบคำถามในเรื่องการเตรียมตัวเลิกบุห์พร้อมทั้งวิธีปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุห์ได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>6. ในช่วงแรกที่อดบวหรี จะรู้สึกหงุดหงิด ให้สูดลมหายใจเข้า-ออกลึกๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด หรืออาจอาบน้ำ ถ้าเป็นไปได้</p> <p>7. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะเดิน ชี้อัจกรยาน เดินรำ หรือแอโรบิก ก็ได้ตามชอบ อย่างน้อยวันละครึ่งชั่วโมง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์เพราะส่วนใหญ่หลังเลิกบวหรี น้ำหนักตัวจะเพิ่ม ขึ้น การออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ลดอาหารหวาน ลดอาหารไขมันจะเป็นการควบคุมน้ำหนักได้ทางหนึ่ง</p> <p>8. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำประจำตอนสูบบวหรี เลี่ยงสถานการณ์ หรือสถานที่ที่เคยสูบบวหรีอยู่เป็นประจำ เช่น หากเคยชินกับการสูบบวหรีหลังอาหาร ให้แปร่งฟันหลังอาหารแทนการสูบบวหรี ไม่ควรนั่งที่โต๊ะอาหารนาน เพราะอาจทำให้อยากบวหรีตามมา สำหรับคนที่เคยชินกับการคืบบวหรีที่นิ้วเสมอๆ ควรหาขนมที่เป็นแท่ง เช่น</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>ขนมปังกรอบแบบไขมันต่ำมาวางไว้ทุกที่เคี้ยวขนมปังหรือ เช่น ในรถ โต๊ะทำงาน เพื่อให้หยิบได้ทุกครั้งที่ยากขนมปังขึ้นมา</p> <p>9. ปฏิเสธขนมปังจากผู้อื่น โดยบอกให้ทราบถึงความตั้งใจจริงที่จะเลิกสูบบุหรี่ ฝึกการปฏิเสธ ซ้อมพูดกับตัวเอง เพื่อนฝูง เช่น “ผมไม่สูบบุหรี่” “ไม่ครับ”</p> <p>10. พยายามอยู่ในที่ห้ามสูบบุหรี่</p> <p>11. ให้กำลังใจตนเอง อวยอมแพ้ความยากลำบาก เพราะนี่คือการวัดใจตัวเราเอง ว่าเรามุ่งมั่นแค่ไหนที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้</p>			



Office Playground, Inc.

ลงมือเริ่มต้นวันนี้
สิ่งดี ๆ กำลังรอคุณอยู่

สู้กับนิโคติน



จัดทำโดย

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

นิโคตินในบุหรี่เป็นสารประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติด เป็นอันตรายต่อร่างกายทั้งของผู้สูบและผู้ใกล้ชิด มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากที่พยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุสำคัญที่สุดคือกลัวทนอาการถอนนิโคตินในช่วงที่เลิกสูบใหม่ ๆ ไม่ได้ ดังนั้นการจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถผ่านพ้นช่วงถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น และทำให้ร่างกายปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว และคุณก็เป็นคนหนึ่งที่สามารถประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้ เพียงแต่ทำความเข้าใจและพยายามปฏิบัติตามขั้นตอนและวิธีการตามคู่มือนี้ ในอีกไม่นานชัยชนะก็จะเป็นของคุณ



อย่าปล่อยให้บุหรี่ทำร้ายคุณ

การเสพติดบุหรี่

การเสพติดบุหรี่ หมายถึงการเสพติดสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบในใบยาสูบ สารที่สำคัญที่สุดคือสารนิโคติน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเสพติด การติดบุหรี่ก็คือการเสพติดนิโคตินนั่นเอง โดยนิโคตินมีฤทธิ์เสพติดรุนแรงเทียบเท่ากับเฮโรอีน และมีผลโดยตรงต่อระบบประสาทและสมอง ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกสุขสบาย ช่วยลดความเครียด ความกังวล ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูบบุหรี่หลงใหลในผลดังกล่าวเป็นอย่างมาก และต้องกลับไปสูบบุหรี่เพื่อให้มีนิโคตินในสมองตลอดเวลา ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะไม่เกิดความรู้สึกสุขสบายจากการสูบบุหรี่ แต่ต้องสูบเพื่อระงับอาการถอนนิโคติน ประกอบกับการสูบบุหรี่เป็นความเคยชินต่อพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ที่คุ้นเคยมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ยากต่อการเลิกสูบ ด้วยเหตุนี้ผู้ติดบุหรี่จึงต้องสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อคงผลของนิโคตินและป้องกันอาการถอนนิโคติน

อาการถอนนิโคติน

อาการถอนนิโคติน หมายถึง อาการทางกายและทางจิตใจที่อาจพบได้ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ รู้สึกอยากสูบบุหรี่ หงุดหงิด โกรธง่าย เครียด เศร้าหดหู่ ปวดมีนศีรษะ นอนไม่หลับ ทิวบ่อย รับประทานจุขึ้น ท้องผูก มักมีอาการรุนแรงช่วง 3 วันแรก อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อเวลาผ่านไปอาการเหล่านี้ก็จะดีขึ้น ซึ่งมีวิธีการที่สามารถช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้



อยากสูบบุหรี่ หงุดหงิด

วิธีการแก้ไข

- อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่นึกอยากสูบบุหรี่ ให้ยั้งเวลาออกไป **3-5** นาที เบี่ยงเบนความอยากโดยทำอย่างอื่นแทนการสูบบุหรี่ ทำโน่นทำนี่ อย่าให้มีอว้าง
- ดื่มน้ำให้มาก ๆ ดื่มน้อย ๆ เพื่อชำระล้างสารนิโคตินออกจากร่างกายทางปัสสาวะให้เร็วที่สุด



-หลีกเลี่ยงจากภาพหรือสถานที่ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่

-หามะนาวที่มีเปลือกสีเขียวหั่นชิ้นเล็ก ๆ ให้มีเปลือกติดมาด้วย ขนาดเมียงดำ อมทั้งเปลือกค่อย ๆ ดูดความเปรี้ยวอย่างช้า ๆ นาน **3-5** นาที จากนั้นเคี้ยวทั้งเปลือกจะทำให้ลิ้นขม ฝื่อน เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้รสชาติบุหรี่เปลี่ยนไป ช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ได้ และสามารถอมมะนาวหรือรับประทานผลไม้ชนิดอื่นที่มีความเปรี้ยวมาก ๆ ได้ ทุกครั้งที่มีอาการอยากสูบบุหรี่มวนอื่น ๆ อีก เช่น ส้ม มะขาม มะยม มะดัน มะม่วง เป็นต้น



โกรธง่าย ขุ่นเคืองง่าย

วิธีการแก้ไข

-อดทนกับอารมณ์ของตัวเอง บอกคนข้างเคียงให้ทราบว่าคุณอาจมีอาการหงุดหงิด ขุ่นเคืองง่ายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ และขอร้องให้ออดทนเข้าใจคุณ

-พูดคุยกับคนข้างเคียงที่คุ้นเคย เพื่อระบายความหงุดหงิดออกไปบ้าง

-แสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่น เต้นรำ ออกกำลังกาย เล่นกีฬา

-เขียนระบายความรู้สึกในสมุด



เครียด

วิธีการแก้ไข

-เมื่อรู้สึกเครียด ให้หยุดพักสมองชั่วคราว นวดคอ ตีระมะ ไหล่ นอนพัก

-ทำสมาธิ สูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ

-เดินออกไปคุยกับคนอื่น

-โทรศัพท์หาคนที่สบายใจเมื่อได้พูดคุยด้วย

-หางานอดิเรกทำ เช่น รดน้ำต้นไม้ อ่านหนังสือ ขำขัน

-อ่านความตั้งใจที่บันทึกไว้ และบันทึกเพิ่มเติมถึงสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดตามมา

-ให้รู้สึกธรรมดา เพราะคนไม่สูบบุหรี่ก็มีความเครียดเช่นกันแต่เขาก็ไม่สูบบุหรี่ บอกตัวเองว่าจะไม่ยอมแพ้ อีกไม่นานอาการจะดีขึ้น



มีอารมณ์เศร้า หดหู่

วิธีการแก้ไข

- คิดถึงความสุขที่เคยมีในอดีต และความสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
- หากิจกรรมที่กระตุ้นความรู้สึกมีชีวิตชีวาขึ้น เช่น ร้องเพลง เต้นรำ ออกกำลังกาย
- พักผ่อนด้วยการนอนหรือออกไปสูดอากาศธรรมชาติ
- โทรศัพท์ปรึกษาสายด่วนต่างๆ เช่น สายเลิกบุหรี่ 1600



1600



ปวดมึนศีรษะ

วิธีการแก้ไข

- อาบน้ำ ล้างหน้า หรือใช้ผ้าเย็นเช็ดหน้า
- ดมยาดม
- นอนพัก
- ออกกำลังกายเบาๆ อย่างสม่ำเสมอเช่นเดิน วิ่งเหยาะๆ



หิวบ่อย รับประทานจุขึ้น

วิธีการแก้ไข

- ดื่มน้ำเปล่ามากๆ หรือดื่มเครื่องดื่มที่ให้พลังงานน้อย
- เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและมีไขมันต่ำ เลี่ยงอาหารที่มีแคลอรีสูง รับประทานผักและผลไม้รสเปรี้ยวให้มาก
- รับประทานอาหารเป็นเวลา เดี่ยวอาหารซ้ำๆ รับประทานเสร็จลุกออกจากโต๊ะทันที



นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย

วิธีการแก้ไข

- ทำสมาธิ นับการหายใจเข้าออกลึกๆ และการผ่อนคลายต่างๆ จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น
- จัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนให้สงบ แสงสว่างไม่มากเกินไป
- เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง ถ้านอนไม่หลับให้ลุกจากเตียงไปทำกิจกรรมอื่นที่สบายใจ เมื่อง่วงจึงมานอนใหม่
- งดการดื่มสารกระตุ้นหลังเที่ยงวัน เช่น ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
- ก่อนนอนอาบน้ำอุ่นหรือดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีคาเฟอีน เช่นนมอุ่นๆ



ท้องผูก

วิธีการแก้ไข

-ดื่มน้ำ 1 ลิตร หรืออย่างน้อย 2 แก้ว ทันทีที่ตื่นนอน

-รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น เช่น ผลไม้ ผักสด ข้าวกล้อง ธัญพืชต่าง ๆ

-เข้าห้องน้ำเวลาเดิม

-ขณะขับถ่ายอ่านหนังสือข้ามั้

-ออกกำลังกายสม่ำเสมอ



อาการถอนนิโคตินเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกคน ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินมาบ้างแล้ว บางคนมีอาการมาก บางคนมีอาการน้อย ให้เลือกวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเอง อาการเหล่านี้มักมีความรุนแรงมากในช่วงสัปดาห์แรก หลังจากนั้นอาการต่างๆจะค่อยๆลดลง อาการอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ ใจ ปากแห้ง ปากเป็นแผล ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด ครั่นเนื้อ ครั่นตัว ชาปลายมือ ซึ่งเป็นอาการที่ร่างกายกำลังฟื้นตัวเมื่อไม่มีนิโคตินในร่างกายนอีกต่อไป



การวางแผนเลิกสูบบุหรี่

การวางแผนเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ปฏิบัติได้ดังนี้

1. กำหนด “วันเลิกสูบบุหรี่” ของตนเองซึ่งไม่ควรเกินสองอาทิตย์ถัดไป วันดีที่สุดคือวันนี้หรือในระยะไม่เกิน 1-2 วัน เมื่อถึงวันที่กำหนดแล้วว่าเป็นวันเลิกสูบบุหรี่ ให้หยุดสูบเลย



2. ทิ้งอุปกรณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ บุหรี่ ที่เขี่ยบุหรี่ ไม้ขีดไฟหรือไฟแช็กเพื่อไม่ให้สิ่งเหล่านี้มากระตุ้นความรู้สึกอยากสูบบุหรี่

เลิกสูบบุหรี่กันเถอะครับ



3. ทำความสะอาดบ้านและเครื่องเรือนทั้งหมด รวมทั้งเสื้อผ้าก็นำมาซักให้สะอาด เพื่อ กำจัดกลิ่นบูทรี



4. บอกคนใกล้ชิดให้ทราบถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุทรี เพราะกำลังใจจากคนรอบข้างจะช่วยให้คุณมีความพยายามที่จะเลิกสูบบุทรีให้ได้ เพื่อคนที่คุณรัก



วิธีปฏิบัติหลังหยุดสูบบุหรี่

ตื่นนอนตอนเช้าทำใจให้สบาย บอกตัวเองว่าวันนี้จะ
ทำสิ่งดี ๆ ในชีวิต จะเลิกสูบบุหรี่ เลิกทำร้ายปอด
หัวใจและร่างกายตัวเอง เริ่มต้นวันใหม่อย่างสดชื่น



อาบน้ำ สระผม แปรงฟัน แปรงลิ้นให้สะอาด
เพื่อกำจัดกลิ่นบุหรี่ให้หมด



ดื่มน้ำสะอาดมากๆ งดสุรา อาหารรสจัด
 ไม่นั่งที่โต๊ะอาหารนาน หลังดื่มกาแฟให้บ้วนปาก
 แปรงฟันหลังอาหารแทนการสูบบุหรี่



ควรจัดเวลาในการออกกำลังกายบ้าง สัปดาห์ละ
3-5 วัน วันละ 15-30 นาที การออกกำลังกาย
 ทำให้สมองปลอดโปร่ง เพิ่มประสิทธิภาพในการ
 ทำงานของหัวใจและปอด นอกจากทำให้ร่างกาย
 แข็งแรงขึ้นแล้ว ยังทำให้คุณเอาใจออกห่างจาก
 บุหรี่ได้ด้วย



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำประจำตอนสูบบุหรี่
 เลี่ยงสถานการณ์หรือสถานที่ที่เคยสูบบุหรี่เป็น
 ประจำ หลีกเลียงจากคนสูบบุหรี่



ปฏิเสธบุหรี่จากผู้อื่น โดยบอกถึงความตั้งใจจริง
 ที่จะเลิกสูบบุหรี่ และไม่ทำทนายบุหรี่ เลิกได้แล้ว
 อย่าประมาท อย่าคิดว่าจะลองสูบบุหรี่บ้างเป็น
 ครั้งคราวคงไม่เป็นไร เพราะการทดลองสูบ
 เพียงมวนเดียว มีความเป็นไปได้สูงที่จะกลับไป
 สูบมากกว่าเดิม เดือนตนเองเสมอว่า “เราเป็นคน
 ไม่สูบบุหรี่แล้ว”



ให้กำลังใจตนเอง อย่ายอมแพ้ความยากลำบาก เพราะนี่คือการวัดใจตัวเราเองว่ามีความมุ่งมั่นแค่ไหน ไหนที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ พึงระลึกและเตือนตนเองเสมอว่า อาการถอนนิโคตินเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ขอมีเพียงความตั้งใจและอดทน วันหนึ่งคุณจะรู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถเอาชนะนิโคตินและชนะใจตัวเองได้



เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. 2549. เทคนิคการให้คำปรึกษาและเพิ่มแรงจูงใจเพื่อการเลิกบุหรี่ ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, พยาบาลกับบุหรี่, 43-88. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. 2551. การเสพติดบุหรี่และการประเมินภาวะการเสพติด ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ, 30-35. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., et al. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. {Online}. Available from: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm> [2008, June 10].
- Martin, T. 2007. All about Nicotine Withdrawal. {Online}. Available from <http://www.quitsmoking.about.com/od/cravingsandurges/tp/nicwithdrawalhub>. [2009, February 20]
- Ward, M. M., Swan, G. E., and Jack, L. M. 2001. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. Addictive Behaviors 26: 311-327.

คู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน

หลักการและเหตุผล

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นการดูแลแบบผสมผสานซึ่งช่วยให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลายในระดับลึก ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า ทำให้เกิดความสมดุลของร่างกาย ช่วยสร้างความรู้สึกสบาย รวมทั้งส่งเสริมการนอนหลับ (Griffiths, 1996; Morey, 2005; Xavier, 2007) การนวดกดจุดสะท้อนเป็นการใช้ทั้งการนวดและการกระตุ้นจุดสะท้อนเพื่อให้ช่วยบรรเทาอาการได้รวดเร็วและยาวนานขึ้น (Evans, Franzen, and Oxenford, 2001) มีงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนว่ามีประสิทธิผลในการบำบัดอาการต่างๆได้ เช่น ลดกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (สุรชาติพ เกษตรลักษมี, 2548), ลดกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็ง (ศิริพร พันธุ์พริ้ม, 2549), ช่วยการนอนหลับ (จีรพรรณ เจริญพร, 2549; รมรัตน์ หลีสุข, 2549), ลดอาการคลื่นไส้ ชะง่อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Chainakin, 2006) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด (พาพร วิมุทตะลพ, 2551; Somchock, 2006), และช่วยลดความวิตกกังวล (นงลักษณ์ พรหมติงการ, 2545; Fakmanee, 2001)

ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มักมีความกลัว และวิตกกังวลมากกับการเผชิญอาการไม่สุขสบายต่างๆที่จะเกิดขึ้นในช่วงถอนยา ซึ่งมักต้องใช้ความพยายามหลายครั้งแต่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากความไม่มั่นใจและที่สำคัญคือ กลัวทนอาการถอนนิโคตินในช่วงสูบบ่อยๆไม่ได้ รวมทั้งต้องการที่พึ่งพิงและกำลังใจ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) การนวดกดจุดสะท้อนเป็นศิลปะในการบำบัดดูแล และการสื่อสารโดยไม่ต้องใช้คำพูด เป็นการบำบัดโดยการสัมผัสด้วยมือที่สื่อถึงการดูแล แสดงถึงความเอื้ออาทร ความจริงใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตร ไว้วางใจ มีความมั่นใจและเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น กลัวที่จะระบายนปัญหาความคับข้องใจออกมา มีผลให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง การนวดกดจุดสะท้อนจึงเป็นการบำบัดทางเลือกวิธีหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถนำไปบรรเทาอาการในช่วงถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะช่วยบรรเทาอาการเครียดและอาการวิตกกังวล ทำให้ผ่านพ้นช่วงถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น และให้ร่างกายได้ปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว สัมผัสจากการนวดนั้นจะกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม Opioid ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินคือ เบต้าเอนดอร์ฟินออกมา สารเอนดอร์ฟินจะช่วยลดความปวดและช่วยสร้างอารมณ์ให้รู้สึกเป็นสุข (euphoria) ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดและลดความวิตกกังวล (Kaada and Torsteinb, 1989) เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสาร

สื่อประสาทโดปามีนไปยังสมอง ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้ที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ เช่นเดียวกับการได้รับนิโคติน การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือจึงอาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผ่อนคลายและกระตุ้นระบบต่างๆของร่างกายในการปรับสมดุลได้ดีขึ้น สามารถบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทากลุ่มอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โกรธง่าย กระวนกระวาย สมาธิลดลง วิตกกังวล นอนไม่หลับ และอาการอยากบุหรี่ นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือยังเป็นการทำกิจกรรมเพื่อช่วยยืดเวลาความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ออกไป ไม่ให้สูบบุหรี่ทันทีที่นึกอยากสูบบุหรี่

2. กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น ช่วยนำออกซิเจนและสารอาหารไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อ รวมทั้งช่วยขจัดของเสียและสารพิษที่เกิดจากขบวนการเผาผลาญออกจากร่างกาย ส่งเสริมการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆในร่างกาย

3. ช่วยให้พลังงานตามเส้นพลังไปยังอวัยวะภายใน กล้ามเนื้อ กระดูก และต่อมไร้ท่อต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงเป็นการปรับสมดุลของพลังงานชีวิตทุกส่วนในร่างกาย

4. ช่วยให้อารมณ์ดี ลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบาย ส่งเสริมการนอนหลับ

5. ช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟิน จากสมองส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเป็นสุขใจ ช่วยทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น

6. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ที่ได้รับการนวด เป็นศิลปะของการพยาบาลที่อบอุ่น ให้ความรู้สึกที่ดีกับผู้ได้รับการนวด และเกิดกำลังใจ

ขั้นตอนก่อนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

การนวดกดจุดสะท้อน ต้องมีการเตรียมสถานที่ เตรียมอุปกรณ์ เตรียมผู้บำบัดและผู้รับการนวดให้พร้อมก่อนที่จะทำการนวดดังนี้

1. การเตรียมสถานที่

สถานที่สำหรับการนวดกดจุดสะท้อน ควรเป็นสถานที่ที่มีบรรยากาศเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก มีความมืดซิดเป็นส่วนตัว แสงไม่จ้าเกินไป และมีอากาศถ่ายเทสะดวก

2. การเตรียมอุปกรณ์

- 2.1 ผ้าขนหนูขนาดประมาณ 30x15 นิ้ว จำนวน 2 ผืน
- 2.2 โลชั่นน้ำมัน ช่วยในการหล่อลื่นขณะนวด
- 2.3 ไม้กดจุด (อาจารย์ใหญ่)



อุปกรณ์ในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

3. การเตรียมผู้่นวด

3.1 ผู้นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยาของร่างกายและโครงสร้างของกระดูกบริเวณมือ รวมทั้งตำแหน่งของจุดสะท้อนบนมือไปยังอวัยวะต่างๆเป็นอย่างดี

3.2 ผู้นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

3.3 ผู้นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน ต้องมีความเข้าใจกระบวนการเกิดกลุ่มอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน และสามารถให้การประเมิน ดูแลให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายดังกล่าวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3.4 ผู้นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต้องรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้แขน มือ และนิ้วมีกำลัง

3.5 ผู้นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือควรระวังไม่ให้มือมีแผล มือและเล็บต้องสะอาด ตัดเล็บให้สั้น ถอดแหวน นาฬิกาออกก่อนการนวดทุกครั้ง

3.6 ผู้นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือควรมีสมาธิในการนวด ก่อนลงมือนวดกดจุดสะท้อนควรระลึกถึงพระคุณของครู ผู้นวดต้องมีความตั้งใจและมีความปรารถนาดีอย่างจริงใจต่อผู้รับการนวด เพื่อให้หลังจากผู้นวดถ่ายทอดไปสู่ผู้รับการนวดได้อย่างเต็มที่

4. การเตรียมผู้รับการนวด

4.1 อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน ระยะเวลาในการนวดกดจุดสะท้อนให้ผู้รับการนวดฟังสั้นๆอีกครั้ง ก่อนนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

4.2 ผู้รับการนวดควรสวมเสื้อผ้าที่สบายตัว ไม่รัดแน่นอึดอัด ก่อนการนวดควรจัดทำให้ผู้รับการนวดนอนในท่าที่สบายและผ่อนคลาย

4.3 ผู้รับการนวดไม่ควรรับประทานอาหารก่อนการนวด หรือถ้าต้องนวดหลังรับประทานอาหารควรเว้นระยะประมาณ 1 ชั่วโมง จึงจะเริ่มการนวด

4.4 ผู้รับการนวดต้องไม่มีข้อห้ามในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

หลักการสำคัญและเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

1. เริ่มการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือที่มือซ้ายก่อนเสมอ เพราะมือซ้ายมีตำแหน่งที่เป็นที่ตั้งของหัวใจ เพื่อไปกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของหัวใจให้กระตุ้นการไหลเวียนไปถึงสมอง

2. แรงแกดบริเวณจุดสะท้อนแต่ละตำแหน่งบนมือของผู้ถูกนวดต้องนุ่มนวล ลงน้ำหนักให้พอดีในแต่ละบุคคล ขณะกดลงไปในแต่ละครั้งให้กดอย่างเนิบๆช้าๆ ยึดหลัก “เนิบ-หน่วง-เน้น” ไม่กระแทกหรือกระชาก เมื่อกดลงไปเต็มที่แล้ว ให้หยุดนิ่งนับ 1-5 แล้วจึงค่อยๆถอนมือออกช้าๆก่อนเคลื่อนไปกดในตำแหน่งต่อไป

3. ในขณะนวด ผู้นวดจะต้องโยกตัวตามจังหวะการลงน้ำหนัก การกด หรือการครูดแต่ละครั้ง ทำให้แรงในการนวดเพิ่มขึ้นและเป็นการผ่อนคลายแก่ผู้นวด

4. ควรให้ผู้รับการนวดอยู่ในอิริยาบถที่ผ่อนคลายและสุขสบายในขณะนวด เพื่อให้ผู้รับการนวดได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ การได้นอนหลับในช่วงที่ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย จะทำให้ผู้รับการนวดได้นอนหลับอย่างมีความสุข (Happy sleep) ซึ่งจะมีประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ

ข้อสังเกต

ขณะนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ ให้สังเกตสีหน้าของผู้รับการนวด เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้รับการนวด

ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

1. ห้ามนวดมือของผู้ที่มีบาดแผลเปิดบริเวณมือ เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อและแผลหายช้า

2. ห้ามนวดผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับกระดูกหัก ข้อเคลื่อนหรือเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกที่มือ

3. ห้ามนวดผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนของโลหิต เช่น มีการอักเสบหรืออุดตันของหลอดเลือด มีภาวะต่อมน้ำเหลืองอักเสบ

4. ห้ามนวดในหญิงตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก เพราะอาจทำให้มดลูกบีบรัดตัวและมีโอกาสเกิดการแท้งบุตรหรือคลอดก่อนกำหนดได้

5. ควรระวังการนวดในผู้ที่เป็นโรคผิวหนัง เพราะอาจทำให้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและเกิดการแพร่กระจายเชื้อ

ขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

จัดให้ผู้รับการนวดนอนหงายในท่าที่สบาย ศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา ผู้นวดและผู้รับการนวดไหว้ขอมาซึ่งกันและกัน จากนั้นดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือตามขั้นตอนดังนี้

1. ใช้ผ้าขนหนูพันห่อหุ้มมือข้างขวาไว้ก่อน ช่วยให้มือได้รับความอบอุ่น ใช้ผ้าขนหนูอีกผืนวางรองใต้มือซ้าย จากนั้นจึงเริ่มการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือข้างซ้ายก่อน



ใช้ผ้าขนหนูพันห่อหุ้มมือข้างขวา (ข้างที่นวดทีหลัง)

2. ให้ผู้รับการนวดตั้งฝ่ามือขึ้น เริ่มจากการบั่นบริเวณข้อมือ 10 ครั้ง จากนั้นบั่นบริเวณนิ้วมือ 10 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต



การบั่นบริเวณข้อมือ



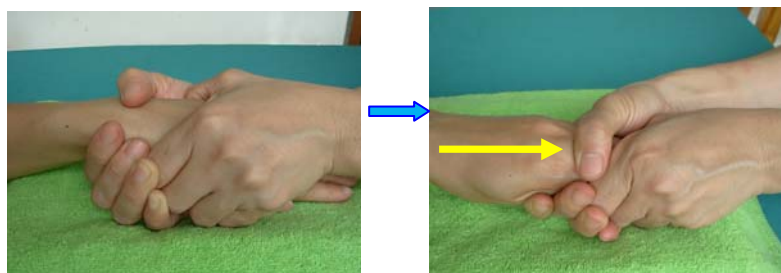
การบั่นบริเวณนิ้วมือ

3. ใช้โหลชันนวดลูบให้ทั่วหลังมือ ฝ่ามือ และนวดขึ้นไปตามตามลำแขนจนถึงข้อศอก โดยใช้หลักการนวดขึ้นหนัก ลงเบา ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เป็นตัวดัน



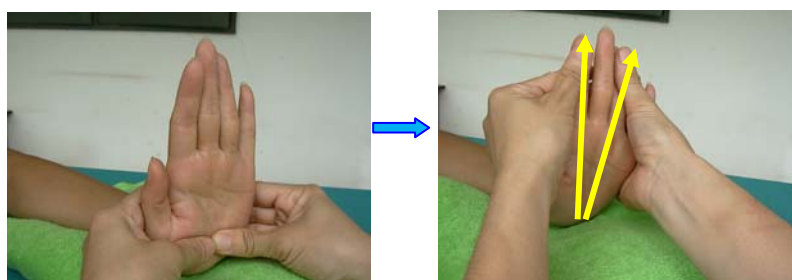
การนวดลูบลำแขน

4. มือทั้งสองข้างของผู้ตรวจประกบมือของผู้รับการตรวจไว้ โดยมือหนึ่งคว่ำบนหลังมือ ส่วนอีกมือหนึ่งหงายอยู่ใต้ฝ่ามือของผู้รับการตรวจ ลูบมือทั้งสองข้างเข้าหาตัวผู้ตรวจ 5 ครั้ง แต่ละครั้งให้สลับมือที่อยู่บนหลังมือและฝ่ามือ เป็นการตรวจในลักษณะที่เรียกว่า sandwich technique ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย



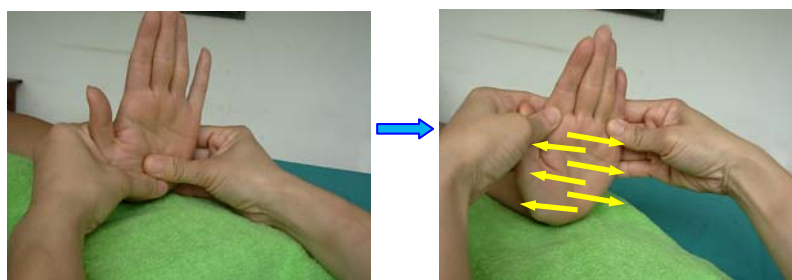
การตรวจใต้ฝ่ามือและหลังมือในลักษณะ Sandwich technique

5. ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางจรดกึ่งกลางสันมือ ส่วนนิ้วทั้งสี่อยู่ที่หลังมือของผู้รับการตรวจ ลูบกดนิ้วมือทั้งสองข้างพร้อมกันจากบริเวณสันมือขึ้นไปยังปลายนิ้ว จำนวน 5 ครั้ง เป็นการกดไปตามจุดของพื้นที่ที่เป็นอวัยวะต่างๆของร่างกาย ผู้รับการตรวจจะรู้สึกว่าร่างกายได้รับการกระตุ้น จะรู้สึกสุขสบาย



การลูบฝ่ามือตั้งแต่สันมือไปยังปลายนิ้วโดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างพร้อมกัน

6. ฉีกมือ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางเกยกันที่ตำแหน่งสันมือ ส่วนนิ้วทั้งสี่อยู่ที่หลังมือ แล้วฉีกนิ้วหัวแม่มือแยกออกจากกันไปด้านข้างฝ่ามือทั้งสองข้าง จากตำแหน่งสันมือขึ้นไปจนถึงคอนิ้ว นวดขึ้น 3 ครั้ง ลง 3 ครั้งสลับกัน เป็นการกระตุ้นไปตามจุดต่างๆของร่างกาย



การฉีกมือ

7. ใช้มือซ้ายจับนิ้วมือทั้งสี่ของผู้รับการนวดไว้ให้ฝ่ามือตั้งขึ้น มือขวากำใช้ข้อนิ้วมือครูดฝ่ามือจากบริเวณคอนิ้วลงมาจนถึงสันมือ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นปอด หัวใจ อวัยวะในช่องท้อง จนถึงรังไข่ มดลูก อัณฑะ



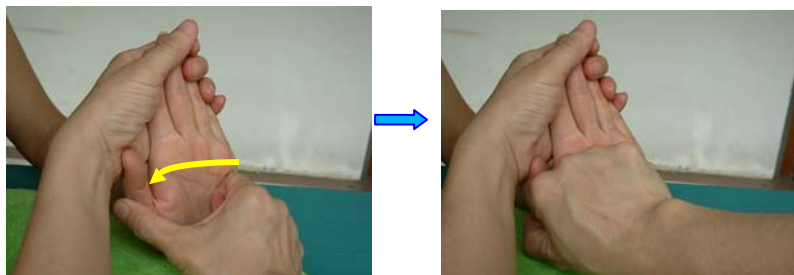
การใช้ข้อนิ้วมือครูดฝ่ามือ

8. ใช้ข้อนิ้วมือครูดไปตามแนวโค้งของเนินหัวแม่มือลงมา 5 ครั้ง ใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้นวดแตะยึดไว้ที่ข้างเนินหัวแม่มือของผู้รับการนวดเพื่อเป็นจุดยึด เป็นการกระตุ้นไทรอยด์



การใช้ข้อนิ้วมือครูดเนินหัวแม่มือ

9. ใช้ข้อนิ้วมือครูดตามขวางฝ่ามือบริเวณเนินนิ้วมือ ครูดจากใต้เนินนิ้วก้อยผ่านมาที่เนินคิ้วมือใต้นิ้วหัวแม่มือ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้นวดแตะยึดไว้ที่ข้างเนินนิ้วหัวแม่มือของผู้รับการนวดเพื่อเป็นจุดยึด ทำ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นปอด ทางเดินหายใจ ไทรอยด์ คอ



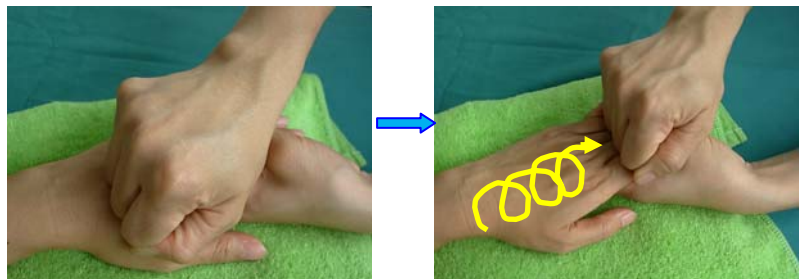
การใช้ข้อนิ้วมือครูดเนินนิ้วมือ

10. ใช้ข้อนิ้วมือครูดตามขวางฝ่ามือเช่นเดียวกับข้อ 8 แต่กดคาคบบริเวณแนวข้อนิ้ว จาก นิ้วก้อยมายังข้อนิ้วหัวแม่มือ ทำ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นอวัยวะบริเวณตา หู ไซบัก



การใช้ข้อนิ้วมือครูดข้อนิ้วมือ

11. ใช้ข้อนิ้วมือหมุนวนหลังมือในลักษณะเป็นก้นหอย 5 รอบ ช่วยกระตุ้นบริเวณต่อมน้ำเหลือง ปอด ทรวงอก



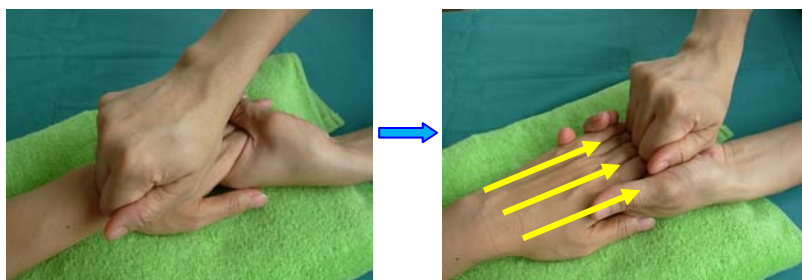
การใช้ข้อนิ้วมือหมุนวนหลังมือ

12. ใช้ข้อนิ้วมือคาคบหลังมือในลักษณะเป็นแนวขวาง จากด้านนิ้วหัวแม่มือมาด้านนิ้วก้อย 5 ครั้ง ช่วยกระตุ้นบริเวณกระบังลม



การใช้ข้อนิ้วมือคาคบหลังมือ

13. ใช้ข้อนิ้วมือครูดหลังมือในลักษณะเป็นแนวยาว จากข้อมือลงมาหาตัวผู้ขนาด 5 ครั้ง



การใช้ข้อนิ้วมือครูดหลังมือ

14. ใช้โลชั่นนวดลูบทั่วหลังมือและนิ้วของผู้รับการนวดเพื่อความผ่อนคลาย

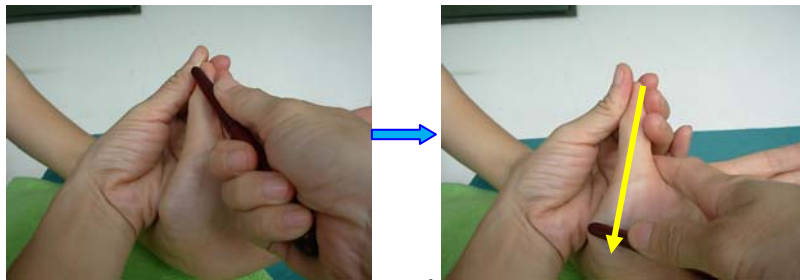


15. ใช้มือขวาจับไม้กดจุดสะท้อน โดยจับไม้ให้ถนัดมือ ในการกดจุดสะท้อนจะใช้ส่วนปลายด้านที่เล็กกว่า ใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้นวดเป็นตัวนำพาไม้เสมอ



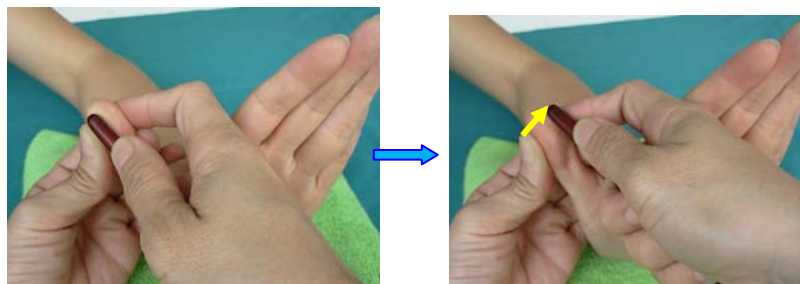
การจับไม้

16. มือซ้ายจับประคองมือผู้รับการนวด ใช้ไม้ครูดที่ข้างมือด้านนิ้วหัวแม่มือ จากปลายนิ้วลงมา ทำ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นกระดูกสันหลังตั้งแต่ส่วนคอ ทรวงอก บั้นเอว จนถึงก้นกบ



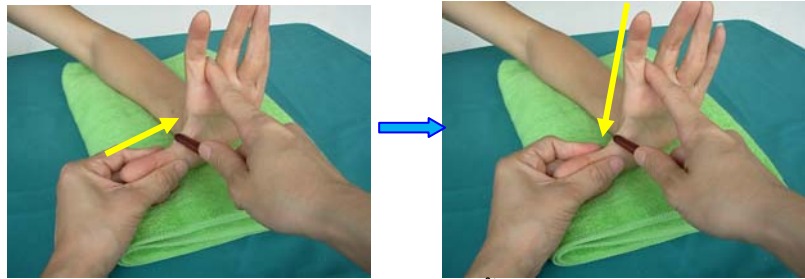
การใช้ไม้ครูดข้างนิ้วหัวแม่มือ

17. ใช้ไม้ครูดปลายนิ้วแต่ละนิ้วตามแนวขวาง เริ่มจากนิ้วหัวแม่มือไปจนถึงนิ้วก้อย นิ้วละ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นโพรงอากาศ (sinus)



การใช้ไม้ครูดปลายนิ้ว

18. ใช้ไม้ครูดที่ด้านในข้างนิ้วแต่ละนิ้วโดยการครูดลง แต่ละนิ้วครูดลงข้างละ 5 ครั้ง และ หมุนวนที่ฐานนิ้วแต่ละนิ้วตามเข็มนาฬิกา 1 ครั้ง เป็นการกระตุ้นบริเวณคอ

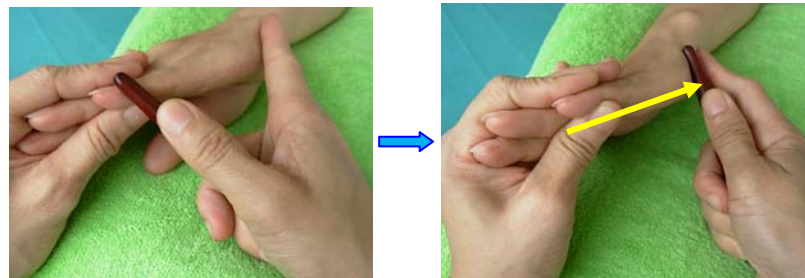


การใช้ไม้ครูดข้างนิ้ว



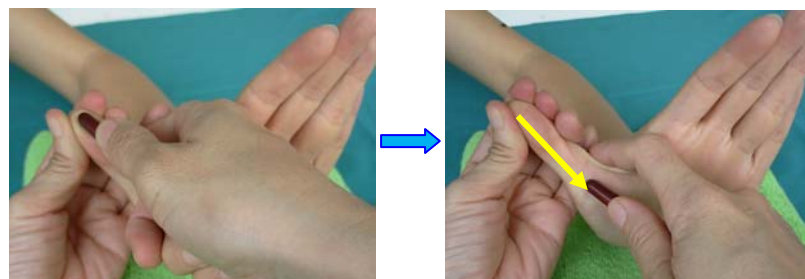
การใช้ไม้หมุนวนฐานนิ้ว

19. ใช้ไม้ครูดที่ข้างมือด้านนิ้วก้อย จากปลายนิ้วก้อยลงมา เป็นการกระตุ้นข้อต่อต่างๆ ตั้งแต่กระดูกหัวไหล่ ศอก สะโพก ข้อเข่า ไปจนถึงกระดูกก้นกบด้านนอก



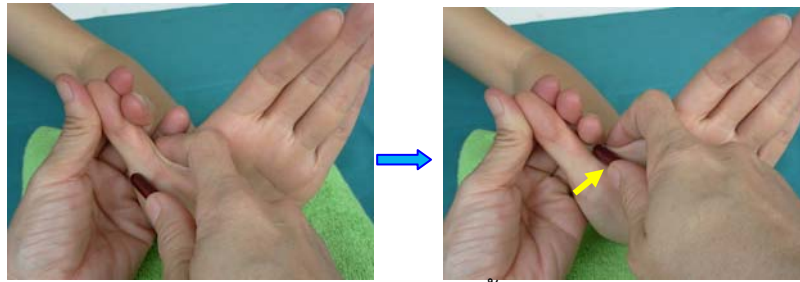
การใช้ไม้ครูดข้างนิ้วก้อย

20. ใช้ไม้ครูดกลางลำนิ้วทั้ง 5 นิ้ว เริ่มจากนิ้วหัวแม่มือจนถึงนิ้วก้อย นิ้วละ 5 ครั้ง เป็นการ กระตุ้นอวัยวะส่วนคอ



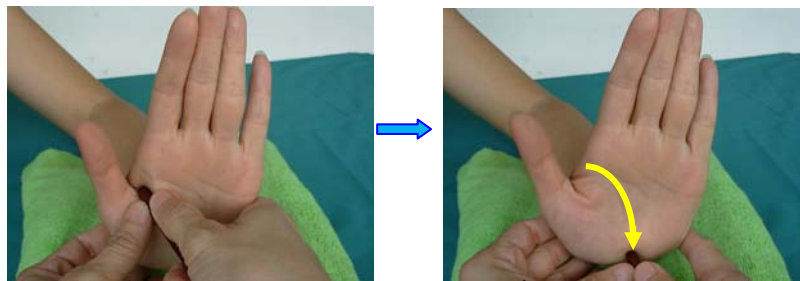
การใช้ไม้ครูดกลางลำนิ้ว

21. ใช้ไม้จิ้มฟันตามขวางที่บริเวณฐานนิ้วแต่ละนิ้ว นิ้วละ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นสะบัก ตา หู



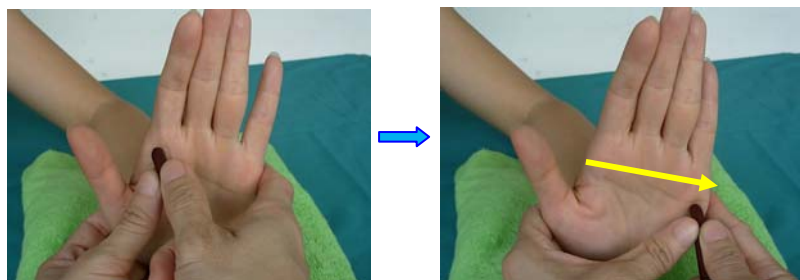
การใช้ไม้จิ้มฟันฐานนิ้ว

22. ใช้ไม้จิ้มฟันฝ่ามือ ตามแนวโค้งของเนินนิ้วหัวแม่มือลงมาหาสันมือ ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างของผู้นวดเป็นตัวนำพาไม้ ทำ 5 ครั้ง เป็นการกระตุ้นคอ ทางเดินหายใจ พาราไทรอยด์ ถ้าได้



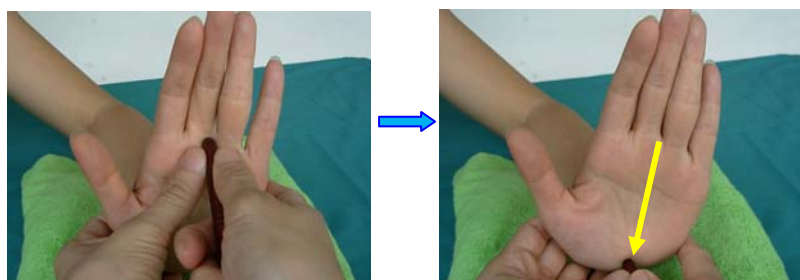
การใช้ไม้จิ้มฟันตามแนวโค้งของเนินนิ้วหัวแม่มือ

23. ใช้ไม้จิ้มฟันเส้นกลางมือตามแนวขวางใต้เนินนิ้วทั้งสี่ จากด้านหัวแม่มือมาทางด้านนิ้วก้อย 5 ครั้ง ใช้นิ้วชี้พุงมือผู้รับการนวดไว้ เป็นการกระตุ้นกะบังลม ปอด ถ้าได้ใหญ่ส่วนขวาง



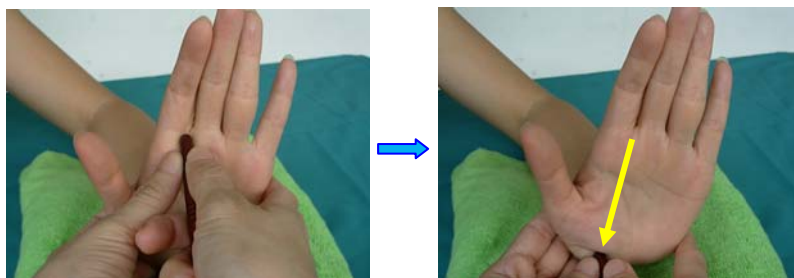
การใช้ไม้จิ้มฟันเนินนิ้วมือ

24. ใช้ไม้จิ้มฟันกลางฝ่ามือตามแนวยาวจากบริเวณระหว่างนิ้วกลางกับนิ้วนางลงมาจนถึงสันมือ 5 ครั้ง (เส้นกลาง) เป็นการกระตุ้นตั้งแต่จุดศูนย์รวมประสาท ต่อมหมวกไต ไต อัณฑะ รังไข่



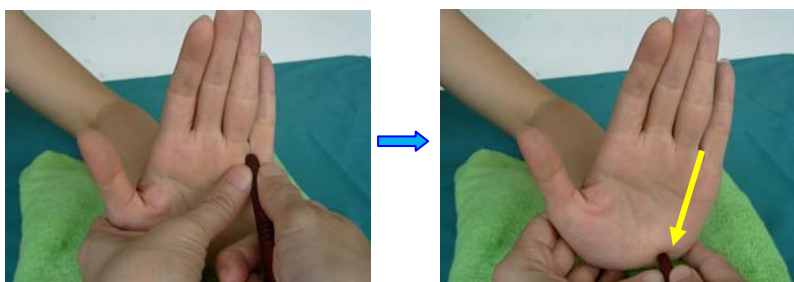
การใช้ไม้จิ้มฟันเส้นกลางฝ่ามือ

25. ใช้ไม้ครูดฝ่ามือตามแนวยาวจากบริเวณระหว่างนิ้วชี้กับนิ้วกลางลงมาจนถึงสันมือ 5 ครั้ง (เส้นใน) เป็นการกระตุ้นตั้งแต่กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ลำไส้เล็ก และกระเพาะปัสสาวะ



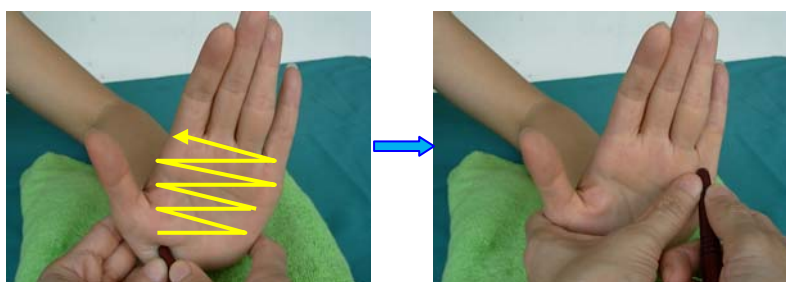
การใช้ไม้ครูดเส้นในฝ่ามือ

26. ใช้ไม้ครูดฝ่ามือตามแนวยาวจากบริเวณระหว่างนิ้วนางกับนิ้วก้อยลงมาจนถึงสันมือ 5 ครั้ง (เส้นนอก) เป็นการกระตุ้นตั้งแต่หัวใจ ตับ ลำไส้ใหญ่ ไส้ติ่ง



การใช้ไม้ครูดเส้นนอกฝ่ามือ

27. ใช้ไม้ครูดซีกแซก สลับฟันปลา จากบริเวณสันมือขึ้นไปถึงใต้ฐานนิ้ว ครูดขึ้น 3 ครั้ง ครูดลง 3 ครั้งสลับกัน เป็นการกระตุ้นตั้งแต่ปอดจนถึงลำไส้และอวัยวะสืบพันธุ์



การใช้ไม้ครูดฝ่ามือแบบสลับฟันปลา

28. ใช้โถขี้นวดลูบทั่วมือของผู้รับการนวดเพื่อการผ่อนคลาย (เหมือนภาพในข้อ 11)

29. ใช้ไม้กดจุด 26 จุดแต่ละจุดนับ 1-5 การกดแต่ละจุดให้โน้มตัวในขณะกด เพื่อเพิ่มแรงในการกด ยึดหลักการ “เนิบ-หน่วง-เน้น” เรียงลำดับตั้งแต่ตำแหน่งที่ 1 ถึงตำแหน่งที่ 26 ตามภาพ

ตำแหน่งที่ 1 โพรงอากาศ กดบริเวณปลายนิ้วหัวแม่มือ



ตำแหน่งที่ 2 จมูก กดบริเวณด้านข้างนิ้วหัวแม่มือด้านนอก



ตำแหน่งที่ 3 ต่อมใต้สมอง กดบริเวณกึ่งกลางนิ้วหัวแม่มือ



ตำแหน่งที่ 4 ขมับ เส้นประสาทคู่ที่ 5 ให้กดบริเวณด้านข้างนิ้วหัวแม่มือด้านใน



ตำแหน่งที่ 5-8 โพรงอากาศ กดบริเวณปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อยตามลำดับ



ตำแหน่งที่ 9 คอ กดบริเวณกลางนิ้วหัวแม่มือ ได้ตำแหน่งที่ 3



ตำแหน่งที่ 10 ตาตำแหน่งที่ 1 กดบริเวณระหว่างร่องนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้



ตำแหน่งที่ 11 ตาตำแหน่งที่ 2 กดบริเวณระหว่างร่องนิ้วชี้กับนิ้วกลาง



ตำแหน่งที่ 12 หูตำแหน่งที่ 1 กดบริเวณระหว่างร่องนิ้วกลางกับนิ้วนาง



ตำแหน่งที่ 13 หูตำแหน่งที่ 2 กดบริเวณระหว่างร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อย



ตำแหน่งที่ 14 ต่อมไทรอยด์ กดบริเวณเนินหัวแม่มือ ใต้ตำแหน่งที่ 10 (ตาตำแหน่งที่ 1)



ตำแหน่งที่ 15 จุดศูนย์รวมประสาท (Solar plexus) กดบริเวณใต้เนินนิ้วกลาง



ตำแหน่งที่ 16 ต่อมหมวกไต กดบริเวณใต้จุดศูนย์รวมประสาทลงมาประมาณ 0.5 เซนติเมตร



ตำแหน่งที่ 17 ไต กดบริเวณใต้ตำแหน่งต่อมหมวกไตลงมาประมาณ 0.5 เซนติเมตร



ตำแหน่งที่ 18 อัณฑะ หรือรังไข่ กดบริเวณแนวกึ่งกลางสันมือ



ตำแหน่งที่ 19 กระเพาะอาหาร กดบริเวณใต้เนินนิ้วหัวแม่มือ



ตำแหน่งที่ 20 ตับอ่อน กดบริเวณเนินนิ้วหัวแม่มือ ใต้ตำแหน่งที่ 19 เล็กน้อย



ตำแหน่งที่ 21 ลำไส้เล็กส่วนบน กดบริเวณเนินนิ้วหัวแม่มือ ใต้ตำแหน่งที่ 20 เล็กน้อย



ตำแหน่งที่ 22 กระเพาะปัสสาวะ กดบริเวณเนินหัวแม่มือ ได้ตำแหน่งที่ 21 ลงมาเล็กน้อย



ตำแหน่งที่ 23 หัวใจ (มือซ้าย) ตับ (มือขวา) กดบริเวณ ไตเนนระหว่างร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อย



ตำแหน่งที่ 24 ลำไส้ใหญ่แนวขวาง กดบริเวณ แนวร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อย ได้ตำแหน่งที่ 23



ตำแหน่งที่ 25 ลำไส้ใหญ่ขาลง (มือซ้าย) ลำไส้ใหญ่ขาขึ้น (มือขวา) กดบริเวณแนวร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อยได้ตำแหน่งที่ 24



ตำแหน่งที่ 26 ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (มือซ้าย) ไส้ติ่ง (มือขวา) กดบริเวณแนวร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อย ได้ตำแหน่งที่ 25



30. ใช้โคโนะนิ้วกดลูบให้ทั่วหลังมือ ฝ่ามือ และนิ้วขึ้นไปตามตามลำแขนจนถึงข้อศอก (เหมือนภาพในข้อ 11) หลังจากนั้นใช้หัวแม่มือผู้นวด 2 ข้างกดทับกันตามแนวเส้นเอ็นตั้งแต่ข้อมือขึ้นไปถึงข้อพับแขน และกดจากข้อพับแขนลงมาถึงข้อมือ ทั้งหลังแขนและท้องแขน หลังจากนั้นนวดให้ทั่วหลังมือและนวดลูบนิ้วมือ



การกดตามแนวเส้นเอ็น

31. นวดลูบง่ามนิ้ว ระวังอย่าบีบหนังบริเวณง่ามนิ้ว จากนั้นนวดไปที่ละนิ้ว โดยการนวดรูดจากฐานนิ้วมายังปลายนิ้ว พร้อมทั้งบีบกระดูกต้นปลายนิ้วที่ละนิ้ว นิ้วละ 5 ครั้ง การนวดรูดนิ้วนั้นให้ผ่อนแรงบริเวณข้อนิ้ว เพื่อหลีกเลี่ยงการกดบริเวณข้อ จากนั้นนวดทั่วมือเพื่อความผ่อนคลาย



การนวดระหว่างง่ามนิ้วมือ



การนวดรูดนิ้วและบีบกระดูกต้นปลายนิ้ว

32. ใช้ผ้าห่อมือซ้ายไว้ เพื่อเป็นการเก็บพลัง หลังจากนั้นเปลี่ยนขนาดมือขวา ก่อนแกะผ้าห่อมือขวาออกให้ขนาดนอกผ้าก่อน โดยวัดให้ทั่วหลังมือ หลังจากนั้นจึงแกะผ้าที่ห่อมือขวาออก



การใช้ผ้าห่อมือเพื่อเก็บพลัง



การวัดนอกผ้า

33. เริ่มวัดจุดจุดสะท้อนมือขวาตามขั้นตอนเหมือนมือซ้าย ตั้งแต่ข้อ 2-31

34. เมื่อนวดมือขวาเสร็จตามขั้นตอนแล้ว ใช้ผ้าห่อมือขวาไว้ นวดมือสองข้างนอกผ้าแล้วเอาผ้าออก

35. ขั้นตอนสุดท้ายผู้นวดประสานมือผู้รับการนวด ใช้มือทั้งสองข้างถูจากลำแขนลงมาจนถึงปลายนิ้ว เป็นการขับไล่ สลัดเอาความเจ็บปวดทิ้งไป (pain drain) การนวดถูประสานมือกับผู้รับการนวด ยังเป็นขบวนการถ่ายทอดพลังงาน (transfer energy) ถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรจากผู้นวดแก่ผู้รับการนวดด้วย เป็นอันเสร็จสิ้นกระบวนการนวดจุดสะท้อนฝ่ามือ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที



Pain drain



การถูประสานมือเพื่อถ่ายทอดพลังงาน

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 11 การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลของคะแนนอาการถอนนิโคตินที่ได้จากการวัด ทั้ง 5 ครั้ง คือครั้งที่ 1 ก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2 ครั้งที่ 4 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และครั้งที่ 5 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ของกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนน อาการ ถอน นิโคติน ก่อนหยุด สูบบุหรี่	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบบุหรี่วันที่ 1	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบบุหรี่วันที่ 2	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบบุหรี่วันที่ 3	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบบุหรี่วันที่ 7
N		22	22	22	22	22
Normal	Mean	9.00	21.36	21.32	16.64	11.14
Parameters ^{a,b}	Std. Deviation	3.546	4.924	4.303	4.158	2.513
Most Extreme	Absolute	.150	.176	.210	.153	.249
Differences	Positive	.150	.176	.210	.153	.249
	Negative	-.091	-.098	-.129	-.132	-.189
	Kolmogorov-Smirnov Z	.704	.825	.984	.718	1.168
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.705	.504	.288	.681	.131

^a Test distribution is Normal.

^b Calculated from data.

ตารางที่ 12 การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลของคะแนนอาการถอนนิโคตินที่ได้จากการวัด ทั้ง 5 ครั้ง คือครั้งที่ 1 ก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ครั้งที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2 ครั้งที่ 4 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และครั้งที่ 5 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ของกลุ่มทดลองด้วย สถิติ Kolmogorov-smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คะแนน อาการ ถอน นิโคติน ก่อนหยุด สูบบุหรี่	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบวันที่ 1	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบวันที่ 2	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบวันที่ 3	คะแนน อาการ ถอน นิโคติน หลังหยุด สูบวันที่ 7
N		19	19	19	19	19
Normal	Mean	7.95	18.84	18.16	13.42	9.47
Parameters ^{a,b}	Std. Deviation	3.689	5.210	3.594	3.061	2.245
Most Extreme	Absolute	.184	.091	.199	.145	.128
Differences	Positive	.184	.079	.199	.145	.128
	Negative	-.160	-.091	-.111	-.130	-.119
Kolmogorov-Smirnov Z		.801	.397	.867	.632	.557
Asymp. Sig. (2-tailed)		.543	.998	.440	.819	.915

^a Test distribution is Normal.

^b Calculated from data.

ตารางที่ 13 การทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างผลคะแนนอาการถอนนิโคติน (Homogeneity of variance test) ของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัด ทั้ง 5 ครั้ง ด้วย Levene's test

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
คะแนนอาการถอนนิโคติน ก่อนหยุดสูบบุหรี่	.002	1	39	.969
คะแนนอาการถอนนิโคติน หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	.073	1	39	.788
คะแนนอาการถอนนิโคติน หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2	.692	1	39	.411
คะแนนอาการถอนนิโคติน หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3	2.136	1	39	.152
คะแนนอาการถอนนิโคติน หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7	.001	1	39	.970

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

^a Design: Intercept+GROUP

Within Subjects Design: TIME

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ Tests of Within-Subjects Effects

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: SCORE

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TIME	Sphericity	4598.380	4	1149.595	303.078	.000
	Assumed					
	Greenhouse- Geisser	4598.380	2.577	1784.450	303.078	.000
	Huynh-Feldt	4598.380	2.846	1615.835	303.078	.000
	Lower-bound	4598.380	1.000	4598.380	303.078	.000
TIME *	Sphericity	36.565	4	9.141	2.410	.052
NEWGROUP	Assumed					
	Greenhouse- Geisser	36.565	2.577	14.190	2.410	.081
	Huynh-Feldt	36.565	2.846	12.849	2.410	.074
	Lower-bound	36.565	1.000	36.565	2.410	.129
	Error(TIME)	Sphericity	591.718	156	3.793	
	Assumed					
	Greenhouse- Geisser	591.718	100.500	5.888		
	Huynh-Feldt	591.718	110.987	5.331		
	Lower-bound	591.718	39.000	15.172		

ตารางที่ 15 แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

คนที่	คะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มเปรียบเทียบ				
	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7
1	7	24	22	18	11
2	9	20	19	12	9
3	5	21	22	18	10
4	9	16	20	15	11
5	8	32	31	22	15
6	5	23	22	18	12
7	6	17	22	17	10
8	12	22	25	22	15
9	11	22	18	18	10
10	11	17	18	15	10
11	10	21	20	17	10
12	9	16	18	14	10
13	9	18	16	12	11
14	10	19	19	12	10
15	10	20	21	15	11
16	11	27	25	20	13
17	8	22	19	15	11
18	4	15	17	13	10
19	5	19	18	12	6
20	15	33	33	28	16
21	19	28	25	21	16
22	5	18	19	12	8

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

คนที่	คะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง				
	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7
1	6	15	17	13	10
2	10	22	20	15	11
3	8	20	15	11	8
4	3	10	12	9	6
5	6	12	14	10	7
6	5	16	17	14	9
7	8	19	18	14	10
8	10	24	20	16	12
9	5	13	16	10	7
10	10	23	20	14	11
11	5	12	15	11	7
12	7	19	17	13	10
13	20	31	29	22	14
14	7	18	17	13	9
15	10	25	22	17	12
16	9	21	19	15	10
17	5	17	18	10	6
18	6	19	19	13	9
19	11	22	20	15	12

ตารางที่ 17 แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะด้านอายุ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และจำนวนวันที่เคยเลิกบุหรี่ได้ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	อายุ		จำนวนมวนที่สูบต่อวัน		ระยะเวลาที่เคยเลิกได้	
	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง
1	35	39	15	13	15-30 วัน	15-30 วัน
2	34	30	10	10	1-14 วัน	1-14 วัน
3	49	-	10	-	>1 ปี	-
4	33	32	10	10	1-14 วัน	1-14 วัน
5	31	32	10	15	>1 ปี	>1 ปี
6	33	38	10	13	>1 เดือน	>1 เดือน
7	22	23	20	20	15-30 วัน	15-30 วัน
8	44	44	15	15	1-14 วัน	1-14 วัน
9	22	26	10	10	15-30 วัน	15-30 วัน
10	47	42	10	13	>1 ปี	>1 ปี
11	34	33	10	10	>1 เดือน	>1 เดือน
12	34	29	10	10	>1 เดือน	>1 เดือน
13	55	-	17	-	1-14 วัน	-
14	45	46	10	10	>1 เดือน	>1 เดือน
15	29	29	10	13	1-14 วัน	1-14 วัน
16	45	44	10	10	1-14 วัน	1-14 วัน
17	45	-	20	-	1-14 วัน	-
18	53	-	20	-	1-14 วัน	-
19	43	40	13	10	>1 ปี	>1 ปี
20	33	34	10	10	1-14 วัน	1-14 วัน
21	31	33	10	10	>1 เดือน	>1 เดือน
22	49	44	13	10	15-30 วัน	15-30 วัน
23	-	39	-	20	-	15-30 วัน

ภาคผนวก จ

- ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำในการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
เพื่อเลิกบุหรี่
- ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนัดกจุดสะท้อน



มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
ขอมอบเกียรติบัตรนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์

ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพแกนนำในการช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่ รุ่นที่ ๑
โรงพยาบาลอัสสัมชัญนักเรียนแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ระหว่างวันที่ ๑๘, ๑๙ - ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖



มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ว.ร.ศ.๓๓ อ.พริ้งอัมพ.๑.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ กรุงเทพมหานคร





มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
ขอแสดงความยินดีกับครั้งนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

คุณเสวีรัตน์ กนกอรุโรจน์

ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่
ระหว่างวันที่ ๕ - ๙ มกราคม ๒๕๕๒



มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ดร.เสวีรัตน์ กนกอรุโรจน์

เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาระบบสุขภาพ (จังหวัดสตูล)
สาขาวิชาพยาบาลวิชาชีพโรงเรียนพยาบาลสุรนารี



ไทยลดคาเฮลล์สปี

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

คุณ สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์

ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่องการนวดกดจุดฝ่าเท้า

ระหว่างวันที่ 13-14 ธันวาคม 2551

ขอให้ท่านนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ครอบครัวและให้ประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ และขอความมีสุขสวัสดิ

จงมีแต่ท่านและครอบครัวสืบไป



พศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์

ประธานและผู้จัดอบรม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสิริรัตน์ กนกอุโรจน์ เกิดวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2514 สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2534 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ลาศึกษาต่อระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 7วช. หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล