

ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุด สะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*

บันกัธยากรณ มະละศิลป**

ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่
ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาล
แห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ
30 คน จับคู่โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ตัวอย่าง
ทั้งสองกลุ่มได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างเข้มข้นเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลอง
ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนร่วมด้วย โปรแกรมประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล
จำนวน 6 ครั้งและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการ
เลิกบุหรี่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบ
ค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ
โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิก
บุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่
เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ การนวดกดจุดสะท้อน พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effect of Tobacco Cessation Counseling Combined with Reflexology on Smoking Cessation Behaviors of Patients with Chronic Illness

Nunthiyaporn Malasin
SunidaPrechawong, Ph.D.

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research was to compare the effect of tobacco cessation counseling program and tobacco cessation counseling program combined with reflexology on smoking cessation behaviors. The study samples were sixty adult patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary diseases, diabetes, hypertension, or cardiovascular disease, recruited from inpatient units of a general hospital in Mahasarakham province. The samples were assigned into two groups. The groups were matched in term of age and number of cigarettes smoked per day. The samples in both groups were given the same intensive cessation counseling intervention but the experimental group was given hand reflexology. The intensive counseling intervention was composed of six individual sessions counseling and two follow-up telephone counseling sessions. Smoking cessation behavior was assessed after two months by a self-reported questionnaire that had high internal consistency with alpha coefficients of .87 Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results showed that after receiving the intervention, the mean score for smoking cessation behavior of the experimental group was significantly higher before the intervention ($p < .05$). In addition, the mean score of smoking cessation behavior for the experimental group was significantly higher than that for the control group ($p < .05$).

Keywords : Tobacco Cessation Counseling Reflexology Smoking Cessation Behaviors, Patients with chronic diseases

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพของคนไทย ที่นำมาซึ่งความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก มีการคาดการณ์ว่าหากไม่มีการดำเนินการควบคุมยาสูบที่เหมาะสม จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี ใน ค.ศ. 2030 (Marthers and Loncar, 2006) โดยพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง (World Health Organization, 2008) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี 2551-2552 ด้วยการตรวจร่างกาย ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากการสูบบุหรี่และโรคที่ไม่ควรสูบบุหรี่ อันได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ายังมีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 9.9 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลการ, 2552) หากผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปอาจทำให้เกิดอาการทรุดลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย โดยผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่ยังสูบบุหรี่ปอดมีการเสื่อมสภาพลงอย่างรวดเร็วกว่าคนปกติ ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย หอบ ไอ มีเสมหะเรื้อรัง และยังทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอด และมีรายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่ได้ถึงสามเท่า (European Society of Cardiology, 2012) นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่นาน ๆ จะมีภาวะ hyperinsulinemia และภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี จนเลือดไปเลี้ยงส่วนล่างไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้ต้องตัดมือ ตัดเท้า ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยไม่ทราบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ (วิชัย เอกพลการ, 2552)

การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบเป็นหนึ่งในแปดยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากในการทำงานแต่ละวันนั้น พยาบาลมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และครอบครัวในสถานที่ต่าง ๆ (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) ในประเทศไทย โรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ผู้ป่วยได้เริ่มหยุดบุหรี่มาแล้วตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะกระตุ้น ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อไปหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Bolman, Vries, & Breukelen, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยในโดยให้คำปรึกษาแบบเข้มร่วมกับการติดตามอย่างน้อยหนึ่งเดือนสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 37 และหากมีการใช้สารนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) ร่วมด้วย พบว่ามีโอกาสที่จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มขึ้น (Bowman & Stockings, 2013) แม้ว่ายาช่วยเลิกบุหรี่และสารนิโคตินทดแทนจะมีประสิทธิผลช่วยลดอาการถอนนิโคติน ทำให้อัตรา

การเลิกสูบเพิ่มขึ้น ยาเหล่านี้ยังมีราคาแพงมาก อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา ในขณะเดียวกัน ยา Nortriptyline ซึ่งเป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและมีราคาไม่แพงก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น (สุทธิศรี รุ่งเรืองศิริธัญญา, 2552) ดังนั้น การพิจารณานำการบำบัดแบบผสมผสานมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ติดบุหรี่ด้วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดแบบผสมผสานเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ยังมีจำกัด กล่าวคือ มีเพียงการใช้การนัดกอดจุดสะท้อนมาบูรณาการในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ทั่วไป ซึ่งพบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่ได้รับการนัดกอดจุดสะท้อนมีอาการถอนนิโคตินน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่ร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่ร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่ร่วมกับกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่ร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อน

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่ร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่ร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยู่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 2008 (The 2008 Update to Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดแบบผสมผสานเกี่ยวกับการนัดจุดสะท้อนมาจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ โดยองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดบุหรี่ตามที่กำหนดไว้ในแนวทางมาตรฐานสากลในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับปี ค.ศ. 2008 ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูบบุหรี่ การจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่แบบเข้มข้น ควรกำหนดจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแนะนำตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป โดยใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งนานกว่า 10 นาทีรวมจำนวนเวลาทั้งหมดมากกว่า 30 นาที รูปแบบของโปรแกรมเป็นลักษณะของการให้ปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นด้านการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการเสริมแรงสนับสนุนและส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา นอกจากนี้ในปัจจุบันได้มีนโยบายสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ มีการนำการบำบัดแบบผสมผสานมาใช้มากขึ้น เป็นการดูแลสุขภาพที่ช่วยเสริม หรือชดเชย เต็มเต็มความสมบูรณ์ในการดูแลรักษาสุขภาพ อีกทั้งเป็นการปฏิบัติที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การนัดจุดสะท้อนเป็นการดูแลแบบผสมผสานแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Gunnardottir & Jonsdottir, 2007) ช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด (Braun & Simonson, 2008) ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Shaw and al'Absi, 2008) ดังนั้นการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ที่ถูกต้อง การลดความเครียด โดยการนัดจุดสะท้อน อาจช่วยเพิ่มความสนใจในการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่และสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ที่นอนพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคามและมีความต้องการเลิกบุหรี่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการนัดกดจุดสะท้อน ประกอบด้วย 1) การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่จำนวน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30-45 นาที 2) การนัดกดจุดสะท้อนจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 3) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที และ 4) การติดตามให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วย มาตรวจตามนัด 2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่เคยเลิกสูบ สาเหตุที่ทำให้หวนกลับไปสู่อีก

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบระดับการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของ Heatherton et al. (1991) แบบทดสอบประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม มีคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือ ต่ำกว่า 4 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินน้อย 4-6 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึงติดนิโคตินมาก มีค่าความเที่ยง .56 - .70 (Piper, McCarthy, and Baker, 2006)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 นำคะแนนที่ได้มารวมกันคะแนนสูง หมายถึงตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ดี (จิราภรณ์ เนียมมฤณชกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550) แบบวัดชุดนี้เมื่อใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 - .87 (จิราภรณ์ เนียมมฤณชกร และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2550; พัชรินทร์ อินทร์ปรง, 2551)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกของตัวอย่างต่อการนัดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ ซึ่งพัฒนาโดยสิริรัตน์ กนกอรุโรจน์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2553) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีผล หมายถึงตัวอย่างไม่มีความรู้สึกนั้นเลยให้ 0 คะแนน จนถึงมาก หมายถึง ตัวอย่างมีความรู้สึกนั้นมากให้ 4 คะแนน ตัวอย่างตอบแบบสอบถามนี้ภายหลังได้รับการนัดกดจุดสะท้อนฝ่ามือในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยกำหนดคะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ภายหลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ไปทดลองใช้กับผู้ช่วยอายุรกรรมจำนวน 30 คน เมื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .87

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้าอบรมภาคทฤษฎีหลักสูตรผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อเลิกบุหรี่ ระหว่างวันที่ 17-18 สิงหาคม 2553 จากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการนัดกดจุดสะท้อน โดยเข้ารับการอบรมการนัดกดจุดสะท้อนทั้งภาคทฤษฎีจำนวน 8 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 8 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 2-3 ตุลาคม 2553 จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์ (อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน จากภาควิชาการพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงให้ตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นนัดหมายวันเวลากับตัวอย่างเพื่อเริ่มดำเนินการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมด้วยตนเอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

วันแรกที่หยุดสูบบุหรี่ วัดอาการถอนนิโคตินครั้งที่ 1 วัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ปีก่อนการทดลอง และสร้างความตระหนักโดยให้ดูวีดิทัศน์เรื่องพิษภัยจากบุหรี่

หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 1 วัดอาการถอนนิโคตินครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินและการจัดการกับอาการถอนนิโคติน

หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 2 วัดอาการถอนนิโคตินครั้งที่ 3 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือครั้งที่ 1

หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 3 วัดอาการถอนนิโคตินครั้งที่ 4 นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือครั้งที่ 2

หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 4 วัดอาการถอนนิโคตินครั้งที่ 5 นวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือครั้งที่ 3

หลังหยุดสูบบุหรี่วันที่ 7 วัดอาการถอนนิโคตินครั้งที่ 6 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1

หลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 2 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2

หลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 4 สัปดาห์ นัดมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 แสดงความชื่นชมยินดีและกระตุ้นให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ กระตุ้นเตือนไม่ให้หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

หลังหยุดสูบบุหรี่ครบ 8 สัปดาห์ นัดมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2 วัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ หลังการทดลอง แจงสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองยกเว้นขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ โดยกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Paired Sample t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรืกับกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรืร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ส่วนมากสูบบุหรี่มาเป็นเวลา 11-15 ปี โดยสูบ 6-10 มวนต่อวัน เฉลี่ยวันละ 12 มวน ตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเคยพยายามเลิกบุหรืมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ตัวอย่างเคยเลิกบุหรืคือครอบครัวขอร้องให้เลิก ระยะเวลา

ที่เคยเลิกได้ 1-14 วัน สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ตัวอย่างกลับไปสู่อีกคือความเครียด และหงุดหงิด นอกจากนี้ ตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีเพียงร้อยละ 15.0 เท่านั้นที่ตั้งใจเลิกให้ได้ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 53.33 จะลดจำนวนการสูบบุหรี่ คะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่	\bar{X}	SD	Df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	5.38	3.07			
			18	-10.70*	0.01
หลังการทดลอง	17.67	3.12			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	10.64	5.06			
			16	.12	0.90
หลังการทดลอง	10.56	6.10			

จากตาราง 1 ในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยุบรวมกับการนัดจุดสะท้อนมีค่าเท่ากับ 5.38 หลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 17.67 แสดงให้เห็นว่าหลังจากที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยุบรวมกับการนัดจุดสะท้อนมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้น และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยุบรวมก่อนและหลังทดลองมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยุบรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยุบรวมก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ยุบรวมมีค่าเท่ากับ 10.64 และหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 10.56 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยุบรวมก่อนและหลังทดลองมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติทดสอบค่าที (Paired Sample t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ยุบรวมก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจุดสะท้อนกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.64	5.06	39	3.77*	.001
กลุ่มทดลอง	5.38	0.71			
หลังการทดลอง					
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.56	6.10	33.03	-5.47*	.001
กลุ่มทดลอง	17.67	3.12			

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 10.64 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 5.38 แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจุดสะท้อนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 17.67 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 10.56 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรีหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรีของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรีร่วมกับการนัดจุดสะท้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรีเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมการเลิกบุหรีของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรีร่วมกับการนัดจุดสะท้อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่แบบเข้มข้น (Intensive tobacco dependence) ตามที่กำหนดไว้ในแนวทางมาตรฐานสากลในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่ฉบับปี ค.ศ. 2008 ซึ่งประกอบด้วยการประชุมความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูบบุหรี่ จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา 9 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งนานกว่า 10 นาที รูปแบบของโปรแกรมเป็นลักษณะของการให้ปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นด้านการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการเสริมแรงสนับสนุนและส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา นอกจากนี้ยังได้นำการนัดจดจุดสะท้อน เป็นการบำบัดแบบผสมผสานมาร่วมในโปรแกรมด้วย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่ช่วยเสริม หรือชดเชย เต็มเต็มความสมบูรณ์ในการดูแลรักษาสุขภาพ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2550) อีกทั้งเป็นการปฏิบัติที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบผสมผสานแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Gunnardottir & Jonsdottir, 2007) ช่วยปรับสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความเครียด (Braun & Simonson, 2008 ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Shaw and al'Absi, 2008) ดังนั้นการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ที่ถูกต้อง การลดความเครียดโดยการนัดจดจุดสะท้อน อาจช่วยเพิ่มความสนใจในการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่และสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ เนียมกฤษช และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ได้ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตต์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ทั้งก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดจดจุดสะท้อนผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัด กอดจุดสะท้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียวอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้วิจัยได้นำการนัดกอดจุดสะท้อน เป็นการบำบัดแบบผสมผสานมาร่วมในโปรแกรมด้วย (ดังสมมติฐานข้อที่ 1) นอกจากนี้เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) (Fiore, Jaen, Baker, et al., 2008) ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย วิตกกังวล สมาธิ ลดลง กระวนกระวาย หัวใจเต้นช้าลง และมีความอยากอาหารมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (American Psychiatric Association, 2000) อาการถอนนิโคตินนี้ส่งผลให้เกิดอาการไม่สุขสบาย เกิดความเครียด และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Shaw and al'Absi, 2008) จากการศึกษาพบว่าอาการถอนนิโคตินเป็นอุปสรรคขัดขวางความพยายามในการเลิก บุหรี่ ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และยังมีผลต่อการตัดสินใจที่จะสูบบุหรี่เกือบจะทุก ๆ มวน ในแต่ละวัน (Hendricks et al., 2006) เป็นสาเหตุให้ความพยายามในการเลิกบุหรี่ย่ำแย่ลงอีกด้วย (Steptoe and Ussher, 2006) ดังนั้นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้เข้าใจเกี่ยวกับอาการถอน นิโคติน รู้จักวิธีในการจัดการกับอาการดังกล่าว และช่วยเหลือนบรรเทาอาการโดยการนัดกอดจุด สะท้อน จึงเป็นการบำบัดเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่สามารถทนต่ออาการเปลี่ยนแปลง จากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่ดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อน ไปประยุกต์ ใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมทั้งญาติผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการดูแล ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล สามารถนำไปวางแผนเพื่อช่วยเหลือ ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุน (บางส่วน) จากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการ ควบคุมยาสูบ (ศจย.)

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ เนียมกฤษ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม. *วารสารควบคุมยาสูบ* 1(1), 2-13.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2552). กลไกการเสพติดบุหรี่และยาที่ใช้ในการช่วยให้เลิกบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ*. (น. 57-66.). กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- วิชัย เอกผลการ, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, และกนิษฐา ไทยกล้า. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2552). *พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2550). พยาบาลกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 9 -18.
- American Psychiatric Association. (2000). *The diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bolman, C., Vries, H. D., and Breukelen, G. V. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac in patients. *Health Education Research* 17(1), 99-116.
- Bowman, J., & Stockings, E.A. (2013). Smoking cessation for hospitalized patients. *Evidence Based Nursing* 16(1), 21-22.
- Braun, M. B., and Simonson, S. (2008). *Introduction to Massage Therapy*. 2nded. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- European Society of Cardiology. (2012). Smoking after stroke increases death risk by three-fold. {Online}. Available from: <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc12-munich/Pages/smoking-after-stroke-increases-death-risk.aspx .htm> [2012, June 10].

- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. {Online}. Available from: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm> [2008, June 10].
- Gunnardottir, T. J., and Jonsdottir, H. (2007). Does the experimental design capture the effects of complementary therapy A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16, 777-785.
- Marthers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine* 3(11), e442.
- Shaw, D., and al' Absi, M. (2008). Attenuated beta endorphin response to acute stress is Associated with smoking relapse. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 90, 357-362.
- Steptoe, A. and Ussher, M. (2006). Smoking, cortisol and nicotine. *International Journal of Psychophysiology* 59, 228-235.
- World Health Organization. (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva, Switzerland. {Online}. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/> [2009, January 24].