

รายงานการวิจัย

ประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทย

ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต *

จรรยา ใจหนู **

ปุณยนุช สนามทอง ***

ยุพิน หงษ์ทอง ****

ประทีป แสงวงดี *****

อรสา อัครวิธราชกุล *****

Srimoragot, P., Sanamthong, P., Chainun, J., Hong-thong, Y., Sawangdee, P., & Auckarawacharangkul, O.,
Effectiveness of nurse managed tobacco cessation program in Thailand.
Thai Journal of Nursing, 62 (1), 32-43, 2013
Keywords : Nurse Managed, Tobacco Cessation

บทคัดย่อ

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญที่สุดในการช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่สู่วิถีกรรมการไม่สูบบุหรี่และการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน โดยคัดเลือกผู้สูบบุหรี่เป็นประจำต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล 5 แห่ง จำนวน 300 คน เป็นกลุ่มทดลอง 150 คน ได้รับการพยาบาลแบบบูรณาการตามกรอบ 5A และ กลุ่มเปรียบเทียบ 150 คน ได้รับคำแนะนำและการพยาบาลตามปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ และติดตามประเมินการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องอีก 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และเดือนที่ 1, 2, 4, 6 หลังจากวันที่กำหนดว่าจะเลิกบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจาก เครือข่ายพยาบาลเพื่อการเปรียบเทียบยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดดาก

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

***** พยาบาลวิชาชีพ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติและแบบแผนการสูบบุหรี่ ระดับการเสพติดนิโคติน แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และสถิติ t-test ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ นักสูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มมีแบบแผนการสูบบุหรี่ และมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกัน หลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ในระยะ 1 สัปดาห์ และ 1, 2, 4, 6

เดือน น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น จึงควรมีการนำรูปแบบการบำบัดที่บูรณาการการให้คำปรึกษา การทำพฤติกรรมบำบัด การผสมผสานสมุนไพรไทย และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเสริมกำลังใจเพื่อช่วยผู้เลิกบุหรี่ โดยจัดการฝึกอบรมให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ

Abstract

Nurse, one important health professional, has a significant role on providing an effective tobacco cessation service. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of an integrated nurse managed tobacco cessation program, including individual and group counseling, behavioral modification, and lay herbal treatment. Sample were 300 smokers who voluntary participated the program which was conducted in 5 hospitals. The 150 experimental participants received the integrated tobacco cessation program based on 5As strategies. The other 150 comparison participants received a conventional care from nurses. Demographic assessment tool, motivation questionnaire, Fagerstorm nicotine addiction test, social support assessment, and quitting outcome were used to examine both at pretest and posttest. Volunteers in both groups had been followed up at least 5 times, after they set the quit date, by telephone call or home visit or OPD visiting at 1 week, and 1,2,4,6 months. Data analysis was performed by using descriptive statistics, Chi-square test, and t-test. Results revealed that smokers in the experimental group had higher quit rate and reduced number of cigarette than those in the comparison group ($p < .05$). They could maintain high commitment to quit longer than those in the comparison group. Therefore, the effective tobacco cessation should employ integrated strategies, such as Thai herbal medicine and lay knowledge assets. Nurses, especially, in primary care service units, should join a training course to gain their confidence on tobacco cessation service for all Thai smokers.

ความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทย การตายจากมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง มีผลเกี่ยวเนื่องมาจากบุหรี่และมีแนวโน้มว่าจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากมายมหาศาล

(สถิติสาธารณสุข, 2546) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 พบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ที่มีอยู่ประมาณ 7 ล้านคน ต้องการเลิกบุหรี่ และเคยพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองแต่ไม่สำเร็จ โดยมี

สาเหตุแตกต่างกัน เช่น หงุดหงิด เครียด เคยชิน อยากรู้อยากเห็น เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้เป็นอาการของการติดสารเสพติด และไม่อาจทนต่ออาการถอนนิโคตินได้นั่นเอง นอกจากนี้จากผลการสำรวจตามโครงการ การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2552 พบว่า คนไทยสูบบุหรี่ทั้งชนิดมีควัน และชนิดไร้ควันมากกว่า 12 ล้านคน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2552) ซึ่งนักสูบเหล่านี้กำลังต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้การบริโภคยาสูบเป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัด แต่การบำบัดเพื่อช่วยนักสูบให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จำเป็นต้องบูรณาการหลากหลายวิธีร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพการช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงสุด ดังนั้น ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องพัฒนาวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ให้สอดคล้องกับปัญหาของนักสูบแต่ละคน พยาบาลจัดเป็นบุคลากรสุขภาพที่สนใจและเอาใจใส่ในการดูแลช่วยเหลือนักสูบให้เลิกบุหรี่ที่สำคัญ ในการพัฒนาวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยนักสูบให้เลิกได้สำเร็จ โครงการโปรแกรมอดบุหรี่ถาวรในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโรคทรวงอก และโรงพยาบาลอุทัยธานี พ.ศ. 2548-2549 พบว่า พยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยศัลยกรรมที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวรได้โดยไม่ต้องใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ผ่องศรี ศรีมรกต, นภาพร วณิชยกุล และอรุณี หล่อนิล, 2549) อย่างไรก็ตาม การประชุม Society for Research on Nicotine and Tobacco 2008 ณ โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทารา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 28-31 ตุลาคม 2551 มีข้อสรุปว่าบทบาทการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ จำเป็นต้องมีหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบำบัดวิธีต่างๆ โดยเฉพาะการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยา เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่ต่อไป ด้วยเหตุนี้ทีมผู้วิจัยจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลจากงานประจำสู่งานวิจัย เพื่อค้นหาข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่

โดยพยาบาลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการให้เลิกบุหรี่ได้ถาวร และมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับในประเทศไทย และนานาชาติต่อไป

ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการบริการช่วยเลิกบุหรี่โดยบุคลากรสุขภาพ ทั้งแพทย์ เกษัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล มาระยะหนึ่ง จนทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำอีกจำนวนมาก ทั้งผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว และผู้ยังไม่เจ็บป่วยแต่มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยในอนาคตอันใกล้อีกเป็นจำนวนมาก (Garvey, Bliss, Hitchcock, Heinold, & Rosner, 1992; Hughes, 1999; Fiore, Bailey, & Cohen, 2000) อีกทั้งผู้สูบบุหรี่เหล่านี้จะกลายเป็นแหล่งของควันบุหรี่มือสองที่ทำอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงแต่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็ก เยาวชน และสตรี หรือญาติพี่น้องในครอบครัวเดียวกัน และผู้สูบบุหรี่เหล่านี้ยังเป็นต้นแบบของผู้สูบบุหรี่รายใหม่ให้เลียนแบบและกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำในที่สุด

การบำบัดช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาล มีการประยุกต์และบูรณาการการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้สมุนไพร หรือภูมิปัญญาไทยที่เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น มาให้การดูแลช่วยเหลือนักสูบเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิภาพของวิธีการบำบัดดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ทีมผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาล บนพื้นฐานแนวคิดการให้คำปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวคิด Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ของเบ็คและคณะ (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) แนวคิดแบบองค์รวม และแนวคิดการพัฒนาาระบบสนับสนุนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเน้นให้ผู้รับบริการบำบัดตระหนัก ค้นหาความคิดหรือกระบวนการคิดที่เบี่ยงเบนไปเพราะฤทธิ์การเสพติดบุหรี่

และสามารถตรวจสอบความคิดเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นเหตุเป็นผลที่เหมาะสม เพื่อลดและหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมถึง การรับประทานผลไม้รสเปรี้ยว (มะนาว มะขามป้อม ฯลฯ) เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคติน โดยเป็นโปรแกรมที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ และไม่ต้องอาศัยยา (สลิตา สมควรดี, 2542; สุขสมัย สมพงษ์, 2546; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550)

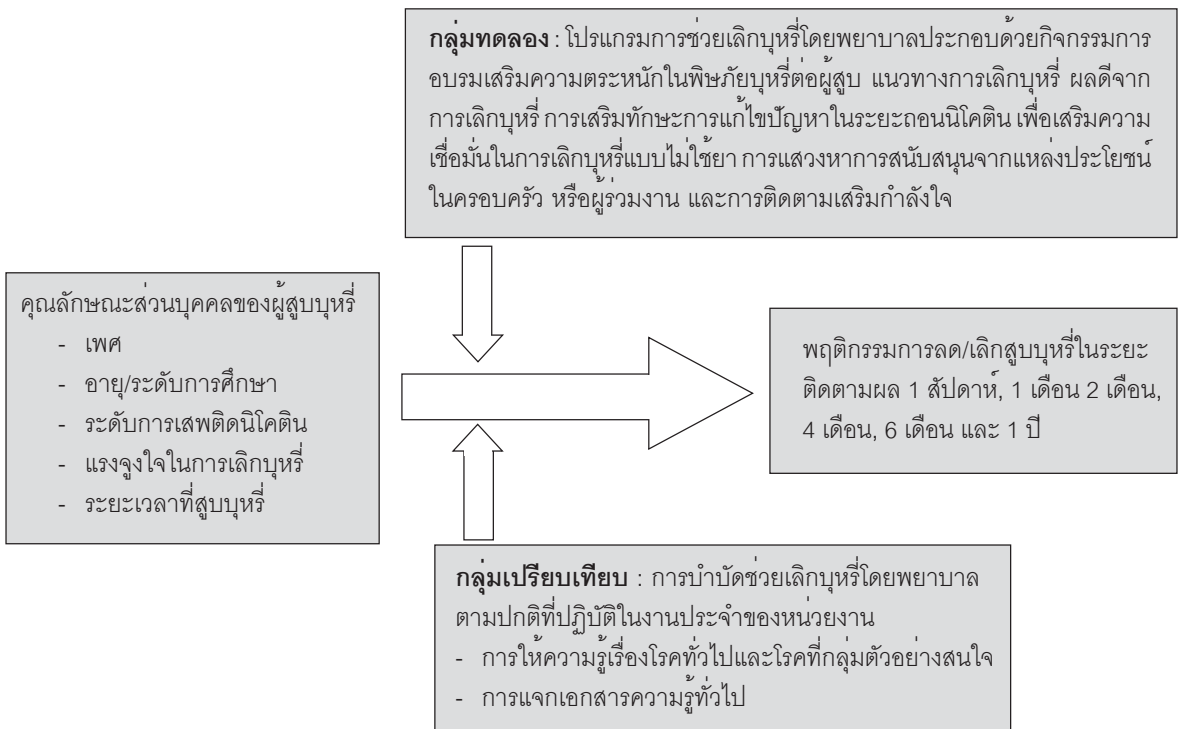
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาลในประเทศไทย
2. เปรียบเทียบผลของการบำบัดตามโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาลกับการให้การช่วยเหลือแบบปกติ ต่ออัตราการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับ

บริการ ในระยะ 1 สัปดาห์, 1 เดือน, 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ ที่มีผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาหรือกิจกรรมบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993) บนพื้นฐานความเชื่อว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การเสริมกำลังใจ การพัฒนาทักษะชีวิตเชิงบวก และการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นพร้อมช่วยเหลือแบบญาติมิตรโดยพยาบาล จะช่วยให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถลด ละ และเลิกการสูบบุหรี่ได้ ยาวนานและยั่งยืนกว่า ช่วยแก้ปัญหาการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำของผู้ที่เสพติดบุหรี่ เป็นการช่วยลดโรคหรืออาการทางกายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการสูบบุหรี่ได้ในระยะยาวต่อไป (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Two group pretest - posttest design) โดยประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สนใจเด็กนุหรีที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อายุมากกว่า 18 ปี และสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สนใจเด็กนุหรีจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยสุ่มโรงพยาบาลทั่วไปแบบ Stratified random sampling ภูมิภาคละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก (ภาคเหนือ) โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี (ภาคกลาง) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา (ภาคใต้) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นตัวแทนหน่วยบริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง แล้วคัดเลือกทีมพยาบาลที่รับผิดชอบการช่วยเด็กนุหรี โรงพยาบาลละ 3-5 คน รวมพยาบาลที่ร่วมโครงการทั้งหมด 19 คน โดยร่วมรับการอบรมกระบวนการบำบัดตามโครงการ และให้พยาบาลทั้ง 19 คน ดำเนินการคัดเลือกผู้สูบบุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลที่ตนปฏิบัติงานอยู่หลังจากพยาบาลดำเนินการตามโครงการ โดยเริ่มจากการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนนักสูบบุหรี่ที่สนใจร่วมโครงการ และโรงพยาบาลละ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับการช่วยเลิกบุหรี่ตามโปรแกรมที่พยาบาลออกแบบให้ กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 300 คน ได้รับการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนร่วมโครงการ และ อีก 5 ครั้ง ในระยะ 1 สัปดาห์ และ 1, 2, 4, 6 เดือน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการ เป็น

โปรแกรมที่ประยุกต์กระบวนการให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด และการดูแลแบบองค์รวมมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ การฉายวิถีทัศน์ พิษภัยบุหรี่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ กับผู้ที่กำลังเข้าโครงการเลิกบุหรี่ การเสริมสร้างทักษะชีวิต การสร้างความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคติน เช่น การรับประทานผลไม้รสเปรี้ยว (มะม่วง มะนาว กานพลู ลูกจันทร์อบแห้ง ฯลฯ) การเยี่ยมเสริมกำลังใจ การฝึกคิดเชิงบวกช่วยคลายเครียด การเป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือในระยะเลิกบุหรี่ของหน่วยงานที่ทำงาน เป็นต้น โปรแกรมการบำบัดเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา พยาบาลเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมบำบัด และนักจิตวิทยาเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่หรือด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้น นำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูบบุหรี่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 2 คน ในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินแบบแผนการสูบบุหรี่ตามกรอบ 5As ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม และความรู้สึกของผู้ต้องการเลิกบุหรี่ รวม 23 ข้อ
2. แบบติดตามประเมินผลการช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยทดสอบหาความเที่ยง ของแบบประเมินแบบแผนการสูบบุหรี่ และแบบติดตามประเมินผลการช่วยเลิกบุหรี่ ในผู้ติดบุหรี่

ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยทุกโครงการ ได้รับความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ จากคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย หรือได้รับการรับรองจากคณะกรรมการกลั่นกรองจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ศึกษา ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ มีระยะเวลา 10 เดือน ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง ธันวาคม 2552 โดยที่มิวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้แก่

1. ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาล เป็นต้น
2. สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์แบบลึก (Informal and in-depth interview) กับกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการ ตามแบบประเมินประสิทธิภาพการช่วยเหลือบุหรี่โดยพยาบาล
3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participative observation) ในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการช่วยให้เลิกบุหรี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไควสแควร์ (Chi-square) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และข้อมูลการสูบบุหรี่) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ทั้งในกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 88.7) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 93.3) อาชีพรับจ้าง (กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.7, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 62.5) สถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 57.3, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 65.5) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 35.8 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.3 ปี) โดยกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ทั้งสองกลุ่มมีโอกาสในการศึกษาในโรงเรียนเฉลี่ย 8 ปี หรือระดับมัธยมต้น มีค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 50-53 บาทต่อวัน และสูบบุหรี่เฉลี่ย 10-11 มวนต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยเลิกมาก่อนมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบบูรณาการ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) แต่กลุ่มที่สูบบุหรี่ทุกวัน สูบนานๆครั้ง หรือไม่สามารถระบุพฤติกรรมการสูบได้ และกลุ่มที่ใช้วิธีการเลิกบุหรี่แตกต่างกัน กลับไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนร้อยละ ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประวัติการเลิกบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ในอดีต และการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่	กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	df	p-value
พฤติกรรมการสูบ (n=297)						
สูบทุกวัน	ทดลอง	127	42.7	3.5	3	.30
	เปรียบเทียบ	130	43.8			
สูบนานๆ ครั้ง	ทดลอง	21	7.1	17	5.7	
	เปรียบเทียบ	17	5.7			
อื่นๆ ระบุไม่แน่นอน	ทดลอง	0	0.0	2	0.7	
	เปรียบเทียบ	2	0.7			
ประวัติการเลิกบุหรี่ (ก่อนร่วมโครงการ) (n=297)						
ไม่เคยเลิก	ทดลอง	36	12.1	3.9	1	.04
	เปรียบเทียบ	52	17.5			
เคยเลิกมาก่อน	ทดลอง	112	37.7	97	32.7	
	เปรียบเทียบ	97	32.7			
วิธีการเลิกบุหรี่ในอดีต (n=265)						
หักดิบ	ทดลอง	57	21.5	1.3	2	.50
	เปรียบเทียบ	59	22.3			
ค่อยๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง	ทดลอง	66	24.9	54	20.4	
	เปรียบเทียบ	54	20.4			
ใช้ยาช่วย	ทดลอง	5	1.9	7	2.6	
	เปรียบเทียบ	7	2.6			
ไม่ระบุ	ทดลอง	0	0.0	17	6.4	
	เปรียบเทียบ	17	6.4			

จากข้อมูลการติดตามผลการบำบัด หลังจำหน่ายจากคลินิก ของ 5 โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ คือ ระยะ 1 สัปดาห์ และระยะ 1, 2, 4, 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองพบว่า สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 6.0-26.0 ลดจำนวนมวนบุหรี่ ร้อยละ 12.7-28.7 และยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 4.00-10.0 ตามระยะที่ติดตามผล สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนใหญ่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 4.67-26.7 ลดจำนวนมวนบุหรี่ ร้อยละ 16.7-60.0 และยังคงสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 13.3-23.3 ซึ่งทีมผู้วิจัยไม่สามารถติดตามผลได้ครบทั้งหมด และพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เพิ่มขึ้นชัดเจนในเดือนที่ 4 ของการติดตามผล ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังการบำบัด ในระยะติดตามผล 1 สัปดาห์, 1 เดือน, 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน

ระยะของการติดตามและพฤติกรรมการสูบบุหรี่		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 สัปดาห์	ติดตามได้	86	57.3	90	60.0
	เลิกบุหรี่ได้	41	27.3	7	4.7
	ลดจำนวนบุหรี่	37	24.7	48	32.0
	ยังคงสูบบุหรี่	8	5.3	35	23.3
1 เดือน	ติดตามได้	60	40.0	61	40.7
	เลิกบุหรี่ได้	35	23.3	8	26.7
	ลดจำนวนบุหรี่	19	12.7	34	56.6
	ยังคงสูบบุหรี่	6	4.0	19	16.7
2 เดือน	ติดตามได้	80	53.33	60	40.00
	เลิกบุหรี่ได้	39	26.00	8	26.7
	ลดจำนวนบุหรี่	26	17.33	34	86.7
	ยังคงสูบบุหรี่	15	10.00	18	13.3
4 เดือน	ติดตามได้	59	39.33	56	37.33
	เลิกบุหรี่ได้	9	6.00	15	10.00
	ลดจำนวนบุหรี่	38	25.33	38	25.33
	ยังคงสูบบุหรี่	12	8.00	3	2.00
6 เดือน	ติดตามได้	91	60.67	64	42.67
	เลิกบุหรี่ได้	37	24.67	14	23.3
	ลดจำนวนบุหรี่	43	28.67	38	60.0
	ยังคงสูบบุหรี่	11	7.33	12	16.7

จากตาราง 2 พบว่า ทุกระยะของการติดตาม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการ สามารถเลิกบุหรี่ได้ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง ยังเลิกไม่ได้ และมีจำนวนหนึ่งที่ทีมผู้วิจัยไม่สามารถติดตามผลได้ ซึ่งกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่และลดจำนวนบุหรี่ที่สูบดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่การติดตามผลในเดือนที่ 4 มีผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการ ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่ม

เปรียบเทียบกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์จำนวนเฉลี่ยของบุหรี่ที่สูบในระยะติดตามผล 6 เดือน และใช้จำนวนบุหรี่ที่สูบ ในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 4 เดือน เป็นตัวแปรปรวนร่วม พบว่า จำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยในระยะติดตามผลทั้ง 5 ครั้งของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95% confidence interval for mean ของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละระยะของการติดตามผล และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t - test (n=300)

จำนวนมวน บุหรี่ที่สูบ ในระยะ ติดตามผล	กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	std. Error	95% confidence Interval for Mean		ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	t	df	p-value
						Lower Bound	Upper Bound					
1 สัปดาห์	ทดลอง	150	9.2	4.1	.8	.7	3.8	0	30	1.8	298	.05
	เปรียบเทียบ	150	10.3	5.1	.9	2.4	6.2	0	25			
1 เดือน	ทดลอง	150	7.3	4.3	.8	.7	3.9	0	25	2.2	298	.02
	เปรียบเทียบ	150	9.4	2.9	.5	1.4	3.5	0	20			
2 เดือน	ทดลอง	150	7.3	4.5	.8	.6	3.9	0	20	3.5	58	.01
	เปรียบเทียบ	150	8.8	2.5	.5	.9	2.8	0	15			
4 เดือน	ทดลอง	150	7.1	4.7	.9	.3	3.9	0	20	4.5	58	.02
	เปรียบเทียบ	150	11.6	2.1	.4	.8	2.3	0	16			
6 เดือน	ทดลอง	150	6.5	3.3	.6	.3	2.8	0	15	2.2	58	.02
	เปรียบเทียบ	150	7.6	2.1	.4	.9	2.4	0	10			

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ในการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอาชีพรับจ้าง และมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับผลการสำรวจครั้งล่าสุดตามโครงการ การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี 2552 ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นเพศชาย มีอาชีพรับจ้าง และการมีสถานภาพสมรสคู่

ทำให้ผู้สูบบุหรี่เหล่านี้เป็นแหล่งของควันบุหรี่มือสองให้สมาชิกในครอบครัว และสาธารณชน ซึ่งต้องการการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ต่อตนเอง และผู้อื่นที่กลายเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยากเลิกบุหรี่ อันจะเป็นการลดโอกาสในการทำร้ายคนที่รัก หรือสมาชิกในครอบครัวไปพร้อมๆ กัน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2552)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ระดับการศึกษาชั้นมัธยมตอนต้น และมีรายได้เฉลี่ย 6,797 ถึง 7,439 บาทต่อเดือน มีค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 50 ถึง 53 บาท และมีจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 10 ถึง 11 มวนต่อวัน สะท้อนว่าผู้ที่สูบบุหรี่ประจำมักไม่รู้ถึงพิษภัย ยาสูบที่ชัดเจน เนื่องจากการเข้าถึงแหล่งความรู้ต่างๆ ไม่เพียงพอ ยังต้องการการชี้แนะ และการให้คำแนะนำจากพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพอย่างเข้มข้น และจริงจัง อย่างเป็นระบบในการเลิกบุหรี่ หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ (Russell et al, 1987) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวัน มีประวัติการเลิก บุหรี่ไม่แตกต่างกัน คือ การหักดิบ หรือค่อยๆ ลดจำนวน การสูบบุหรี่ลง และมีสิ่งแวดล้อมใกล้เคียง ได้แก่ พี่น้อง สูบบุหรี่ เหมือนกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการ สะท้อนให้เห็นว่าเป็น ความจำเป็นต้องจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ และต้องมีการ ปรับปรุงพัฒนาอย่างจริงจัง เพื่อช่วยให้การเลิกบุหรี่มี ประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยสร้าง โอกาสการเข้าถึงบริการ เพราะพยาบาลปฏิบัติงานกระจาย อยู่ทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทย เป็นผู้รับผิดชอบด้านแรกของ บริการสุขภาพ และมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยสร้าง แรงจูงใจ ให้สูขศึกษา สนับสนุนวิธีการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ แบบบูรณาการ และติดตามผลต่อเนื่อง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า สมเหตุสมผล

การศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการ ทั้งสองกลุ่ม เคยมีความคิดเลิกบุหรี่มาก่อน แต่เลิกไม่สำเร็จ และกลับไปสูบบุหรี่อีกด้วยเหตุผลต่างๆ กัน ดังนั้น พยาบาล จำเป็นต้องสำรวจ ตรวจสอบและค้นหาปัจจัยเหล่านี้ เพื่อ เป็นแนวทางการให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนความคิด และ ช่วยให้ผู้เลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) โดยเฉพาะการดื่มสุรา เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ ทำให้โอกาสในการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่สูงขึ้น ในการพัฒนา โปรแกรมการบำบัดช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาล

จึงจำเป็นต้องค้นหาปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง หรือจาก ประสบการณ์ใกล้เคียง หรือจากตัวแทนบุคคลต้นแบบ หรือ ตัวแทนสัญลักษณ์ เพื่อเสริมความเข้มแข็งในการเผชิญหน้า กับสถานการณ์ท้าทายการหวนกลับไปสูบบุหรี่ และสร้าง กำแพงปกป้องตนเอง เพื่อลดการกลับไปสูบบุหรี่ได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องการการศึกษาติดตามในระยะยาว อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความแตกต่างในกลุ่มที่สามารถงดเว้น หรือหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้ กับกลุ่มที่ยังไม่อาจหลีกเลี่ยง ได้ ว่าอัตราความสำเร็จและความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ แตกต่างกันอย่างไร

การเลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงการติดตามผลตั้งแต่ 1 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน เกิดจาก การความมั่นใจในตนเองว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นแรง จูงใจสำคัญ ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่กลุ่มทดลองได้รับการ สนับสนุนด้านจิตใจหลายด้าน ในทุกระยะการติดตาม ประเมินมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีเพียงความคิดของ ตนเองเท่านั้นว่าจะสามารถเลิกได้สำเร็จ ดังนั้น จึงมีโอกาส กลับไปสูบบุหรี่ได้สูงหากไม่มีการช่วยเหลือสนับสนุนที่ เพียงพอ ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ คล้ายคลึงกัน แต่การสร้างเสริมกำลังใจเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ ได้สำเร็จไม่ชัดเจน ทั้งจากตนเองและจากภายนอก โดย แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ผู้เลิกบุหรี่รับรู้ได้มาก ที่สุด คือ เป็นคนที่ผู้เลิกบุหรี่รักและห่วงใยมาก ได้แก่ ลูก รองลงมา ได้แก่ ครอบครัว (ภรรยา และลูกหรือหลาน โดยเฉพาะลูกสาว) ส่วนแหล่งสนับสนุนจากพยาบาลเกิดขึ้นจากโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาล นั้น พยาบาลแสดงบทบาทเสมือนพี่เลี้ยง หรือโค้ชที่ช่วย เติมพลังใจ พลังความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและ กระบวนการดำเนินชีวิตอย่างเป็นระบบ คอยเสริมกำลังใจ ให้กับผู้เลิกบุหรี่ และเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัว ของผู้เลิกบุหรี่เข้าใจในบทบาทการสนับสนุน และมีส่วนร่วม ให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

อย่างไรก็ตาม การติดตามผลในเดือนที่ 4 พบ ผู้สูบบุหรี่ที่ร่วมโครงการทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลับไปสูบบุหรี่ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะระยะนี้เป็นระยะที่ ผู้เลิกบุหรี่ ชะล่าใจว่าเลิกบุหรี่ได้แล้ว จึงละเลยการทบทวน ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ อีกทั้งทีมพยาบาลไม่ได้ติดตาม เสริมกำลังใจอย่างเต็มที่เช่นครั้งแรกๆ ซึ่งควรมีการศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมในครั้งต่อไป เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการ บำบัดให้ผู้เลิกบุหรี่มีความเข้มแข็งต่อเนื่องยาวนานยิ่งขึ้น และลดโอกาสในการกลับไปสูบบุหรี่อีก (Raw & McNeill, 1998; Raw, McNeill, & West, 1998)

การบำบัดผู้ที่สูบบุหรี่ตามโปรแกรมการช่วยเลิก บุหรี่แบบบูรณาการโดยพยาบาลนี้ มีประสิทธิภาพในการ ช่วยเลิกบุหรี่ การนำรูปแบบการบำบัดแบบบูรณาการโดย พยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลเลิกบุหรี่ได้นั้น พยาบาลต้องมึ ความรู้ และทักษะในการชี้แนะ ให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ ในตนเอง สามารถพัฒนาและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจต่อการเลิก บุหรี่ ดังนั้น ควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ พยาบาล ให้สามารถนำรูปแบบการบำบัดแบบบูรณาการ ไปใช้ในงานประจำ เพื่อประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้

เอกสารอ้างอิง

- ม่วงศรี ศรีมรกต. (2551). *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. กรุงเทพมหานคร: N P Press.
- ม่วงศรี ศรีมรกต นภาพร วาณิชกุล และ อรุณี หล่อนิล. (2550). *การพัฒนาโปรแกรมอดบุหรี่ในผู้ป่วยคัดยกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี และสถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: N P Press.
- สถิติสาธารณสุข 2546. เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2553 จาก <http://www.moph.or.th>
- สถิตา สมควรดี. (2542). การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ. การนำเสนอโปสเตอร์ ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 วันที่ 1-3 กันยายน 2542, กรุงเทพมหานคร.
- สุขสมัย สมพงษ์. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ใช้สารเสพติดที่แสดงตน จังหวัดสกลนคร (ระยะ ที่ 1). การนำเสนอโปสเตอร์ ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 12-15 สิงหาคม 2546, ชลบุรี.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *โครงการ การสำรวจการบริโภคยาสูบใน ผู้ใหญ่ระดับโลก เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ. 2552*. เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2556 จาก http://btc.ddc.moph.go.th/cms3/cms_tmp/uploads/files/TC/GATS/DISC3/GATS%20Thailand%20Fact%20Sheet_Thai%20final%20version_11-2009_Final.pdf
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Fiore, M., Jaen, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N., Curry, S.J. et al. (2000). *Clinical practice guidelines: Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: US Departments of Health and Human Services.
- Garvey, A.J., Bliss, R.E., Hitchcock, J.L., Heinold, J.W., & Rosner, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quiters: A report from the Normative Aging Study. *Addiction Behavior*, 17, 367 -77.

- Hughes, J.R. (1999). Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 60, 689- 697.
- Nancy, H.M. (2006). Cessation program for in- patient smoker. *Nursing Research*, 55, 538 - 543.
- Raw, M., & McNeill, A. (1998). *Tobacco dependence treatment in England*. Geneva, Switzerland : World Health Organization.
- Raw, M., McNeill, A., & West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation intervention for the health care system. *Thorax*, 53 (Supplement 5 Part 1), 1-17.
- Russell, M.A.H., Stapleton, J.A., Jackson, P. H., Hajek, P., & Belcher, M. (1987). District programme to reduce smoking effect of clinic supported brief intervention by general practitioners. *British Medical Journal*, 295, 1240- 1244.