

# ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ ต่ออาการถอนนิโคติน

สิริรัตน์ กนกอุรุโรจน์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)\*  
สุนิดา ปรีชาวงษ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่กับกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง

**กลุ่มตัวอย่าง:** เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่สูบบุหรี่เป็นประจำและต้องการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 60 ราย

**วิธีดำเนินการวิจัย:** จัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา กลุ่มละ 30 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่เคยเลิกบุหรี่ได้ และระดับการติดนิโคติน กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มศึกษาได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบ หลังหยุดสูบวันที่ 1, 2, 3 และ 7 โดยใช้แบบวัด The Minnesota Withdrawal Scale ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 0-36 คะแนน

**ตัววัดที่สำคัญ:** คะแนนอาการถอนนิโคติน

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง 19 รายหันกลับไปสูบบุหรี่ก่อนครบ 7 วัน จึงคัดออกจากการศึกษา ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 41 ราย เป็นกลุ่มศึกษา 19 รายและกลุ่มควบคุม 22 ราย โดยทุกรายเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย  $35.6 \pm 6.7$  และ  $38.4 \pm 9.4$  ปีตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มศึกษาก่อนหยุดบุหรี่ และในวันที่ 1 หลังหยุดบุหรี่ต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 7.95 ต่อ 9.00 และ 18.84 ต่อ 21.36 ตามลำดับ แต่ในวันที่ 2, 3 และ 7 หลังหยุดสูบบุหรี่กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ 18.16 ต่อ 21.32, 13.42 ต่อ 16.64 และ 9.47 ต่อ 11.14 คะแนน ตามลำดับ

**สรุป:** การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือที่นำมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้มากขึ้นกว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว

\* ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Abstract

### Effect of Hand Reflexology on Nicotine Withdrawal Symptoms

Sirirat Kanokururote MNS (Nursing)\*

Sunida Preechawong PhD (Nursing)\*\*

\* Nursing Department, BMA Medical College and Vajira Hospital

\*\* Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Objective:** To compare mean nicotine withdrawal symptoms scores of participants receiving conventional smoking cessation program and participants receiving hand reflexology in addition to smoking cessation program.

**Study design:** Quasi-experimental research with posttest measures design.

**Subjects:** Sixty personnel of BMA Medical College and Vajira Hospital, who were regular smokers and wanted to quit smoking.

**Methods:** The participants were equally assigned to have either hand reflexology and smoking cessation program (experimental group-30 cases) or smoking cessation program only (control group-30 cases). Both groups were matched in terms of age, number of cigarettes smoked per day, duration of smoking-free in previous attempts, and level of nicotine addiction. Nicotine withdrawal symptoms were assessed at baseline, on days 1, 2, 3, and 7 after smoking cessation. The Minnesota Withdrawal Scale which has the score of 0-36 was used.

**Main outcome measures:** nicotine withdrawal symptoms score.

**Results:** At 1 week, 19 participants were excluded from the study because they re-consumed smoking. The remaining 41 participants were all male: 19 in the experimental and 22 in the control groups. Mean ages were  $35.8 \pm 6.7$  years and  $38.4 \pm 9.4$  years respectively. Mean scores of nicotine withdrawal symptoms before smoking cessation and on day 1 of the experimental group were not significantly different from that of the control group, 7.95 vs 9.00 and 18.84 vs 21.36, respectively. On days 2, 3, and 7 after cessation, mean scores in the experimental group were significantly lower than those of the control group, 18.16 vs. 21.32, 13.42 vs. 16.84, and 9.47 vs. 11.14, respectively.

**Conclusion:** Hand reflexology in addition to the smoking cessation program can better relieve nicotine withdrawal symptoms than smoking cessation program alone.

**Keywords:** nicotine withdrawal symptoms, smoking cessation program, hand reflexology

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ในปี ค.ศ. 2008 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ถึง 5 ล้านคน ซึ่งมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรค โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมาลาเรียรวมกัน<sup>1</sup> ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีผู้สูบบุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ<sup>2</sup> เนื่องจากบุหรี่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบนิโคตินในบุหรี่เป็นสารประกอบที่ทำให้เกิดการเสพติด<sup>3</sup> โดยพบว่านิโคตินมีฤทธิ์เสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน และโคเคน<sup>4</sup> วงการแพทยนานาชาติจึงถือว่าบุหรี่เป็นสารเสพติด<sup>5</sup>

การติดสารนิโคตินเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อความพยายามในการเลิกบุหรี่ โดยทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น อาการถอนนิโคตินเป็นกลุ่มอาการทางด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นชั่วคราวจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างฉับพลัน หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง และส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม<sup>6</sup> อาการถอนนิโคตินตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder 4<sup>th</sup> edition; DSM IV) ประกอบไปด้วย อารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย วิตกกังวล สมาธิลดลง กระวนกระวาย หัวใจเต้นช้าลง และมีความอยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น<sup>7</sup> จากงานวิจัยพบว่าอาการถอนนิโคตินเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ<sup>8</sup>

เมื่อสูบบุหรี่นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือด แพร่ไปทั่วร่างกายรวมทั้งสมอง ไปกระตุ้น cholinergic receptors และทำลายการทำหน้าที่ตามปกติของสมอง นอกจากนี้ยังไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนและสารสื่อประสาทอื่น ๆ ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้ร่างกายรู้สึกสบาย มีความสุข สมาธิและความจำดีขึ้น ส่งผลให้ผู้เสพติดเกิดความพึงพอใจ มีความสุขสบาย การหยุดสูบบุหรี่จึงทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น<sup>9</sup> ทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ<sup>10</sup> ส่งผลให้เกิดอาการไม่สบายและเกิดความเครียด<sup>11</sup> จากงานวิจัยพบว่าความเครียดทำให้อาการอยากสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น<sup>12</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หันกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ และเป็นสาเหตุให้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลว<sup>13</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงระยะที่เกิดอาการถอนนิโคติน หรือในช่วง 3 วันแรกนั้น ผู้ที่กำลัง

เลิกสูบบุหรี่ที่มีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 80 จากงานวิจัยพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรุนแรงของอาการถอนนิโคติน<sup>14</sup> และพบว่าความวิตกกังวลใช้ทำนายความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินได้<sup>15</sup> จะเห็นได้ว่าความเครียดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการถอนนิโคติน ดังนั้นการบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวลจึงอาจช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือซึ่งเป็นการใช้ทั้งการนวดและการกระตุ้นบริเวณจุดสะท้อนซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะทุกส่วนในร่างกาย จึงให้ประโยชน์ในการช่วยบรรเทาอาการไม่สบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า เพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับได้รวดเร็วและยาวนานขึ้น<sup>16</sup> มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการต่าง ๆ ดังกล่าวได้ ทั้งยังช่วยลดความเครียดและลดความวิตกกังวล<sup>17,18</sup> โดยสัมพันธ์จากการนวดนั้นจะกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารสื่อประสาทที่อยู่ในกลุ่ม opioid<sup>19</sup> ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนคือ เบต้าเอนดอร์ฟินออกมามา สารเอนดอร์ฟินจะช่วยลดความปวดและช่วยสร้างอารมณ์ให้รู้สึกเป็นสุข ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดและลดความวิตกกังวล เช่นเดียวกับที่นิโคตินไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดปามีนไปยังสมอง ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจ ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้เช่นเดียวกับการได้รับนิโคติน นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดมือด้วยตนเองช่วยลดความวิตกกังวลและอาการถอนนิโคตินในผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ได้<sup>20</sup>

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานนั้น หากนำมาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จะมีผลต่อการลดอาการถอนนิโคตินหรือไม่ อย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับการให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว

## ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง

### กลุ่มตัวอย่าง

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย

## เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 18-59 ปี
2. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบมากที่สุดกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน
3. มีระดับการเสพติดนิโคตินในระดับปานกลางถึงมาก
4. มีความประสงค์ที่จะหยุดสูบบุหรี่
5. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
7. ไม่ได้ใช้ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการศึกษาริชัย

## เกณฑ์การคัดออก

กลุ่มตัวอย่างที่หวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

## นิยามตัวแปร

ระดับการเสพติดนิโคติน ประเมินจาก Fagerström Test for Nicotine Dependence<sup>21</sup> ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ได้แก่

1. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร ให้เลือกตอบ 4 ข้อคือ ภายใน 5 นาที (3 คะแนน) 5-30 นาที (2 คะแนน) 31-60 นาที (1 คะแนน) หรือมากกว่า 60 นาที (0 คะแนน)
2. ท่านรู้สึกลำบากใจที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ ให้เลือกตอบรู้สึก (1 คะแนน) หรือไม่รู้สึก (0 คะแนน)
3. บุหรี่มวนไหนที่ท่านไม่ยอมเลิกมากที่สุด ให้เลือกตอบว่ามวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน) หรือมวนอื่น ๆ (0 คะแนน)
4. จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ให้เลือกตอบ 4 ข้อคือ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน) 11-20 มวน (1 คะแนน) 21-30 มวน (2 คะแนน) หรือ 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
5. ท่านสูบบุหรี่จัดในช่วง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน เลือกตอบใช่ (1 คะแนน) หรือไม่ใช่ (0 คะแนน)
6. ท่านยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเป็นหวัด เจ็บคอหรือเจ็บป่วย เลือกตอบใช่ (1 คะแนน) หรือไม่ใช่ (0 คะแนน)

คะแนนรวมสูงสุดคือ 10 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือ ต่ำกว่า 4 คะแนนหมายถึงติดนิโคตินน้อย 4-6 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินปานกลาง และ 7-10 คะแนนหมายถึงติดนิโคตินมาก

การประเมินอาการถอนนิโคติน ใช้แบบวัดอาการถอนนิโคติน The Minnesota Withdrawal Scale-Revised (MNWS)<sup>22</sup> ซึ่งเป็นแบบวัดที่สามารถตอบด้วยตนเอง ใช้วัดระดับ

ความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างว่ามี ความรุนแรงของแต่ละอาการในระดับใด จำนวน 9 ข้อ (ได้แก่ รู้สึกโกรธง่าย วิตกกังวล รู้สึกเศร้า อากาศสูบบุหรี่ ไม่มีสมาธิ หัวบอบ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และรู้สึกขาดความอดทน) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) จนถึงมีอาการหรือความรู้สึกนั้นมาก (4 คะแนน)

## วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่มีความสนใจต้องการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน หากมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย และขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นนำรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่เรียงลำดับไว้ตามการเข้าพบของผู้วิจัยมาจับคู่ (matched pair) จนครบ 30 คู่ กำหนดให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันคือ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันต่างกันไม่เกิน 5 มวน และจำนวนวันที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้อยู่ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน คืออยู่ในช่วง 1-14 วัน 15-30 วัน มากกว่า 1 เดือน และมากกว่า 1 ปีตามลำดับ จัดให้รายชื่อแรกของแต่ละคู่ อยู่ในกลุ่มควบคุม ส่วนรายชื่อในลำดับหลังอยู่ในกลุ่มศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะเข้าร่วมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่และจากข้อเสนอแนะตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ของ U.S. Department of Health and Human Services<sup>23</sup> สื่อการสอนที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการเสพติดบุหรี่ กลไกการติดนิโคติน อาการและวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวและวิธีการปฏิบัติหลังจากหยุดสูบบุหรี่ และคู่มือวิธีแก้ไขอาการถอนนิโคติน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมรายบุคคล โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ 3 ครั้ง คือ ก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 40-45 นาที ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจโดยพูดคุยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อกระตุ้นให้ระบุแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน เสริมข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการเสพติดนิโคติน อาการ

ถอนนิโคติน วิธีการบรรเทาอาการ การวางแผนการเลิกสูบบุหรี่ และเตรียมความพร้อมการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงที่จะทำให้กลับมาสูบบุหรี่ อีกทั้งช่วยกำหนดวันเริ่มต้นหยุดสูบบุหรี่

ในกลุ่มศึกษา จะได้รับการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือซึ่งเป็นการใช้ทั้งการนัดและการกระตุ้นบริเวณจุดสะท้อนที่ฝ่ามือทั้งสองข้าง การกจุดสะท้อนจะใช้ไม้ซึ่งมีลักษณะเรียวยาว หัวท้ายมน ส่วนปลายมีขนาดเล็กกว่าส่วนหัว กจุดบริเวณฝ่ามือทั้งสองข้างข้างละ 26 ตำแหน่ง โดยแรงกดบริเวณจุดสะท้อนแต่ละตำแหน่งบนฝ่ามือของผู้ถูกนัดจะต้องนุ่มนวล ลงน้ำหนักให้พอดีในแต่ละบุคคล ใช้เวลาในการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือทั้งสองข้างรวม 30 นาที โดยผู้วิจัยนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือของกลุ่มตัวอย่างหลังจากหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ภายหลังจากให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการเลิกบุหรี่

ผู้วิจัยติดตามให้คำแนะนำและให้กำลังใจทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง คือ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และหลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ โดยใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 5-10 นาที เพื่อติดตามให้กำลังใจต่อเนื่อง และสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขตามปัญหาที่พบ และประเมินอาการถอนนิโคตินด้วย ซึ่งการประเมินอาการถอนนิโคตินจะประเมินทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ ก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3 และ 7 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการถอนนิโคตินในช่วงก่อนหยุดสูบบุหรี่ สำหรับวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการจะเป็นผู้ประเมินอาการถอนนิโคติน ส่วนในวันที่ 3 และวันที่ 7 หลังหยุดสูบบุหรี่ผู้วิจัยจะประเมินเองทางโทรศัพท์ ส่วนในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ โดยปกติอาการถอนนิโคตินจะลดลงจนอยู่ในระดับเดียวกับระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่<sup>11,24</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ประเมินอาการถอนนิโคตินในระยะนี้ แต่จะโทรศัพท์เพื่อแสดงความยินดี พร้อมกับให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ต่อเนื่องตลอดไป

**การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ**

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 for windows วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและอาการถอนนิโคตินโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมทั้ง 5 ครั้งด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และสถิติ unpaired t-test

**ผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ทุกายเป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 รายไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 7 วัน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มศึกษา 19 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย โดยกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย  $35.6 \pm 6.7$  ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย  $38.4 \pm 9.4$  ปี จำนวนปีที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยในกลุ่มศึกษา  $15.5 \pm 6.7$  ปี กลุ่มควบคุม  $17.9 \pm 7.9$  ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มศึกษา  $12.2 \pm 3.3$  มวน กลุ่มควบคุม  $12.4 \pm 3.7$  มวน โดยร้อยละ 94.7 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 95.5 ในกลุ่มควบคุมมีระดับการติดนิโคตินปานกลาง ร้อยละ 36.8 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 54.6 ในกลุ่มควบคุมเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 15.8 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 18.2 ในกลุ่มควบคุมเคยเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 1 ปี สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ได้แก่ ความเครียด ร้อยละ 42.1 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 50.0 ในกลุ่มควบคุม และสาเหตุที่ทำให้อยากเลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้น่ามากที่สุดคือเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 57.9 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 59.1 ในกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่า โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มลดลงในแต่ละช่วงของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่าอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 สูงกว่าก่อนหยุดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ไม่แตกต่างจากอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มศึกษาแตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.037$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 7.95 ต่อ 9.00 และ 18.84 ต่อ 21.36 ตามลำดับ แต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2, 3 และ 7 พบว่ากลุ่มศึกษาที่ได้รับการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน

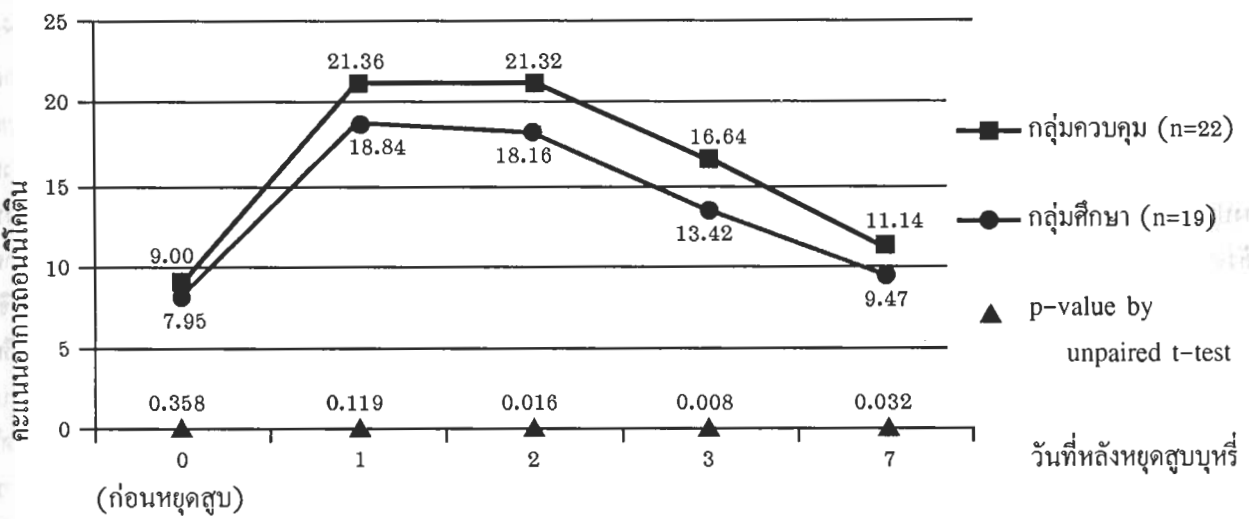
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอายุ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระดับการติดยาโคติน จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบ ระยะเวลาที่สูบที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ได้ สาเหตุที่กลับไปสูบใหม่ และสาเหตุที่อยากเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มศึกษา (n = 19)		กลุ่มควบคุม (n = 22)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20-29	4	21.0	3	13.6
30-39	9	47.4	9	40.9
40-49	6	31.6	8	36.4
50-59	-	-	2	9.1
จำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ปี)				
< 10	7	36.8	7	31.8
11-20	8	42.1	9	41.0
21-30	3	15.8	4	18.2
31-40	1	5.3	1	4.5
> 40	-	-	1	4.5
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)				
10-15	17	89.5	18	81.8
16-20	2	10.5	4	18.2
ระดับการติดยาโคติน				
ปานกลาง	18	94.7	21	95.5
มาก	1	5.3	1	4.5
จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่				
1	3	15.8	5	22.7
2	5	26.3	3	13.6
3	4	21.1	2	9.1
> 3	7	36.8	12	54.6
ระยะเวลาที่สูบที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ได้				
1-14 วัน	6	31.6	9	40.9
15-30 วัน	5	26.3	4	18.2
> 1 เดือน	5	26.3	5	22.7
> 1 ปี	3	15.8	4	18.2
สาเหตุที่กลับไปสูบใหม่*				
เครียด	8	42.1	11	50.0
หงุดหงิด	5	26.3	4	18.2
แอลกอฮอล์	2	10.5	6	27.3
เห็นคนอื่นสูบ	3	15.8	8	36.4
อื่น ๆ	2	10.5	2	9.1
สาเหตุที่อยากเลิกบุหรี่ในครั้งนี้*				
สุขภาพ	11	57.9	13	59.1
ครอบครัว	7	36.8	7	31.8
ราคาแพง	2	10.5	4	18.2
สังคมไม่ยอมรับ	2	10.5	5	22.7
อื่น ๆ	1	5.3	6	27.3

\* สาเหตุที่กลับไปสูบใหม่ และสาเหตุที่อยากเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ ในแต่ละรายอาจจะมีได้มากกว่า 1 ข้อ

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคติน ระหว่างวิธีการทดลอง (โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่) กับช่วงเวลา (ระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3 และ 7) ในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>	40	2566.16			
วิธีการทดลอง	1	274.96	274.96	4.68	0.037
ความคลาดเคลื่อน	39	2291.20	58.75		
<b>ภายในกลุ่ม</b>	164	5226.67			
ช่วงเวลา	4	4598.38	1149.59	303.08	< 0.001
ช่วงเวลา x วิธีการทดลอง	4	36.57	9.14	2.41	0.052
ช่วงเวลา x ความคลาดเคลื่อน	156	591.72	3.79		



**รูปที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มศึกษา (n =19) และกลุ่มควบคุม (n=22) ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3 และ 7

ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงคำปรึกษาและคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 18.16 ต่อ 21.32, 13.42 ต่อ 16.64 และ 9.47 ต่อ 11.14 คะแนน ตามลำดับ (รูปที่ 1)

**วิจารณ์**

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มศึกษาที่ได้รับการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม

การเลิกสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว ซึ่งได้พยายามจับคู่ให้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีปัจจัยต่าง ๆ เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน ซึ่งจากตารางที่ 1 ก็พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลพื้นฐาน ทั้ง อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับการติดสารนิโคติน ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ ใกล้เคียงกัน

สำหรับแบบประเมินอาการถอนนิโคตินมีหลายแบบ เช่น The Shiffman-Javik Withdrawal Scale<sup>25</sup>, The Smoker Complaint Scale<sup>25</sup>, The Minnesota Withdrawal Scale (MNWS)<sup>22</sup>, The Profile of Mood States<sup>25</sup>, The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS)<sup>26</sup>, The Ciga-

rette Withdrawal Scale<sup>24</sup> เป็นต้น ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน MNWS เนื่องจากแบบประเมิน MNWS มีข้อคำถามสั้นกระชับรัด<sup>27</sup> จึงช่วยลดภาระแก่ผู้ตอบเมื่อต้องทำแบบวัดนี้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง<sup>25</sup> นอกจากนี้หัวข้อที่ประเมินส่วนใหญ่ตรงกันกับเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM-IV<sup>7</sup> และมีรายงานว่าแบบประเมิน MNWS มีคุณสมบัติในการวัดไม่แตกต่างจากแบบประเมินอื่น ๆ<sup>27</sup> จากรายงานของ Cappelleri และคณะ<sup>28</sup> และ Etter และ Hughes<sup>27</sup> พบว่าแบบประเมิน MNWS มีค่าความเที่ยง 0.80-0.85 สำหรับแบบประเมิน MNWS ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ก็ได้นำไปทดสอบแล้วและได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 และมีความตรงตามเกณฑ์สัมพันธอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างคะแนนอาการถอนนิโคตินที่ประเมินโดยแบบวัด MNWS และแบบวัด WSWS ได้เท่ากับ 0.65

เมื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินเป็นรายคู่พบว่า ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการถอนนิโคตินต่ำกว่า ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3 และ 7 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินเพิ่มขึ้นทันทีตั้งแต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 สอดคล้องกับเกณฑ์ในการวินิจฉัยการถอนนิโคตินของ DSM-IV และงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากหยุดหรือลดจำนวนการใช้นิโคตินลง<sup>29,30</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาอาการถอนนิโคตินในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำซึ่งให้หยุดสูบบุหรี่โดยศึกษาวิธีการจากคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตนเองที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 มากกว่าในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>11</sup>

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และวันที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ โดยที่คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และวันที่ 2 ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดสูบบุหรี่<sup>31</sup> ส่วนในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 อาการถอนนิโคตินลดลงตามลำดับ

ผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตั้งแต่อ่อนหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการถอนนิโคตินน้อยกว่าระยะหลังหยุดสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมพร้อมและมีความมั่นใจมากขึ้นที่จะหยุดสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในแต่ละช่วงพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1

ของทั้งสองกลุ่มสูงขึ้น อธิบายได้ว่านิโคตินเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด ออกฤทธิ์กระตุ้น brain reward pathway ซึ่งเป็นบริเวณสมองส่วนที่อยู่ชั้นในที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกสุขใจ มีการทำงานอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ ดังนั้นหากระดับนิโคตินลดลง ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่จึงเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1, 2, 3 และ 7 ของทั้งสองกลุ่ม มีแนวโน้มในการลดลงคล้ายคลึงกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 เป็นต้นไป กลุ่มศึกษาที่ได้รับการนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือมีคะแนนอาการถอนนิโคตินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือมีผลช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนให้นัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือมีอาการถอนนิโคตินน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>20</sup> การนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือเป็นแนวคิดการบำบัดดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ<sup>32</sup> มีผลต่อร่างกายและจิตใจโดยช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบน้ำเหลืองและกระแสประสาทให้หลังสารสื่อประสาทต่าง ๆ ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก ทำให้กลุ่มศึกษาที่ได้รับการนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือมีอารมณ์เป็นสุข สบายใจขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลงในระดับลึก ช่วยลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด<sup>33</sup> นอกจากนี้ยังช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้า และส่งเสริมการนอนหลับ<sup>17,18</sup>

การนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือยังเป็นศิลปะในการบำบัดโดยการสัมผัสด้วยมือที่สื่อถึงการดูแล เป็นการถ่ายทอดพลังความรัก แสดงถึงความเอื้ออาทร ความจริงใจที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการแสดงถึงความดูแลเอาใจใส่ด้วยความจริงใจของพยาบาล จึงทำให้ผู้ที่ได้รับเกิดความรู้สึกเป็นสุข อบอุ่นใจ รู้สึกผ่อนคลาย การตอบสนองด้านจิตอารมณ์ลดลง ความเครียดและความวิตกกังวลรวมถึงอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคตินลดลง มีความหวังที่จะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นจากการเป็นคนไม่สูบบุหรี่ สามารถที่จะควบคุมตนเองจากการไม่สูบบุหรี่ แทนที่จะให้บุหรี่ยึดกุม ทำให้อมก้าลังใจ มีพลังความมุ่งมั่นที่จะเอาชนะใจตนเองที่จะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก การนัดกวดจุดสะท้อนฝ่ามือจึงเป็นการบำบัดอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยในการบรรเทาอาการถอนนิโคติน ช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย ช่วยให้อารมณ์ได้ปรับตัวเป็นปกติโดยเร็ว ทำให้ผ่านพ้นช่วงระยะการเกิดอาการถอนนิโคตินได้อย่างราบรื่น

ผู้วิจัยนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือแก่กลุ่มศึกษาในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และ 2 เพื่อช่วยบรรเทาอาการในช่วงที่อาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นสูงสุด อย่างไรก็ตามอาการถอนนิโคตินจะลดลงในระดับเดียวกับระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ประมาณ 2 สัปดาห์หลังหยุดสูบบุหรี่ ดังนั้นหากมีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อเนื่องในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่จนครบ 2 สัปดาห์ อาจช่วยทำให้อาการถอนนิโคตินลดลงได้มากขึ้น

การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทสำคัญหนึ่งของพยาบาลในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มีการศึกษาพบว่าคำแนะนำจากทีมสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด<sup>34</sup> จากการศึกษาสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่พบว่า การให้คำปรึกษาและคำแนะนำจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่นั้นมีประสิทธิภาพ<sup>35</sup> พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในฐานะผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากในการทำงานแต่ละวันนั้น พยาบาลมีโอกาสมากที่จะพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ พยาบาลสามารถแสดงบทบาทในเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบบุหรี่รายใหม่เกิดขึ้น และบทบาทในเชิงรับโดยช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดสูบบุหรี่อีกด้วย<sup>36</sup>

ในอนาคตน่าจะมีการศึกษาวิจัยถึงผลต่อเนื่องในระยะยาวของผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ โดยศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และจากข้อมูลที่ได้พบว่าเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยากเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือเพื่อสุขภาพและครอบครัว ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่ออาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ โดยสอนให้ญาติและครอบครัวเป็นผู้นวดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น

## สรุป

การนำการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานคือการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ มาเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่าการให้โปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ใช้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

เข้ามาช่วยเสริมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อลดอาการถอนนิโคตินให้แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่เพื่อช่วยให้การเลิกสูบบุหรี่ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยผ่านกองทุนส่งเสริมวิจัยทางแพทย์ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, Switzerland; 2008. Available at: <http://www.who.int/tobacco/mpower/>. Retrieved January 24, 2009.
2. Khurana S, Batra V, Patkar AA, Leone FT. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. *Respir Med* 2003; 97: 295-301.
3. U.S. Department of Health and Human Services. 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; 1988.
4. Henningfield JE, Cohen C, Slade JD. Is nicotine more addictive than cocaine? *Br J Addict* 1991; 86: 565-9.
5. ประกิต วาที่สาชกกิจ. พิษของบุหรี่: ภัยที่พึงระวัง. ใน: กรองจิต วาที่สาชกกิจ. การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2551. หน้า 1-13.

6. Shiffman S, West RJ, Gilbert D: SRNT Work Group on the Assessment of Craving and Withdrawal in Clinical Trials. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 599-614.
7. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000. p.266.
8. Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 289-94.
9. Allen SS, Bade T, Hatsukami D, Center B. Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 35-45.
10. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: etiology, animal models, epidemiology and significance: a subjective review. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 329-39.
11. Hughes JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 689-97.
12. Perkins KA, Grobe JE. Increased desire to smoke during acute stress. *Br J Addict* 1992; 87: 1037-40.
13. Steptoe A, Ussher M. Smoking, cortisol, and nicotine. *Int J Psychophysiol* 2006; 59: 228-35.
14. Holly ER, Morrell MA. Cigarette smoking: attentional mediation of anxiety as a predictor of nicotine withdrawal severity. The Degree of Doctor of Philosophy, Faculty of Texas, Tech University, 2007. p.20.
15. Morrell HER, Cohen LM, al'Absi M. Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. *Pharmacol Biochem Behav* 2008; 89: 272-8.
16. Evans M, Franzen S, Oxenford R. The healing touch. London: Southwater; 2001. p.126.
17. Morey JH. Integrative reflexology: a therapy within a naturopathic nursing practice. *Explore (NY)* 2005; 1(5): 400-1.
18. Xavier R. Facts on reflexology (foot massage). *Nurs J India* 2007; 98: 11-2.
19. Kaada B, Torsteinbø O. Increase of plasma beta-endorphins in connective tissue massage. *Gen Pharmacol* 1989; 20: 487-9.
20. Hernandez-Reif M, Field T, Hart S. Smoking craving are reduced by self-massage. *Prev Med* 1999; 28: 28-32.
21. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
22. Hughes JR, Hatsukami D. Minnesota Nicotine Withdrawal Scale-Revised 2008. Available at: <http://www.uvm.edu/~hbpl/?Page= minnesota/default.html>. Retrieved August 25, 2008.
23. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008. Available at: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.html>. Retrieved June 10, 2008.
24. Etter JF. A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: the cigarette withdrawal scale. *Nicotine Tob Res* 2005; 7: 47-57.
25. Patten CA, Martin JE. Measuring tobacco withdrawal: a review of self-report questionnaires. *J Subst Abuse* 1996; 8: 93-113.
26. Welsch SK, Smith SS, Wetter DW, Jorenby DE, Fiore MC, Baker TB. Development and validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. *Exp Clin Psychopharmacol* 1999; 7: 354-61.

27. Etter JF, Huhges JR. A comparison of the psychometric properties of three cigarette withdrawal scales. *Addiction* 2006; 101: 362-72.
28. Cappelleri JC, Bushmakina AG, Baker CL, Merikle E, Olufade AO, Gilbert DG. Revealing the multi-dimensional framework of the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. *Curr Med Res Opin* 2005; 21: 749-60.
29. al'Absi M, Hatsukami D, Davis GL, Wittmers LE. Prospective examination of effects of smoking abstinence on cortisol and withdrawal symptoms as predictors of early smoking relapse. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73: 267-78.
30. Weinberger AH, Krishnan-Sarin S, Mazure CM, McKee SA. Relationship of perceived risks of smoking cessation to symptoms of withdrawal, craving, and depression during short-term smoking abstinence. *Addict Behav* 2008; 33: 960-3.
31. Gritz ER, Carr CR, Marcus AC. The tobacco withdrawal syndrome in unaided quitters. *Br J Addict* 1991; 86: 57-69.
32. Gunnardosttir TJ, Jonsdottir H. Does the experimental design capture the effects of complementary therapy? A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Clin Nurs* 2007; 16: 777-85.
33. Martin M. The art and science of reflexology: fear and stress response. *Posit Health News* 2007; 22.
34. Andrews JO, Tinggen MS, Waller JL, Harper RJ. Provider feedback improves adherence with AHCPR smoking cessation guideline. *Prev Med* 2001; 33: 415-21.
35. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Revi* 2008, Issue 1. CD001188.
36. สุนิดา ปรีชาวงษ์. พยายามกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 2550; 19: 112-8.