

ประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่

นายปรีดา เบญจนากาศกุล

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

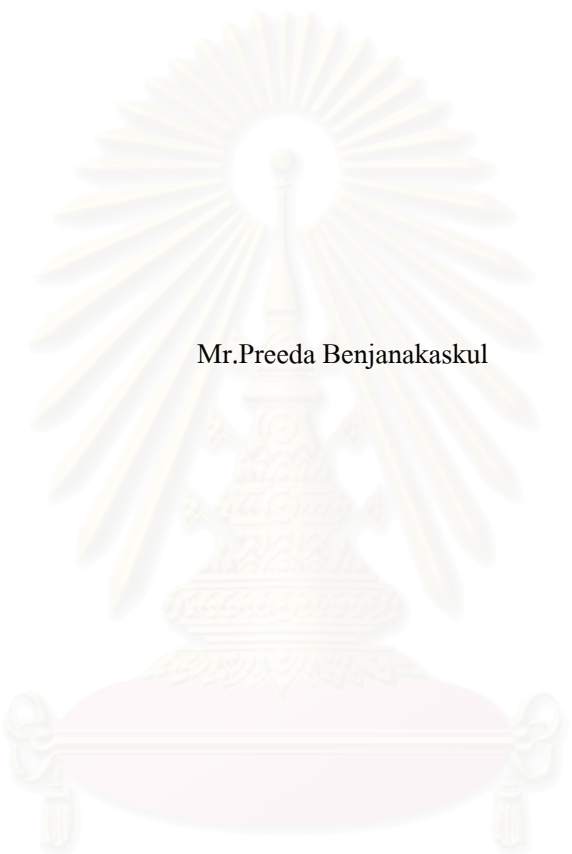
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-14-3414-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTIVENESS OF VERNONIA CINEREA FOR SMOKING CESSATION



Mr.Preeda Benjanakaskul

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic year 2006

ISBN 974-14-3414-6

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่
โดย	นายปรีดา เบญจนาภาสกุล
สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร.ธนภัทร ทรงศักดิ์

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ เปรมโยธิน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ อัจฉรา อุทิสวรรณกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.ธนภัทร ทรงศักดิ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พ.ต.ท.หญิง สมทรง ลาวัณย์ประเสริฐ)

..... กรรมการ
(เภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาใจ)

ปริดา เบญจนาภาสกุล : ประสิทธิภาพของหน้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่. (EFFECTIVENESS OF VERNONIA CINEREA FOR SMOKING CESSATION) อ.ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ.ดร.ธนภัทร ทองศักดิ์, 137 หน้า, ISBN 974-14-3414-6.

ที่มาและวัตถุประสงค์ ยาที่ใช้รักษาผู้ติดบุหรี่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพเพียงเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ 2 เท่าจากยาหลอก และยาส่วนใหญ่มีอัตราการเลิกบุหรี่ในระยะยาวต่ำกว่าร้อยละ 30 ขณะที่ค่าใช้จ่ายการรักษาผู้ป่วยจนครบตามแนวทางเวชปฏิบัติค่อนข้างสูง ดังนั้นแนวทางใหม่ ๆ ในการรักษาผู้ติดบุหรี่จึงถูกพัฒนาขึ้น การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพของหน้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ 2) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้หน้าดอกขาว 3) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากการใช้หน้าดอกขาว และ 4) ต้นทุนการใช้หน้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่

วิธีการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองรูปแบบ randomized, single blind, placebo-controlled, two-parallel group คัดเลือกอาสาสมัครสุขภาพดีจำนวน 64 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2548 ถึงพฤษภาคม 2549 ณ สถาบันธัญญารักษ์ จ.ปทุมธานี โดยแบ่งเข้ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบสุ่มกลุ่มละ 32 คน กลุ่มศึกษาได้รับชาของหน้าดอกขาวปริมาณ 3 กรัมต่อซอง ซงดื่มวันละ 3 ครั้งหลังอาหารนาน 14 วัน กำหนดวันเลิกบุหรี่เป็นวันที่ 8 ของการรักษา กลุ่มควบคุมได้รับชาของหลอก ทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จจากเภสัชกรทุกครั้งที่ติดตามผล โดยติดตามผลการเลิกบุหรี่ทุกเดือนรวมทั้งสิ้น 4 เดือน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง และยืนยันผลด้วยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ รวมถึงมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตทุกครั้งที่ติดตามผลด้วย

ผลการวิจัย ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 40.92 ± 11.51 ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 19.13 ± 10.38 มวน ร้อยละ 67.2 สูบบุหรี่มานาน >20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบการติดยาโคติน (FTND) 5.31 ± 2.11 ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, FBS, LFT, RFT) ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนและหลังรับประทานชา หลังสิ้นสุดระยะเวลารักษามีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR) และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence abstinence rate, PAR) ตามเกณฑ์การประเมินว่าเลิกบุหรี่คือสูบบุหรี่ <5 มวนต่อวันเท่ากับร้อยละ 75.0 และ 50.0 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ($p=0.039$, OR 3.00, 95%CI 1.04-8.65) ที่การติดตามผล 1,2,3 และ 4 เดือน อัตราการเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและเกณฑ์การประเมินว่าไม่สูบบุหรี่เลยพบว่า CAR และ PAR ของกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกตลอดระยะเวลาติดตามผล แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุหลักที่อัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 1,2,3, และ 4 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแต่กลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกเนื่องมาจากกำลังทดสอบทางสถิติไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นสำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคต อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือชาลิ้น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและเวียนศีรษะ แต่อัตราการเกิดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ($p>0.05$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันตั้งแต่ก่อนเลิกบุหรี่และทุกระยะการติดตามผลจนถึง 3 เดือน ($p>0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาติดตามอาจไม่เพียงพอ และต้นทุนการใช้หน้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่ประมาณ 9 บาทต่อวัน

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....ลายมือชื่อนิติ.....

สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

#4776579433 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: VERNONIA CINEREA/SMOKING CESSATION/EFFECTIVENESS/MORUS ALBA

PREEDA BENJANAKASKUL: EFFECTIVENESS OF VERNONIA CINEREA FOR SMOKING CESSATION. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SUPAKIT WONGWIWATTHANANUKIT, Ph.D.,

THESIS COADVISOR: THANAPAT SONGSAK, Ph.D., 137 pp. ISBN 974-14-3414-6.

Background and objectives: Current pharmacotherapies for smoking cessation approximately double the rates of successful quitting relative to placebo. However, the long-term quit rates are generally less than 30% and the cost of therapy is quite high. Thus, there is a need to develop new treatments. The aims of study were to evaluate: 1) effectiveness of *Vernonia cinerea* (VC) for smoking cessation, 2) characteristics of adverse events, 3) smoking cessation health-related quality of life (SHR-QOL) and 4) cost per day of VC for smoking cessation.

Methods: A randomized, single blind, placebo-controlled, two parallel group trials was conducted during October, 2005 to May, 2006 at Thanyarak Institute, Patumthani province. VC was prepared as 3 grams of dry powder in infusion tea bag. A total of 64 patients were randomly assigned to receive a 14 day VC tea taken three times daily or placebo and then were followed for 4 months. Both groups were received a brief counseling by pharmacist at each visit. Patient set a target quit date with dosing starting 1 week before this date. Main outcome measures were abstinence from smoking determined by patient self-report and verified by measurement of urine cotinine, adverse events and SHR-QOL.

Results: The average ages of participants were 40.92 ± 11.51 years old. The patients smoked on average 19.13 ± 10.38 cigarettes/day and 67.2% of patients smoked > 20 years. The mean score of Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) was 5.31 ± 2.11 . Physical examination and laboratory test (CBC, FBS, LFT, RFT) were within normal range before and after using VC tea. At the end of 2 weeks of treatment, the continuous abstinence rate (CAR) and point prevalence abstinence rate (PAR) as smoking <5 cigarettes/day were 75.0 and 50.0 in the study and the control group, respectively ($p=0.039$, OR 3.00, 95%CI 1.04-8.65). CAR and PAR were not statistically significant in each sessions monitoring (i.e., 1, 2, 3 and 4 months). Abstinence rate (CAR and PAR) in the subjects who did not smoke in the study group were higher than in the control group. This result tended to have clinical significance but not statistical significance. The low power of test was the main cause that abstinence rates were not statistically significant. Thus, larger sample sizes are needed in the future research. Numbness on the tongue and nausea/vomiting were most frequently reported by the patients but there was not significantly different between both group ($p>0.05$). SHR-QOL was not statistically significant between the control and study groups ($p>0.05$). This might be because the periods of follow up were not sufficient to demonstrate any significant differences. Cost of VC for smoking cessation was 9 baths per day.

Department:.....Pharmacy..... Student's Signature:

Field of Study:.....Clinical Pharmacy.....Advisor's Signature:

Academic Year:2006.....Co-advisor's Signature:

Preeda Benjandakaskul

Supakit Wongwiwatthanankul

Thanapat Songsak

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการสถาบันธัญญารักษ์ นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย ที่อนุญาตให้เข้าทำการเก็บข้อมูลที่สถาบันธัญญารักษ์ ขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ หัวหน้าห้องให้คำปรึกษาเรื่องยา กลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณนางคุณฉวี ชาญปรีชา นางอรุณี คงช่วงคิด น.ส.นวลกนก อัมพาสล นางสุมาลี เจียรณัย พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่อำนวยความสะดวกด้วยดีตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ธนภัทร ทรงศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำตลอดจนควบคุมการวิจัยอย่างใกล้ชิด ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้อง ๆ และเพื่อน ๆ ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
นิโคติน	9
ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่	10
ผลดีของการเลิกบุหรี่	10
วิธีการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่	11
หญ้าดอกขาว (<i>Vernonia cinerea</i>)	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวก่อนการดำเนินการวิจัย	27
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย.....	30
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย	33
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ข้อมูลทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย	38
ประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่.....	67
อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่.....	85
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่กับยาหลอก	87
ค่าใช้จ่ายในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่	92

บทที่ 5	สรุปผลการศึกษา ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะการศึกษา	
	สรุปผลการวิจัย.....	93
	ข้อจำกัด.....	96
	ข้อเสนอแนะ.....	97
	เอกสารอ้างอิง.....	98
	ภาคผนวก.....	107
	ภาคผนวก ก แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่.....	108
	ภาคผนวก ข แบบทดสอบระดับการติดสารนิโคติน (Fargerstrom test for nicotine dependence).....	111
	ภาคผนวก ค แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่”.....	112
	ภาคผนวก ง คำถามคัดกรองผู้สูบบุหรี่ตามระดับความต้องการเลิกบุหรี่ตาม แบบจำลอง Transtheoretical model.....	115
	ภาคผนวก จ แบบบันทึกคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	117
	ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกประวัติทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่.....	118
	ภาคผนวก ช แบบบันทึกติดตามการเลิกบุหรี่ ประวัติการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์.....	120
	ภาคผนวก ซ แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	121
	ภาคผนวก ฌ เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	123
	ภาคผนวก ฉ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	129
	ภาคผนวก ฎ คู่มือบันทึกการรับปรึกษาและบันทึกการเลิกบุหรี่ พร้อมคำแนะนำและการปฏิบัติตัวเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ.....	130
	ภาคผนวก ฏ จดหมายอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในคนจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมในคน คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย....	136
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	137

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	กลไกการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ 14
2	สรรพคุณทางการแพทย์พื้นบ้านของหญ้าดอกขาว..... 21
3	สารเคมีในหญ้าดอกขาว 22
4	ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของหญ้าดอกขาว 24
5	ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย..... 40
6	ประวัติการสูบบุหรี่..... 46
7	วิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ในการเลิกบุหรี่ก่อนเข้าร่วมวิจัย..... 50
8	เหตุผลที่ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมวิจัย..... 51
9	การเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานชาชง 53
10	ระดับความดันโลหิตของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะการติดตามต่าง ๆ 61
11	อัตราการเต้นของหัวใจของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะการติดตามต่างๆ 63
12	ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะการติดตามต่าง ๆ 65
13	ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม 67
14	อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวัน ประเมินผลตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน 69
15	อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวัน ประเมินผลตามเกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย 73
16	ผลการเลิกบุหรี่จากการตรวจโคตินินในปัสสาวะของกลุ่มศึกษาและกลุ่ม ควบคุมที่ระยะเวลาติดตามผลต่างๆ..... 77
17	ความสัมพันธ์ของการรายงานการเลิกบุหรี่ระหว่างการรายงานโดยผู้ป่วยและ การตรวจโคตินินในปัสสาวะ 80
18	กำลังของการทดสอบทางสถิติและจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการเพื่อให้สามารถตรวจ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน 82
19	กำลังของการทดสอบทางสถิติและจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการเพื่อให้สามารถตรวจ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ไม่สูบบุหรี่เลย 83
20	เหตุผลของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในสัปดาห์ที่2 ... 84
21	อาการไม่พึงประสงค์ของการใช้หญ้าดอกขาวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 86

ตารางที่	หน้า
22	คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละด้านและรวมทุกด้านเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะติดตามผลต่าง ๆ 89
23	ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิบบุหรี่ 91



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	วันที่ประเมินผลของการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล..... 6
2	วันที่ประเมินผลของการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง 7
3	ลักษณะของหญ้าดอกขาว..... 20
4	ตัวอย่างชาชงหญ้าดอกขาวที่มีจำหน่าย 26
5	แผนภูมิขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 34
6	แผนภูมิการศึกษา..... 39
7	Mean Arterial Pressure ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะติดตามผลต่าง ๆ 62
8	น้ำหนักตัวเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาที่สัปดาห์ต่าง ๆ..... 66
9	อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน 70
10	อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน 72
11	อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย 75
12	อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลตามเกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย..... 76
13	อัตราการเลิกบุหรี่จากผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะ 78

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

$1 - \beta$	=	Power of test
χ^2	=	Chi-square
95% CI	=	95% confidence interval
AHRQ	=	Agency for Healthcare Research and Quality
ALP	=	Alkaline phosphatase
ALT	=	Alanine aminotransferase
APR	=	Adverse product reaction
AST	=	Aspartate aminotransferase
BUN	=	Blood urea nitrogen
CA	=	Continuous abstinence
CAR	=	Continuous abstinence rate
CBC	=	Complete blood count
CNS	=	Central nervous system
CYP	=	Cytochrome P 450
DBP	=	Diastolic blood pressure
EKG	=	Electrocardiogram
FBS	=	Fasting blood sugar
fL	=	Femtoliter (10^{-15} liter)
FTND	=	Fargerstrom test for nicotine dependence
gm/dL	=	กรัมต่อเดซิลิตร
GC/MS	=	Gas chromatography / Mass spectrometry
GI	=	Gastro-intestinal
GMP	=	Good Manufacturing Practice
HACCP	=	Hazard analysis critical control point
Hct	=	Hematocrit
HDL	=	High density lipoprotein
HPLC	=	High Performance Liquid Chromatography
Hb	=	Hemoglobin
IP	=	Intraperitoneal
kg	=	กิโลกรัม

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ (ต่อ)

LFT	=	Liver function test
LSD	=	Least significant different
m ²	=	ตารางเมตร
MAOI	=	Monoamineoxidase inhibitor
MAP	=	Mean arterial pressure
MCH	=	Mean corpuscular hemoglobin
MCHC	=	Mean corpuscular hemoglobin concentration
MCV	=	Mean corpuscular volume
mg/dL	=	มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
mm ³	=	ลูกบาศก์เมตร
mmHg	=	มิลลิเมตรปรอท
NRT	=	Nicotine replacement therapy
OR	=	Odds ratio
PA	=	Point prevalence abstinence
PAR	=	Point prevalence abstinence rate
pg	=	Picogram (10 ⁻² gram)
RBC	=	Red blood cell
RFT	=	Renal function test
SBP	=	Systolic blood pressure
SCr	=	Serum creatinine
U/L	=	Unit per liter
WBC	=	White blood cell

สถาบันวิจัยสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ (1-2) ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 1,600 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2558 (3) และจากข้อมูลทางสถิติพบว่าในปี ค.ศ.2000 ประชากรประมาณ 4.9 ล้านคน เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่และคาดว่าจะเพิ่มเป็นปีละ 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 ในจำนวนนี้ร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา(4,5) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2547 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีผู้สูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 9.6 ล้านคน ถึงแม้จะเป็นจำนวนที่ลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2544 ที่มีผู้สูบบุหรี่ 10.6 ล้านคนโดยอาจเป็นผลมาจากการรณรงค์ควบคุมการสูบบุหรี่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแต่ก็ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคอันเกี่ยวเนื่องกับบุหรี่ 52,000 คน(6) และจากรายงานของธนาคารโลกพบว่าบุหรี่ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างน้อย 200,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่ารายได้จากการขายบุหรี่ (4,7) สาเหตุหนึ่งที่มีผู้สูบบุหรี่ต้องสูบเป็นประจำเพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินที่มีอำนาจการเสพติดสูงมาก

ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ ลักษณะบริการของสถานบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยพบว่า มีทั้งสิ้น 381 แห่ง โดยสามารถเข้าถึงเพื่อรับบริการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 68.8 แต่ปัญหาสำคัญของการดำเนินงานการให้บริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ที่พบคือ สถานบริการของรัฐบาลที่สามารถเข้าถึงยาที่ใช้เพื่อเลิกบุหรี่มีเพียงร้อยละ 31 โดยในโรงพยาบาลชุมชนไม่มีรายการยาที่ใช้เพื่อการเลิกบุหรี่ แต่จะใช้ผลิตภัณฑ์อื่น เช่น สมุนไพร เพื่อการเลิกบุหรี่แทน (8) ซึ่งยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัย จากการศึกษาพบว่า การเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาหรือที่เรียกว่าวิธีหักดิบ มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จที่ระยะเวลาติดตาม 1 ปี เพียงร้อยละ 5-7 เท่านั้น (9) และการที่ผู้ติดบุหรี่ได้รับคำแนะนำหรือคำบอกกล่าวจากแพทย์ให้เลิกสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบได้สำเร็จร้อยละ 10 ที่ระยะเวลาติดตาม 1 ปี และหากได้รับความช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่อย่างจริงจังโดยการใช้วิธีพฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดจะเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ได้

สำเร็จร้อยละ 20-30 ที่ระยะติดตาม 1 ปี (9,10) วิธีการเลิกบุหรี่โดยการไ้ยาแบ่งเป็น 2 วิธี คือการให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy; NRT) และการไ้ยาที่ไม่ใช่ นิโคติน นิโคตินทดแทนที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมีอยู่ 2 รูปแบบด้วยกันคือ แผ่นปิดผิวหนัง (transdermal patch) และหมากฝรั่งเคี้ยว (chewing gum) จากการศึกษาแบบวิเคราะห์ห้ือภิมาน (meta-analysis) ของการใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินพบว่ามีประสิทธิภาพ โดยอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น 2 เท่าเมื่อเทียบกับยาหลอก (อัตราการเลิกบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 17.7 และ 10 ในผู้ที่ได้รับการรักษาและยาหลอกตามลำดับ, 95% CI = 16-19.5) และการใช้หมากฝรั่งพบว่าประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน โดยอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30-80 เมื่อเทียบกับยาหลอก (อัตราการเลิกบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 23.7 และ 17.1 ในผู้ที่ได้รับการรักษาและได้รับยาหลอกตามลำดับ, 95% CI = 20.6 - 26.7) (11) ส่วนยาที่ไม่ใช่ นิโคตินทดแทน คือ บูโพรพิออน ยาชนิดนี้ออกฤทธิ์ลดอาการอยากบุหรี่โดยเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนในสมอง ซึ่งจากการวิเคราะห์ห้ือภิมานของ พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 1 ปี อยู่ในช่วงร้อยละ 19-38 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11)

ผลข้างเคียงที่สำคัญของการใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินคือ อาการระคายเคืองผิวหนัง คัน แสบ ร้อนแดง ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ ผื่นร้วย กระสับกระส่าย ส่วนการใช้นิโคตินทดแทนในรูปหมากฝรั่งเคี้ยวอาจเกิดผลข้างเคียงคือ มีแผลในช่องปาก ปวดกราม สะอึก เรอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ไม่สบายในท้องได้ รวมถึงต้องระวังการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น กาแฟ ชา น้ำผลไม้ น้ำอัดลม เนื่องจากทำให้การดูดซึมของนิโคตินผ่านผนังช่องปากลดลง ส่วนบูโพรพิออนก็มีข้อจำกัดคือ ทำให้ seizure threshold ลดลงได้ จึงต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมอง หรือมีอุบัติเหตุทางสมอง เป็นโรค anorexia nervosa หรือ bulimia อีกทั้งเมื่อไ้ยานี้ร่วมกับยาด้านอาการซึมเศร้าในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor (MAOI), cyclosporin, carbamazepine, phenobarbital, phenytoin อาจเพิ่มความเป็นพิษของบูโพรพิออนได้ อาการข้างเคียงที่สำคัญของบูโพรพิออนคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปากแห้ง หรือเกิดผื่นขึ้น โดยพบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ที่ได้รับยา (2,12)

ปัจจัยด้านราคาเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาและรับประทานยาได้ครบตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยจนครบกำหนดตามแนวทางเวชปฏิบัติโดยใช้แผ่นปิดผิวหนังนั้นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา 8-12 สัปดาห์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 5,500 – 7,500 บาท และหมากฝรั่งเคี้ยวซึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษา 12 สัปดาห์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 10,000-12,000 บาท ส่วนบูโพรพิออนที่มีระยะเวลาในการรักษา 7-12 สัปดาห์ จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,000 - 6,000 บาท (13) กอปรกับในเศรษฐกิจยุคปัจจุบันนี้ถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ครอบคลุมการไ้ยาเลิกบุหรี่เหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การเลิกบุหรี่ได้ถือเป็นการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่จะตามมาได้ในผู้ที่สูบบุหรี่เหล่านี้

บุหรืรวมถึงคนรอบข้างของผู้สูบก็จะมีสุขภาพอนามัยที่ดี ดังนั้น วิธีการใหม่ๆ ในการช่วยเหลือผู้เสพยาหรืให้เลิกบุหรืได้จึงต้องมีการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาเพื่อให้ได้ทางเลือกใหม่ใช้ในอนาคต ประเทศไทยจึงมีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพร ยาแผนโบราณ การวิจัยและพัฒนาจากสมุนไพรมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 พ.ศ.2528 เริ่มวิจัยทางคลินิกสำหรับการใช้สมุนไพร ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ พญาขอ และว่านหางจระเข้ ในโรงพยาบาล ทว่าองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันสำหรับการแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ที่ไม่สมบูรณ์ ขาดการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้นำไปสู่การใช้อย่างไม่สมเหตุผล ดังนั้นการพัฒนาการดูแลรักษาสุขภาพด้วยยาจากสมุนไพรอย่างถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สมุนไพรชนิดหนึ่งที่บรรจุอยู่ในยาไทยหลายตำรับและมีการใช้มาตั้งแต่สมัยโบราณซึ่งถือว่าเป็นการทดลองทางคลินิกแบบโบราณคือ หน้้าดอกขาว มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia cinerea* การใช้ทางแพทย์พื้นบ้านพบว่า มีการนำหน้้าดอกขาวมารับประทานเพื่อบำบัดรักษาโรค เช่น ลดความดันโลหิต รักษาหอบหืด รักษาตับอักเสบ ลดไข้ แก้ปวดข้อ ขับปัสสาวะ รักษาฝี แก้ปวดท้อง เป็นต้น (14,25)

ปัจจุบันมีการนำหน้้าดอกขาวมาใช้ในการดำเนินงานรักษาผู้ติดบุหรื มีรายงานการศึกษาของ ศักดิ์วิศา ไชยสวัสดิ์ และ มนัษยา มรรคอนันตโชติ (15) ทำการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดบุหรืด้วยการใช้หน้้าดอกขาวและธรรมชาติบำบัดที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยใช้ส่วนผสมสมุนไพรหน้้าดอกขาวในรูปของชาชงซองละ 4 กรัม (คิดเป็นปริมาณหน้้าดอกขาวได้ 2.86 กรัม) ชงกับน้ำร้อน ครั้งละ 1 ซองต่อน้ำ 1 แก้ว ดื่มเป็นประจำวันละ 3 ครั้งหลังอาหารเป็นเวลา 15 วัน มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 62 คน หลังจากติดตามผล 4 เดือนพบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรืได้ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 69.35 โดยให้เหตุผลสำคัญในการเลิกบุหรืคือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย และไม่อยากสูบบุหรื 39 ราย มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรื สูบแล้วรู้สึกอยากอาเจียน 3 ราย มีอาการไอลดลง ไม่อยากสูบบุหรืและเหม็นกลิ่นบุหรื 1 ราย ส่วนผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรืได้มี 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.65 โดยให้เหตุผลว่าดื่มชาหน้้าดอกขาวแล้วไม่มีอาการใด ๆ เหมือนดื่มน้ำธรรมดา

จากข้อมูลดังกล่าวมา หน้้าดอกขาว อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรื เนื่องจากเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่มีจำหน่ายและใช้กันอยู่ทั่วไป มีความปลอดภัย หาได้ง่ายและราคาถูก (ซองละ 1 กรัม ราคา 1 บาท) (16) แต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของสมุนไพรชนิดนี้ในการช่วยเลิกบุหรือย่างจริงจัง การศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการวัดข้อมูลเชิงคุณลักษณะพื้นฐาน ไม่มีการยืนยันว่าผู้ป่วยเลิกบุหรืได้จริงโดยวิธีการที่เป็นมาตรฐาน เช่น การวัดระดับโคตินินในปัสสาวะ เลือดหรือน้ำลาย (โคตินินเป็นเมแทบอไลต์ของนิโคตินที่ไม่มีฤทธิ์เสพติดและมีค่าครึ่งชีวิต 15-20 ชั่วโมงส่วนนิโคตินมีค่าครึ่งชีวิต 2 ชั่วโมง) และยังไม่มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาประสิทธิผลของ

หญ้าดอกขาวในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่เพื่อเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และยังเป็นการสนับสนุนภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย ลดการนำเข้ายาเลิกบุหรี่จากต่างประเทศด้วย

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในผู้ป่วยนอกที่ต้องการเลิกบุหรี่
2. วิเคราะห์อัตราและลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยนอกที่ใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของการใช้หญ้าดอกขาวในผู้ป่วยนอกที่ต้องการเลิกบุหรี่
4. วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาและติดตามเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่และไม่ได้รับยาใด ๆ เพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่หรือเคยได้รับยาชนิดอื่นมาแล้วแต่ยังไม่สำเร็จ เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2548 ถึง พฤษภาคม 2549

นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

1. ชางหญ้าดอกขาว หมายถึง ผงแห้งของหญ้าดอกขาวทั้งต้นบรรจุในซองชาซอง 3 กรัม
การเตรียมชางหญ้าดอกขาว เตรียมโดยใช้หญ้าดอกขาวทั้งต้นมาล้างน้ำให้สะอาด ตากในที่ร่มหรือผึ่งแดดจนแห้ง อบให้แห้งที่อุณหภูมิ 50-70 องศาเซลเซียส แล้วนำมาผ่านเครื่องบดย่อยขนาด ร่อนเพื่อแยกกาก แล้วเก็บในภาชนะที่ปิดสนิท จากนั้นทำการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของสมุนไพรหญ้าดอกขาว โดยวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญที่เป็นองค์ประกอบในสมุนไพรหญ้าดอกขาวคือ โพลีฟีนอล คลอโรฟิลล์และโพลีฟีนอล ในเตรท ด้วยวิธีไทเทรชัน และนอกจากนี้ยังวิเคราะห์หาปริมาณสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ (flavonoids) คือ Luteolin ด้วยวิธี High Performance Liquid Chromatography (HPLC) เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรหญ้าดอกขาวก่อนนำไปทำวิจัยต่อไป
วิธีการชงชาหญ้าดอกขาวคือ นำผงชางหญ้าดอกขาว 1 ซองชงกับน้ำร้อน 1 แก้วปริมาตร 150 มิลลิลิตรทิ้งไว้เป็นเวลา 15 นาที
2. ยาหลอก หมายถึง ผงใบชาแห้งของต้นหม่อนในซองชา บรรจุซองละ 4 กรัม วิธีการชงชาเช่นเดียวกับการชงชาหญ้าดอกขาว
3. ผู้ป่วยนอกที่เลิกบุหรี่ หมายถึงผู้ป่วยนอกที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ในระดับ preparation และ action ตามแบบจำลองของ Transtheoretical model และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ สถาบันธัญญารักษ์

4. วันกำหนดเลิกบุหรี่ (quit date) หมายถึงวันที่กำหนดให้ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่(20) ซึ่งคือวันที่ 8 ของการรักษา
5. การเลิกสูบบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลที่ช่วงเวลาต่าง ๆ (point prevalence abstinence) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผลที่กำหนด (17) ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดวันประเมินผลไว้ที่ วันที่ 15 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 28 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 84 (สัปดาห์ที่ 12) และวันที่ 112 (สัปดาห์ที่ 16) นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว (รูปที่ 1)
6. การเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) หมายถึงผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันกำหนดเลิกบุหรี่จนถึงวันประเมินผลที่กำหนด (17) ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดวันประเมินผลไว้ที่ วันที่ 15 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 28 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 84 (สัปดาห์ที่ 12) และวันที่ 112 (สัปดาห์ที่ 16) นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว (รูปที่ 2)
7. อาการไม่พึงประสงค์ (adverse drugs reaction; ADR) หมายถึง ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่เป็นอันตรายต่อร่างกายซึ่งเกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับผลิตภัณฑ์นั้นและมีความ สัมพันธ์กับเวลาที่ ได้รับ แต่ไม่สามารถระบุถึงความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยได้รับ (18)
8. ระยะรักษา (treatment phase) หมายถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับชาชงหญ้าดอกขาวขงเดิมวันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดเป็นเวลา 14 วัน
9. ระยะติดตาม (follow up phase) หมายถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยสิ้นสุดการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวเป็นเวลา 14 วันแล้วผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยต่อไปจนครบ 4 เดือนนับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว
10. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง แนวความคิด สหมิติที่แสดงถึงความปกติสุขของบุคคล โดยรวม (person's total well being) ซึ่งจะครอบคลุมถึงสุขภาพกาย (physical health) สุขภาพจิต (psychological) และสังคม (social) มีการวัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ก) (19,20)
11. ค่าใช้จ่ายในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เท่ากับ AxB โดย

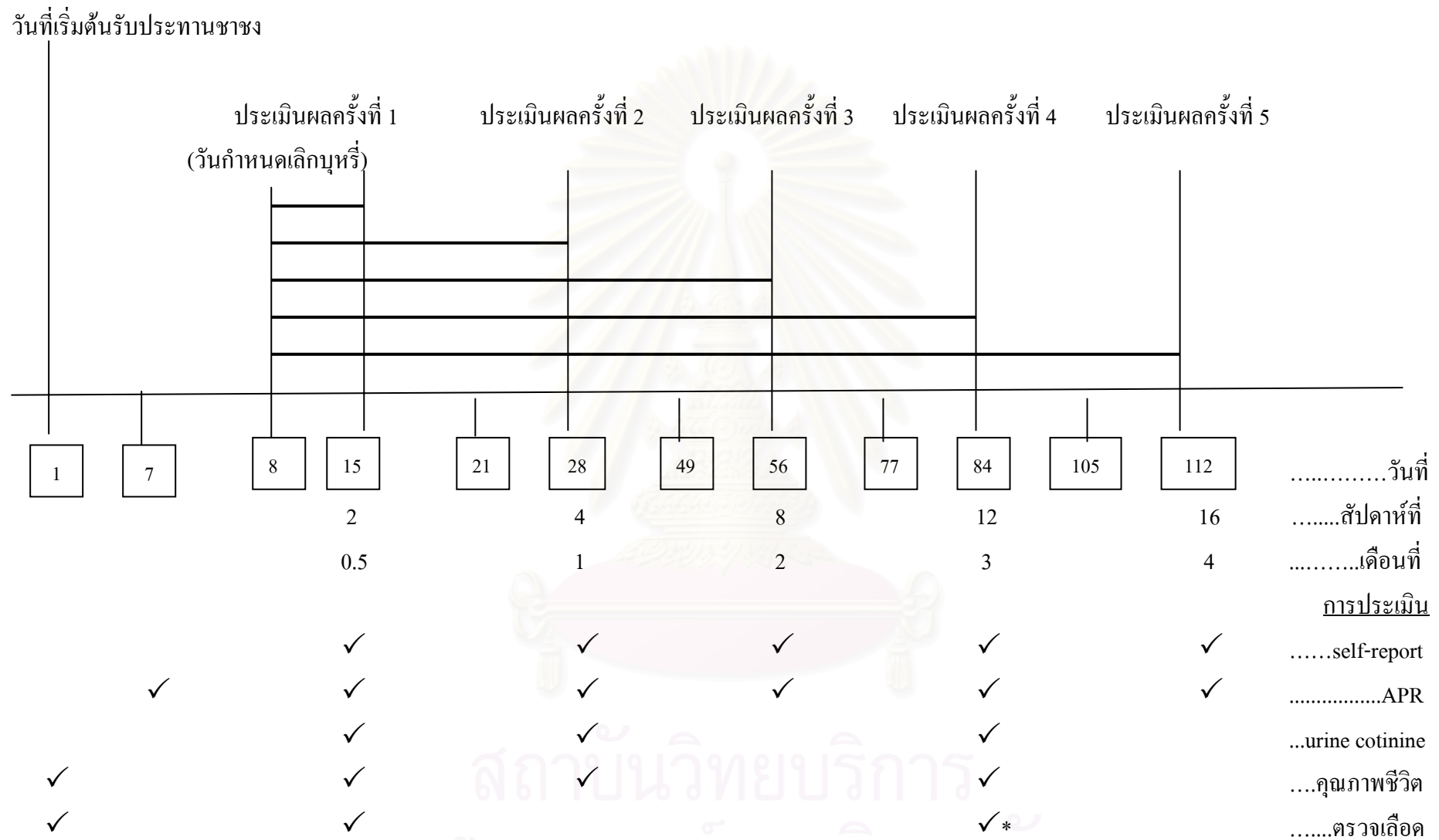
$$A = \frac{\text{ค่าวัตถุดิบในการเตรียมชาชงหญ้าดอกขาว} + \text{ค่าใช้จ่ายการควบคุมมาตรฐาน}}{\text{จำนวนชาชงที่ผลิตได้}}$$

จำนวนชาชงที่ผลิตได้

$$B = \text{จำนวนชาชงที่ใช้ในระยะรักษา}$$

	ประเมินผลครั้งที่ 1 (วันที่กำหนดเลิกบุหรี่)		ประเมินผลครั้งที่ 2		ประเมินผลครั้งที่ 3		ประเมินผลครั้งที่ 4		ประเมินผลครั้งที่ 5		
			7 วัน		7 วัน		7 วัน		7 วัน		 วันที่
	1	8	21	49	77	105	112				สัปดาห์ที่
		2									เดือนที่
		0.5									<u>การประเมิน</u>
		✓	✓	✓	✓	✓	✓				self-report
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			APR
		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			...urine cotinine
✓		✓	✓								คุณภาพชีวิต
✓		✓					✓*				ตรวจเลือด

รูปที่ 1 วันที่ประเมินผลของการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence abstinence)



(* = จะทำการตรวจซ้ำเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีค่าพารามิเตอร์ใดผิดปกติในสัปดาห์ที่ 2)

รูปที่ 2 วันที่ประเมินผลของการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence)

12. การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือ ผู้ป่วยสามารถสูบบุหรี่ได้ไม่เกิน 5 มวน หรือไม่สูบบุหรี่ในช่วงระยะเวลาติดตามโดยได้ข้อมูลจากการรายงานการเลิกบุหรี่โดยตัวผู้ป่วยเอง (self-report) และมีผลการตรวจระดับโคตินินในปัสสาวะได้ผลเป็นลบ (negative) จึงจะถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่(17)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้ ได้ข้อมูล

1. ประสิทธิภาพของชาชงหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการสั่งใช้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ต่อไป
2. ทราบอุบัติการณ์และลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้หญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่จากการใช้หญ้าดอกขาวเทียบกับยาหลอก
4. ค่าใช้จ่ายจากการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นิโคติน (Nicotine)

นิโคตินเป็นสารในกลุ่ม tertiary amine ที่มี 2 isomeric นิโคตินในใบยาสูบเป็นสารที่อยู่ในรูป (S)-nicotine ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยามากกว่า (R)-nicotine นิโคตินสามารถละลายได้ทั้งในน้ำและน้ำมัน มีลักษณะเป็นด่างอ่อนมีค่า pKa เท่ากับ 8 มีค่าครึ่งชีวิต 2-3 ชั่วโมง กำจัดออกทางตับเป็นหลักเปลี่ยนแปลงได้เมแทบอลิท์หลักคือ โคตินิน ซึ่งมีฤทธิ์น้อยกว่านิโคติน 20 เท่า มีค่าครึ่งชีวิตยาวกว่าคือ 15-20 ชั่วโมง และขับออกทางปัสสาวะเป็นหลัก ดังนั้น การที่โคตินินมีค่าครึ่งชีวิตยาวจึงมักถูกใช้เป็นสารที่ช่วยในการติดตามผลการเลิกบุหรี่ในงานวิจัยต่าง ๆ การดูดซึมของนิโคตินไม่มาจากทางเดินหายใจ เชื้อบุช่องปาก และผิวหนังนั้นขึ้นกับค่าความเป็นกรดต่างของตัวนำส่งนิโคติน (เช่น ควันบูห์ ควันซิการ์ ยานัตต์) โดยทั่วไปควันบูห์มีค่าความเป็นกรดต่างเท่ากับ 5.5 ในสภาวะนี้ นิโคตินจะแตกตัวได้มากทำให้การดูดซึมผ่านเยื่อช่องปากต่ำ อย่างไรก็ตาม การดูดซึมของนิโคตินจะเกิดที่ปอดเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากปอดมีพื้นที่ผิวมากและหลังจากดูดซึมแล้วก็จะกระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งหัวใจและสมองด้วย บุหรี่ที่จำหน่ายในท้องตลาดนั้นมีนิโคตินประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อมวนแต่สามารถดูดซึมผ่านทางปอดได้ 1-3 มิลลิกรัมต่อมวนเท่านั้น ดังนั้นคนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง จะได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายประมาณวันละ 20-60 มิลลิกรัม (9,21-24)

การติดนิโคตินเกิดจากการที่นิโคตินออกฤทธิ์ที่สมองกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทต่าง ๆ เช่น โดปามีน แอดรีนาลีน อะเซทิลโคลีน เป็นต้นทำให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นทำให้เกิดความพึงพอใจ เป็นสุข ส่งผลต่อความคิด ความจำ การตื่นตัวและการแสดงออก การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับนิโคตินติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหนึ่งจะเกิดการปรับตัวของระบบประสาท ทำให้ร่างกายต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้น ดังนั้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณสารสื่อประสาทต่าง ๆ จะลดลง ทำให้ความรู้สึกพึงพอใจ เป็นสุขหายไป เกิดอาการถอนนิโคติน ได้แก่อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย นอนหลับยาก หิวบุหรี่ ไม่มีสมาธิ อาการถอนนิโคตินจะเกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังจากหยุดสูบบุหรี่ และอาการจะเป็นมากในช่วง 2-3 วันและจะค่อย ๆ ลดลงภายในระยะ 3-4 สัปดาห์ แต่ความต้องการสูบบุหรี่จะยังคงมีอยู่เป็นเดือนหรือหลายเดือน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะล้มเหลวภายใน 1 สัปดาห์เนื่องจากทนต่ออาการถอนนิโคตินไม่ได้นั่นเอง (9,25-28) การประเมินการติดสารนิโคตินเป็นวิธีการหนึ่งที่นิยมใช้เพื่อประเมินอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นและใช้ทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ การประเมินการ

ติดนิโคตินนิยมใช้ Fargerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ซึ่งแบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 6 หัวข้อ ได้แก่ เวลาที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ความสามารถอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การสูบบุหรี่เมื่อป่วย และบุหรี่มวนที่เลิกยากที่สุด จากคะแนนเต็ม 10 ผู้ใดได้คะแนนสูงแสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูง ผู้ใดได้คะแนนน้อยแสดงว่าติดนิโคตินในระดับต่ำ ซึ่งการให้การรักษาและคำแนะนำของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก็ต้องมีความแตกต่างกันไป ตัวอย่างแบบประเมินการติดนิโคตินดังแสดงในภาคผนวก ข

2. ปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดบุหรี่

ในทางพฤติกรรมศาสตร์ปัจจัยที่ทำให้การเลิกบุหรี่เป็นไปได้ยากแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยหลักด้วยกัน (9,29-30) คือ

1. ภาวะเสพติดทางจิตใจ (Psychological effect) ได้แก่ ทักษะคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ เกิดจากเมื่อได้สูบบุหรี่แล้วผู้สูบบุหรี่จะรู้สึกคลายความเครียด ทำให้มีสมาธิ มีชีวิตชีวา สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีต่าง ๆ ได้ เช่น เครียด ซึม เบื่อหน่าย รวมทั้งลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นได้
2. ภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน (socio-culture หรือ habit effects) เกิดจากพฤติกรรมการทำงานเป็นนิสัยทำโดยอัตโนมัติและกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งผู้สูบบุหรี่ได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น การสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ในวงเหล้า ขณะคุยโทรศัพท์ เข้าห้องน้ำ หรือขณะขับรถ เป็นต้น
3. ภาวะการติดนิโคตินในบุหรี่ นิโคตินออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทในสมองทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ เกิดผลหรือพฤติกรรมด้านบวก เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ การมีสมาธิ เป็นต้น

ดังนั้นการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จจึงต้องพิจารณาจาก 3 ปัจจัยนี้ว่าภาวะเสพติดบุหรี่ของผู้ป่วยมาจากปัจจัยใด ข้อใดน่าจะเป็นสาเหตุของการติดบุหรี่มากที่สุด เพื่อให้สามารถหาแนวทางและคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งการที่จะทราบว่าปัจจัยใดเป็นผลให้ผู้ป่วยเสพติดบุหรี่มากที่สุดนั้น สามารถวัดได้จากแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” ดังแสดงในภาคผนวก ค

3. ผลดีของการเลิกบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่มีผลดีต่อผู้สูบบุหรี่ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่ว่าจะเลิกในช่วงอายุเท่าใดก็ตาม ถ้าผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่ก่อนที่อวัยวะต่าง ๆ ร่างกายจะได้รับความเสียหายอย่างถาวรจะทำให้ร่างกายซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอไปแล้วให้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือเกือบปกติได้ (2,9,24,30) เช่น

1. เมื่อหยุดสูบ 20 นาที ความดันโลหิตที่สูงจากการสูบบุหรี่จะลดลง อัตราการเต้นของหัวใจจะกลับสู่ปกติ
2. ที่ 8-24 ชั่วโมง ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดเริ่มลดลงสู่ระดับปกติ ระดับออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น โอกาสการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดลง ปอดเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่าง ๆ จากการสูบบุหรี่ออกจากร่างกาย
3. ภายใน 48 ชั่วโมง ความรู้สึกรู้สึกรสและกลิ่นจะกลับคืนมา
4. ภายใน 3 วัน – 3 สัปดาห์ จะรู้สึกสดชื่น กลิ่นตัวจะปลอดจากบุหรี่ การทำงานของปอดจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 ทำให้สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นกว่าครั้งที่สูบบุหรี่อยู่
5. ที่ 1 เดือน – 9 เดือน อาการไอ คัดจมูก แน่นจมูก อ่อนเพลียง่ายและหายใจหอบลดลง ขนอ่อนเจริญขึ้นใหม่ในปอด ช่วงนี้อาจทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกโสมมมากขึ้นแต่เนื่องจากระบบการขจัดสิ่งสกปรกในปอดนั่นเอง สำหรับผู้ชาย ในช่วงนี้เชื้อสุมจะกลับเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติและจำนวนเชื้อสุมก็เพิ่มขึ้นด้วย
6. ที่ 1- 5 ปี อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันลดลงครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป ความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งลำคอ ลดลงครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับผู้ยังสูบบุหรี่ต่อ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่
7. ภายใน 10-15 ปี อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคร้ายต่าง ๆ ที่เกิดจากบุหรี่รวมทั้งมะเร็งปอดจะเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

นอกจากนี้ยังมีผลดีอื่นๆ เช่น ประหยัดเงิน สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีอายุยืนขึ้น สังคมเป็นที่ยอมรับมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์ลดความเสี่ยงที่ลูกจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ เพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ ไม่มีฟันเหลือง หรือริมฝีปากดำ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้เหมือนปกติ เป็นต้น

4. วิธีรักษาเพื่อเลิกบุหรี่

วิธีการรักษาเพื่อเลิกบุหรือนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีหลัก ๆ คือ การใช้ยาและไม่ใช้ยา

4.1 วิธีไม่ใช้ยา

วิธีการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยาได้แก่วิธีการหักดิบ (cold turkey) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่เองโดยอาศัยกำลังใจเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่จะเหมาะกับผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน ข้อดีของวิธีนี้คือ เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่อัตราการประสบความสำเร็จจากการเลิกบุหรี่โดยวิธีนี้ก็น้อยเช่นกัน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอีกวิธีหนึ่งคือวิธีการลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง (nicotine fading) ซึ่งอัตราการประสบความสำเร็จจากวิธีการลดปริมาณการสูบบุหรี่

เนื่องจากผู้ป่วยจะปรับตัวโดยการหายใจลึกขึ้น ใช้เวลาการสูบบุหรี่ให้นานขึ้น ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ วิธีการไม่ใช้ยาจะอัตราการประสบความสำเร็จมีเพียงร้อยละ 5-7 ที่ระยะเวลาติดตาม 1 ปี (2,9,24)

การให้คำแนะนำโดยบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา เป็นวิธีที่สามารถเพิ่มอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ จากแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนควรแนะนำให้ผู้ที่เสพติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ โดยพบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่โดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ 2.2 และ 1.7 เท่า ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% confidence interval [CI] 1.5-3.2 และ 1.3-2.1 ตามลำดับ) (11,31-32) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Silagy และคณะ (33) ที่เป็นการรวบรวมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทั้งหมด 16 การศึกษา พบว่า การให้คำแนะนำโดยแพทย์สามารถเพิ่มอัตราการประสบความสำเร็จได้ (Odds ratio [OR] 1.69, 95% CI 1.45-1.98) และอัตราการประสบความสำเร็จจะสูงขึ้นเมื่อมีการให้คำแนะนำระยะเวลานานขึ้น หรือบ่อยขึ้น (OR 1.44, 95%CI 1.23-1.68 และ OR 2.66, 95%CI 2.06-3.45 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีบุคลากรสาธารณสุข 1,2 หรือมากกว่าและเท่ากับ 3 สาขา มาให้บริการเลิกบุหรี่จะทำให้อัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.8, 2.5 และ 2.4 เท่า ของการไม่มีบุคลากรทางสาธารณสุขมาให้บริการเลิกบุหรี่ การเพิ่มขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 1.5-2.2, 1.9-3.4 และ 2.1-2.9 ตามลำดับ) (11,31-32)

แนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ใช้วิธีการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลาย ๆ วิธีต่อไปนี้เป็น เช่น การให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์ การให้คำแนะนำแบบกลุ่ม หรือการให้คำแนะนำรายบุคคล สำหรับการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่โดยให้ผู้ติดบุหรี่ศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง (Self-help) นั้นให้ผลเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการไม่ให้ข้อมูลใด ๆ เลย แต่อัตราการเลิกบุหรือนั้นไม่สูงมากเมื่อเทียบกับวิธีการอื่น ๆ และผลยังไม่แน่นอน การศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อถักจำนวน 58 การศึกษา พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นโดยวิธี Self-help, ให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำแบบกลุ่ม และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เป็นร้อยละ 1.5, 2.3 3.1 และ 6 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการไม่ให้คำแนะนำใดๆ เลย (11,31) นอกจากนี้ แนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกายังแนะนำให้ใช้วิธีเลิกบุหรี่หลาย ๆ วิธี โดยพบว่า การให้คำแนะนำ 1,2 และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วิธี จะช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 4.3, 7.7 และ 12.4 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการไม่ให้คำแนะนำใด ๆ เลย (11,31)

4.2 วิธีใช้ยา

การใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่นั้น เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญและมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าผู้ป่วยสามารถประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น สามารถจำแนกกลไกการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและกลไกการเสพติดบุหรี่เท่าที่ทราบในปัจจุบัน (ตารางที่ 1) การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่สามารถช่วยลดความทรมานจากอาการถอนยา นิโคติน ทำให้ผู้ป่วยมีเวลามากขึ้น หรือทุ่มเทกำลังใจเรียนรู้ในการต่อสู้กับภาวะเสพติดทางจิตใจ หรือทางสังคมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่มีข้อดีที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับสารก่อมะเร็งหรือสารพิษอื่น ๆ จากควันบุหรี่ การใช้นั้น จะทำให้ลดภาวะเสพติดทางจิตใจ คือผู้เลิกบุหรี่จะไม่รู้สึกถึงความสุข ความพอใจ หรือใช้แล้วมีชีวิตชีวา คลายเครียด แต่จะช่วยบรรเทาหรือระงับ/ป้องกันอาการถอนยาจากนิโคตินเท่านั้น การใช้ยาอย่างเดียวยังมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเลิกบุหรี่ มีแค่ร้อยละ 10 - 30 ที่ระยะเวลา 1 ปี ในปัจจุบันมียาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่อยู่หลายชนิด ยาที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาและแนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกมี 2 ชนิดด้วยกัน คือ การใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy, NRT) ซึ่งมีจำหน่ายในประเทศไทย 2 รูปแบบ คือ หมากฝรั่ง และแผ่นปิดผิวหนังนิโคติน และบูโพรพิออน (Bupropion) ส่วนยาที่สามารถใช้เป็นทางเลือกอันดับสองได้แก่ โคลนิดิน (Clonidine) และ นอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) ยาชนิดอื่นๆ ได้แก่ วาเรนิคลีน (varenicline), ริโมนาเบ้น (rimonabant), เมคาไมลามีน (mecamylamine), ซีลีจีลีน (selegiline), โบรโมคริปทีน (bromocriptine), ซิลเวอร์ อะซิเตท (silver acetate), โซเดียม ไน-เตรท (sodium nitrate), แอสคอร์บิก แอซิด (ascorbic acid), กลูโคส (glucose), ซิตริก แอซิด (citric acid) และ นิโคตินวัคซีน (nicotine vaccine) เป็นต้น (11) ในที่นี้จึงจะขอกล่าวถึงยาที่ใช้เลิกบุหรี่ 6 ชนิดด้วยกัน คือ การใช้นิโคตินทดแทน บูโพรพิออน โคลนิดิน นอร์ทริปไทลีน วาเรนิคลีนและริโมนาเบ้น เท่านั้น

4.2.1 การให้นิโคตินทดแทน

การให้นิโคตินทดแทนเป็นวิธีการรักษาผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับอนุญาตให้สามารถจำหน่ายได้ในร้านขายยาของประเทศไทยเมื่อไม่นานมานี้ การใช้นิโคตินเพื่อรักษาการติดบุหรี่นั้นอาศัยหลักการของการให้นิโคตินเข้าไปทดแทนนิโคตินที่ได้จากบุหรี่ เพื่อหวังผลการรักษาคือ ช่วยลดอาการถอนยาของการติดนิโคติน เช่น หงุดหงิด เครียด กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติและค่อย ๆ ค่อยๆ ลดลงกับการไม่ได้สูบบุหรี่ หรือเกิดอาการบางอย่างคล้ายกับการสูบบุหรี่ เช่น ลดความเครียด ความเบื่อ ความกังวล ข้อดีของการได้นิโคตินจากวิธีนี้แทนการสูบบุหรี่ คือ ผู้ป่วยจะได้รับปริมาณนิโคตินต่อวันน้อยกว่าการสูบบุหรี่และความเข้มข้นในเลือดของนิโคตินจะค่อย ๆ สูงขึ้นอย่างช้า ๆ และมีระดับต่ำ จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจเหมือนกับการสูบบุหรี่ที่ทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินปริมาณมากในครั้งเดียวและ

ออกฤทธิ์ต่อสมองอย่างรวดเร็ว อีกทั้งไม่มีสารที่ทำให้ก่อกวนระบบหัวใจ ซึ่งรูปแบบของนิโคตินทดแทนที่มีจำหน่ายในประเทศไทยคือ แบบแผ่นปิดผิวหนังและแบบหมากฝรั่งเคี้ยว (34-36)

ตารางที่ 1 กลไกการใช้อยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ (37)

1. **Nicotinic acetylcholine receptor agonist or replacement (substitution) therapy** – Nicotine replacement therapies
2. **Nicotine-like effects (antidepressants)** – Bupropion, Nortriptyline, Clonidine
3. **Nicotinic acetylcholine receptor antagonist (blockade therapy)** – Mecamylamine, Anabaseine
4. **Selective cannabinoid type 1 receptor antagonist** – Rimonabant
5. **Selective monoamine oxidase B inhibitor** – Selegiline
6. **Partial nicotinic acetylcholine receptor agonist** – Varenicline
7. **Dopaminergic agonist** – Bromocriptine
8. **Deterrent therapy** – Silver acetate, Sodium nitrate
9. **Sensory stimulant** – Ascorbic acid, Citric acid, Glucose, กานพลู
10. **Immunotherapy** – Nicotine vaccines
11. **Pharmacogenetics** – CYP2B6 genotype to predict the response to bupropion
12. **Combination of pharmacotherapies**
13. **Others** - *Vernonia cinerea* (หญ้าดอกขาว), *Plantago major* (ผักกาดน้ำ), และ *Clausena heptaphylla* (ใบโปรงฟ้า หรือล่องฟ้า)

4.2.1.1 นิโคตินแบบแผ่นปิดผิวหนัง

นิโคตินแบบแผ่นปิดผิวหนังมีขนาด 10, 20 และ 30 ตารางเซนติเมตร แต่ละขนาดปลดปล่อยนิโคตินในปริมาณ 7, 14 และ 21 มิลลิกรัม ตามลำดับ ผู้ที่สูบบุหรี่เท่ากับหรือน้อยกว่า 10 มวนต่อวันให้เริ่มต้นที่ขนาด 14 มิลลิกรัม และผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันให้เริ่มต้นที่ขนาด 21 มิลลิกรัม โดยใช้ปิดผิวหนังวันละ 1 แผ่น เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นให้ค่อย ๆ ลดขนาดยาลงทีละขนาดทุก ๆ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการใช้ยาไม่เกิน 4 เดือน (2,38) ประสิทธิภาพในการรักษาพบว่าจากการรวบรวมข้อมูลของ Silagy และคณะ (39) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้นิโคตินทดแทนแบบแผ่นปิดผิวหนังจำนวน 96 การศึกษาพบว่า นิโคตินแบบแผ่นปิดผิวหนังสามารถให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 7 (OR 1.74, 95%CI 1.64-1.86) แตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่รวบรวมข้อมูลจาก 26 การศึกษา พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7.7 (OR 1.9, 95%CI 1.7-2.2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (11)

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้นิโคตินแบบแผ่นปิดผิวหนังคือ การเกิดอาการระคายเคืองบริเวณผิวหนัง เช่น เป็นตุ่มแดง อักเสบ หรือเป็นรอยไหม้ ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ใช้นิโคตินแบบแผ่นปิดผิวหนัง แต่อาการข้างเคียงนี้จะสามารถหายไปได้ภายใน 24 ชั่วโมง หรือการใช้ยาทากลุ่มสเตียรอยด์ก็สามารถรักษาอาการนี้ได้ วิธีการแก้ไขคือให้เปลี่ยนบริเวณที่ติดไปเรื่อย ๆ ไม่ควรติดซ้ำที่เดิมทุก ๆ วัน อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น อาการนอนไม่หลับ ฝันร้าย เป็นต้นซึ่งแก้ไขได้โดยการลอกแผ่นนิโคตินออกก่อนเข้านอน (2,34,38)

4.2.1.2 หมากรัสนิโคติน

หมากรัสนิโคตินที่จำหน่ายในประเทศไทยมี 2 ขนาดด้วยกันคือ ขนาด 2 มิลลิกรัม และขนาด 4 มิลลิกรัม ซึ่งจะให้ปลดปล่อยนิโคติน 1 และ 2 มิลลิกรัม ตามลำดับ วิธีใช้คือให้เคี้ยวจนออกรสจากนั้นปิดไว้ที่กระพุ้งแก้มแล้วนำออกมาเคี้ยวใหม่ทำสลับกันไปมาเป็นเวลา 30 นาที โดยใน 6 สัปดาห์แรกให้เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชั่วโมง จากนั้นให้เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชั่วโมงนาน 3 สัปดาห์ และต่อมาให้เคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชั่วโมงอีก 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 25 มวนต่อวันให้ใช้ขนาดยาเริ่มต้นคือ 4 มิลลิกรัมและไม่ควรใช้มากกว่า 20 ชิ้นต่อวัน ส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ย่อยกว่า 25 มวนต่อวันให้ใช้ขนาดยาเริ่มต้นคือ 2 มิลลิกรัมและไม่ควรใช้มากกว่า 30 ชิ้นต่อวัน ระยะเวลาในการใช้ยาไม่ควรเกิน 4-6 เดือน และควรลดจำนวนชิ้นหมากรัสนิโคตินต่อวันอย่างน้อย 1 ชิ้น ทุก 4-7 วัน (2,34,38,40-41)

จากการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อถักของหมากรัสนิโคตินโดย Silagy และคณะ (39) จำนวน 51 การศึกษาพบว่า หมากรัสนิโคตินสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 8 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.66, 95%CI 1.52-1.81) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Fiore และคณะ (42) ที่รวบรวมข้อมูลจาก 13 การศึกษา พบว่า หมากรัสนิโคตินสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 6.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.5, 95%CI 1.3-1.8) อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญคือการเกิดแผลในช่องปาก ปวดกราม สะอึก ไม่สบายท้อง เรอ คลื่นไส้และ/หรืออาเจียน นอกจากนี้ยังต้องระวังการรับประทานอาหารที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น ชา กาแฟ น้ำผลไม้ เนื่องจากอาจทำให้การดูดซึมของยาผ่านผนังช่องปากเปลี่ยนแปลงได้และมีข้อควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมหรือเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกบริเวณกรามอีกด้วย (2,34,38)

4.2.2 บูโพรพิออน

บูโพรพิออนเป็นยาในกลุ่มต้านอาการซึมเศร้าออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดึงกลับของสารสื่อประสาทโดปามีนและนอร์แอดรีนาลีนที่ปลายประสาทในสมองส่วน mesolimbic dopaminergic system และ locus ceruleus ทำให้มีสารโดปามีนและนอร์แอดรีนาลีนเพิ่มขึ้น ซึ่งนิโคตินออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีนและนอร์แอดรีนาลีน ดังนั้นกลไกการออกฤทธิ์ของบูโพรพิออน จึงสามารถช่วยลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าบูโพรพิออนออกฤทธิ์ต้านตัวรับนิโคตินิก (nicotinic receptor antagonist) ด้วย (2,43) บูโพรพิออนที่มีจำหน่ายในประเทศไทยชื่อการค้าว่า Quomem[®] เป็นยาที่ไม่ใช่นิโคตินเพียงชนิดเดียวที่ได้รับการรับรองให้ใช้เป็นอันดับแรกในการรักษาผู้เสพติดบุหรี่ ขนาดยาที่ใช้ในการรักษาคือ 150 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง นาน 3 วัน จากนั้นให้รับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เป็นเวลานาน 7-12 สัปดาห์ โดยกำหนดวันเลิกบุหรี่คือภายในสัปดาห์ที่ 1-2 นับตั้งแต่วันเริ่มรับประทานยา และไม่ควรรับประทานเกินวันละ 300 มิลลิกรัม เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักได้ (2)

แนวทางการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ของประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา สถาบันแห่งความเป็นเลิศทางคลินิกของประเทศอังกฤษ ได้รวบรวมและทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณชี้ชัดว่า การใช้ยาบูโพรพิออนร่วมกับการใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดและสามารถให้การรักษาแบบต่อเนื่องได้ถึง 6 เดือน พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่ใช้ยาบูโพรพิออนสามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้ประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับยาหลอก (OR 1.5-3.1) และอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะติดตาม 1 ปีอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 19 ถึงร้อยละ 38 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับยาหลอก (31,44) นอกจากนี้การให้บูโพรพิออนร่วมกับนิโคตินแบบปิดผิวหนัง สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้แตกต่างจากการใช้นิโคตินอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลาติดตาม 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 23 และร้อยละ 10 ตามลำดับ (45)

บูโพรพิออนเป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยในการใช้แต่ก็มีข้อควรระวังในผู้ป่วยบางประเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติชักหรือมีประวัติคนในครอบครัวมีอาการชัก ผู้ป่วยโรค anorexia nervosa รวมไปถึงการรับประทานร่วมกับยาบางชนิดเช่น cimetidine, cyclophosphamide, sodium valproate เป็นต้น เนื่องจากบูโพรพิออนขจัดออกทางตับผ่าน CYP2B6 เป็นหลักจึงอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้ นอกจากนี้บูโพรพิออนยังยับยั้งการทำงานของ CYP2D6 จึงอาจลดอัตราการขจัดออกของยากลุ่มด้านเบต้าที่ใช้อย่างโรคหัวใจเต้นผิดปกติ และต้องมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคตับเบาหวานและโรคไตด้วย อาการข้างเคียงที่สำคัญของยา คือ นอนไม่หลับ ปากแห้ง คอแห้ง ซึ่งเกิดได้มากถึง 1 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับยาทั้งหมด ในบางรายอาจมีผื่นขึ้นได้ (2,46-48)

4.2.3 นอร์ทริปไทลีน

นอร์ทริปไทลีนได้รับการรับรองให้เป็นยาบำบัดอันดับ 2 เพื่อใช้เป็นยารักษาผู้ติดเชื้อ (11) ขนาดที่ใช้ในการรักษาเริ่มต้นที่ 25 มิลลิกรัมต่อวัน จากนั้นให้ค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นทุก 3 สัปดาห์ จนถึงขนาดยาเป้าหมายคือ 75-100 มิลลิกรัมต่อวัน วันกำหนดเล็บบุหรี่จะกำหนดไว้ที่เมื่อระดับยาในเลือดขึ้นถึงเป้าหมายนั้นคือ 50 นาโนกรัมต่อมิลลิตร ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-28 วัน ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 12 สัปดาห์ (49-51) การใช้ยานานกว่า 12 สัปดาห์ไม่มีหลักฐานทางวิชาการมากพอว่าสามารถเพิ่มอัตราการเล็บบุหรี่ได้ (44) แนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ เล็บบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการวิเคราะห์อภิमानบ่งชี้ว่า เมื่อใช้นอร์ทริปไทลีนร่วมกับการใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัดพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่ใช้นอร์ทริปไทลีนสามารถเพิ่มอัตราการ เล็บบุหรี่ได้ประมาณ 2-3 เท่า (OR 1.8-5.7) อัตราการเล็บบุหรี่ที่ระยะเวลา 6 เดือนอยู่ระหว่างร้อยละ 14-21 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้ยาหลอก ส่วนอัตราการเล็บบุหรี่ที่ ระยะเวลา 1 ปีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ (30.1% [95% CI = 18.1-41.6%] และ 11.7% ตามลำดับ)(31,44) ข้อดีของการใช้นอร์ทริปไทลีนคือราคาถูก แต่ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ปากแห้ง หน้ามืด มือสั่น มองเห็นภาพไม่ชัด ใจสั่น ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ง่วงซึม เปลี่ยนแปลงการรับ รส โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้นอร์ทริปไทลีนร้อยละ 4-9 หยุดใช้ยาเทียบกับร้อยละ 1-3 ของผู้ที่ได้รับยา หลอก (31,51)

4.2.4 โคลนิติน

โคลนิตินถูกรับรองให้เป็นยาบำบัดผู้เสพติดบุหรี่อันดับ 2 สามารถใช้ได้ทั้งแบบรับประทาน และแบบแผ่นปิดผิวหนัง (11) (ในประเทศไทยมีเฉพาะรูปแบบรับประทานเท่านั้น) ขนาด รับประทานเริ่มต้นที่ 0.1 มิลลิกรัมต่อวัน จากนั้นให้ค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นจนถึง 0.4 มิลลิกรัมต่อ วัน ส่วนชนิดปิดผิวหนังให้ใช้ขนาด 0.1-0.3 มิลลิกรัมต่อวัน เริ่มใช้ยาก่อนถึงวันกำหนดเล็บบุหรี่ ประมาณ 3 วัน ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 3-4 สัปดาห์ จากนั้นให้ค่อย ๆ ลดขนาดยาลง ห้าม หยุดยาทันทีเนื่องจากอาจเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นวิกฤตผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูง หรือเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ (42,51-52) อาการถอนนิโคตินจะเพิ่มมากขึ้น หลังจากการหยุดสูบบุหรี่การใช้ร่วมกับการให้นิโคตินทดแทนอาจช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้ (51) แนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือให้เล็บบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกา วิเคราะห์อภิमानการใช้ โคลนิตินพบว่า สามารถเพิ่มอัตราการเล็บบุหรี่ที่ระยะเวลา 5 สัปดาห์ถึง 6 เดือน ในช่วงระหว่างร้อย ละ 14-57 เมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้ยาหลอก (ร้อยละ 11 -37) อย่างไรก็ตามมีหลายการทดลองทางคลินิกที่ ชี้ว่าโคลนิตินไม่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยเล็บบุหรี่ การวิเคราะห์อภิमानระบุว่าผู้ป่วยที่ใช้โคลนิ ตินสามารถเพิ่มอัตราการเล็บบุหรี่ได้ประมาณ 2 เท่า เทียบกับผู้ที่ใช้ยาหลอก (OR 1.3-3.2) อัตราการ เล็บบุหรี่อยู่ในช่วงร้อยละ 17-34 ที่ระยะเวลา 6 เดือน และยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลทางคลินิก

ของโคลนิน-ดินในระยะยาว (31,51-52) นอกจากนี้ โคลนิน-ดินยังมีการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง เช่น ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น เวียนศีรษะ ง่วงนอน ท้องผูก ปากแห้ง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นต้น (31,51)

4.2.5 ริโมนาแบน

ริโมนาแบนเป็นยาที่ออกฤทธิ์ด้านตัวรับแคนนาบินอยด์ (cannabinoid Type I receptor antagonist) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมพฤติกรรมของร่างกาย เช่น ความหิว หรือการติดยา เป็นต้น (35) การออกฤทธิ์ด้านตัวรับแคนนาบินอยด์จะส่งผลให้ลดความต้องการนิโคตินของร่างกาย STRATUS-US (53-54) เป็นการศึกษาแรกจากทั้งหมด 3 การศึกษาของริโมนาแบนเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่โดยพบว่าริโมนาแบนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้และยังควบคุมอาการอยากอาหารโดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับริโมนาแบนจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก ยานี้ยังมีผลช่วยลดไขมันในร่างกายโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์และเพิ่ม HDL (high density lipoprotein) ได้ นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะการดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ได้ด้วย อาการข้างเคียงที่สำคัญ เช่น คลื่นไส้ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เป็นต้น โดยพบมากในการใช้ขนาดยามากกว่า 20 มิลลิกรัม ปัจจุบันกำลังอยู่ระหว่างการขอขึ้นทะเบียนจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (51,55)

4.2.6 วาเรนนิคลีน

วาเรนนิคลีนออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับนิโคตินบางส่วน (partial agonist nicotinic receptor) มีผลทำให้ลดอาการถอนนิโคตินและลดผลข้างเคียงจากการใช้นิโคตินทดแทน (35) ในการศึกษาทางคลินิกระยะที่ 2 พบว่า วาเรนนิคลีนมีผลช่วยในการเลิกบุหรี่ได้และอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือคลื่นไส้ (56) ปัจจุบันได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาให้ใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2549

5. หญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*)

จากวิธีการเลิกบุหรี่ทั้งหมดที่กล่าวมาไม่ว่าจะเป็นวิธีใช้ยาหรือวิธีที่ไม่ใช้ยาพบว่าอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกบุรียังน้อยอยู่ สาเหตุอาจเนื่องมาจากสถานบริการเพื่อเลิกบุหรี่มีจำนวนจำกัดรวมไปถึงราคายาที่ใช้เลิกบุรียังค่อนข้างสูงขณะที่ผู้ติดบุหรี่ส่วนใหญ่ของประเทศจะมีรายได้น้อย ทำให้การเข้าถึงบริการและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยเลิกบุหรี่เป็นไปได้ยาก แต่การสนับสนุนให้ผู้เสพติดบุหรี่หันมาเลิกบุหรี่เป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพราะการเลิกบุหรี่เป็นการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่จะตามมาในอนาคตได้ ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณของชาติทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรงคือประเทศจะไม่ต้องเสียค่าดูแลรักษาเพื่อซื้อบุหรี่ ส่วนทางอ้อมคือการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากบุหรี่ด้วย ดังนั้นการคิดหาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่ใช้เลิกบุหรี่ได้จึงต้องมีการค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรม

การใช้สมุนไพรเพื่อช่วยในการรักษาโรคต่าง ๆ นั้น เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทยที่มีการสั่งสมมาตั้งแต่สมัยโบราณ อาศัยทักษะ หลักความเชื่อ การลองผิดลองถูกจนสามารถรวบรวมเป็นทฤษฎีและวิธีการปฏิบัติจนสามารถนำสมุนไพรชนิดต่าง ๆ มาใช้เพื่อป้องกัน รักษา วินิจฉัย หรือบรรเทาอาการของโรคต่าง ๆ ได้ การใช้สมุนไพรเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ มีสมุนไพรไทยอยู่ 2-3 ชนิดที่มีการรายงานว่าสามารถนำมาใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ได้ หนึ่งในนั้นคือสมุนไพรที่มีชื่อว่าหญ้าดอกขาว มีชื่อเรียกตามท้องถิ่นต่าง ๆ เช่น หญ้าละออง ก้านรูป เขียวชัวเฮา ขางห่างนำว ถั่วสะเดิน ฝรั่งเศส เลือสามขา หมอน้อย หญ้าสามวัน หญ้าผ้าสามวัน หญ้าหนวดเป้ง ถักรพระอินทร์ หญ้าเนียมช้าง ม่านสวรรค์ เป็นต้น ซึ่งลักษณะทางพฤกษศาสตร์สรรพคุณทางการแพทย์พื้นบ้าน สารเคมีสำคัญ การศึกษาทางเภสัชวิทยา การศึกษาทางพิษวิทยา และการศึกษาทางคลินิก ดังแสดงต่อไปนี้

5.1 ลักษณะทางพฤกษศาสตร์

หญ้าดอกขาว (Ash-colored fleabane) เป็นพืชในวงศ์ ASTERACEAE มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia cinerea* มีลักษณะทางพฤกษศาสตร์คือ ไม้ล้มลุก ลำต้นตั้งตรง สูง 15-80 ซม. ใบเดี่ยว เรียงสลับ รูปวงรีแคบ รูปไข่ รูปคล้ายช้อนแคบ รูปใบหอกหรือรูปแถบ ใบบริเวณโคนต้นขนาดใหญ่กว่าที่ปลายยอด ใบที่โคนต้นกว้าง 1.5-3.5 ซม. ยาว 3-8.5 ซม. ใบที่บริเวณปลายยอดกว้าง 3-15 มม. ยาว 1-7 ซม. ปลายใบมนหรือแหลม โคนใบมนหรือแหลม ขอบใบจักฟันเลื่อย ดอกช่อกระจุกแน่นออกรวมเป็นช่อแยกแขนงรูปคล้ายช่อเชิงหลั่น กว้าง 5-15 ซม. ยาว 5-35 ซม. ช่อบีประดับรูปคล้ายระฆัง 4 ชั้น ดอกมีสีม่วงเข้มแล้วค่อย ๆ จางลง ผลแห้งมีเมล็ดเดี่ยว รูปทรงกระบอกแคบ สีน้ำตาลเข้ม ยาว 1.5-2 มม. หนาน้อยกว่า 0.5 มม. (14,57) ลักษณะของหญ้าดอกขาวดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 ลักษณะของหญ้าดอกขาว (58)

5.2 การใช้ทางแพทย์พื้นบ้าน

หญ้าดอกขาวมีการใช้ทางแพทย์พื้นบ้านในการรักษาโรคต่าง ๆ มาเป็นเวลานาน วิธีการใช้ ส่วนที่ใช้และระยะเวลาที่ใช้แตกต่างกันไปในแต่ละโรคและแต่ละพื้นที่ สรรพคุณต่าง ๆ ของหญ้าดอกขาวที่ได้รวบรวมไว้มีดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรรพคุณทางการแพทย์พื้นบ้านของหญ้าดอกขาว (14,57,59-60)

ส่วนที่ใช้	สรรพคุณ
ราก	แก้บวม น้ำ ขับพยาธิ ขับปัสสาวะ แก้ชางตะกั่ว แก้ท้องผูก
ลำต้น	แก้ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ แก้นมคัด แก้บวม ดูดหนอง
ใบ	พอกแผล ถอนพิษ แก้อักเสบ ลดบวม แก้ตาแดง ตาแฉะ ตาฟาง แก้หิด แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ รักษาสะเก็ดเงิน แก้บิด แก้กลากเกลื้อน รักษาหลอดลมอักเสบ แก้ไข้ แก้ระดูขาว รักษามาลาเรีย
ส่วนเหนือดิน	ลดความดันโลหิต รักษาข้ออักเสบ รักษาตับอักเสบ รักษาโรคหอบ แก้ไข้ รักษาปอดอักเสบ
ดอก	แก้ไข้ แก้เยื่อตาตาอักเสบ รักษาโรคข้อรูมาตอยด์
เมล็ด	ขับพยาธิ บำรุงธาตุ แก้ปวดท้อง ท้องอืด แก้ปัสสาวะขัด แก้ไอ รักษาโรคผิวหนังต่างขาว แก้โรคผิวหนังเรื้อรัง แก้พิษ
ทั้งต้น	แก้ไข้ รักษาตับอักเสบ ลดความดันโลหิต รักษาโรคหอบ แก้ท้องเสีย รักษาแผลบวมอักเสบ มีหนอง ช่วยให้ออกง่าย ทำให้ไม่อักเสบหรือ
ไม่ระบุส่วนที่ใช้	รักษาโรคหอบอ่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.3 ส่วนประกอบทางเคมี

หญ้าดอกขาวประกอบด้วยสารเคมีสำคัญหลายชนิด ส่วนใหญ่เป็นสารในกลุ่ม sterols, triterpenoid, flavonoids และ saponin (61-62) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สารเคมีในหญ้าดอกขาว (57,60-66)

ชื่อสาร	ส่วนที่พบ	ปริมาณ	ประโยชน์	ข้อควรระวัง
potassium chloride	ใบ ลำต้น ราก	0.02-0.48%	K supplement	GI irritate , ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ไต
potassium nitrate	ลำต้น ราก	0.04-0.84%	Osmotic diuretic, reduce pain of hypertensive teeth	GI irritate, vertigo, headache, flushing, cyanosis
succinic acid	ลำต้น	0.17%	Antibacterial , anti-inflammatory	
luteolin	ใบ	0.145%	Antitussive , spasmolytic agent , hypocholeretic agent , vasodilator , anti-inflammatory , antibacterial	
lupeol palmitate	ทั้งต้น	-	Antitumour activity, antihyperglycemic, hypotensive activities	
lupeol acetate	ราก	-	Antihyperglycemic , antiulcer activities	
taraxer	ราก	0.003%	Antiulcer and gastric antisecretory activities	
diosmetin	ทั้งต้น	-	Spasmolytic agent	
Amyrin, alpha	ราก	0.0015%	Occur in the latex of many plant	

ตารางที่ 3 แสดงสารเคมีในหญ้าดอกขาว(ต่อ)(57,60-66)

ชื่อสาร	ส่วนที่พบ	ปริมาณ	ประโยชน์	ข้อควรระวัง
chlorogenic acid	ทั้งต้น	0.035%	antibacterial, antimutagenic, antitumor, antiviral, antioxidant	
stigmasterol	ทั้งต้น	-	A vital structural role in the membranes of plants cell	
hirsutidin	ดอก	-	Mauve flower pigment	
quinic acid	ทั้งต้น	0.05%	common plant acid	
campesterol	ราก	0.025%	Structural component of plant cell	

5.4 ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

ในปัจจุบันมีรายงานการศึกษาถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของหญ้าดอกขาวออกมาหลายการศึกษาด้วยกัน ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่มีการศึกษาเช่น ฤทธิ์ในการต้านแบคทีเรีย ต้านเชื้อรา ต้านเชื้อไวรัส ถ่ายพยาธิ ลดการปริมาณออกซาเลตในปัสสาวะ แก้ปวด กดประสาทส่วนกลาง ลดความดันโลหิต แก้ปวดท้อง ลดไข้ และลดการอักเสบ เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของหญ้าดอกขาว (57, 60, 67-79)

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	สัตว์ทดลอง	ส่วนที่ใช้	วิธีสกัด/ทดลอง
Antibacterial	Streptococcus Staphylococcus S.aureus Pseudomonas	Aerial part Entire plant Leaf Seed	Decoction, agar plate Decoction, agar plate 80%Ethanol extract, agar plate Type of extract not state, agar plate
Antiviral activity	Virus-ranikhet	Entire plant	100%Ethanol extract, cell culture
Antispasmodic	Ileum-guinea pig	Entire plant	Ethanol – H ₂ O(1:1) extract
Hypotensive	Dog	Entire plant	H ₂ O extract, IV use
Analgesic	Mouse	Entire plant	Type of extract not state, IP use
Diuretic	Rat	Leaf	Chloroform extract, intra-gastric
Antidiuretic	Rat	Leaf	Methanol extract, intra-gastric
Cytotoxic	Tumor	Aerial part	95%Ethanol extract, cell culture
Antitumor	Mouse	Entire plant	Ethanol – H ₂ O(1:1) extract, IP use
Anti-malarial	P.falciparum	Entire plant	100%Ethanol extract
CNS depressant	Mouse	Entire plant	Type of extract not state, IP use
Antifungal	Aspergillus flavus	Leaf	H ₂ O extract, agar plate
Antinematodal	M.incognita	Seed	H ₂ O extract

5.5 การศึกษาด้านพิษวิทยา

การศึกษาถึงพิษวิทยาของหน้าดอกขาวมีอยู่ก่อนข้างจำกัด ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมามีทั้งหมด 2 การศึกษาด้วยกัน คือ การศึกษาแรก Dhar และคณะ (67) ได้ศึกษาถึงพิษวิทยาของหน้าดอกขาว โดยการใช้สารสกัดทั้งต้นด้วย 50% เอธานอลฉีดเข้าช่องท้องของหนูถีบจักร โดยใช้ขนาดยาเริ่มต้น คือ 400 หรือ 500 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ปรับขนาดยาขึ้นหรือลงครั้งละครึ่งหนึ่งตามอาการพบได้ ของสัตว์ทดลอง ขนาดยาที่มากกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมไม่ได้ทำการศึกษา พบว่า ขนาดยา สูงสุดที่ยังไม่เกิดอาการพิษของหน้าดอกขาวคือ 500 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ต่อมาการศึกษาของ Muir (68) ซึ่งได้ศึกษาฤทธิ์การกดประสาทส่วนกลางในหนูถีบจักร โดยพบว่าฤทธิ์การกดประสาท ส่วนกลางของหน้าดอกขาวเป็นผลที่ตามมาจากฤทธิ์ในการแก้ปวด ซึ่งขนาดยาที่ทำให้สัตว์ทดลอง ตายเป็นจำนวนครั้งหนึ่งมีค่าเท่ากับ 1.874 กรัมต่อกิโลกรัม

5.6 การศึกษาทางคลินิก

การศึกษาถึงผลการรักษาทางคลินิกในมนุษย์ของหน้าดอกขาวพบว่ามีการใช้หน้าดอกขาว ในการรักษาน้่วอกขาเลตในกระเพาะปัสสาวะ โดย Pendense และคณะ (69) ได้ทำการศึกษาฤทธิ์ ในการลดออกขาเลตในอาสาสมัครสุขภาพดี 32 คนและผู้ป่วยโรคน้่ว 48 คน โดยใช้สารสกัด เข้มข้นหน้าดอกขาวทั้งต้นปริมาณ 96 มิลลิกรัม แบ่งให้วันละ 3 ครั้งเป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ผล การศึกษาพบว่าหน้าดอกขาวสามารถเพิ่มการขับออกขาเลตในผู้ป่วยโรคน้่วได้ แตกต่างจากกลุ่ม อาสาสมัครสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ต่อมา Marya และ Singla (80) ได้ ทำการศึกษาในวิธีการเดียวกันแต่เพิ่มจำนวนผู้ป่วยเป็น 255 คน และเพิ่มระยะเวลาในการรักษาเป็น 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 91.3 สามารถขับน้่วออกได้ภายในระยะเวลา 2-3 วันจนถึง 3 เดือน และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ในระยะยาว และ Kekade (81) ได้ ทำการศึกษาถึงความเป็นพิษในผู้ป่วยโรคน้่วออกขาเลตโดยเพิ่มระยะเวลาในการรับประทานเป็น 6 เดือน พบว่า ไม่มีอาการพิษเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การศึกษาถึงประสิทธิผลของหน้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมามีการศึกษาที่ โรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (14) ทำการเปรียบเทียบผลการลดการสูบบุหรี่ของประชาชน ในเขตอำเภออุทอง โดยใช้หน้าดอกขาวกับยาหลอก (ใบเตยหอมและดอกเก๊กฮวย) พบว่า หน้าดอก ขาวสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ อีกการศึกษาหนึ่งเป็นของศักดิ์วิชา ไชยสวัสดิ์และมนัษยา มรรค อนันตโชติ (15) ทำการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดยาสูบด้วยการใช้หน้าดอกขาวและ ธรรมชาติบำบัดที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 62 คน ใช้สมุนไพรหน้าดอกขาวในรูปของชาชงซองละ 4 กรัม (คิดเป็นปริมาณหน้าดอกขาวได้ 2.86 กรัม ต่อซอง) ชงกับน้ำร้อน ครั้งละ 1 ซองต่อน้ำ 1 แก้ว ดื่มเป็นประจำวันละ 3 ครั้งหลังอาหารเป็นเวลา 15 วัน หลังจากติดตามผล 4 เดือนพบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 69.35 โดยให้

เหตุผลสำคัญในการเลิกบุหรี่คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย และไม่อยากสูบบุหรี่ 39 ราย มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ สูบแล้วรู้สึกอยากอาเจียน 3 ราย มีอาการไอลดลง ไม่อยากสูบบุหรี่และเหม็นกลิ่นบุหรี่ 1 ราย ส่วนผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มี 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.65 โดยให้เหตุผลว่าดื่มชาหญ้าดอกขาวแล้วไม่มีอาการใดๆ เหมือนดื่มน้ำธรรมดา หญ้าดอกขาว อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เนื่องจากเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่มีจำหน่ายและใช้กันอยู่ทั่วไป มีความปลอดภัย หาได้ง่ายและราคาถูก(ซองละ 1 กรัม ราคา 1 บาท ชาหญ้าดอกขาวที่มีจำหน่ายทั่วไปแสดงในรูปที่4) (82) แต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของสมุนไพรชนิดนี้ในการช่วยเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง การศึกษาที่ผ่านมาก็ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการวัดข้อมูลเชิงคุณลักษณะพื้นฐาน ไม่มีการยืนยันว่าผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้จริงโดยวิธีการที่เป็นมาตรฐาน และยังไม่มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยนี้นำสมุนไพรหญ้าดอกขาวมาใช้ในรูปแบบชาขงคัมรับประทานซึ่งความเข้มข้นจะไม่สูงเท่ากับการทำเป็นสารสกัดเข้มข้น จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่นำสมุนไพรชนิดนี้มาทำการวิจัยในรูปแบบชาขงคัม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งที่จะวิจัยผลของหญ้าดอกขาวต่อการเลิกบุหรี่ เพื่อสามารถใช้เป็นทางเลือกใหม่แก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่



รูปที่ 4 แสดงตัวอย่างชาขงคัมหญ้าดอกขาวที่มีจำหน่าย (82)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์อภิปรายและสรุปผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

1.1 ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมข้อมูลต่างๆ ในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม ครอบคลุม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาถึงงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิธีการเลิกบุหรี่ที่ใช้ในปัจจุบัน และศึกษาข้อมูลทางพิษศาสตร์ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา สารสำคัญ กลไกการออกฤทธิ์และพิษวิทยาของหญ้าดอกขาว โดยเฉพาะการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในทางคลินิก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัย และสามารถกำหนดรูปแบบและดำเนินการวิจัยได้

1.2 กำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน

ออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่

1.3 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.3.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในคนไทยที่เลิกบุหรี่ (20)(ภาคผนวก ก)

1.3.2 แบบทดสอบ Fagerstrom สำหรับประเมินระดับการติดสารนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; ภาคผนวก ข)

1.3.3 แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” (ภาคผนวก ค)

1.3.4 แบบประเมินระดับความต้องการการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลอง Transtheoretical Model(ภาคผนวก ง)

1.3.5 แบบบันทึกคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก จ)

1.3.6 แบบบันทึกประวัติทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ (ภาคผนวก ฉ)

1.3.7 แบบบันทึกติดตามการเลิกบุหรี่ ประวัติการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ชาชงหญ้าดอกขาว (ภาคผนวก ช)

1.3.8 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ภาคผนวก ซ)

1.3.9 เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย (ภาคผนวก ฉ)

1.3.10 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก จ)

1.3.10 แผ่นพับคำแนะนำเรื่องวิธีการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว บันทึกการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวและบันทึกการเลิกบุหรี่รวมถึงกลยุทธ์ในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ (ภาคผนวก จ)

1.3.11 เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ Gas Chromatography Mass Spectrometry (GC/MS) รุ่น GC5890 series II plus, MS5972 series, Injector HP6890 series, Hewlett Packard สหรัฐอเมริกา ใช้ในการตรวจหาสารโคตินินในปัสสาวะ

1.3.12 ชาชงหญ้าดอกขาวและชาใบหม่อน บรรจุในซองชาซองละ 3 กรัม สั่งซื้อจาก ชมรมรักสมุนไพรรักษ์เมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO9001: 2000 GMP (Good manufacturing practice) และ HACCP (Highly active critical control point) ราคาซองละ 3 บาท

1.4 คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสถาบันชัยภูมิรักษ์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 670 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสถาบันที่มีพันธกิจหลักในการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและมีผู้ป่วยมารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่จำนวนมาก

1.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่สถาบันชัยภูมิรักษ์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่และไม่ได้รับยาใด ๆ เพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่หรือเคยได้รับยาชนิดอื่นมาแล้วแต่ยังเลิกไม่สำเร็จ

1.5.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ ศักดิ์วิศา ไชยสวัสดิ์ และมนัสชา มรรคอนันตโชติ (15) ในผู้ป่วยจำนวน 62 คน ได้รับส่วนผสมชงชงสมุนไพรรักหญ้าดอกขาวบรรจุซองละ 4 กรัม (คิดเป็นปริมาณหญ้าดอกขาวเท่ากับ 2.86 กรัม) ชงกับน้ำร้อนครั้งละ 1 ซองต่อน้ำ 1 แก้วทิ้งไว้ 15 นาที ดื่มวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 15 วันพบอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ระยะเวลาติดตามผล 4 เดือน ร้อยละ 69.35 แต่เนื่องจากไม่มีการศึกษาใดที่เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงสรุปว่าสัดส่วนที่ไม่ได้ผลในการรักษาคือ ร้อยละ 30.65 เป็นสัดส่วนของประชากรในกลุ่มที่สอง

ใช้สูตรการคำนวณแบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (สมการ 1)

$$\text{สมการ (1)} \dots\dots\dots n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2P'(1-P')}{D^2} \quad ; P' = \frac{P_1 + P_2}{2} \quad D = P_1 - P_2$$

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$ (two-sided) , $Z_{\alpha} = 1.96$

$\beta = 0.2$ (one-sided) , $Z_{\beta} = 0.84$

$P_1 = 0.69$, $P_2 = 0.31$, $P' = (0.69 + 0.31)/2 = 0.5$

$D = 0.69 - 0.31 = 0.38$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 2 (0.5) (1 - 0.5)}{(0.38)^2}$$

$$= 27 \text{ คน}$$

ประมาณการว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 20 จำเป็นต้องออกจากการวิจัยในระหว่างการวิจัย (Drop out 20%)

$$n = 27 / (1 - 0.2) = 33.7 \sim 34 \text{ คน}$$

ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 34 คน

1.5.2 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้จะถูกคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

1. อาสาสมัครสุขภาพดีและมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สูบหรี่ไม่น้อยกว่า 5 มวนต่อวันเป็นประจำในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ก่อนเข้ารับการรักษารั้งนี้
3. ผู้ป่วยต้องมีระดับความต้องการการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลองของ Transtheoretical Model ในระดับ preparation และ action
4. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้สัมภาษณ์ ตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะ

1.5.3 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย

1. มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ มีการทำงานของตับและไตผิดปกติขั้นรุนแรง มีความผิดปกติทางระบบประสาทหรือมีภาวะซึมเศร้า โดยดูจากบันทึกในเวชระเบียนหรือแพทย์มีความเห็นว่าเป็นอันตราย
2. ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ชีการ์ ไปป์ หรือติดสารเสพติดชนิดอื่น เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา เฮโรอีน เป็นต้น
3. อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
4. ผู้ที่ปัจจุบันได้รับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยใช้ยาชนิดอื่นอยู่ ได้แก่ ยาที่ให้นิโคตินทดแทน บูโพรพิออน (bupropion) โคลนิดีน (clonidine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) หรือใช้ยาสมุนไพรชนิดอื่นๆ เพื่อประโยชน์อย่างอื่นอยู่ด้วย

5. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
6. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์และตรวจปัสสาวะ

1.5.4 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกระหว่างการทำการวิจัย

1. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร เป็นต้น
2. ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) ชนิด randomized, single blind, placebo controlled, two parallel group trial และผ่านมติเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในสัตว์และมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการวิจัยช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2548 กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มให้เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาด้วยวิธี block randomization และมีการให้ intervention โดยเภสัชกรผู้วิจัยจำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12 และ 16

2.2 วิธีการเก็บข้อมูล

- 2.2.1 การเก็บข้อมูลประวัติทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานะครอบครัว ระดับการศึกษา ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จากแบบบันทึกประวัติทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่ อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ความพยายามในการเลิกบุหรี่จากแบบบันทึกประวัติการเลิกบุหรี่ การประเมินระดับการติดสารนิโคตินได้จากแบบทดสอบ Fagerstrom test for nicotine dependence การประเมินระดับความต้องการการเลิกบุหรี่จากแบบจำลอง Transtheoretical model และแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” โดยเภสัชกรผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์
- 2.2.2 ข้อมูลการใช้ยาชงหลอดอกขาว ปัญหาของการไม่ใช้ยาตามสั่ง ปัญหาที่พบจากการเลิกบุหรี่รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาชงหลอดอกขาวจะได้จากแบบบันทึกติดตามการเลิกบุหรี่ ประวัติการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาชงหลอดอกขาว
- 2.2.3 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) วัดระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar; FBS) ประเมินการทำงานของตับและไต โดยวัดระดับ ALT, AST, alkaline phosphatase (ALP),

BUN และ serum creatinine (SCr) ในวันแรกที่พบเกสัชกรผู้วิจัยและในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากรับประทานชาชงจากเครื่องมือที่มีในกลุ่มงานพยาธิวิทยา สถาบันชญารักษ์และถ้าผู้ป่วยมีค่าพารามิเตอร์ใดในสัปดาห์ที่ 2 ผิดปกติจะทำการตรวจซ้ำในสัปดาห์ที่ 12

2.2.4 ผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังปอดในครั้งแรกที่พบเกสัชกรผู้วิจัยเพื่อดูสภาพปอดและหัวใจ ซึ่งเป็นการตรวจสอบภาพขั้นพื้นฐาน

2.2.5 ผลการเลิกบุหรี่ได้จาก

2.2.5.1 การรายงานการเลิกบุหรี่โดยตัวผู้ป่วยเอง (self-report) ซึ่งบันทึกในแบบบันทึกการเลิกบุหรี่ เกสัชกรผู้วิจัยประเมินผลการเลิกบุหรี่จากปฏิทินที่ผู้ป่วยบันทึกและจากการซักถามผู้ป่วยในวันที่ 15 สัปดาห์ที่ 4 , 8 , 12 และ 16 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว

2.2.5.2 การตรวจวัดระดับโคตินินในปัสสาวะเพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย จะทำการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง ณ วันที่ 15 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว

2.2.6 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จะได้ข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ โดยจะทำการประเมิน 4 ครั้ง คือ ก่อนเลิกบุหรี่ (ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาพบเกสัชกรผู้วิจัย) และ ณ สัปดาห์ที่ 2 , 4 และสัปดาห์ที่ 12 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว โดยผู้วิจัยจะให้เวลาผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถามเอง และใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน

2.3 ขั้นตอนในการดำเนินงาน

2.3.1 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่จะได้รับการตรวจสอบสุขภาพและคัดกรองเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดกรองตัวอย่างเข้าร่วมและคัดออกจากกรวิจัย ผู้ป่วยที่แพทย์ระบุให้เข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์จะถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดสัญลักษณ์ไว้ที่หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัย

2.3.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มศึกษา เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเรื่องวิธีการเลิกบุหรี่ พิชัยจากบุหรี่ การปฏิบัติตัวเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและจะได้รับชาชงหญ้าดอกขาวชงดื่มครั้งละ 1 ชงต่อน้ำ 1 แก้วปริมาตร 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 14 วันโดยกำหนดวันเลิกบุหรี่คือวันที่ 8 หลังจากวันเริ่มรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว

- กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเรื่องวิธีการเลิกบุหรี่ พิชัยจากบุหรี่ การปฏิบัติตัวเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและจะได้รับชาไปหมอนขงคัมครั้งละ 1 ซองค่อน้ำ 1 แก้วปริมาตร 150 มิลลิลิตร คัมวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 14 วัน โดยกำหนดวันเลิกบุหรี่คือวันที่ 8 หลังจากวันเริ่มรับประทานชาไปหมอน

2.3.3 การให้ความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่จะได้รับการบริการตามปกติ คือ จะได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาลเรื่องวิธีการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ เช่น ความรู้เกี่ยวกับพิชัยจากการสูบบุหรี่ การปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะต่าง ๆ ในการหลีกเลี่ยงสิ่งชั่วร้ายและเบี่ยงเบนความสนใจ ในครั้งแรกและทุกครั้งที่มาพบแพทย์และเภสัชกรผู้วิจัยตามนัด คือ สัปดาห์ที่ 2, 4, 8, 12 และ 16

2.3.4 ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้

2.3.4.1 ผู้วิจัยจะอธิบายถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับพร้อมทั้งขอความยินยอมและความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ และขอตรวจวัดระดับโคตินินในปัสสาวะ โดยผู้ป่วยได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3.4.2 ในการดำเนินการวิจัยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลประวัติทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ การประเมินระดับการติดสารนิโคตินได้จากแบบทดสอบ Fagerstrom test for nicotine dependence การประเมินระดับความต้องการการเลิกบุหรี่จากแบบจำลอง Transtheoretical model แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่

2.3.4.3 ผู้ป่วยจะได้รับการเอ็กซเรย์ปอดในครั้งแรกที่พบเภสัชกรผู้วิจัยซึ่งเป็นการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน

2.3.4.4 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) วัดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และตรวจการทำงานของตับและไต โดยตรวจเลือดวัดระดับ AST, ALT, ALP, BUN, SCr ในครั้งแรกที่พบผู้วิจัยและสัปดาห์ที่ 2 และถ้าผู้ป่วยมีระดับของค่าพารามิเตอร์ใดในสัปดาห์ที่ 2 ผิดปกติจะทำการตรวจซ้ำในสัปดาห์ที่ 12

2.3.4.5 กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาโดยวิธี block randomization

2.3.4.6 เมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามนัดคือสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 12 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา ผู้ป่วยจะได้รับการบริการตามปกติ คือ จะได้รับความรู้

เรื่องวิธีการเลิกบุหรี่ พิชัยจากบุหรี่ การปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะต่าง ๆ ในการหลีกเลี่ยงสิ่งชั่วร้ายและ เบี่ยงเบนความสนใจ และผู้วิจัยจะบันทึกประวัติการใช้ยา บันทึกการ ติดตามการเลิกบุหรี่ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

2.3.4.7 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจระดับโคตินินในปัสสาวะและทำแบบประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่จำนวน 3 ครั้ง ณ วันที่ 15 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา

2.3.4.8 กรณีผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดคือในวันที่ 15 สัปดาห์ที่ 4 และ 12 นับ จากวันเริ่มต้นรับประทานยาขง ผู้วิจัยจะดำเนินการโดย

- โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรหาผู้ป่วยให้มารับการรักษา
- หากผู้ป่วยยังไม่มารับการรักษาภายใน 1 สัปดาห์หลังจากการติดต่อครั้งแรกผู้วิจัยจำทำซ้ำโดยการโทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรหาผู้ป่วยอีกครั้ง
- หากผู้ป่วยยังไม่มารับการรักษาภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากการติดต่อครั้งที่ 2 จะถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ (รูปที่ 5 แสดงแผนภูมิ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย)

2.4 ทดลองปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงาน

โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อทำการทดสอบและปรับปรุงในส่วนของ แนวทางการดำเนินงาน แบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เอกสารประกอบการให้ความรู้ แบบ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ เทคนิคการสื่อสาร การสัมภาษณ์ และการเข้าถึงตัวผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

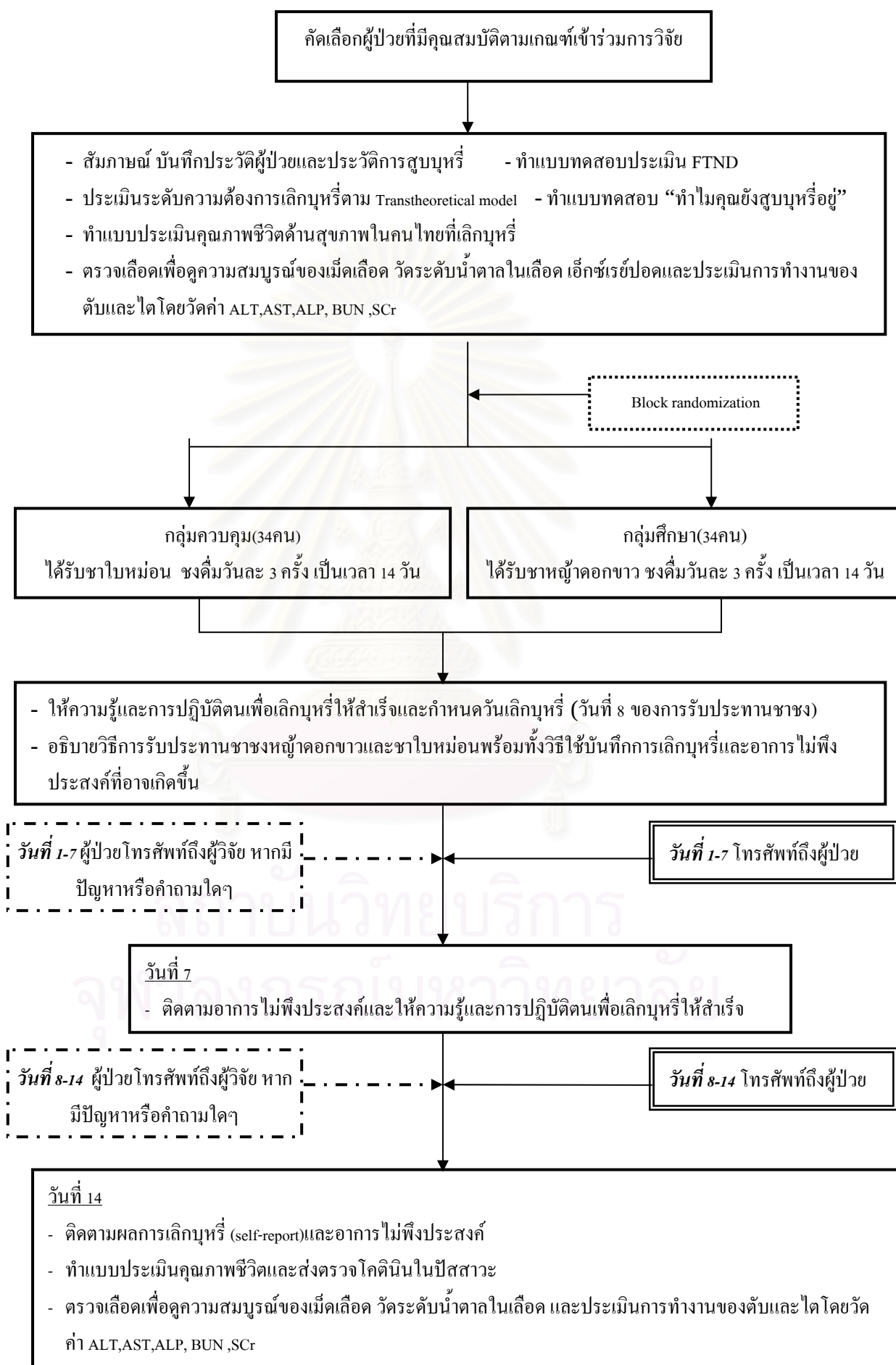
ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

SPSS for window version 11.5

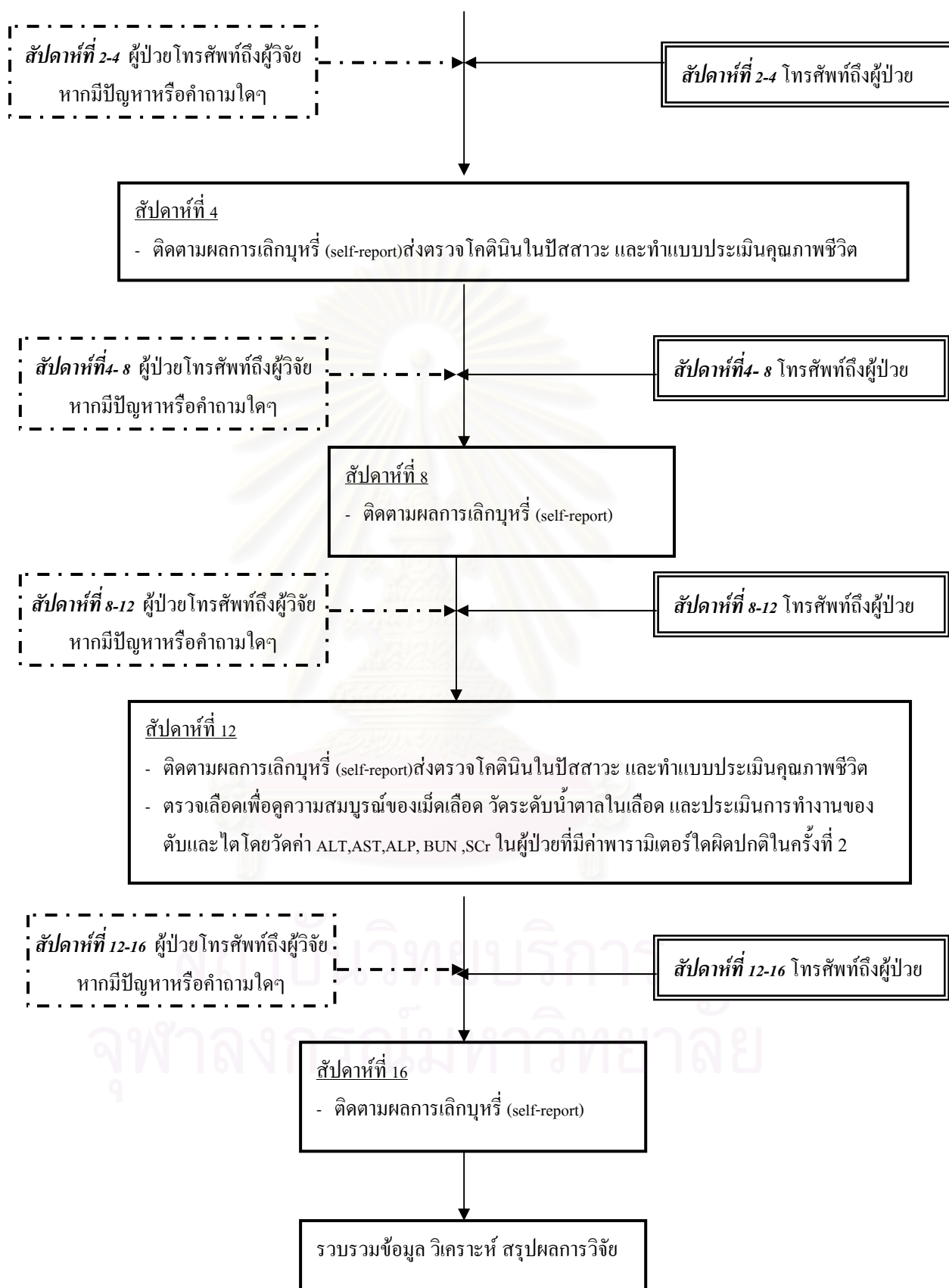
3.1 การแปลผลแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ (20) (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 36 ข้อคำถาม ซึ่งได้ทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คนมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยรวมเป็น 0.93 ข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตใน ทางบวก ได้แก่ข้อ 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34 คิดคะแนนดังนี้ 1=0 คะแนน, 2=25 คะแนน, 3=50 คะแนน, 4=75 คะแนน, 5=100 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิต ในทางลบ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 35, 36 ทำการปรับคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้ 1=100 คะแนน, 2=75 คะแนน, 3=50 คะแนน, 4=25 คะแนน, 5=0 คะแนน

รูปที่ 5 แผนภูมิขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



รูปที่ 5 แผนภูมิขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)



คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกการคิดคะแนนเป็น 4 ด้าน ด้านละ 100 คะแนน โดยคะแนนในแต่ละด้านคำนวณจากคะแนนรวมจากทุกข้อคำถามในด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ในด้านนั้น หากผู้ตอบมีคะแนนในด้านใดสูง หมายถึงผู้ตอบมีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนั้น และถ้าหากมีคะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ตอบมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยในแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามดังต่อไปนี้

- ด้านความเป็นอยู่ทั่วไป(general well-being)ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ คือข้อ 1-18
- ด้านความพึงพอใจ(satisfaction)ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ คือ 19, 20 และ 29 ถึง 34
- ด้านการควบคุมตนเอง (self-control) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ 21, 22, 23, 26
- ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problem) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คือ 24, 25, 27, 28, 35 และ 36

3.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.2.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงผลของข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ และ อัตราการเลิกบุหรี่ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นที่ระยะเวลาติดตามต่างๆ

3.2.2 ใช้ Chi-square (χ^2) test และ Independent t-test ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาสำหรับตัวแปรข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็น nominal และ interval/ratio scale ตามลำดับ และใช้ pair t-test เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังรับประทานชาซง

3.2.3 วัดประสิทธิผลของชาซงสมุนไพรดอกขาวเพื่อทดสอบความแตกต่างของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตาม วันที่ 15 สัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และ 16 จากวันเริ่มต้นรับประทานชาซง คำนวณโดยใช้วิธี intention to treat ผู้ป่วยที่สูญหายจากการวิจัย ทนผลข้างเคียงไม่ไหว หรือขอลอนตัวออกจากการวิจัยถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$ โดย (1)ใช้ Chi-square (χ^2) เปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลและอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และ (2) ใช้ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และคำนวณหาค่าความเที่ยง Cronbach's Coefficient Alpha ของแบบวัดคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ไม่นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาดูตามต่าง ๆ ผู้วิจัยจะใช้สูตรการคำนวณหา กำลังในการทดสอบ (power of test, $1-\beta$) (สมการ 2) (83) เพื่อตรวจสอบว่าขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่

ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ เพียงพอที่จะพบความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่
ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมหรือไม่

สมการ (2).....

$$\text{Power} = 1 - F(A)$$

$$\text{กำหนดให้ } A = \frac{Z_{\alpha} (2P'Q'/Nc)^{1/2} - |Pc - Pt|}{[(PcQc + PtQt)/Nc]^{1/2}} ; Z_{\alpha} = 1.96$$

$$P' = (Pt + Pc)/2$$

$$Q' = (Qt + Qc)/2$$

Pt = สัดส่วนของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มศึกษา

Pc = สัดส่วนของผู้ป่วยที่เลิกได้ในกลุ่มควบคุม

Qt = สัดส่วนของผู้ป่วยที่เลิกไม่ได้ในกลุ่มศึกษา

Qc = สัดส่วนของผู้ป่วยที่เลิกไม่ได้ในกลุ่มควบคุม

Nc = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

3.2.4 วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการใช้หม้อดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่โดยการคำนวณเป็น

จำนวนเงิน (บาท) จาก

ค่าใช้จ่ายในการใช้หม้อดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ = AxB

A = $\frac{\text{ค่าวัสดุดิบในการเตรียมชาชงหม้อดอกขาว} + \text{ค่าใช้จ่ายการควบคุมมาตรฐาน}}{\text{จำนวนชาชงที่ผลิตได้}}$

B = จำนวนชาชงที่ใช้ในระยะรักษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบ Randomized, single blind, placebo-controlled, two parallel group ศึกษาประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบกับยาหลอกและวิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่เทียบกับยาหลอกและวิเคราะห์ต้นทุนในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่ โดยเก็บข้อมูล ณ สถาบันธัญญารักษ์ จ.ปทุมธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549 ในบทนี้นำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลออกเป็น 5 ส่วน คือ

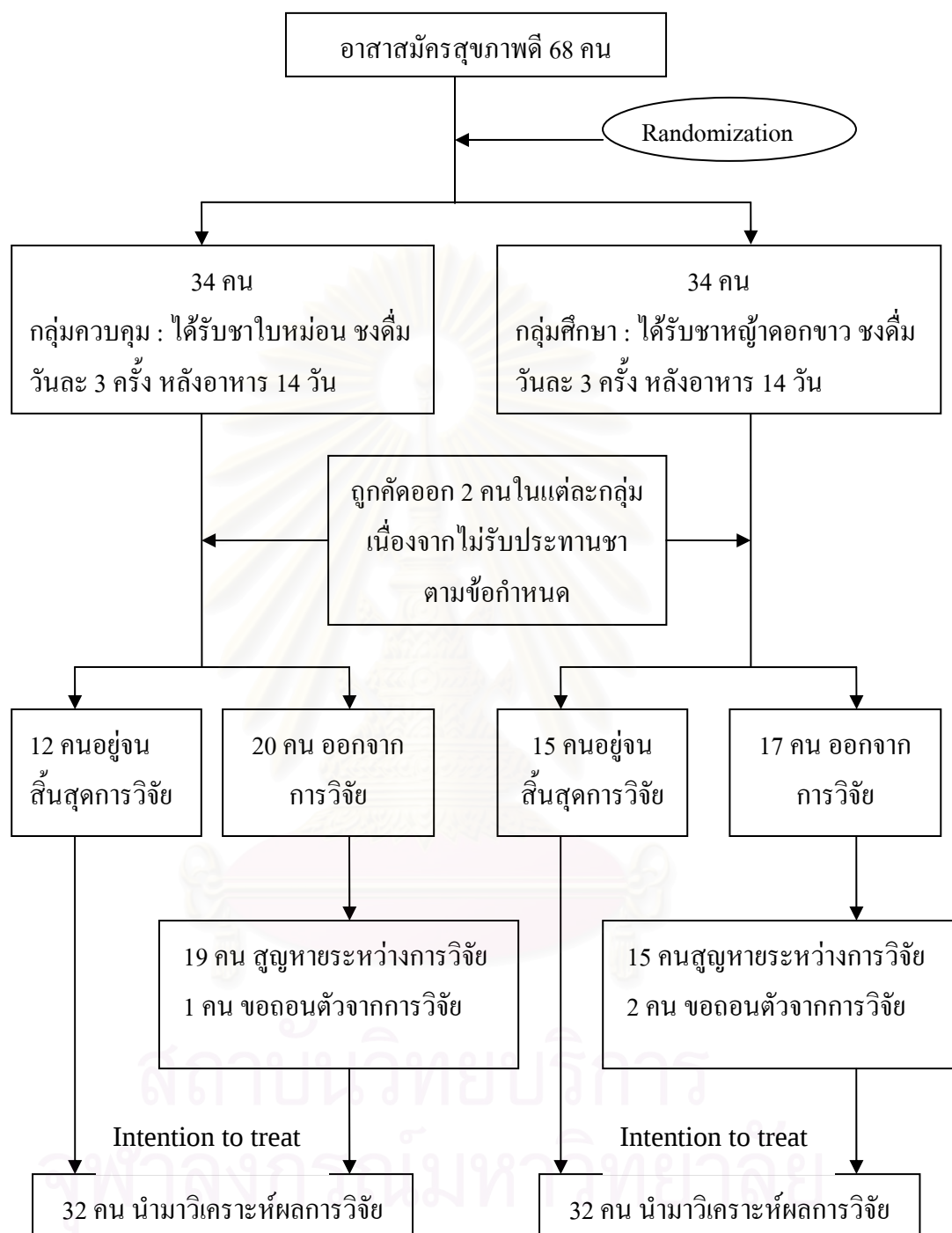
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย
2. ประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่
3. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่เมื่อเทียบกับยาหลอก
5. ค่าใช้จ่ายในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่

1. ข้อมูลทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การวิจัยนี้คัดเลือกอาสาสมัครสุขภาพดีที่มีความต้องการเลิกบุหรี่และผ่านเกณฑ์การประเมินคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 68 คน โดยใช้วิธีแบ่งผู้ป่วยให้อยู่ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม กลุ่มละ 34 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา 2 คนและกลุ่มควบคุม 2 คน ถูกคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากไม่รับประทานยาตามข้อกำหนดของการวิจัย คงเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้น 64 คน ดังแสดงในรูปที่ 6 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 40.92 ± 11.51 ปี ผู้ป่วยที่อายุมากที่สุดคือ 65 ปี และน้อยที่สุดคือ 18 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.4 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.1) เป็นเพศชาย สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พ.ศ. 2547 ในหัวข้อ “การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร” (84) โดยพบว่าคนไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 94.5 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 5.5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 5

รูปที่ 6 แผนภูมิการศึกษา



ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูล	รวม (N=64)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	p-value (χ^2/t)
เพศ (ร้อยละ)				
ชาย	57 (89.1)	32 (100.0)	25 (78.1)	0.005*
หญิง	7 (10.9)	0 (0.0)	7 (21.9)	(7.860)
อายุ, ปี (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]	40.92±11.51 [18,65]	40.13±11.86 [18,65]	41.72±11.29 [18,64]	0.584 (-0.551)
ช่วงอายุ(ร้อยละ)				
18 - 30 ปี	12 (18.8)	7 (21.9)	5 (15.6)	0.815
31 - 40 ปี	13 (20.3)	6 (18.7)	7 (21.9)	(0.943)
41 - 50 ปี	31 (48.4)	16 (50.0)	15 (46.9)	
50 ปี ขึ้นไป	8 (12.5)	3 (9.4)	5 (15.6)	
น้ำหนัก,กิโลกรัม (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]	66.43±13.61 [45.7,124.0]	67.39±15.00 [46.7,124.0]	65.47±12.22 [45.7,93.0]	0.576 (0.563)
ส่วนสูง, เซนติเมตร (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]	165.87±7.14 [150,186]	166.38±7.46 [155,185]	165.38±6.89 [150,180]	0.579 (0.557)
ดัชนีมวลกาย ,กิโลกรัม/m ² (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]	24.11±4.60 [16.48,45.55]	24.35±5.30 [17.54,45.55]	23.88±3.85 [16.48,30.48]	0.685 (0.408)
ระดับชั้นดัชนีมวลกาย (ร้อยละ)				
<18.5 (น้ำหนักน้อย)	5 (7.8)	3 (9.3)	2 (6.3)	0.981
18.5-22.9 (น้ำหนักปกติ)	24 (37.5)	11 (34.4)	13 (40.6)	(0.414)
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	10 (15.6)	5 (15.6)	5 (15.6)	
25.0-29.9 (โรคอ้วน)	21 (32.8)	11 (34.4)	10 (31.2)	
>30.0 (โรคอ้วนมาก)	4 (6.3)	2 (6.3)	2 (6.3)	

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย(ต่อ)

ข้อมูล	รวม (N=64)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	p-value (χ^2/t)
สถานภาพสมรส (ร้อยละ)				
โสด	18 (28.1)	10 (31.3)	8 (25.0)	0.590
แต่งงาน	44 (68.8)	21 (65.6)	23 (71.9)	(0.291)
หย่า	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (3.1)	
หม้าย	1 (1.6)	1 (3.1)	0 (0.0)	
การศึกษาสูงสุด (ร้อยละ)				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (3.1)	0.135
ประถมศึกษา	16 (25.0)	7 (21.8)	9 (28.1)	(5.555)
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (21.9)	10 (31.3)	4 (12.5)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22 (34.4)	12 (37.5)	10 (31.3)	
อนุปริญญา	4 (6.3)	2 (6.3)	2 (6.3)	
ปริญญาตรี	6 (9.4)	1 (3.1)	5 (15.6)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (3.1)	
อาชีพ (ร้อยละ)				
รับจ้าง	20 (31.3)	8 (25.0)	12 (37.5)	0.615
ธุรกิจส่วนตัว	19 (29.7)	9 (28.1)	10 (31.2)	(1.800)
รับราชการ	13 (20.3)	9 (28.1)	4 (12.4)	
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3 (4.7)	1 (3.1)	2 (6.3)	
พนักงานบริษัท	1 (1.6)	1 (3.1)	0 (0.0)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (4.7)	1 (3.1)	2 (6.3)	
นักเรียน/นักศึกษา	5 (7.8)	3 (9.5)	2 (6.3)	

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย(ต่อ)

ข้อมูล	รวม (N=64)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	p-value (χ^2/t)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน,บาท (ร้อยละ)				
0	8 (12.5)	3 (9.4)	5 (15.6)	0.430
<5,000	12 (18.8)	5 (15.6)	7 (21.9)	(1.689)
5,001-10,000	18 (28.1)	11 (34.4)	7 (21.9)	
10,001-20,000	22 (34.4)	12 (37.5)	10 (31.2)	
20,001-30,000	2 (3.1)	1 (3.1)	1 (3.1)	
>30,000	2 (3.1)	0 (0.0)	2 (6.3)	
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่มเป็นครั้งคราว	41 (64.1)	21 (65.6)	20 (62.5)	0.794
ไม่ดื่ม	23 (35.9)	11 (34.4)	12 (37.5)	(0.068)

หมายเหตุ - ข้อมูลเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยและประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ช่วงอายุ ระดับชั้นดัชนีมวลกาย ใช้สถิติ Chi-square และ อายุเฉลี่ย ส่วนสูงเฉลี่ย ดัชนีมวลกายใช้สถิติ Independent t-test ในการทดสอบ

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) มีสถานภาพแต่งงานแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติรัตน์ ชื่นจิตต์ (85) เรื่องประสิทธิผลของบุญโพธิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่เลิกบุหรี่ พ.ศ. 2547 ณ สถาบันธัญญารักษ์ ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52.9 แต่งงานแล้วแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้วมีความสนใจในการเข้าเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่ยังโสดอยู่ ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 34.4) ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) ของผู้ป่วยมีการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (84) ที่พบว่าร้อยละ 63.4 ของผู้ที่สูบบุหรี่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ดังนั้นการมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยทราบถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่มากขึ้นจึงมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและทำธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละได้ 31.3 และ 29.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547(84) ที่พบว่าร้อยละ 74 ของจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ในกลุ่มอาชีพคนงาน รับจ้าง เกษตร ประมง ผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและเครื่องจักรโรงงาน เนื่องจากคนกลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้ไม่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ ความเครียดจากการทำงานจึงเป็นแรงผลักดันให้สูบบุหรี่เพื่อบรรเทาความเครียด รวมไปถึงรายได้ที่น้อยทำให้การเข้าถึงยาที่ช่วยเลิกบุหรี่เป็นไปได้ยากขึ้น และจากการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 59.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท และร้อยละ 34.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 ถึง 20,000 บาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันรายได้ระดับนี้กับภาระที่ต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงเป็นภาระที่หนักอึ้ง ดังนั้นการมีวิถีทางใหม่ ๆ เพื่อช่วยผู้ป่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้และค่าใช้จ่ายไม่สูงมากนักจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลงอีกทางหนึ่งด้วย

ผู้ป่วยมีน้ำหนักเฉลี่ย 66.43 ± 13.61 กิโลกรัมและมีส่วนสูงเฉลี่ย 165.87 ± 7.14 เซนติเมตร คิดเป็นดัชนีมวลกายเฉลี่ยได้ 24.11 ± 4.60 กิโลกรัม/ m^2 ซึ่งจัดอยู่ในช่วงน้ำหนักเกิน และจากประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่าร้อยละ 64.1 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวตามโอกาสเช่น งานเลี้ยง งานสังสรรค์ เป็นต้น ส่วนอีกร้อยละ 35.9 เป็นผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เลย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจิตติรัตน์ (85) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มารักษยาเพื่อเลิกบุหรี่ที่สถาบันธัญญารักษ์นั้นเป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวร้อยละ 67.3 และร้อยละ 32.7 เป็นผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เลย และจากการทดสอบความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาโดยใช้สถิติ Chi-square test สำหรับข้อมูล เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ช่วงอายุ ระดับดัชนีมวลกาย และใช้สถิติ independent t-test สำหรับข้อมูล อายุเฉลี่ย ส่วนสูงเฉลี่ย และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ยกเว้นเพศที่ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) เนื่องจากในกลุ่มควบคุมนั้นมีเพศหญิงอยู่

ด้วยร้อยละ 21.9 ในขณะที่กลุ่มศึกษาไม่มีเพศหญิง แต่ทั้งนี้ก็เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการ randomization ของผู้ป่วยเข้าในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมของวิธีการดำเนินการวิจัยเอง ซึ่งจากการวิเคราะห์ห่อถักของการใช้โคตินทดแทนและบูโพรพิออนเลกนุหรี (86-87) พบว่าอัตราการเลกนุหรีระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นความแตกต่างของเพศระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในการศึกษานี้จึงไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย

1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเริ่มสูบบุหรี่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.13 ± 3.33 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 8 ปี และอายุสูงสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 27 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (84) โดยพบว่าคนไทยที่สูบบุหรี่จะเริ่มสูบที่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.4 ปีซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ความอยากรู้ อยากรลองและการเลียนแบบโดยเห็นตัวอย่างจากผู้ใหญ่หรือโทรทัศน์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 60.9 ของกลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15-19 ปี และ ในการศึกษาจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างจากของประชากรมากโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 19.13 ± 10.38 มวน และ ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.9) ของผู้ป่วยจะสูบบุหรี่ระหว่าง 11-19 มวนต่อวัน ขณะที่ค่าเฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศอยู่ที่ 10.4 มวนเท่านั้น ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 23.62 ± 10.63 ปี โดยร้อยละ 39.1 จะสูบบุหรี่มานานในช่วง 20-29 ปี ยิ่งโดยเฉพาะในกลุ่มศึกษาที่ผู้ป่วยร้อยละ 34.4 จะสูบบุหรี่มานานมากกว่า 30 ปี ซึ่งถือว่าสูบบุหรี่มาก่อนข้างนาน ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยจึงเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการติดนิโคตินก่อนข้างสูง จึงอาจทำให้การศึกษานี้ไม่เป็นตัวแทนส่วนใหญ่ของคนที่สูบบุหรี่ในประเทศไทยได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34.4 มีบุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ร่วมด้วย ซึ่งตรงนี้เป็นปัญหาสำคัญถ้าหากคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ไม่ได้คิดจะเลิกบุหรี่ด้วยจะทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ยากขึ้น และเมื่อให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบเพื่อประเมินระดับการติดนิโคตินในบุหรี่ (Fagerstrom test for nicotine dependence; FTND) พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ 5.31 ± 2.11 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) และเมื่อแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ 0-3 ติดนิโคตินในบุหรี่น้อย 4-6 ติดนิโคตินในบุหรี่ปานกลาง และ 7-10 ติดนิโคตินในบุหรี่สูง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.4) ติดนิโคตินในบุหรี่ระดับปานกลาง รองลงมาเป็นติดนิโคตินในบุหรี่สูงร้อยละ 26.6 และติดนิโคตินในระดับต่ำร้อยละ 18.8 ตามลำดับและผู้ป่วยกลุ่มศึกษาร้อยละ 34.4 มีระดับการติดนิโคตินในเกณฑ์สูงซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.019$) โดยผู้ที่ติดนิโคตินในระดับสูงจะมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้ยากกว่าผู้ที่ติดนิโคตินระดับต่ำกว่า เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่โดยใช้แบบสอบถาม “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” ซึ่งแบบสอบถามนี้จะประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อด้วยกันคือ

การติดนิโคตินในบุหรี่ การคิดทางจิตใจและการติดด้วยความเคยชิน ถ้าผู้ป่วยตอบใช้ในด้านใดมาก แสดงว่าผู้ป่วยติดบุหรี่ด้วยสาเหตุ นั้น ๆ มากเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทำคะแนนในด้าน การคิดทางจิตใจมากที่สุดคือ 3.05 ± 1.37 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) รองลงมาได้แก่การ ติดนิโคตินในบุหรี่และการติดด้วยความเคยชิน ได้คะแนนเท่ากับ 2.56 ± 1.05 และ 2.44 ± 1.15 ตามลำดับ การคิดทางจิตใจนั้นแสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่ เนื่องจากรู้สึก เครียด เป็นทุกข์หรือกระวนกระวายใจ เมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกสบายใจมีชีวิตชีวาขึ้น ที่กลุ่ม ตัวอย่างได้คะแนนการคิดทางจิตใจมากที่สุดนั้นอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง วยทำงาน มีภาระครอบครัวต้องรับผิดชอบจึงทำให้เกิดความเครียดขึ้นแล้วหาทางออกโดยการพึ่งพา บุหรี่เป็นต้น

จากเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยที่คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความต้องการใน การเลิกบุหรี่ในระดับ Preparation และ Action ตามแบบจำลอง Transtheoretical Model โดย Preparation หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่แต่มีความตั้งใจจะเลิกในอีก 30 วันข้างหน้า ส่วน Action หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 1 วันถึง 6 เดือน จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.9) มีความต้องการการเลิกบุหรี่ในระดับ Preparation จำนวนครั้งในการ พยายามเลิกบุหรี่แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่ากับ 2.41 ± 1.51 ครั้ง น้อยที่สุดคือ 1 ครั้งและมากที่สุด คือ 5 ครั้ง โดยร้อยละ 57.8 เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการ สํารวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 (84) ที่พบว่าร้อยละ 33.2 ของคนไทยที่สูบบุหรี่เคย พยายามเลิกบุหรี่โดยจำนวนนี้ ร้อยละ 57.7 เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ใน การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้นานที่สุดเท่ากับ 41.42 ± 74.61 วัน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 วัน) น้อยที่สุดคือ 0 วันและมากที่สุดคือ 1 ปี โดยร้อยละ 73.4 ไม่สามารถเลิก ได้นานเกิน 1 เดือน และพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ในการล้มเหลวจาก การเลิกบุหรี่มาแล้วมากกว่า 5 ครั้งแตกต่างจากกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) ซึ่ง จากการศึกษารูทิตีรตัน (85) พบว่าจำนวนครั้งของการพยายามเลิกบุหรี่ยังมากยังมีโอกาสเลิก บุหรี่ได้มากขึ้นประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ประวัติการสูบบุหรี่

ประวัติการสูบบุหรี่	(ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]			p-value (χ^2/t)
	รวม (N=64)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่,ปี	17.13±3.33 [8,27]	16.5±3.45 [8,27]	17.75±3.13 [12,25]	0.134 (-1.519)
ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ร้อยละ)				
<14	10(15.7)	5 (15.6)	5 (15.6)	0.331
15-19	9 (60.9)	22 (68.8)	17 (53.1)	(3.419)
>20	15 (23.4)	5 (15.6)	10 (31.3)	
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน,มวน	19.13±10.38 [5,60]	19.88±10.57 [6,60]	18.38±10.31 [5,50]	0.568 (0.575)
ระดับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(ร้อยละ)				
≤10	19 (29.7)	8 (25.0)	11 (34.4)	0.714
11-20	30 (46.9)	16 (50.0)	14 (43.7)	(0.674)
>20	15 (23.4)	8 (25.0)	7 (21.9)	
จำนวนคนในบ้านที่สูบบุหรี่,คน	0.66±1.25 [0,7]	0.47±0.72 [0,2]	0.84±1.61 [0,7]	0.235 (-1.204)
ช่วงจำนวนคนในบ้านที่สูบบุหรี่				
0	42 (65.6)	21 (65.6)	21 (65.6)	0.176
1-2	19 (29.7)	11 (34.4)	8 (25.0)	(3.474)
≥3	3 (4.7)	0 (0.0)	3 (9.4)	
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่,ปี	23.62±10.63 [3,50]	23.44±11.79 [4,50]	23.81±9.52 [5,44]	0.889 (0.889)
ช่วงระยะเวลาที่สูบบุหรี่				
<10	7 (10.9)	5 (15.6)	2 (6.2)	0.247
10-19	14 (21.9)	7 (21.9)	7 (21.9)	(4.135)
20-29	25 (39.1)	9 (28.1)	16 (50.0)	
≥30	18 (28.1)	11 (34.4)	7 (21.9)	

ตารางที่ 6 ประวัติการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ประวัติการสูบบุหรี่	(ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]			p-value (χ^2/t)
	รวม (N=64)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	
ความพยายามในการเลิกบุหรี่, ครั้ง	2.41±1.51	2.31±1.33	2.50±1.69	0.623
ระดับครั้งความพยายามในการเลิกบุหรี่ (ร้อยละ)	[1,5]	[1,5]	[1,5]	(-0.494)
1-2	37 (57.8)	17 (53.1)	20 (62.5)	0.038*
3-4	16 (25.0)	12 (37.5)	4 (12.5)	(6.516)
>5	11 (17.2)	3 (9.4)	8 (25.0)	
ระยะเวลาที่เลิกได้นานที่สุด, วัน	41.42±74.61	39.41±77.47	43.44±72.82	0.831
ช่วงระยะเวลาที่เลิกได้ (ร้อยละ)	[0,365]	[0,365]	[0,365]	(-0.214)
0-30	47 (73.4)	25 (78.1)	22 (68.8)	0.673
31-60	2 (3.1)	1 (3.1)	1(3.1)	(0.791)
>61	15 (23.4)	6 (18.8)	9 (28.1)	
คะแนนการตัดสินใจตัดสินใจจาก แบบทดสอบ FTND	5.31±2.11	5.22±2.56	5.41±1.56	0.725
(คะแนนเต็ม=10)	[0,10]	[0,9]	[3,10]	(-0.353)
ระดับคะแนนการตัดสินใจตัดสินใจ (ร้อยละ)				
0-3 (น้อย)	12 (18.8)	9 (28.1)	3 (9.4)	0.019*
4-6 (ปานกลาง)	35 (57.4)	12 (37.5)	23 (71.9)	(7.928)
7-10 (สูง)	17 (26.6)	11 (34.4)	6 (18.7)	
ระดับความต้องการเลิกบุหรี่ตาม แบบจำลองของ Transtheoretical model (ร้อยละ)				
preparation	62 (96.9)	30 (93.7)	32 (100.0)	0.151
action	2 (3.1)	2 (6.3)	0 (0.0)	(2.065)

ตารางที่ 6 ประวัติการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ประวัติการสูบบุหรี่	(ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]			p-value (χ^2/t)
	รวม	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	
เหตุผลที่ยังสูบบุหรี่อยู่ จาก แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” (คะแนนเต็ม=5)				
ติดนิโคติน	2.56±1.05 [0,5]	2.84±1.08 [0,5]	2.28±0.96 [0,5]	0.031* (2.203)
คิดทางจิตใจ	3.05±1.37 [0,5]	3.09±1.45 [0,5]	3.00±1.32 [0,5]	0.787 (0.787)
ติดด้วยความเคยชิน	2.44±1.15 [0,5]	2.56±1.05 [0,5]	3.05±1.37 [1,4]	0.520 (0.647)

หมายเหตุ - อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกได้นานที่สุด คะแนนการติดนิโคตินจากแบบทดสอบ Fagerstrom test for nicotine dependence และระดับคะแนนจากแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” ใช้สถิติ Independent t-test และระดับความต้องการในการเลิกบุหรี่ ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระดับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ช่วงจำนวนคนในบ้านที่สูบบุหรี่ ช่วงระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับความพยายามในการเลิกบุหรี่ ช่วงระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ และระดับคะแนนการติดนิโคตินใช้ Chi-square test ในการทดสอบ

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อเปรียบเทียบประวัติการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกได้นานที่สุด ระดับคะแนนการตัดสินใจจากแบบทดสอบ Fargerstrom test และระดับคะแนนจากแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” ใช้สถิติ Independent t-test และใช้ Chi-square test เปรียบเทียบระดับความต้องการในการเลิกบุหรี่ ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระดับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ช่วงจำนวนคนในบ้านที่สูบบุหรี่ ช่วงระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระดับความพยายามในการเลิกบุหรี่ ช่วงระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ และระดับคะแนนการตัดสินใจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ($p>0.05$) ยกเว้นระดับคะแนนการตัดสินใจจากแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” โดยกลุ่มศึกษาได้คะแนนเท่ากับ 2.84 ± 1.08 (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ขณะที่กลุ่มควบคุมได้คะแนนการตัดสินใจเท่ากับ 2.28 ± 0.96 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.031$) และระดับคะแนนการตัดสินใจจากแบบทดสอบ FTND ที่จำนวนผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่มีคะแนน ≥ 7 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.019$) จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีสาเหตุที่ยังต้องสูบบุหรี่อยู่เนื่องจากการตัดสินใจในบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาการใช้นิโคตินทดแทนและนิโคตินพิกอนเล็ก บุหรี่พบว่าผู้ป่วยที่ตัดสินใจในระดับสูงจะมีอัตราการเลิกบุหรี่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ตัดสินใจในระดับกลางหรือต่ำ(88-89) ดังนั้น การวิจัยนี้กลุ่มศึกษามีระดับคะแนนการตัดสินใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอาจส่งผลให้อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มศึกษาดำกว่าความเป็นจริงได้

ตารางที่ 7 แสดงถึงวิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้เพื่อเลิกบุหรี่ก่อนเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกตอบได้หลายข้อ โดยวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดได้แก่การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองหรือวิธีการหักดิบ ตามด้วยการค่อย ๆ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง คิดเป็นร้อยละ 70.3 และ 48.4 ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองวิธีเป็นวิธีการที่ให้ผลในการประสบความสำเร็จต่ำ ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 16 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน คิดเป็น 1 ใน 4 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงยาที่ใช้รักษาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ได้แก่ Bupropion และ การให้นิโคตินทดแทน เช่นหมากฝรั่งนิโคตินหรือแผ่นปิดผิวหนังนิโคติน เป็นต้น ส่วนการที่ผู้ป่วยร้อยละ 20.3 เคยได้รับน้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทมาก่อน เนื่องจากที่สถาบันวิทยุรักษ์มีการผลิตน้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ด้วย แต่ผลการศึกษาที่ได้ของน้ำยาอมบ้วนปากโซเดียมไนเตรทยังไม่แน่นอน และยังไม่ใช่ยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้ ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่ใช้รักษาได้อาจเนื่องมาจากราคาขายที่ค่อนข้างสูง คลินิกเลิกบุหรี่ที่มีจำนวนน้อย อีกทั้งการจำหน่ายยาแบบของนิโคตินทดแทนในร้านขายยาที่เพิ่งได้รับอนุญาตให้ขายได้เมื่อไม่นานมานี้ ดังนั้นการมีทางเลือกใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการเลิกบุหรี่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีการค้นคว้าวิจัยต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 7 วิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ในการเลิกบุหรี่ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการ	รวม [N=64] (ร้อยละ)	กลุ่มศึกษา [N=32] (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม [N=32] (ร้อยละ)	χ^2 / p-value*
เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง	45 (70.3)	19 (59.4)	26 (81.2)	3.668/0.055
ค่อยๆ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง	31 (48.4)	14 (43.7)	17 (53.1)	0.563/0.453
น้ำยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรท	13 (20.3)	7 (21.9)	6 (18.9)	0.097/0.756
Bupropion	10 (15.6)	5 (15.6)	5 (15.6)	0.000/1.000
หมากฝรั่งนิโคติน	4 (6.2)	1 (3.1)	3 (9.4)	1.067/0.302
แผ่นปิดผิวหนังนิโคติน	2 (3.1)	1 (3.1)	1 (3.1)	0.000/1.000
อื่นๆ (การใช้สมุนไพร, ฝังยาจีน)	4 (6.2)	2 (6.3)	2 (6.3)	0.000/1.000

หมายเหตุ – ผู้ป่วยสามารถเลือกตอบได้หลายข้อ

- ร้อยละ คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่เลือกคำตอบในข้อนั้น

* เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งพบว่า สาเหตุหลักคือ การอยากสูบบุหรี่และความเครียด คิดเป็นร้อยละ 43.7 และ 32.8 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุจากภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอง (สอดคล้องกับเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่จากแบบสอบถาม “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่”) ร้อยละ 26.6 เกิดจากอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย กังวล ซึ่งเป็นผลมาจากการติดนิโคตินในบุหรี่ นอกจากนี้ความเคยชินก็เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.4 ส่วนสาเหตุอื่น ๆ เช่น การเข้างานสังคม เพื่อนชวน หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาติดบุหรี่อีกครั้งหนึ่งได้ถึงร้อยละ 17.2 ซึ่งจากที่กล่าวมา การเรียนรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ประสบความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่นั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการพยายามเลิกบุหรี่ครั้งต่อไป

ตารางที่ 8 เหตุผลที่ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เหตุผล	รวม [N=64] (ร้อยละ)	กลุ่มศึกษา [N=32] (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม [N=32] (ร้อยละ)	χ^2 / p-value*
อยากสูบบุหรี่	28 (43.7)	16 (50.0)	12 (37.5)	2.369/0.124
ความเครียด	21 (32.8)	9 (28.1)	12 (37.5)	0.260/0.610
หงุดหงิด, กังวล	17 (26.6)	7 (21.9)	10 (31.3)	0.361/0.548
ความเคยชิน	6 (9.4)	2 (6.3)	4 (12.5)	0.520/0.471
อื่นๆ (งานสังคม, การดื่มแอลกอฮอล์)	15 (17.2)	8 (19.0)	7 (15.5)	0.319/0.572

หมายเหตุ – ผู้ป่วยสามารถเลือกตอบได้หลายข้อ

- ร้อยละ คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่เลือกคำตอบในข้อนั้น

* เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

1.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทำในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสุขภาพดีจำนวน 64 คน ซึ่งการตรวจร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยในการยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างคนนั้นเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี อีกทั้งยังเป็นการศึกษาถึงความปลอดภัยและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ชาหญ้าดอกขาวเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ โดยเกณฑ์ในการตรวจร่างกายนั้นได้ดัดแปลงมาจากเกณฑ์ในการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปของคลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดไว้จะมีการตรวจร่างกายดังต่อไปนี้ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) ตรวจปัสสาวะ (Urinary analysis, UA) ตรวจอุจจาระ (Stool exam) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar, FBS) ตรวจกรดยูริก (Uric acid) ตรวจสมรรถภาพของตับ (AST,ALT,ALP) ตรวจไขมันในเลือด (Total cholesterol, Triglyceride, HDL) เอ็กซเรย์ปอด เพื่อดูสภาพปอดและหัวใจ (Chest X-ray) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG test) แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ขั้นตอนการดำเนินงาน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยนี้จึงได้คัดเลือกเฉพาะการตรวจร่างกายบางอย่างโดยเน้นตัวที่แสดงถึงความปลอดภัยจากการรับประทานชาของของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจการทำงานของตับ เอ็กซเรย์ปอด และยังได้ตรวจการทำงานของไต ได้แก่ blood urea nitrogen และ serum creatinine ตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ การวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักตัวและวัดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มเติมด้วย ซึ่งการตรวจร่างกายนั้นจะทำก่อนที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย (สัปดาห์ที่ 0) เพื่อเป็นพื้นฐานและตรวจหลังจากรับประทานชาเสร็จที่สัปดาห์ที่ 2 (ยกเว้นเอ็กซเรย์ปอดที่ทำในสัปดาห์ที่ 0 เท่านั้น) เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และถ้าหากผู้ป่วยคนใดมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติหลังจากรับประทานชา ผู้วิจัยจะทำการตรวจซ้ำในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อยืนยันว่าการทำงานของอวัยวะนั้น ๆ สามารถฟื้นฟูกลับสู่ปกติได้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงในตารางที่ 9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมและการเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานชาชง

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่มศึกษา			กลุ่มควบคุม			p-value ^b	
	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (t)	
	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=28)	(t)	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)	(t)	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)
Hct [40-52%]	41.71±4.20 [33.80,50.80]	41.39±4.04 [33.10,48.50]	0.698 (0.392)	40.34±4.45 [31.20,49.20]	40.00±5.15 [31.30,50.20]	0.484 (-0.713)	0.211 (1.264)	0.295 (1.060)
Hb [13.6-17.2g/dL]	13.69±1.21 [11.60,16.70]	13.61±1.29 [11.10,16.00]	0.566 (0.581)	13.28±1.41 [10.60,16.40]	13.10±1.64 [9.90,16.00]	0.464 (-0.747)	0.225 (1.224)	0.233 (1.209)
RBC(x10 ⁶) [4.4-5.8cells/mm ³]	5.00±0.72 [3.49,6.85]	5.04±0.79 [3.71,7.03]	0.705 (-0.382)	4.84±0.77 [3.46,7.32]	4.87±0.78 [3.44,6.68]	0.450 (-0.770)	0.395 (0.856)	0.454 (0.756)
MCV [82-97fL]	84.34±8.01 [64,97]	83.14±8.29 [64,97]	0.081 (1.811)	84.13±7.79 [62,95]	82.90±8.40 [62,92]	0.325 (1.009)	0.912 (0.111)	0.922 (0.099)
MCH [28-33pg/cell]	27.73±3.22 [21.40,33.60]	27.42±3.55 [19.30,32.90]	0.115 (1.628)	27.80±3.29 [18.70,31.70]	27.26±3.34 [18.70,31.40]	0.437 (0.792)	0.936 (-0.081)	0.874 (0.160)
MCHC [32-36g/dL]	32.84±1.18 [30.70,35.10]	32.85±1.74 [29.50,36.80]	0.802 (0.253)	32.95±1.29 [30.00,36.10]	32.80±1.45 [30.30,35.60]	0.902 (0.124)	0.739 (-0.334)	0.917 (0.104)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมและการเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานชาชง

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่มศึกษา			กลุ่มควบคุม			p-value ^b เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (t)	
	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)		
	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=28)	(t)	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)	(t)	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)
Platelet (x10 ³) [160-370/mm ³]	290.19±69.41 [168,434]	278.64±67.71 [161,433]	0.449 (0.768)	276.09±72.89 [137,460]	284.90±73.41 [145,417]	0.786 (0.275)	0.431 (0.792)	0.759 (-0.309)
WBC(x10 ³) [3.8- 10.5cells/mm ³]	7.68±2.88 [4.38,17.80]	7.61±2.13 [5.18,13.90]	0.834 (0.212)	7.87±2.15 [4.32,13.30]	7.82±2.38 [4.23,14.50]	0.945 (0.070)	0.766 (-0.299)	0.744 (-0.329)
Neutrophil [45-74%]	58.84±8.92 [40,79]	57.53±9.14 [34,73]	0.585 (0.553)	59.59±10.02 [43,79]	56.00±9.30 [39,81]	0.191 (1.354)	0.753 (-0.316)	0.566 (0.578)
Lymphocyte [16-45%]	36.69±8.37 [18,56]	37.60±8.71 [25,60]	0.668 (-0.433)	36.00±8.49 [19,50]	37.00±12.54 [0,50]	0.836 (-0.209)	0.745 (0.326)	0.841 (0.202)
Monocyte [4-10%]	0.81±1.26 [0,5]	1.29±1.63 [0,5]	0.219 (-1.258)	0.81±1.88 [0,7]	1.48±1.91 [0,7]	0.608 (0.521)	0.143 (-1.485)	0.709 (-0.376)
Eosinophil [0-7%]	3.53±4.06 [0,17]	3.53±2.97 [0,12]	0.829 (0.218)	2.97±3.19 [0,11]	3.43±3.53 [0,15]	0.313 (-1.034)	0.540 (0.616)	0.909 (0.115)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมและการเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานชาชง(ต่อ)

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่มศึกษา			กลุ่มควบคุม			p-value ^b	
	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	
	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=28)		สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)		สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)
FBS [#] [70-100 mg/dL]	82.33±11.43 [62,99]	85.38±9.10 [68,103]	0.486 (-0.730)	82.46±10.83 [68,110]	85.06±15.23 [66,136]	0.464 (-0.775)	0.977 (-0.029)	0.942 (0.073)
<u>LFT</u>								
AST [0-50U/L]	41.69±37.76 [14,194]	28.78±18.43 [15,71]	0.081 (1.816)	29.19±17.54 [7,105]	24.05±7.02 [15,41]	0.643 (0.470)	0.095 (1.698)	0.156 (1.441)
ALT [0-65U/L]	40.69±25.72 [9,142]	34.89±18.43 [3,88]	0.611 (0.515)	30.94±18.35 [9,87]	26.90±9.97 [12,50]	0.857 (-0.183)	0.086 (1.746)	0.079 (1.796)
ALP [35-130U/L]	84.47±16.15 [59,120]	72.71±21.32 [37,109]	0.010* (2.777)	84.53±28.01 [41,168]	74.04±24.47 [17,117]	0.198 (1.330)	0.991 (-0.011)	0.840 (-0.203)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมและการเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานชาชง(ต่อ)

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่มศึกษา			กลุ่มควบคุม			p-value ^b	
	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	
	สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=28)		สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)		สัปดาห์ที่ 0 (N=32)	สัปดาห์ที่ 2 (N=21)
<u>RFT</u>								
BUN	12.36±2.78	13.07±4.10	0.093	10.99±2.84	12.52±3.17	0.236	0.055	0.616
[7-20mg/dL]	[5.70,17.70]	[5.30,19.70]	(-1.744)	[5.40,17.00]	[8.20,22.30]	(-1.223)	(1.958)	(0.505)
SCr	1.03±0.30	0.88±0.26	0.096	0.96±0.35	0.92±0.21	0.601	0.415	0.517
[0.6- 1.3mg/dL]	[0.53,1.93]	[0.57,1.63]	(1.727)	[0.29,1.93]	[0.59,1.34]	(0.532)	(0.821)	(-0.653)

หมายเหตุ - * = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

- # = รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่อดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
- a = คำนวณ โดยใช้สถิติ pair t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว (กลุ่มศึกษา) และใบหม่อน (กลุ่มควบคุม) 14 วัน (สัปดาห์ที่ 2)
- b = คำนวณ โดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาว (กลุ่มศึกษา) และใบหม่อน (กลุ่มควบคุม) ที่สัปดาห์ที่ 0 และ 2

1.3.1 ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) ที่ตรวจในการวิจัยนี้ได้แก่ค่า Hematocrit (Hct), Hemoglobin (Hb), Red blood cell count (RBC), MCV, MCH, MCHC, Platelet, White blood cell count (WBC), Neutrophil, Lymphocyte, Monocyte และ Eosinophil จากผลการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติค่อนข้างต่ำ ยกเว้นค่า MCH และ Monocyte ซึ่งต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนเกิดความเสี่ยงต่อโรคโลหิตจางได้ เมื่อใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าความสมบูรณ์เม็ดเลือดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และใช้ pair t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังการรับประทานชาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าชาชงหญ้าดอกขาวไม่มีผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดที่ระยะเวลาการรับประทานติดต่อกัน 2 สัปดาห์

1.3.2 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) ตรวจหลังจากที่ผู้ป่วยอดอาหารมาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยคนใดไม่ได้อดอาหารมาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงจะไม่ได้ทำการตรวจ โดยการศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 64 คน มีผู้ป่วยที่อดอาหารมาและได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (สัปดาห์ที่ 0) 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 12 คน และกลุ่มควบคุม 13 คน ซึ่งค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้นี้จะมาจากเฉพาะผู้ป่วยที่ได้ทำการตรวจวัดเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยคนอื่นที่ไม่ได้ทำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินว่าเป็นผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานโดยการซักถามประวัติการตรวจร่างกายและประวัติครอบครัว ถ้าไม่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานมาก่อนจึงรับเข้าโครงการวิจัย โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 คนในกลุ่มควบคุมตรวจวัดระดับน้ำตาลได้ 110 mg/dL ที่สัปดาห์ที่ 0 และตรวจได้ 136 mg/dL ที่สัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นค่าที่เกินมาตรฐาน ทางผู้วิจัยจึงแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและดำเนินการรักษาต่อไป ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยคนนี้ได้นำมารวมในงานวิจัยด้วย

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังรับประทานชา พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.33 ± 11.43 mg/dL และ 85.38 ± 9.10 mg/dL ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังรับประทานชาเท่ากับ 82.46 ± 10.83 mg/dL และ 85.06 ± 15.23 mg/dL ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังรับประทานชาโดยใช้สถิติ pair t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าหญ้าดอกขาวไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ใช้ใบหม่อน

ซึ่งมีสรรพคุณในการลดระดับน้ำตาลในเลือด(90) แต่จากการวิจัยนี้ไม่แสดงให้เห็นถึงสรรพคุณในการลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจเนื่องมาจากวิธีการรับประทาน ขนาดยาที่ใช้ และระยะเวลาในการรับประทานไม่เหมาะสม ดังนั้นการศึกษาถึงผลทางคลินิกของการลดระดับน้ำตาลในเลือดของใบหม่อนจะต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

1.3.3 การตรวจการทำงานของตับ

การตรวจการทำงานของตับตรวจวัดจากเอนไซม์ตับ ได้แก่ Aspartate aminotransferase (AST), Alkaline phosphatase (ALP), Alanine aminotransferase (ALT) และผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของ AST, ALT และ ALP ก่อนรับประทานชาเท่ากับ 41.69 ± 37.76 U/L, 40.69 ± 25.72 U/L และ 84.47 ± 16.15 U/L ตามลำดับ และหลังจากรับประทานชา 2 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยของ AST, ALT และ ALP เท่ากับ 28.78 ± 18.43 U/L, 34.89 ± 18.43 U/L และ 72.71 ± 21.32 U/L ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 6 คนที่มีค่า AST > 50 U/L และผู้ป่วย 2 คนที่มีค่า ALT > 65 U/L ที่สัปดาห์ที่ 0 สาเหตุเนื่องมาจากก่อนมาเข้าร่วมโครงการวิจัย 1-2 วัน ผู้ป่วยได้ไปงานสังสรรค์และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงทำให้เอนไซม์ตับสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่หลังจากตรวจการทำงานของตับในสัปดาห์ที่ 2 พบว่า ค่า AST ของผู้ป่วย 4 คนและ ค่า ALT ของผู้ป่วย 2 คนกลับเข้าสู่ระดับปกติ มีผู้ป่วย 2 คนที่ยังตรวจพบค่า AST สูงมากกว่า 50 U/L โดยตรวจวัดได้เท่ากับ 54 U/L และ 71 U/L ซึ่งเป็นค่าที่ไม่เกิน 2 เท่าของขีดจำกัดบน เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเอนไซม์ตับก่อนและหลังรับประทานชาชงหูกดอกขาวโดยใช้สถิติ pair t-test พบว่าค่า AST และ ALT ลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ค่า ALP ลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) โดยพบว่าค่า ALP ลดลงจากเดิมเท่ากับ 11.76 U/L จึงอาจเป็นไปได้ว่าชาชงหูกดอกขาวอาจมีผลในการช่วยรักษาโรคตับเนื่องจากสมุนไพรหูกดอกขาวมีการใช้ทางแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาโรคตับด้วย ซึ่งจะต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

สำหรับในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของ AST, ALT และ ALP ก่อนรับประทานชาเท่ากับ 29.19 ± 17.54 U/L, 30.94 ± 18.35 U/L และ 84.53 ± 28.01 U/L ตามลำดับ และหลังจากรับประทานชา 2 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยของ AST, ALT และ ALP เท่ากับ 24.05 ± 7.02 U/L, 26.90 ± 9.97 U/L และ 74.04 ± 24.47 U/L ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 คนมีค่า AST > 50 U/L ในสัปดาห์ที่ 0 เหตุผลเช่นเดียวกับในกลุ่มศึกษาคือไปรับประทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาก่อนเข้าร่วมการวิจัย 1-2 วัน ทำให้เอนไซม์ตับสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่หลังจากตรวจซ้ำในสัปดาห์ที่ 2 ก็พบว่าค่า AST กลับลงสู่ระดับปกติได้ และเมื่อใช้สถิติ pair t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังการรับประทานชาหูกดอก พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อ

เปรียบเทียบค่าเอนไซม์ตับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาที่สัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

1.3.4 การตรวจการทำงานของไต

การตรวจการทำงานของไตทำการตรวจวัด 2 พารามิเตอร์ด้วยกันคือค่า Blood urea nitrogen (BUN) และค่า serum creatinine (SCr) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ย BUN และ SCr ที่สัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ 12.36 ± 2.78 mg/dL และ 1.03 ± 0.30 mg/dL ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติและหลังการรับประทานยา 2 สัปดาห์ ตรวจวัดค่า BUN และ SCr ได้เท่ากับ 13.07 ± 4.10 mg/dL และ 0.88 ± 0.26 mg/dL ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่า BUN และ SCr ก่อนและหลังการรับประทานยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่าชาวชนเผ่าดอกขาวไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของไตที่ระยะเวลาการรับประทาน 2 สัปดาห์

ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ยของ BUN และ SCr ก่อนรับประทานยาหลอก เท่ากับ 10.99 ± 2.84 mg/dL และ 0.96 ± 0.35 mg/dL ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติและหลังจากรับประทานยาหลอก 2 สัปดาห์ ตรวจวัดค่า BUN และ SCr ได้เท่ากับ 12.52 ± 3.17 mg/dL และ 0.92 ± 0.21 mg/dL ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาก่อนและหลังการรับประทานยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) เช่นเดียวกัน

1.3.5 ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ

การวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจทำก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและทำการวัดทุกครั้งที่นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการเลิคนุหรี คือ สัปดาห์ที่ 0 สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 ก่อนการวัดจะให้ผู้ป่วยนั่งพักเป็นเวลา 10 นาทีและทำการวัดความดันโลหิต 1 ครั้ง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยความดัน systolic, diastolic และ mean arterial pressure ในสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ 121.72 ± 16.28 mmHg, 71.47 ± 11.44 mmHg และ 88.22 ± 11.50 mmHg ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดัน systolic, diastolic และ mean arterial pressure เท่ากับ 128.91 ± 19.29 mmHg, 76.31 ± 11.12 mmHg และ 93.84 ± 12.39 mmHg ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีระดับความดัน systolic อยู่ในเกณฑ์ปกติ (normal) และมีระดับความดัน diastolic อยู่ในระดับเหมาะสม (optimal) ตามเกณฑ์ของ European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guideline 2003 แต่เมื่อใช้เกณฑ์ของ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) พบว่าผู้ป่วยมีความดัน systolic อยู่ในระดับ prehypertension และความดัน diastolic อยู่ในระดับปกติ (normal) กลุ่มควบคุมจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่ม

ศึกษาอยู่เล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) แต่หลังจากรับประทานชาไป 2 สัปดาห์พบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับความดัน systolic และ mean arterial pressure ลดลง เป็น 123.95 ± 20.06 mmHg และ 89.41 ± 13.77 mmHg ตามลำดับ แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$ และ 0.047 ตามลำดับ) และในกลุ่มศึกษาพบว่าระดับความดัน diastolic ที่สัปดาห์ที่ 4 มีค่าเท่ากับ 68.06 ± 6.44 mmHg แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.043$) โดยอาจเป็นผลมาจากหญ้าดอกขาวและใบหม่อนมีฤทธิ์ในการช่วยลดความดันโลหิตด้วย หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยบางคนสามารถเลิกบุหรี่ได้ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ผลการลดความดันโลหิตของหญ้าดอกขาวและใบหม่อนจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป ผลของค่าความดันโลหิตที่ระยะเวลาติดตามต่างๆ แสดงในตารางที่ 10 และกราฟของค่า mean arterial pressure แสดงในรูปที่ 7 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตที่ระยะเวลาติดตามผลต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) บ่งชี้ว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 แสดงอัตราการเต้นของหัวใจที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ พบว่าทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ที่ระยะเวลาติดตามผลต่าง ๆ ในกลุ่มศึกษาอัตราการเต้นของหัวใจลดลงในสัปดาห์ที่ 2 แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยมีค่าอัตราการเต้นหัวใจที่สัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 2 เท่ากับ 79.25 ± 13.19 ครั้งต่อนาที และ 72.86 ± 11.25 ครั้งต่อนาที ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากหญ้าดอกขาวมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตด้วย(73) หรือเป็นผลมาจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

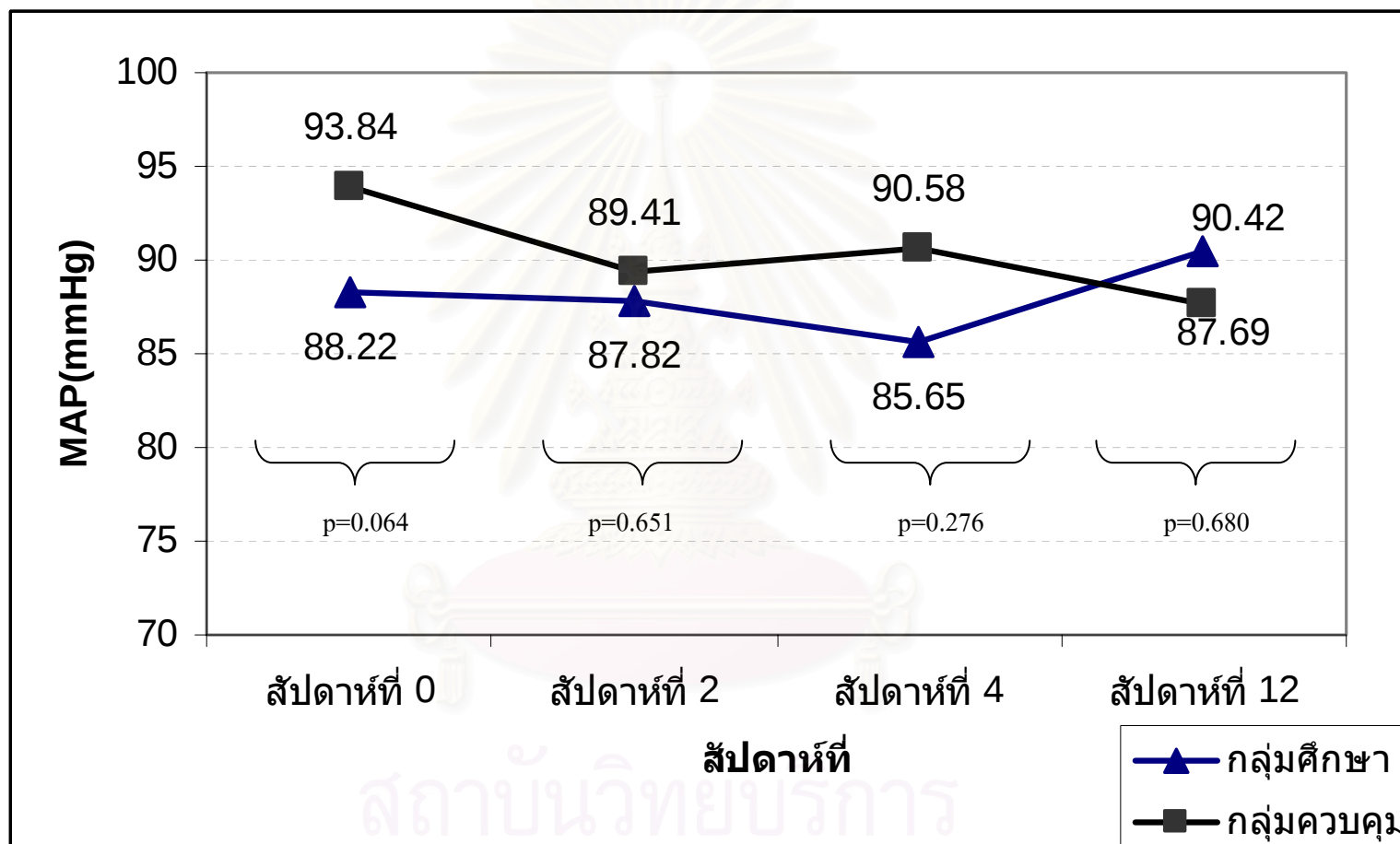
ตารางที่ 10 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตามต่างๆ

สัปดาห์ที่	N กลุ่ม ศึกษา	N กลุ่ม ควบคุม	ความ ดัน	กลุ่มศึกษา ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่า สูงสุด,ค่าต่ำสุด]	t/p-value ^a	กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]	t/p-value ^a	t/p-value ^b
0	32	32	SBP	121.72±16.28 [98,154]	-	128.91±19.29 [90,163]	-	-1.611/0.112
			DBP	71.47±11.44 [48,95]	-	76.31±11.12 [59,109]	-	-1.718/0.091
			MAP	88.22±11.50 [69.33,110.67]	-	93.84±12.39 [72.33,121.67]	-	-1.883/0.064
2	28	22	SBP	121.75±14.61 [90,151]	0.194/0.847	123.95±20.06 [90,159]	2.567/0.018*	-0.450/0.655
			DBP	70.86±11.42 [46,99]	1.272/0.214	72.14±12.09 [54,103]	1.382/0.181	-0.383/0.703
			MAP	87.82±10.91 [62.67,107.00]	0.909/0.372	89.41±13.77 [67.00,118.67]	2.105/0.047*	-0.455/0.651
4	18	15	SBP	120.83±14.15 [97,145]	0.378/0.710	128.67±22.41 [99,165]	0.172/0.866	-1.221/0.231
			DBP	68.06±6.44 [55,77]	2.182/0.043*	71.53±12.91 [52,93]	1.143/0.272	-1.005/0.323
			MAP	85.65±7.31 [71.67,95.67]	1.616/0.124	90.58±15.66 [70.00,114.67]	0.992/0.338	-1.122/0.276
12	15	12	SBP	124.73±20.01 [94,164]	-0.414/0.685	123.42±26.35 [81,158]	0.586/0.570	0.148/0.884
			DBP	73.27±12.65 [51,100]	-0.189/0.853	69.83±16.67 [48,92]	1.071/0.307	0.609/0.548
			MAP	90.42±14.26 [65.33,121.33]	-0.331/0.746	87.69±19.68 [59.00,114.00]	0.977/0.350	0.418/0.680

SBP=systolic blood pressure, DBP=diastolic blood pressure, MAP=Mean arterial pressure , * = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$,

a = ใช้สถิติ pair t-test เปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 0, b = ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ เป็นสัปดาห์

รูปที่ 7 ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ



ตารางที่ 11 อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะการติดตามต่างๆ

สัปดาห์ ที่	N กลุ่ม ศึกษา	N กลุ่ม ควบคุม	กลุ่มศึกษา (N=32) ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่า ต่ำสุด]	t/p-value ^a	กลุ่มควบคุม (N=32) ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน [ค่าสูงสุด,ค่า ต่ำสุด]	t/p-value ^a	t/p-value ^b
0	32	32	79.25±13.19 [56,102]	-	76.41±10.61 [57,100]	-	0.951/0.346
2	28	22	72.86±11.25 [54,98]	3.438/0.002*	75.00±10.83 [54,103]	0.105/0.918	-0.683/0.498
4	18	15	75.28±8.19 [60,90]	0.405/0.690	79.80±11.23 [66,108]	-1.026/0.322	-1.299/0.206
12	15	12	77.07±10.79 [55,90]	-0.094/0.927	79.75±13.67 [58,111]	-1.660/0.125	-0.556/0.584

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

a = ใช้สถิติ pair t-test เปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 0

b = ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในแต่ละสัปดาห์

1.3.6 น้ำหนักตัวของผู้ป่วย

ตารางที่ 12 พบว่าน้ำหนักตัวเริ่มต้น (สัปดาห์ที่0) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 67.39 ± 15.00 กิโลกรัม และ 65.47 ± 12.22 กิโลกรัม ตามลำดับ แต่เมื่อระยะเวลาติดตามผล นานขึ้น พบว่า น้ำหนักตัวของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มศึกษาที่น้ำหนักตัวของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นแตกต่างจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, ใช้สถิติ Wilcoxon-signed ranks test ในการทดสอบ เนื่องจากการกระจายของน้ำหนักตัวในกลุ่มศึกษามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ) ในทุกครั้งที่มาติดตามผล ส่วนในกลุ่มควบคุมจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแตกต่างจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะ ($p = 0.042$) ในสัปดาห์ที่ 4 เท่านั้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยสามารถเลิบบุหรี่ได้ ทำให้รับรสชาติอาหารได้ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้นและ กระบวนการเมแทบอลิซึมของร่างกายลดลง จึงทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น แต่ที่กลุ่มศึกษามีอัตราการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากสัปดาห์ที่ 0 อย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่สามารถเลิบบุหรี่ได้มีมากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักตัวที่สัปดาห์ที่ 0 และที่ระยะเวลาติดตามผลที่สัปดาห์ต่างๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่สัปดาห์ต่างๆ (รูปที่8)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก (กิโลกรัม) ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตามต่างๆ

สัปดาห์ที่	N กลุ่ม ศึกษา	N กลุ่ม ควบคุม	กลุ่มศึกษา (N=32) ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่า สูงสุด,ค่าต่ำสุด]	Z/p-value ^c	กลุ่มควบคุม (N=32) ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน [ค่า สูงสุด,ค่าต่ำสุด]	t/p-value ^a	t/p-value ^b
0	32	32	67.39±15.00 [46.7,124.0]	-	65.47±12.22 [45.7,93.0]	-	0.563/0.576
2	28	22	67.52±15.90 [47.4,126.7]	-2.752/0.006*	66.17±11.56 [46.1,87.3]	-1.427/0.168	0.346/0.731
4	18	15	68.17±19.07 [47.9,128.3]	-2.964/0.003*	66.75±12.64 [46.3,88.0]	-2.243/0.042*	0.255/0.800
12	15	12	69.91±19.62 [46.5,125.8]	-3.068/0.002*	67.11±14.90 [45.2,90.9]	-1.554/0.148	0.421/0.678

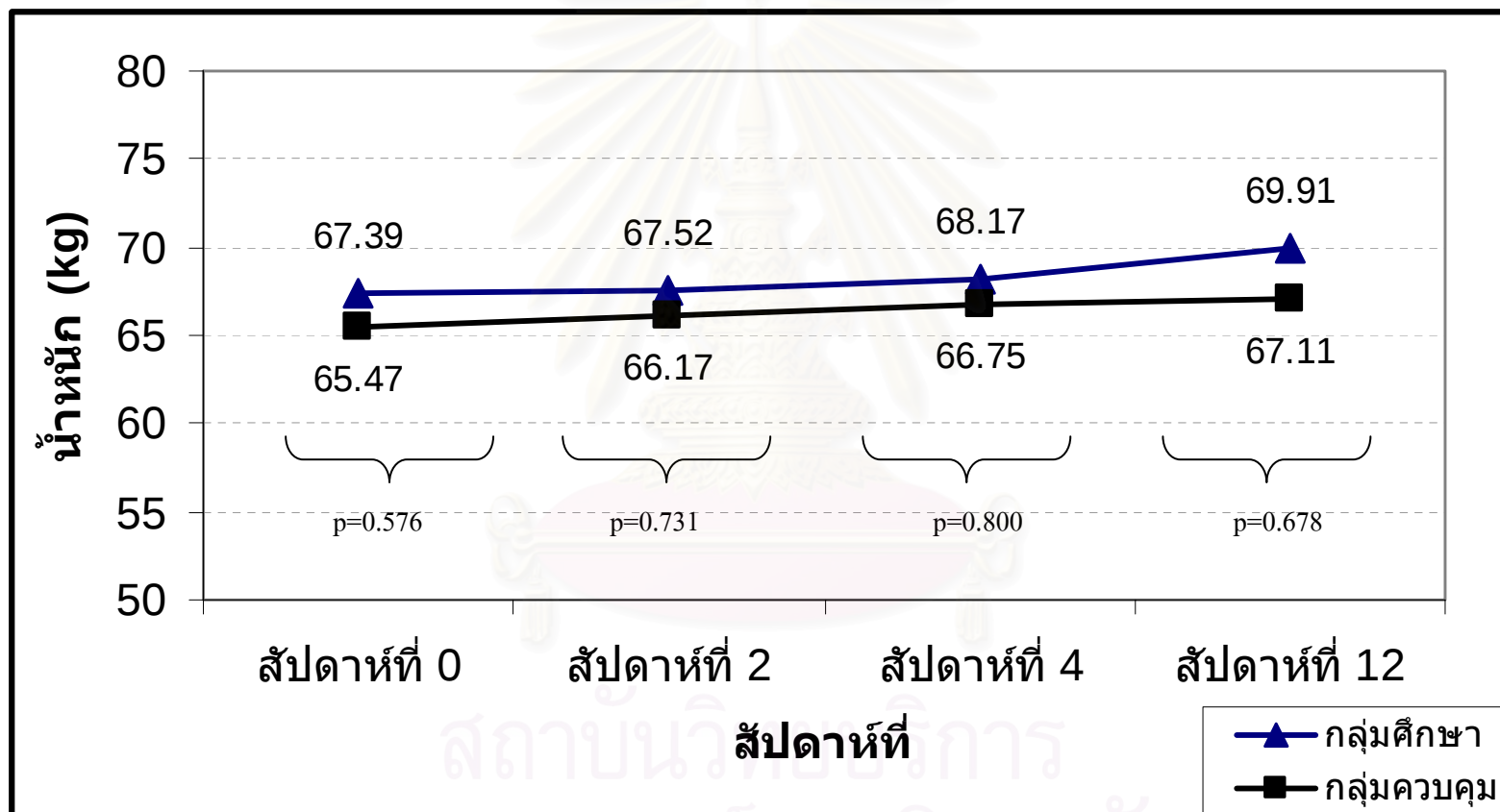
* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

a = ใช้สถิติ pair t-test เปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 0

b = ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในแต่ละสัปดาห์

c = ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 0 เนื่องจากการกระจายไม่ปกติเมื่อใช้ Kolmogorov-Smirnov test ($p<0.05$)

รูปที่ 8 น้ำหนักตัวเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ



2. ประสิทธิภาพของหน่วยดอกขาวในการเลิกบุหรี่

การศึกษานี้ประเมินประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ของหน่วยดอกขาวเทียบกับยาหลอก โดยเกณฑ์การประเมินผลว่าเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่นั้นแบ่งออกเป็น 2 เกณฑ์คือ สูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวันและไม่สูบเลย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เป็นการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง และจะพิจารณาอัตราการเลิกบุหรี่เป็น 2 แบบคือ อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR) และ อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence abstinence rate, PAR) และยืนยันผลการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ สถาบันวิจัยรณรงค์ ใช้เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ Gas Chromatography Mass Spectrometry (GC/MS) รุ่น GC5890 series II plus, MS5972 series, Injector HP6890 series, Hewlett Packard สหรัฐอเมริกา แต่เนื่องจากไม่มีสารมาตรฐานของโคตินิน การตรวจนี้จึงเป็นการยืนยันผลการเลิกบุหรี่เชิงคุณภาพเท่านั้น โดยถ้าผลการตรวจออกมาเป็นลบถือว่าเป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่ แต่ถ้าผลการตรวจออกมาเป็นลบถือว่าเป็นผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจปัสสาวะตามนัดถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ การศึกษานี้ทำการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยสอบถามถึงการรับประทานยาสม่ำเสมอหรือไม่และมีการลืมรับประทานยาไปทั้งหมดกี่ครั้ง เกณฑ์การประเมินว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับดีคือต้องรับประทานมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนที่ต้องรับประทานทั้งหมด และรับประทานตามเวลาที่กำหนดให้ ซึ่งผลการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา (N=32) [ร้อยละ]	จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม(N=32) [ร้อยละ]	p-value (χ^2)
ความร่วมมือในการใช้ยาดี	26 [81.3]	22 [68.8]	0.248 (1.333)
ความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี	6 [18.8]	10 [31.3]	

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 81.3 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 68.8 ในกลุ่มควบคุม มีความร่วมมือในการรับประทานชาชงดี เหตุผลมาจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ระดับ preparation และ action โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความร่วมมือในการรับประทานชาต่ำกว่ากลุ่มศึกษาเพียงเล็กน้อย เมื่อทดสอบความแตกต่างทางโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.248$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถรับประทานชาชงได้ครบตามข้อกำหนดของการวิจัยทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากจำนวนครั้งที่ต้องรับประทานชาชง โดยผู้ป่วยต้องรับประทานชาชงวันละ 3 ครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งประกอบอาชีพที่ต้องทำงานนอกสถานที่ตลอดเวลา เช่น ขับรถแท็กซี่ หรือรับเหมาก่อสร้าง ทำให้ไม่สะดวกในการรับประทานชาชง และมือที่มักจะไม่ได้รับประทานคือมือกลางวัน ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ต่อไปในอนาคตจึงควรพิจารณาถึงจุดนี้ด้วย

2.1 การประเมินผลการเลิกบุหรี่จากเกณฑ์การสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน

เกณฑ์นี้เป็นเกณฑ์อ้างอิงจากมาตรฐานการประเมินผลเลิกบุหรี่ของ West R (17) โดยอาศัยหลักการว่าผู้ป่วยที่เสพติดบุหรี่จะต้องสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 มวนต่อวัน ผู้วิจัยนำเกณฑ์นี้มาเป็นข้อกำหนดในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการวิจัยข้อหนึ่งด้วย คือผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยต้องสูบบุหรี่เป็นประจำอย่างน้อย 5 มวนต่อวัน ผู้วิจัยจึงกำหนดว่าถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่หรือลดปริมาณการสูบได้ลดลงน้อยกว่า 5 มวนต่อวันแสดงว่าเป็นผู้ที่ไม่เสพติดบุหรี่ ซึ่งการวิจัยนี้กำหนดวันเลิกบุหรี่ไว้คือวันที่ 8 ของการรับประทานชาและกำหนดการประเมินผลการเลิกบุหรี่ไว้ 4 ครั้งด้วยกันคือวันที่ 15 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 28 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 84 (สัปดาห์ที่ 12) และวันที่ 112 (สัปดาห์ที่ 16) นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชา อัตราการเลิกบุหรี่คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้หารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มนั้น ผลการวิจัยแสดงในตารางที่ 14

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR) และอัตราการเลิก
 บุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PAR) ตามเกณฑ์การ
 ประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (CAR, %)		จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (PAR, %)	
	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา (N=32)	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม (N=32)	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา (N=32)	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม (N=32)
สัปดาห์ที่ 2	24 (75.0)	16 (50.0)	24 (75)	16 (50.0)
χ^2 / p-value	4.267/0.039*		4.267/0.039*	
Odds ratio (95%CI)	3.00 (1.04-8.65)		3.00 (1.04-8.65)	
สัปดาห์ที่ 4	21 (65.6)	15 (46.9)	22 (68.8)	17 (53.1)
χ^2 / p-value	2.286/0.131		1.641/0.200	
Odds ratio (95%CI)	2.16 (0.79-5.92)		1.94 (0.70-5.38)	
สัปดาห์ที่ 8	16 (50.0)	13 (40.6)	17 (53.1)	15 (46.9)
χ^2 / p-value	0.567/0.451		0.250/0.617	
Odds ratio (95%CI)	1.46 (0.54-3.93)		1.28 (0.48-3.43)	
สัปดาห์ที่ 12	14 (43.8)	10 (31.3)	16 (50.0)	12 (37.5)
χ^2 / p-value	1.067/0.302		1.016/0.313	
Odds ratio (95%CI)	1.71 (0.62-4.76)		1.67 (0.62-4.51)	
สัปดาห์ที่ 16	14 (43.8)	9 (28.1)	16 (50.0)	10 (31.3)
χ^2 / p-value	1.697/0.193		2.332/0.127	
Odds ratio (95%CI)	1.99 (0.70-5.62)		2.20 (0.79-6.00)	

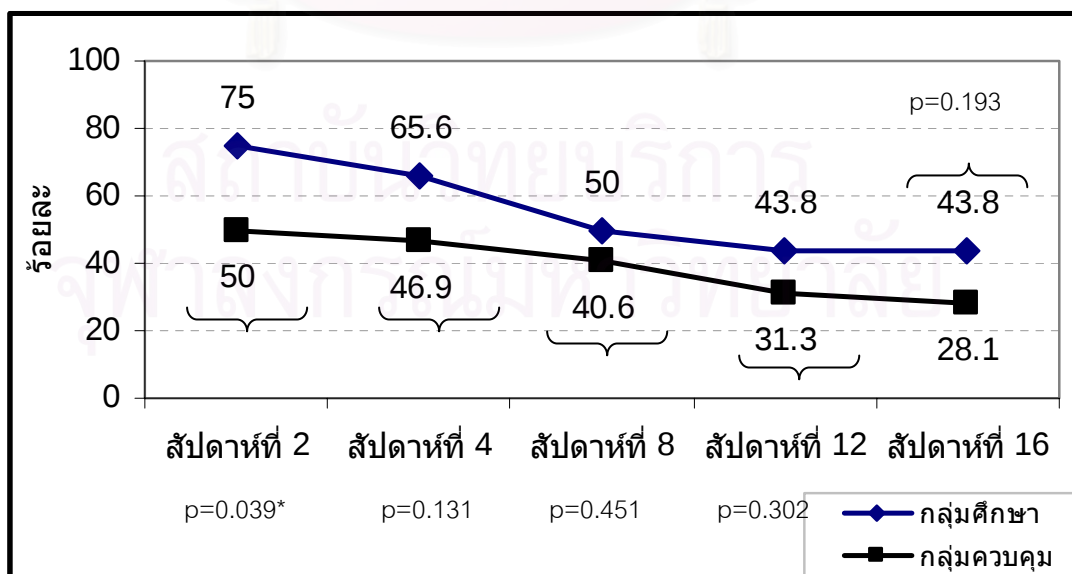
* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

χ^2 = ค่า Chi-square, CI = confidence interval

2.1.1 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR)

การประเมินผลการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะเริ่มต้นนับตั้งแต่วันที่กำหนดเลิกบุหรี่ จากตารางที่ 13 หลังจากจบระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มศึกษาสามารถเลิกบุหรี่ได้ 24 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมสามารถเลิกบุหรี่ได้ 16 คนจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดกลุ่มละ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 50 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.039$) มีค่า Odds ratio (OR) เท่ากับ 3.00 (95% CI 1.04-8.65) อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลเท่ากันเนื่องจากวันที่ประเมินเป็นวันที่ 7 หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่เหมือนกัน หลังจากนั้นติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่สัปดาห์ที่ 4 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 65.6 และ 46.9 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.131$, OR 2.16, 95% CI 0.79-5.92) ในสัปดาห์ที่ 8 อัตราการเลิกบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 50 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 40.6 ในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.451$, OR 1.46, 95% CI 0.54-3.93) อัตราการลดลงในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนในการประเมินสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 31.3 และ 28.1 ตามลำดับ ส่วนอัตราการเลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มศึกษาเท่ากันคือ ร้อยละ 43.8 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สัปดาห์ที่ 12 : $p=0.302$, OR 1.71, 95% CI 0.65-4.76 และสัปดาห์ที่ 16 : $p=0.193$, OR 1.99, 95% CI 0.70-5.62) กราฟเส้นแสดงอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องแสดงดังรูปที่ 9

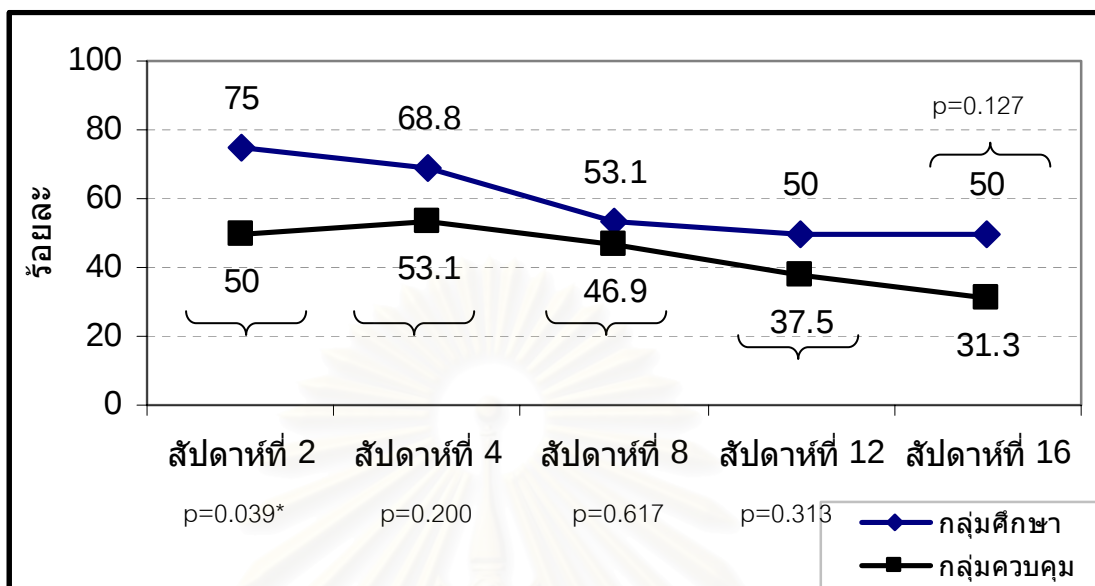
รูปที่ 9 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR) ตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน



2.1.2 อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence abstinence rate, PAR)

อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลคือผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผลที่กำหนดซึ่งในการวิจัยนี้กำหนดไว้วันที่ 15 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 28 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 84 (สัปดาห์ที่ 12) และวันที่ 112 (สัปดาห์ที่ 16) นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา จากการศึกษพบว่าหลังจากจบระยะรักษาผู้ป่วยร้อยละ 75 และ 50 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ตามลำดับ สามารถเลิกบุหรี่ได้ตามวันกำหนดเลิกบุหรี่ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.039$, OR 3.00, 95% CI 1.04-8.65) ในการประเมินครั้งต่อมาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ 68.8 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นเป็นร้อยละ 53.1 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วย 1 คนในกลุ่มควบคุมไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในวันกำหนดเลิกบุหรี่ที่ผู้วิจัยกำหนด โดยมาเลิกบุหรี่ได้หลังจากวันที่ 8 แต่ไม่เกินระยะรักษา ทำให้เมื่อการประเมินที่สัปดาห์ที่ 2 จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่ยังเลิกไม่ได้ แต่เมื่อถึงการประเมินครั้งถัดมา (สัปดาห์ที่ 4) ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วจึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ อัตราการเลิกบุหรี่จึงสูงขึ้น ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.200$, OR 1.94, 95% CI 0.70-5.38) ในการติดตามผลครั้งต่อมา (สัปดาห์ที่ 8) พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มลดลงเหลือร้อยละ 53.1 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 46.9 ในกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.617$, OR 1.28, 95% CI 0.48-3.43) ต่อมาสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษาเท่ากันคือร้อยละ 50 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่เท่ากับร้อยละ 37.5 และ 31.3 ในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สัปดาห์ที่ 12 : $p=0.313$, OR 1.67, 95% CI 0.62-4.51 และสัปดาห์ที่ 16: $p=0.127$, OR 2.20, 95% CI 0.79-6.00) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตามที่ 4, 8, 12 และ 16 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก กราฟเส้นแสดงอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลแสดงดังรูปที่ 10

รูปที่ 10 อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PAR) ตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน



2.2 การประเมินผลการเลิกบุหรี่จากเกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย

เกณฑ์การประเมินนี้ได้กำหนดว่าผู้ป่วยต้องไม่สูบบุหรี่เลยจึงประเมินเป็นผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการวิจัยผลิตภัณฑ์เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ และได้กำหนดวันประเมินผลต่าง ๆ ไว้เช่นเดียวกันคือ กำหนดวันเลิกบุหรี่ไว้คือวันที่ 8 ของการรับประทานชาชงและกำหนดวันประเมินผลการเลิกบุหรี่ไว้ 4 ครั้งด้วยกันคือวันที่ 15 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 28 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 84 (สัปดาห์ที่ 12) และวันที่ 112 (สัปดาห์ที่ 16) นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชง อัตราการเลิกบุหรี่คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้หารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มนั้น ผลการวิจัยแสดงในตารางที่ 15

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR) และอัตราการเลิก
 บุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PAR) ตามเกณฑ์การ
 ไม่สูบบุหรี่เลย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (CAR, %)		จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (PAR, %)	
	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา (N=32)	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม (N=32)	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มศึกษา (N=32)	จำนวนผู้ป่วยใน กลุ่มควบคุม (N=32)
สัปดาห์ที่ 2	12 (37.5)	11 (34.4)	12 (37.5)	11 (34.4)
χ^2 / p-value	0.068/0.794		0.068/0.794	
Odds ratio (95%CI)	1.145 (0.41-3.18)		1.15 (0.41-3.18)	
สัปดาห์ที่ 4	11 (34.4)	8 (25.0)	15 (46.9)	11 (34.4)
χ^2 / p-value	0.674/0.412		1.036/0.309	
Odds ratio (95%CI)	1.57 (0.53-4.64)		1.68 (0.62-4.61)	
สัปดาห์ที่ 8	10 (31.3)	6 (18.8)	15 (46.9)	9 (28.1)
χ^2 / p-value	1.333/0.248		2.400/0.121	
Odds ratio (95%CI)	1.97 (0.62-6.29)		2.26 (0.80-6.36)	
สัปดาห์ที่ 12	9 (28.1)	4 (12.5)	14 (43.8)	7 (21.9)
χ^2 / p-value	2.413/0.120		3.473/0.062	
Odds ratio (95%CI)	2.74 (0.74-10.06)		2.78 (0.93-8.27)	
สัปดาห์ที่ 16	9 (28.1)	4 (12.5)	13 (40.6)	7 (21.9)
χ^2 / p-value	2.413/0.120		2.618/0.106	
Odds ratio (95%CI)	2.74 (0.74-10.06)		2.44 (0.82-7.31)	

* = แสดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

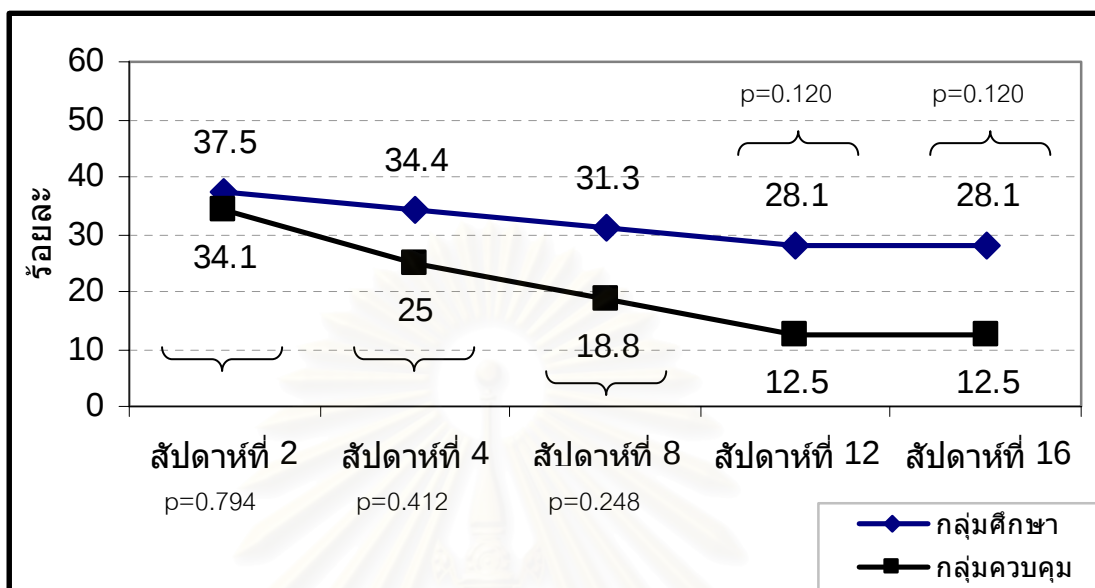
χ^2 = ค่า Chi-square , CI = confidence interval

2.2.1 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR)

อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องหมายถึงผู้ป่วยต้องไม่สูบบุหรี่เลยนับตั้งแต่วันที่กำหนดเลิกบุหรี่ จากตารางที่ 14 พบว่าการประเมินผลครั้งแรกหลังจากจบระยะรักษา (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 34.4 ในกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ อัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.794$, OR 1.145, 95%CI 0.41-3.18) ต่อมาในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ลดลงทั้งสองกลุ่มคือ สัปดาห์ที่ 4 เป็นร้อยละ 34.4 และ 25.0 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ($p=0.412$, OR 1.57, 95% CI 0.53-4.64) สัปดาห์ที่ 8 อัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 31.3 และ 18.8 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ($p=0.248$, OR 1.97, 95% CI 0.62-6.29) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มคงที่ในการประเมินผลการเลิกบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 คืออัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 28.1 ในกลุ่มศึกษา และร้อยละ 12.5 ในกลุ่มควบคุม ($p=0.120$, OR 2.74, 95%CI 0.74-10.06) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ผลนี้แสดงให้เห็นว่าในช่วงแรกหลังจากจบระยะเวลารักษา อัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน แต่หลังจากนั้นอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มควบคุมลดลงในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เนื่องจากในกลุ่มศึกษามีผู้ป่วยที่มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ขึ้น action อยู่ 2 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มี หรืออาจเป็นผลมาจากเจ้าหน้าที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับชาห์ดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เพียงได้แต่รับเฉพาะคำแนะนำ การปฏิบัติตัวเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จเท่านั้น กราฟเส้นแสดงอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องแสดงดังรูปที่ 11

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 11 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence rate, CAR) ที่เกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย

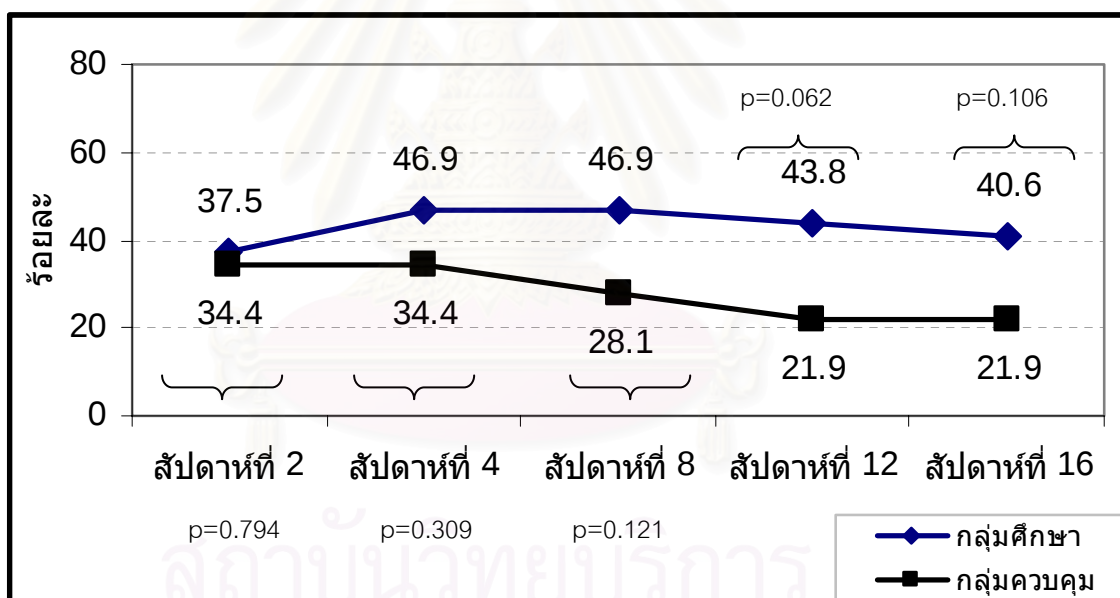


2.2.2 อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence abstinence rate, PAR)

อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลคือ ผู้ป่วยต้องไม่สูบบุหรี่เลยตลอด 7 วัน ก่อนวันประเมินผล การกำหนดวันประเมินผลต่าง ๆ ได้กำหนดวันเลิกบุหรี่ไว้คือวันที่ 8 ของการรับประทานชาชงและกำหนดวันประเมินผลการเลิกบุหรี่ไว้ 4 ครั้งด้วยกันคือวันที่ 15 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่ 28 (สัปดาห์ที่ 4) วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) วันที่ 84 (สัปดาห์ที่ 12) และวันที่ 112 (สัปดาห์ที่ 16) นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชง ผลการศึกษาพบว่าหลังจากจบระยะเวลาการรักษา (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ป่วยสามารถที่จะเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 37.5 และ 34.4 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.794$, OR 1.15, 95% CI 0.41-3.18) ต่อมาการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.9 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่คงที่ในสัปดาห์ที่ 4 คือร้อยละ 34.4 และลดลงเหลือร้อยละ 28.1 ในสัปดาห์ที่ 8 อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มศึกษาเพิ่มสูงขึ้นอาจเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในวันกำหนดเลิกบุหรี่แต่มาเลิกได้หลังจากนั้นแต่ยังอยู่ในระยะเวลารักษาและระยะเวลาดูแลติดตาม (เช่นเลิกได้ในวันที่ 10) ทำให้ในการประเมินผลการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลที่สัปดาห์ที่ 2 เป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ แต่เมื่อถึงการประเมินที่สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ผู้ป่วยไม่ได้สูบบุหรี่แล้วจึงประเมินว่าเป็นผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่จึงสูงขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่าในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 อัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สัปดาห์ที่ 4: $p=0.309$, OR 1.68, 95% CI 0.62-4.61 และ

สัปดาห์ที่ 8 : $p=0.121$, OR 2.26, 95% CI 0.80-6.36) ต่อมาในการประเมินผลที่สัปดาห์ที่ 12 และ 16 ในระยะติดตามพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่มลดลงโดยกลุ่มศึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่าคือร้อยละ 43.8 และ 40.6 ในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 21.9 เท่ากันทั้งในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สัปดาห์ที่ 12 : $p=0.062$, OR 2.78, 95% CI 0.93-8.27 และสัปดาห์ที่ 16: $p=0.106$, OR 2.44, 95% CI 0.82-7.31) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษามีแนวโน้มของอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาดูแลที่ 4, 8, 12 และ 16 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก กราฟเส้นแสดงอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลแสดงดังรูปที่ 12

รูปที่ 12 อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PAR) ที่เกณฑ์การไม่สูบบุหรี่เลย



2.3 การประเมินผลการเลิกบุหรี่จากผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะ

การตรวจโคตินินในปัสสาวะถือเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่งในการประเมินผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากห้องปฏิบัติการจึงถือเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากกว่าผลการเลิกบุหรี่จากการรายงานของผู้ป่วย โคตินินเป็นสารเมแทบอไลต์ของนิโคตินซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตยาวกว่านิโคติน (นิโคตินมีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 2-3 ชั่วโมง โคตินินมีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 15-20 ชั่วโมง) ทำให้สามารถตรวจวัดได้ถ้าผู้ป่วยได้มีการสูบบุหรี่ในช่วง 2-3 วันก่อนหน้าวันประเมินผล แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่สูงการวิจัยนี้จึงไม่สามารถตรวจวัดโคตินินทุกครั้งที่มีการติดตามผลการเลิก

บุหรืได้ ดังนั้นจึงทำการตรวจโคตินินในปัสสาวะเฉพาะในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงเท่านั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยคนใดไม่มาตรวจวัดโคตินินในปัสสาวะตามนัด ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถเลิกบุหรืได้ และเนื่องจากการวัดโคตินินในปัสสาวะนี้ไม่มีสารมาตรฐาน จึงไม่สามารถระบุความเข้มข้นของโคตินินในปัสสาวะได้ สามารถระบุได้เพียงให้ผลเป็นบวกหรือเป็นลบในกรณีที่พบและไม่พบโคตินินในปัสสาวะตามลำดับ โดยใช้เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ Gas Chromatography Mass Spectrometry (GC/MS) ถ้าผู้ป่วยให้ผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบถือว่าเป็นผู้ที่สามารถเลิกบุหรืได้ และถ้าผู้ป่วยให้ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวกถือว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรืได้ การคำนวณอัตราการเลิกบุหรืคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ให้ผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มนั้น ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการเลิกบุหรืจากผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาติดตามผลต่าง ๆ

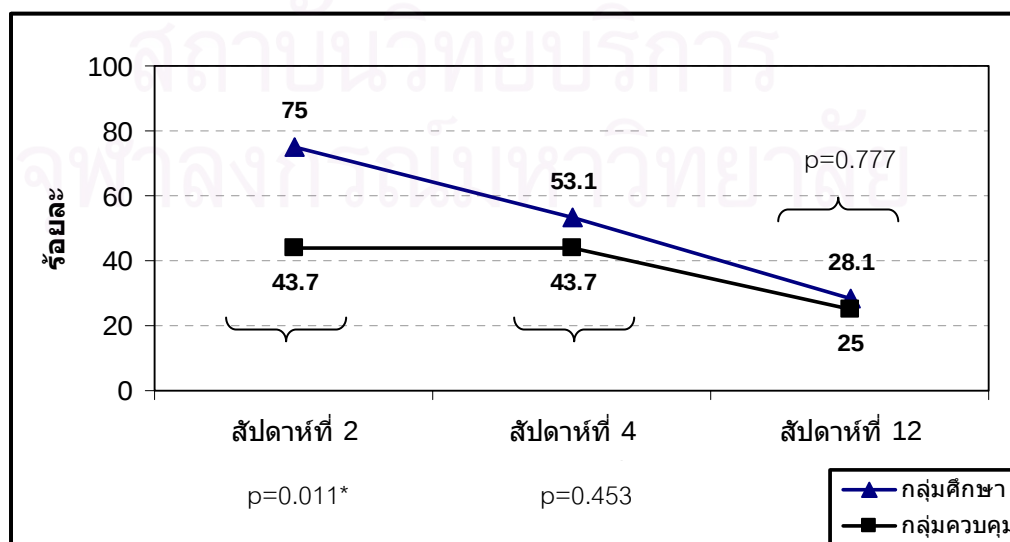
ข้อมูล	ผู้ที่สามารถเลิกบุหรืได้ จากผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะ (อัตราการเลิกบุหรื, %)	
	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)
สัปดาห์ที่ 2	24 (75.0)	14 (43.7)
จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจ	28	21
χ^2 /p-value	6.478/0.011*	
Odds ratio (95%CI)	3.86 (1.33-11.16)	
สัปดาห์ที่ 4	17 (53.1)	14 (43.7)
จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจ	18	15
χ^2 /p-value	0.563/0.453	
Odds ratio (95%CI)	1.46 (0.54-3.90)	
สัปดาห์ที่ 12	9 (28.1)	8 (25.0)
จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจ	15	12
χ^2 /p-value	0.080/0.777	
Odds ratio (95%CI)	1.17 (0.39-3.57)	

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

χ^2 = ค่า Chi-square, CI = confidence interval

ตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าหลังจากจบระยะเวลารักษา (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 75 และร้อยละ 43.7 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$, OR 3.86, 95% CI 1.33-11.16) ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล ที่ได้จากการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเองตามเกณฑ์การประเมินผลการเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน โดยร้อยละ 75 และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ และเมื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ในสัปดาห์ต่อ ๆ มาคือที่ สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ลดลงทั้งสองกลุ่มและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มศึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่เท่ากับร้อยละ 53.1 และ 28.1 ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมอัตราการเลิกบุหรี่ของสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 43.7 และ 25.0 ตามลำดับ (สัปดาห์ที่ 4: $p=0.453$, OR 1.46, 95% CI 0.54-3.90 และสัปดาห์ที่ 12: $p=0.777$, OR 1.17, 95% CI 0.39-3.57) กราฟเส้นแสดงอัตราการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลาติดตามต่าง ๆ (รูปที่ 13) ผลนี้แสดงให้เห็นว่าอัตราการเลิกบุหรี่ลดลงอย่างรวดเร็วในส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยสูญหายไปจากการวิจัย ทำให้ต้องจัดผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดนั้นมีหลายเหตุผลด้วยกัน เช่น ติดภาระเรื่องงานเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและที่สถาบันวิทยุรักษ์เปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น ไม่ได้รับชางเพิ่มจึงไม่ยอมมา เดินทางไม่สะดวก ย้ายที่อยู่หรือย้ายสถานที่ทำงาน ดังนั้นการศึกษาถึงประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ของผลิตภัณฑ์ที่ใช้เลิกบุหรี่ในอนาคตควรต้องพิจารณาตรงจุดนี้ด้วย โดยการติดตามผลที่บ้านแล้วเก็บปัสสาวะมาตรวจหรือการพัฒนา strip ตรวจโคตินินในปัสสาวะ เป็นต้น

รูปที่ 13 อัตราการเลิกบุหรี่จากผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะ



2.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรายงานการเลิกบุหรี่ระหว่างการรายงานโดยตัวผู้ป่วยและจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ

การวิจัยนี้ได้ติดตามผลการเลิกบุหรี่จากสองวิธีการด้วยกันคือ การรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง และการใช้วิธีทางห้องปฏิบัติการคือการตรวจโคตินินในปัสสาวะ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลการเลิกบุหรี่ทั้งสองวิธีเป็นการช่วยยืนยันผลการวิจัยว่าการรายงานจากทั้งสองวิธีนั้นมีความสอดคล้องกันหรือไม่ ซึ่งการตรวจโคตินินในปัสสาวะนี้จะเป็นการตรวจเพื่อยืนยันว่าในช่วง 2-3 วันก่อนมาตรวจนั้นผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่หรือไม่ แต่การวิจัยครั้งนี้ไม่มีสารมาตรฐานจึงไม่สามารถหาปริมาณโคตินินในปัสสาวะได้ ผลการตรวจจึงรายงานได้เฉพาะผลบวกและลบเท่านั้น โดยถ้าผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบหมายถึงตรวจพบโคตินินในปัสสาวะแสดงว่าผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่มาก่อนหน้านี้ประมาณ 2-3 วัน แต่ถ้าผลการตรวจโคตินินเป็นลบหมายถึงตรวจไม่พบโคตินินในปัสสาวะ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีการสูบบุหรี่ในช่วง 2-3 วันก่อนหน้านี้ ดังนั้นผลการเลิกบุหรี่จากการรายงานของผู้ป่วยที่เหมาะสมจะนำมาพิจารณาความสัมพันธ์คือผลการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนวันประเมินผล (Point prevalence abstinence) และสถิติที่นำมาใช้ในการหาความสัมพันธ์คือ McNemar Chi-square test โดยตั้งสมมุติฐานว่าการติดตามผลการเลิกบุหรี่ทั้งสองวิธีให้อัตราการเลิกบุหรี่เหมือนกัน และกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ $\alpha=0.05$ ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 17

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการรายงานของผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินคือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน ($p=1.000$ ทุกครั้งของการติดตามผล) มากกว่าเกณฑ์การประเมินว่าไม่สูบบุหรี่เลย เนื่องจากในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผลการหาความสัมพันธ์พบว่าผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับการรายงานของผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินว่าไม่สูบบุหรี่เลย (สัปดาห์ที่ 2: $p=0.001$ และสัปดาห์ที่ 4: $p=0.003$) เฉพาะที่สัปดาห์ที่ 12 เท่านั้นที่ผลการรายงานจากตัวผู้ป่วยจากเกณฑ์การประเมินว่าไม่สูบบุหรี่เลยและเกณฑ์การประเมินว่าสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะ ดังนั้นผลการรายงานจากตัวผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินคือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวันน่าจะเชื่อถือได้กับการตรวจโคตินินในปัสสาวะมากกว่าผลการรายงานจากตัวผู้ป่วยว่าไม่สูบบุหรี่เลย แสดงให้เห็นว่าการวิจัยต่อ ๆ ไป อาจจำเป็นต้องหาสารมาตรฐานมาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบหาปริมาณโคตินินในปัสสาวะเพื่อให้ได้ผลที่สอดคล้องกับการรายงานจากตัวผู้ป่วยว่าไม่สูบบุหรี่เลยมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ของการรายงานการเลิกบุหรี่ระหว่างการรายงานโดยผู้ป่วยและการตรวจ
โคตินินในปัสสาวะ

ผลโคตินินในปัสสาวะ	PA ที่เกณฑ์การประเมินเลิกบุหรี่คือ สูบ <5 มวน/วัน		รวมจำนวนผู้ป่วย	χ^2 / p-value	PA ที่เกณฑ์การประเมินเลิกบุหรี่คือ ไม่สูบบุหรี่เลย		รวมจำนวนผู้ป่วย	χ^2 / p-value
	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่	จำนวนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่			จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่	จำนวนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่		
สัปดาห์ที่ 2 (n=49)								
ลบ	31	7	38	1.577/	19	19	38	1.781/
บวก	7	4	11	1.000	3	8	11	0.001*
รวม	38	11	49		22	27	49	
สัปดาห์ที่ 4 (n=33)								
ลบ	28	3	31	0.213/	19	12	31	0.100/
บวก	2	0	2	1.000	1	1	2	0.003*
รวม	30	3	33		20	13	33	
สัปดาห์ที่ 12 (n=27)								
ลบ	15	2	17	9.609/	13	4	17	8.132/
บวก	3	7	10	1.000	2	8	10	0.678
รวม	18	9	27		15	12	27	

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$, PA=point prevalence abstinence

2.5 การอภิปรายผลการเลิกบุหรี่จากการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วันก่อนการประเมินผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาที่ทำการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก แต่มีเพียงสัปดาห์ที่ 2 หลังจากจบระยะเวลาการรักษาตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรี่คือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวันเท่านั้นที่ให้อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.039$) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น

1. ระยะเวลาในการรักษาสั้นเกินไป: ระยะเวลาที่ให้ผู้ป่วยรับประทานชาชงในการวิจัยนี้อ้างอิงมาจากการวิจัยก่อนหน้านี้โดยศักดิ์วิชา ไชยสวัสดิ์ และ มนัชยา มรรคอนันตโชติ (20) ที่ทำการศึกษาผลของหญ้าดอกขาวต่อการเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย แต่ทำการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่โดยโคตินิน การวิจัยนี้จึงนำมาทำซ้ำโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ จึงใช้ระยะเวลาในการรักษาใกล้เคียงกัน ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาถึงพิษวิทยาของหญ้าดอกขาวในมนุษย์ที่มีการให้รับประทานชาชงนานมากกว่า 2 สัปดาห์ เพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยนี้จึงเลือกระยะเวลาในการรักษาที่ 2 สัปดาห์เท่านั้น แต่จากผลการวิจัยพบว่าที่ระยะเวลาดูตามผลการเลิกบุหรี่จนถึง 4 เดือนนั้น อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบกับการวิจัยที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการเลิกบุหรี่อื่น ๆ (เช่น บุโพรฟิออนหรือ การใช้นิโคตินทดแทน) จะมีระยะเวลารักษานานกว่านี้ คือประมาณ 7-12 สัปดาห์ และการเลิกบุหรี่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย ดังนั้นระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์จึงอาจสั้นเกินไปสำหรับการใช้ชาชงหญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ไม่ทำให้มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าไคพิคปกติ ดังนั้นการศึกษาต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาในการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวให้มากกว่า 2 สัปดาห์ได้

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวนน้อยเกินไป: จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากการศึกษาของศักดิ์วิชา ไชยสวัสดิ์ และมนัชยา มรรคอนันตโชติ (20) ที่ทำการศึกษาผลของหญ้าดอกขาวต่อการเลิกบุหรี่ ณ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงรายโดยพบอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ระยะเวลาดูตามผล 4 เดือน ร้อยละ 69.35 แต่เนื่องจากไม่มีการศึกษาใดที่เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่ทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงสมมุติว่าสัดส่วนที่ไม่ได้ผลในการรักษาคือ ร้อยละ 30.65 เป็นสัดส่วนของประชากรในกลุ่มที่สอง ซึ่งด้วยเหตุนี้อาจทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวนน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ศึกษาได้ ทั้งที่พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษามีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ผู้วิจัยจึงได้คำนวณกำลังของการทดสอบ (power of test; $1-\beta$) ของการวิจัยนี้และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่เหมาะสม ที่จะทำให้สามารถตรวจพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้ (ตารางที่ 18 และ 19) เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ต้องการทำวิจัยต่อไปในอนาคตต่อไป

ตารางที่ 18 กำลังของการทดสอบทางสถิติ ($1-\beta$) และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการเพื่อให้สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (CAR, %)		จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (PAR, %)	
	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)
สัปดาห์ที่ 2	24 (75.0)	16 (50.0)	24 (75)	16 (50.0)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.039*/54.38		0.039*/54.38	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	58		58	
สัปดาห์ที่ 4	21 (65.6)	15 (46.9)	22 (68.8)	17 (53.1)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.131/32.28		0.200/25.46	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	105		145	
สัปดาห์ที่ 8	16 (50.0)	13 (40.6)	17 (53.1)	15 (46.9)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.451/10.56		0.617/18.41	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	478		174	
สัปดาห์ที่ 12	14 (43.8)	10 (31.3)	16 (50.0)	12 (37.5)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.302/18.67		0.313/15.87	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	216		267	
สัปดาห์ที่ 16	14 (43.8)	9 (28.1)	16 (50.0)	10 (31.3)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.193/26.11		0.127/33.72	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	140		103	

ตารางที่ 19 กำลังของการทดสอบทางสถิติ ($1-\beta$) และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการเพื่อให้สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ไม่สูบบุหรี่เลย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (CAR, %)		จำนวนผู้ป่วยที่เลิกได้ (PAR, %)	
	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)	กลุ่มศึกษา (N=32)	กลุ่มควบคุม (N=32)
สัปดาห์ที่ 2	12 (37.5)	11 (34.4)	12 (37.5)	11 (34.4)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.794/1.5		0.794/1.5	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	3,754		3,754	
สัปดาห์ที่ 4	11 (34.4)	8 (25.0)	15 (46.9)	11 (34.4)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.412/12.71		0.309/17.36	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	366		241	
สัปดาห์ที่ 8	10 (31.3)	6 (18.8)	15 (46.9)	9 (28.1)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.248/20.90		0.121/34.09	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	187		103	
สัปดาห์ที่ 12	9 (28.1)	4 (12.5)	14 (43.8)	7 (21.9)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.120/33.72		0.062/45.62	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	103		72	
สัปดาห์ที่ 16	9 (28.1)	4 (12.5)	13 (40.6)	7 (21.9)
p-value/ $1-\beta$ (%)	0.120/33.72		0.106/36.32	
N ใหม่ที่ต้องการต่อกลุ่ม	103		95	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หญ้าดอกขาวอาจไม่มีผลช่วยบรรเทาอาการอยากสูบบุหรี่: จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาหลังจากจบระยะรักษา (สัปดาห์ที่ 2) จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ (เกณฑ์การประเมินเลิกบุหรี่คือ ไม่สูบเลย) พบว่า ผู้ป่วยให้เหตุผลต่างๆ ดังแสดงในตาราง 20 ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย เครียดและยังอยากสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งเป็นผลจากการติดนิโคตินในบุหรี่ ดังนั้น หญ้าดอกขาวอาจไม่ได้ช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ (Craving) ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอีกร้อยละ 35 รู้สึกว่าชา ไม่ได้ผล คัดแล้วไม่รู้สึอะไรเหมือนชาธรรมดาสอดคล้องกับผลการศึกษาของศักดิ์วิศา ไชสวัสดิ์ และมนัสยา มรรคอนันตโชติ (20) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะรู้สึกชาไม่ได้ผล คัดแล้วไม่รู้สึอะไร ระยะเวลาในการรับประทานชาชง ความถี่ของการรับประทานชาชงและผลข้างเคียงของยาบางประการ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ดังนั้นการศึกษาถึงรูปแบบการเตรียมผลิตภัณฑ์ให้เหมาะสมหรือการใช้ควบคู่กับยาเลิกบุหรี่ชนิดอื่น ๆ อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปพัฒนาต่อไป แต่ทั้งนี้ควรมีการศึกษาถึงสารสำคัญในการออกฤทธิ์ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่อ brain reward system และความเป็นพิษเพื่อให้ได้มีข้อมูลเพียงพอก่อน ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เช่น ความเคยชินหรือปัญหาครอบครัว เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อไป

ตารางที่ 20 เหตุผลของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในสัปดาห์ที่ 2

เหตุผล	ร้อยละของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษา	ร้อยละของผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุม
1. มีอาการหงุดหงิด เครียด กระสับกระส่าย กระวนกระวาย	55	86
2. ยังคงมีอาการอยากสูบบุหรี่	50	38
3. รู้สึกว่าชาไม่ได้ผล ไม่ได้ช่วยอะไร	35	29
4. ลังคม เพื่อนฝูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	35	48
5. ความเคยชิน	10	10
6. ระยะเวลาในการรับประทานชาสั้นเกินไป	5	5
7. เวลาในการรับประทานชาถี่เกินไป ทำให้กินได้ ไม่สม่ำเสมอ ไม่สะดวก	5	14
8. ทนผลข้างเคียงของชาไม่ได้	5	0
9. ปัญหาครอบครัว	5	0

4. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยไม่เหมาะสม: เนื่องจากการทำวิจัยนี้ได้ทำการศึกษา ณ สถาบัน รัชฎาจารย์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาผู้ที่ติดยาเสพติดโดยเฉพาะจึงทำให้ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เสพยาหรืมาก โดยสังเกตได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนบุหรืที่สูบเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 19.13 มวน เมื่อเทียบกับปริมาณบุหรืที่สูบต่อวันของคนไทยทั้งประเทศคือ 10.4 มวนแล้ว ถือว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าเกือบ 1 เท่า ระยะเวลาที่สูบโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 23.62 ± 10.63 (ร้อยละ 67.2 สูบมานานมากกว่า 20 ปี) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจึงเป็นผู้ที่เสพยาหรืมาก จึงอาจมีผลให้การวิจัยไม่ได้ผลตามที่ต้องการได้ และร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์ในการล้มเหลวจากการเลิกบุหรืมาแล้วมากกว่า 5 ครั้งแตกต่างจากกลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาของฐิติรัตน์ (85) พบว่าจำนวนครั้งของการพยายามเลิกบุหรืยิ่งมียิ่งมีโอกาสเลิกบุหรืได้มากขึ้นและผู้ป่วยกลุ่มศึกษาร้อยละ 34.4 มีระดับการติดยาในเกณฑ์สูงซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่ติดยาในระดับสูงจะมีโอกาสเลิกบุหรืได้ยากกว่าผู้ที่ติดยาในระดับต่ำกว่า ดังนั้นการวิจัยอื่น ๆ ในอนาคตอาจคัดเลือกผู้ที่ติดยาหรืในระดับปานกลางหรืน้อยมาทำการวิจัยร่วมด้วยและมีการกระจายปัจจัยรบกวนต่าง ๆ ให้ใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

3. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาดอกขาวเพื่อเลิกบุหรื

ตารางที่ 21 แสดงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นของกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาใบหม่อนและกลุ่มศึกษาที่ได้รับยาชงหญ้าดอกขาว การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ใช้วิธีซักถามผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาชงไปหนึ่งสัปดาห์และติดตามอีกครั้งหลังจากจบระยะเวลาการรักษา โดยพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมากที่สุดได้แก่อาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ชาลิ้น ไม่รับรสอาหาร (เกิดร้อยละ 46.9 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 43.8 ในกลุ่มควบคุม) รองลงมาได้แก่อาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดร้อยละ 28.8 เท่ากันในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมซึ่งอาการนี้ทำให้ผู้ป่วยหนึ่งรายในกลุ่มศึกษาต้องขอออกจากโครงการวิจัยเนื่องจากทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ตามด้วยอาการปวดท้อง อัตราการเกิดใกล้เคียงกันคือร้อยละ 21.9 และ 18.8 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ อาการอื่น ๆ เช่น อาการเวียนศีรษะ เกิดขึ้นร้อยละ 40.6 ในกลุ่มศึกษาและเกิดร้อยละ 37.5 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งอาการเวียนศีรษะนี้อาจไม่ใช่ผลของยาที่ใช้ในการเลิกบุหรืโดยตรง เพราะผู้ป่วยที่เลิกบุหรือาจเกิดอาการถอนนิโคตินทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่กระปรี้กระเปร่า หรือ้วนนอนตอนกลางวันได้ ส่วนที่ได้มีการติดตามอาการใจสั่นเนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าในยาชงหญ้าดอกขาวในสารที่มีโพแทสเซียมเป็นองค์ประกอบอยู่ในปริมาณมาก จึงอาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้ จากผลการวิจัยกลับพบว่าอาการใจสั่นนี้เกิดในอัตราที่น้อยและเกิดในกลุ่มควบคุมมากกว่าในกลุ่มศึกษา คือร้อยละ 21.9 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 15.6 ในกลุ่มศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับรายงานถึงอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ อีก เช่น ท้องเสีย ไม่สบายท้อง ผายลมบ่อยขึ้น เป็นต้น ส่วนอาการไม่พึง

ประสงค์ที่เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ อาการไม่อยากสูบบุหรี่ อาการเหม็นกลิ่น บุหรี่เมื่อได้กลิ่นบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย ไม่อยากสูบบุหรี่ มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย รู้สึกเหม็นกลิ่น บุหรี่ สูบแล้วรู้สึกอยากอาเจียน มีอาการไอลดลง

ตารางที่ 21 อาการไม่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

อาการไม่พึงประสงค์	กลุ่มศึกษา (N=32) [ร้อยละ]	กลุ่มควบคุม (N=32) [ร้อยละ]	χ^2 / p-value
ชาลิ้น ไม่รับรสอาหาร	15 [46.9]	14 [43.8]	0.063/0.802
ปวดท้อง	7 [21.9]	6 [18.8]	0.097/0.756
คลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน	9 [28.1]	9 [28.1]	0.000/1.000
เวียนศีรษะ	13 [40.6]	12 [37.5]	0.066/0.798
ใจสั่น	5 [15.6]	7 [21.9]	0.410/0.522
ไม่อยากสูบบุหรี่	21 [65.6]	16 [50.0]	1.602/0.206
เหม็นกลิ่นบุหรี่	20 [62.5]	12 [37.5]	4.000/0.046*
อื่นๆ (ท้องเสีย ง่วงนอน)	19 [59.4]	20 [62.5]	0.066/0.798

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

จากการเปรียบเทียบอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า อาการต่าง ๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) ยกเว้นอาการเหม็นกลิ่นบุหรี่ที่พบว่าเกิดขึ้นในกลุ่มศึกษาถึงร้อยละ 62.5 แต่เกิดในกลุ่มควบคุมเพียงร้อยละ 37.5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.046$) แสดงให้เห็นว่าหญิงดอกขาวอาจไปมีผลต่อการได้รับกลิ่นที่สมอง หรืออาจมีกลไกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางทำให้ความอยากบุหรี่ยลดลงด้วย ซึ่งต้องมีการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่อไป

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้ยาดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่เมื่อเทียบกับยาหลอก

การเลิกบุหรี่นอกจากมีผลดีต่อสุขภาพแล้วยังทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ผู้ที่ติดบุหรี่มากมักเกิดอาการถอนนิโคตินมากกว่าผู้ที่ติดน้อยและนอกจากอาการถอนนิโคตินแล้วยังมีการปรับตัวทางด้านสรีระวิทยาของร่างกายให้เข้าสู่สภาพปกติเนื่องจากนิโคตินมีผลในการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงนี้จะมีผลทำให้ความเป็นอยู่ของผู้เลิกสูบบุหรี่เปลี่ยนไปจากเดิมรวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ทางด้านอารมณ์ การเรียนรู้ ความจำ การตัดสินใจ ได้แก่ อาการหงุดหงิด อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย โกรธง่าย รู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวาย กระสับกระส่าย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับตอนกลางคืน ง่วงนอนตอนกลางวัน อาการไอมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ปัญหาทางระบบขับถ่าย นอกจากนี้ในบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการเพิ่มความอยากอาหาร หิวบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งการมีน้ำหนักตัวเพิ่มนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการกลับมาสูบบุหรี่โดยเฉพาะในเพศหญิง อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก อย่างไรก็ตามอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาการวิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์ร้อน โกรธง่าย กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ขาดสมาธิจะเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังหยุดสูบบุหรี่และเกิดสูงสุดในช่วง 1-4 วันแรกและค่อย ๆ บรรเทาลงใน 2-4 สัปดาห์ สำหรับอาการหิวบุหรี่ อาการซึมเศร้าและเพิ่มความอยากอาหารอาจยังคงอยู่นานถึง 6 เดือน ดังนั้นอาการถอนนิโคตินและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เลิกบุหรี่นี้จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกบุหรี่ทั้งด้านการประกอบกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ด้านสังคมรวมทั้งด้านความเป็นอยู่ทั่วไป

การวิจัยนี้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่โดยใช้วิธีให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองและใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันในแต่ละครั้งที่นัดมาติดตามผลการเลิกบุหรี่ แบบสอบถามได้มาจากการศึกษาเรื่อง การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกบุหรี่ พ.ศ. 2546 ซึ่ง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 36 ข้อคำถาม คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกการคิดคะแนนเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความเป็นอยู่ทั่วไป (general well-being) ด้านความพึงพอใจ (satisfaction) ด้านการควบคุมตนเอง (self-control) และปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problem) ด้านละ 100 คะแนน โดยคะแนนในแต่ละด้านคำนวณจากคะแนนรวมจากทุกข้อคำถามในด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามที่มีอยู่ในด้านนั้น หากผู้ตอบมีคะแนนในด้านใดสูง หมายถึงผู้ตอบมีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านนั้น และถ้าหากมีคะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ตอบมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนทั้งหมดจะนำมาคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มและทำการประเมินทุกครั้งที่นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการเลิกบุหรี่ ทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนด

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha=0.05$ ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกับเปรียบเทียบภายในกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 22

4.1 คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทั่วไป

คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การนอน การทำงาน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การเข้าสังคม เป็นต้น จากการวิจัยนี้คำถามด้านความเป็นอยู่ทั่วไปประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนในสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ 58.29 ± 12.95 และ 58.28 ± 15.74 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.000$) และทำการประเมินคุณภาพชีวิตต่อในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทั่วไปเพิ่มขึ้นตามลำดับทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าหญ้าดอกขาวและยาหลอกส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

4.2 คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจ

คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจหมายถึงความพึงพอใจในตนเอง เช่น การมีความสุข การภูมิใจในตนเอง การนับถือตนเองและการมีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น ซึ่งความพอใจนี้จะรวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเพื่อนฝูง จากแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามด้านความพึงพอใจทั้งสิ้น 8 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในสัปดาห์ที่ 0 เท่ากับ 69.63 ± 14.38 และ 70.11 ± 12.94 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในแต่ละครั้งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัยนี้มีความพึงพอใจในตนเองในระดับที่สูงอยู่แล้ว นั่นหมายถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิต มีความเชื่อมั่นในตนเองดี ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูงอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อผู้ป่วยบางส่วนสามารถเลิกบุหรี่ได้ก็ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นและผู้ป่วยที่ใช้หญ้าดอกขาวกับยาหลอกไม่มีความแตกต่างกันในคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจ

ตารางที่ 22 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละด้านและรวมทุกด้านเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ระยะติดตามผลต่าง ๆ

ข้อมูล คุณภาพชีวิต (คะแนนเต็ม)	สัปดาห์ที่ 0 (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]			สัปดาห์ที่ 2 (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]			สัปดาห์ที่ 4 (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]			สัปดาห์ที่ 12 (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) [ค่าสูงสุด,ค่าต่ำสุด]		
	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	p ^a /t	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	p ^a /t	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	p ^a /t	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	p ^a /t
	(N=32)	(N=32)		(N=28)	(N=21)		(N=18)	(N=15)		(N=15)	(N=12)	
ความเป็นอยู่ ทั่วไป (100)	58.29±12.95 [36.11,80.56]	58.28±15.74 [29.17,94.44]	1.000 /0.00	69.64±15.70 [36.11,97.22]	68.12±14.01 [44.44,90.28]	0.723 /0.36	72.84±15.83 [34.72,90.28]	72.13±14.42 [43.06,94.44]	0.894 /0.14	76.57±13.12 [55.56,98.61]	70.37±17.57 [43.06,91.67]	0.321 /1.02
ความพึง พอใจ (100)	69.63±14.38 [43.75,100.0]	70.11±12.94 [43.75,96.88]	0.887 /-0.14	73.21±14.04 [40.63,96.88]	76.49±10.85 [56.25,93.75]	0.362 /-0.92	78.12±13.60 [46.88,100.0]	77.92±14.00 [40.63,96.88]	0.966 /0.04	77.29±16.60 [40.63,100.0]	71.35±18.69 [28.13,100.0]	0.398 /0.86
การควบคุม ตนเอง (100)	46.86±21.53 [12.50,87.50]	47.66±17.44 [18.75,87.50]	0.874 /-0.16	64.73±23.09 [25.00,100.0]	67.26±18.74 [25.00,100.0]	0.674 /-0.42	70.14±26.22 [25.00,100.0]	77.50±18.72 [25.00,100.0]	0.355 /-0.94	76.67±26.67 [18.75,100.0]	72.40±24.78 [31.25,100.0]	0.671 /0.43
ปัญหาด้าน จิตใจและ อารมณ์ (100)	64.97±18.96 [33.33,100.0]	65.23±18.07 [25.00,95.83]	0.955 /-0.05	72.92±18.44 [41.67,100.0]	82.34±15.24 [45.83,100.0]	0.056 /-1.96	78.01±15.11 [58.33,100.0]	80.83±19.08 [41.67,100.0]	0.646 /-0.47	80.28±14.90 [50.00,100.0]	74.65±17.08 [41.67,100.0]	0.378 /0.90
คะแนนรวม (400)	239.77±49.39 [157.64,344.10]	241.30±40.99 [175.69,321.88]	0.893 /-0.14	280.51±54.82 [177.78,376.74]	294.21±45.71 [206.60,367.36]	0.345 -0.95	299.11±62.19 [169.10,388.89]	308.38±52.58 [205.21,391.32]	0.646 /-0.46	310.81±57.31 [215.63,392.36]	288.77±61.90 [175.35,388.89]	0.352 /0.95

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

a = ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในแต่ละสัปดาห์

4.3 คุณภาพชีวิตด้านการควบคุมตนเอง

คุณภาพชีวิตด้านการควบคุมตนเองจะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับความคิดของผู้ป่วยต่อการเลิกบุหรี่ เช่น การกังวลว่าจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ความรู้สึกลอยากสูบบุหรี่ในช่วงที่กำลังเลิกบุหรี่ เป็นต้น จากแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามด้านความการควบคุมตนเองทั้งหมด 4 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการควบคุมตนเองต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับทั้ง 4 ด้าน คือ กลุ่มศึกษาได้คะแนนเท่ากับ 46.86 ± 21.53 คะแนน และกลุ่มควบคุมได้คะแนนเท่ากับ 47.66 ± 17.44 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อติดตามผลต่อที่สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการควบคุมตนเองของทั้งสองกลุ่มสูงขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยยังมีความกังวลและไม่แน่ใจว่าจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติเคยเลิกบุหรี่มาก่อนแต่มีสาเหตุให้ต้องกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง จึงทำให้มีคะแนนในสัปดาห์ที่ 0 ต่ำ แต่เมื่อติดตามผลในระยะต่อมาพบว่าคะแนนสูงขึ้นเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งหญ้าดอกขาวและยาหลอกมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการควบคุมตนเองของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

4.4 คุณภาพชีวิตด้านปัญหาทางจิตใจและอารมณ์

ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังพยายามเลิกบุหรี่ เนื่องจากการเลิกบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด เศร้า ซึม เบื่อ วิตกกังวลได้ ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงได้ อีกทั้งความกังวลในน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือการรับประทานอาหารที่มากขึ้นหลังจากการเลิกบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพก็เป็นปัญหาหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ จากแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ทั้งสิ้น 6 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้คะแนนก่อนเลิกบุหรี่เท่ากับ 64.97 ± 18.96 และ 65.23 ± 18.07 ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านปัญหาทางจิตใจและอารมณ์เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในแต่ละสัปดาห์ที่ติดตามผลพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ใช้หญ้าดอกขาวมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้ยาหลอก

4.5 คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นอยู่ทั่วไป ด้านความพึงพอใจ ด้านการควบคุมตนเองและด้านปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ ด้านละ 100 คะแนน รวมเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 400 คะแนน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาในแต่ละสัปดาห์ที่มีการติดตามผล และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเลิกบุหรี่ได้ ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น แต่ที่คะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอาจมีสาเหตุมาจากระยะเวลาในการติดตามผลไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนซึ่งจากการศึกษาของ Zillich (91) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่จะดีขึ้นแตกต่างจากก่อนเลิกบุหรี่ที่ระยะ 3 เดือนไปแล้ว จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาดอกขาวและยาหลอกให้ผลต่อคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

4.6 การคำนวณหาค่าความเที่ยงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนไทยที่เลิกบุหรี่

การประเมินคุณภาพชีวิตจะทำก่อนเข้าร่วมการวิจัย (สัปดาห์ที่ 0) และทุกครั้งที่นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการเลิกบุหรี่ คือสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 ค่าความเที่ยง Cronbach's Coefficient Alpha จากกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 0.810, 0.854, 0.845 และ 0.849 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทำการประเมินทุกครั้ง พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากมีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.8 ทุกครั้งที่ทำการประเมิน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ แสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	จำนวนผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถาม	ค่า Cronbach's Coefficient Alpha
1	0	64	0.810
2	2	49	0.854
3	4	33	0.845
4	12	27	0.849

5. ค่าใช้จ่ายในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่

ค่าใช้จ่ายจากการใช้ชาขงหญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่คำนวณเป็นจำนวนเงิน (บาท) จากค่าต่าง ๆ ได้แก่ ค่าวัตถุดิบในการเตรียมชาขงหญ้าดอกขาว และค่าวิเคราะห์มาตรฐานเพื่อหาปริมาณสารสำคัญที่เป็นองค์ประกอบในสมุนไพรหญ้าดอกขาว โดยใช้วิธีไทเทรชันและ HPLC ซึ่งจัดเป็นการควบคุมคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรหญ้าดอกขาวก่อนนำไปรับประทาน โดยใช้สูตรการคำนวณคือ $A \times B$

$$A = \frac{(\text{ค่าวัตถุดิบในการเตรียมชาขงหญ้าดอกขาว} + \text{ค่าใช้จ่ายการควบคุมมาตรฐาน})}{\text{จำนวนชาขงที่ผลิตได้}}$$

จำนวนชาขงที่ผลิตได้

$$B = \text{จำนวนชาขงที่ใช้ในระยะรักษา}$$

ในการวิจัยนี้ได้จัดซื้อชาขงหญ้าดอกขาวในรูปแบบสำเร็จรูป บรรจุซองละ 3 กรัม ราคาซองละ 3 บาท จาก ชมรมรักษ์สมุนไพรลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO9001:2000 GMP (Good manufacturing practice) และ HACCP (Highly active critical control point) แล้ว โดยค่าใช้จ่ายนี้ได้รวมค่าวัตถุดิบในการผลิต ค่าขนส่ง ค่าแรง ค่าอุปกรณ์ในการผลิตและค่าใช้จ่ายในการควบคุมมาตรฐานไว้เรียบร้อยแล้ว ชาขงที่ผู้ป่วยใช้ในระยะเวลารักษาคือวันละ 3 ซอง นาน 14 วัน คิดเป็นจำนวนชาขงที่ใช้ในระยะเวลารักษาทั้งหมดเท่ากับ $3 \times 14 = 42$ ซอง

ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ = $3 \times 42 = 126$ บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อวันได้เท่ากับ $126/14 = 9$ บาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับยาเลิกบุหรี่ชนิดอื่น เช่น บูโพรพิออนมีค่าใช้จ่ายต่อวันประมาณ 80 บาท หรือการใช้นิโคตินทดแทน (รูปแบบหมากฝรั่งและแผ่นปิดผิวหนัง) ที่มีค่าใช้จ่ายต่อวันประมาณ 90-120 บาทแล้ว นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าถึงประมาณ 10 เท่า แต่ค่าใช้จ่ายของการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นในการวิจัยนี้ขึ้นกับจำนวนที่ผลิตต่อครั้งด้วย เนื่องจากถ้ามีการผลิตต่อครั้งจำนวนมาก ราคาต้นทุนก็จะต่ำลง (ค่าวิเคราะห์มาตรฐานต่อ Lot การผลิตลดลง) ซึ่งสถานที่ที่ผู้วิจัยได้จัดซื้อชาขงหญ้าดอกขาวนี้มีการผลิตในระดับอุตสาหกรรมอยู่ก่อนแล้ว ต้นทุนในการผลิตจึงต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนการใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่ในระดับอุตสาหกรรมต่อไป เพื่อให้เป็นทางเลือกใหม่ของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่แต่ไม่มีกำลังทรัพย์เพียงพอและเป็นการสนับสนุนภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทยอีกทางหนึ่งด้วย

สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของชาหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบกับยาหลอก (ชาใบหม่อน) ศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ชาหญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ใช้ชาหญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่กับยาหลอกและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายจากการใช้ชาหญ้าดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่ โดยทำการเก็บข้อมูลที่สถาบันวิจัยรณรงค์ จังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 31 พฤษภาคม 2549 มีผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 68 คน ตัดออกจากการวิจัยกลุ่มละ 2 คนเนื่องจากไม่รับประทานชาตามข้อกำหนด คงเหลือผู้ป่วยกลุ่มละ 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คนโดยวิธี randomization ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาคือ 2 สัปดาห์และติดตามผลการเลิกบุหรี่ทั้งสิ้น 4 เดือน กำหนดวันเลิกบุหรี่คือวันที่ 8 ของการรับประทานชา ผู้ป่วยจะพบผู้วิจัยทั้งหมด 4 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 0 (ครั้งแรกก่อนเข้าร่วมการวิจัย) สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 โดยในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 16 จะติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจสมรรถภาพตับ ตรวจการทำงานของไต และตรวจน้ำตาลในเลือด (ที่สัปดาห์ที่ 0 จะเอ็กซเรย์ปอดเพื่อดูสภาพปอดและหัวใจด้วย) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยจะมีการตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดอัตราการเต้นของหัวใจและทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินประสิทธิผลคำนวณแบบ Intention to treat analysis โดยผู้ป่วยที่สูญหายจากการวิจัยจะจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เกณฑ์ในการประเมินผลว่าผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้แบ่งเป็น 2 เกณฑ์คือ สูบหรื้น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน และไม่สูบบุหรี่เลย อัตราการเลิกบุหรี่จะแสดงเป็น 2 แบบคือ อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่วันที่กำหนดเลิกบุหรี่ (CAR) และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยทั้งหมด 64 คน เป็นเพศชายร้อยละ 89.1 เพศหญิงร้อยละ 10.9 ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากกลุ่มศึกษามีแต่เพศชายเท่านั้น ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 40.92 ± 11.51 ปี และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.4) อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.5) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยร้อยละ 68.8 แต่งงานแล้วและร้อยละ 34.4 จบ

การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างและทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 31.3 และ 29.7 ตามลำดับ ร้อยละ 59.4 ของผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 64.1 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวตามโอกาส

2. จากประวัติการสูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 17.13 ± 3.33 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.9) เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 19.13 ± 10.38 มวน และมีระยะเวลาที่สูบเฉลี่ยเท่ากับ 23.62 ± 10.63 ปี โดยร้อยละ 39.1 สูบมานาน 20-29 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 57.8 เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ระยะเวลาเฉลี่ยที่เลิกได้คือ 41.42 ± 74.61 วัน (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 วัน) โดยจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ ≥ 5 ครั้งมีมากกว่ากลุ่มศึกษาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) และจากการศึกษาของจิตติรัตน์(85) พบว่าจำนวนครั้งของการพยายามเลิกบุหรี่ยังคงมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการติดนิโคตินจากแบบทดสอบ Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) เท่ากับ 5.31 ± 2.11 โดยร้อยละ 57.4 ติดนิโคตินระดับปานกลาง (คือมีระดับคะแนน FTND ในช่วง 4-6) และจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่มีระดับคะแนนการติดนิโคตินจากแบบทดสอบ FTND ≥ 7 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.019$) ร้อยละ 96.9 มีความต้องการเลิกบุหรี่ในระดับ preparation และเหตุผลที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่มีสาเหตุจากทางด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งกลุ่มศึกษามีคะแนนสาเหตุการติดนิโคตินสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ± 1.08 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ± 0.96 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน; $p=0.031$) ซึ่งอาจส่งผลต่อการวิจัยได้เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดนิโคตินสูงจะเลิกบุหรี่ได้ยากกว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70.3 เคยเลิกบุหรี่โดยวิธีการเลิกด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 24.9 เท่านั้นที่เคยได้รับยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มาก่อนและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการอยากสูบบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 43.7) รองลงมาคือสาเหตุจากความเครียดและอาการหงุดหงิด (ร้อยละ 32.8 และ 26.6 ตามลำดับ)

3. การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดปกติค่อนข้างไปทางต่ำ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด สมรรถภาพตับและการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลังรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นค่า ALP ในกลุ่มศึกษาพบว่าลดลงแตกต่างจากก่อนรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่หญิงสาวออกขาวมีการใช้ทางแพทย์พื้นบ้านในการรักษาโรคตับได้ เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าหญิงสาวออกขาวมีความปลอดภัยในการใช้ติดต่อกันที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์

4. ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นหัวใจของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยพบว่ากลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิต systolic ที่สัปดาห์ที่ 2 ลดลงจากก่อนรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ขาใบหมอนมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต ส่วนกลุ่มศึกษามีระดับความดัน diastolic ที่สัปดาห์ที่ 4 ลดลงจากก่อนรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และอัตราการเต้นหัวใจในสัปดาห์ที่ 2 ลดลงจากก่อนเข้าร่วมวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากฤทธิ์ในการขับปัสสาวะและลดความดันของหญ้าดอกขาว

5. ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนเลิกบุหรือย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกสัปดาห์ที่มีการติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุมมีเฉพาะในสัปดาห์ที่ 4 เท่านั้นที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มศึกษามีอัตราส่วนของผู้ที่เลิกบุหรืได้มากกว่า และผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรืได้จะมีการรับรสชาติของอาหารดีขึ้นทำให้รับประทานได้มากขึ้น การเมแทบอลิซึมลดลง น้ำหนักตัวจึงเพิ่มขึ้น

6. ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละ 81.3 ในกลุ่มศึกษาและร้อยละ 68.8 ในกลุ่มควบคุม รับประทานยาขงมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนที่ต้องทานทั้งหมด

7. อัตราการเลิกบุหรืตามเกณฑ์การประเมินผลเลิกบุหรืคือสูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน พบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการเลิกบุหรือย่างต่อเนื่อง (CAR) และอัตราการเลิกบุหรืตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR) สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกครั้งที่มีการติดตามผลการเลิกบุหรื เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่ามีเพียงสัปดาห์ที่ 2 (หลังจากสิ้นสุดระยะรักษา) เท่านั้นที่กลุ่มศึกษาจะมีอัตราการเลิกบุหรือย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรืตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัตราการเลิกบุหรืที่สัปดาห์ที่ 2 เป็นร้อยละ 75.0 และ 50.0 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ $p=0.039$, OR 3.00, 95% CI 1.04-8.65) ส่วนที่เกณฑ์ไม่สูบบุหรืเลย พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรือย่างต่อเนื่อง (CAR) และอัตราการเลิกบุหรืตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PAR) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้งที่มีการติดตามผลการเลิกบุหรื ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจาก ระยะเวลาที่ใช้รักษาสั้นเกินไป กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวนน้อยเกินไป หญ้าดอกขาวไม่มีผลลดอาการอยากบุหรื (craving) หรือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ติดบุหรืค่อนข้างสูงคือปริมาณบุหรืเฉลี่ยที่สูบต่อวันสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคนไทยถึงเกือบ 1 เท่าตัว (กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรืเฉลี่ย 19.13 มวน ค่าเฉลี่ยของคนไทยเท่ากับ 10.4 มวนต่อวัน) และร้อยละ 67.2 สูบบุหรืมานานมากกว่า 20 ปี แต่ผลการศึกษานี้พบว่าอัตราการเลิกบุหรืของกลุ่มศึกษาจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาการติดตามผล ดังนั้นผลของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรืจึงมีความสำคัญทางคลินิกในการนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางการรักษาผู้เสพยาหรืต่อไป

8. อัตราการเลิกบุหรี่โดยการประเมินผลจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะพบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกครั้งที่มีการติดตามผล โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 2 (หลังจากจบระยะรักษา) พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษาจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 75.0 และ 43.7 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามลำดับ $p=0.011$, OR 3.86, 95% CI 1.33-11.16) เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะกับการรายงานผลโดยตัวผู้ป่วยพบว่า การตรวจโคตินินมีความสัมพันธ์กับการรายงานผลโดยตัวผู้ป่วยเองในเกณฑ์การเลิกบุหรี่คือสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวันมากกว่าเกณฑ์ไม่สูบบุหรี่เลย ดังนั้นผลการรายงานจากตัวผู้ป่วยตามเกณฑ์การประเมินคือสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวันน่าจะเชื่อถือได้กับการตรวจโคตินินในปัสสาวะมากกว่าผลการรายงานจากตัวผู้ป่วยว่าไม่สูบบุหรี่เลย แสดงให้เห็นว่าการวิจัยต่อ ๆ ไป อาจจำเป็นต้องหาสารมาตรฐานทำการวิเคราะห์หาปริมาณโคตินินในปัสสาวะเพื่อให้ได้ผลที่สอดคล้องกับการรายงานจากตัวผู้ป่วยว่าไม่สูบบุหรี่เลยมากยิ่งขึ้น

9. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ ชาลิ้น ไม่รับรสอาหาร รongลงมาได้แก่อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและใจสั่น ตามลำดับ ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุให้สามารถเลิกบุหรี่ได้พบว่าอาการเหมือนกลืนบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อาการไม่อยากสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา และทั้งสองกลุ่มไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงจนเป็นอันตรายเกิดขึ้น

10. จากการประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันทุกสัปดาห์ที่มีการประเมินผล อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการติดตามผลไม่เพียงพอซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นโดยลำดับ แสดงให้เห็นว่าการเลิกบุหรี่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ และเมื่อวัดค่าความเที่ยงจากแบบสอบถามพบว่าค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดีทุกครั้งที่มีการติดตามผล

11. ค่าใช้จ่ายการใช้ยาดอกขาวเพื่อเลิกบุหรี่เฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 9 บาท ซึ่งน้อยกว่าบุหรี่นิโคตินหรือการใช้นิโคตินทดแทนถึงเกือบ 10 เท่า จึงควรมีการสนับสนุนให้ผลิตในระดับอุตสาหกรรมและใช้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่แต่กำลังทรัพย์ไม่เพียงพอต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. มีผู้ป่วยที่สูญหายจากการวิจัยค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มาติดตามผลการเลิกบุหรี่ด้วยการตรวจโคตินินในปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 12 นั้นมีเพียง 27 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 64 คน

คิดเป็นสูญเสียไปร้อยละ 57.8 ซึ่งจำนวนที่จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามผลนี้จะประเมินว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งอาจเป็นการประเมินที่ไม่ถูกต้องทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ต่ำกว่าความเป็นจริง

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มที่ติดบุหรี่ค่อนข้างสูง เป็นอาสาสมัครสุขภาพดีเท่านั้น ทำให้ไม่เป็นตัวแทนที่ดีของคนที่สูบบุหรี่ในประเทศไทยได้ และผู้ป่วยที่ติดนิโคตินในระดับสูงจะเลิกบุหรี่ได้ยากกว่า

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถเห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมได้ ทั้งที่แนวโน้มอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยตลอดทุกครั้งที่มีการติดตามผลการเลิกบุหรี่

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาสั้นเกินไป เนื่องจากขาดข้อมูลเรื่องความเป็นพิษของการใช้ยาดอกขาวในทางคลินิกจึงได้กำหนดระยะเวลาในการรับประทานยาเพียง 2 สัปดาห์ตามการศึกษาก่อนหน้านี้เท่านั้น ซึ่งโดยปกติแล้วในเวชปฏิบัติการใช้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (บูโพรพิออน และการให้นิโคตินทดแทน) ต้องใช้ระยะเวลา 7-12 สัปดาห์ เพราะการเลิกบุหรี่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย อัตราการเลิกบุหรี่จึงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามที่คาดหวังไว้

5. รูปแบบที่ใช้และวิธีการรับประทานไม่เหมาะสม เนื่องจากต้องรับประทานวันละหลายครั้ง และวิธีการรับประทานต้องใช้น้ำร้อนเพื่อชงยาทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถรับประทานได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาถึงความปลอดภัยของการใช้ยาดอกขาวในระยะยาวก่อนที่จะสามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษาให้นานขึ้นและสามารถมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้

2. ควรศึกษาถึงสารสำคัญในการออกฤทธิ์เพื่อที่จะได้ทราบถึงกลไกในการรักษาที่แน่นอนและสามารถนำมาพัฒนาวิธีการให้ยาได้

3. ควรพัฒนารูปแบบในการใช้ยาให้มีความสะดวกในการรับประทานมากขึ้น เช่น ยาน้ำสำเร็จรูปหรือแคปซูล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้อย่างสม่ำเสมอและได้ผลในการรักษา

4. การตรวจโคตินินในปัสสาวะควรมีสารมาตรฐานเพื่อให้ทราบถึงปริมาณของโคตินินที่แน่นอนและสามารถประเมินผลการเลิกบุหรี่ได้อย่างแม่นยำ

5. ควรมีการติดตามผลการเลิกบุหรี่ที่ระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปีเพื่อให้เป็นมาตรฐานสากล

6. มีผู้ป่วยที่สูญเสียไปจากการวิจัยจำนวนมากเนื่องจากการติดตามผลการเลิกบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ต้องการจะได้รับการช่วยเหลือ เมื่อไม่ได้ช่วยเหลือ

ผู้ป่วยจึงไม่อยากมาตามนัด ดังนั้นในการวิจัยต่อ ๆ ไปควรมีมาตรการในการติดตามผู้ป่วย เช่นการติดตามผลที่บ้าน การให้ยาหลอกในระยะติดตามผลการเลิกบุหรี่ต่อจากชาชงหญ้าดอกขาวหรือชาใบหม่อน หรือมีแรงจูงใจอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมาติดตามผลการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

7. จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่น้อยเกินไปเป็นสาเหตุให้ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ดังนั้นในการศึกษาต่อไปในอนาคตควรต้องเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้นและทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. [อ้างอิง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2548] จาก:
http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/113.pdf
2. Kennedy, D.T., Chang, Z.G. Smoking Cessation. In Herfindal ET, Gourley DR, eds.
Textbook of Therapeutics Drug and Disease Management. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkin , 2000:1343-56
3. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ความสูญเสียจากการสูบบุหรี่. [อ้างอิง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2548] จาก:
http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/74.pdf
4. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. สถานการณ์และแนวโน้มทั่วโลก. [อ้างอิง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2548] จาก:
<http://www.ashthailand.or.th/th/informationcenter.php?act=detail&id=1>
5. Ferry ,L.H., eds. Nicotine Dependence: America's drug of choice. [cited 2005 July10]
Available from: <http://www.findhelp.com>
6. ประกิจ วาทีสาธกิจ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2547-วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อ้างอิง 5 กรกฎาคม 2548].
สืบค้นจาก: http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/120.doc
7. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. แนวโน้มเรื่องบุหรี่ในอนาคต. [อ้างอิง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2548] จาก:
<http://www.ashthailand.or.th/th/informationcenter.php?act=detail&id=2>
8. ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, คทา บัณฑิตานุกูล. ข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับคลินิกอดบุหรี่ในประเทศไทย [เอกสารเผยแพร่]. เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2548
9. สุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุษบา จินดาวิจักขณ์, สุวัฒนา จุฬารัตนพล, ปรีชา มณฑานติกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริบาลผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2546. หน้า 153-74
10. Prochazka, A. New Developments in Smoking Cessation. Chest, 2000:169S-174S

11. U.S. Department of Health and Human Services. Treating tobacco use and dependence: A clinical practice guideline (AHRQ Publication No.00-0032)
12. Saenghirunvattana, S. Smoking Cessation. Rama Med J,1999;22(1):4-10
13. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือบัญชียาหลัก โรงพยาบาลศิริราช[อัดสำเนา]. กรุงเทพมหานคร:ฝ่ายเภสัชกรรม , โรงพยาบาลศิริราช,2548.
14. นริศรา เข้มทรัพย์. หญ้าดอกขาว อีกทางเลือกหนึ่งของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. จุลสารบุหรี่และสุขภาพ,2541;8(1):15-16
15. ศักดิ์วิชา ไชสวัสดิ์, มนัชยา มรรคอนันตโชติ. การศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดบุหรี่ด้วยการใช้หญ้าดอกขาวและธรรมชาติบำบัด ของ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี, 2539
16. ชมรมรักยัสมนไพรลำปาง.ข้อมูลผลิตภัณฑ์สมนไพร. [อ้างอิง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2548].จาก <http://www.herblpg.com>.
17. West, R., Hajek, P., Stead, L. and Stapleton, J. Outcome criteria in Smoking Cessation trial:proposal for a common standard. Addiction,2005;100:299-303
18. นารัต เกษตรพัฑ.การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา.ใน นารัตเกษตรพัฑ (บรรณาธิการ), คู่มือการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา.กรุงเทพมหานคร: คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545. หน้า11-22
19. Coom ,S.J. Health Outcome and Quality of Life. In: Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G., Posey, L.M., eds. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. 5th ed. New York(NY): McGraw-Hill Companies, 2002
20. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจ, เรวดี ธรรมอุปกรณ, จูติพร นาคทวน.การสร้างและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในคนไทยที่เลิกบุหรี่. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์.2548;19(1). หน้า 49-73
21. Miller, J., Snow, E.K., Litvak, K., editors. AHFS drug information 2003. Bethesda : American society of health-system pharmacists., 2003.
22. Henningfield, J.E. Nicotine Medication for Smoking Cessation. N Engl J Med ,1995 ;333 (18):1196-1203
23. Henningfield, J.E., Schuh, L.M., Jarvik, M.E. Pathophysiology of tobacco dependence.In: Bloom, F.E., Kupfer, D.J., eds. Psychopharmacology: the fourth generation of progress. New York: Raven Press, 1995.

24. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General, 1988. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1988. (DHHS publication no.(CDC) 88-8406.)
25. Hughes, J.R., Higgins, S.T., Hatsukami, D. Effects of abstinence from tobacco. In: Kozlowski, L.T., Annis, H.M., Cappell, H.D., et al, eds. Research advances in alcohol and drug problems. New York: Plenum Press, 1990:317-98.
26. Hughes, J.R., et al. Smoking cessation among selfquitters. Health Psychol 1992;11:331-4.
27. Kottke, T.E., Brekke, M.L., Solberg, L.I. and Hughes, J.R. A randomized trial to increase smoking intervention by physicians: doctors helping smokers, round 1. JAMA , 1989;261:2101-6.
28. Hughes, J.R. Pharmacotherapy for smoking cessation: unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research. J Consult Clin Psychol ,1993;61:751-60.
29. Haxby, D.G. Treatment of nicotine dependence. Am J Health-system Pharm,1995;52:265-81
30. Piasecki, M., Newhouse, P.A. Nicotine in psychiatry:Psychopathology and emerging therapeutics. Washington DC: American Psychiatric press.2000
31. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, สุรกิจ นาทีสุวรรณ, ปรีชา มณฑานติกุล. แนวทางการเลิกบุหรี่อิงหลักฐานทางวิชาการสำหรับเภสัชกร.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการให้บริการเลิกบุหรี่รวมถึงยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง; 9 กรกฎาคม 2548; สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.พิษณุโลก:เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ,2548
32. Health Education Authority of UK. Smoking cessation guideline for health professional: An update. Thorax,2000;55:987-99
33. Silagy, C., Stead, L.F. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev , 2001;(2):CD000165
34. Henningfield, J.E., Fant, R.V., Buchhalter, A.R.and Stitzer, M.L. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. A Cancer Journal for Clinicians,2005;55:281-99
35. Henningfield, J.E. Nicotine medications for smoking cessation. N Engl J Med ,1995; 333:1196–1203.
36. Benowitz, N.L. Nicotine replacement therapy. What has been accomplished– can we do better?. Drugs,1993;45:157–170.

37. ศุภกิจ วงศ์วัฒนุกิจ. ประสิทธิภาพของหมากฝรั่งในการเลิกบุหรี่.เอกสารโครงการ
เสวนาการวิจัยและพัฒนาหมากฝรั่งเพื่อใช้เลิกบุหรี่ ครั้งที่ 1; 7 สิงหาคม 2549; โรงแรม
 เอเชีย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการ
 บริโภคยาสูบ, 2549.
38. Karnath, B. Review Smoking Cessation. The American J of Medicine, 2002; 112: 399-404
39. Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant ,D. and Fowler, G. Nicotine replacement therapy
 for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev ,2002;(4): CD000146.
40. Herrera, N., et al. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind
 placebo-controlled trial within a behavior modification support program. Chest,
 1995;108:447–451.
41. Tonnesen, P., et al. Two and four mg nicotine chewing gum and group counselling in
 smoking cessation: an open, randomized, controlled trial with a 22 month follow-up.
Addict Behav ,1988;13:17–27.
42. Fiore, M.C., et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline.
 Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
 Jun ,2000.
43. Richmond, R., Zwar, N. Review of bupropion for smoking cessation. Drug Alcohol Rev ,
 2003;22:203–20.
44. Hughes, J.R., Stead, L.F., Lancaster, T. Antidepressants for smoking cessation. In: The
 Cochrane Library, Issue 4.Chichester, UK: Wiley, 2004.
45. Jorenby, D.E., et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or
 both for smoking cessation. N Engl J Med ,1999;340: 685–91.
46. Committee on Safety of Medicines and the Medicines Control Agency. Zyban (bupropion
 [amfebutamone]) safety reminder. Curr Probl Pharmacovigilance February, 2001.
47. Tonstad ,S., et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular
 disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J, 2003;24: 946–55.
48. GlaxoSmithKline. Zyban (Bupropion hydrochloride) summary of product characteristics:
 GlaxoSmithKline, 2001.
49. Prochazka, A.V., Weaver, M.J., Keller, R.T., Fryer, G.E., Licari, P.A., Lofaso, D.A.
 randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. Arch Intern Med ,
 1998;158:2035–9.

50. Hall, S.M., Humfleet, G.L., Reus, V.I., Munoz, R.F., Cullen, J. Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. Am J Psychiatry ,2004; 161:2100–7.
51. McRobbie, H., Lee, M., Juniper, Z. Non-nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. Respiratory Medicine,2005;99:1203-12
52. Gourlay, S.G., Stead, L.F., Benowitz, N.L. Clonidine for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: Wiley, 2000.
53. Cohen, C., Perrault, G., Voltz, C., et al. SR141716- a central cannabinoid (CB(1)) receptor antagonist, blocks the motivational and dopamine-releasing effects of nicotine in rats. Behav Pharmacol, 2002; 13:451– 463.
54. Tonstad, S. Rimonabant: A cannabinoid receptor blocker for the treatment of metabolic and cardiovascular risk factors. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease ,2006;16:156-62
55. Anthenelli, R., Dale, L. Rimonabant helps cigarette smokers stop smoking and prevents post cessation weight gain: results from the STRATUS-US trial. In: Final Program and Abstracts of 6th Annual Conference of the SRNT Europe; Tubingen, Germany, 2004. p. 35.
56. Foulds, J., Burke, M., Steinberg, M., Williams, J.M., Ziedonis, D.M. Advances in pharmacotherapy for tobacco dependence. Expert Opin Emerg Drugs, 2004; 9: 39–53.
57. ภาควิชาเภสัชพิษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. สมุนไพรพื้นบ้าน(5). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ประชาชน จำกัด, 2543.หน้า 72-74
58. Forest & Kim Starr. Plant of Hawaii. 2002 [cite 2006 May 10]. Available from:http://www.hear.org/starr/hiplants/images/hires/html/starr_000919_8020_vernonia_cinerea.htm
59. Husian, A., Virmani, O.P., Popli, S.P., Misra, L.N., Gupta, M.M., Abraham, Z. and Singh, A.K. Dictionary of Indian Medical Plants. Lucknow, 1992:486
60. NAPRALERT(2002) a Natural Products ALERT database. The United States of America: The University of Illinois at Chicago.
61. Shukla, Y.N., Mamta, T. Some chemical constituents from *Vernonia cinerea*. Indian drugs , 1995;32(3):132-3

62. สรศักดิ์ เหลี้ยวไชยพันธุ์.2528. การศึกษาทางพิษเคมีของต้นหมอน้อย.วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต.สาขาวิชาเภสัชเวท.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
ภาควิชาเภสัชเวท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
63. Jeffrey, B., Harborne, F.R. Photochemical dictionary.2nd ed.UK.Taylor&Francis Ltd, 1999
64. Iwalewa, E.O., Iwalewa, O.J., Adeboye, J.O. Analgesic, antipyretic, anti-inflammatory
effects of methanol, chloroform and ether extract of *Vernonia cinerea* less leaf. J of
Ethnopharmacology,2003;86:229-34
65. Sweetman, S.C., editor. Martindale. 33rd ed. London: Pharmaceutical Press, 2002
66. Lacy, C.F., Armstrong, L.L., Goldman, M.P., Lance, L.L. Drugs Information Handbook.12th
ed. Ohio: Lexi-Comp, 2005
67. Dhar, M.L., Dhar, M.M., Dhawan, B.N., Mehrotra, B.N., Ray, C. Screening of Indian plants
for biological activity: Part I. Indian J Exp Biol,1968;6:232-47
68. Muir, C.K. Depressant action of an extract of *Vernonia cinerea*. Med J Malays,1981;36:119-
21
69. Pendse, A.K., Ghosh, R., Goyal, A., Singh, P.P. Effect of indigenous drugs on idiopathic
hyperoxaluria in stone formers. Asian Medical Journal,1984;2:136-9
70. Soedigdo, S., Manjang, J., Cholies, N., Soedigdo, P.. Studies on the chemistry and
pharmacology of some Indonesian medicinal plants. 4th Asian Symp Med Plants Spices.
Bangkok, Thailand, September15-19,1980:112
71. Chen, C.P., Lin, C.C., Namba, T. Screening of Taiwanese crude drugs for antibacterial
activity against *Streptococcus mutans*. J Ethnopharmacol,1989;27(3):285-95
72. Kaij, A.K., Amoros, M., Girre, L. Search for new antiviral agents of plant origin. Pharm Acta
Helv,1992;67:130-47
73. Venkitaraman, S., Radhakrishnan, N. Hypotensive action of *Verninia cinerea* preliminary
study. Indian J Physiol Pharmacol,1972;16:263
74. Simonsen, H.T.,et al. In vitro screening of Indian medicinal plants for antiplasmodal activity.
J Ethnopharmacol,2001;74:195-204
75. Chen, C.P., Lin, C.C., Namba, T. Development of natural crude drug resource from
Taiwan.(VI) In vitro studies of the inhibitory effect on 12 microorganisms. Shoyakugaku
Zasshi,1987;41(3):215-25

76. Mishra, A.K., Dubey, N.K., Mishra, L. A fungitoxic principle from the leaves of prunus persica. Pharm Pharmacol Lett,1993;2(6):203-206
77. Adeboy, J.O., Asije, W., Awe, S.O. Diuretic and antidiuretic activity of the leaf extracts of Vernonia cinerea. Phytother Res,1997;11(6):454-6
78. Kumar, S., Bagchi, G.D., Darokar, M.P. Antibacterial activity observed in the seeds of some corprophilous plant. Int J Pharmacog,1997;35(3):179-84
79. Vijayalakshimi, K., Mishira, S.D., Prasad, S.K. Nematicidal properties of some indigenous plat materials against second stage juveniles of Meloidogyne incognata chitwood. Indian J Entomol,1979;41(4):326-31
80. Marya, S.K., Singla, S. Role of Cystone in management of ureteric calculi. Medicine and Surgery,1993;December,21.
81. Kakade, S.R. Cystone therapy in urolithiasis. Probe,1985;24(3):167-8
82. ชมรมรักษาสุมไพรล่ำปาง.ข้อมูลผลิตภัณฑ์สมุนไพร.[อ้างอิง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2548].จาก <http://www.herblpg.com/thai/herb28.html>
83. กิตติกา กาณจนรัตน์กร.การพิจารณาขนาดตัวอย่างและกำลังของการทดสอบ.ใน: ชีระพร วุฒยวนิช, นิमित มรกต, กิตติกา กาณจนรัตน์กร, บรรณาธิการ.วิจัยทางการแพทย์.กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.หน้า 185-203
84. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2547.[อ้างอิง 12 กรกฎาคม 2549] สืบค้น จาก www.nso.go.th
85. จูติรัตน์ ช่อจิตต์. 2547.ประสิทธิภาพของสมุนไพรพืชน้ำในผู้ป่วยนอกคนไทยที่เลิกบุหรี่.สาขาวิชา เกษตรกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ภาควิชาเกษตรกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
86. Munafo, M., Bradburn, M., Bowes, L., David, S. Are there sex differences in transdermal nicotine replacement therapy patch efficacy? A meta-analysis. Nicotine Tob Res, 2004 Oct; 6(5):769-76
87. Chatkin, J.M., Abreu, C.M., Blanco, D.C., Tonietto, R., Scaglia, N., Wagner, M.B. No gender differences in effectiveness of smoking cessation treatment in a Brazilian real-life setting. Int J Tuberc Lung Dis,2006 May; 10(5):499-503

88. Lerman, C., Kaufmann, V., Rukstalis, M., Patterson, F., Perkins, K., Audrain-McGovern, J. Individualizing nicotine replacement therapy for the treatment of tobacco dependence: a randomized trial. Ann Intern Med, 2004 Mar; 140(6):426-33
89. Aubin, H.J., Lebargy, F., Berlin, I., Bidaut-Mazel, C., Chemali-Hudry, J., Lagrue, G. Efficacy of bupropion and predictors of successful outcome in a sample of French smoker: a randomized placebo-controlled trial. Addiction, 2004 Sep; 99(9):1206-18
90. Ionescu, T.C., Popa, E., Mirodon, Z., Simionescu, M., Mincu, I. Effect of A mixture of plants on the metabolic equilibrium in patients with diabetes mellitus type 2. Rev Med Internal, 1989; 41(2): 185-192
91. Zillich, A.J., Ryan, M., Adams, A., Yeager, B., Farris, K. Effectiveness of pharmacist-based smoking cessation program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy, 2002; 22(6):759-65





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่

คำชี้แจง

คำถามเหล่านี้เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่และความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำถามเหล่านี้ไม่มีถูกหรือผิด โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดย ☐ ส้อมรอบหมายเลขคำตอบตามความเป็นจริงที่ใกล้เคียงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

วันที่ประเมิน	ภาวะการสูบบุหรี่ ☐ สูบ ☐ เลิกบุหรี่.....สัปดาห์/เดือน
ชื่อผู้ประเมิน	HN เลขที่

1. ข้อใดตรงกับความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตประจำวันของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา?

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
1. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงมาก เช่น เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมากๆ ยกของหนักๆ	1	2	3	4	5
2. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานที่ต้องใช้แรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ รดน้ำต้นไม้ ซักผ้าด้วยตัวเอง 8-10 ชิ้น	1	2	3	4	5
3. ฉันเหนื่อยง่ายเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน	1	2	3	4	5
4. เมื่อเข้านอนตอนกลางคืน ฉันมักนอนหลับยาก	1	2	3	4	5
5. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	1	2	3	4	5
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1	2	3	4	5
7. ฉันรู้สึกโกรธง่าย	1	2	3	4	5
8. ฉันรู้สึกว่าอารมณ์แปรปรวนง่าย	1	2	3	4	5
9. ฉันรู้สึกเศร้าซึม	1	2	3	4	5
10. ฉันรู้สึกตึงเครียด	1	2	3	4	5
11. ฉันรู้สึกท้อแท้และหมดหัวใจ	1	2	3	4	5
12. ฉันรู้สึกแข็งและเปื้อน	1	2	3	4	5
13. ฉันรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	1	2	3	4	5
โปรดพลิกหน้าถัดไป ➡					

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่
 ภาณุ.จิตติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรม
 คลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์
 02-2188408, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
14. ฉันรู้สึกเหนื่อยใจ	1	2	3	4	5
15. ฉันชอบอยู่ตามลำพัง ไม่อยากพบผู้คน	1	2	3	4	5
16. ฉันหลีกเลี่ยงการไปร่วมงานสังคมหรือสังสรรค์	1	2	3	4	5
17. ฉันมีอาการมึนงงหรือเวียนศีรษะ	1	2	3	4	5
18. ฉันมีอาการอ่อนเพลีย	1	2	3	4	5
19. ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า	1	2	3	4	5
20. ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุขคนหนึ่ง	1	2	3	4	5
21. ฉันรู้สึกหิวหรือเป็นอันมาก	1	2	3	4	5
22. ฉันรู้สึกหิวจนคิดถึงการสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
23. ฉันรู้สึกทรมานใจจากการที่ฉันอยากสูบบุหรี่แต่ไม่ได้สูบ	1	2	3	4	5
24. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เหนื่อย วิตกกังวลหรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับครอบครัว	1	2	3	4	5
25. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เหนื่อย วิตกกังวลหรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับเพื่อนฝูง	1	2	3	4	5

2. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด?

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
26. ฉันวิตกกังวลว่าอาจจะเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ	1	2	3	4	5
27. ฉันวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากการเลิกบุหรี่	1	2	3	4	5
28. ฉันวิตกกังวลว่าการรับประทานอาหารที่เพิ่มขึ้นหลังจากการเลิกบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ	1	2	3	4	5
โปรดพลิกหน้าถัดไป ➡					

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งส่วนใดของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่
 ภาณุ จิตติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปกรณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรม
 คลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์
 02-2188408, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
29. ฉันรู้สึกว่าคุณค่าสำหรับครอบครัว	1	2	3	4	5
30. ฉันรู้สึกภูมิใจในตนเอง	1	2	3	4	5
31. ฉันรู้สึกนับถือตนเอง	1	2	3	4	5
32. ฉันมีความเชื่อมั่นในตนเอง	1	2	3	4	5
33. ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับสมาชิกในครอบครัว	1	2	3	4	5
34. ฉันพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับเพื่อนฝูง	1	2	3	4	5
35. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เหนื่อย วิตกกังวลหรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับครอบครัว	1	2	3	4	5
36. ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ (เช่น หงุดหงิด เศร้าซึม เครียด เหนื่อย วิตกกังวลหรืออื่นๆ) มีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆตามปกติที่ฉันทำร่วมกับเพื่อนฝูง	1	2	3	4	5

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ😊

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สงวนสิทธิ์การใช้แบบสอบถาม: กรณีท่านต้องการนำส่วนหนึ่งของแบบสอบถามไปใช้โปรดติดต่อได้ที่
ภญ.จิตติพร นาคทวน, รศ.เรวดี ธรรมอุปการณ์, ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรม
คลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์
02-2188408, E-mail: supakit.w@chula.ac.th

ภาคผนวก ข

วันที่บันทึก.....

ลำดับที่.....

แบบทดสอบระดับการติดสารนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน

☐ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0)☐ 11 – 20 มวน (1)☐ 21 – 30 มวน (2)☐ 31 มวนขึ้นไป (3)

2. หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร

☐ ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน (3)☐ 6 -30 นาที หลังตื่นนอน (2)☐ 31 – 60 นาที หลังตื่นนอน (1)☐ มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน (0)

3. ท่านสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าเวลาอื่นของวัน)

☐ ใช่ (1)☐ ไม่ใช่ (0)

4. บุหรี่มวนไหนที่ท่านคิดว่าเลิกยากที่สุด

☐ มวนแรกในตอนเช้า (1)☐ มวนอื่น ใดๆ ระหว่างวัน (0)

5. ท่านรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจใหม่ ที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร

☐ รู้สึก (1)☐ ไม่รู้สึก (0)

6. ท่านคิดว่าท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

☐ ใช่ (1)☐ ไม่ใช่ (0)

รวมคะแนน.....

- ระดับคะแนน 1-3 บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการติดสารนิโคตินในระดับต่ำ
 - ระดับคะแนน 4-6 บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง
 - ระดับคะแนน ≥ 7 บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการติดสารนิโคตินในระดับสูง
- เอกสารอ้างอิง**

1. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน บุญบา จินดาวิจักษ์, สุวัฒนา จุฬารัตนพล, ปรีชา มณฑาทันติกุล และเนติ สุขสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก; 2546. หน้า 154-74.
2. Kennedy DT, Chang ZG. Smoking cessation. In Herfindal ET and Gourley DR (eds.) Textbook of therapeutics drug and disease management,; Lippincott williams & wilkin, 2000. p. 1343-56

ภาคผนวก ก

เลขที่.....

วันที่บันทึก.....

แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?”

ข้อความใดที่ตรงกับคุณบ้าง (ทำเครื่องหมาย ☒ หน้าข้อที่เลือก)

- ☐ ☐ ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
- ☐ บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไร
- ☐ ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวขึ้น
- ☐ ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ้นออกมา
- ☐ ☐ ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าไม่ได้สูบบันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
- ☐ การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
- ☐ ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ การสัมผัสบุหรี่ และการได้จุดไฟแช็ค
- ☐ ☐ ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
- ☐ เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
- ☐ ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
- ☐ ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
- ☐ ☐ ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบบันอีก
- ☐ การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ยากลำบาก
- ☐ ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
- ☐ ☐ เมื่อบุหรี่หมดมวน มันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม

คะแนนรวม

☐...............สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถ้าได้สัญลักษณ์ใดเป็นจำนวนมากที่สุดถือว่านั่นเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้คนนั้นยังสูบบุหรี่ อยู่ในการที่จะประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ เกสเซอร์ควรให้ความสนใจ เป็นอย่างมากกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหานี้

สัญลักษณ์สี่เหลี่ยม แสดงถึง ผู้ป่วยติดสารนิโคตินในบุหรี่ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ทำ ให้เกิดอาการถอนยา เช่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย เป็นต้น

ถ้าเหตุผลหลัก คือการติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำ ดังนี้

- พยายามใช้เวลาอยู่ในสถานที่ที่ห้ามสูบบุหรี่ให้นาน เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น
- พยายามหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่และสถานที่ที่เต็มไปด้วยควันบุหรี่ เช่น บาร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดอาการถอนยาขึ้นเช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย ปวดศีรษะ เป็นต้น หรือในเวลาที่ยากบุหรี่

สัญลักษณ์วงกลม แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่ เนื่องจากรู้สึกเครียด เป็น

ทุกข์หรือกระวนกระวายใจ เมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกสบายใจมีชีวิตชีวาขึ้น

ถ้าเหตุผลหลักคือ ภาวะจิตใจที่ต้องพึ่งพาบุหรี่ ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำ ดังนี้

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเครียดและเพิ่มพลังงาน
- การสูบบุหรี่ไม่ได้ช่วยให้แก้ปัญหาอะไรได้ หาวิธีอื่นที่สามารถช่วยได้
- พักผ่อนให้เพียงพอในแต่ละวัน แม้ว่าจะยุ่งแค่ไหนก็ตาม
- หลีกเลี่ยงความเบื่อซึ่งจะสามารถทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย พยายามทำให้จิตใจกระฉับกระเฉงอยู่ เสมอ อาจใช้วิธีโทรศัพท์หาเพื่อน อ่านนิตยสาร หรือ เล่นเกม
- ดื่มน้ำเย็นมากๆ เพราะจะทำให้รู้สึกสดชื่น โดยการช่วยขจัดสารนิโคตินไปจากร่างกาย
- ใช้วิธีการผ่อนคลายเพื่อลดอาการโกรธหรือทุกข์ใจ โดยการฝึกสูดหายใจเข้าลึกๆ

สัญลักษณ์สามเหลี่ยม แสดงถึง ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน หรือมีการสร้างความ สัมพันธ์

ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่นต้องสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเสร็จหรือ ภายหลังดื่มกาแฟตอนเช้า หรือระหว่างโทรศัพท์

ถ้าเหตุผลหลักเกิดจากความเคยชิน ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำ ดังนี้

- เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำอยู่ประจำทุกวันเพื่อเปลี่ยนความเคยชิน เช่น แทนที่จะสูบบุหรี่ หลังมื้ออาหารให้ลุกขึ้นจากโต๊ะทันทีและไปแปรงฟันหรือไปเดินเล่น

- เมื่อต้องการหยิบบุรีขึ้นมาให้หยิบปากกา หรือดินสอขึ้นมาแทนและขีดเขียนอะไรก็ได้ หรือจะเขียนเหตุผลที่จะเลิกบุรีก็จะเป็นการช่วยให้ได้ใช้มือทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนการก่อบุรี
- พยายามหางานอดิเรกทำเพื่อให้มือไม่ว่าง เช่น ถักนิตติ้ง ทำสวน ทำขนม วาดรูป ฯลฯ เกี่ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่มีกลิ่นหอมสดชื่น เช่น มินท์ จะช่วยให้รู้สึกถึงความสดชื่นของลมหายใจที่ปราศจากบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุรี. ใน บุญบา จินดาวิจักษ์, สุวัฒนา จุฬารัตนพล, ปรีชา มณฑาทันติกุล และเนติ สุขสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก; 2546. หน้า 154-74.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

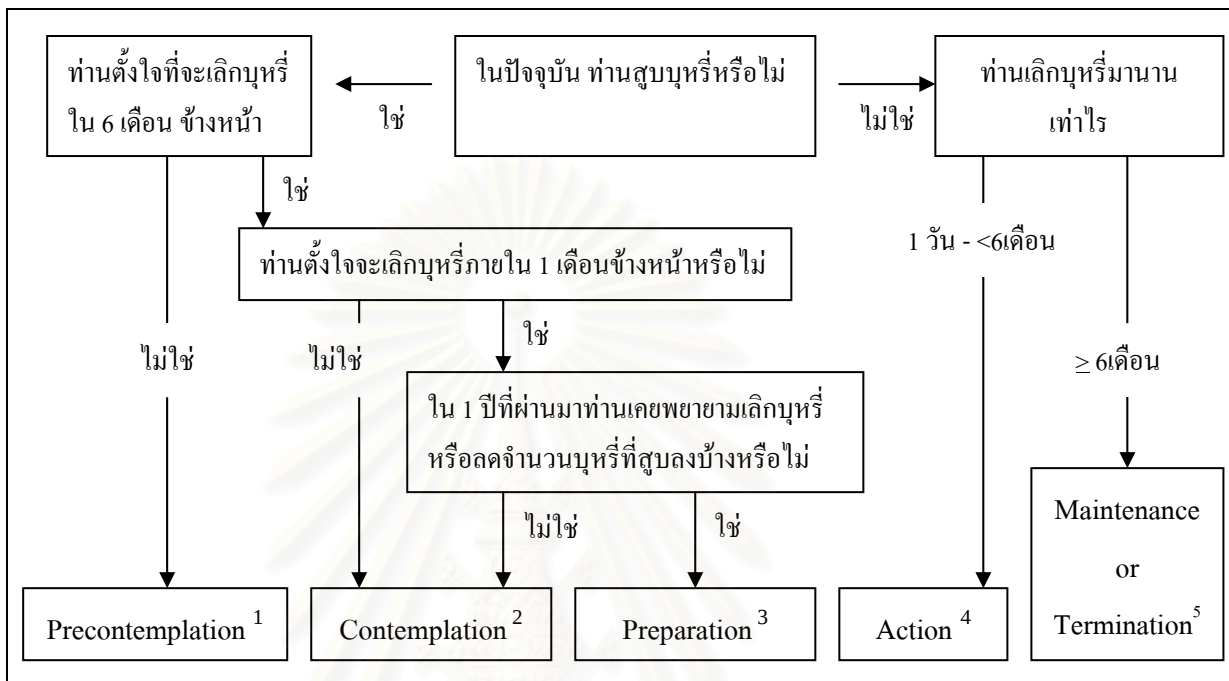
ภาคผนวก ง

วันที่บันทึก.....

ลำดับที่.....

คำถามสำหรับคัดกรองผู้สูบบุหรี่ตามระดับความต้องการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลอง

Transtheoretical Model



ลำดับขั้นของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ประกอบด้วย 5 ลำดับ

1. Precontemplation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
2. Contemplation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า โดยยังไม่มีวางแผนที่แน่นอน ผู้ป่วยแสดงความลังเลในการเลิกบุหรี่และยังไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนี้
3. Preparation Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และในอดีต 1 ปีที่ผ่านมา เคยมีความพยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
4. Action Stage คือภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 1 วัน ถึง 6 เดือน
5. Maintenance Stage หรือ Termination คือภาวะที่ผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน บุษบา จินดาวิจักษ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนพล, ปรีชา มณฑาทิฏฐ และเนติ สุขสมบุรณ์ (บรรณาธิการ). ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริบาลผู้ป่วยนอก; 2546. หน้า 154-74.
2. Kennedy DT, Chang ZG. Smoking cessation. In Herfindal ET and Gourley DR (eds.) Textbook of therapeutics drug and disease management,; Lippincott williams & wilkin, 2000. p. 1343-56



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

แบบบันทึกคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อ..... HN..... วันที่.....

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ใช่ ไม่ใช่

- ☐ ☐ อาสาสมัครสุขภาพดีและมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- ☐ ☐ สูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 5 มวนต่อวันเป็นประจำในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้
- ☐ ☐ ผู้ป่วยต้องมีระดับความต้องการการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลองของ Transtheoretical Model ในระดับ preparation และ action
- ☐ ☐ ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้สัมภาษณ์ ตรวจสอบเลือดและตรวจปัสสาวะ

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย

- ☐ ☐ มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ มีการทำงาน ของตับและไตผิดปกติขั้นรุนแรง มีความผิดปกติทางระบบประสาทหรือมีภาวะ ซึมเศร้า โดยดูจากบันทึกในเวชระเบียนหรือแพทย์มีความเห็นว่าเป็นอันตราย
- ☐ ☐ ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ชีการ์ ไปป์ หรือติดยาเสพติดชนิดอื่น เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา เฮโรอีน เป็นต้น
- ☐ ☐ อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- ☐ ☐ ผู้ที่ปัจจุบันได้รับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยใช้ยาชนิดอื่นอยู่ ได้แก่ ยาที่ให้นิโคติน ทดแทน บูโพรพิออน(bupropion) โคลนิดีน(clonidine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) หรือใช้ยาสมุนไพรชนิดอื่นๆ เพื่อประโยชน์อย่างอื่นอยู่ด้วย
- ☐ ☐ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
- ☐ ☐ ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์และตรวจปัสสาวะ
- ☐ ☐ ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกระหว่างการวิจัย

- ☐ ☐ ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก เลือดออกในทางเดินอาหาร

ภาคผนวก จ

ลำดับที่.....

แบบบันทึกประวัติทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปีที่เกิด.....อายุ.....ปี HN.....
 ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....
 ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

I. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
2. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต..... มม.ปรอท
3. สถานะครอบครัว ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หย่า ☐ หม้าย
4. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ ม.ต้น ☐ ม.ปลาย/ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย/ธุรกิจ ☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ
☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ อื่นๆ.....
- 6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ☐ ไม่มีรายได้ ☐ น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ 5,000 - 10,000 บาท
☐ 10,001 - 20,000 บาท ☐ 20,001 - 30,000 บาท
☐ มากกว่า 30,000 บาท
- 7 โรคประจำตัวอื่น ๆ.....
- 8 ยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำหรือรักษาโรคอื่นๆ
9. ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ดื่ม ปริมาณที่ดื่มต่อวัน.....ขวด/แก้ว/เบน ☐ ไม่ดื่ม

II. ประวัติการสูบบุหรี่

10. อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่.....ปี
11. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน.....มวน
12. บุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่.....จำนวน.....คน
13. ความพยายามที่เคยเลิกบุหรี่ จำนวน.....ครั้ง ระยะเวลาที่เคยเลิกบุหรี่ได้นานที่สุด.....วัน
14. วิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ ☐ เลิกสูบด้วยตนเองทันที ☐ ค่อยๆ ลดปริมาณ ☐ ใช้นิโคติน
☐ ใช้นิโคติน ☐ ใช้หมากฝรั่งนิโคติน ☐ ใช้น้ำยาบ้วนปาก ☐ อื่นๆ
15. สาเหตุที่ต้องกลับมาสูบบุหรี่.....
16. ระดับเสพติดสารนิโคติน.....คะแนน ระดับแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่.....

17. แบบทดสอบทำไมจึงคิดบุญหรืออยู่ □..... ○..... △.....
วันที่บันทึก.....

ภาคผนวก ข

นามสกุล..... HN..... อายุ.....ปี
 เลขที่.....วันที่เริ่มใช้ฯฯ..... วันที่กำหนดเลิกบุหรี่.....

ครั้งที่	1	2	3	4	5	6
สัปดาห์ที่	1	2	4	8	12	16
วันที่						
Compliance สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ(ลงจำนวนครั้งที่ ลืม)						
อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิด ชาลิ้นไม่รับรสอาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด ไม่อยากสูบบุหรี่ ใจสั่น เหม็นกลิ่นบุหรี่						
ผลการเลิกบุหรี่ ไม่สูบ สูบ(ลงจำนวนมวน/วัน)						
สรุปปัญหา						
การแก้ไข						
วันนัดครั้งต่อไป						

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

นามสกุล..... HN..... อายุ.....ปี

เลขที่.....วันที่เริ่มใช้ฯ..... วันที่กำหนดเลิกบุหรื.....

ผล chest X-ray(...../...../.....).....

ครั้งที่		1	2	3	4
สัปดาห์ที่		0	2	4	12
วันที่					
Complete Blood Count	ค่าปกติ				
Hct (%)	40-52				
Hb (g/dL)	13.6-17.2				
RBC count ($\times 10^6$ cell/cumm)	4.4-5.8				
MCV (fl)	82-97				
MCH (pg)	28-33				
MCHC (g/dL)	32-36				
Platelet count ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	160-370				
WBC count ($\times 10^3$ cell / μl)	3.8-10.5				
Nutrophil (%)	45-74				
Lymphocyte (%)	16-45				
Monocyte (%)	4-10				
Eosinophil (%)	0-7				
Liver function test					
AST (U/L)	0-50				
ALT (U/L)	0-65				
Alkaline phosphatase (U/L)	35-130				
Renal function					
BUN (mg/dL)	8-25				
Serum creatinine (mg/dL)	0.5-1.5				
Fasting Blood Sugar (mg/dL)	70-100				
Urine cotinine (ng/mL)					

ครั้งที่		1	2	3	4
สัปดาห์ที่		0	2	4	12
วันที่					
Quality of life ด้านความเป็นอยู่ทั่วไป ด้านความพึงพอใจ ด้านการควบคุมตนเอง ด้านจิตใจและอารมณ์ รวม					
วันนัดครั้งต่อไป					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ณ

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย

ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่

วันที่ชี้แจง

ชื่อผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภก.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ

โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 0-9850-3517

ชื่อผู้ช่วยวิจัย

ภก.ปรีดา เบญจนากาสกุล

นิติระดับปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 0-1329-1942

ผู้วิจัยร่วม

อาจารย์ ภก.ดร.ชนภัทร ทรงศักดิ์

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและหัวหน้าภาควิชาเภสัชเวช คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ผู้ให้ทุนวิจัย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ(สสส.)

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยเรื่องนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับการเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างโครงการวิจัยนี้

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการหรือผู้ช่วยที่ทำโครงการวิจัยนี้ ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจตลอด ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยคิดว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้ จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จริง คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังมากมายทั้งในตัวเองและผู้ใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง ฯลฯ และคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน วิธีการเลิกบุหรี่โดยการใช้ยาปัจจุบันสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีหลัก ๆ คือ การให้นิโคตินทดแทน และการใช้ยาที่ไม่ใช่ nicotin ทดแทน ได้แก่ โพรพิออน นิโคตินทดแทนที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมีอยู่ 2 รูปแบบด้วยกันคือ แผ่นปิดผิวหนัง และหมากฝรั่ง ผลข้างเคียงที่สำคัญของการใช้แผ่นปิดผิวหนังนิโคตินคือ การระคายเคืองบริเวณผิวหนัง ทำให้เกิดผื่น นอนไม่หลับ ผื่นร้าย กระสับกระส่าย ส่วนการใช้หมากฝรั่งนิโคตินทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ มีแผลในช่องปาก ปวดกราม สะอึก เรอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ และต้องระวังการดื่มเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น กาแฟ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของนิโคตินคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปากแห้ง หรือเกิดผื่นขึ้น ปัจจุบันได้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดำเนินงานรักษาผู้ติดบุหรี่ คือ หนวดดอกขาว มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia Cinerea* ตัวอย่างการวิจัยเช่น ที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงรายใช้สมุนไพรหนวดดอกขาวในรูปของชาซองละ 4 กรัม ชงกับน้ำร้อน ครั้งละ 1 ซองต่อน้ำ 1 แก้ว ดื่มเป็นประจำวันละ 3 ครั้งหลังอาหารเป็นเวลา 15 วัน มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 62 คน หลังจากระยะเวลาติดตามผล 4 เดือนมีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 69.35 เหตุผลสำคัญในการเลิกบุหรี่คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย และไม่อยากสูบบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ อาการไอลดลง จากข้อมูลดังกล่าวมาจะสังเกตได้ว่าหนวดดอกขาว อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้ เพราะเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่มีจำหน่ายและใช้กันอยู่ทั่วไปหาได้ง่าย ราคาถูกแต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของสมุนไพรชนิดนี้ในการช่วยอดบุหรี่อย่างจริงจังผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของหนวดดอกขาวในการช่วยอดบุหรี่ซึ่งอาจจะกลายเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ในอนาคตได้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 5 มวนต่อวันเป็นประจำในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจนเข้ารับการรักษาครั้งนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง มีการทำงานของตับและไตผิดปกติขั้นรุนแรง
2. ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ซิการ์ ไปป์ หรือติดสารเสพติดชนิดอื่น เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา เฮโรอีน เป็นต้น
3. อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
4. ผู้ที่ปัจจุบันได้รับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยใช้ยาชนิดอื่นอยู่ ได้แก่ ยาที่ให้นิโคตินทดแทน บูโพรพิออน(bupropion) โคลนิดีน(clonidine) นอร์ทริปไทลีน(nortriptyline) หรือใช้ยาสมุนไพรชนิดอื่นๆ เพื่อประโยชน์อย่างอื่นอยู่ด้วย

สถานที่ทำโครงการวิจัย และจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

สถานที่ทำโครงการวิจัยนี้คือ คลินิกเลิกบุหรี่ สถาบันสุขภาพประชาชน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 68 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้ง

ระยะเวลาที่ท่านต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยคือ 16 สัปดาห์ ซึ่งจะต้องพบผู้วิจัยจำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อเริ่มต้นการวิจัย ครั้งที่ 2 คือสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 คือสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 4 คือสัปดาห์ที่ 12 ของการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ถึงท่านเพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ และระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ถึงท่าน เพื่อสอบถามถึงอาการไม่พึงประสงค์ หรือปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านจะได้รับการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ เอ็กซเรย์ปอด ตรวจเลือดดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด วัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมงและประเมินการทำงานของตับและไตเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการวิจัย ประเมินระดับการติดสารนิโคติน ประเมินระดับความต้องการการเลิกบุหรี่ ทำแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่” และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรี่ ท่านจะได้รับการบริการตามปกติ คือ จะได้รับความรู้เรื่องวิธีการเลิกบุหรี่ พืชภัยจากบุหรี่ การปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะต่าง ๆ ในการหลีกเลี่ยงสิ่งชั่วร้ายและเบี่ยงเบนความสนใจ จากนั้นท่านจะได้รับการสุ่มให้ได้รับชาชงซึ่งโดยปกติแล้วผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 34 คน ด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มแรกจะได้รับชาชงหญ้าดอกขาว วิธีรับประทานคือ ชา 1 ซองชงกับน้ำร้อน 1 แก้วปริมาณประมาณ 150 ซีซี ปิดฝาทิ้งไว้ 15 นาที รับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเป็นเวลา 14 วัน กลุ่มที่ 2 จะได้รับชาใบหม่อนวิธีรับประทานและระยะเวลาที่รับประทานเหมือนชาชงหญ้าดอกขาว โดยกำหนดวันเลิก

บุหรืคือวันที่ 8 ของการรับประทานชาซง ซึ่งโอกาสที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะอยู่กลุ่มใดนั้นมีโอกาส 1 ต่อ 1 ท่านจะได้รับการนัดหมายให้มาพบผู้วิจัยเมื่อท่านได้รับชาซงครบ 15 วัน ผู้วิจัยจะติดตามผลการเลิกบุหรืของท่านที่ระยะ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์หลังจากรับประทานชาซงด้วย (เมื่อท่านมาพบผู้วิจัยในวันที่ 15 และสัปดาห์ที่ 4 จะได้รับค่าเดินทางครั้งละ 200 บาทและสัปดาห์ที่ 12 ท่านจะได้รับค่าเดินทาง 500 บาท) โดยระหว่างที่ท่านได้รับยาอยู่นั้นผู้วิจัยจะโทรศัพท์ถึงท่านเพื่อสอบถามถึงอาการไม่พึงประสงค์ ตลอดจนปัญหาต่างๆของท่าน เมื่อท่านมาพบผู้วิจัยตามนัดท่านจะได้รับการตรวจร่างกาย ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ประเมินผลการเลิกบุหรื ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต ตรวจปัสสาวะ (ในวันที่ 15 ท่านจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด วัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง และประเมินการทำงานของตับ ไตด้วย)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัยและวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจได้รับจากกรรมวิธีการวิจัย และการป้องกัน/แก้ไขที่หัวหน้าโครงการวิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่ท่านอาจจะได้รับคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ชาซงหญ้าดอกขาวและชาซงใบหม่อน โดยอาจจะมีอาการชาลิ้น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ใจสั่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่ไม่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจะให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถสังเกตและแจ้งแพทย์หรือผู้วิจัยทันทีที่เกิดอาการ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามและติดตามอาการและปัญหาต่างๆระหว่างการใช้ชาซงของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจจะได้รับการวิจัย

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับจากการวิจัย คือ จะได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้น ความรู้เรื่องวิธีการเลิกบุหรื พิษภัยจากบุหรื การปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรืให้สำเร็จ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะต่าง ๆ ในการหลีกเลี่ยงสิ่งชั่วร้ายและเบี่ยงเบนความสนใจ

ประโยชน์ที่อาจจะได้รับการวิจัยต่อส่วนรวมคือ ได้ข้อมูลประสิทธิผลของชาซงหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรืเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการสั่งใช้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรืต่อไป ทราบอุบัติการณ์ในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ชาซงหญ้าดอกขาว ได้ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในคนไทยที่เลิกบุหรืและค่าใช้จ่ายในการเลิกบุหรืจากการใช้หญ้าดอกขาว

ค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบระหว่างโครงการวิจัย

ค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบระหว่างโครงการวิจัยคือ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาอื่นๆที่ท่านรักษาอยู่เป็นประจำโดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ส่วนที่ท่านจะได้รับจากโครงการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายคือ ค่าเช่าสถานที่ใช้ในการวิจัย ค่าเอ็กซเรย์ปอด ค่าตรวจเลือด และค่าตรวจปัสสาวะ

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านมีทางเลือกอื่นคือ จะได้รับการบริการตามปกติได้แก่ได้รับคำแนะนำและวิธีปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่รวมไปถึงอาจได้ยาช่วยเลิกบุหรี่ตามแต่ที่แพทย์เห็นสมควร

หากมีอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เกิดขึ้นจะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากมีอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้เกิดขึ้นท่านสามารถติดต่อกับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภก.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หัวหน้าโครงการวิจัยโทร 0-2218-8408 , 0-9850-3517 หรือ ภก.ปริดา เบญจนากาศกุล ผู้ช่วยวิจัย โทร 0-1329-1942 ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ทันที ซึ่งหากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเกิดอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์ของชางงหญ้าดอกขาวหรือชงชงใบหม่อนทางผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะสอบถามได้จากใคร

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภก.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หัวหน้าโครงการวิจัยโทร 0-2218-8408
2. ภก.ปริดา เบญจนากาศกุล โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ช่วยวิจัย โทร 0-1329-1942

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

ฝ่ายวิจัย สถาบันธัญญารักษ์ โทร.0-2531-0080 ต่อ 492, 503

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัย โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใดๆตามมา และท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยโดยหัวหน้าโครงการวิจัย ในกรณีที่ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่อาจเป็นอันตรายจากการได้รับชาชงหญ้าดอกขาวหรือชาชงใบหม่อน หรือได้รับยาที่อาจมีผลกระทบต่อผลการวิจัย หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากชาชงหญ้าดอกขาวหรือชาชงใบหม่อน

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยทันที

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

วันที่ลงนาม.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่” ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

Note



☎ หากท่านมีข้อสงสัย ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมหรือต้องการคำแนะนำในการเลิก บุหรี่สามารถติดต่อได้ที่ ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ โทร.0-9850-3571 และ ภก.ปรีดา เบญจนาภาสกุล โทร. 0-1329-1942 ตลอด 24 ชั่วโมง

☎ เบอร์โทรศัพท์ที่สำคัญ

☞ มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

โทร 0-2278-1828-9

โทรสาร 0-2278-1830

หรือ www.ashthailand.or.th

☞ โรงพยาบาลธัญญารักษ์

โทร 0-2531-0080

หรือ www.thanyarak.or.th

☞ Quit line คำแนะนำเพื่อการเลิกบุหรี่ โทร 1600

ประวัติส่วนตัวของท่าน

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี
ที่อยู่.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์..... มือถือ.....

ที่ทำงาน/เรียน..... โทร.....

ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา.....

ชื่อภรรยา/สามี..... โทร.....

สูบบุหรี่ ①..... อายุ.....ปี

②..... อายุ.....ปี

③..... อายุ.....ปี

ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

ชื่อเพื่อนสนิท(ที่ไม่สูบบุหรี่)..... โทร.....

โรคประจำตัว(ถ้ามี).....

โรคที่เป็นบ่อเยา.....

รายได้ต่อเดือน.....

ค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัวต่อเดือน.....

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่.....ปี

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน.....มวน

ตัดสินใจจำนวนเงินที่ต้องเสียไปกับค่าบุหรี่.....

ดังนั้น ถ้าท่านเลิกบุหรี่ได้ จะนำเงินจำนวนนี้ไป.....

.....

ท่านเคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้ว.....ครั้ง

การพยายามเลิกบุหรี่ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

☺ ขอให้ท่านประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ☺

ตุ้มมือ

การปฏิบัติตัว
เพื่อเลิกบุหรี่
ให้สำเร็จ

และ

วิธีรับประทาน

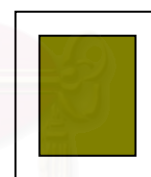
ชาชงหญ้าดอกขาว



บันทึกนัดหมายการมาโรงพยาบาล

ครั้งที่	วันนัดครั้งต่อไป	การเตรียมตัวก่อนมาโรงพยาบาล	วันที่มา
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

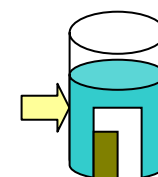
วิธีชงชาหญ้าดอกขาว



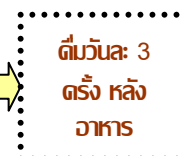
ชา 1 ชวง



น้ำร้อน 1 แก้ว
(ประมาณ 150 ซีซี)



แช่ทิ้งไว้ประมาณ
15 นาที



บันทึกการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (กรณำบันทึกเวลาที่รับประทานชาชงหญ้าดอกขาวและเวลาที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด)					
	วันที่	เช้า	กลางวัน	เย็น	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

วัตถุประสงค์ของคู่มือเล่มนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางที่ช่วยให้ท่านสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยคู่มือเล่มนี้จะกล่าวถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ ผลดีของการเลิกบุหรี่ เคล็ดลับในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ ซึ่งอาศัยความถูกต้องตามหลักทางวิชาการ และได้บอกถึงเบอร์โทรศัพท์ที่ท่านสามารถติดต่อเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ด้วย
2. เพื่อบอกถึงวิธีการชงชาหญ้าดอกขาวเพื่อช่วยในการอดบุหรี่ รวมถึงใช้บันทึกการสูบบุหรี่ การรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับประทานชาชงหญ้าดอกขาวด้วย

คำแนะนำในการใช้คู่มือ

- ควรบันทึกข้อมูลทั้งหมดในสมุดเล่มนี้ด้วยความเป็นจริงและตรงกับตัวท่านมากที่สุด
- ควรพกคู่มือเล่มนี้ติดตัวหรือไว้ใกล้ตัวตลอดเวลาขณะที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย
- เมื่อท่านเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ให้นำสมุดเล่มนี้ขึ้นมาอ่านเพื่อเป็นการเตือนใจ
- กรุณานำคู่มือเล่มนี้มาด้วยทุกครั้งที่มาพบเภสัชกรผู้วิจัย

ในบุหรี่มีสารพิษอะไรบ้าง

ในบุหรี่ 1 มวน เมื่อเกิดการเผาไหม้ จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด สารหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมี 42 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง สารพิษที่สำคัญในควันบุหรี่นอกจากสารก่อมะเร็ง คือ

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันไม่มีสี เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด และทำให้เกิดโรคหัวใจ นิโคตินส่วนใหญ่จะไปจับอยู่ที่ปอด และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด
2. ทาร์ (Tar) ประกอบด้วยสารหลายชนิด เป็นละอองเหลวเหนียว สีน้ำตาลคล้ายน้ำมันดินร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เยื่อปอดอักเสบไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ซึ่งเป็นก๊าซชนิดเดียวกับที่พ่นออกจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 – 15 หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น
4. ไฮโดรเจนไดออกไซด์ (Hydrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง เพราะไปทำลายเยื่อปอดอักเสบส่วนปลายและถุงลม
6. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ
7. ไซยาไนด์ (Cyanide) ซึ่งปกติเป็นยาเบื่อหนู ก็พบในบุหรี่ด้วยเช่นกัน

บันทึกการเลิกบุหรี่									
วันเริ่มต้นรับประทานยาซองหน้าดอกขาวตัว.....									
วันกำหนดเลิกบุหรี่ตัว.....									
	สัปดาห์ที่	ผลการเลิกบุหรี่							
		ไม่สูบ	สูบ ☹						
3		👍							
4		👍							
5		👍							
6		👍							
7		👍							
8		👍							
9		👍							
10		👍							
11		👍							
12		👍							
13		👍							
14		👍							
15		👍							
16		👍							

บันทึกการเลิบบุหรี่			
(ให้วงกลมรอบสัญลักษณ์และบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบตามความเป็นจริง)			
วันเริ่มต้นรับประทานยาทดแทนนิโคติน.....			
วันกำหนดเลิบบุหรี่คือ.....			
	วันที่	ผลการเลิบบุหรี่	
		ไม่สูบ	สูบ
1		👍	☠.....มวน/วัน
2		👍	☠.....มวน/วัน
3		👍	☠.....มวน/วัน
4		👍	☠.....มวน/วัน
5		👍	☠.....มวน/วัน
6		👍	☠.....มวน/วัน
7		👍	☠.....มวน/วัน
8		👍	☠.....มวน/วัน
9		👍	☠.....มวน/วัน
10		👍	☠.....มวน/วัน
11		👍	☠.....มวน/วัน
12		👍	☠.....มวน/วัน
13		👍	☠.....มวน/วัน
14		👍	☠.....มวน/วัน

เลิบบุหรี่...ได้ผลดีกับตาเห็น

ภายใน 20 นาที	ความดันเลือดและชีพจรจะเต้นในระดับปกติ
ภายใน 8 ชั่วโมง	ระดับออกซิเจนในเลือดจะคืนสู่ระดับปกติ
ภายใน 24 ชั่วโมง	คาร์บอนมอนอกไซด์ที่จับแน่นอยู่กับเม็ดเลือดแดงจะถูกขจัดออกไป ปอดจะเริ่มขจัดเสมหะและสิ่งสกปรกต่าง ๆ จากการสูบบุหรี่หรือจากร่างกาย
ภายใน 48 ชั่วโมง	นิโคตินจะไม่หลงเหลืออยู่ในร่างกาย ความรู้สึกหงุดหงิดและคลื่นจะกลับคืนมา
ภายใน 3-4 วัน	จะรู้สึกสดชื่นขึ้น ความรู้สึกหงุดหงิดและคลื่นจะกลับคืนมา นอกจากนั้นกลิ่นตัวก็จะปลอดกลิ่นบุหรี่ด้วย
ภายใน 3 สัปดาห์	การทำงานของปอดจะดีขึ้น ทำให้สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้นกว่าเดิมที่สูบบุหรี่อยู่
ภายใน 2 เดือน	เลือดจะไหลเวียนไปสู่แขนขา และจะมีกำลังวังชาเพิ่มขึ้น
ภายใน 3 เดือน	ระบบการจัดส่งสิ่งสกปรกในปอดจะทำงานได้เป็นปกติ ขณะเดียวกัน สำหรับผู้หยุดสูบบุหรี่ที่เป็นชาขนนั้น ในช่วงนี้เชื้อสุมจะกลับเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติ และจำนวนเชื้อสุมก็เพิ่มขึ้นด้วย
ภายใน 5 ปี	อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจขาดเลือด จะลดลงจนเกือบเท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่
ภายใน 10-15 ปี	อัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคร้ายต่าง ๆ ที่เกิดจากบุหรี่รวมทั้งมะเร็งปอด จะมีความใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

10 เติล็ดลับในการเลิกบุหรี่

1. **ขอคำปรึกษา :** เพื่อให้คุณมีแนวทางในการเลิกบุหรี่ ที่ คิวไลน์ 1600 หรือจากคนรู้จักที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
2. **หากำลังใจ :** ควรบอกให้คนใกล้ชิดได้ทราบถึงความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่เพราะกำลังใจจากคนรอบข้างจะช่วยให้คุณมีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่ได้เพื่อคนที่คุณรัก
3. **เป้าหมายอยู่ข้างหน้า :** ควรวางแผนในการปฏิบัติตัวในระหว่างการเลิกบุหรี่ อาจเลือกเอาวันสำคัญต่าง ๆ แต่ไม่ควรกำหนดวันที่ห่างไกลเกินไปเพราะคุณอาจหมดไฟเสียก่อน
4. **ไม่รอช้า..ลงมือ :** ควรเตรียมตัวให้พร้อมด้วยการทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั้งหมด เตรียมผมไม้หรือขนมขบเคี้ยวที่ไม่หวานหรือไม่ทำให้อ้วนเพื่อช่วยในการลดความอยากบุหรี่ และปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่คุณมักทำร่วมกับการสูบบุหรี่
5. **ถือความ..ไม่หวั่นไหว :** เมื่อถึงวันลงมือ ดื่มนอนด้วยความสดชื่น บอกกับตัวเองว่าคุณกำลังจะทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตัวเองและคนใกล้ชิด เมื่ออยากสูบบุหรี่ก็ขอให้นึกถึงเหตุผลที่ทำให้คุณตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ล้างหน้า ดื่มน้ำ
6. **ห่างไกล..สิ่งกระตุ้น :** ในระหว่างนี้ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้คุณอยากสูบบุหรี่
7. **ไม่หมกมุ่นความเครียด :** เมื่อรู้สึกเครียด ให้หยุดพักสมองสักครู่ คลายเครียดด้วยการพูดคุยกับคนอื่น ๆ พึงระลึกไว้เสมอว่ามีคนไม่สูบบุหรี่อีกมากมายที่คลายความเครียดโดยไม่ต้องสูบบุหรี่
8. **เจียดเวลา..ออกกำลังกาย :** อย่างน้อยวันละ 15-20 นาที เพราะเป็นการควบคุมน้ำหนักที่อาจเพิ่มขึ้น ทำให้สมองปลอดโปร่ง ปอดและหัวใจแข็งแรงขึ้นด้วย
9. **ไม่ท้อทลายบุหรี่ :** อย่าคิดว่าจะลองสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพราะความเคยชินเก่า ๆ อาจหวนคืนมาอีก คุณมาไกลมากแล้ว อย่าปล่อยให้ตัวเองถอยหลังลงคลองอีกเลย
10. **หากต้องเริ่มต้นใหม่อีกที..อย่าท้อ :** เพราะความพยายามอยู่ที่ไหน ความสำเร็จจะอยู่ที่นั่น

นับถอยหลังก่อนลงมือ

วันกำหนดเลิกบุหรี่ของคุณคือ วันที่.....

..... **7 วัน ก่อนถึงวันบอกเลิกบุหรี่** ย้ำให้แน่ใจว่าคุณต้องการเลิกบุหรี่ ลองทบทวนเหตุผลที่คุณตัดสินใจเลิกบุหรี่แล้วเก็บไว้เป็นข้อเตือนใจในช่วงของการเลิกบุหรี่

เหตุผลในการเลิกบุหรี่ของคุณคือ

①

②

③

..... **6 วัน ก่อนถึงวันบอกเลิกบุหรี่** คุณอาจจะต้องปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่างเพื่อให้ความเคยชินที่ทำให้อยากสูบบุหรี่หมดไป เช่น หากคุณชอบสูบบุหรี่ขณะดื่มกาแฟ ให้หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟไปดื่มน้ำผลไม้แทน และคุณต้องวางแผนล่วงหน้าว่าจะแก้สถานการณ์อย่างไร หากคุณมีความจำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่ทำให้คุณอยากสูบบุหรี่ เช่น อยู่กับเพื่อนที่สูบบุหรี่หรืออยู่ที่ทำงาน

เหตุผลที่ทำให้คุณยังเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ คือ

① วิธีการแก้คือ.....

② วิธีการแก้คือ.....

③ วิธีการแก้คือ.....

..... **5 วัน ก่อนถึงวันบอกเลิกบุหรี่** บอกคนที่คุณรักหรือเพื่อนของคุณให้ทราบว่า คุณกำลังจะเลิกบุหรี่เพราะกำลังใจและความห่วงใยจากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้คุณฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ได้ **แต่ก็ดูเบาแล้วสิ**.....

..... **4 วัน ก่อนถึงวันบอกเลิกบุหรี่** ลองคิดไว้ว่าในสัปดาห์หน้าเมื่อคุณไม่สูบบุหรี่แล้ว จะทำอะไรที่จะไม่นึกถึงบุหรี่อีก หรือทำอะไรไม่ให้มีอว้าง

..... **3 วัน ก่อนถึงวันบอกเลิกบุหรี่** เตรียมของขบเคี้ยวไว้เพราะอาจช่วยคุณได้ในช่วงของการเลิกบุหรี่ เช่น หมากฝรั่ง มะม่วงดิบ ผลไม้ประเภทฝรั่ง

..... **2 วัน ก่อนถึงวันบอกเลิกบุหรี่** ฝึกการผ่อนคลายความเครียด เช่น หายใจเข้าออกลึก ๆ ออกกำลังกาย ดื่มน้ำมาก ๆ

..... **1 วัน ก่อนถึงวันลงมือ** ขณะนี้คุณพร้อมแล้ว สำรองให้แน่ใจว่ารอบ ๆ ตัวคุณไม่มีบุหรี่แล้วและก่อนเข้านอนอย่าลืมทิ้งไฟแช็กและที่เขี่ยบุหรี่ให้หมดตัว

ภาคผนวก ก



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.2188261 โทรสาร. 2558227

ที่ ศธ 0512.14.วจ 265/2548

วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548

เรื่อง การพิจารณาทางด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ

ตามที่ท่านได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง ประสิทธิภาพของหนาดอกขาวในการเลิกบุหรี่ (EFFECTIVENESS OF VERNONIA CINEREA (L) LESS FOR SMOKING CESSATION) โดยนายปริดา เบญจนาภาศกุล เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในสัตว์ และมนุษย์ได้พิจารณาด้านจริยธรรมฯ นั้น จากมติความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ในมติเวียน ครั้งที่ 1/2548 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2548 ได้พิจารณาแล้วคณะกรรมการมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการแจ้งนิสิตที่เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยงค์ ตันตีสระ)

คณบดี

ประธานกรรมการด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในสัตว์และมนุษย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายปรีดา เบญจนากาศกุล เกิดเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2521 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเกศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) จากคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2544 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งเภสัชกร ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย