

ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการนอนไม่หลับ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COUNSELING COMBINED WITH RELAXATION TECHNIQUE
ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS AMONG PERSONS
WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Miss Poonyawee Limsuwan



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 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่อ
	อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โดย	นางสาวปณณวิทย์ ลิ้มสุวรรณ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

บุญยวีร์ ลิ้มสุวรรณ : ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (THE EFFECT OF COUNSELING COMBINED WITH RELAXATION TECHNIQUE ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS AMONG PERSONS WITH CORONARY ARTERY DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.จรรยา นิมหลวง, 141 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน จับคู่โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในด้านจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบกระซิบเพื่อเลิกบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายจำนวน 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัด The Minnesota Withdrawal Scale ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และ 2 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5577177036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS / COUNSELING / RELAXATION
TECHNIQUE / CORONARY ARTERY DISEASE

POONYAWEE LIMSUWAN: THE EFFECT OF COUNSELING COMBINED WITH
RELAXATION TECHNIQUE ON NICOTINE WITHDRAWAL SYMPTOMS AMONG
PERSONS WITH CORONARY ARTERY DISEASE. ADVISOR: ASST. PROF. SUNIDA
PREECHAWONG, Ph.D., CO-ADVISOR: JANAYA CHIMLUANG, Ph.D., 141 pp.

This quasi-experimental research aimed to study the effect of counseling combined with relaxation technique on nicotine withdrawal symptoms in persons with coronary artery disease. The study samples were sixty adult patients diagnosed with coronary artery disease recruited at outpatient units of Cardiovascular Medicine Clinic at Ladkrabang Bangkok Hospital. They were equally divided into the control group and the experimental group. The groups were matched in term of the number of cigarettes smoked per day. The participants in the control group were given brief advice for smoking cessation while the ones in the experimental group were individually given intensive smoking cessation counseling and trained to practice relaxation technique. Nicotine withdrawal symptoms were collected by using the Minnesota Withdrawal Scale. Cronbach's alpha coefficient of this scale was .85 Data were analyzed using descriptive statistics and two-way repeated measures ANOVA.

The major findings were as follows:

1. The mean scores of nicotine withdrawal symptoms in the experimental groups before the participants stopped smoking, on the first day and the second day after their smoking cessation were significantly different ($p < .05$).

2. The mean scores of nicotine withdrawal symptoms in the experimental group on the first day and the second day after their smoking cessation were significantly lower than those of the control group ($p < .05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา พร้อมข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงกราบ ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุก ท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา อีกทั้งคณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งให้ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์บางส่วนสำหรับการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายังตรวจสอบ เครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้า ร่วมวิจัยซึ่งเป็นประโยชน์ยิ่งในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา นายณรินทร์ ลิ้มสุวรรณ นางสุมาลี ลิ้มสุวรรณ และพี่ชาย นายอัจริยะ ลิ้มสุวรรณ ที่คอยอยู่เคียงข้าง เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนด้วยความเอาใจใส่และห่วงใยเสมอมาจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	12
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	12
วัตถุประสงค์การวิจัย	17
คำถามการวิจัย	17
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	17
สมมติฐานการวิจัย	19
ขอบเขตการวิจัย	19
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	19
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	21
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกับการสูบบุหรี่.....	22
2. การเสพติดนิโคติน.....	30
3. อาการถอนนิโคติน	34
4. การรักษาโรคติดบุหรี่.....	38
5. เทคนิคการผ่อนคลาย	44
6. บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ	46

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การดำเนินการทดลอง.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	79
อภิปรายผลการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	83
รายการอ้างอิง.....	84
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล.....	99
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่าง.....	106
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	116
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	130
ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ.....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา	65
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามศาสนา อาชีพ และโรคประจำตัวอื่นๆ..	66
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจ และการรักษาโรคหัวใจที่ผ่านมา	67
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	68
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ และระยะเวลาที่เคยเลิกได้	69
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุที่เคยเลิก สาเหตุที่กลับไปสูบอีกและเหตุผลที่ยากเลิกครั้งนี้	70
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measures ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยอาการนอนนิโคตินระหว่างวิธีการทดลองกับช่วงเวลาที่ใช้ในการวัดค่าตัวแปรตาม.....	73
ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni.....	74
ตารางที่ 9 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนนิโคตินในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni.....	75
ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนนิโคตินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni.....	76
ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลคะแนนอาการนอนนิโคตินของกลุ่มควบคุม	131
ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลคะแนนอาการนอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง	133

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	135
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ต่อเทคนิคการผ่อนคลายในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุด สูบบุหรี่วันที่ 2.....	137



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 การเกิดหลอดเลือดแข็งตัวและโรคหัวใจ	29
ภาพที่ 2 บริเวณส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดนิโคติน	32
ภาพที่ 3 แสดงผลของนิโคตินต่อการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดต่าง.....	32
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย	52
ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง .	72



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคเรื้อรัง อาทิ มะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2015) จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในปีพ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 จาก ร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2556 และอัตราการสูบบุหรี่ในวัยทำงาน อายุระหว่าง 25-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 23.5 เมื่อเทียบกับในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเยาวชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) องค์การอนามัยโลกรายงานผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 6 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ล้านคน (World Health Organization, 2014) กล่าวได้ว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัณโรค อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตระหว่างคลอดของคนไทยรวมกันทั้งหมด (รณชัย คงสกนธ์, 2556) ในปี พ.ศ.2547 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ 9,413 คน และในปี พ.ศ.2552 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 11,666 คน (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในคนไข้ที่ได้รับการสวนเส้นเลือดหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบยังมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 36 (ปกรณ์เมธรุจกานนท์, 2550) นอกจากนี้ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 9.9 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 15,910 ล้านบาท (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556)

การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553) หากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงสูบบุหรี่อยู่ จะทำให้อาการของโรคแย่ลง หัวใจทำงานหนักขึ้น (Rempher, 2006) โดยสารพิษในควันบุหรี่จะทำให้เกิดอนุมูลอิสระจำนวนมาก ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดขึ้น (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ผนวกกับการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย และทำให้ระดับไขมันในเลือดชนิดดี HDL (High Density Lipoprotein) ลดลง ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ขณะเดียวกันก็ทำให้ไขมันในเลือด

ชนิดไม่ดี LDL (Low Density Lipoprotein) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบซ้ำ (ปริศนา วรนนท์, 2541) ตีบเร็วขึ้น รุนแรงขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย (American Heart Association, 2014)

บุหรีมีสารพิษมากกว่า 7,000 ชนิด (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี, 2556) สารพิษที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอยากบุหรี และไม่สามารถเลิกบุหรีได้คือ นิโคติน ซึ่งมีอำนาจการเสพติดสูง เทียบเท่ากับเฮโรอีน เป็นยาเสพติดที่ผู้ที่เสพติดแล้วต้องใช้ตลอดเวลาและทุกวัน ยกเว้นเวลานอนหลับ (ประภิต วาทีสารกกิจ, 2552b) นิโคตินเมื่อสูบบุหรีเข้าไปในปอดจะดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2556) แล้วจะเดินทางไปสู่สมองภายใน 10 วินาที (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2550) กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) บริเวณระบบประสาทส่วนกลางที่มีส่วนรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นสุข ซึ่งนอกจากนิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนแล้ว นิโคตินยังเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่น เช่น acetylcholine, norepinephrine, serotonin, glutamate, β -endophin และ GABA เป็นต้น (Benowitz, 2008) ทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก เช่น เกิดการตื่นตัว ลดความรู้สึกซึมเศร้า ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น มีแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ และลดความอยากอาหาร แต่เมื่อหมดฤทธิ์ของสารนิโคตินจะทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่น มีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ซึมเศร้า สมาธิลดลง มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ผู้สูบบุหรีพยายามที่จะหาบุหรีมาสูบ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

ในแต่ละปีมีผู้สูบบุหรีร้อยละ 70 ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี ซึ่งร้อยละ 44 ได้ลองพยายามเลิกบุหรี แต่มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 7 ที่สามารถเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ (Jones-Assini, Hughes, Riley, Sokol, & Stewart, 2011) ซึ่งผู้สูบบุหรีเป็นจำนวนมากต้องการเลิกสูบบุหรี แต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรีได้เพราะติดสารนิโคติน (Benowitz, 1996) เนื่องจากการหายไปอย่างรวดเร็วของสารนิโคตินเมื่อหยุดสูบบุหรี ผู้สูบบุหรีจะมีอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้น เป็นผลให้ยังคงสูบบุหรีอย่างต่อเนื่อง (Hendricks, Ditre, Drobles, & Brandon, 2006) การไม่สามารถทนต่ออาการถอนนิโคติน เป็นเหตุผลของผู้สูบบุหรีหลายคนที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรีได้ ทำให้เกิดการวนกลับไปสูบบุหรีซ้ำ (Allen, Bade, Hatsukami, & Bruce Center, 2008) ผู้สูบบุหรีส่วนใหญ่ที่เลิกสูบบุหรีจะมีอาการถอนนิโคตินเนื่องจากการติดสารนิโคติน ซึ่งโดยปกติอาการถอนนิโคตินจะรุนแรงมากในช่วงระหว่าง 3 วันแรกของการหยุดสูบบุหรี แต่บางทีอาจจะเป็นสัปดาห์ ซึ่งอาการอยากบุหรีและความต้องการสูบบุหรี อาจแสดงอาการเป็นเวลานานหลายเดือนหลังจากเลิกสูบบุหรี (Anderson, Jorenby, Scott, & Fiore, 2002) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรีจะเคยมีประสบการณ์ของอาการถอนนิโคตินหลังจากหยุดสูบบุหรี และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเลิกสูบบุหรีไม่สำเร็จ (Hesami, Alvanpour, Kashani, Tafti, & Heydari, 2010)

การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินซึ่งอาการจะเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมง (American Psychiatric Association, 2013) และมักเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ (Le Foll & George, 2007) จากนั้นอาการถอนนิโคตินจะค่อยๆ ลดลง ใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ (Herman & Sofuoglu, 2013) แต่ยังมีผู้ที่หวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 60-98 (Hendricks et al., 2006) การติดยนิโคตินทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่เกิดอาการถอนนิโคติน S. Shiffman, West, Gilbert, Craving, and Withdrawal in Clinical (2004) ให้ความหมายของอาการถอนนิโคตินว่า เป็นกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านสติปัญญา และด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นชั่วคราวเมื่อหยุดสูบบุหรี่ หรือลดจำนวนการสูบลง

ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และความเครียด ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการถอนนิโคติน ทั้งนี้ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับเบต้าเอนโดรฟินในพลาสมาต่ำลง (Shaw & al'Absi, 2008) ทำให้อาการถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงทำให้เกิดการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (Brown, Lejuez, Kahler, Strong, & Zvolensky, 2005; Kassel, Stroud, & Paronis, 2003) โดยอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำจะสูงในช่วงสัปดาห์แรกของการหยุดสูบบุหรี่ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่จะกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 3 วันแรก และร้อยละ 75 จะกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ (Arnstien, Reid, Bierer, & Rigotti, 2004; Duncan, Cummings, Hudes, Zahnd, & Coates, 1992; Garvey, Bliss, Hitchcock, Heinold, & Rosner, 1992)

การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นประเด็นที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยเฉพาะการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจเนื่องจากการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่งผลโดยตรงกับความรุนแรงของโรค และการกำเริบของโรค การบำบัดการเลิกสูบบุหรี่ควรจะทำทุกรายในผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Kelley, Sherrod, & Smyth, 2009) การสังเคราะห์งานวิจัยในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การเลิกสูบบุหรี่จะสามารถลดอัตราการตายที่ ร้อยละ 36 และลดการกลับไปมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ร้ายแรง ร้อยละ 32 (Critchley & Simon, 2003)

การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยไม่ใช่นานับเป็นวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ ในปัจจุบัน ผลการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่าคนไทยส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ได้โดยไม่ต้องใช้ยา (ทัศนียวรรณ กันทาภาศ, 2550; อังคณา วนาอุปถัมภ์, 2552) มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการยาช่วยในการบำบัด เพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในวิชาชีพการพยาบาลการให้คำปรึกษานับเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถจัดให้กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการทุกรายที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบทั้งแบบผู้ป่วยใน หรือแบบผู้ป่วยนอก อีกทั้งพยาบาลมีโอกาสมพบปะ พูดคุยกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการก่อน

บุคลากรอื่นๆ และมีเวลาให้กับผู้รับบริการมากกว่าวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ทำให้เป็นที่คาดหวังจากทุกภาคส่วนให้รับผิดชอบในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเสริมกำลังใจ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ด้วย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2555) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นกำลังสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทำงานทั้งด้านป้องกัน ได้แก่ การให้ความรู้แก่ทั้งผู้ป่วยและประชาชน ส่วนด้านแก้ไข ได้แก่ การให้บริการเลิกบุหรี่ การปฏิบัติงานควบคุมการบริโภคยาสูบของพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยความสำเร็จของแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบปัจจัยหนึ่ง (จันทนา วิธวาศิริ, 2555) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2556) และจากการสังเคราะห์งานวิจัยระบุว่า การให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ (Rice & Stead, 2006)

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครเป็นโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร มีนโยบายให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ร้อยเปอร์เซ็นต์ มีทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก จึงอาจทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการให้คำแนะนำในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ครบทุกคน ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่ควรจะได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ทุกราย (Kelley, Sherrod, & Smyth, 2009) เพราะการสูบบุหรี่ส่งผลโดยตรงกับอาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ แต่มีผู้สูบบุหรี่อีกหลายคนที่มีอาการถอนนิโคตินมากภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้การรักษาด้วยยาาร่วมด้วยเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่มากกว่าการใช้ยา หรือการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม เช่น วัยรุ่น หลงตั้งครรรภ์ (Fiore et al., 2008) และยา Nortriptyline ซึ่งเป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) ดังนั้นจึงควรนำการบำบัดแบบผสมผสานมาใช้ในผู้ที่ติดบุหรี่ ซึ่งในปัจจุบันการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานได้รับความนิยมในการวิจัยเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

เทคนิคการผ่อนคลายเป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) รูปแบบหนึ่ง งานวิจัยนี้จะใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan คือการสังเกตลมหายใจ ร่วมกับการนิกภาพส่วนต่างๆของร่างกาย กล่าวได้ว่าเป็นการฝึกสติ (Mindfulness) อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่อนคลายเกี่ยวกับการรู้คิด โดยการสังเกตลมหายใจร่วมกับการนิกภาพบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย จากการศึกษาพบว่ามีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

(Kabat-Zinn & Hanh, 2013) นอกจากนั้นมิงงานวิจัยสนับสนุนว่าเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก มากกว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน (Ditto, Eclache, & Goldman, 2006) และเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan สามารถช่วยลดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย และความตึงเครียด (Cropley, Ussher, & Charitou, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าได้มีการนำการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Complementary therapy) มาใช้ลดอาการถอนนิโคติน เช่น การนวดกดจุดสะท้อน (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) การใช้เทคนิคการหายใจ (McClernon, Westman, & Rose, 2004) การออกกำลังกาย (Ussher, West, Doshi, & Sampuran, 2006) เป็นต้น เนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555- 2559 เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางเลือกเป็นการรักษาที่นำมาช่วยเสริมการรักษาทางแพทย์ปัจจุบันให้ดียิ่งขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการลดอาการถอนนิโคตินโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan คือการสังเกตลมหายใจร่วมกับการนิกภาพส่วนต่างๆของร่างกาย (Kabat-Zinn & Hanh, 2013) ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายได้มากกว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบเดิม (Labbé, 2011) วิธีการดังกล่าวได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ เช่น Cropley et al. (2007) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ และในทำนองเดียวกัน Ussher, Cropley, Playle, Mohidin, and West (2009) ศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการอยากบุหรี่ และอาการถอนนิโคติน พบว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan เป็นเทคนิคการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีประโยชน์ในการลดการกระตุ้นการสูบบุหรี่ เป็นวิธีที่ง่ายในการศึกษาเรียนรู้ สามารถใช้ได้หลากหลายสถานการณ์ และเป็นวิธีการที่น่าสนใจในผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เลือกใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนในการช่วยเลิกบุหรี่ (Cropley et al., 2007) และนอกจากนี้ยังมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (Kabat-Zinn & Hanh, 2013) ช่วยลดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ความตึงเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายนำไปสู่การช่วยลดอาการถอนนิโคตินและการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่มีการศึกษาการบำบัดเพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคติน เนื่องจากอาการถอนนิโคตินเป็นอุปสรรคต่อความพยายามในการเลิกบุหรี่ (Donny, Griffin, Shiffman, & Sayette, 2008) เป็นความรู้สึกที่สำคัญทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกบุหรี่ทนไม่ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) หากอาการถอนนิโคตินมีความรุนแรง และไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี ทำให้ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่นั้นต้องหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ (Piasecki, 2006) พยาบาลที่คลินิกโรคหัวใจจึงมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากมีโอกาสพบและพูดคุยกับผู้ป่วยที่มารับบริการด้าน

สุขภาพในโรงพยาบาลมากที่สุด และมีโอกาสช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ยังสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ โดยการให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับสภาวะโรคของผู้ป่วยโรคหัวใจในแต่ละราย (อรสา พันธุ์ภักดี, 2555) ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธุ์ภักดี, 2555) ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อช่วยให้อาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยลดลง นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 มีอาการถอนนิโคตินแตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย มีอาการถอนนิโคตินแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการถอนนิโคตินเป็นอาการไม่สุขสบายอย่างมากของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ (Hughes, 2006) เป็นอุปสรรคต่อความพยายามในการเลิกบุหรี่ (Donny et al., 2008) เป็นความรู้สึกเชิงลบ มักทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่พยายามเลิกบุหรี่ทนนไม่ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) หากอาการถอนนิโคตินมีความรุนแรง และไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี จะทำให้ผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่นั้นต้องหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ (Piasecki, 2006) และความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน เนื่องจากเมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับเบต้าเอนดอร์ฟินในพลาสมาลดลง จึงทำให้มีอาการ

ถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ทำให้เกิดการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ (Shaw & al'Absi, 2008)

การให้คำปรึกษาโดยการประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติด พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธภักดี, 2555) ซึ่งเน้นการให้คำปรึกษา (Counseling) ที่มีการให้คำปรึกษาในเรื่องการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจทำให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ได้แก่ การให้คำปรึกษาในการจัดการกับความเครียด และการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ การวางแผนในการจัดการอาการถอนนิโคติน โดยใช้วิธีจัดการกับอาการถอนนิโคตินในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับตัวของผู้ป่วยเอง การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข ซึ่งการให้คำปรึกษาในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ได้ (Honor Society of Nursing, 2014)

เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan กล่าวได้ว่าเป็นการฝึกสติ (Mindfulness) อีกวิธีหนึ่ง พัฒนาโดย Jon Kabat-Zinn หัวหน้าหน่วยลดความเครียดของศูนย์การแพทย์แมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา ใช้หลักการที่เรียกว่า “Mindfulness-Based Stress Reduction” (MBSR) คือการใช้ “การรับรู้กับปัจจุบันขณะมาช่วยลดความเครียด” (วิธาน ฐานะวุฒม์, 2552) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายเกี่ยวกับการรู้คิด โดยการสังเกตลมหายใจร่วมกับการนิยามบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย เริ่มตั้งแต่บริเวณเท้าจนถึงศีรษะ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (Kabat-Zinn & Hanh, 2013) และมีการศึกษาเปรียบเทียบเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan กับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก มากกว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน (Ditto et al., 2006) และเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan สามารถช่วยลดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ความตึงเครียด ซึ่งเป็นอาการของการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ (Cropley et al., 2007)

งานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติด พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธภักดี, 2555) ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย

ตัวแปรตาม คือ อาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง อาการต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการหยุดสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์เสีย วิตกกังวล สมาธิลดลง กระสับกระส่าย มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น อาการดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งอาการอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกหลังการหยุดสูบบุหรี่ และมักเกิดขึ้นสูงสุดใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ หลังจากนั้นอาการถอนนิโคตินจะค่อยๆลดลง ซึ่งประเมินโดยใช้ The Minnesota Withdrawal Scale-Revised: MNWS (Hughes & Hatsukami, 2008) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย (สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์, 2552)

โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติด พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธุ์ภักดี, 2555) ที่เน้นให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่ มีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่

และมีความสามารถในการจัดการกับอาการนอนนิโคตินได้อย่างถูกต้อง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา รายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ครั้งที่ 2 ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 1 และ ครั้งที่ 3 ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30-35 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยการสังเกตลมหายใจเข้า-ออก ร่วมกับการนึกภาพบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย และผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน เริ่มตั้งแต่บริเวณเท้า จนถึงศีรษะ โดยผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 หลังจากให้คำปรึกษาในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และครั้งที่ 2 หลังจากให้คำปรึกษาในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลา ประมาณ 10-15 นาที โดยรายละเอียดของกิจกรรม ประกอบไปด้วย

1. ให้คำปรึกษาในเรื่องพิษภัยของบุหรี่เชื่อมโยงกับภาวะโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับ ส่งเสริมความสามารถและให้คำแนะนำสำหรับวิธีการจัดการกับอาการนอนนิโคติน โดยให้ข้อมูล เกี่ยวกับการติดนิโคติน การบรรเทาอาการนอนนิโคติน และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการ ชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่เอง รวมทั้งเน้นย้ำถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมทั้งผลต่อคนรอบข้างด้วย และ เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย

2. ให้คำปรึกษาในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อหาทางหลีกเลี่ยง หรือป้องกันไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะเหล่านั้น และพูดคุยถึงประสบการณ์ในการบรรเทาอาการนอนนิโคติน ที่ผ่านมา เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาวิธีบรรเทาอาการนอนนิโคตินที่เหมาะสมกับตนเอง หลังจากนั้น จะให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและปฏิบัติตามคำแนะนำการผ่อนคลายจากซีดีเสียง (audio compact disc) ประกอบการผ่อนคลาย

3. ให้คำปรึกษาในเรื่องวิธีการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและ อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาที่จะ เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ได้ หลังจากนั้นจะให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและ ปฏิบัติตามคำแนะนำการผ่อนคลายจากซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคหัวใจจากประวัติ อาการ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือจากผลการตรวจอื่นๆที่แสดงว่าเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือดโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และต้องมีประวัติว่าปัจจุบันกำลังสูบบุหรี่อยู่

การให้คำแนะนำแบบกระชับ (Brief Advice) หมายถึง การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวภายหลังหยุดสูบบุหรี่ และได้รับเอกสารความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ลดอาการกำเริบของโรคและลดอัตราการตาย
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยนำการบำบัดทางเลือกซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลไปใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย และเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกับการสูบบุหรี่
2. การเสพติดนิโคติน
3. อาการถอนนิโคติน
4. การรักษาโรคติดบุหรี่
5. เทคนิคการผ่อนคลาย
6. บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกับการสูบบุหรี่

1.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความผิดปกติในโครงสร้างของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดเนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่หัวใจ มีพยาธิสภาพ เกิดการตีบแคบ หรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ (Libby & Theroux, 2005)

โรคหลอดเลือดโคโรนารีมีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น coronary artery disease (CAD), coronary heart disease (CHD), ischemic heart disease (IHD), atherosclerotic heart disease (ASHD) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) หรือเรียกตามจำนวนเส้นเลือดหัวใจที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่ เส้นเลือดหัวใจเส้นใดเส้นหนึ่งตีบ เรียกว่า Single vessel disease (SVD) เส้นเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น เรียกว่า Double vessel disease (DVD) เส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น เรียกว่า Triple vessel disease (TVD) และเส้นเลือดแดงโคโรนารีข้างซ้ายก่อนแยกเป็นสองแขนงตีบ เรียกว่า Left main disease (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

1.2 พยาธิสรีรภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Atherosclerosis) โดยเริ่มจากการอักเสบของเซลล์เยื่อบุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelium

cell) จากการปะทะกับเชื้อแบคทีเรีย หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือโรคอ้วน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นคราบไขมัน (Plaque formation) ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2553) อธิบายพยาธิสรีภาพโรคหัวใจว่า แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการเกิดคราบไขมัน (Fatty streaks) ในผนังหลอดเลือดชั้นในที่มีการอักเสบ โดยมีการสะสมของไขมันชนิด LDL ที่ถูก Oxidized กลายเป็น Oxidized LDL และมีการหลั่งสารเคมี Cytokine ออกมา ดึงเม็ดเลือดขาวชนิด Monocyte แทรกตัวเข้าไปผนังชั้นในหลอดเลือด แล้วทำปฏิกิริยากับสารต่างๆในหลอดเลือดทำให้มีคราบไขมันสีเหลืองจับตัวในผนังหลอดเลือด

ระยะที่ 2 ระยะที่คราบไขมันเกิดการอักเสบ และขยายเป็นก้อนใหญ่ขึ้น โดยกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle cell-SMCs) ของผนังชั้นในมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน ในขณะที่ SMCs ของผนังหลอดเลือดชั้นกลางแทรกตัวเข้ามาในผนังหลอดเลือดชั้นใน SMCs เข้าไปรวมตัวกับ Foam cell และ Extracellular matrix เกิดเป็นคราบไขมันและพังผืด ทำให้หลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เกิดพังผืดมาหุ้ม โดยแคลเซียมมาสะสมในคราบไขมัน ร่วมกับการตายของ SMCs และเซลล์ไขมันอื่นๆ (Apoptosis) เกิดเป็นพังผืดหุ้มรอบๆก้อนไขมันที่เต็มไปด้วยเซลล์ที่ตาย เป็น Fibrous plaques เพิ่มความหนาและแข็งแก่หลอดเลือดแดง

หลอดเลือดโคโรนารีที่มีคราบไขมันหนาตัว จะทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนของเลือด และการส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ (Oxygen supply) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ออกซิเจน (Oxygen demand) เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัว โดยใช้การเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดกรดแลคติกคั่ง ระบายเคืองต่อระบบประสาท ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเจ็บหน้าอก เรียกว่า Angina pectoris

1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (nonmodifiable risk factor)

1) อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งอาการของโรคจะเกิดชัดเจนหลังอายุ 40 ปี และพบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้อายุเกิน 65 ปี และผู้หญิงที่อายุมากขึ้นจะเสียชีวิตจากหัวใจพิบัติ (heart attack) ได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย

2) เพศ เพศชายมักจะเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ส่วนเพศหญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี เพศชายเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตและไขมันโคเลสเตอรอลสูงมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้นหลังวัยหมดประจำเดือน

3) พันธุกรรมและเชื้อชาติ ผู้ที่มีพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูง และปัจจัยทางพันธุกรรมอื่นๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนมาก และพบว่าคนผิวขาวเป็นโรคนี้นี้นมากกว่าคนผิวอื่น

ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ (modifiable risk factor)

1) ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอเทอโรสเคลอโรซิส และเร่งให้มือเทอโรสเคลอโรซิสในบุคคลที่มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia)

2) ภาวะไขมันและโปรตีนในเลือดสูง (hyperlipoproteinemia) ผู้ที่ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ประมาณ 5 เท่า และไขมันที่มีความสำคัญ คือ แอลดีแอล (LDL) มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรควบคุมให้ต่ำกว่า 100-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเอชดีแอล (HDL) ควรส่งเสริมให้มีมากๆ

3) การสูบบุหรี่ (cigarette smoking) โดยสารนิโคตินทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย และยังพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้ระดับ HDL ในเลือดลดลง

4) เบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยทำให้เกิดอเทอโรสเคลอโรซิสเร็วกว่าปกติ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า

5) อ้วนมาก ความอ้วนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และถ้าอ้วนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

6) การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอล ลดโคเลสเตอรอล ลดแอลดีแอล ลดไตรกลีเซอไรด์ และลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย (BMI)

ปัจจัยเสริม (contributing factor)

1) ภาวะเครียด ผู้ที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้จาก ปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความเครียดทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น ทำให้รับประทานมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อาชีพ การงาน

2) การมีระดับ homocysteine ในเลือดสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สารนี้เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของไต การสูบบุหรี่ ไพริโนเจน และซี-รีแอกทีฟโปรตีน การใช้โฟลิกแอซิด วิตามินบี 6 และบี 12 ช่วยลดระดับสารนี้ในเลือดได้

1.4 อาการและอาการแสดง

อาการเจ็บหน้าอก จะมีลักษณะอาการและความรุนแรงขึ้นอยู่กับการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ (ครินรัตัน ศรีประสงค์, 2553) ดังนี้

1) อาการเจ็บหน้าอกแบบ Angina pectoris คือ หลอดเลือดหัวใจมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งจะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกแรง แต่ถ้าพักอาการจะดีขึ้น

2) อาการเจ็บหน้าอกแบบ Unstable angina คือ หลอดเลือดหัวใจมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 85 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง หรือมีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก

3) อาการเจ็บหน้าอกแบบกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Acute Myocardial Infarction; AMI) คือ จะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง มีการอุดตันของหลอดเลือดจนเลือดไม่สามารถส่งไปยังกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลายได้ กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) และถ้าขาดเลือดเกิน 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะเกิดการตายเป็นวงกว้างได้

1.5 ความรุนแรงของอาการแน่นหน้าอก

ความรุนแรงของอาการ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ตาม Canadian Cardiovascular Society Grading for Angina Severity (Sangareddi et al., 2004) ใช้ในการประเมินการรักษาและติดตามผลการรักษา โดยเรียงระดับความรุนแรงจากน้อยไปมากดังนี้

Class I Angina แน่นหน้าอกเฉพาะเวลาที่ออกกำลังกายมากกว่าปกติ ไม่มีอาการเวลาทำงาน ระดับปกติ เช่น การขึ้นลงบันได การเดิน

Class II Angina เริ่มแน่นหน้าอกเมื่อออกกำลังกายตามปกติ เช่น ขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้น

Class III Angina เริ่มแน่นหน้าอกเมื่อทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินภายในบ้าน อาบน้ำ

Class IV Angina เริ่มแน่นหน้าอกแม้ในขณะที่พัก หรือไม่ได้ออกกำลังกายใดๆ

1.6 การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ แตกต่างกันตามการตีบหรือตันของหลอดเลือดหัวใจ (ครินรัตัน ศรีประสงค์, 2553) ดังนี้

1) การรักษาผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Angina) ซึ่งเกิดจากการตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 70 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มออกซิเจน และลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการใช้ยาในกลุ่ม Nitroglycerin ยาในกลุ่ม Beta-blockers ยาในกลุ่ม Antiplatelet และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (Percutaneous

transluminal coronary angioplasty; PTCA) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft; CABG)

2) การรักษาผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) ซึ่งเกิดจากการอุดตันหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน จากการแตกของคราบไขมัน โดยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายขยายเป็นวงกว้าง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือช็อกจากหัวใจ โดยจะต้องมีการวินิจฉัยเบื้องต้นอย่างถูกต้อง จากการซักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการตรวจเอนไซม์ของหัวใจ เพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการสวนหัวใจเพื่อทำการขยายหลอดเลือด (Primary/Secondary PCI) การให้ออกซิเจน การนอนพัก และการลดการใช้ออกซิเจน

1.7 ความรู้เรื่องบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ไบยาสูบ กระดาษที่ใช้น้ำมัน และสารเคมีหลายร้อยชนิด ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคืองและเพื่อให้บุหรี่น่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งอย่างน้อย 250 ชนิด เป็นที่รู้จักว่ามีสารที่อันตราย และมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งสารประกอบที่สำคัญเหล่านี้ (World Health Organization, 2014; ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2552a; มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556) ได้แก่

1) นิโคติน (Nicotine)

มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนัง และเยื่อปากร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด ในระยะแรกจะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีความสุขสบาย ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจและซีพจรเต้นเร็วขึ้น โดยอาจเพิ่มขึ้นถึง 30 ครั้งต่อนาที ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท นิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบลง ซึ่งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูง เมตาบอลิซึมของนิโคตินส่วนใหญ่จะเกิดที่ตับ และประมาณร้อยละ 70 ของนิโคตินในกระแสเลือดจะถูกเมตาบอลิซึม เปลี่ยนเป็นโคตินิน (cotinine) โดย cytochrome P450 และ aldehyde oxidase (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2556; ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2552a; รักษา ศานตยานนท์ และคณะ, 2550)

2) ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar)

มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของไบยาสูบ กระดาษมวน และส่วนประกอบอื่นๆ ทาร์มีสีน้ำตาล มีสารที่เป็นอันตรายหลายชนิด ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด เมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจสูดอากาศที่มีฝุ่นละอองต่างๆ ปนอยู่เข้าไป ทาร์ที่ปอดก็จะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่สูดเข้าไป แล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง

ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรังและมีเสมหะ และก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอดและถุงลมโป่งพองในระยะยาว (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2552a; รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

3) คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide)

เป็นก๊าซที่ไม่มีกลิ่น ไม่มีสี เกิดจากการเผาไหม้ของไบโอสูบอย่างไม่สมบูรณ์ ก๊าซนี้มีความสามารถแย่งออกซิเจนจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ได้ดีกว่าออกซิเจนถึง 200 -250 เท่า ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปอวัยวะต่างๆลดลง ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถนำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ และถ้าได้รับก๊าซนี้จำนวนมากจะทำให้มีมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2552a; รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550; สภาเทคนิคการแพทย์, 2556)

4) สารอนุมูลอิสระ

กระบวนการเผาไหม้ของไบโอสูบทำให้เกิดสารพวกอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น peroxy radical, hydroxyl radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระชนิดต่างๆทำให้เกิดกระบวนการต่างๆในร่างกาย เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear cells การสร้างสารกระตุ้น (chemotactic peptide) การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิดไปเป็นไขมันชนิดที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) นอกจากนี้สารพวกอนุมูลอิสระยังทำให้เกิดโรคของระบบทางเดินหายใจโดยการก่อให้เกิด oxidative stress ในปอด ผลที่เกิดขึ้นคือมีการชุมนุมของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบมีการทำลายเซลล์และเซลล์ตาย (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

1.8 บุหรี่กับโรคหัวใจ

การสูบบุหรี่ (cigarette smoking) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากมีการอักเสบเรื้อรังของเซลล์ผนังด้านในของหลอดเลือด (endothelium) รอยโรคที่เกิดขึ้นชักนำให้มีปฏิกิริยาระหว่าง LDL cholesterol, T lymphocyte, macrophages และสารที่อยู่ในเซลล์บุผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้เซลล์ชั้นในของหลอดเลือดผิดปกติ หลอดเลือดแดงแข็งตัว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease, IHD) ซึ่งกลไกการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) มีดังนี้

1) ผนังด้านในของหลอดเลือดผิดปกติ

ควันบุหรี่กระตุ้นให้เซลล์เม็ดเลือดขาวเคลื่อนออกจากผนังด้านในของหลอดเลือด และเกาะที่เซลล์บุผนังด้านในของหลอดเลือด สูญเสียความยืดหยุ่นของผนังด้านในของหลอดเลือด ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของผนังด้านในหลอดเลือดผิดปกติ นิโคตินในควันบุหรี่ทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือด ร่างกายต้องมีการซ่อมแซมหลอดเลือดชั้นใน เพื่อรักษาสภาพปกติของหลอดเลือด โดยไขกระดูกสร้าง

เซลล์ต้นกำเนิดชนิดที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์ของหลอดเลือดชั้นใน (endothelial progenitor cells, EPC) แต่สารนิโคตินซึ่งเป็นเมตาบอไลต์ของนิโคตินในควันบุหรี่ทำให้เซลล์ EPC ลดจำนวนลง

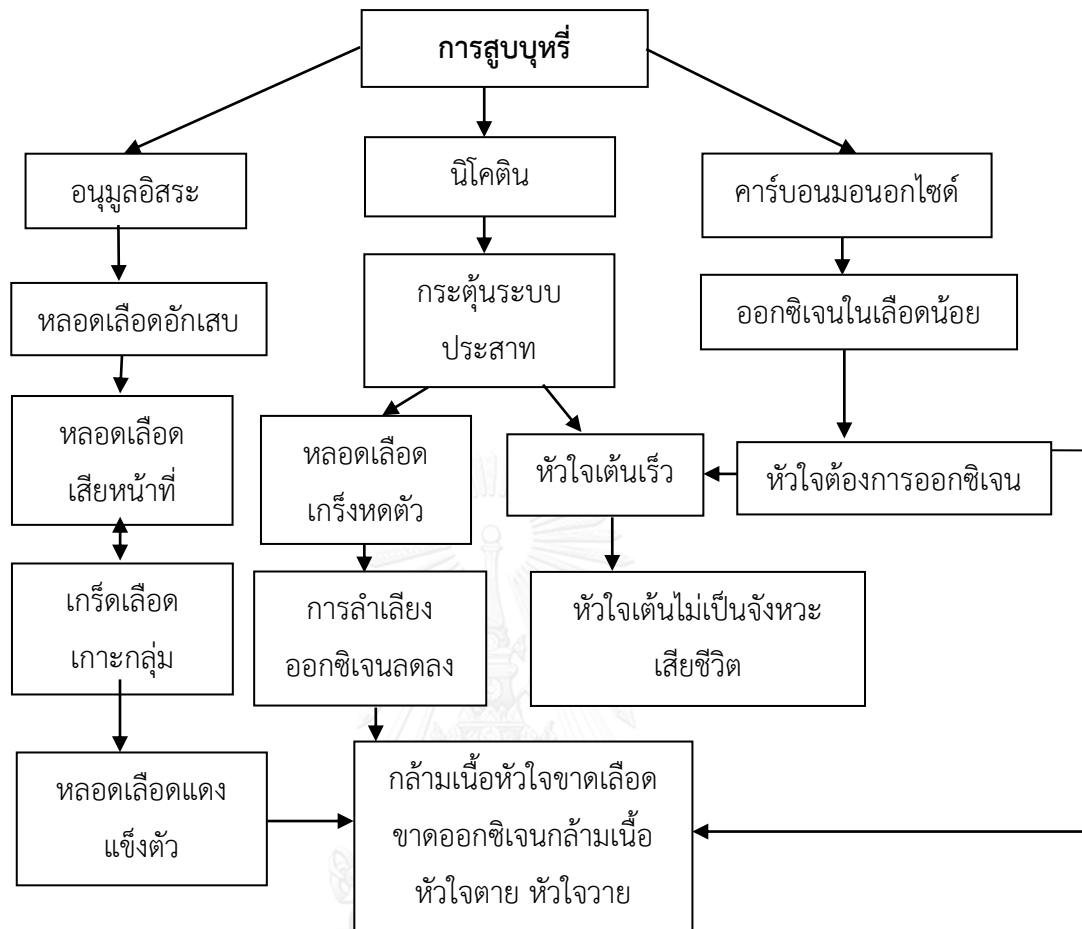
2) การกระตุ้นเกร็ดเลือด

ควันบุหรี่กระตุ้นให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มและเกิดลิ่มเลือด ในบริเวณที่หลอดเลือดมีบาดแผล เกร็ดเลือดหลัง platelet factor-4, β -thromboglobulin และ platelet activating factor เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ามีการกระตุ้นเกร็ดเลือดในคนที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีการหลั่ง epinephrine ซึ่งเพิ่มการกระตุ้นเกร็ดเลือด นอกจากผลกระทบโดยตรงของควันบุหรี่ต่อการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด และการเกิดลิ่มเลือดแล้ว เกร็ดเลือดยังทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดผิดปกติ โดยการส่งเสริมให้เลือดแข็งตัว (pro-coagulant) นำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด (arterothrombosis)

3) อนุมูลอิสระ การเปลี่ยนแปลงของ lipoprotein และการอักเสบ

ควันบุหรีมีสารอนุมูลอิสระซึ่งเกิดขึ้นในควันบุหรีเอง และเกิดจากเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil อนุมูลอิสระทำให้ไขมันชนิด LDL ถูกเปลี่ยนเป็น oxidized LDL ซึ่งทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดผิดปกติ oxidized LDL ในรูหลอดเลือดถูก macrophage ประจำถิ่นจับกิน กลายเป็น foam cells ทั้บวมกันเป็นแผลนูน (plaque) polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งแทรกเข้าไปใน plaque ได้ หลังจากที้จับกับ lipoprotein ช่วยเร่งการแบ่งตัวของเซลล์หลอดเลือดและ plaque ขยายใหญ่ขึ้น

การสูบบุหรี จะทำให้เกิดสารที่สำคัญ คือ สารนิโคติน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย และยังพบว่า การสูบบุหรีทำให้ระดับ HDL ในเลือดลดลง ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555; รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) ขณะเดียวกันก็ทำให้ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี LDL (Low Density Lipoprotein) เพิ่มขึ้น ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจแย่งลง หัวใจทำงานหนักขึ้น (Rempher, 2006) ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบซ้้า (ปริศนา วรรณันท์, 2541) ตีบเร็วขึ้น รุนแรงขึ้น (เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี, 2556) และเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย (American Heart Association, 2014)



ภาพที่ 1 การเกิดหลอดเลือดแข็งตัวและโรคหัวใจ (รัชนา ศานตยานนท์ และคณะ, 2550)

1.9 ควันบุหรี่มือสองกับโรคหัวใจ

ควันบุหรี่มือสอง (second hand smoke) หมายความว่ารวมถึงควันจากบุหรี่ ซิการ์ หรือไปป์ เป็นควันบุหรี่ที่ประกอบด้วย 2 ลักษณะ (นิภาพรรณ กังสกุลนิติ, 2555; ประกิต วาทีสารกกิจ, 2552c) ได้แก่

ควันนอกมวนหรือควันปลายมวน (side stream smoke: SS) คือควันจากปลายมวนที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการดูดบุหรี่ ประมาณร้อยละ 80-90

ควันในมวน (main stream smoke: MS) คือควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไป และปล่อยควันออกมา ประมาณร้อยละ 10-20

1) สารพิษในควันบุหรี่มือสอง

ควันบุหรี่มือสองเป็นส่วนผสมของก๊าซที่อยู่ในรูปของควัน และฝอยละอองเล็กๆที่จับซ้อน สารพิษและก๊าซพิษที่พบในควันบุหรี่มือสองเช่นเดียวกับในควันบุหรี่ที่ได้ออกมาแล้วในหัวข้อ 1.7 ซึ่งมีสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด และมี 70 ชนิด ที่วงการแพทย์ระบุว่า เป็นสารก่อมะเร็ง เหมือนกับควันที่คนสูบบุหรี่สูดเข้าไป และมีความเข้มข้นมากกว่า เนื่องจากควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศ ขณะไม่มีการสูบมีอุณหภูมิเผาไหม้ที่ต่ำกว่า และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับออกซิเจนและสารเคมีอื่นๆในอากาศมากกว่า สารพิษหลายชนิดในควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศจึงมีความเข้มข้นมากกว่าควันบุหรี่ที่สูบเข้าร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับ ได้แก่ คาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) เพิ่มขึ้น 8 เท่า คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar) เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า นิโคติน (Nicotine) เพิ่มขึ้น 2.7 เท่า ไดมethylไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง เพิ่มขึ้น 52 เท่า (เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, 2556; ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2552c; มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556b)

2) ผลของควันบุหรี่มือสองกับโรคหัวใจ

ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งผู้ที่ได้รับควันบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 25-30 % แม้อยู่ในห้องที่มีควันบุหรี่ในระยะเวลาสั้นๆ ก็ทำให้เกร็ดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย เลือดไหลเวียนผ่านหัวใจช้าลง และอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนไป เมื่อได้รับควันบุหรี่ในระยะเวลาสั้นๆ หลอดเลือดจะแข็งตัวเร็วขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบสูงเท่ากับคนสูบบุหรี่วันละ 1-9 มวน และในคนที่เป็โรคหัวใจอยู่แล้วจะเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้น หากได้รับควันบุหรี่มือสอง (เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, 2556; ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2552c; มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556b)

2. การเสพติดนิโคติน

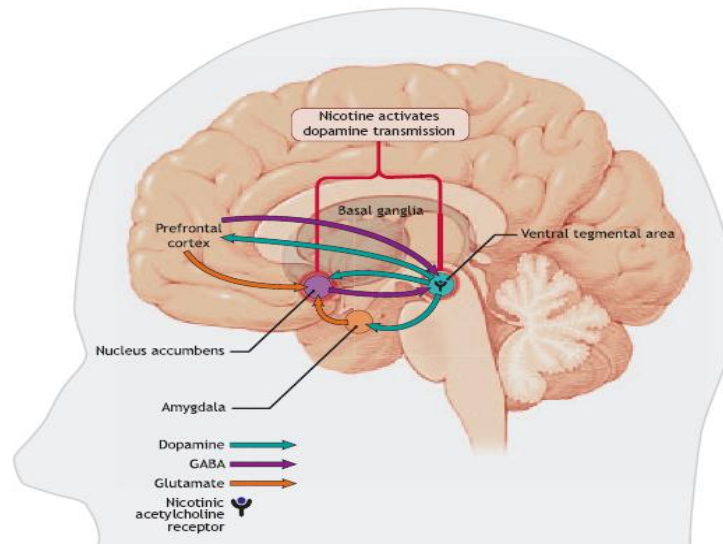
2.1 ปัจจัยในการเสพติดนิโคติน

ปัจจัยในการเสพติดนิโคติน แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ กลไกการเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ และการเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม ซึ่งการเสพติดนิโคตินอาจเกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรืออาจเกิดจากกลไกทั้งสอง หรือกลไกทั้งสามร่วมกันก็ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

1) กลไกการเสพติดฤทธิ์ของนิโคติน (Nicotine Effects)

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 10 วินาที แล้วแพร่ไปทั่วร่างกายรวมทั้งสมอง ไปกระตุ้นตัวรับชนิดพิเศษที่เรียกว่า cholinergic receptors ซึ่งพบได้ในสมองหลายส่วน รวมทั้งกล้ามเนื้อ หัวใจ ต่อมอะดรีนัล และอวัยวะอื่นๆ โดยปกติตัวรับนี้จะถูกกระตุ้นโดยสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งคือ อะซิติลโคลีน แล้วมีบทบาทเกี่ยวกับการหายใจ รักษาอัตราการเต้นของหัวใจ ความจำกะปรี่กะเปร่า และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แต่เนื่องจากโครงสร้างทางเคมีของนิโคตินคล้ายกับ อะซิติลโคลีน นิโคตินจึงกระตุ้น cholinergic receptors และทำลายการทำหน้าที่ตามปกติของสมอง การเสพติดนิโคตินเป็นประจำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนของ cholinergic receptors และความไวของตัวรับนี้ต่อนิโคตินและอะซิติลโคลีนทำให้เกิดการติดต่อนิโคติน ดังนั้นผู้เสพติดนิโคตินจึงต้องการนิโคตินไปให้สมองเพื่อให้สมองทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งหากระดับนิโคตินลดลง ผู้เสพติดจะรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

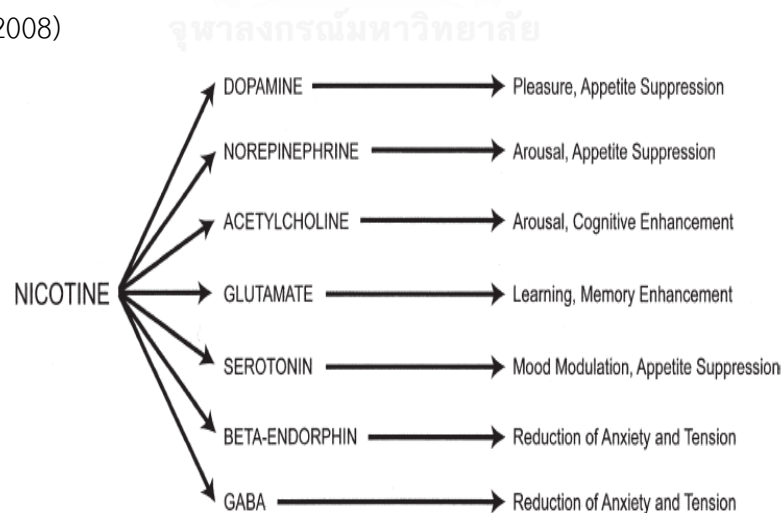
กลไกอีกอย่างหนึ่งของการเสพติดนิโคตินจะเกี่ยวข้องกับในสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) ซึ่งจะเป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยจะมีบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกสุขใจ หรือเรียกบริเวณนี้ว่า brain reward pathway ซึ่งจะมีการทำงานที่อยู่นอกอำนาจการควบคุมของจิตใจ และเป็นบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิดรวมทั้งบุหรี่ด้วย โดยกระบวนการทำงานของ brain reward pathway เริ่มจากสมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ส่งสัญญาณประสาทในรูปของสารสื่อประสาท โดปามีน ไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า nucleus accumbens (NA) แล้วส่งสัญญาณต่อไปยังสมองชั้นนอกเพื่อทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข ซึ่งเมื่อนิโคตินเข้าสู่ร่างกาย จะถูกส่งต่อไปยังระบบประสาทส่วนกลาง แล้วนิโคตินจะไปจับกับตัวรับนิโคติน (nicotine receptor) ซึ่งพบที่บริเวณ ventral tegmental area (VTA) ของ brain reward pathway ทำให้มีการหลั่งของ โดปามีน (dopamine) ออกมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอารมณ์ที่เป็นสุข มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และมีผลลดความอยากอาหารด้วย (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)



ภาพที่ 2 บริเวณส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดนิโคติน

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

นอกจากนิโคตินจะเพิ่มการหลั่งของโดปามีนแล้ว ยังเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดอื่น ๆ อีกด้วย เช่น serotonin, acetylcholine, norepinephrine, glutamate, β -endorphin และ GABA เป็นต้น ทำให้เกิดการตื่นตัว ลดความรู้สึกซึมเศร้า ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น (Benowitz, 2008)



ภาพที่ 3 แสดงผลของนิโคตินต่อการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดต่าง

ที่มา Benowitz (2008) Neurobiology of nicotine addiction: implications for Smoking cessation treatment. *Am J Med*, 121(4 Suppl 1), S3-10.

2) การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ (Psychological Effects)

ผู้สูบบุหรี่บางคนอาจเสพติดบุหรี่ เนื่องจากจิตใจในผลของนิโคติน ทำให้รู้สึกคลายเครียด ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความกระวนกระวายมีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆมากขึ้น มีเรี่ยวแรงมีชีวิตชีวา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ และความเชื่อ หรือความรู้สึกดีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552; ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจ, 2550)

3) การเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม (Social-cultural Effects)

การเสพติดแบบนี้บางครั้ง คือ ความเคยชินของผู้สูบ ที่มีจะสูบบุหรี่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย ผู้สูบบุหรี่ได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น หลังรับประทานอาหาร ในวงเหล้า หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งผู้สูบจะมองในเชิงบวกว่าการสูบบุหรี่จะนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพในสังคมได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552; ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจ, 2550)

2.2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคติน

การวินิจฉัยการติดนิโคติน เป็นข้อมูลที่ช่วยในการประเมินระดับการติดนิโคติน เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ได้เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมินหลายรูปแบบดังนี้

1) เกณฑ์วินิจฉัยการติดนิโคติน (nicotine dependence) ของ DSM IV-TR

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยการติดนิโคตินมี 7 ข้อซึ่งต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อในช่วงระยะเวลา 12 เดือน จึงจัดว่าติดนิโคติน (American Psychiatric Association, 2000)

- (1) มีอาการดื้อต่อนิโคติน ต้องการนิโคตินปริมาณมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายตามที่ต้องการ
- (2) มีอาการถอนนิโคตินอย่างน้อย 4 ข้อ ซึ่งอาการถอนนิโคตินจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ หรือมีผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำกิจกรรมสำคัญต่างๆ
- (3) มีการใช้นิโคตินปริมาณมากขึ้น หรือใช้ในระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจ
- (4) ไม่สามารถลด ควบคุม หรือหยุดการใช้นิโคติน ทั้งที่ต้องการ
- (5) ใช้เวลามากไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้มานิโคติน หรือการเสพติด เช่น สูบบุหรี่ต่อเนื่องหลายมวน
- (6) ลดหรือเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม งานที่สำคัญ หรือกิจกรรมสันทนาการอื่น เนื่องจากการเสพติดนิโคติน

(7) ยังคงใช้สารนิโคติน แม้จะมีปัญหาทางสุขภาพและจิตใจที่มีสาเหตุมาจากนิโคติน หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้นจากการใช้นิโคติน เช่น ยังคงใช้ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหลอดเลือดอักเสบ

2) เกณฑ์วินิจฉัยการติดนิโคตินขององค์การอนามัยโลกตาม ICD-10

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

- (1) รู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมาก
- (2) ไม่สามารถควบคุมจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบได้
- (3) มีอาการถอนนิโคตินเมื่อหยุดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนการสูบลง
- (4) มีภาวะติดนิโคติน ต้องเพิ่มจำนวนมวนที่สูบให้มากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ผลจากนิโคตินเท่าเดิม
- (5) ใช้เวลามากไปกับการใช้สารนิโคติน ทำให้ละเลยสิ่งที่พอใจหรือสิ่งที่สนใจอื่นๆ
- (6) ยังคงสูบบุหรี่แม้จะมีหลักฐานที่ชัดเจนถึงอันตรายที่ตามมาจากการสูบบุหรี่

3) CAGE Questionnaire

เป็นวิธีการประเมินการติดนิโคตินที่ง่าย ตรงไปตรงมา เป็นเครื่องมือที่แม่นยำในการใช้คัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่ติดสารเสพติด และได้นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยถามคนที่สูบบุหรี่ 4 ข้อ แต่ละข้อมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน ซึ่งหากคำตอบได้ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะติดนิโคตินมาก (Rustin, 2000)

4) Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับปรับปรุง

เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินการติดนิโคติน (Rustin, 2000) นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน แต่เดิมมี 8 ข้อคำถาม ต่อมาได้มีการปรับปรุงให้เหลือ 6 ข้อคำถาม โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ 7 - 10 คะแนน หมายถึง มีระดับการติดนิโคตินมาก 4 - 6 คะแนน หมายถึง มีระดับการติดนิโคตินปานกลาง ต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึง มีระดับการติดนิโคตินน้อย (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991)

3. อาการถอนนิโคติน

อาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) คือ อาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ซึมเศร้า ง่วง มีนิโคตินเหนื่อ

ลอย บางคนนอนไม่หลับ และบางคนมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ครั่นเนื้อครั่นตัว ซึ่งเกิดจากการที่ระดับของสารนิโคตินลดลงจากที่เคยมีอยู่ในร่างกาย เนื่องมาจากการหยุดสูบบุหรี่ หรือการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2552b)

3.1 เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน

1) เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM V

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน (American Psychiatric Association, 2013) ดังนี้

- (1) มีการใช้นิโคตินทุกวัน เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อยหลายสัปดาห์
- (2) เมื่อหยุดการใช้นิโคติน หรือลดจำนวนการใช้นิโคตินลง จะพบอาการถอนนิโคติน

4 อาการ หรือมากกว่า ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์เศร้า
2. นอนไม่หลับ
3. หงุดหงิด อารมณ์เสีย หรือโกรธง่าย
4. วิตกกังวล
5. สมาธิลดลง
6. กระสับกระส่าย
7. ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น

(3) อาการต่างๆในข้อ 2 ส่งผลให้เกิดปัญหา หรือความบกพร่องทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ

(4) อาการที่เกิดขึ้น ในข้อ 2 ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางร่างกาย และไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือจากสาเหตุอื่นๆ

2) เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ ICD-10

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคติน (World Health Organization, 1992) ดังนี้

(1) หลักฐานชัดเจนว่ามีการหยุดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนการสูบ หลังจากสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน และ/หรือการติดปริมาณมาก

(2) อาการและอาการแสดง เข้ากันได้กับคุณสมบัติของอาการถอนนิโคตินจากนิโคติน อารมณ์ถอนนิโคตินในข้อ (3)

(3) อาการและอาการแสดง ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือพฤติกรรม จะพบอาการ 2 อาการ ดังนี้

1. วิดกกังวล
2. ออยากบุหรี (หรือผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินอื่นๆ)
3. สมาธิลดลง
4. อารมณ์เศร้า
5. ออยากอาหารเพิ่มขึ้น
6. ไอเพิ่มขึ้น
7. นอนไม่หลับ
8. หงุดหงิด หรือ กระสับกระส่าย
9. รู้สึกรู้สึย หรืออ่อนเพลีย
10. มีแผลในปาก

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนนิโคติน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออาการถอนนิโคติน ประกอบด้วย

1) เพศ เพศหญิงจะมีอาการถอนนิโคตินในช่วงที่หยุดสูบบุหรีรุนแรงมากกว่าเพศชาย (Leventhal et al., 2007) และในช่วงก่อนมีประจำเดือนหรือช่วงตกไข่ เพศหญิง มักจะมีอาการหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินได้มากกว่าปกติ (Perkins et al., 2000)

2) อายุ อายุที่แตกต่างกันจะมีแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรีต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความอดทนต่ออาการถอนนิโคติน โดยพบว่าช่วงอายุ 31-35 ปี เป็นช่วงที่เลิกยากที่สุดเพราะติดมากขึ้น และมักอ้างเรื่องความเครียดจากหน้าที่การงานและภาวะเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะเลิกได้ในกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป เพราะการงานและเศรษฐกิจเริ่มเข้าที่ สุขภาพเริ่มเสื่อมลง ทำให้เกิดความกังวลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

3) อาชีพ/ ลักษณะงาน บางอาชีพ หรือลักษณะของการทำงานจำเป็นต้องอยู่กับกลุ่มคนสูบบุหรี เช่น ไกด์ หรือที่ทำงานที่มีคนสูบบุหรีมาก เช่น บาร์ ผับ ทำให้เกิดอาการอยากสูบบุหรีได้มากกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากอาการถอนนิโคตินนั้น นอกจากจะมีสาเหตุมาจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของนิโคตินแล้ว ยังพบว่ากรวางเงื่อนไขพฤติกรรมการเรียนรู้ ทำให้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี เช่น การเห็นบุหรี เห็นพฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้อื่นหรือได้กลิ่นบุหรี มีผลต่ออาการอยากสูบบุหรีและอาการถอนนิโคติน (รณชัย คงสกนธ์, 2550)

4) จำนวนมวนบุหรีที่สูบต่อวัน แสดงถึงระดับการเสพติดนิโคตินในบุหรี หากผู้สูบบุหรี สูบบุหรีเป็นจำนวนมากแสดงถึงการมีระดับการติดนิโคตินมาก ซึ่งเมื่อหยุดสูบบุหรีจะมีอาการถอนนิโคตินรุนแรงมากกว่า (Anderson et al., 2002; ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551)

5) จำนวนวันที่เคยเลิกสูบบุหรีได้ เนื่องจากระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรีได้แสดงถึงระดับการติดสารนิโคติน และความพยายาม ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี ซึ่งผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรีได้ระยะ

เวลานานกว่า แสดงถึงความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินได้ดีกว่า (กรองจิต วาทีสาธก กิจ, 2551)

6) ความผิดปกติของอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการถอนนิโคตินนานกว่าปกติ (Weinberger, Maciejewski, McKee, Reutenauer, & Mazure, 2009) และมีอาการถอนนิโคตินรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล (Thorndike et al., 2004) และผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมีอาการถอนนิโคตินมากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล (Weinberger, Desai, & McKee, 2010) ส่วนความเครียดเป็นอาการสำคัญ อาการหนึ่งในอาการถอนนิโคติน ซึ่งคนที่หยุดสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเกิดความเครียด ในขณะที่เดียวกันถ้ามีปัจจัยที่มากกระตุ้นทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น จะทำให้อาการอยาก บุหรี่มากขึ้น และส่งผลต่ออาการถอนนิโคติน (Shaw & al'Absi, 2008)

การให้คำปรึกษาในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ได้ (Honor Society of Nursing, 2014) และการผ่อนคลายร่างกายจะช่วยลดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ความตึงเครียด ซึ่งเป็นอาการของการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ (Cropley et al., 2007)

3.3 การประเมินอาการถอนนิโคติน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินอาการถอนนิโคตินที่นิยมใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 8 ชนิด (Hughes, 2007)

1) The Shiffman-Javik Withdeawal Scale: SJWS ของ S. M. Shiffman and Jarvik (1976) เป็นเครื่องมือแรกี่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการถอนนิโคติน มีจำนวน 25 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ

2) The Profile of Mood States: POMS ของ McNair and Droppleman (1992) เป็นเครื่องมือที่ไม่ได้ใช้วัดอาการถอนนิโคตินโดยตรง ใช้วัดเกี่ยวกับอารมณ์หรือความรู้สึก มี 7-15 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

3) The Shiffman Scale: SS ของ Shiftman, Paty, Gnys, and Kassel (1995) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการถอนนิโคตินผ่านทางอินเทอร์เน็ต มีจำนวน 15 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4ระดับ

4) The Smoker Complaint Scale: SCS ของ Patten and Martin (1996) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบวัดอาการทางพฤติกรรม มีจำนวน 20 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ และส่วนที่สองคือ แบบวัดอาการทางกาย 10 ข้อ ให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี

5) The Wisconsin Smoking Withdrawal Scale: WSWS ของ Welsch, Smith, and Wetter (1999) มีจำนวน 28 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และ .90

6) **The Mood and Physical Symptoms Scale: MPSS** ของ West and Hajek (2004) มีจำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 5 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ส่วนอีก 2 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 ค่าความตรง ค่า factor loading มีค่าตั้งแต่ .49-.80

7) **The Cigarette Withdrawal Scale: CWS** ของ Etter (2005) มีจำนวน 21 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

8) **แบบวัดอาการถอนนิโคตินของสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ (2552)** ซึ่งเป็นฉบับที่แปลมาจาก The Minnesota Withdrawal Scale-Revised: MNWS ของ Hughes and Hatsukami (2008) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง มีจำนวน 9 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงตั้งแต่ .80 -.85

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการถอนนิโคตินของสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ (2552) ซึ่งเป็นฉบับที่แปลมาจาก The Minnesota Withdrawal Scale-Revised: MNWS ของ Hughes and Hatsukami (2008) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ประเมินโดยตัวผู้สูบบุหรี่เอง มีข้อคำถามสั้นกระชับรัดกุม สอดคล้องกับผู้ตอบในการวัดซ้ำหลายๆครั้ง และอาการที่ประเมินในแบบวัดส่วนใหญ่ ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM V และเป็นเครื่องมือที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางอีกด้วย

4. การรักษาโรคติดบุหรี่

การรักษาโรคติดบุหรี่ เป็นการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคติน ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่หยุดสูบบุหรี่ มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จได้มากขึ้น การรักษาโรคติดบุหรี่ยังมี 2 วิธี คือ การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Treatment) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2550) ดังนี้

4.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological Treatment)

การรักษาโรคติดบุหรี่โดยใช้ยา เป็นการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลง และไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552; รมชัย คงสกันธ์, 2550) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) **ยากลุ่มนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT)** เป็นยาที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากบุหรี่ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคติน ซึ่งพบว่าการใช้นิโคตินทดแทนอย่างเหมาะสม จะช่วยให้มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) ในปัจจุบันมีนิโคตินทดแทนอยู่ 6 แบบ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550) ดังนี้

(1) นิโคตินทดแทน แบบแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine Patch) เป็นแผ่นยาสำหรับติดบริเวณที่ไม่มีขน ไม่มีบาดแผลอักเสบ ซึ่งควรติดแผ่นยาทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดไว้ 24 ชั่วโมง ในบางรายที่มีประวัติเสพติดรุนแรงหรือมีอาการถอนนิโคตินมาก อาจสามารถติดแผ่นยา 2 แผ่นพร้อมกันได้ ในตำแหน่งที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ระคายเคืองผิวหนัง นอนไม่หลับ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2550; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

(2) หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine Gum) ใช้เคี้ยว 1-2 ชิ้น เมื่อมีอาการถอนนิโคติน ทุก 1-2 ชั่วโมง หรือใช้เคี้ยว 1 ชิ้น (4 มก.) แทนบุหรี่ 1 มวน โดยก่อนใช้เคี้ยวต้องรับประทาน อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว กาแฟ อย่างน้อย 15 นาทีก่อนการเคี้ยว เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา ให้เคี้ยวอย่างช้าๆจนได้รสเผ็ดซ่า แล้วจึงอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสซ่าหายไป ใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อเม็ด ซึ่งอาจจะพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ปวดคร้าม สะอึก ปวดท้อง ท้องอืด และมีแผลในปาก (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2550; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

(3) นิโคตินแบบสูดทางปาก (Nicotine Oral Inhaler) มีลักษณะเป็นหลอดสูด ทรงกระบอกบรรจุสารสกัดนิโคติน 4 มก. ผสมกับ 10% เมนทอล เมื่อสูดเข้าไปทางปาก นิโคตินจะถูกดูดซึมส่วนใหญ่ ผ่านทางเยื่อช่องปากและทางเดินหายใจ ซึ่งมีส่วนผสมของนิโคตินในปริมาณต่ำ ระดับของนิโคตินในเลือดจึงเทียบเท่ากับที่ได้จากหมากฝรั่งนิโคติน 2 มก. แนะนำให้ใช้สูด 4-6 ครั้งต่อวัน อาการไม่พึงประสงค์ คือ ระคายเคืองช่องปากและลำคอ (Le Foll & George, 2007; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550)

(4) นิโคตินแบบพ่นจมูก (Nicotine Nasal Spray) ออกฤทธิ์ได้เร็วมาก เนื่องจากถูกดูดซึมผ่านเยื่อโพรงจมูกโดยตรง จึงออกฤทธิ์ได้ในเวลาไม่ถึง 10 นาทีหลังเริ่มใช้ ซึ่งอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการระคายเคืองจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล คออักเสบ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550)

(5) นิโคตินแบบเม็ดอม (Nicotine Lozenges) เป็นยาเม็ดอมในปากหรือข้างแก้มแบบละลายช้า เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเคี้ยวหมากฝรั่งได้ ควรเลือกใช้ขนาด 4 มก. ในผู้ที่ต้องสูบบุหรี่มวนแรกภายใน 30 นาที และเลือกใช้ขนาด 2 มก. ในผู้ที่ไม่อยากบุหรี่ภายใน 30 นาที (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550)

(6) นิโคตินแบบอมใต้ลิ้น (Nicotine Sublingual Tablet) เป็นเม็ดอมขนาดเล็กๆ ใซ้อมใต้ลิ้นเท่านั้น โดยยาจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดอย่างรวดเร็วมากภายในเวลาเพียงไม่กี่นาที ซึ่งอาจพบอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ การรับรู้รสผิดปกติ ระคายเคืองเยื่อช่องปากและคอ สะอึก คอแห้ง (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2550)

2) **ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน (Non-Nicotine Therapy)** ได้แก่ bupropionSR, varenicline และ nortriptyline ซึ่งยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ช่วยในการลดอาการถอนนิโคตินได้ และทำให้มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

(1) Bupropion HCL Sustained Release เป็นยาเม็ด ขนาด 150 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็นวันละ 2 เวลา เข้า-เย็น ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูบบุหรี่รับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนเลิกสูบบุหรี่ ห้ามรับประทานเกินวันละ 300 มก. และห้ามหักหรือเคี้ยวเม็ดยา ซึ่งอาจจะพบอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปากแห้ง มือสั่น ชัก (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

(2) Varenicline เป็นยารับประทาน ที่สามารถลดอาการอยากบุหรี่ และป้องกันแรงเสริมทางบวกจากการสูบบุหรี่ลงได้พร้อมๆกัน เป็นยาเม็ดขนาด 0.5 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 0.5 มก. เข้า-เย็น จนครบ 7 วัน และเพิ่มเป็น 1.0 มก. เข้า-เย็น โดยให้ผู้สูบบุหรี่รับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนเลิกสูบบุหรี่ เป็นยาเม็ดที่แนะนำให้กลืนยาทั้งเม็ดพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานยาก่อนนอน อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ฝันแปลกๆ (vivid dream) (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

(3) Nortriptyline เป็นยาเม็ด ถ้าขนาด 50-75 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจาก 10-25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีผลข้างเคียง แนะนำให้รับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยเริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ปากแห้ง ง่วงนอน ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจไม่ออก (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

(4) ซาหญาดอกขาว (Vernonia cinerea Less) รับประทานครั้งละ 1 ชอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อชอง) ผสมกับน้ำ 150 มิลลิลิตร ตีวันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานอย่างน้อย 7 วันก่อนกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ และรับประทานต่ออีก 7 วัน (รวมทั้งสิ้น 14 วัน) อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555)

4.2 การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Treatment)

การรักษาผู้ติดบุหรี่โดยการไม่ใช้ยา มีหลายวิธีด้วยกัน ซึ่งอาจจะใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาด้วยยา หรืออาจจะใช้วิธีนี้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียวก็ได้ ซึ่งวิธีการรักษาผู้ที่ติดบุหรี่โดยการไม่ใช้ยา วิธีที่นิยมส่วนใหญ่ มีดังนี้

1) **การให้คำปรึกษา (Counseling)** เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ โดยอาศัยสัมพันธภาพ และเทคนิคของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งการให้คำปรึกษาผู้ที่อยู่ในภาวะติดบุหรี่ สามารถให้การปรึกษาได้ทั้งแบบกลุ่ม (Group counseling) หรือการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual counseling) ซึ่งการให้คำปรึกษาผู้ที่ติดบุหรี่ที่ได้ผลดี

ที่สุดคือการจัดการกับผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ แต่มีปัญหาบางอย่าง การให้คำปรึกษาจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ถ้าบุคคลยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เนื่องจากมีเจตคติ ความตั้งใจ และความมุ่งมั่นในการจัดการกับตนเองอย่างจริงจัง (Le Foll & George, 2007; กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552b; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2552)

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Modification) คือการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเปลี่ยนจากสูบบุหรี่เป็นไม่สูบบุหรี่ ซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำหลักการและตัวอย่างไปประยุกต์ใช้ในการช่วยให้คนเลิกบุหรี่ได้ โดยเน้นที่การกระตุ้นให้คนสูบบุหรี่หาวิธีที่เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2555; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2552)

4.3 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

1) ความหมายของการให้คำปรึกษา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกลวิธีหนึ่งในการช่วยเหลือ และดูแลผู้มีความทุกข์ทางจิตใจ หรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงครอบครัวของบุคคลเหล่านี้ด้วย ซึ่งการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ ผู้ให้การปรึกษาดึงหลักวิชาการด้านต่างๆเข้ามา เพื่อทำความเข้าใจในบริบทของ “คน” โดยเฉพาะเรื่องธรรมชาติของจิตใจที่ส่งผลให้คนมีความคิด ทักษะคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมต่างๆ และนำไปใช้ประโยชน์ในการทำความเข้าใจภาวะจิตใจของผู้รับการปรึกษา

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2552) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกระบวนการของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ขอรับคำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษาในปัญหาใด ปัญหาหนึ่ง โดยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปคือผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ใช้เทคนิค และทักษะในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษา รู้ เข้าใจ ปัญหาของตน ยอมรับสภาพปัญหาของตน ตลอดจนสามารถปรับตัวจัดการกับปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม เป้าหมายของการให้คำปรึกษานั้นจะเน้นที่สัมพันธ์ภาพ การช่วยให้ผู้มีปัญหา หรือผู้มีความทุกข์ได้ ทุเลาหรือผ่อนคลายทุกข์เหล่านั้นลง และสามารถดำเนินชีวิตอย่างฉลาด เหมาะสม และมีความสุขได้ สูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

สรุป การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องมีเทคนิค และทักษะในการให้คำปรึกษารวมทั้งมีการดึงหลักวิชาการด้านต่างๆเข้ามาใช้ในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาที่มีปัญหาสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ในรูปแบบต่างๆ

การให้คำปรึกษามีหลายรูปแบบ ที่นิยมใช้ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552b) ได้แก่

(1) การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) เป็นการพูดคุยกันระหว่างบุคคลสองคน สามารถมองเห็นหน้ากัน และสามารถซักถามข้อมูลได้โดยตรง โดยผู้ให้คำปรึกษาสามารถประเมินความรู้สึกของผู้สูบบุหรี่ได้ทั้งทางภาษาพูดและการแสดงออกทางร่างกาย และผู้สูบบุหรี่เองก็สามารถมองเห็นความจริงใจ ความตั้งใจ และความห่วงใยของผู้ให้คำปรึกษา สร้างความรู้สึกไว้วางใจและความเชื่อมั่น ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น และเป็นวิธีที่บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสใช้มากที่สุด

(2) การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (Group Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาตั้งแต่สองคนขึ้นไปพร้อมกัน ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มที่จะมีประสิทธิภาพ กลุ่มควรมีขนาด 6-12 คน มีการเข้ากลุ่ม 4-7 ครั้ง ระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ดำเนินการกลุ่มจะต้องกระตุ้น ควบคุมให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กันอย่างราบรื่น

(3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Counseling) หรือ Quit line เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการจูงใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ เป็นแหล่งทรัพยากรให้ความรู้และแรงจูงใจเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ สามารถช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้ เข้าถึงทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ ทั้งบุคคลที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

3) เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่

การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคลที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ควรดำเนินการเป็นขั้นตอน (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2552) ดังนี้

- (1) สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา
- (2) สร้างบรรยากาศอบอุ่น เป็นกันเอง ให้ผู้รับบริการรู้สึกว่า มิมิตรที่พร้อมจะช่วยเหลือ
- (3) แสดงความจริงใจที่จะช่วยเหลือ พูดคุยด้วยความเห็นอกเห็นใจ ไม่หัวเราะเยาะหรือตำหนิในพฤติกรรมที่เคยชินของผู้รับบริการ
- (4) สร้างเจตคติ และความมุ่งมั่นในการลดการสูบบุหรี่
- (5) ให้ความรู้ถึงโทษ และพิษภัยของบุหรี่ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
- (6) สร้างพลังจูงใจในการเลิกบุหรี่ เช่น ให้บุตร ภรรยา หรือคนในครอบครัวมีส่วนร่วม
- (7) ในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ หาแนวร่วม เช่น กิจกรรมในโรงเรียน เพื่อนปรึกษาเพื่อน หรือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

(8) จัดหาสิ่งทดแทน เช่น กิจกรรมที่พึงพอใจ การเล่นเกมที่ชอบ หรือร้องเพลง เป็นต้น

(9) สร้างความหวัง และเป้าหมายในอนาคต ที่เป็นจริง

(10) การให้กำลังใจ

(11) การพร้อมที่จะเป็นที่ปรึกษาได้เสมอ

การให้คำปรึกษาถือเป็นวิธีการบำบัดหลักที่ควรให้กับผู้สูบบุหรี่ทุกคนที่พยาบาลพบ ทั้งผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่ต้องการเลิก หรือยังลังเล ไม่มั่นใจว่าจะเลิกหรือยัง หรือผู้สูบบุหรี่ที่พร้อมเลิก ผู้สูบบุหรี่ที่กำลังพยายามเลิก หรือผู้สูบบุหรี่ที่เลิกแล้ว แต่ยังมีโอกาสหวนกลับไปสูบบุหรี่ได้อีก ซึ่งการให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อม และแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกัน จะมีกระบวนการ และเนื้อหาสาระของการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน พยาบาลต้องประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูบบุหรี่แต่ละคน จึงจะมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะเปลี่ยนระดับแรงจูงใจ เพิ่มความพร้อมและความมั่นใจในการเลิก ช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ อีกทั้งป้องกันการหวนกลับมาสูบบุหรี่อีกในอนาคต (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2555)

4.4 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดสูบบุหรี่ พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล

แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดสูบบุหรี่ พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธุ์ภักดี, 2555) เป็นแนวปฏิบัติที่ให้แนวทางในการดูแลผู้สูบบุหรี่ที่มาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาล และผู้ใช้บริการที่อยู่ในชุมชน เป็นแนวปฏิบัติในการบำบัดผู้สูบบุหรี่สำหรับพยาบาล ซึ่งให้การบำบัดผู้สูบบุหรี่ โดยใช้หลัก 5A และ 3P คือ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) ประเมินความรุนแรงในการสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Assess) ช่วยเลิกบุหรี่ (Assist) ติดตามผลการช่วยเลิกบุหรี่ทุกราย (Arrange) ป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ (Prevent new users) ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ (Prevent relapse) และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Promote motivation) การให้คำปรึกษาในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ แบ่งเป็น

1) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (1-3 นาที) ต้องกระชับ ได้ใจความ โดยใช้เทคนิค 4 ล ประกอบด้วย เลือกว่าวัน ในการเลิกสูบบุหรี่ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ล้นวาทะ บอกคนในครอบครัวถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมลงมือ วางแผนรับมือกับปัญหาหลังการเลิกสูบบุหรี่และรับมือกับอาการถอนนิโคติน ละอุปสรรค กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2) การให้คำปรึกษาแบบเข้ม ซึ่งควรเน้น 2 ประเด็น ได้แก่ การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน วางแผนรับมือกับอาการถอนนิโคติน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก

5. เทคนิคการผ่อนคลาย

5.1 ความหมาย

Jacobson (1978) ให้ความหมายของการผ่อนคลายว่า เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัว ตามธรรมชาติ โดยกระบวนการทางสรีระของการผ่อนคลายจะใช้พลังงานที่มีอยู่ในตัว และใช้ความร้อนน้อยมาก

Dossey and Guzzetta (1992) ให้ความหมายของการผ่อนคลายว่า เป็นภาวะทางสรีรจิตวิทยาที่ลักษณะการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติกจะเด่น มีการตอบสนองการทำงานทั้งอวัยวะภายในและภายนอก เป็นภาวะที่ปราศจากความกดดันทางจิตใจ อารมณ์ และร่างกาย

DeMarco-Sinatra (2000) ให้ความหมายของการผ่อนคลายว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้แยกจากสิ่งรอบตัวในทางจิตใจ กล้ามเนื้อคลายตัว และเมื่อคงสภาพการผ่อนคลายจะช่วยลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล และลดความเจ็บปวดลงได้

สรุป การผ่อนคลายหมายถึง เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อคลายตัว มีลักษณะการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติกเด่น ช่วยลดความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล และลดความเจ็บปวดลงได้

5.2 วิธีการผ่อนคลาย

วิธีทำให้เกิดการผ่อนคลายมีหลายวิธี เรียกว่าเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) ซึ่งแต่ละวิธีมีความแตกต่างกัน อาจเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ร่วมกันหลายวิธีก็ได้ เทคนิคการผ่อนคลายที่นำมาใช้บ่อย ได้แก่

(1) การนวดผ่อนคลาย (Massage) การนวดไม่ว่าจะรูปแบบใด ต่างให้ผลประโยชน์กับร่างกายและจิตใจ เพราะการนวดจะส่งผลดีกับระบบต่อมน้ำเหลืองและการไหลเวียนภายใน ซึ่งกลายมาเป็นผลดีต่อผิวพรรณและสุขภาพ นอกเหนือจากนี้ การสัมผัสอย่างเป็นมิตร ยังช่วยคลายเครียด และบำบัดอารมณ์ทางด้านลบๆ ให้ผ่อนคลายได้ด้วย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2555)

(2) การฝึกการหายใจ (Breathing exercise for relaxation) การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้าหน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง หายใจเข้าลึกๆและซ้ำๆกลับไปซ้ำแล้วจึงหายใจออก การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ผ่อนคลาย ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความเครียด ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เป็นวิธีที่ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

(3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน (progressive muscle relaxation) เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ให้ผู้ปฏิบัติเรียนรู้ที่จะแยกความแตกต่างระหว่างความตึงเครียด และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆจนสามารถควบคุมให้มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆได้ และนำไปสู่การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย

(4) เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan คือการสังเกตลมหายใจ ร่วมกับการนึกภาพส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นเทคนิคการผ่อนคลายเกี่ยวกับการรู้คิด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (Kabat-Zinn & Hanh, 2013) และได้มีการศึกษาเปรียบเทียบเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan กับ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก มากกว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน (Ditto et al., 2006) ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan (Kabat-Zinn & Hanh, 2013) มีวิธีการฝึกปฏิบัติ ดังนี้

(1) นิ่งหรือนอนในท่าที่สบาย ลงบนที่นิ่ง เบาะหรือเตียง และตั้งใจ ตื่นตัวในการฝึก มากกว่าความง่วง และเลือกสถานที่ที่อบอุ่น และไม่มีสิ่งรบกวน อาจเปิดเพลงบรรเลงที่มีท่วงทำนองผ่อนคลายและช่วยให้จิตใจสงบ คลอเบาๆ

(2) ปิดตาลงเบาๆ แต่ถ้ารู้สึกง่วง ให้เปิดตาและฝึกต่อไปในขณะที่เปิดตา

(3) นำความสนใจไปอยู่บริเวณท้อง และสังเกตลมหายใจเข้า - ออก

(4) ให้นึกภาพร่างกายทั้งหมดที่นิ่งหรือนอนราบลง รู้สึกถึงร่างกายทุกส่วนที่สัมผัสที่นิ่งหรือเตียง ปล่อยวางความเครียด ความกังวลทั้งหลายทั้งปวง ไม่ยึดเหนี่ยวสิ่งใดไว้ แล้วให้สังเกตลมหายใจเข้าและออกอย่างมีสมาธิสักพักหนึ่ง

(5) หายใจเข้า ให้นึกภาพที่เท้าทั้งสองข้าง หายใจออก ผ่อนคลายเท้าทั้งสองข้างให้รู้สึกเบา สบาย

(6) นึกภาพอวัยวะส่วนต่างๆและผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน โดยอาจเริ่มจากปลายเท้า ขึ้นมาที่ขาทั้งสองข้าง สะโพก ลำตัว แผ่นหลัง บ่าทั้งสองข้าง แขน ฝ่ามือ ต้นคอ ขึ้นไปที่ศีรษะ เริ่มจากคาง ริมฝีปาก แก้ม เบ้าตา หว่างคิ้ว หน้าผาก จนทั่วทั้งใบหน้า ให้รู้สึกว่าร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย เบา สบาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan เป็นวิธีที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความเครียด และสามารถลดอาการนอนไม่หลับได้ดีที่สุด เนื่องจากทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติกมากกว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน และเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถทำตัวเอง โดยการสังเกตลมหายใจร่วมกับนึกภาพส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดความน่าสนใจ เป็นวิธีที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ และไม่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย

6. บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) มีดังนี้

1) บทบาทการเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกคน ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการไม่สูบบุหรี่และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจำหน่าย หรือโฆษณาประชาสัมพันธ์

2) บทบาทด้านการให้ความรู้ และการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ในด้านการให้การศึกษ ให้อข้อมูล และชี้แนะเพื่อสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงบทบาทเชิงรุกเพื่อป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่ใหม่เกิดขึ้น เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถเข้าถึงผู้บุหรี่ได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล การป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่ใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง คือ เด็กวัยรุ่น และหญิงวัยทำงาน นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถมีส่วนร่วมการจัดการได้รับคว้นบุหรี่มือสองอีกด้วย

3) บทบาทด้านการประสานงาน โดยการส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ

4) บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา โดยเป็นแหล่งประโยชน์ด้านความรู้ ความสามารถแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมถึงผู้รับบริการ โดยพยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการให้คำปรึกษาทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้

5) บทบาทในการพัฒนางานวิจัย ซึ่งเป็นอีกมาตราหนึ่งในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสำหรับในวิชาชีพพยาบาล พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ยังมีน้อย ดังนั้นควรจะมีการศึกษาการวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโครงการป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ หรือการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่พัฒนาจากการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ และการวิจัยควรครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรต่างๆ ตามบริบททางเชื้อชาติ เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง และวัฒนธรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ นำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติได้ นอกจากนี้พยาบาลควรเพิ่มการทำวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันคว้นบุหรี่มือสอง โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัว รวมทั้งศึกษาวิจัยเชิงนโยบายร่วมกับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

Galvin, Webb, and Hillier (2000) ศึกษาผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนปลายที่สูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับนิโคตินทดแทนในรูปแบบของหมากฝรั่ง กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มที่ 3

ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษา โดยคะแนนสูงแสดงถึงเจตคติและการรับรู้ในการเลิกบุหรี่มีสูง ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่พยาบาลให้มีผลทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

Wu, Chen, Liu, Lin, and Hwang (2007) ศึกษาผลของการฝังเข็มที่ใบหูในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการฝังเข็มที่ใบหูในตำแหน่งที่ไม่เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฝังเข็มที่ใบหู 4 จุด เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มลดลง แต่อาการถอนนิโคตินจะลดลงเฉพาะในกลุ่มทดลอง

จิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิดาปรีชาวงษ์ (2550) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อังคณา วนาอุปถัมภ์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 52.7 และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและกลุ่มที่เลิกไม่ได้

เดือนทิพย์ เขชมโสภาส และพรทิพย์ ชิวะพัฒน์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา เพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ ด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหลัก 5 A ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดหรือครอบครัวเด็กสุขภาพดีได้

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจ

Quist-Paulsen and Gallefoss (2003) ศึกษาผลของการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิกบุหรี่โดยพยาบาล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลจะพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2

ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคู่มือคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ ได้รับคำแนะนำถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ และได้ชมวิดีโอ หลังจากนั้นมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 วัน, 1 สัปดาห์, 3 สัปดาห์, 3 เดือน และ 5 เดือน ซึ่งเมื่อครบ 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ ในการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการหวนกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ส่วนในผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พยาบาลจะให้คำแนะนำและสนับสนุนให้กำลังใจ และประเมินผลเมื่อครบ 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 37

ทัศนีย์วรรณ กันทากาศ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่และการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เมื่อออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม การรับรู้ผลที่ตามมาจากการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุม และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

พัชรินทร์ อินทร์ปรุง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

งานวิจัยเกี่ยวกับอาการถอนนิโคติน

McCleron et al. (2004) ศึกษาผลของการควบคุมลมหายใจต่ออาการถอนนิโคติน โดยให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่ ตั้งแต่เวลาเที่ยงคืน และในวันรุ่งขึ้นจะวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์จากลมหายใจออกต่อน้อยกว่า 20 ppm ในกลุ่มควบคุมจะวัดอาการถอนนิโคตินทุกชั่วโมง คือ 8, 9, 10, 11, และ 12 นาฬิกา กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนการหายใจแบบลึกทุก 30 นาทีในระหว่าง 4 ชั่วโมง โดยเลียนแบบการสูบบุหรี่ ให้สูดหายใจเข้าลึกๆ 5 วินาที กลั้นลมหายใจ 2 วินาที จากนั้นผ่อนลมหายใจออกช้าๆ 5 วินาที ให้ทำแบบนี้ซ้ำทุก 30 วินาที รวม 5 ครั้ง ซึ่งจะวัดอาการถอนนิโคตินก่อนและหลังการควบคุมการหายใจ ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมลมหายใจช่วยลดอาการถอนนิโคติน อาการอยากบุหรี่ และความรู้สึกเชิงลบได้

Ussher et al. (2006) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน ต่ออาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคติน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านเป็นเวลา 5 นาที กลุ่มที่ 2 นึกภาพบริเวณส่วนต่างๆของร่างกายเป็นเวลา 5 นาที กลุ่มที่ 3 นั่งเฉยๆ ซึ่งจะมีการประเมินอาการถอนนิโคติน ก่อนทดลอง 5 นาที หลังทดลองทันที และหลังการทดลอง 5, 10, 15, 20 นาที ผลการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านสามารถลดอาการอยากบุหรี่ และอาการถอนนิโคตินได้

Cropley et al. (2007) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคติน กลุ่มทดลองได้รับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการนึกภาพร่างกายบริเวณส่วนต่างๆตามเสียงที่ได้ยิน เป็นเวลา 10 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้ฟังเสียงทั่วๆไปนาน 10 นาที หลังจากนั้นประเมินอาการถอนนิโคตินทันที และที่เวลา 5, 10, และ 15 นาที ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองมีอาการถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรือน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Everson, Daley, and Ussher (2008) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบใช้จักรยานวัดงาน ต่ออาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคติน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 15 นาที กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายแบบใช้จักรยานวัดงานที่ระดับความเข้มปานกลาง กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายแบบใช้จักรยานวัดงานที่ระดับความเข้มสูง กลุ่มที่ 3 นั่งอยู่เฉยๆ ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายทั้งในระดับความเข้มปานกลางและความเข้มสูงเป็นประโยชน์ในการบรรเทาความอยากสูบบุหรี่ในระหว่างการออกกำลังกาย และ 5 นาทีหลังการออกกำลังกาย เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่การออกกำลังกายระดับความเข้มปานกลางแสดงให้เห็นว่าลดอาการถอนนิโคติน ทำให้อารมณ์ดีขึ้น และลดความอยากสูบบุหรี่

Ussher et al. (2009) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านต่ออาการอยากบุหรี่และอาการถอนนิโคติน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับเทคนิคการผ่อนคลาย โดยการนั่งนึกภาพบริเวณส่วนต่างๆของร่างกายตามเสียงที่ได้ยินเป็นเวลา 10 นาที กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน 10 นาที และกลุ่มที่ 3 ฟังเสียงทั่วๆไปนาน 10 นาที วัดอาการถอนนิโคตินก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และ 5, 10, และ 30 นาที ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับเทคนิคการผ่อนคลายและออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน มีอาการถอนนิโคติน และอาการอยากบุหรือน้อยกว่าก่อนการทดลอง

He et al. (2012) ศึกษาผลของการฝังเข็มต่อภาวะซึมเศร้าในอาการถอนนิโคติน โดยให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาทางแพทย์แผนตะวันตก คือการรับประทานยา Fluoxetine ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาภาวะซึมเศร้า โดยรับประทานยา 20 มิลลิกรัมต่อครั้ง ต่อวัน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการฝังเข็ม 1 ครั้งต่อวัน ครั้งละ 30 นาที ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของการฝังเข็มจะคล้ายกับยา Fluoxetine ที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในอาการถอนนิโคติน

Elibero, Janse Van Rensburg, and Drobles (2011) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และโยคะต่อความอยากบุหรี่ย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ให้งดเว้นนิโคติน 1 ชั่วโมง โดยกลุ่มที่ 1 จัดให้มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยเดินเร็วบนลู่วิ่ง กลุ่มที่ 2 จัดให้มีการทำโยคะชนิด Hatha Yoga และกลุ่มที่ 3 จัดให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ที่มีกิจกรรมทางกาย มีความอยากบุหรี่ยลดลง ผลอารมณ์ทางด้านบวกเพิ่มขึ้น และอารมณ์ทางด้านลบลดลง

อรอนงค์ ส่งทวน (2552) ศึกษาผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ยร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่ย และการกลับมาสูบบุหรี่ยซ้ำในผู้ป่วยศัลยกรรม โดยศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ยตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ยร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึก เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง อาการขาดนิโคตินและความอยากบุหรี่ยหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ความอยากบุหรี่ย และสัดส่วนของการกลับมาสูบบุหรี่ยซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่ออาการถอนนิโคติน โดยศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ย ส่วนกลุ่มศึกษาได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ย ประเมินอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ย หลังหยุดสูบบุหรี่ยวันที่ 1, 2, 3 และ 7 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มศึกษาหลังหยุดสูบบุหรี่ยในวันที่ 2, 3 และ 7 มีคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ทัศนีย์ ลิ้มปัสานนท์ (2555) ศึกษาผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟต่อความอยากบุหรี่ยในผู้ที่สูบบุหรี่ย โดยศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมให้อ่านหนังสือพิมพ์ ส่วนกลุ่มทดลองได้ฟังเทปการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ ผลการวิจัยพบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟสามารถลดความอยากสูบบุหรี่ย ความรู้สึกถูกกระตุ้น ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกหิว ความรู้สึกแ่ ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ย และความดันโลหิตซิสโตลิก เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และพบว่า ความอยากสูบบุหรี่ย ความรู้สึกถูกกระตุ้น ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกหิว ความรู้สึกแ่ ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสานต่อความเครียด

อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ศึกษาผลของการผ่อนคลาย โดยใช้ชิ่งงต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารแนวชิ่งงเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

ศรินยา ฉันทะปรีดา (2549) ศึกษาผลของการปฏิบัติโยคะและการให้ข้อมูลต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และการปฏิบัติโยคะ 5 ครั้ง โดยผู้วิจัยสาธิตการทำโยคะ และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม แล้วให้กลุ่มทดลองกลับไปฝึกด้วยตนเองที่บ้าน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ประเมินความเครียดหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Chinaworapong (2005) ศึกษาผลของการนวดตนเองเพื่อลดความเครียดในบุคลากรโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งให้เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง การประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงหลังจากฝึกนวดตนเองในกลุ่มทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม สรุปว่าการนวดตนเองมีผลลดระดับความเครียดในบุคลากรโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า อาการถอนนิโคตินเป็นอาการสำคัญที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลว ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงสูบบุหรี่อยู่ จะทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจแย่ลง หัวใจทำงานหนักขึ้น ซึ่งมีการศึกษาการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาการลดอาการถอนนิโคตินหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาการบำบัดเพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเลือกการให้คำปรึกษา ซึ่งประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดของ อรสา พันธุ์ภักดี (2555) ที่เน้นการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ได้ ร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan ของ Kabat-Zinn and Hanh (2013) ซึ่งเป็นการสังเกตลมหายใจร่วมกับการนึกภาพบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย และผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน เพื่อช่วยลดความเครียด ช่วยให้อาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย

1. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และวันที่ 2 ด้วยการให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่เชื่อมโยงกับภาวะโรคหัวใจของผู้ป่วย การเสพติดบุหรี่ กลไกการเสพติดนิโคติน การส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวเลิกบุหรี่ และวิธีปฏิบัติตัวหลังจากหยุดสูบบุหรี่ การเตรียมความพร้อมกับการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่
2. เทคนิคการผ่อนคลาย ผีกการผ่อนคลายโดยปฏิบัติตามคำแนะนำจากซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย โดยการสังเกตลมหายใจเข้าออก และนึกภาพอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกายให้ผ่อนคลาย ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเทคนิคการผ่อนคลายหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และวันที่ 2

อาการถอนนิโคติน
ของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง (Two Groups Repeated Measures Design) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2
กลุ่มควบคุม	$O_1 X_1$	$X_1 O_2$	$X_1 O_3$
กลุ่มทดลอง	$O_4 X_2$	$X_2 O_5$	$X_2 O_6$

โดย $O_1 O_4$ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินก่อนหยุดสูบบุหรี่
 $O_2 O_5$ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1
 $O_3 O_6$ หมายถึง การประเมินอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
 X_1 หมายถึง การให้คำแนะนำแบบกระชับ
 X_2 หมายถึง การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ทั้งชายและหญิงที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวันติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี
4. ยินดีที่จะไม่สูบบุหรี่ขณะเข้าร่วมวิจัย
5. มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

6. กลุ่มตัวอย่างเต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. ใช้ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการทดลอง
2. กลุ่มตัวอย่างหวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งประเมินได้จากการตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ส่วนในล้านส่วน (≥ 10 ppm)
3. กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกระหว่างเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ซีฟจรเต้นผิดปกติ
4. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธและหยุดการเข้าร่วมวิจัย

ในระหว่างดำเนินการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ในการคัดออก 8 คน ผู้วิจัยจึงหา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ในการเข้าร่วมวิจัยทดแทน 8 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเปิดตารางอำนาจทดสอบ กำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ค่าขนาดอิทธิพล .50 และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน (Burns & Grove, 2005) แต่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจัดให้ 30 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม 30 คน หลังเข้ากลุ่มทดลอง พร้อมทั้งทำการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ในเรื่องจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยจับคู่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันไม่เกิน 5 มวน เนื่องจากจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแสดงถึงระดับการติดยาที่แตกต่างกัน

ในระหว่างดำเนินการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 5 คน และกลุ่มทดลอง 3 คน หวนกลับไปสูบบุหรี่ในระยะเวลาหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และ 2 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาใหม่ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 8 คน ดังกล่าว ดังนั้นในการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน ได้กลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ประวัติโรคหัวใจ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวน

บุหรีที่สูบต่อวัน จำนวนวันที่เคยเลิกสูบบุหรีได้ สาเหตุที่ทำให้หวนกลับไปสูบอีก สาเหตุที่เคยเลิกสูบ สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบในครั้งนี้

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการถอนนิโคติน The Minnesota Withdrawal Scale-Revised: MNWS (Hughes & Hatsukami, 2008) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ (2552) ซึ่งเป็นแบบวัดอาการถอนนิโคตินจากการรายงานด้วยตนเอง เพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อถามทั้งหมด 9 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ไม่มีเลยหมายถึง 0 คะแนน น้อยมากหมายถึง 1 คะแนน น้อยหมายถึง 2 คะแนน ปานกลางหมายถึง 3 คะแนน มากหมายถึง 4 คะแนน นำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนรวมทั้งสิ้นตั้งแต่ 0-36 คะแนน โดยคะแนนรวมเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการถอนนิโคตินเลย คะแนนรวมเท่ากับ 36 หมายถึง มีอาการถอนนิโคตินรุนแรงมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการผ่อนคลาย สร้างโดยนำพิชญ์ ธรรมิเวศน์ (2539) โดยผู้วิจัยสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะผ่อนคลาย 5 รายการ คือ จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจต่อนาทีลดลง การเคลื่อนไหวของเปลือกตาลดลงหรือไม่กระพริบ แขนทั้งสองข้างตอกอยู่ข้างลำตัว และปลายเท้าแยกออกจากแนวกลางลำตัว และบันทึกการเปลี่ยนแปลงจากการสังเกตดังกล่าว โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ มีการเปลี่ยนแปลงหมายถึง 1 คะแนน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหมายถึง 0 คะแนน นำคะแนนของผู้ประเมินแต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ 3 ขึ้นไป ถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีการผ่อนคลาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดอาการถอนนิโคติน และแบบประเมินการผ่อนคลาย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1.1 แพทย์ผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ที่สูบบุหรี 1 คน
- 1.2 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 คน
- 1.3 ที่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี 1 คน
- 1.4 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี 1 คน
- 1.5 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 คน

หัวใจ 1 คน

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2008) ซึ่งผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดอาการถอนนิโคติน CVI = 1.0 และ แบบประเมินการผ่อนคลาย CVI = 0.8 และภายหลังผ่าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อความมีความตรงกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่ายและมีความสอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากข้อแนะนำตามแนวทางการให้คำปรึกษาในแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธภักดี, 2555) ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายร่างกายโดยวิธี Body scan รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ให้คำปรึกษาในเรื่องพิษภัยของบุหรี่เชื่อมโยงกับภาวะโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับส่งเสริมความสามารถและให้คำแนะนำสำหรับวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดนิโคติน การบรรเทาอาการถอนนิโคติน และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่เอง รวมทั้งเน้นย้ำถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย และเน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ให้คำปรึกษาในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะเหล่านั้น และพูดคุยถึงประสบการณ์ในการบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่ผ่านมา เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาวิธีบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 3 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ให้คำปรึกษาในเรื่องวิธีการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาค่าที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ได้

3.3 เครื่อง Smokerlyzer เป็นเครื่องตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกใช้ในการวัดเพื่อคัดกรอง (screening) และติดตาม (monitoring) การสูบบุหรี่ สามารถตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในช่วง 0-100 ส่วนในล้านส่วน (ppm) (สภาเทคนิคการแพทย์, 2556) ซึ่ง

ถ้ามีการประเมินค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกได้มากกว่าหรือเท่ากับ 10 แสดงว่าบุคคลนั้นมีการสูบบุหรี่ (Bedfont Scientific Ltd., 2011; สภาเทคนิคการแพทย์, 2556) และในงานวิจัยหลายงาน ใช้ยืนยันว่าบุคคลนั้นมีการหยุดสูบบุหรี่ถ้าตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ได้ค่าน้อยกว่า 10 ppm (Cropley et al., 2007; Ussher et al., 2009)

3.4 สื่อที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

แผนการสอนเรื่องพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ การเสพติดบุหรี่ กลไกการเสพติดนิโคติน ความหมายของอาการถอนนิโคติน การจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีปฏิบัติตัวหลังจากหยุดสูบบุหรี่

แผ่นภาพพลิก ที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ การเสพติดบุหรี่ กลไกการเสพติดนิโคติน ความหมายของอาการถอนนิโคติน การจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเตรียมตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และวิธีปฏิบัติตัวหลังจากหยุดสูบบุหรี่

คู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน ซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วย การเสพติดบุหรี่ อาการถอนนิโคติน และวิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคตินโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และวิธีการจัดการอาการถอนนิโคตินอื่นๆ

ซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย 2 ครั้ง คือ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และ 2 โดยผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการ ขั้นตอนการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ จัดทำผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย ผู้วิจัยประเมินอัตราการหายใจก่อนฝึก จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใส่หูฟัง เปิดซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามเสียงคำแนะนำการผ่อนคลาย ซึ่งมีความยาวประมาณ 10 นาที และก่อนสิ้นสุดการฝึกการผ่อนคลาย ผู้วิจัยประเมินการผ่อนคลายโดยใช้แบบบันทึกการผ่อนคลาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำการพัฒนาการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย ได้แก่ แผนการสอน แผ่นภาพพลิก คู่มือการแก้ไขอาการถอนนิโคติน ซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลายที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คือ แพทย์ผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ที่สูบบุหรี่ 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวิจัย 1 คน ที่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นและมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหาและรายละเอียดของแผนการสอน แผ่นภาพพลิก คู่มือ บทบรรยายการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย สรุปลงได้ดังนี้

1) แผนการสอน

- 1.1) ควรเน้นที่อันตรายของบุหรีที่มีผลต่อโรคหัวใจให้มาก
- 1.2) ควรให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าการเลิกสูบบุหรีจะช่วยให้โรคหัวใจดีขึ้นอย่างไร

2) แผ่นภาพพลิก

- 2.1) เพิ่มภาพถ่ายหัวใจที่มีพยาธิสภาพจากการสูบบุหรี เปรียบเทียบกับภาพถ่ายหัวใจปกติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงพิษภัยของบุหรีต่อหัวใจมากขึ้น
- 2.2) เพิ่มการหายใจลึก 2-3 ครั้ง และระบุวิธีการหายใจ ในการแก้ไขอาการปวดศีรษะ มีนศีรษะ ไม่มีแรง

3) บทบรรยายการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย

- 3.1) ปรับแก้บทบรรยายการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
- 3.2) เพิ่มส่วนท้ายของบทบรรยายเพื่อนำผู้ป่วยกลับสู่ปัจจุบัน

ภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยปรับแก้เนื้อหาของแผนการสอน แผ่นภาพพลิก คู่มือการแก้ไขอาการนอนนิโคติน และซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำ และได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 3 คน ที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา และเวลาที่ใช้

การดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง

1) เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองจิต วาทีสาธกกิจ (อาจารย์ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรีและเป็นพี่ปรึกษาวิชาการมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี) รวมทั้งเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Positive Psychology and Mindfulness จาก Dr.Thomas A.Cummings (Clinical Psychologist) เพื่อให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความชำนาญทั้งในการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย

2) ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการ

เก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังสูบบุหรี่ จากประวัติผู้ป่วยที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน กลุ่มแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มที่สองเข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Matched pair) จนครบ 30 คู่ ให้แต่ละคู่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่องจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันไม่เกิน 5 มวน เนื่องจากจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแสดงถึงระดับการติดนิโคตินที่ต่างกัน

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยแนะนำตัว และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนทั้งหมด 30 คน โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพ และให้ตอบแบบสอบถามอาการถอนนิโคติน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบ และมอบแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีให้ความร่วมมือและส่วนใหญ่บอกว่า “อยากเลิกมานานแล้วแต่เลิกไม่ได้สักที” ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจและให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ แล้วจึงนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกด้วยเครื่อง Smokerlyzer เพื่อทดสอบว่าหยุดสูบจริงหรือไม่ ซึ่งพบว่ามียุทธกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนที่มีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่า 10 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า “เห็นเพื่อนคนอื่นสูบจึงทำให้อยากสูบตาม” ผู้วิจัยจึงได้ให้กำลังใจ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์

น้อยกว่า 10 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ผู้วิจัยให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนภายหลังหยุดสูบบุหรี่ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอาการถอนนิโคติน แล้วจึงนัดพบกลุ่มตัวอย่างในวันต่อไป

ครั้งที่ 3 ระยะเวลาหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 10 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ทุกคน ผู้วิจัยจึงให้แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการหยุดสูบบุหรี่เพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอาการถอนนิโคติน จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการจัดการอาการถอนนิโคตินและเทคนิคการผ่อนคลาย พร้อมทั้งมอบคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคตินและซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 3 ครั้ง ครั้งละ 30-35 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและให้ตอบแบบสอบถามอาการถอนนิโคติน หลังจากนั้นให้ความรู้ผ่านแผ่นภาพพลิกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ วิธีการจัดการกับอาการถอนนิโคติน การเสพติดบุหรี่ กลไกการเสพติดนิโคติน อาการถอนนิโคตินและการจัดการกับอาการถอนนิโคติน รวมทั้งจะสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่เอง และเน้นย้ำถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมทั้งผลต่อครอบครัว รวมทั้งเน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย และช่วยแนะนำการวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีให้ความร่วมมือและส่วนใหญ่บอกว่า “หมอและพยาบาลแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว อยากเลิกเหมือนกันแต่เลิกไม่ได้ สักที” ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจและชื่นชมในการที่ผู้ป่วยอยากเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นมอบคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคติน และนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในวันที่กลุ่มตัวอย่างหยุดสูบบุหรี่แล้ว 1 วัน

ครั้งที่ 2 ระยะเวลาหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนที่มีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่า 10 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า “เห็นคนอื่นสูบจึงทำให้อยากสูบตาม” และ “เวลาว่างๆไม่รู้จะทำอะไรเลยหิบบูหรี่ขึ้นมาสูบ” ผู้วิจัยจึงได้ให้กำลังใจ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ และอย่าสูบบุหรี่ทันทีที่นึกอยากสูบ ให้ยึดเวลาออกไป 3-5 นาที หรือเบี่ยงเบนไปทำอย่างอื่นในสิ่งที่ชอบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 10 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อหาทางหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะเหล่านั้น และให้คำปรึกษาในการจัดการ

กับอาการนอนนิโคติน โดยเลือกใช้แนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายเป็นรายบุคคลที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ห้องตรวจที่ว่างในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการ ขั้นตอนการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และประเมินอัตราการหายใจของกลุ่มตัวอย่าง

2) จัดสถานที่ สภาพแวดล้อมในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายให้เงียบสงบ และปราศจากการรบกวน หลังจากนั้นให้นอนในท่าที่สบาย วางแขนขาตามสบาย ไม่ให้นอนไขว้ขาหรือกอดอกจัดเสื่อผ้าในลักษณะหลวมสบาย ให้ผู้ปฏิบัติหลับตาตลอดเวลาที่ฝึกการผ่อนคลาย หยุดคิดเรื่องต่างๆ ไม่ให้สนใจเสียงรบกวนใดๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการฝึก ให้ตั้งใจฟังและปฏิบัติตามซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย

3) ให้กลุ่มตัวอย่างใส่หูฟังและเปิดซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลาย ปรับระดับเสียงตามที่อยู่ปฏิบัติต้องการ ให้ปฏิบัติการผ่อนคลายตามคำแนะนำจากซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลายมีความยาว 10 นาที โดยให้ผ่อนคลายร่างกายทีละส่วนทั่วร่างกาย และก่อนสิ้นสุดการฝึกการผ่อนคลาย ผู้วิจัยประเมินการผ่อนคลายโดยใช้แบบบันทึกการผ่อนคลายสำหรับผู้วิจัย

4) หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายให้ผู้ปฏิบัติค่อยๆ ลืมตา

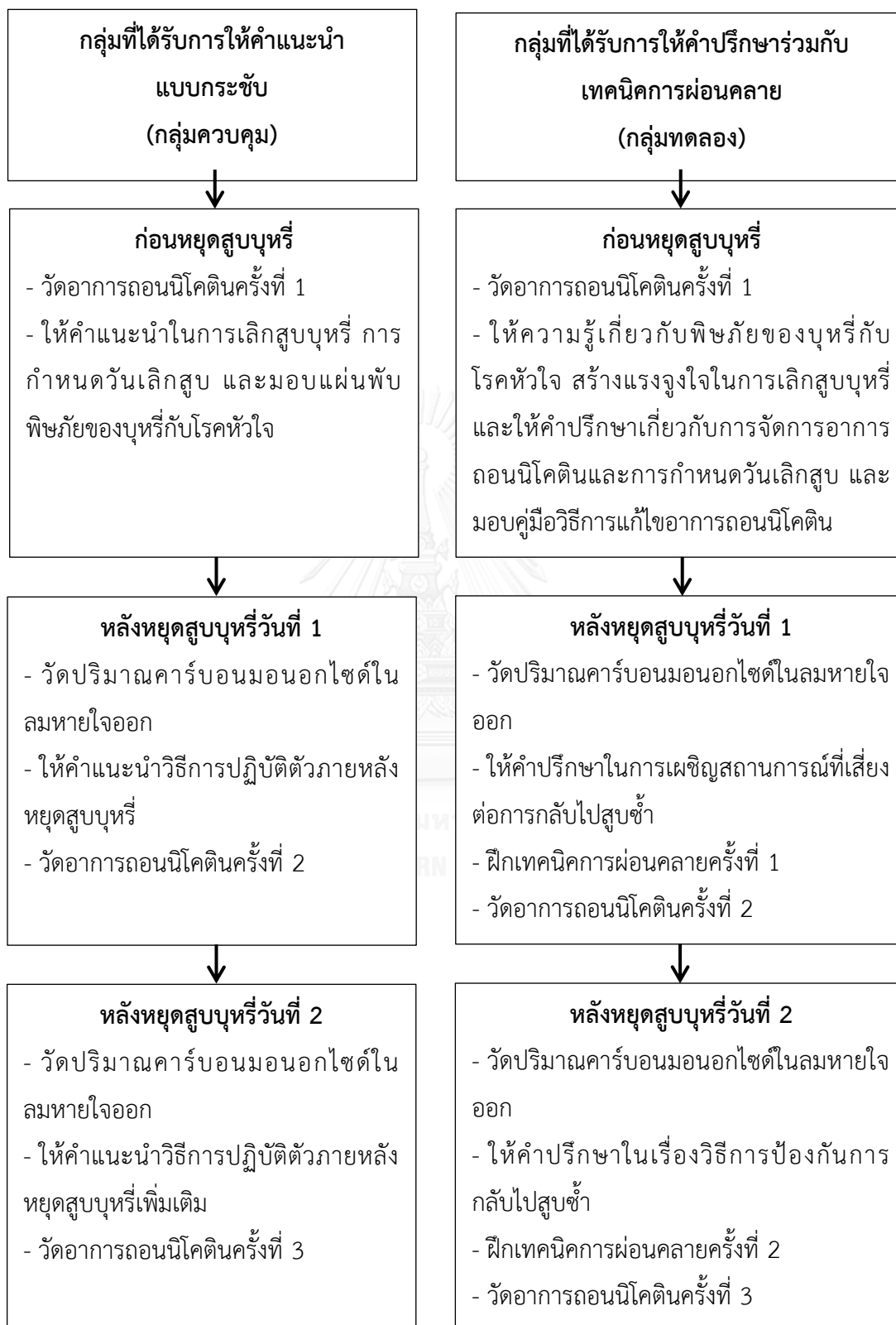
5) ผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างถึงความรู้สึกผ่อนคลาย และปัญหาในระหว่างการฝึก เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยพร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า “รู้สึกผ่อนคลาย เบา สบาย และรู้สึกง่วงนอน”

6) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามอาการนอนนิโคติน

7) กำหนดเวลานัดกลุ่มตัวอย่างในวันรุ่งขึ้น

ครั้งที่ 3 ระยะเวลาหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ผู้วิจัยวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์น้อยกว่า 10 ส่วนในล้านส่วน (ppm) ทุกคน ผู้วิจัยจึงแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีก รวมทั้งให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาในเรื่องวิธีการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีโดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติเช่นเดียวกับในระยะเวลาหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 ข้อ 1-6 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์จากการฝึกเมื่อวาน ส่วนใหญ่จึงบอกว่า “รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น” หลังจากนั้นมอบซีดีเสียงประกอบการผ่อนคลายให้กับกลุ่มตัวอย่าง

สรุปโปรแกรมการทดลอง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมจากหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ในขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ อธิบายขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัย ก่อนวันทำการทดลองขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ขณะดำเนินการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เกิดการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมการทดลองตามที่กำหนดไว้ และรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measures ANOVA)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง (Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติโรคหัวใจ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่เคยเลิกได้ สาเหตุที่เคยเลิก สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่ เหตุผลที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ในครั้งนี้

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างวิธีการทดลองกับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

ส่วนที่ 3 การทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		รวม (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
40-44 ปี	5	16.67	3	10.00	8	13.33
45-49 ปี	5	16.67	8	26.67	13	21.67
50-54 ปี	7	23.33	8	20.00	13	21.67
55-59 ปี	13	43.33	13	43.33	26	43.33
	ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี) \bar{x} = 51.87 SD = 5.32					
เพศ						
ชาย	30	100.00	30	100.00	60	100.00
สถานภาพสมรส						
โสด	6	20.00	4	13.33	10	16.67
คู่	18	60.00	20	66.67	38	63.33
หม้าย/หย่า/แยก	6	20.00	6	20.00	12	20.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	19	63.33	18	60.00	37	61.66
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.33	3	10.00	7	11.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	6.67	3	10.00	5	8.33
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	10.00	4	13.33	7	11.67
ปริญญาตรี	2	6.67	2	6.67	4	6.67

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 51.87 ปี เกือบสองในสาม (ร้อยละ 63.33) มีสถานภาพคู่ มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามศาสนา อาชีพ และโรคประจำตัวอื่นๆ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		รวม (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา						
พุทธ	29	96.67	29	96.67	58	96.66
คริสต์	0	0	1	3.33	1	1.67
อิสลาม	1	3.33	0	0	1	1.67
อาชีพ						
รับราชการ	1	3.33	1	3.33	2	3.33
รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	1	3.33	2	3.33
ค้าขาย	3	10.00	6	20.00	9	15.00
รับจ้าง	19	63.33	18	60.00	37	61.67
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.00	4	13.33	10	16.67
โรคประจำตัวอื่นๆ						
ไม่มี	16	53.33	14	46.67	30	50.00
ความดันโลหิตสูง	10	33.33	12	40.00	22	36.67
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	4	13.33	4	13.33	8	13.33

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 96.67) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 61.67) มีอาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งป่วยเป็นโรคหัวใจเพียงโรคเดียว (ร้อยละ 50) รองลงมาคือโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.67) และมีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 13.33)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจ และการรักษาโรคหัวใจที่ผ่านมา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		รวม (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจ						
น้อยกว่า 1 ปี	4	13.33	5	16.66	9	15.00
1-5 ปี	17	56.67	14	46.67	31	51.67
6-10 ปี	8	26.67	9	30.00	17	28.33
11-15 ปี	1	3.33	2	6.67	3	5.00
การรักษาโรคหัวใจที่ผ่านมา						
รับประทานยา	15	50.00	12	40.00	27	45.00
ขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน	14	46.67	16	53.33	30	50.00
ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	1	3.33	2	6.67	3	5.00

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็น กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.67) ป่วยเป็นโรคหัวใจมา 1-5 ปี และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเคยได้รับการรักษาโรคหัวใจโดยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (ร้อยละ 50)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนปีที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		รวม (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่สูบบุหรี่						
1-5 ปี	1	3.33	0	0	1	1.67
6-10 ปี	7	23.33	3	10.00	10	16.66
11-15 ปี	1	3.33	0	0	1	1.67
16-20 ปี	2	6.67	2	6.67	4	6.67
21-25 ปี	4	13.33	7	23.33	11	18.33
26-30 ปี	9	30.00	12	40.00	21	35.00
31-35 ปี	6	20.00	6	20.00	1	20.00
	ค่าเฉลี่ยปีที่สูบบุหรี่(ปี) \bar{x} = 25.02				SD = 8.53	
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
10-15 มวน	26	86.67	26	86.67	52	86.67
16-20 มวน	4	13.33	4	13.33	8	13.33
	ค่าเฉลี่ย(มวน/วัน) \bar{x} =11.70				SD =3.51	

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 สูบบุหรี่มาเป็นเวลา 26-30 ปี โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.67) สูบบุหรี่ 10-15 มวนต่อวัน เฉลี่ยวันละ 11.70 มวน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้ง ของความพยายามเลิกบุหรี่ และระยะเวลาที่เคยเลิกได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		รวม (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพยายามเลิกสูบบุหรี่						
เคย	25	83.33	27	90.00	52	86.67
ไม่เคย	5	16.67	3	10.00	8	13.33
จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่						
1-2 ครั้ง	16	64.00	19	70.37	35	67.30
> 3 ครั้ง	9	36.00	8	29.63	17	32.70
ระยะเวลาที่เคยเลิกได้						
1-14 วัน	10	40.00	4	14.81	14	26.92
15-30 วัน	2	8.00	3	11.11	5	9.62
มากกว่า 1 เดือน	9	36.00	14	51.85	23	44.23
มากกว่า 1 ปี	4	16.00	6	22.22	10	19.23

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 86.67) และสองในสามพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 67.30) ซึ่งระยะเวลาที่เคยเลิกสูได้ส่วนใหญ่มากกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 44.23) มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 13.33)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุที่เคยเลิก สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่ และเหตุผลที่อยากเลิกครั้งนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		รวม (N=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่เคยเลิก						
สุขภาพ	17	68.00	12	44.44	29	55.77
ครอบครัว	5	20.00	10	37.04	15	28.85
สังคมไม่ยอมรับ	0	0	1	3.70	1	1.92
ราคาแพง	1	4.00	0	0	1	1.92
ถูกจำกัดบริเวณ	1	4.00	4	14.81	5	9.62
รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี	1	4.00	0	0	1	1.92
สาเหตุที่กลับไปสูบบุหรี่						
เครียด	11	44.00	16	59.26	27	51.92
หงุดหงิด	4	16.00	2	7.41	6	11.54
แอลกอฮอล์	2	8.00	0	0	2	3.85
เห็นคนอื่นสูบบุหรี่	8	32.00	9	33.33	17	32.69
เหตุผลที่อยากเลิกครั้งนี้						
สุขภาพ	26	86.66	28	93.33	54	90.00
ครอบครัว	2	6.67	0	0	2	3.33
รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี	2	6.67	2	6.67	4	6.67

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งระบุว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเคยเลิกบุหรี่คือสุขภาพ ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปสูบบุหรี่ คือ ความเครียดคิดเป็นร้อยละ 51.92 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังระบุว่า สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ คือสุขภาพ มีเพียงส่วนน้อยที่ระบุว่าอยากเลิกเพราะ รู้ว่าบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีและครอบครัว

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างวิธีการทดลองกับช่วงเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

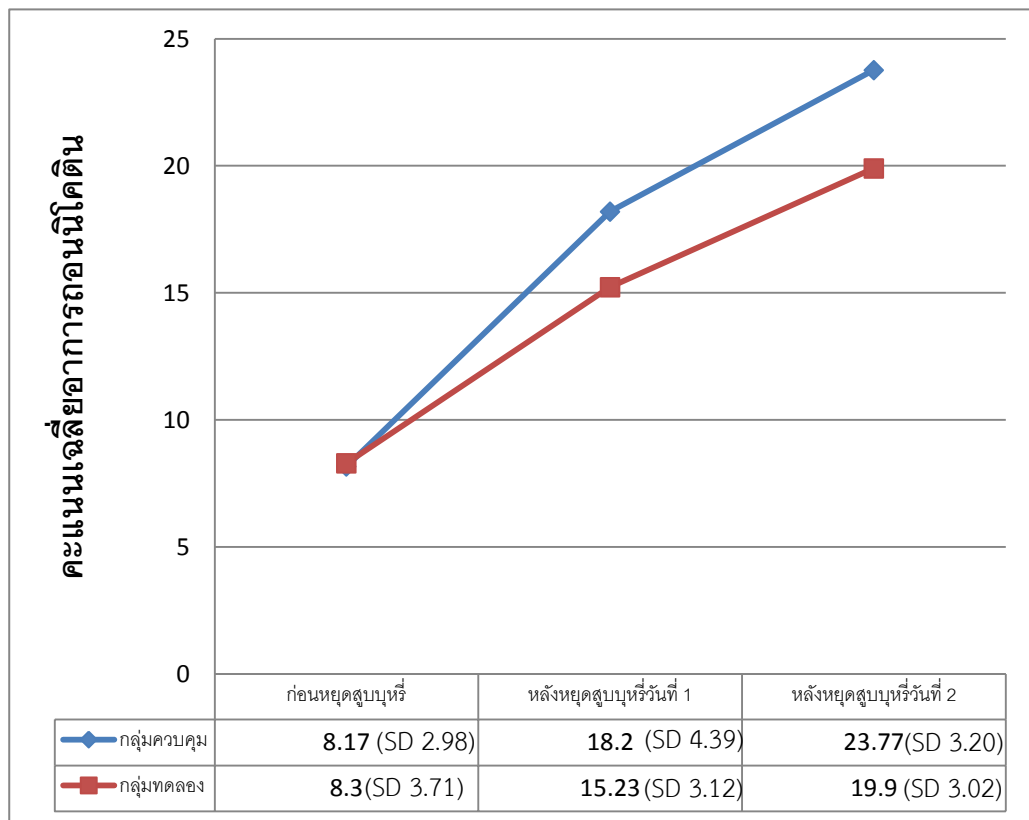
การวิเคราะห์ตัวแปร

- 1) ตัวแปรตาม คือ คะแนนอาการถอนนิโคติน
- 2) ตัวแปรอิสระมี 2 ตัวแปร คือ

2.1) ตัวแปรระหว่างกลุ่ม (a between-subjects factor) ได้แก่ การให้คำแนะนำแบบ กระชับ (กลุ่มควบคุม) กับการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย (กลุ่มทดลอง)

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

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวน โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's $W = .646$ และมีค่า $sig = <.001$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า $\alpha = .05$ จึงสรุปได้ว่า ความแปรปรวนร่วมไม่เป็น compound symmetry ซึ่งหมายถึง ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำ และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้งของวิธีการทดลองแต่ละกลุ่มต่างกัน ดังนั้นในการอ่านผลจึงเลือกอ่านด้วยวิธี Greenhouse-Geisser ดังแสดงในตารางที่ 7



ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการถอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

จากภาพที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินมากกว่ากลุ่มทดลองในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measures ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างวิธีการทดลองกับช่วงเวลาที่ใช้ในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
Between subjects	59	1800.72			
Group	1	224.45	224.45	8.25	.006
SS w/in group	58	1576.27	27.17		
Within subjects	88.20	6106.44			
Interval	1.47	5662.14	3832.34	661.54	<.001
Interval x Group	1.47	132.10	89.41	15.43	<.001
Interval x SS w/in group	85.26	312.20	5.38		

จากตารางที่ 7 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ (Interval x Group) ($F = 15.43$, $P = <.001$) จากกราฟในภาพที่ 5 พบว่าผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์เป็น ordinal interaction โดยคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินก่อนหยุดสูบบุหรี่ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.97 และในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.87

2) ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Group) ($F = 8.25$, $P = .006$) หมายความว่า ค่าเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (Interval) ($F = 661.54$, $P = <.001$) หมายความว่า ค่าเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถทดสอบความแตกต่างโดยการเปรียบเทียบเป็นรายคู่

ส่วนที่ 3 การทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni

ช่วงเวลา	ตารางสรุปผลการวิเคราะห์รายคู่ (กลุ่มควบคุม)			
	Mean	ก่อนหยุดสูบ	หลังหยุดสูบ วันที่ 1	หลังหยุดสูบ วันที่ 2
ก่อนหยุดสูบ	8.17	.....	10.03*	15.60*
หลังหยุดสูบ วันที่ 1	18.20	.....	.....	5.57*
หลังหยุดสูบ วันที่ 2	23.77	.....	.....	.....

ผลการทดสอบรายคู่ในกลุ่มควบคุมดังตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 สูงกว่าในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 สูงกว่าในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni

ช่วงเวลา	ตารางสรุปผลการวิเคราะห์รายคู่ (กลุ่มทดลอง)				
	Mean	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2	หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 7
ก่อนหยุดสูบบุหรี่	8.30	.....	6.93*	11.60*	.30
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 1	15.23	.....	.....	4.66*	-6.63*
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 2	19.90	.....	.....	.....	-11.30*
หลังหยุดสูบบุหรี่ วันที่ 7	8.60	.....	.....	.....	.....

ผลการทดสอบรายคู่ในกลุ่มทดลองดังตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 สูงกว่าในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 สูงกว่าในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ไม่แตกต่างจากอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ และคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ลดลงจากในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni

ช่วงเวลา	Mean difference
ก่อนหยุดสูบบุหรี่	.13
หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	2.97*
หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2	3.87*

* ค่า critical การทดสอบรายคู่เท่ากับ 1.05

จากตารางที่ 10 เมื่อนำความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง (The Posttest Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบกระชับ

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ทั้งชายและหญิงที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวันติดต่อกันมาอย่างน้อย 1ปี
4. ยินดีที่จะไม่สูบบุหรี่ขณะเข้าร่วมวิจัย
5. มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

6. ผู้ป่วยเต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. ใช้ยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการทดลอง
 2. กลุ่มตัวอย่างหวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งประเมินได้จากการตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ส่วนในล้านส่วน (≥ 10 ppm)
 3. กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกระหว่างเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ซีฟจรเต้นผิดปกติ
 4. กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธและหยุดการเข้าร่วมวิจัย
- การติดตามประเมินผลหลังการทดลอง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่หยุดสูบบุหรี่ได้ครบ 2 วัน จำนวนทั้งหมด 60 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบวัดอาการถอนนิโคติน The Minnesota Withdrawal Scale-Revised
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการผ่อนคลาย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิค

การผ่อนคลาย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง โดยเตรียมตัวผู้วิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. ระยะดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตรวจสอบข้อมูล

ส่วนบุคคลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางที่วางแผน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมให้ครบทั้ง 30 คนก่อน จึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนแบบสองทางชนิดวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measures ANOVA)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison) ในแต่ละช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่าอาการถอนนิโคตินเป็นอาการไม่สุขสบายต่างๆ ประกอบไปด้วย มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์เสีย วิตกกังวล สมาธิลดลง กระสับกระส่าย มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น อาการจะเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังหยุดสูบบุหรี่ (American Psychiatric Association, 2013) และอาการมักเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ (Le Foll & George, 2007) แต่บางที่อาจจะเป็นสัปดาห์ (Anderson et al., 2002) อาการถอนนิโคตินเป็นอาการไม่สุขสบายต่างๆ เกิดจากผู้ที่สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ ร่างกายจึงไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้ไม่มีสารโดปามีนและสารสื่อประสาทชนิดอื่นๆ (Benowitz, 2008) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกกับอารมณ์และความรู้สึก ดังนั้นจึงเกิดอาการไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้ง 2 กลุ่ม เพิ่มขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 สอดคล้องกับเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการถอนนิโคตินของ DSM V ซึ่งบอกไว้ว่าอาการถอนนิโคตินจะเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อหยุดการใช้นิโคตินหรือลดจำนวนการใช้นิโคตินลง (American Psychiatric Association, 2013) และอาการมักเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ (Le Foll & George, 2007) ส่วนในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินจะลดลงหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินเพิ่มขึ้นทันทีตั้งแต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และมีแนวโน้มลดลงหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 และอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในงานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการวัดคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มควบคุมในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไรในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7

อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในแต่ละช่วงเวลาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ของทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 11.7 มวน ถือว่าค่อนข้างมาก ซึ่งจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเป็นการประเมินระดับการเสพติดนิโคตินว่ามีมากน้อยเพียงใด หากผู้สูบบุหรี่มีระดับการติดนิโคตินสูงแสดงให้เห็นว่าหากหยุดสูบบุหรี่จะเกิดอาการถอนนิโคตินที่สูงได้ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2551) อีกทั้งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเครียดจากชีวิตประจำวัน และความเครียดจากการทำงาน ซึ่งเมื่อหยุดสูบบุหรี่ก็จะยิ่งทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินสูงขึ้นไป ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Le Foll and George (2007) ซึ่งพบว่าอาการถอนนิโคตินมักเกิดขึ้นสูงสุดภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบบุหรี่

ได้แสดงถึงระดับการติดสารนิโคติน และความพยายาม ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผู้ที่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้ระยะเวลานานกว่า แสดงถึงความสามารถในการจัดการกับอาการถอนนิโคตินได้ดีกว่า (กรองจิต วาทีสารกกิจ, 2551) ในงานวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนเคยเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 1 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างมาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษา รายบุคคลเป็นจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งมีการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้เชื่อมโยงกับภาวะโรคหัวใจ ของกลุ่มตัวอย่าง ให้คำแนะนำสำหรับวิธีการจัดการอาการถอนนิโคติน การเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ และวิธีการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ พร้อมทั้งได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นจำนวน 2 ครั้ง ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความอดทนต่ออาการถอนนิโคตินและสามารถจัดการกับอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

2. คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และวันที่ 2 คะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นในทิศทางเดียวกัน และจากการเปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินเพิ่มขึ้น 6.93 และ 4.66 ตามลำดับ ส่วนความต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลองในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินลดลง 11.30

ส่วนความต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินเพิ่มขึ้น 10.03 และ 5.57 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทดสอบรายคู่พบว่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่มีค่าเท่ากับ 0.13 ซึ่งความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินไม่แตกต่างกัน แต่หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินแตกต่างกัน 2.97 และ 3.87 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการถอนนิโคตินหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 กับหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยเริ่มให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครั้งแรก ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยยังไม่หยุดสูบบุหรี่เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยอธิบายเชื่อมโยงกับภาวะ

โรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้คำแนะนำสำหรับวิธีการจัดการอาการถอนนิโคติน การชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของตัวผู้สูบบุหรี่เอง รวมทั้งเน้นย้ำถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมทั้งผลต่อครอบครัว และเน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษาในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 จะให้คำปรึกษาในการเผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ เพื่อหาทางเลือกอื่นหรือป้องกันไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะเหล่านั้น และพูดคุยถึงประสบการณ์ในการบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่ผ่านมา เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาวิธีบรรเทาอาการถอนนิโคตินที่เหมาะสมกับตนเอง ครั้งที่ 3 ให้คำปรึกษาในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 จะให้คำปรึกษาในเรื่องวิธีการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งให้กำลังใจในทุกครั้งที่ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีกำลังใจ มีความหวัง และมีพลังในการอดทนต่ออาการถอนนิโคตินได้มากขึ้น

นอกจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาแล้วยังได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธี body scan ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการสังเกตลมหายใจ ร่วมกับการนึกภาพส่วนต่างๆของร่างกายเป็นการฝึกสติ (Mindfulness) อีกวิธีหนึ่ง เป็นเทคนิคการผ่อนคลายเกี่ยวกับการรู้คิด โดยการสังเกตลมหายใจร่วมกับการนึกภาพบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายจำนวน 2 ครั้ง ในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 ซึ่งในขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกเทคนิคการผ่อนคลายทั้ง 2 วัน พบว่าในขณะที่ฝึกมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกคนในเรื่องจังหวะการหายใจสม่ำเสมอ การกระพริบหรือเคลื่อนไหวของเปลือกตาลดลง แขนงอกอยู่ข้างลำตัวทั้งสองข้าง และปลายเท้าแยกออกจากแนวกลางลำตัว ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในเรื่องอัตราการหายใจลดลง พบว่าในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลง 16 คน ส่วนในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลง 20 คน และจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างหลังฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย กลุ่มตัวอย่างบอกว่ารู้สึกผ่อนคลาย สบาย และรู้สึกอยากนอนหลับ สอดคล้องกับงานวิจัยที่สนับสนุนว่าเทคนิคดังกล่าวมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (Kabat-Zinn & Hanh, 2013) และเทคนิคนี้ยังช่วยทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติกมากกว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน (Ditto et al., 2006) และสามารถช่วยลดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย และความตึงเครียด ซึ่งเป็นอาการของการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ (Cropley et al., 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cropley et al. (2007) ซึ่งทำการศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองมีอาการถอนนิโคตินและอาการอยากบุหรือน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และในทำนองเดียวกัน

Ussher et al. (2009) ศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการอยากบุหรี่ยาและอาการนอนนิโคติน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย มีอาการนอนนิโคติน และอาการอยากบุหรี่ยาลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้เข้าร่วมการให้คำปรึกษารวมกับเทคนิคการผ่อนคลาย มีผลต่ออาการนอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลในหน่วยงานต่างๆ ได้ฝึกเทคนิคในการผ่อนคลาย ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการนอนนิโคตินแก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ ในการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบของโรคและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดให้ความรู้กับนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษามีองค์ความรู้ และเห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษา การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการดูแลแบบผสมผสานในรูปแบบต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์และวางแผนเพื่อช่วยเหลือบรรเทาอาการแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยา ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ โดยจัดให้มีกิจกรรมที่มีความเหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในแต่ละโรค เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การฝึกผ่อนคลายความเครียด*. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1012>
- กรອງจิต วาที่สาธกกิจ. (2551). การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ. ใน กรອງจิต วาที่สาธกกิจ, *การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กรອງจิต วาที่สาธกกิจ. (2552a). ถนนปชต (5A) กับการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ. ใน กรອງจิต วาที่สาธกกิจ, *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กรອງจิต วาที่สาธกกิจ. (2552b). รูปแบบต่างๆในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่. ใน กรອງจิต วาที่สาธกกิจ, *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2554). *การประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์, 2556, สืบค้นจาก <http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/cigarcontrol/3.pdf>
- เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2556). *คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นครปฐม: หจก. สันทวิกิจ พรินตติ้ง.
- เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. (2556). *บุหรี่ ภัยร้าย ทำลายคุณ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: แสงเทียนการพิมพ์.
- จันทนา วิธวาศิริ. (2555). พยาบาลไทยกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. *จุลสาร ฟ้าใไล ไร่ควัน*, 6(4), 7-8.

- จิราภรณ์ เนียมกฤษกร และสุนิดาปรีชาวงษ์. (2550). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 1(1), 2-13.
- เดือนทิพย์ เขษมโอภาส และพรทิพย์ ชิวะพัฒน์. (2555). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดควันบุหรี่. *Kuakarun Journal of Nursing*, 19(1), 103-117.
- ทัศนีย์ ลิ้มป์सानนท์. (2555). ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟต่อความอยากบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่. (ปริญญามหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2551). กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2552). การเสพติดบุหรี่และการประเมินผู้สูบบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- นำพิชญ์ ธรรมหิเวศน์. (2539). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดักกระดูก. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปกรณ เมธจุจกานนท์. (2550). การสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการผ่าตัดโรคหลอดเลือดเออร์ต้า: ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในคนไข้ที่ได้รับการสวนเส้นเลือดหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (ปริญญามหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2552a). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2552b). สถานการณ์การสูบบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2552c). พิษภัยของควันบุหรี่มือสอง. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

- ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์. (2550). Pitfalls การให้บริการลด ละ เลิกยาสูบ ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- ปริศนา วรนนท์. (2541). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 9).
 ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2555). *การบำบัดทางเลือกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่วิถีไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท อภัยรยู ศรีเอทนิว จำกัด.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2556a). *เอกสารบุหรี่ = ยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2556b). *ควันบุหรี่มือสอง*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- รมชัย คงสกันธ์. (2550). *แนวทางการรักษาผู้ติดบุหรี่ทางจิตเวช*. ใน ส. วัฒนศิริชัยกุล, *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รมชัย คงสกันธ์. (2556). *เอกสารบุหรี่กับโรคทางกาย*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ. (2550). *พิษภัยบุหรี่*. ใน ส. วัฒนศิริชัยกุล, *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. ใน เอกพลากร วิชัย, *การสูบบุหรี่ในผู้ที่เป็็นโรคเรื้อรัง*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- วิธาน ฐานะวุฒม์. (2552). *บอดี้สแกน*. สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์, 2558, สืบค้นจาก http://jitwivat.blogspot.com/2009/07/blog-post_24.html
- ศรินยา ฉันทะปรีดา. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้บาดเจ็บสมอง*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2553). *โรคหลอดเลือดหัวใจ การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพมหานคร: หจก. เอ็นพีเพรส.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. (2550). เกสซ์บำบัดในการเลิกบุหรี่ ใน สมเกียรติ วัฒนาศิริชัยกุล, *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สภาเทคนิคการแพทย์. (2556). *คุณรู้หรือไม่ว่าคาร์บอนมอนนอกไซด์มีผลอย่างไรกับตัวคุณบ้าง*.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: บริษัท ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม, 2558, สืบค้นจาก http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E5Lakcr_DCMJ:service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf+&cd=5&hl=th&ct=clnk&gl=th
- สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *จำนวนการเสียชีวิตจากยาสูบ*. สืบค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์, 2558, สืบค้นจาก http://203.157.41.107/estimates_new/upload/2557/560801_limit_57/HL2/HL203_Tobacco.doc
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์. (2552). *ผลของการนัดกจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
- สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553). *ผลของการนัดกจุดสะท้อนฝ่ามือต่ออาการถอนนิโคติน*. *วชิรเวชสาร*, 54 (2), 181-191.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2550). *การบริหารยาสูบและสารนิโคตินทดแทน*. ใน สมเกียรติ วัฒนาศิริชัยกุล, *ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2555). *การบำบัดโรคเสพติดยาสูบ สำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก*. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา & สุรจิต สุนทรธรรม, *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). *พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 9-18.

- อมรรัตน์ ภิราษร. (2541). ผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซีกิ้งต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2552). หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน กรองจิต วาที สาธกกิจ, ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติด พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การบำบัดโรคเสพติดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2556). แนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิก บุหรี่สู้งานประจำ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อภัยรุธู ครีเอทีฟ จำกัด.
- อรอนงค์ ส่งทวน. (2552). ผลของการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยคัดยกรรม. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา วานอุปถัมภ์. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยวัณโรค. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Allen, S. S., Bade, T., Hatsukami, D., & Bruce Center. (2008). Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(1), 35-45.
- American Heart Association. (2014). Coronary Artery Disease - Coronary Heart Disease. Retrieved 5 February, 2015, from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeart%20and%20Stroke%20News/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416_Article.jsp
- American Psychiatric Association. (2000). *The diagnostic and statistical manual of Mental disorders 4th ed. text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, J. E., Jorenby, D. E., Scott, W. J., & Fiore, M. C. (2002). Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *CHEST*, *121*(3), 932–941. doi: 10.1378/chest.121.3.932
- Arnsten, J. H., Reid, K., Bierer, M., & Rigotti, N. (2004). Smoking behavior and interest in quitting among homeless smokers. *Addict Behav*, *29*(6), 1155-1161. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.03.010
- Bedfont Scientific Ltd. (2011). *piCO+ Smokerlyzer Operating manual*: Bedfont Scientific Ltd.
- Benowitz, N. L. (1996). Pharmacology of Nicotine: Addiction and Therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, *36*, 597-613. doi: 10.1146/annurev.pa.36.040196.003121
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med*, *121*(4 Suppl 1), S3-10. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.01.015
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev*, *25*(6), 713-733. doi: 10.1016/j.cpr.2005.05.003
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5 ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Chinaworapong, S. (2005). *Self massage for stress reduction among workers in Ao Udom Hospital, Siracha, Chonburi*. (The Degree of Master), Mahidol University.
- Critchley, J. A., & Simon. (2003). Mortality risk reduction association with smoking cessation in patient with coronary heart disease: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *290*(1), 86-97.
- Cropley, M., Ussher, M., & Charitou, E. (2007). Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers. *Addiction*, *102*(6), 989-993. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01832.x

- DeMarco-Sinatra, J. (2000). Relaxation training as a holistic nursing intervention. *Holistic Nurse Practice, 14*(3), 30-39. doi: 10.1097/00004650-200004000-0000
- Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. (2006). Short-Term Autonomic and Cardiovascular Effects of Mindfulness Body Scan Meditation. *Annals of Behavioral Medicine, 32*(3), 227–234.
- Donny, E. C., Griffin, K. M., Shiffman, S., & Sayette, M. A. (2008). The relationship between cigarette use, nicotine dependence, and craving in laboratory volunteers. *Nicotine & Tobacco Research, 10*(5), 934–942. doi: 10.1080/14622200801901906
- Dossey, B. M., & Guzzetta, C. E. (1992). Biobehavioral interventions In B. M. Dossey & C. E. Guzzetta (Eds.), *Cardiovascular nursing: Holistic practice*. St. Louis: Mosby.
- Duncan, C. L., Cummings, S. R., Hudes, E. S., Zahnd, E., & Coates, T. J. (1992). Quitting smoking: reasons for quitting and predictors of cessation among medical patients. *Journal of general internal medicine, 7*(4), 398-404.
- Elibero, A., Janse Van Rensburg, K., & Drobos, D. J. (2011). Acute effects of aerobic exercise and Hatha yoga on craving to smoke. *Nicotine Tob Res, 13*(11), 1140-1148. doi: 10.1093/ntr/ntr163
- Etter, J. F. (2005). A self-administered questionnaire to measure cigarette withdrawal symptoms: the Cigarette Withdrawal Scale. *Nicotine Tob Res, 7*(1), 47-57. doi: 10.1080/14622200412331328501
- Everson, E. S., Daley, A. J., & Ussher, M. (2008). The effects of moderate and vigorous exercise on desire to smoke, withdrawal symptoms and mood in abstaining young adult smokers. *Mental Health and Physical Activity, 1*(1), 26-31. doi: 10.1016/j.mhpa.2008.06.001
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., . . . Henderson, P. N. (2008). Clinical Practice Guideline *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Retrieved 7 February, 2015, from http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf

- Galvin, K. T., Webb, C., & Hillier, V. (2000). The outcome of a nurse-led health education programme for patients with peripheral vascular disease who smoke Assessment using attitudinal variables. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4, 54-66. doi: 10.1054/cein.2000.0122
- Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinold, J. W., & Rosner, B. (1992). PREDICTORS OF SMOKING RELAPSE AhLONG SELF-QUI-ITERS: A REPORT FROM THE NORMATIVE AGING STUDY. *Addictive Behaviors*. Vol. 17. pp. X7-377. 1992, 17, 367-377.
- He, Y.-s., Wu, Y.-s., Ouyang, M.-f., Li, G.-x., Li, H.-j., & Xie, H.-E. (2012). Efficacy observation of depression in nicotine withdrawal treated with acupuncture. *World Journal of Acupuncture - Moxibustion*, 22(1), 13-61. doi: 10.1016/s1003-5257(12)60003-8
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K.-O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Hendricks, P. S., Ditre, J. W., Drobos, D. J., & Brandon, T. H. (2006). The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology (Berl)*, 187(3), 385-396. doi: 10.1007/s00213-006-0429-9
- Herman, A. I., & Sofuoglu, M. (2013). Medications to Treat Addictions. 337-343. doi: 10.1016/b978-0-12-398338-1.00035-x
- Hesami, Z., Alvanpour, A., Kashani, B. S., Tafti, S. F., & Heydari, G. R. (2010). Severity of Nicotine Withdrawal Symptoms after Smoking Cessation. *Tanaffos*, 9(1), 42-47.
- Honor Society of Nursing. (2014). How can I manage nicotine withdrawal symptoms without medication. Retrieved 7 February, 2015, from <http://www.sharecare.com/health/smoking-treatment/nicotine-withdrawal-symptom-without-medication>
- Hughes, J. R. (2006). Clinical significance of tobacco withdrawal. *Nicotine Tob Res*, 8(2), 153-156. doi: 10.1080/14622200500494856
- Hughes, J. R. (2007). Measurement of the effects of abstinence from tobacco: a qualitative review. *Psychol Addict Behav*, 21(2), 127-137. doi: 10.1037/0893-164X.21.2.127

- Hughes, J. R., & Hatsukami, D. (2008). Minnesota Withdrawal Scale-Revised. Retrieved 5 January, 2015, from <http://www.uvm.edu/~hbpl/?Page=minnesota/default.html>
- Jacobson, E. (1978). *You must relax* (5 ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jones-Assini, C., Hughes, R., Riley, K., Sokol, H., & Stewart, S. (2011). Evidence-Based Strategies For Treating Tobacco Dependence *Assessment of Tobacco Use*. New York: Medical Society of the State of New York.
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2013). *Full Catastrophe Living (Revised Edition): Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*: Random House Publishing Group.
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129(2), 270-304. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.270
- Kelley, J. A., Sherrod, R. A., & Smyth, P. (2009). CORONARY ARTERY DISEASE AND SMOKING CESSATION INTERVENTION BY PRIMARY CARE PROVIDERS IN A RURAL CLINIC. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(2), 82-94.
- Labbé, E. E. (2011). *Psychology Moment by Moment: A Guide to Enhancing Your Clinical Practice with Mindfulness and Meditation*: New Harbinger Publications.
- Le Foll, B., & George, T. P. (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*, 177(11), 1373-1380. doi: 10.1503/cmaj.070627
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Lerman, C., & Pickworth, W. B. (2007). Gender differences in acute tobacco withdrawal: effects on subjective, cognitive, and physiological measures. *Exp Clin Psychopharmacol*, 15(1), 21-36. doi: 10.1037/1064-1297.15.1.21
- Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation*, 111(25), 3481-3488. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.537878
- McCleron, F. J., Westman, E. C., & Rose, J. E. (2004). The effects of controlled deep breathing on smoking withdrawal symptoms in dependent smokers. *Addict Behav*, 29(4), 765-772. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.02.005

- McNair, D. M. L., & Droppleman, L. F. (1992). *Profile of mood states manual*. NY: Multi-Health System.
- Patten, C. A., & Martin, J. E. (1996). Measuring tobacco withdrawal: A review of self-report questionnaires. *Journal of Substance Abuse, 8*(1), 93–113.
- Perkins, K. A., Levine, M., Marcus, M., Shiffman, S., D'Amico, D., Miller, A., . . . Broge, M. (2000). Tobacco withdrawal in women and menstrual cycle phase. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 176-180. doi: 10.1037//0022-006x.68.1.176
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev, 26*(2), 196-215. doi: 10.1016/j.cpr.2005.11.007
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quist-Paulsen, P., & Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ, 327*, 1254–1257.
- Rempher, K. J. (2006). Cardiovascular sequelae of tobacco smoking. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 18*, 13-20. doi: 10.1016/j.ccell.2005.10.006
- Rice, V. H., & Stead, L. (2006). Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart Lung, 35*(3), 147-163. doi: 10.1016/j.hrtlng.2006.01.001
- Rustin, T. A. (2000). Assessing Nicotine Dependence. *AAFP, 62*(3), 579-584.
- Sangareddi, V., Chockalingam, A., Gnanavelu, G., Subramaniam, T., Jagannathan, V., & Elangovan, S. (2004). Canadian Cardiovascular Society classification of effort angina: an angiographic correlation. *Coron Artery Dis., 15*(2), 111-114.
- Shaw, D., & al'Absi, M. (2008). Attenuated beta endorphin response to acute stress is associated with smoking relapse. *Pharmacol Biochem Behav, 90*(3), 357-362. doi: 10.1016/j.pbb.2008.03.020
- Shiffman, S., West, R., Gilbert, D., Craving, S. W. G. o. t. A. o., & Withdrawal in Clinical, T. (2004). Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res, 6*(4), 599-614. doi: 10.1080/14622200410001734067

- Shiffman, S. M., & Jarvik, M. E. (1976). Smoking withdrawal symptoms in two weeks of abstinence. *Psychopharmacology (Berl)*, *50*, 35-39.
- Shiftman, S., Paty, J. A., Gnys, M., & Kassel, J. D. (1995). Nicotine Withdrawal in Chippers and Regular Smokers: Subjective and Cognitive Effects. *Health Psychology*, *14*(4), 301-309.
- Thorndike, A., Rigotti, N., Regan, S., McKool, K., Swartz, S., Singer, D., . . . Maine Medical Center. (2004). Depression in Smokers Hospitalized With Acute Cardiovascular Disease Increases Nicotine Withdrawal Symptoms and Early Relapse to Smoking. *JACC*, 417A.
- Ussher, M., Cropley, M., Playle, S., Mohidin, R., & West, R. (2009). Effect of isometric exercise and body scanning on cigarette cravings and withdrawal symptoms. *Addiction*, *104*(7), 1251-1257. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02605.x
- Ussher, M., West, R., Doshi, R., & Sampuran, A. K. (2006). Acute effect of isometric exercise on desire to smoke and tobacco withdrawal symptoms. *Hum Psychopharmacol*, *21*(1), 39-46. doi: 10.1002/hup.744
- Weinberger, A. H., Desai, R. A., & McKee, S. A. (2010). Nicotine withdrawal in U.S. smokers with current mood, anxiety, alcohol use, and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *108*(1-2), 7-12. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.004
- Weinberger, A. H., Maciejewski, P. K., McKee, S. A., Reutenauer, E. L., & Mazure, C. M. (2009). Gender Differences in Associations between Lifetime Alcohol, Depression, Panic Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder and Tobacco Withdrawal. *American Journal on Addictions*, *18*(2), 140-147. doi: 10.1080/10550490802544888
- Welsch, S. K., Smith, S. S., & Wetter, D. W. (1999). Development and validation of the Wisconsin Smoking Withdrawal Scale. *Exp Clin Psychopharmacol*, *7*(4), 354-361.
- West, R., & Hajek, P. (2004). Evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal. *Psychopharmacology (Berl)*, *177*(1-2), 195-199. doi: 10.1007/s00213-004-1923-6

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). tobacco. Retrieved 1 February, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

World Health Organization. (2015). Tobacco. Retrieved 1 February, 2015, from <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>

Wu, T.-P., Chen, F.-P., Liu, J.-Y., Lin, M.-H., & Hwang, S.-J. (2007). A Randomized Controlled Clinical Trial of Auricular Acupuncture in Smoking Cessation. *J Chin Med Assoc*, 70(8), 331-338.





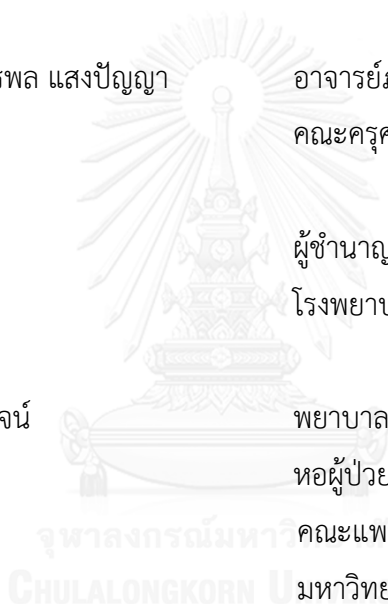
ภาคผนวก

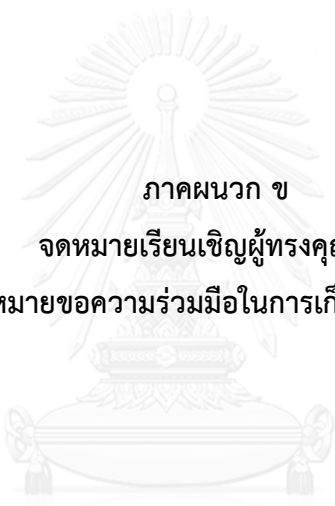
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
พญ. ศุภรณี ขาววิจิตร	แพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสารกกิจ	เลขาธิการมูลนิธิธรรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีรพล แสงปัญญา	อาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร. เอมอร แสงศิริ	ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาลระดับ 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช





ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศธ 0512.11/ 11 ๑๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ กันยายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณยวีร์ ลี้มสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง ศุภรณ์ี ชาววิจิตร แพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง ศุภรณ์ี ชาววิจิตร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-2181-1137

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง โทร. 02-2181-1138

ชื่อนิสิต

นางสาวปณยวีร์ ลี้มสุวรรณ โทร. 08-4638-5513

ที่ ศธ 0512.11/1197



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ กันยายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณณีย์ ลิ้มสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ ที่ปรึกษาวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์ โทร. 02-2181-1137
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง โทร. 02-2181-1138
ชื่อนิสิต	นางสาวปณณีย์ ลิ้มสุวรรณ โทร. 08-4638-5513



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/1126

วันที่ 8 กันยายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณณีย์ ลิ้มสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรพล แสงปัญญา อาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีรพล แสงปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-2181-1137

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-2181-1138

ชื่อนิสิต

นางสาวปณณีย์ ลิ้มสุวรรณ โทร. 08-4638-5513

ที่ ศธ 0512.11/ 11๑๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ กันยายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณยวีร์ ลิ้มสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. เอมอร แสงศิริ ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาลระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ดร. เอมอร แสงศิริ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-2181-1137
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-2181-1138
ชื่อนิสิต	นางสาวปณยวีร์ ลิ้มสุวรรณ โทร. 08-4638-5513



ที่ ศร 0512.11/ 128

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ กันยายน 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณัยวี ลิมสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 1 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-2181-1137
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-2181-1138
ชื่อนิสิต	นางสาวปณัยวี ลิมสุวรรณ โทร. 08-4638-5513

ที่ ศธ 0512.11/1507

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๐ ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณณีย์ ลี้มสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชawangษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการผ่อนคลาย แผนการสอนเรื่องการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ แผนภาพพลิกบุหรีกับโรคหัวใจ และวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ คู่มือวิธีการแก้ไขอาการนอนไม่หลับ และซีดีบันทึกเสียงในการให้คำแนะนำในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปณณีย์ ลี้มสุวรรณ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชawangษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชawangษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

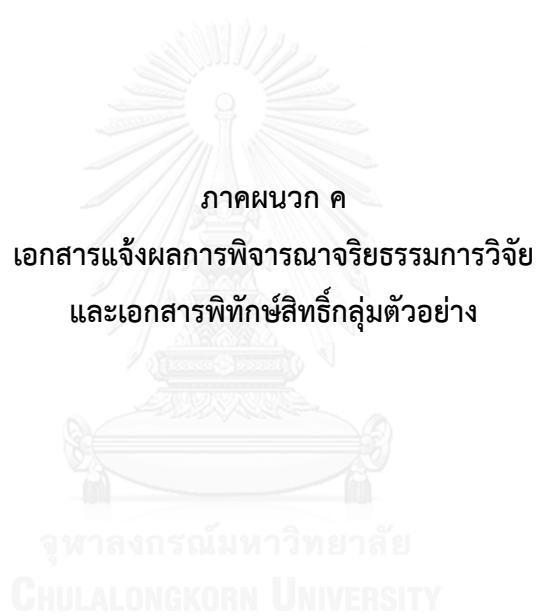
หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชawangษ์ โทร. 02-2181-1137

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-2181-1138

นางสาวปณณีย์ ลี้มสุวรรณ โทร. 08-4638-5513



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 176/2557

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 164.1/57 : ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอน
นิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปณิธิวิทย์ ลิ้มสุวรรณ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*Prof. Dr. Pricha*.....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....*Dr. Pimman*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 9 ธันวาคม 2557

วันหมดอายุ : 8 ธันวาคม 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย.....164.1/57.....
วันที่รับรอง.....9 ธ.ค. 2557.....
วันหมดอายุ.....8 ธ.ค. 2558.....

เงื่อนไข

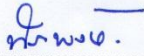
1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont
Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอน
นิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
รหัสโครงการ : U008q/58
หัวหน้าโครงการ : นางสาวปณัยวิทย์ ลิ้มสุวรรณ
สถาบันที่สังกัด : โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ลงชื่อ..... 

(นายพีระพงษ์ สายเชื้อ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....009.....

ให้ใช้ ณ วันที่..... 5 มีนาคม 2558.....

หมดอายุ วันที่..... 4 มีนาคม 2559.....

ประเภทของการรับรอง : ครั้งแรก แก้ไขโครงร่างการวิจัย ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร

1. ชื่อโครงการวิจัย

ผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการนอนนิโคตินของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ

2. รหัสโครงการ U008q/58

3. ชื่อ สถานที่ทำงานของหัวหน้าโครงการวิจัย และชื่อผู้วิจัยร่วม

นางสาวปยุณวิทย์ ลิ้มสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาล ลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ผู้ร่วมวิจัย ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ และดร. จรรยา ฉิมหลวง

4. ผู้ให้ทุนวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (บางส่วน)

5. วันที่ชี้แจงข้อมูล

6. คำเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แต่ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ทั้งหมดอย่างถี่ถ้วน เพื่อให้เข้าใจเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยใน ครั้งนี้ว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ หากเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำ อะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยเพื่อให้อธิบาย จนกว่าท่านเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถขอคำแนะนำในการ ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่าน ท่านมีเวลาอย่าง เพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ โดยไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมใน โครงการวิจัย ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะ ไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่าง ใด ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้สำหรับ **ผู้แทนโดย ขอบธรรมตามกฎหมาย** ของอาสาสมัคร ผู้ลงนามแทนในเอกสารนี้โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสาร นี้หมายถึงอาสาสมัครเท่านั้น

7. โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

อาการนอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความพยายาม ในการเลิกสูบบุหรี่ล้มเหลว ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงสูบบุหรี่อยู่ จะทำให้อาการของโรค

หลอดเลือดหัวใจแย่ง หัวใจทำงานหนักขึ้น ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการนอนนิโคตินและอาการอยากบุหรี่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ การให้คำปรึกษา ในการจัดการกับอาการนอนนิโคตินที่เกิดขึ้นภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ โดยการประยุกต์แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติด พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล และเทคนิคการผ่อนคลายจะช่วยลดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดอาการนอนนิโคตินภายหลังการหยุดสูบบุหรี่ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดอาการนอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการหยุดสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบกระชับ ในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

8. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง อายุ 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวันติดต่อกันมาอย่างน้อย 1 ปี
4. ยินดีที่จะไม่สูบบุหรี่ขณะเข้าร่วมวิจัย
5. ไม่ได้ใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก

ชีพจรเต้นผิดปกติ

7. มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

8. ผู้ป่วยเต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

9. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ท่านหวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งประเมินได้จากการตรวจวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ส่วนในล้านส่วน (≥ 10 ppm)

2. ท่านเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกระหว่างเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก
ชีพจรเต้นผิดปกติ

3. ท่านปฏิเสธและหยุดการเข้าร่วมวิจัย

10. จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 60 คน

11. ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ในกลุ่มควบคุม กิจกรรมครั้งที่ 1-3 ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที ส่วนในกลุ่มทดลองกิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30-35 นาที กิจกรรมครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ใช้เวลาครั้งละ 40-45 นาที

12. หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการปฏิบัติ หรือต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างไรบ้าง

1. หลังจากผู้วิจัยติดต่อให้ท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนัดพบตามสถานที่ที่กำหนดไว้ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงให้ท่านทราบวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง หลังจากนั้นจะให้ท่านตอบแบบวัดอาการนอนนิโคติน ท่านที่อยู่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่และแผนพบความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ ส่วนท่านที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ผ่านแผ่นภาพพลิกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่กับโรคหัวใจ การจัดการอาการนอนนิโคติน พร้อมทั้งได้รับคู่มือวิธีการแก้ไขอาการนอนนิโคตินแล้วจึงนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไป

2. ผู้วิจัยมาพบท่านที่โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครหลังจากท่านหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 เพื่อวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก หลังจากนั้นท่านที่อยู่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังหยุดสูบบุหรี่ ส่วนท่านที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ และจากนั้นท่านจะได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายประมาณ 10 นาที แล้วจึงให้ท่านตอบแบบวัดอาการนอนนิโคติน และได้รับการนัดหมายอีกครั้งในวันรุ่งขึ้น

3. ผู้วิจัยมาพบท่านที่โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครหลังจากท่านหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 เพื่อให้ท่านตรวจสอบปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก หลังจากนั้นท่านที่อยู่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังหยุดสูบบุหรี่เพิ่มเติม ส่วนท่านที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องวิธีการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ หลังจากนั้นท่านจะได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายใช้เวลา 10 นาที แล้วจึงให้ท่านตอบแบบวัดอาการนอนนิโคติน

13. ความไม่สบายทางกายและใจ หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย หายใจเร็ว ซีพจรเต้นเร็วผิดปกติ หน้ามืด เป็นลม แน่นหน้าอก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพักทันที และดูแลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ทุเลา จะดำเนินการส่งพบแพทย์เพื่อได้รับการรักษาต่อไป

14. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเล็กสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ลดอาการกำเริบของโรคและลดอัตราการตายและเป็นแนวทางในการนำการบำบัดทางเลือกไปใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน

15. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากที่ท่านต้องจ่ายตามปกติ หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยเร็ว

16. ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จะจ่ายค่าเดินทางให้ท่านวันละ 200 บาท เป็นจำนวน 2 วัน คือหลังจากท่านหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังจากท่านหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

17. หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถเข้ารับคำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

18. หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพักทันที และดูแลเบื้องต้น ถ้าอาการไม่ทุเลา จะดำเนินการส่งพบแพทย์เพื่อได้รับการรักษาต่อไป และโครงการวิจัยนี้มีแพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบคือ แพทย์หญิงศุภรณี ขาววิจิตร ทำงานที่โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02-326 - 9995 ต่อ 268 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 - 1312 - 9279 และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติเนื่องจากผลจากการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายและได้รับการรักษาจนกว่าจะมีอาการเป็นปกติ และผู้วิจัยจะแจ้งต่อคณะกรรมการวิจัยเพื่อความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

19. หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

สามารถสอบถามได้ที่นางสาวบุญยวีร์ ลิ้มสุวรรณ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เลขที่ 2 ซอยลาดกระบัง 15 ถนน อ่อนนุช-ลาดกระบัง แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทรศัพท์ 02-326 - 9995 ต่อ 264, 265 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 - 4638 - 5513

20. หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่สำนัก งานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

กรณีไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลฯ หรือไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร กองวิชาการ สำนักงานการแพทย์ อาคาร 1 ชั้น 6 เลขที่ 514 ถนนหลวง เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร 10100 โทร. 0-2220-7564 ในเวลาราชการ

21. ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้าตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์ของรัฐ ที่มีหน้าที่ตรวจสอบ

22. ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้นและผู้วิจัยอาจถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่ อาสาสมัครหวนกลับไปสูบบุหรี่ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกระหว่างเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ซีฟจรเต้นผิดปกติ

23. หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม นั้นทันที

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครทราบทันที

24. ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับของผู้วิจัย เก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

มีลายมือชื่อของอาสาสมัคร และผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมวันที่ที่ลงชื่อ

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) อายุ ปีอยู่
บ้านเลขที่ ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวบุญยวีร์ ลีมสุวรรณ เรื่องผลของการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายต่ออาการถอนนิโคตินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือ ผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือ ผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ
ข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัย ต่อหน้าผู้ให้ข้อมูลและพยาน

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง (.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่ เดือน พ.ศ. วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง (.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่ เดือน พ.ศ. วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ

- 1) ผู้ให้ข้อมูล / ขอความยินยอม ควรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและมีความรู้อย่างดีเกี่ยวกับการวิจัย และเป็นผู้ไม่มีความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร
- 2) ในกรณีการวิจัยทางคลินิก ผู้อธิบายให้ข้อมูล ต้องไม่ใช่แพทย์ผู้ทำการวิจัยที่เป็นแพทย์ผู้ดูแลรักษาอาสาสมัครเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ
- 3) พยานเป็นผู้บรรลุนิติภาวะต้องไม่ใช่ผู้วิจัยและทีมงาน และไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูล ลงลายมือชื่อและวันที่ด้วยตนเอง
- 4) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านหนังสือ หรือลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายนิ้วมือแทน

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ () ชาย
 () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น
 () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา
 () ปริญญาตรี
 () สูงกว่าปริญญาตรี
 () อื่นๆ
5. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ
6. อาชีพ.....
7. มีโรคประจำตัวหรือไม่ () มี ระบุ..... () ไม่มี
8. ท่านเป็นโรคหัวใจมานาน.....ปี
 -เคยได้รับการรักษาโรคหัวใจโดย.....
 -ปัจจุบันรักษาโรคหัวใจโดย.....
9. ท่านสูบบุหรี่มานาน.....ปี
10. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่วันละ.....มวน
11. ท่านสูบบุหรี่มานานสุดท้ายเมื่อไหร่โปรดระบุ.....

12. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

 เคย ไม่เคย

-จำนวนครั้งที่เคยเลิก.....ครั้ง

-เลิกได้นานที่สุด.....วัน/ เดือน/ ปี

-สาเหตุที่เคยเลิก

 สุขภาพ ครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ ราคาแพง กลัวตาย ถูกจำกัดบริเวณ รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี อื่นๆ ระบุ.....

-ถ้าเคยเลิกแล้ว เพราะเหตุใดจึงกลับไปสูบบุหรี่อีก

 เครียด หงุดหงิด แอลกอฮอล์ เห็นคนอื่นสูบ คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร อื่นระบุ.....

-ครั้งนี้อยากเลิกเพราะ

 สุขภาพ ครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ ราคาแพง กลัวตาย ถูกจำกัดบริเวณ รู้ว่าเป็นสิ่งไม่ดี อื่นๆ ระบุ.....

แบบสอบถามอาการภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ (แบบวัดอาการถอนนิโคติน)

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาว่า ท่านมี

ความรู้สึกดังกล่าวมากน้อยเพียงใด โดยแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ

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					

แบบประเมินการผ่อนคลาย

วันที่.....

รายการที่สังเกต	มี	ไม่มี
1. อัตราการหายใจลดลง		
2. จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ		
3. การกระพริบหรือเคลื่อนไหวของเปลือกตาลลดลง		
4. แขนทั้งสองข้างตกอยู่ข้างลำตัว		
5. ปลายเท้าแยกออกจากแนวกลางลำตัว		

หมายเหตุ

แผนการสอนเรื่อง “การจัดการกับอาการนอนนิโคติน”

ผู้สอน	นางสาวปณณวิทย์ ลิ้มสุวรรณ
ผู้เรียน	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่
ระยะเวลา	ประมาณ 30 นาที
สถานที่	คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอน
2. เพื่อสร้างความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่
3. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายผลการสูบบุหรี่กับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายความหมายของการเสพติดบุหรี่ และกลไกการเสพติดสารนิโคตินได้ถูกต้อง
5. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ มารอธิบายอาการนอนนิโคตินและวิธีการจัดการกับอาการนอนนิโคตินได้ถูกต้อง
6. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ สามารถอธิบายการเตรียมตัวเลิกบุหรี่และวิธีหลังปฏิบัติตัวหลังจากหยุดสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง

แผนการสนทนารื่อง “การจัดการกับอาการอนินิโคติน”

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้เลิกสูบบุหรี่และสร้างความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่	<p>การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็ง โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคน และเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ปีละ 50,710 คน วันละ 138 คน ชั่วโมงละ 5.7 คน ซึ่งเสียชีวิตจากโรคหัวใจที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 10,000 คน ในสหรัฐอเมริกามีมากกว่า 7,000 ชนิดในจำนวนนี้มีสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด และมีสารพิษมากมาย ที่ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจแย่ลง หัวใจทำงานหนักขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ผนวกการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่ายเลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันสารพิษในควันบุหรี่ยังทำให้เกิดอนุมูลอิสระจำนวนมาก ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดซึ่งนอกจากนี้ยังทำให้ระดับไขมันในเลือดชนิดดีลดลง ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ขณะเดียวกันก็</p>	<p>1. ทักทาย แนะนำตนเองและสนทนาสาเหตุของการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>2. ผู้เรียนแนะนำตนเอง</p> <p>3. ผู้สอนซักถามถึงภาวะสุขภาพของผู้เรียน และนำเข้าสู่บทเรียน</p>	<p>ภาพจำลอง แสดงผลของการสูบบุหรี่กับโรคหัวใจ</p>	<p>ประเมินจากสีหน้า และท่าทางที่แสดงถึงความสนใจของผู้เรียนในการรับฟังข้อมูล</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้เรียนมีความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่</p>	<p>ทำให้ไขมันในเลือดชนิดไม่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบซ้ำ ตีบเร็วขึ้น และรุนแรงขึ้น จนทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก จุกเสียด และนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย</p> <p>การเลิกบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับประโยชน์มากมายโดย ภายใน 1-2 วัน ความดันโลหิตและชีพจรจะปรับสู่ระดับปกติ ภายใน 2 วัน จะเริ่มรู้สึกว่าร่างกายสดชื่นขึ้น ภายใน 3 วัน จะรู้สึกว่าการรับประทานอาหารได้ร่อยขึ้น เพราะกระตุ้นการทำงานของไต ภายใน 4 วัน จิตใจจะสงบและสบายตัวมากขึ้น เพราะอาการอยากสูบบุหรี่ลดลง ภายใน 3 สัปดาห์ จะสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นและน้ำหนักขึ้น ภายใน 2 เดือน ความแข็งแรงจะกลับมามีขึ้นเพราะเลือดสามารถไหลเวียนสู่แขนและขาได้ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน การหายใจดีขึ้น โอลดลง ภายใน 5 ปี สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ภายใน 10-15 ปี อัตราความเสี่ยงต่อการป่วยจะลดลง โดยเฉพาะโรคร้ายต่างๆ และนอกจากนี้การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะลดโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากภาวะหัวใจวาย</p>	<p>ผู้สอนอธิบายให้ผู้ช่วยได้ทราบว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยให้ร่างกายและโรคหัวใจดีขึ้นอย่างไร</p>	<p>ภาพจำลองแสดงรูปหัวใจของคนปกติและหัวใจของผู้ที่สูบบุหรี่</p>	<p>ประเมินจากการตอบคำถามเกี่ยวกับกรเล็กสูบบุหรี่จะช่วยให้ร่างกายและโรคหัวใจดีขึ้นอย่างไร</p>

แผ่นภาพพลิก

บุหรี่ยับโรคหัวใจ และวิธีการจัดการอารมณ์ที่ไม่ดี



จัดทำโดย

นางสาวปทุมวิทย์ สัมสุวรรณ

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิศา ปรีธาวงษ์

อาจารย์ ดร.จรรยา นิมทดวง

การสูบบุหรี่ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิด

โรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็ง โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด

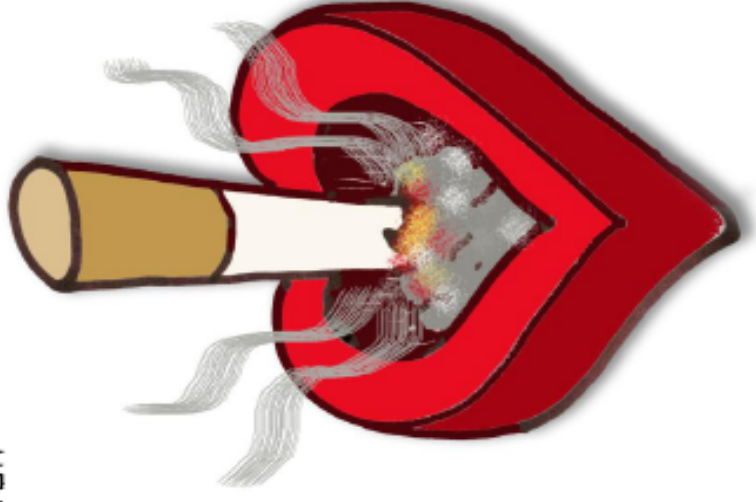
ในสหรัฐอเมริกามีมากกว่า 7,000 ชนิด

ในจำนวนนี้มีสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคน

เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ปีละ 50,710 คน

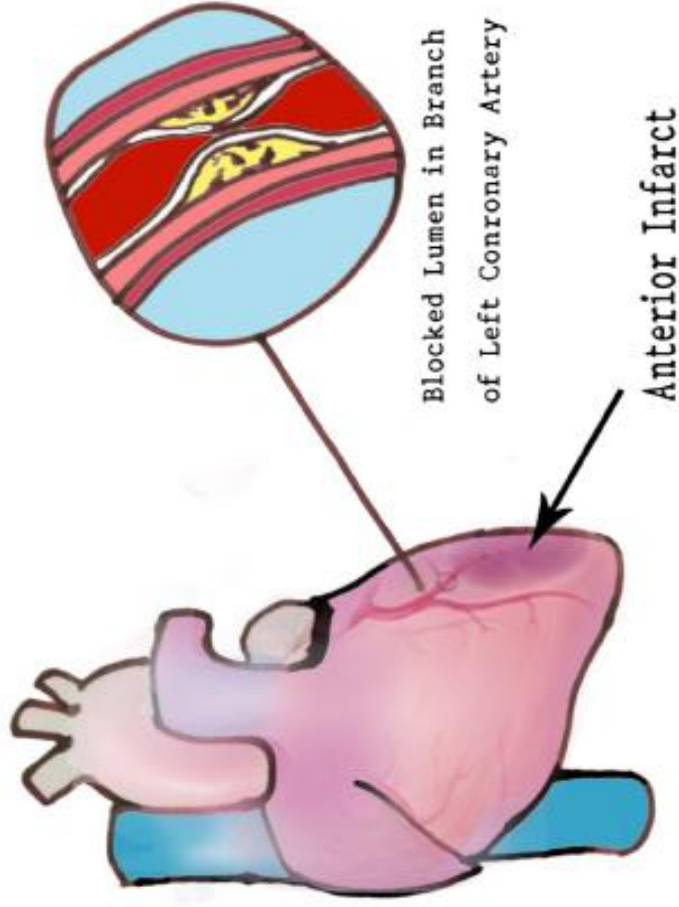
วันละ 138 คน ชั่วโมงละ 5.7 คน



เสียชีวิตจากโรคหัวใจที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 10,000 คน

การสูบบุหรี่

จะทำให้เกิดสารที่อันตราย คือ **สารนิโคติน** ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อตาย และยังพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ระดับไขมันในเลือดชนิดที่ลดลง ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ขณะเดียวกันก็ทำให้ไขมันในเลือดชนิดที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจแย่ลง หัวใจทำงานหนักขึ้น ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบซ้ำ ตีบเร็วขึ้น อุนแรงขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย





ขอขอบคุณที่ไม่สูบบุหรี่

คู่มือ
นิโคติน
 جای
سود
میباشد



จัดทำโดย
นางสาวบุณยวีร์ สัมสุวรรณ
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา ปรึชวางษ์
อาจารย์ ดร.จรรยา จิมหลวง

การเสพติดบุหรี่

การเสพติดบุหรี่ หมายถึง การเสพติดสารที่อยู่ในบุหรี่ ซึ่งสารที่สำคัญที่ทำให้เสพติดบุหรี่คือ นิโคติน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้การสูบบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่ง และจัดให้บุหรี่คือ ยาเสพติด มีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่ากับเฮโรอีน เมื่อสูบบุหรี่ สารนิโคตินจะเข้าไปในปอด ดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว แล้วจะเดินทางไปสู่สมอง กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่ออารมณ์และความรู้สึก เช่น เกิดการตื่นตัว ลดความรู้สึกซึมเศร้า ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น แต่เมื่อหมดฤทธิ์ของสารนิโคตินจะหาให้เกิดความรู้สึกไม่เชิงลบ และเกิดอาการถอนนิโคตินมาแทนที่ ได้แก่ มีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ซึมเศร้า สมาธิลดลง มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ผู้สูบบุหรี่พยายามที่จะหาบุหรี่มาสูบ เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนนิโคตินนี้ และเพื่อให้ได้อารมณ์ที่เป็นสุขต่อไปจึงต้องสูบบุหรี่มีวนต่อไปเรื่อย ๆ สมองจึงเกิดความเคยชินจนจากการได้รับสารนิโคตินและเกิดการเสพติดในที่สุด

อาการถอนนิโคติน



อาการถอนนิโคติน หมายถึง อาการไม่สุขสบายหลาย ๆ อาการ ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวจากการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง หรือจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างฉับพลัน ซึ่งอาการถอนนิโคติน ประกอบไปด้วย มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด โกร่ง่าย อารมณ์เสีย วิตกกังวล สมาธิลดลง กระสับกระส่าย หัวใจเต้นช้าลง มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และมืออาการอากบุหรี่ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกที่หยุดสูบบุหรี่ โดยอาการจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังจากการหยุดสูบบุหรี่ หลังจากนั้นอาการจะค่อย ๆ ลดลง จนลดลงต่ำกว่าก่อนหยุดสูบบุหรี่ประมาณ 2-4 สัปดาห์

บทบรรยายการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยวิธี body scan

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะให้คุณผ่อนคลาย ในขณะที่คุณกำลังฟังซีดีนี้ คุณควรปล่อยวางจากกิจกรรมทุกอย่าง เมื่อคุณพร้อมนอนในท่าที่สบาย ปล่อยแขนขาตามสบาย วางแขนข้างๆ ลำตัว หายมือออก ปลายเท้าห่างกันเล็กน้อย ปล่อยให้ส่วนต่างๆของร่างกายผ่อนคลาย แล้วค่อยๆหลับตาลงเบาๆ อย่างช้าๆ นำความสนใจไปอยู่บริเวณท้องหายใจเข้าลึกๆช้าๆ ให้ท้องป่อง หลังจากนั้นค่อยๆผ่อนคลายออกยาวๆให้ท้องแฟบลง กำหนดการหายใจเข้าและออก 2-3 ครั้ง หายใจเข้าลึกๆช้าๆหายใจออกยาวๆ หายใจเข้าลึกๆช้าๆหายใจออกยาวๆ หายใจเข้าลึกๆช้าๆหายใจออกยาวๆ จากนั้นนำความสนใจไปที่บริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง รับความรู้สึกที่เกิดขึ้นบริเวณปลายเท้า นิ้วเท้าแต่ละนิ้ว ค่อยๆไล่มาบริเวณฝ่าเท้า ส้นเท้า ให้พิจารณาด้วยอะแต่ละส่วน และให้ผ่อนคลาย แล้วค่อยๆ ปรองการรับรู้มายังบริเวณน่อง ให้รู้สึกผ่อนคลาย หัวเข่า ต้นขา พร้อมกับตามลมหายใจ โดยยังคงหายใจเข้าลึกๆช้าๆ หายใจออกยาวๆให้รู้สึกผ่อนคลาย ปรองการรับรู้มายังบริเวณสะโพกและเอว รู้สึกผ่อนคลาย ผ่อนคลายแล้วค่อยๆปรองการรับรู้มาที่บริเวณหน้าท้อง หน้าท้อง ผ่อนคลาย ผ่อนคลายแล้วค่อยๆปรองการรับรู้มายังบริเวณหน้าอก คุณรู้สึกว่าหน้าอกของคุณผ่อนคลาย ปรองการรับรู้มายังบริเวณแผ่นหลังด้านบน บริเวณสะบัก และบ่า พร้อมกับตามลมหายใจเข้าลึกๆช้าๆหายใจออกยาวให้รู้สึกผ่อนคลาย ค่อยๆปรองการรับรู้มายังบริเวณปลายนิ้วมือ แขน และหัวไหล่ ให้รู้สึกผ่อนคลาย ค่อยๆปรองการรับรู้มายังบริเวณลำคอ ท้ายทอย รู้สึกผ่อนคลาย ค่อยๆปรองการรับรู้มายังบริเวณแก้มและกราม รู้สึกผ่อนคลาย จากนั้นปรองการรับรู้มาบริเวณคาง ริมฝีปาก จมูก บริเวณรอบดวงตา ระหว่างคิ้ว หน้าผาก รู้สึกผ่อนคลาย พร้อมกับตามลมหายใจเข้าลึกๆหายใจออกยาวและผ่อนคลาย แล้วค่อยๆปรองการรับรู้มายังบริเวณศีรษะด้านบน ให้รู้สึกผ่อนคลาย ค่อย ๆ นำความสนใจของคุณ กลับมาสู่สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของคุณ ในขณะที่รับรู้ได้ถึงตัวของคุณที่นอนอยู่บนเตียง คุณรับรู้ได้ถึงความสุข ความสงบ และความผ่อนคลายที่ติดตัวคุณมา ขอให้คุณนับในใจ 1 ถึง 3 แล้วสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆคุณรู้สึกสบายและสดชื่นขึ้นแล้ว ค่อย ๆ ลืมตา



ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มควบคุม

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

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มควบคุม (ต่อ)

คนที่	คะแนนอาการถอนนิโคติน		
	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
16	9	24	30
17	6	17	23
18	10	23	27
19	8	20	26
20	8	20	24
21	3	6	18
22	8	12	23
23	7	19	24
24	13	20	25
25	9	15	18
26	10	18	24
27	12	20	24
28	9	19	23
29	10	17	23
30	8	16	20

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนอาการถอนนิโคติน		
	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
1	9	20	24
2	0	10	17
3	3	12	19
4	13	17	18
5	4	15	17
6	9	10	15
7	0	16	20
8	10	11	17
9	1	8	12
10	6	15	18
11	8	12	19
12	12	16	20
13	8	17	23
14	9	15	20
15	10	19	23

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลคะแนนอาการถอนนิโคตินของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คนที่	คะแนนอาการถอนนิโคติน		
	ก่อนหยุดสูบบุหรี่	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2
16	6	12	17
17	9	16	23
18	10	19	24
19	6	12	17
20	15	20	24
21	9	16	20
22	13	19	23
23	8	15	19
24	10	17	23
25	9	15	20
26	12	16	19
27	10	18	24
28	9	15	20
29	13	18	23
30	8	16	19

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนนวนบุหรีที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

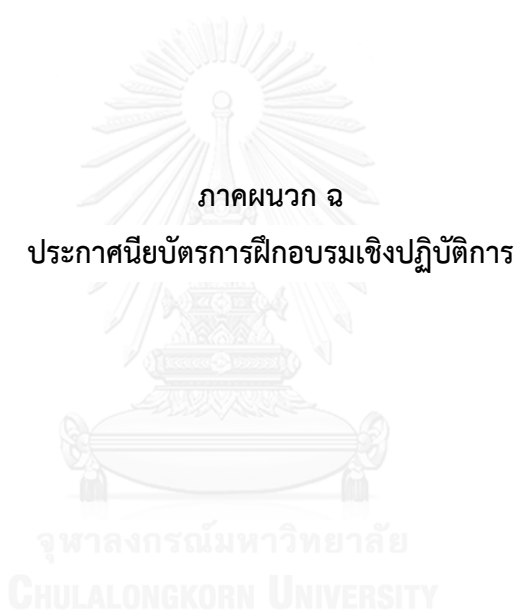
คู่ที่	จำนวนนวนบุหรีที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	10	10
2	10	10
3	10	10
4	15	15
5	10	10
6	10	10
7	20	20
8	10	10
9	10	10
10	10	10
11	10	10
12	12	15
13	10	10
14	10	10
15	10	10

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะการจับคู่กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนนวนบุหรีที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คู่ที่	จำนวนนวนบุหรีที่สูบต่อวัน	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
16	10	10
17	10	10
18	10	10
19	10	10
20	20	20
21	10	10
22	10	10
23	10	10
24	20	20
25	10	10
26	10	10
27	10	15
28	10	10
29	20	20
30	10	10

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง
จำนวน 30 คน ต่อเทคนิคการผ่อนคลายในระยะหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 และหลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2

รายการที่สังเกต	มีการเปลี่ยนแปลง			
	หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1		หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อัตราการหายใจลดลง	16	53.33	20	66.66
2. จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ	30	100.00	30	100.00
3. การกระพริบหรือเคลื่อนไหวของ เปลือกตาลลดลง	30	100.00	30	100.00
4. แขนตกอยู่ข้างลำตัวทั้งสองข้าง	30	100.00	30	100.00
5. ปลายเท้าแยกออกจากแนวกลาง ลำตัว	30	100.00	30	100.00



ใบรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวปุกณวิทย์ ลิ้มสุวรรณ

ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่

วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เวลา 09.00 – 16.00 น.

ณ อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Norah Chantorn

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรองจิต วาทีสารภกิจ)

ที่ปรึกษาวิชาการ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

วิทยาการ/ผู้รับรอง



Certificate of completion
This is to acknowledge that

.....*Poonyawee Limsuwan*.....

has completed

A Work Shop Course on: Positive Psychology and Mindfulness

Held on 12 December, 2013

Dr. Thomas A. Cummings
Clinical Psychologist

Suriyadeo Tripathi
Dr. Suriyadeo Tripathi
Director of National Institute Child and Family Development

Wah C. Smith
Asst. Prof. Dr. Douglas C. Smith
Associate Professor Department of Psychology
Southern Oregon University

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปุณยวีร์ ลิ้มสุวรรณ เกิดวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2530 สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2552 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

