



เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างชางหน้าดอกขาวกับ น้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต

A Comparison of Smoking Cessation Drug Therapies Related Quality of Life between Vernonia cinerea Tea and 0.5% Sodium Nitrate Mouthwash

อนันต์	ไชยกูลวัฒนา	ปร.ด.*	Anun	Chaikoolvatana	Ph.D.*
ฉลอม	สิทธิบุตร	พย.ม.**	Chalom	Sithibutra	C M.N.S**
สายันต์	จันทร์ดี	สบ.***	Saiyan	Chandee	S. BPH.***
ชลลดา	ไชยกูลวัฒนา	ปร.ด.****	Choladda	Chaikoolvatana	Ph.D.****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ระหว่างชางหน้าดอกขาวกับน้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต ในผู้รับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ณ ระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ที่ผ่านเกณฑ์รับเข้าและได้รับการบำบัด ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และรพ.สต. บัววัด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ จำนวน 32 ราย และกลุ่มที่ใช้ชางหน้าดอกขาว จำนวน 20 ราย กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 10 นาที หลังจากสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Independent t-test หรือ Fisher Exact test ตามลักษณะของข้อมูล ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาและอาการข้างเคียง และคุณภาพชีวิตภาพรวม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ชางหน้าดอกขาว กับน้ำยาอดบุหรี่ ใช้สถิติ Simple linear regression และใช้สถิติ Multiple linear regression

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และคุณภาพชีวิตในภาพรวมของกลุ่มที่ใช้ชางหน้าดอกขาวสูงกว่ากลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต ((95% CI; 14.68, 18.62); (95% CI; 26.31, 30.80); (95%CI; 26.98, 45.81) ตามลำดับ)

* รองศาสตราจารย์, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

* Associate Professor, Department of Pharmacy, Ubon Ratchathani University

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, อุบลราชธานี
Registered Nurse, Sanpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

*** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบัววัด, อุบลราชธานี
Princial of Health Promonting Hospital, Bao-Wat Subdictrict

**** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
Lecturer, Faculty of Nursing, Phayao University, Thailand



คุณภาพชีวิตด้านจิตวิทยาสังคม อาการข้างเคียงของยาที่ใช้ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ที่ใช้ชาชง หนวดดอกขาวสูงกว่าผู้ที่ใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ ประยุกต์ใช้วางแผนการบำบัดดูแลผู้ที่ต้องเลิกบุหรี่แต่ละรายต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ชาชงหนวดดอกขาว น้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต

Abstract

The study aims to evaluate quality of life between *Vernonia cinerea* tea and 0.5% Sodium Nitrate mouthwash among cigarette Quitters in Ubon Ratchathani areas. It is a quasi-experimental, cross-sectional design. The participants were the giving up smokers qualified to be treated at Sanpasithiprasong Hospital (32) and Bau-Wat Health Promoting Hospital (20). They filled out a questionnaire form which took approximately 10 minutes, then all data was analyzed via descriptive statistics (e.g., mean, percentage, standard deviation, Independent t-test or Fisher Exact test based on the data. For quality of life related (QOL) to psychological feeling and adverse effects, and the overall quality of life between groups were analyzed via Simple linear regression and Multiple linear regression

The results showed the quality of life related to psychological feeling, adverse effects and the overall QOL of *Vernonia cinerea* tea group were obviously higher than 0.5% Sodium Nitrate mouthwash group (95% CI; 14.68, 18.62); (95% CI; 26.31, 30.80); (95%CI; 26.98, 45.81) respectively)

The quality of life related to psychological feeling, adverse effects and the overall QOL of *Vernonia cinerea* tea group were obviously higher than 0.5% Sodium Nitrate mouthwash group. These results could be applied for a further cessation plans for an individual quitter.

Key words: Quality of life *Vernonia cinerea* tea 0.5% Sodium Nitrate mouthwash

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบำบัดผู้ที่ต้องเลิกการสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การหักดิบ การลดจำนวนมวนที่สูบ ร่วมกับวิธีอื่น เช่น การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรการแพทย์ จากรายงานในอดีตพบว่าในแต่ละปีจะมีผู้สูบบุหรี่ 30.4 พยายามที่จะเลิกสูบ และร้อยละ 5.4 มีความพยายามในการเลิกสูบ 5 ครั้งขึ้นไป แต่ไม่ประสบความสำเร็จ (American Psychiatric

Association, 1996) เนื่องจากเกิดอาการถอนนิโคติน และร่างกายไม่สามารถทนสภาพดังกล่าวได้ ทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง จากแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ของประเทศสหรัฐอเมริกาภายใต้ความร่วมมือขององค์กรต่างๆ เช่น Agency for Healthcare Research and Quality, Centers for Disease Control and Prevention, และ National Cancer Institute เป็นต้น ได้ระบุแนวทางปฏิบัติให้

บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้เสพ
ติดยาให้เลิกสูบและแนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่
ต้องการเลิกสูบบุหรี่ทุกคนอย่างน้อย 1 ชนิดขึ้นไปเพื่อ
บรรเทาอาการถอนนิโคติน (USDHHS, 2000) ยาที่นิยม
ใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แบ่งออกเป็น 1) ยาอันดับแรก ได้แก่
ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน ยานีต bupropion SR 2)
ยาอันดับสองซึ่งไม่มีสารนิโคติน ได้แก่ clonidine และ
nortriptyline และ 3) อื่นๆ เช่น การใช้ยาชงหน้าดอกขาว
อดบุหรี่ ได้แก่ 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต และชาชง
หน้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) ในการช่วยเลิกบุหรี่
(ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2546) เนื่องจากอาการไม่พึง
ประสงค์และความรู้สึกลึกทางจิตวิทยาสังคมที่ผู้ป่วยมีต่อ
การใช้ยาอันดับแรกและอันดับสอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
ที่เกิดจากการใช้ยาและทำให้การรักษาล้มเหลว ซึ่งเป็น
ไปตามทฤษฎีคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการใช้ยา
(Pharmaceutical Therapy-Related Quality of Life;
PTRQoL) (Murawski, 2001) ดังนั้น การรักษาด้วยยา
เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี จึงต้องลดการเกิด
ปัจจัยทั้งสองให้มากที่สุดเพื่อทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์
สูงสุดจากการใช้ยา (Wongwiwatthanakut et al.,
2009) ในกรณีที่ใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกในการช่วย
เลิกบุหรี่ เนื่องจากยาอันดับแรกและอันดับสองมีข้อจำกัด
เรื่องอาการไม่พึงประสงค์ และค่าใช้จ่ายในการบำบัด
รักษาที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะยาอันดับแรก และยา
ดังกล่าวยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้ราคายา
ยังคงสูง ถึงแม้ว่าปัจจุบันยาอันดับสองคือ nortriptyline
จะอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ราคาถูก (เม็ดละ 1 บาท)
อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่ดี
เท่ากับยาอันดับแรก และไม่มีที่นิยมใช้ เนื่องจากผล
ข้างเคียงของยา (จิรบูรณ์ โตสงวน และคณะ, 2554)
ดังนั้น ในปัจจุบันจึงมีการพัฒนารูปแบบอื่นๆ มาใช้
ทดแทนยาที่มีอยู่ในปัจจุบันในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่
ยาชงหน้าดอกอดบุหรี่ 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต
และชาชงหน้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*)

ยาชงหน้าดอกอดบุหรี่ 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียม
ไนเตรต ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ช่วยเลิกบุหรี่ เนื่องจาก
สารประกอบโซเดียมไนเตรตมีคุณสมบัติที่ทำให้ดูดบุหรี่ที่

ลิ้นเปลี่ยน และรู้สึกชา ดังนั้นเวลาสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบ
ไม่สามารถรับรสชาติของนิโคตินได้ ทำให้ลดปริมาณการ
สูบบุหรี่ลงได้ นอกจากนี้ ยังมีราคาถูก ทำให้คลินิก
อดบุหรี่ในสถานพยาบาลหลายแห่งนิยมใช้ อย่างไรก็ตาม
ยาชงหน้าดอกอดบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีการติด
สารนิโคตินในระดับน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากหากติด
สารนิโคตินในระดับมาก จำเป็นต้องใช้ยาช่วยและการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจะได้ผล ปกติการส่งยาชงหน้า
ดอกอดบุหรี่จะไม่คิดค่าใช้จ่าย ดังนั้นผู้รับบริการมัก
พอใจที่จะใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว มีรายงานที่ผ่านมา อ้างอิง
ประสิทธิภาพของยาชงหน้าดอกอดบุหรี่ที่ช่วยให้สามารถ
ปริมาณการสูบบุหรี่ลงได้ (Wongwiwatthanakut
et al., 2009; จิรบูรณ์ โตสงวน และคณะ, 2554;
Hoffman D, 1967; Pantaewan et al., 2012; สมหญิง
พุ่มทอง, 2008) ส่วนชาชงหน้าดอกขาวนั้น ได้มาจากพืช
สมุนไพรที่มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia cinerea*
บางครั้งเรียก ‘หน้าหม่นน้อย’ ที่มีสารสำคัญคือ โซเดียม
ไนเตรต เหมือนกับยาชงหน้าดอกอดบุหรี่ นอกจากนั้นยังทำให้
รู้สึกเหมือนกลืนบุหรี่ ปริมาณที่ดื่มต่อวันคือ 6-9 กรัมของ
ผงชาชงหน้าดอกขาว แบ่งใส่กับน้ำร้อน ทั้งไว้ 5 นาทีเพื่อ
ให้สารสำคัญถูกสกัดออกมา หลังจากนั้นดื่มหรือจิบแทน
น้ำได้ อาการข้างเคียงที่สำคัญคือ อาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว
เพิ่มความดันโลหิต ดังนั้น หากผู้ใช้มีประวัติโรคความดัน
โลหิตสูง ต้อหิน หรือภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ควรปรึกษา
แพทย์หรือเภสัชกรก่อนสั่งใช้ยา มีรายงานการศึกษาที่
ผ่านมา ระบุถึงประสิทธิภาพของชาชงหน้าดอกขาวที่
ช่วยเลิกบุหรี่ยได้ (Tandon, 1995; Zhu et al., 2008;
Srithongdang et al., 2013; Wongwiwatthanakut
et al., 2009)

คลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้เปิดให้
บริการเลิกบุหรี่ผ่านคลินิกฟ้าใส ภายใต้เครือข่ายวิชาชีพ
แพทย์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยทำงานร่วม
กับโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลศูนย์
สรรพสิทธิประสงค์ และ รพ.สต. ในเขตพื้นที่รอบ
มหาวิทยาลัย ซึ่งบุคลากรการแพทย์ได้มีการสั่งใช้ยาช่วย
เลิกบุหรี่ทั้งยาชงหน้าดอกอดบุหรี่ 0.5 เปอร์เซ็นต์
โซเดียมไนเตรต และชาชงหน้าดอกขาว (*Vernonia*



cinerea) กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เนื่องจากยาทั้ง 2 ประเภทมีราคาถูก และมีประสิทธิภาพในการช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน มีการนำเอาน้ำยาอดบุหรี่และหญ้าดอกขาวมาใช้ช่วยเลิกบุหรีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเปรียบเทียบด้านคุณภาพชีวิตของผู้ที่ใช้อย่างทั้งสองประเภท ยังค่อนข้างจำกัด อาทิ ความรู้สึกของผู้ใช้ในด้านต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี ความสะดวกในการบริหารจัดการยา รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการ และความสำเร็จในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินคุณภาพชีวิตจากการใช้น้ำยาอดบุหรี 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรต และชาขงหญ้าดอกขาว เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนรูปแบบการบำบัดเพื่อเลิกบุหรีให้เหมาะสมกับผู้รับบริการต่อไป

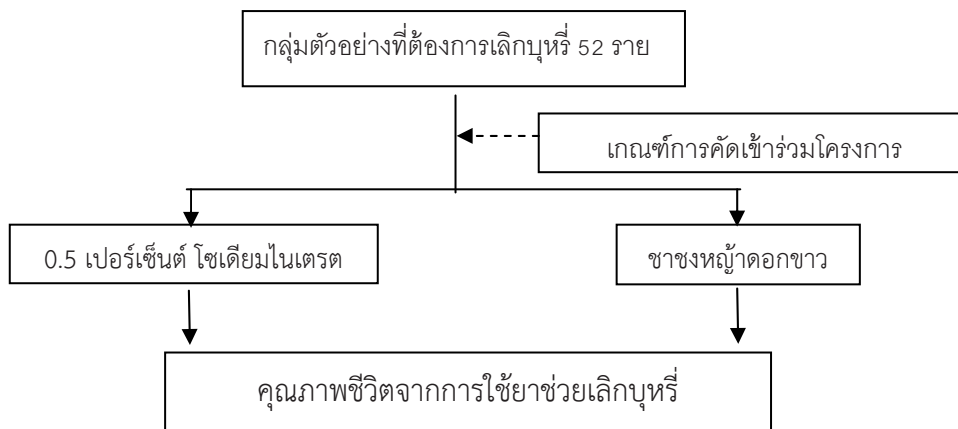
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2558 จาก รพ.สต.บัววัด และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ คนที่ต้องการรับบริการเพื่อเลิกบุหรี โดยผ่าน

เกณฑ์การรับเข้าดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา 2) อ่านออก เขียนได้ 3) มีระดับการติดสารนิโคตินจากการทดสอบ Fagerstrom test ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หรือมีระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป 4) ได้รับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี (0.5% sodium nitrate) หรือชาขงหญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) ในการช่วยเลิกสูบบุหรี 5) ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (หากอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแทนได้)

จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้มาจากจำนวนผู้รับบริการเพื่อเลิกบุหรีที่ผ่านเกณฑ์รับเข้าและได้รับการบำบัด ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ รพ.สต.บัววัด ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2558 โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี จำนวน 32 ราย และกลุ่มที่ใช้ชาขงหญ้าดอกขาว จำนวน 20 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างต้องลงนามขอติดการเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม สามารถทำได้ทันที โดยแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 Flow of Study

คำนิยามศัพท์

คุณภาพชีวิตจากการใช้ยา (PTRQoL) (American Psychiatric Association, 1996) หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ควรได้รับจากยาตามทฤษฎีและคุณภาพชีวิตที่พบได้จริงจากการใช้ยาในการรักษา ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ผลเชิงลบของยาเนื่องจากคุณสมบัติของตัวยาเองหรือฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และความรู้สึทางจิตวิทยาสังคมที่ผู้ป่วยมีต่อการใช้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 9 ข้อ ระดับการติดนิโคติน ยาที่ใช้ช่วยเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยา ครั้งของการติดตามผล
ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึทางจิตวิทยาสังคมที่ผู้ป่วยมีต่อการใช้ยา ประกอบด้วย 8 ข้อ

2. ความวิตกกังวล บุคลิกภาพ ความสะดวกในการใช้ วิธีการใช้ อาการติดยา

3. ความสามารถในการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ภาระหน้าที่
ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย 10 ข้อ

ผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวัน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปากแห้งหรือคอแห้ง ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ ไม่อยากอาหาร ขาลิ้นลักษณะ
ข้อคำถามในส่วนที่ 2 และ 3 จะเป็นข้อคำถามที่ประเมินแบบมาตราวัดประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตัวเล็กมี 2 ชนิดคือ 1) ประเมินความบ่อย (frequency) 2) ประเมินความมากน้อย (evaluation) ทั้งนี้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของข้อคำถาม การคิดคะแนนในแต่ละด้านเป็นไปตามหลักการของมาตราวัดรวมประมาณค่า (Spector, 1992) โดยการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามจะพิจารณาตามความหมายของข้อคำถามนั้นที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต เช่น ข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตในทางบวก คิดคะแนนดังนี้ ไม่เคยเลย (1) = 0 คะแนน นานๆ ครั้ง (2) = 25 คะแนน บางครั้ง (3) = 50 คะแนน บ่อยๆ (4) = 75 คะแนน และ ตลอดเวลา (5) =

100 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่แสดงคุณภาพชีวิตในทางลบจะให้คะแนนในทางตรงกันข้ามเพื่อให้สามารถแปรผลในทิศทางเดียวกัน (ตัวเล็กแบบอื่นๆ ใช้วิธีคิดคะแนนทำนองเดียวกัน) โดยระดับคะแนนของแต่ละด้านต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 0 ส่วนคะแนนสูงสุด คือ 100 คะแนน คะแนนสูงคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ส่วนคะแนนต่ำคือการมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยหรือแย่กว่า

ข้อคำถามแสดงคุณภาพชีวิตในทางบวก คิดคะแนนดังนี้ (Wongwivattananukit et al., 2009)
ไม่เคยเลย/ไม่เลย

(1) = 0 คะแนน นานๆ ครั้ง/น้อย

(2) = 25 คะแนน บางครั้ง/ปานกลาง

(3) = 50 คะแนน บ่อยๆ/ค่อนข้างมาก

(4) = 75 คะแนน ตลอดเวลา/มาก

(5) = 100 คะแนน

ข้อคำถามแสดงคุณภาพชีวิตในทางลบ คิดคะแนนดังนี้

ไม่เคยเลย/ไม่เลย (5) = 100 คะแนน

นานๆ ครั้ง/น้อย (4) = 75 คะแนน

บางครั้ง/ปานกลาง (3) = 50 คะแนน

บ่อยๆ/ค่อนข้างมาก (2) = 25 คะแนน

ตลอดเวลา/มาก (1) = 0 คะแนน

จากนั้นทำการรวมคะแนนจากข้อคำถามหลายข้อในด้านเดียวกัน แล้วนำผลคะแนนรวมที่ได้หารด้วยจำนวนข้อในด้านนั้น ได้เป็นคะแนนในแต่ละด้าน โดยระดับคะแนนของแต่ละด้านต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 0 ส่วนคะแนนสูงสุด คือ 100 คะแนน คะแนนสูง คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ส่วนคะแนนต่ำคือการมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยหรือแย่กว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้รับการพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ของศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจและคณะฯ (2005) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับเปลี่ยนเนื้อหา



ความถูกต้องของข้อคำถาม ก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง พร้อมหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออีกครั้ง โดยทำการศึกษานำร่อง (pilot study) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลลวรินชำราบ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.781

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาล 2 แห่งคือ รพ.สต.บัววัดและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เสนอขอในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และเข้าร่วมโครงการ ต้องลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ และผู้วิจัยอธิบายระเบียบแนวทางปฏิบัติสำหรับการเข้าร่วมโครงการอย่างละเอียด

กลุ่มตัวอย่างได้รับยากลับไปใช้ที่บ้าน หลังจากใช้ยาไปเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมาที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ (follow-up) ทางผู้ประสานงานของทั้ง 2 และผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 10 นาที หลังจากสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์เชิงสถิติต่อไป

การวิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยอาศัยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ

Independent t-test หรือ Fisher Exact test ตามลักษณะของข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาและอาการข้างเคียง และคุณภาพชีวิตภาพรวม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ชาขงหญ้าดอกขาว กับน้ำยาอดบุหรี่ใช้สถิติ Simple linear regression และใช้สถิติ Multiple linear regression เนื่องจากข้อมูลทั่วไปมีความแตกต่างกัน 2 ตัวแปร ได้แก่ระดับการติดสารนิโคติน ระยะเวลาที่ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ จึงต้องใช้การวิเคราะห์นี้ เพื่อควบคุมตัว confounding factors

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการชาขงหญ้าดอกขาวจำนวน 20 คน กลุ่มที่ได้รับน้ำยาอดบุหรี่จำนวน 32 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ระยะเวลาการสูบบุหรี่มากที่สุดอยู่ในช่วง 10-30 ปี ปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการติดสารนิโคตินตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับสูง และระยะเวลาการใช้ยาเลิกบุหรี่ กลุ่มที่ใช้ชาขงหญ้าดอกขาวเริ่มใช้มาแล้วมากกว่า 3 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ส่วนกลุ่มที่ใช้น้ำยาอดบุหรี่เริ่มใช้มาแล้วมากกว่า 1 เดือนขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 68.8)

เห็นได้ว่าคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายกันและไม่แตกต่างกัน ยกเว้นระดับการติดสารนิโคติน และระยะเวลาการใช้ยาเลิกบุหรี่ ($p < .001$) ที่ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n= 52)

ข้อมูลทั่วไป	ชายหญิงสูบบุหรี่ (n=20)	น้ำหนักตัวปกติ (n=32)	p-value
เพศ			.498 ^a
ชาย	20 (100.0)	30 (93.8)	
หญิง	0 (0.0)	2 (6.2)	
อายุ (ปี) เฉลี่ย (S.D.)	47.1 (15.8)	41.1 (11.0)	.114 ^b
ระดับการศึกษา			.686 ^a
ประถมศึกษา	10 (50.0)	10 (31.3)	
มัธยมต้น	3 (15.0)	5 (16.2)	
มัธยมปลาย/ปวช.	3 (15.0)	7 (22.6)	
อนุปริญญา/ปวส.	2 (10.0)	4 (12.9)	
ปริญญาตรี	2 (10.0)	6 (19.4)	
ระยะเวลาการสูบบุหรี่			.077 ^a
ต่ำกว่า 10 ปี	3 (15.0)	12 (37.5)	
11-20 ปี	4 (20.0)	10 (31.2)	
21-30 ปี	5 (25.0)	4 (12.5)	
31-40 ปี	4 (20.0)	3 (9.4)	
41-50 ปี	1 (5.0)	3 (9.4)	
51 ปีขึ้นไป	3 (15.0)	0 (0.0)	
ระดับการติดสารนิโคติน (FTND)			.016 ^a
ระดับต่ำมาก	7 (36.8)	1 (3.1)	
ระดับต่ำ	5 (26.3)	12 (37.5)	
ระดับปานกลาง	4 (21.1)	13 (40.6)	
ระดับสูง	3 (15.8)	6 (18.8)	
ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยาเลิกบุหรี่			<.001 ^a
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	9 (45.0)	1 (3.1)	
1-2 สัปดาห์	0 (0.0)	4 (12.5)	
2-3 สัปดาห์	0 (0.0)	5 (15.6)	
มากกว่า 3 สัปดาห์	10 (50.0)	0 (0.0)	
ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป	1 (5.0)	22 (68.8)	

หมายเหตุ ^a คือ ค่าสถิติวิเคราะห์โดย Fisher's exact test

^b คือ ค่าสถิติวิเคราะห์โดย Independent t-test



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาบ้วนปากและชาขงหน้าดอกขาว (n= 52)

คุณภาพชีวิต	น้ำยาบ้วนปาก (n= 32)					ชาขงหน้าดอกขาว (n=20)				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
ด้านที่ 1 ความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่										
1. ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	10(31.6)	13 (40.6)	9 (27.8)	0	0	0	0	2 (10.0)	2 (10.0)	16 (80.0)
2. ฉันรู้สึกว่ายยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้ทำให้ฉันเสียบุคลิกภาพ ^a	16 (50.0)	12 (37.5)	4 (12.5)	0	0	0	0	1 (5.0)	1 (5.0)	18 (90.0)
3. ฉันรู้สึกไม่สะดวกที่จะต้องพกยาช่วยเลิกบุหรี่ไปด้วยเมื่อต้องไปทำงาน ^a	2 (6.2)	11 (34.4)	15 (46.9)	4 (12.5)	0	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	15 (75.0)
4. ฉันเกิดความเครียดว่าจะไม่สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเพราะมีวิธีการใช้ยุ่งยาก ^a	19 (59.4)	12 (37.5)	1 (3.1)	0	0	0	0	0	1 (5.0)	19 (95.0)
5. ฉันกลัวเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ไปนานๆ และเกิดการติดชา ^a	7 (21.9)	19 (59.4)	5 (15.6)	1 (3.1)	0	0	1 (5.0)	0	4 (20.0)	15 (75.0)
6. ฉันเชื่อว่าเมื่อยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ^{a#}	0	3 (9.3)	22 (68.7)	7 (21.9)	0	2 (10.0)	1 (5.0)	0	10 (50.0)	5 (25.0)
7. ฉันรู้สึกว่ายยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้เป็นภาระอย่างหนึ่ง ^a	12 (37.5)	11 (34.4)	9 (28.1)	0	0	0	2 (10.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	1 (5.0)
8. ฉันเชื่อว่ายาช่วยเลิกบุหรี่ที่ฉันใช้จะทำให้ฉันสูบบุหรี่ลดลงจนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นอนาค ^{a#}	0	1 (3.1)	21 (65.6)	10 (31.2)	0	3 (15.8)	1 (5.3)	0	10 (52.6)	4 (21.1)
ด้านที่ 2 อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่										
9. อาการข้างเคียงจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อการทำกิจกรรมประจำวันของฉัน ^a	18 (56.2)	13 (40.6)	1 (3.1)	0	0	0	0	0	0	19 (100.0)
10. ฉันมีอาการปวดศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	5 (15.6)	12 (37.5)	11 (34.4)	4 (12.5)	0	0	0	0	1 (5.0)	19 (95.0)
11. ฉันมีอาการปวดท้องจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	17 (53.1)	11 (34.4)	4 (12.5)	0	0	0	0	1 (5.0)	1 (5.0)	18 (90.0)
12. ฉันมีอาการปากแห้งหรือคอแห้งจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	5 (15.6)	5 (15.6)	15 (46.9)	7 (21.9)	0	0	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	17 (85.0)
13. ฉันรู้สึกงาใจสันจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	15 (46.9)	11 (34.4)	5 (15.6)	1 (3.1)	0	0	0	0	3 (15.0)	17 (85.0)
14. ฉันมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	20 (62.5)	10 (31.2)	1 (3.1)	1 (3.1)	0	0	0	0	2(10.0)	18 (90.0)
15. ฉันนอนไม่หลับจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	5(15.6)	14 (43.8)	10 (31.2)	3 (9.4)	0	0	0	0	1 (5.0)	19 (95.0)
16. ฉันมีอาการเวียนศีรษะจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	8 (25.0)	14 (43.8)	6 (18.8)	4 (12.5)	0	0	0	0	1 (5.0)	19 (95.0)
17. ฉันมีอาการไม่อยากอาหารเมื่อใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	15 (46.9)	9 (28.1)	8 (25.0)	0	0	0	0	0	1 (5.0)	19 (95.0)
18. ฉันมีอาการชาลิ้นจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ^a	7 (21.9)	9 (28.1)	15 (46.9)	1 (3.1)	0	0	0	1 (5.0)	2 (10.0)	17 (85.0)



ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้มารับ
บริการเลิกบุหรี่

จากตารางที่ 2 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึก
ทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ยา
ของกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาวสูงกว่ากลุ่มที่ใช้น้ำยา
บ้วนปาก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเชื่อมั่นกับยาที่ใช้ช่วย
เลิกบุหรี่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.20, 52.60
ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากเชื่อว่าหาก
ใช้น้ำยาบ้วนปากติดต่อกันเป็นเวลานาน มีโอกาสติดได้
สูงและวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง
(ร้อยละ 75, 95 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ความรู้สึกแ
สบเกี่ยวกับยาที่ใช้ปรากฏในกลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากมาก
กว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาว ในส่วนของคุณภาพชีวิต
ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
พบว่าในกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาว มีอาการข้างเคียง
เช่น ปวดศีรษะ ปากแห้งคอแห้ง ชาลิ้น นอนไม่หลับ ส่วน
ในกลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปาก พบอาการข้างเคียงค่อนข้าง
บ่อยและมีจำนวนครั้งของการเกิดมากกว่า เช่น ใจสั่น
ปวดศีรษะ ปวดท้อง วิงเวียน นอนไม่หลับ และรบกวน
การทำกิจวัตรประจำวัน

เมื่อนำคุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ใน
แต่ละด้านมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบ
ว่า ด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาช่วย
เลิกบุหรี่ ด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยาช่วย
เลิกบุหรี่ และคุณภาพชีวิตในภาพรวมระหว่างกลุ่มที่ใช้
ชาชงหญ้าดอกขาวกับน้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซนต์
โซเดียมไนเตรต แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าในด้านความรู้สึกทาง
จิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ค่าคะแนน

เฉลี่ยทั้งสองกลุ่มค่อนข้างต่ำ ถึงแม้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ
กลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาวจะสูงกว่ากลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วน
ปาก 0.5 เปอร์เซนต์ โซเดียมไนเตรต เท่ากับ 16.65
คะแนน และค่าคะแนนทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001) เช่นเดียวกับค่า
คะแนนในด้านอาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยา
ช่วยเลิกบุหรี่ยาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มยังคงต่ำ
ค่าคะแนนของกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาวจะสูงกว่ากลุ่ม
ที่ใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซนต์ โซเดียมไนเตรต
เท่ากับ 28.56 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ (<0.001)

ในด้านคุณภาพชีวิตในภาพรวม ผู้ที่ใช้ชาชงหญ
าดอกขาวมีค่าคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ใช้น้ำยาบ้วน
ปาก เท่ากับ 45.21 คะแนน และค่าคะแนนคุณภาพชีวิต
โดยรวมระหว่าง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (<0.001) และเมื่อควบคุมระดับการติด
สารนิโคตินและระยะเวลาที่ใช้ยาเลิกบุหรี่ พบว่าคุณภาพ
ชีวิตของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ในด้านความรู้สึกทาง
จิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ยา ด้านอาการ
ข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ยา และ
คุณภาพชีวิตในภาพรวมระหว่างกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ
าดอกขาวกับน้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซนต์ โซเดียมไนเตรต
แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้มารับบริการที่ใช้ชาชงหญ
าดอกขาวจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในทุกด้านและ
ภาพรวม ซึ่งคุณภาพชีวิตในภาพรวมผู้ที่ใช้ชาชงหญ
าดอกขาวมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 83.30
(S.D.=5.96) ในขณะที่ผู้ใช้น้ำยาบ้วนปากมีคะแนน
คุณภาพชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 38.09 (S.D.= 6.00)
(ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ค่าสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและภาพรวมของผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มใช้น้ำยาบ้วนปากและกลุ่มชาหย้าดอกขาว

การเปรียบเทียบ	ชาชงหย้าดอกขาว (n=20 คน) Mean $\pm$ S.D	น้ำยาบ้วนปาก (n=32 คน) Mean $\pm$ S.D	p-value
ความรู้สึกลทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อการใช้น้ำยาช่วยเลิกบุหรี่	34.65 $\pm$ 4.87	18.00 $\pm$ 2.14	<.001
อาการข้างเคียงโดยทั่วไปจากการใช้น้ำยาช่วยเลิกบุหรี่	48.65 $\pm$ 2.70	20.09 $\pm$ 4.51	<.001
คุณภาพชีวิตภาพรวม	83.30 $\pm$ 5.96	38.09 $\pm$ 6.00	<.001

หมายเหตุ ^c คือ ค่าสถิติวิเคราะห์ด้วย Simple linear regression

^d คือ ค่าสถิติวิเคราะห์ด้วย Multiple linear regression โดยควบคุมตัวแปรระดับการติดสารนิโคตินและระยะเวลาที่ใช้น้ำยาช่วยเลิกบุหรี่

การอภิปรายผล

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากมีระดับการติดสารนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหย้าดอกขาวที่ติดในระดับต่ำมาก ตั้งแต่เริ่มเข้าการศึกษา จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่าหากผู้รับบริการเลิกบุหรี่มีระดับการติดสารนิโคตินเพิ่มสูงขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตจะไม่ดี (negative effects) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วนปากและระดับการติดสารนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหย้าดอกขาว (ตารางที่ 2) (Taspinar et al., 2014) นอกจากนี้ พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีระดับการติดสารนิโคตินทั้งในระดับต่ำปานกลาง และสูงจะเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (Martinez et al., 2004; Wilson et al., 1999) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตในด้านความรู้สึกลทางจิตวิทยาสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ค่อนข้างต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ใช้น้ำยาช่วยเลิกบุหรี่มีความวิตกกังวลถึงประสิทธิภาพของยาที่ตนใช้ เช่น อาการข้างเคียง บุคลิกภาพ การเสพติดยาช่วยเลิกบุหรี่ และความเครียดเกี่ยวกับวิธีการใช้น้ำยาให้ถูกต้อง ปลอดภัย รวมทั้งคุณภาพชีวิตด้านอาการข้างเคียงของยา ที่พบว่ากลุ่มที่ใช้น้ำยาบ้วน

ปากที่มีระดับการติดสารนิโคตินที่สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหย้าดอกขาว มีคุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำกว่าเช่นกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้น้ำยาบ้วนปาก ส่วนใหญ่มีระดับการติดสารนิโคตินสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหย้าดอกขาว อาจกังวลกับประสบการณ์อาการข้างเคียงจากการใช้น้ำยาบ้วนปากเพื่อเลิกบุหรี่ หรือกรณีที่ยังไม่เกิดอาการข้างเคียงแต่ผู้รับบริการบ่นรู้สึกกังวลว่าหากเกิดอาการเหล่านั้น อาจก่อให้เกิดอันตรายกับตนเองได้ เช่น ผลกระทบของอาการข้างเคียงต่อการดำรงชีวิต อาการวิงเวียนศีรษะ ชาลิ้น รสขมเผื่อนที่ลิ้น เป็นต้น ซึ่งความกังวลทั้งหมดอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบำบัดรักษาเช่นกัน ดังนั้น หากผู้รับบริการบำบัดมีระดับการติดสารนิโคตินเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องเลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสม เช่น การรักษาแบบผสมผสาน เช่น การเลือกใชยากลุ่มหลักหรือยากลุ่มรองร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Fagerstrom, 1994) แต่ถ้าระดับการติดนิโคตินไม่สูง อาจเลือกใช้สมุนไพร (หย้าดอกขาว) หรือน้ำยาบ้วนปาก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรดร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มระยะเวลาในการบำบัดเพื่อให้ร่างกายมีเวลาปรับตัว ลดอาการถอนนิโคติน และไม่กลับมาสูบบุหรี่ (Pantaewan et al., 2012; Leelarungrayab et al., 2010) นอกจากนี้ ต้องให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับผู้รับบริการบำบัด รวมทั้งมาตรการป้องกันหากเกิดอาการ

ข้างเคียงระหว่างการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจและเชื่อมั่นในการบำบัดรักษา อันจะนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เริ่มต้นบำบัดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) ในกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาว ส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดอย่างน้อย 3 สัปดาห์ (ร้อยละ 50) และที่เหลือนับการบำบัดน้อยกว่า 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 45) ส่วนกลุ่มที่ใช้ยาสูบปากเข้าบำบัดมากกว่า 1 เดือน เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตภาพรวมของกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาวกลับสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาสูบปาก (ตาราง 2) อธิบายได้ว่า เนื่องจากฤทธิ์ในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ของทั้งสองรูปแบบไม่ใช่แบบเฉียบพลัน (fast action) แต่ต้องใช้ระยะเวลาเป็นเดือน (slow action) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้เริ่มใช้ยามาระยะหนึ่งแล้ว (3 – 4 เดือนขึ้นไป) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่ใช้ยาอาจไม่แปรผันตรงกับคุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกทางจิตวิทยาสังคมและอาการข้างเคียง อย่างไรก็ตาม ระดับการติดสารนิโคตินมีผลทางตรงกับคุณภาพชีวิตผู้รับการบำบัดดังที่กล่าวไปแล้ว

ประเด็นเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ยากับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีการศึกษาในด้านอื่นเช่นกัน ตัวอย่างคือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ใช้ยาเลิกบุหรี่กับสุขภาพของผู้ที่รับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาระบุว่า หากผู้ที่ได้รับการบำบัดจนครบระยะเวลาที่กำหนดไว้ (6 เดือน -1 ปี) ศักยภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายจะกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง เช่น ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ภาวะทางจิต เช่น วิตกกังวล เครียด (Tomioaka et al., 2014; Hassan et al., 2014)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาสูบปากมีความกังวลในหลายเรื่องเกี่ยวกับยาที่ใช้ เช่น ความกังวลเรื่องของการติดยา การรบกวนการทำงานจิตประจำวัน และอาการข้างเคียงของยาที่ใช้ อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาสูบปากมีระดับการติดสารนิโคตินสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาว ดังนั้นเมื่อ

ใช้น้ำยาสูบปากไประยะหนึ่ง อาจรู้สึกว่ายานี้ใช้ยังไม่ออกฤทธิ์หรือยังไม่เห็นฤทธิ์ของยาอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความกังวล ประกอบกับอาการข้างเคียงที่ปรากฏขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเชื่อว่ายาที่ใช้อาจยังไม่มีประสิทธิภาพไม่ดีพอ ทำให้ภาพรวมของคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ใช้ยาสูบปากต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาว นอกจากนี้ วิธีการใช้อาจเป็นอุปสรรคอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ใช้ เนื่องจากต้องมีขั้นตอนในการบ้วนน้ำยา และต้องพกติดตัวตลอดเวลา ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจส่งผลต่อทัศนคติของผู้ที่ใช้ยาสูบปาก ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวไม่ปรากฏกับกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาว อย่างไรก็ตาม น้ำยาสูบปาก (0.5% sodium nitrate) ถือเป็นทางเลือกที่ช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพหากใช้อย่างถูกวิธี ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาที่ผ่านมา (Hassan et al., 2014; Pantawean et al., 2012; สถาบันยาเสพติดติดยาเสพติด, 2545)

การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาวอยู่ในเกณฑ์ดี อาจเนื่องจากในปัจจุบันแนวโน้มของการนำเอาพืชสมุนไพรมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพค่อนข้างเป็นที่นิยม ซึ่งหญ้าดอกขาวเป็นพืชสมุนไพรที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดผู้ที่ต้องเลิกบุหรี่ เนื่องจากวิธีการใช้ที่ง่าย ไม่ว่าจะเป็นชาชง ลูกอม กาแฟผสม ประกอบกับการทำให้รสชาติน่ารับประทาน ทำให้ผลิตภัณฑ์หญ้าดอกขาวได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีในกลุ่มผู้รักสุขภาพ (วรารักษ์ และคณะ, 2546; มูลนิธิสุขภาพไทย, 1997; Lee et al., 2005) นอกจากนี้ ประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ก็ได้รับการพิสูจน์จากการศึกษามากมาย (Benjana kasakul, 2006; Haque et al., 2012; Mohd et al., 2011; Thaigarajan et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการใช้หญ้าดอกขาวยังมีให้เห็น เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะยาวของการใช้ เนื่องจากในปัจจุบันเราทราบอาการข้างเคียงของหญ้าดอกขาวที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง เช่น ทำให้ระดับ โปแตสเซียมเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ใจสั่น ปากแห้ง คอแห้ง ส่วนอาการข้างเคียงที่รุนแรงก็ตรวจพบในหนูทดลองเท่านั้น ซึ่งปริมาณสารสกัดในหญ้าดอกขาวต้องสูงมากพอที่ทำให้เกิดอาการ



ข้างเคียงที่รุนแรงได้ แต่ในระยะยาว ยังไม่มีการศึกษาที่สามารถยืนยันผลที่เกิดขึ้นของอาการข้างเคียงที่อาจมีการสะสมในร่างกายได้ (Lattha et al., 2010) ดังนั้นการใช้ยาอย่างถูกวิธีร่วมกับการปฏิบัติตามข้อบ่งใช้และข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยบางรายจึงมีความสำคัญ

หากพิจารณาคุณภาพชีวิตทั้งด้านจิตวิทยาสังคมและอาการข้างเคียงของยาของผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่กับแนวทางการบำบัด (Cessation treatments) พบว่าการบำบัดด้วยยาช่วยเลิกบุหรี่อันดับแรก (first line drugs) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพดีมาก (Lattha et al., 2010; วราภรณ์ พูลสวัสดิ์ และคณะ, 2546; สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2553) เนื่องจากยาอันดับแรก เช่น นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy) รวมถึงยากลุ่มบупอเฟลียน (bupropion) วาเรนิคลิน (varenicline) ออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการปรับพฤติกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการอยากสูบบุหรี่ เช่น เพื่อน สภาพแวดล้อมในบ้าน ความเครียด สังคมภายนอก อย่างไรก็ตาม ยาอันดับแรกยังมีราคาแพง และไม่ครอบคลุมกับผู้ป่วยบริการทุกราย โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สิทธิรักษาโรคประเภทบัตรทอง ดังนั้น ปัจจุบันจึงมีการนำยาอันดับสอง (second line drugs) มาใช้แทน เช่น คลอนิดิน (clonidine) นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) รวมถึงยาทางเลือกอื่นๆ เช่น หน้ำดอกขาว น้ำยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรด เป็นต้น ซึ่งยาอันดับสอง และยาทางเลือกอื่นๆ ราคาไม่แพง หาได้ง่าย แต่ฤทธิ์ในการช่วยเลิกบุหรือน้อยกว่ายาอันดับแรก และเหมาะสำหรับผู้ที่มีติดสารนิโคตินระดับต่ำ (โกวิท ยงวานิชกิจ, 2556; Fiore et al., 2008; Fant et al., 2009; Kroon, 2007) รวมทั้งข้อมูลบางอย่าง เช่น อาการข้างเคียงหรือผลกระทบต่อร่างกายเมื่อใช้เป็นระยะเวลานานๆ ยังไม่ชัดเจน ดังนั้น การเลือกใช้อันดับสองและยาทางเลือกอื่นๆ จำเป็นต้องใช้อย่างระมัดระวังและปฏิบัติตามข้อบ่งใช้เพื่อความปลอดภัย

หากพิจารณาผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์กับบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการให้การบำบัดรักษาและให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่กับผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ

อย่างใกล้ชิดเมื่อเทียบกับบุคลากรสาธารณสุขวิชาชีพอื่นๆ ทั้งนี้ ผู้มาขอรับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ อาจเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยโรคทั่วไป เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ และผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่โดยตรง ซึ่งหากผู้ป่วยต้องเลือกใช้อย่างใดในการช่วยเลิกบุหรี่ เช่น 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรด หรือชาชงหน้ำดอกขาว พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ความพร้อมด้านจิตใจ อาชีพ ความวิตกกังวลต่างๆ และต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาทั้ง 2 ชนิด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและร่วมกันวางแผนการใช้อย่างเหมาะสม การป้องกันอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่อาจเผชิญในช่วงเวลาที่เลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้การบำบัดเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวเป็นหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติที่พึงปฏิบัติ เนื่องจากกาติดตามผลการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ติดตามผลและวางแผนการบำบัดต่อไปจนครบระยะเวลา ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยพยาบาลวิชาชีพในการตัดสินใจวางแผนการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้รับบริการเพื่อเลิกบุหรี่ หากมีการส่งข้อมูลทางเลือก ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาทางเลือกทั้ง 2 ประเภท เพื่อให้การวางแผนการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ประสบผลสำเร็จปลอดภัยกับผู้รับบริการ โดยในปัจจุบันมีหน่วยงานภาครัฐที่จัดอบรมการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาทางเลือกให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมอบรม ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความรู้ ความชำนาญในการเลือกใช้อย่างถูกต้องเพื่อเลิกบุหรี่อย่างถูกต้อง

ถึงแม้ผลการศึกษาค้นคว้านี้เป็นประโยชน์ในหลายด้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ต้องได้รับการปรับปรุงต่อไป เช่น 1) ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่ยังมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในหลายเรื่อง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผลการศึกษาค้นคว้า 2) การศึกษาควรมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานของคุณภาพชีวิตก่อนและหลังจากได้รับการบำบัด เพื่อที่จะสามารถเปรียบเทียบได้อย่างถูกต้อง ชัดเจนมากขึ้น 3) การขยาย



พื้นที่ศึกษาเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและข้อมูลที่ได้สะท้อนผลการศึกษาได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ เนื่องจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่แตกต่างกันจะมีความหลากหลายเชิงกายภาพ การดำเนินชีวิต ลักษณะทางสังคมที่แตกต่างกันไป และ 4) การประเมินคุณภาพชีวิตควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ เช่น ประสิทธิภาพการรักษา ทัศนคติ และการดำเนินชีวิตหลังจากเลิกสูบบุหรี่ สุขภาวะหลังเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

สรุป

คุณภาพชีวิตด้านจิตวิทยาสังคม อาการข้างเคียงของยาที่ใช้ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ใช้ยาขงหญ้าดอกขาวสูงกว่าผู้ที่ใช้น้ำยาบัวบก 0.5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียมไนเตรด ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการบำบัดดูแลผู้ที่ต้องเลิกบุหรี่ต่อไป อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีความแตกต่างกันในคุณลักษณะพื้นฐานบางประการ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการออกแบบการศึกษาให้เหมาะสม ถูกต้อง และประเมินผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณที่มรพ.สต.บัววัดและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ทุกท่านที่ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณสมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ คณะเภสัชศาสตร์ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่สนับสนุนทั้งด้านกำลังคน เวลาในการทำการศึกษอย่างเต็มที่ สุดท้ายขอขอบคุณที่มนักวิจัยคลินิกฟ้าใส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีทุกท่านที่สละเวลา ความรู้ ความสามารถ งบประมาณ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดติดยาพิษ. (2555). *คำแนะนำการใช้ยาอมอดบุหรี่ [แผ่นพับ]*, กลุ่มงานเภสัชกรรม. สถาบันยาเสพติดติดยาพิษ. ปทุมธานี.
- โกวิท ยงวานิชจิต. (2556). *การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คู่มือการดูแลผู้ติดยาเสพติด*. ศูนย์บริการสาธารณสุข. สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด.
- จิรบูรณ์ โตสงวน, ณธรร ชัยยาคุณาพฤกษ์, และ ปราณ วาตวิท. (2554). *การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบทางด้านงบประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย: สถานงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*.
- วรารณ พูนสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, และ เนติ สุขสมบูรณ์. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- วรารณ พูนสวัสดิ์. (2546). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์กิจ. (2546). *บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ในหนังสือก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริการผู้ป่วยนอก (บุษบา จินดาวิจักขณ์, สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล, ปรีชา มณฑานติกุล และ เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ), พิมพ์ครั้งที่ 1, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), กรุงเทพมหานคร, หน้า 153-174.*
- สมหญิง พุ่มทอง. (2008). *ยาและการเข้าถึงยาเพื่อการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 3(2), 303-308.*



- สุขภาพดีด้วยสมุนไพรใกล้ตัว ชุดที่ 5. (1997). มุลนิธิสุขภาพไทย, โครงการสมุนไพรพึ่งตนเอง, ประพันธ์ สาสน์, หน้า 56-63.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2553). *คู่มือการรักษาโรคติดยาสูบเล่ม 2*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 2. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, หน้า 27-52.
- สารเสพติด. (2556). สำนักอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร. หน้า 80.
- American Psychiatric Association. (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl. October), 1-31.
- Benjanakasakul, P. *Effectiveness of Vernonia cinerea for Smoking Cessation*. Master Thesis, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, 2006.
- Fagerstrom, K. O. (1994). Combined use of nicotine replacement therapies. *Health Values*, 18, 15-20.
- Fant, R. V., Buchhalter, A. R., Buchman, A. C., Henningfield, J. E. (2009). Pharmacotherapy for Tobacco Dependence. In: Henningfield JE, London ED, Pogun S, eds. *Nicotine Psychopharmacology. Handbook of Experimental Pharmacology* 192. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., et al. (2008). Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. [cited 2015 October 21]. Available from: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15 & doc_id=12520 & string.
- Haque, A., Abdullah, C. S., Hassan, M. M., Parvin, M. N., Rafique, B., Mostofa, A. M. (2012). Evaluation of the Antioxidant and Anti-cholinesterase activities of the Stem, Barks and Leaves of the Plant *Vernonia cinerea* (Family: Asteraceae); *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 2(5), 174-176.
- Hassan, H. A., Aziz, N. A., Hassan, Y., Hassan, F. (2014). Does the duration of smoking cessation have an impact hospital admission and health-related quality of life amongst COPD patients?. *International Journal of COPD*, 9, 493-499.
- Hoffmann, D., Wynder, E.L. (1967). The reduction of the tumorigenicity of cigarette smoke condensate by addition of sodium nitrate to tobacco. *Cancer Research*, 27(1), 172-174.
- Kroon, L. A. (2007). Drug interactions with smoking. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64, 1917-1921.
- Latha, L. Y., Darah, I., Jain, K., Sasidharan, S. (2010). Toxicity of *Vernonia cinerea*. *Pharmaceutical Biology*, 48, 101-104.
- Lee, H. J., Lee, J.H. (2005). Effects of medicinal herb tea on the smoking cessation and reducing smoking withdrawal symptoms. *The American Journal of Chinese Medicine*, 33(1), 127-138.
- Leelarungrayub, D., Pratanaphon, S., Pothongsunun, P., Sriboonreung, T., Yankai, A., Bloomer, R. J. (2010). *Vernonia cinerea* Less. supplementation and strenuous exercise reduce smoking rate: relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 7 (21), 1-10.
- Martinez, J.A., Mota, G.A., Vianna, E.S., Filho, J.T., Silva, G.A., et al. (2004). Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest*, 125, 425-428.



- Mohd, S., Rizvi, D., Biswas, D., Arif, J.M., Zeeshan, M. (2011). In vitro antibacterial and antioxidant potential of leaf extracts and flower extracts of *Vernonia cinerea* and its phytochemical constituents. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 9(2), ISSN 0976 – 044X.
- Murawski, M. M., Bentley, J. P. (2001). Pharmaceutical therapy-related quality of life: Conceptual development. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 18, 2-14.
- Pantaewan, P., Kengganpanich, M., Tanasugarn, C., Tansakul, S., Termsirikulchai, L., Nityasuddhi, L. (2012). Three intervention levels for improving smoking behavior among royal Thai army conscripts. *South East Asia Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 43(4), 1018-1024.
- Spector, P. E. (1992). *Summated Rating Scale Construction: An Introduction*, 1st ed., Sage, Newbury Park.
- Srithongdang, P., Sriraptawee, N., Nonboon, W., Phosrithong, N., Chitvanich, O. (2013). Formulation and Evaluation of *Vernonia cinerea* Less. Mouthwash for Smoking Cessation. *The Journal of Interdisciplinary Networks*, 2(1), 50-58.
- Tandon, M., Shukla, Y. N. (1995). Some chemical constituents from *Vernonia cinerea*. *Indian Drugs*, 32, 132-133.
- Taspinar, B., Taspinar, F., Aksoy, C. C., Afsar, E. (2014). Investigation of the Effects of Nicotine Dependence Levels on Quality of Life and Depressive Symptoms. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 5(4), 1-5.
- Thiagarajan, V.R., Shanmugam, P., Krishna, U.M., Muthuraman, A. (2014). Ameliorative potential of *Vernonia cinerea* on chronic constriction injury of sciatic nerve induced neuropathic pain in rats; *Anais da Academia Brasileira de Ciencias*, 9, 1.
- Tomioka, H., Sekiya, R., Nishio, C., Ishimoto, G. (2014). Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of life. *BMJ Open Respiratory Research*, 1, 1-10.
- U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline* (AHRQ Publication No.00-0032), Rockville MD.
- Wilson, D., Parsons, J., Wakefield, M. (1999). The health-related quality-of life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Preventive Medicine*, 29, 139-144.
- Wongwiwatthananut, S., Benjanakaskul, P., Songsak, T., Suwanamajo, S., Verachai, V. (2009). Efficacy of *Vernonia Cinerea* for smoking cessation. *Journal of Health Research*, 23(1), 31-36.
- Wongwiwatthananut, S., Upakorn, S.D., Naktuan, T. (2009). Development and Testing of Thai Smoking Cessation Pharmaceutical Therapy-Related Quality of Life Assessment Instrument. *Thai Journal of Pharmaceutical Science*, 29 (1-2), 43-57.
- Zhu, H. X., Tang, Y.P., Pan, L.M., Min, Z.D. (2008). Studies on bioactive constituents of whole herbs of *Vernonia cinerea*. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*, 33, 1986-1988.