

## ผลของโปรแกรมการอดบุหรี่ด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลอุดรธานี

จิระภา พันธุเศรษฐ์ พบ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว , กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี  
ณัฐภัทร มินชัยนันท์ พบ., แอลฟาเมดิคอลคลินิก

### บทคัดย่อ

โรงพยาบาลอุดรธานีมีคลินิกอดบุหรี่ ภายใต้การดูแลของคลินิกการแพทย์แผนไทยเป็นหลัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมาปรึกษาต่อจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกการแพทย์แผนไทยให้การรักษาการอดบุหรี่ด้วยการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้สมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาว สมุนไพรอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบผลของโปรแกรมอดบุหรี่ด้วยการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้สมุนไพรไทยในการลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยคลินิกอดบุหรี่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณาย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่โดยแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลอุดรธานี ในพ.ศ. 2567 จำนวน 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของความสำเร็จของการอดบุหรี่

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 55 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.5 อายุเฉลี่ย  $51.1 \pm 11.5$  ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 72.7 ได้รับการรักษาจากคลินิกอดบุหรี่ด้วยแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจทุกราย ได้รับชาชงหญ้าดอกขาวเพื่อลดความอยากบุหรี่ร่วมด้วยร้อยละ 81.8 ได้รับยาอมมะแว้งเพื่อบรรเทาอาการไอจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.4 ผลของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 21.8, ผู้ที่เลิกไม่ได้แต่สูบลดลง พบมากถึงร้อยละ 61.8 แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังสูบบุหรี่เท่าเดิม ร้อยละ 16.4

สรุป โปรแกรมอดบุหรี่ด้วยการแพทย์แผนไทย ด้วยการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเข้าใจความรู้สึกอยากที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้สมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาวช่วยให้อยากบุหรี่ยลดลง สามารถช่วยให้ลดการสูบบุหรี่ ร้อยละ 61.8 และเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 21.8

**คำสำคัญ :** โปรแกรมเลิกบุหรี่ ชาชงหญ้าดอกขาว การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

**Effect of Smoking Cessation Programs Using Thai Traditional Medicine in Udon Thani Hospital.**

Jirapa Panthusait MD., Diploma of the Thai Board of Family Medicine, Thai traditional and alternative medicine department, Udon Thani hospital.

Natthapat Minchaiyunt MD., Alpha Medical clinic

**Abstract**

The Udon Thani Hospital provides a smoking cessation clinic, which is mainly supervised by the Thai traditional medicine clinic. Most of the patients were referred for consultation from non-communicable disease clinic, and considered in stage of change are pre-contemplation. The Thai traditional medicine clinic provides treatment using motivation interview and herbal formulas; little iron weed (*Vernonia cinerea*(L.)) to support smoking cessation . Objective of this retrospective descriptive study aimed to evaluate the effect of smoking cessation program using motivation interview combined with herbal medicine. Data were collected from medical record of 55 pateints visiting smoking cessation clinic by Thai traditional medicine clinic at Udon Thani hospital in 2024. Descriptive statistics were used to analyze the results of the program and using the percentage of smoking cessation success.

Study results: Among 55 patient, majority were male 94.5%, averaged age were 51.1±11.5 years old , they were diagnosed diabetes pateints 72.7% .All of them received treatment for the smoking cessation using motivation interview. 81.8% also received *Vernonia cinerea* (L.) to reducing craving , 56.4% received Ma-wang lozenges to relieve coughing. This approach led to 21.8% of participants successfully quit smoking 61.8% reduced their smoking, and 16.4% maintaining their previous smoking habits.

Conclusion: The smoking cessation program using motivation interview and herbal remedies was effective in helping participants quit smoking. Additionally, the use of *Vernonia cinerea*(L.) contributed to reducing cigarettes cravings. This approach led to 21.8% of participants successfully quit smoking, 61.8% reduced their smoking.

**Keywords:** smoking cessation program, little iron weed, *Vernonia cinerea*(L.), motivation interview

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ต่างๆ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) ซึ่งเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2565 ระบุว่า ผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคนในประเทศไทย เป็นพฤติกรรมที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มคนหนุ่มสาว<sup>1</sup> NCDs เป็นปัญหาสุขภาพสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยด้วยโรค NCDs นอกจากจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาแล้ว ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคคร่ำครวญ เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินไปของโรคที่เป็นอยู่แย่ลงกว่าเดิม รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 โดยมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.5 เฉลี่ยวันละ 9.7 มวน เพศหญิงสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.8 เฉลี่ยวันละ 5.7 มวน ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 13.5 คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 30 วัน และ ร้อยละ 38.6 ไม่คิดจะเลิก<sup>2</sup>

การสูบบุหรี่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ ทั้งตัวผู้สูบบุหรี่เองและคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ การสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อันเป็นผลเนื่องมาจากควันจากการสูบบุหรี่ เพราะในควันบุหรี่มีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของคนอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น น้ำมันทาร์ (Tar) ,สารไนโตรซามีน(nitrosamine), แคดเมียม (Cadmium) ตัวอย่างผลกระทบต่อนักสูบบุหรี่ในระยะสั้น เช่น ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) ในปอดและในกระแสเลือดสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้นและมีผลกระทบ ในระยะยาว เช่น โรคมะเร็งปอด กล้องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>3</sup> รวมถึงภาวะการติดนิโคติน<sup>4</sup> โดยพบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆมากกว่า 25 ชนิด ทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นเป็น 2 เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 6 เท่า

และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 10 เท่า การสูบบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่อายุสั้นลงโดยเฉลี่ย 5-8 ปี และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี<sup>3</sup>

การศึกษาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557<sup>5</sup> พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่ประเภทของที่ผลิตในประเทศ ร้อยละ 61.6 ปริมาณจำนวนสูบเฉลี่ย 9.6 มวนต่อวัน นอกจากนี้พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่อยากเลิกบุหรี่ ร้อยละ 74.1 สาเหตุที่อยากเลิกบุหรี่สูงสุดคือ เป็นห่วงสุขภาพของตนเองหรือคนรอบข้าง ร้อยละ 59.6 มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่พยายามเลิกบุหรี่ ร้อยละ 70.3 โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จว่า ไม่สามารถควบคุมการอยากสูบบุหรี่ได้ อธิบายว่าหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ 3 วัน สารนิโคตินจะไม่เหลือในร่างกาย ทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินเป็นช่วงวิกฤต เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กระวนกระวาย หงุดหงิด เป็นระยะที่ยากที่สุดในการเลิกบุหรี่ ทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีก<sup>4</sup> ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่สำหรับ วัยทำงาน จากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เพราะอยากลอง ร้อยละ 50.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่า การเลิกบุหรี่ต้องทำอะไร ร้อยละ 56.0 แต่ไม่สามารถเลิกได้เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มากพอหรือสูบบานานแล้วจนไม่สามารถเลิกได้<sup>6</sup>

ในปัจจุบันมีหลายวิธีในการช่วยผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่<sup>6</sup> ได้แก่ การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการขาดนิโคติน(nicotine replacement therapy) เช่น ยานิโคตินสเปรย์ แผ่นนิโคตินแปะ หมากฝรั่งนิโคติน และยาที่มีฤทธิ์ช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ เช่น บูโพรพิออน (Bupropion) วาเรนิคลิน (Varenicline) ไซทิสีน (Cytisine) ซึ่งเป็นยาทางจิตเวชช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบางกรณี แต่มีข้อจำกัด เช่น อาการข้างเคียงจากยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงเกินไป ทางเลือกหนึ่งที่มีความน่าสนใจคือ การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการช่วยเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นการใช้วิถีธรรมชาติและการบำบัดที่อาศัยสมุนไพรไทย การนวดกดจุดสะท้อนเท้า(reflexology) การฝังเข็ม(acupuncture) และการใช้เทคนิคการฝึกจิตสมาธิ(meditation) และอื่นๆ รวมถึงสมุนไพร สมุนไพรไทยที่นิยมนำมาใช้ในการอดบุหรี่ เช่น มะนาว เป็นผลไม้มรส

เปรี้ยวในครัวเรือน โดยการผ่านมะนาวทั้งเปลือกเป็นชิ้นเล็กๆ เคี้ยวแล้วคายออกเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่<sup>7</sup>, หญ้าดอกขาว (little ironweed หรือ ash-coloured flea-bane) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia cinerea*(L.) ซึ่งเป็นสมุนไพรหายากหนึ่งในบัญชียาหลักแห่งชาติ<sup>8</sup> มีชื่อเรียกแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น เช่น หญ้าสามวัน หญ้าหมอน้อย หญ้าละออง ม่านพระอินทร์ หรือถั่วสะเดิน<sup>9</sup> หญ้าดอกขาวมีสารต้านอนุมูลอิสระค่อนข้างสูง มีสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ (flavonoids), เทอร์ปีน (terpene), สเตอรอล (sterol) และสารกลุ่มไกลโคไซด์ (glycosides) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ลิ้นฝาดหรือชา ช่วยลดความอยากสูบบุหรี่<sup>8-9</sup> การศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมของ Wongwiwatthananut et al<sup>10</sup> ทำการเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวกับยาหลอก(ซาไบน์) ในรูปแบบชาชงในผู้ป่วยนอกที่รับการบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โดยดื่มชาชงหญ้าดอกขาวหรือชาชงหลอกวันละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 14 วัน พบว่า กลุ่มผู้ที่ใช้ชาชงหญ้าดอกขาวสามารถช่วยลดการสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอก โดยอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องตลอดช่วง 12 สัปดาห์ของผู้ที่ดื่มชาชงหญ้าดอกขาวอยู่ที่ร้อยละ 28.1 ขณะที่อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องภายใน 12 สัปดาห์ของผู้ที่ดื่มชาชงหลอกอยู่ที่ร้อยละ 12.5 ( $p=0.12$ )<sup>10</sup> และหลังจากดื่มชาชงหญ้าดอกขาวแล้วไปสูบบุหรี่ พบว่ารสชาติบุหรี่เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ จนทำให้ไม่รู้สึกริกลอยอยากสูบบุหรี่ อาจมีอาการไม่พึงประสงค์อย่างเช่น ปากแห้ง คอแห้ง และมีข้อควรระวัง คือ การใช้ในผู้ที่เป็โรคหัวใจ และโรคไต จึงควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ เนื่องจากชาหญ้าดอกขาวมีสารโพแทสเซียม (potassium) ปริมาณที่สูงอาจส่งผลให้อาการของโรคกำเริบได้<sup>9-11</sup>

การเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการที่ทำหาย เนื่องจากบุหรี่ยามีสารนิโคตินที่สามารถทำให้เกิดการติดสารและติดเป็นนิสัย ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ต้องเผชิญกับอาการขาดนิโคตินที่ทำให้ยากต่อการเลิกสูบบุหรี่<sup>4,12</sup> การเลิกสูบบุหรี่ต้องใช้แรงจูงใจจากตัวบุคคล แต่บางรายต้องอาศัยการรักษาและการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อให้สามารถเลิกได้สำเร็จ<sup>12</sup> การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick (1991)<sup>13</sup> ใช้แพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และบริการปฐมภูมิ เพื่อ

ช่วยเหลือสนับสนุนผู้รับบริการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและในการแก้ปัญหา มีข้อความที่จูงใจตนเอง (self-motivational statement; SMS) อันได้แก่ การตระหนักในปัญหา (problem recognition) ความกังวลกับปัญหาการติดยาเสพติด (concern) ความตั้งใจที่จะเลิก (intention to change) และทัศนคติที่ดีต่อการเลิกยาเสพติด (optimism for change) ผ่านการให้คำปรึกษาอย่างย่อ อันประกอบด้วย 5A คือ ask, advice, assess, assist และ arrange<sup>13-14</sup> การศึกษาวิจัยของ มุกดา ไชยมโน เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มร่วมกับการดื่มชาหญ้าดอกขาวกับการดื่มชาหญ้าดอกขาวอย่างเดียว ต่อการสูบบุหรี่ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างได้แก่คนงาน จำนวน 16 คน ผลการวิจัยแสดงว่าคนงานทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตามผลคนงานทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 วิธี พบว่า คนงานทั้ง 2 กลุ่มมีการสูบบุหรี่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน<sup>15</sup>

โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก โดยผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด รวมถึงผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่วมกับใช้สารเสพติดอื่น จะอยู่ภายใต้การดูแลของแผนกจิตเวช ส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวโดยไม่ใช้สารเสพติดอื่น จะอยู่ภายใต้การดูแลของคลินิกอดบุหรี่ด้วยการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เส้นเลือดสมองและหัวใจได้มากขึ้น<sup>3</sup> จึงถูกส่งปรึกษาคลินิกอดบุหรี่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ในคลินิกการแพทย์แผนไทย โดยใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคล<sup>13-14</sup> เป็นหลัก ร่วมกับการจ่ายยาสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาวซึ่งอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ<sup>8</sup> ซึ่งมีต้นทุนต่ำ<sup>9-11</sup> อีกทั้งโรงพยาบาลอุดรธานีสามารถผลิตยาได้เอง ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาผลการรักษาด้วยการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคลร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรไทยในผู้ป่วยจังหวัดอุดรธานี จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

## วัตถุประสงค์

เพื่อทราบผลของโปรแกรมอดบุหรี่ด้วยการสนทนา เพื่อสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้สมุนไพรไทยในการลดการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลอุดรธานี

## คำนิยาม

1. โปรแกรมอดบุหรี่ (smoking cessation program) คือ กระบวนการที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ของคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคล และอาจเสริมการใช้ยาลดความอยากบุหรี่ เป็นสมุนไพรชาชงหญ้าดอกขาวเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จง่ายขึ้น เสริมยาอมมะแว้งหรือยาแก้ไอผสมมะขามป้อมในบางรายที่มีอาการไอเพื่อบรรเทาอาการไอ ติดตามโดยการนัดติดตามอาการทุก 1 เดือน จนเลิกบุหรี่หรือไม่เกิน 3 เดือน

2. ชาชงหญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*(L.)) เป็นยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ<sup>8</sup> ที่ช่วยลดความอยากในการสูบบุหรี่ ในรูปแบบชาชง(herbal infusion) ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้หญ้าดอกขาวแห้งบดหยาบบรรจุถุง ปริมาณ 2 กรัม ต่อน้ำร้อน 120-200 มิลลิลิตร แช่ไว้ 5-10 นาที ดื่มหลังอาหารทันที วันละ 3 ครั้ง<sup>7</sup>

3. การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation interview)<sup>13-14</sup> เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick (1991)<sup>13</sup> ได้รับการออกแบบเพื่อช่วยให้คู่สนทนาค้นหาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิธีการดำเนินชีวิตโดยกลไกการสร้างแรงจูงใจภายในและการกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่น ประกอบด้วย 5A คือ ask ถามแรงจูงใจที่เข้ามาคลินิก ทศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, assess ประเมินปริมาณการสูบ ความหนักในการติดบุหรี่ เคยพยายามหยุดสูบบาก่อนหรือไม่, advise แนะนำให้ทราบถึงข้อดีข้อเสียที่จะเกิดขึ้นหากเลิกสูบบุหรี่ ชวนตั้งเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่, assist การช่วยเหลือให้คำแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ และ arrange การติดตามผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้สนทนาสร้างแรงจูงใจรายบุคคล แต่ละรายใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที/ครั้ง นัดติดตามและสนทนาสร้างแรงจูงใจเดือนละ 1 ครั้ง

4. การแนะนำให้อดบุหรี่ สามารถแบ่งผู้สูบบุหรี่ออกเป็น 5 ระยะ<sup>16-17</sup> คือ

(1) pre-contemplation stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ยังไม่คิดอยากจะเลิกสูบบุหรี่ จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะนี้ประมาณร้อยละ 40

(2) contemplation stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่คิดอยากจะเลิกสูบบุหรี่ ในขั้นตอนนี้ควรสนับสนุนและแนะนำให้เกิดความตระหนักถึงโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และทำให้ผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ไม่ใช่เรื่องยากและแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ของการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวขณะเลิกสูบบุหรี่ มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะนี้ร้อยละ 40

(3) preparation stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เริ่มเตรียมพร้อมสำหรับการเลิกสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่อาจจะเริ่มกำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือเริ่มลดจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลง มีผู้สูบบุหรี่ในระยะนี้ร้อยละ 20

(4) action stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ลงมือเลิกสูบบุหรี่ เราจะต้องให้กำลังใจและบอกถึงอาการที่อาจจะเกิดขึ้นขณะเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะอาการขาดนิโคติน ผู้สูบบุหรี่อาจจะหันกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้ใน 2-3 วันหรือสัปดาห์

(5) maintenance stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้นานจนถึง 6 เดือน จึงต้องคอยให้กำลังใจและให้คำแนะนำเป็นระยะ เพื่อป้องกันการการกลับไปสูบบุหรี่

โดยทั่วไปผู้สูบบุหรี่อาจต้องใช้ความพยายามเลิกสูบบุหรี่อย่างน้อย 3-4 ครั้ง<sup>16-17</sup> มีการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 69.7 พยายามเลิกสูบ 1-2 ครั้ง และร้อยละ 29.8 พยายามเลิกสูบ 3-4 ครั้ง<sup>18</sup> ซึ่งบางรายอาจใช้เวลาเป็นปีถึงจะเลิกได้สำเร็จ<sup>16-17</sup> สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะสั้น ติดตามผล 3 เดือน(หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ก่อนครบ 3 เดือน หยุดติดตามก่อนครบ 3 เดือน)

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพรรณาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ศึกษาในผู้ที่เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567 ที่สามารถติดตามได้ทุก 1 เดือนจนถึง 3 เดือน(หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ก่อนครบ 3 เดือน หยุดติดตามก่อนครบ 3 เดือน)และมีข้อมูลบันทึกการติดตามที่สมบูรณ์ โดยศึกษาผลของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรักษาด้วยสมุนไพรไทย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567 มีจำนวน 67 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ สืบบุหรีต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน มีข้อมูลบันทึกการติดตามที่สมบูรณ์ จำนวน 55 คน

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตเสื่อมตั้งแต่ระดับ 3b ขึ้นไป หรือมีค่า GFR ต่ำกว่า 45 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิว 1.73 ตารางเมตร 2) มีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะทางจิตหรือโรคทางจิต

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียน ผู้ที่มารับบริการอดบุหรี คลินิกการแพทย์แผนไทย ที่ใช้โปรแกรมการอดบุหรี ซึ่งประกอบด้วย การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคล อาจเสริมการใช้ชาชงหลอดดอกขาวเพื่อลดความอยากบุหรี และการใช้ยาบรรเทาอาการไอ ในรายที่มีอาการไอร่วมด้วย เก็บข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของทางโรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ(ปี) โรคประจำตัว สาเหตุที่มักสูบบุหรีที่สูบ ประวัติการเคยเลิกสูบบุหรีก่อนหน้านี้ครั้งนี้ ปริมาณการสูบบุหรี(มวนต่อวัน) ยาสมุนไพรที่ใช้ในการร่วมรักษา ผลการติดตามการเลิกสูบบุหรีการติดตามการสูบบุหรีที่ 1 เดือนในครั้งแรกและพิจารณาติดตามเพิ่มทุกเดือน ในรายที่ยังประสงค์จะเลิกบุหรีแต่ยังเลิกไม่ได้ แต่ไม่เกิน 3 เดือน เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี มีตัวแปรผลลัพธ์ เป็นสัดส่วน โดยระบุว่าเลิกบุหรีได้ ยังเลิกไม่ได้ จำแนกเป็นสูบลดลงหรือ ยังคงสูบบุหรีเท่าเดิม

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เมื่อโครงการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำการสืบค้นรายชื่อผู้รับบริการจากสมุดบันทึกผู้รับบริการอดบุหรีที่คลินิกการแพทย์แผนไทยและ

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของทางโรงพยาบาล

2. เก็บข้อมูลทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์บันทึกโดยแพทย์แผนไทยในคลินิกอดบุหรีบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล

3. รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสรุปและวิเคราะห์ผล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ สรุปผลการวิจัย และจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 10/2568 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยคลินิกอดบุหรี ด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุดรธานี ที่มารับบริการในช่วง มกราคม ถึง ธันวาคม 2567 มีจำนวน 67 ราย ไม่มาติดตามการรักษาและไม่สามารถติดต่อได้ 8 ราย ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 4 ราย เหลือข้อมูลที่ใช้การศึกษาทั้งสิ้น 55 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.5 อายุเฉลี่ย  $51.1 \pm 11.5$  ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยพบเบาหวานมากถึงร้อยละ 72.7 ผู้รับบริการใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)มากที่สุด ส่วนมากเป็นผู้รับบริการที่แพทย์อายุรกรรมส่งมาปรึกษาเพื่อรับการอดบุหรี ร้อยละ 67.3 ผู้ป่วย 14 รายเริ่มมีอาการไอ เหนื่อยง่าย จึงมาปรึกษา(ร้อยละ 25.5) มี 4 รายที่ต้องการอดบุหรีเอง (ร้อยละ 7.3) สาเหตุที่มักสูบบุหรี คือ ความเคยชินในการสูบบุหรีหลังอาหาร (ร้อยละ 69.11) ผู้รับบริการไม่เคยเลิกสูบบาก่อน (ร้อยละ 69.1) การรักษาที่ได้รับจากการแพทย์แผนไทย ทุกรายได้รับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ(ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยชาชงหลอดดอกขาวร่วมกับการให้คำแนะนำ(ร้อยละ 81.8) บางรายได้รับยากลุ่มบรรเทาอาการไอร่วมด้วย(ร้อยละ 61.8) โดยเป็นชนิดยาอมมะแว้ง (ร้อยละ 56.4) ผลการประเมินหลัง 3 เดือน พบว่าผู้รับบริการเลิกสูบ ร้อยละ 21.8 สูบลดลง ร้อยละ 61.8

และสูบท่าเดิม ร้อยละ 16.4 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยไม่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาวเพื่อลดความอยากบุหรี่จำนวน 10 คน เลิกสูบบุหรี่ 5 คน (ร้อยละ 50.0) สูบลดลง 2 คน (ร้อยละ 20.0) และสูบท่าเดิม 3 คน (ร้อยละ 30.0) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการสูบบุหรี่ (N= 55 )

| ข้อมูล                           | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
|----------------------------------|-------------------|
| <b>I ข้อมูลทั่วไป</b>            |                   |
| <b>เพศ</b>                       |                   |
| ชาย                              | 52 (94.5)         |
| หญิง                             | 3 (5.5)           |
| <b>อายุ (ปี) X ± SD</b>          |                   |
| 20-30                            | 2 (3.6)           |
| 31-40                            | 8 (14.5)          |
| 41-50                            | 17 (30.9)         |
| 51-60                            | 15 (27.3)         |
| มากกว่า 60                       | 13 (23.6)         |
| <b>โรคประจำตัว</b>               |                   |
| ไม่มี                            | 7 (12.7)          |
| มี (บางรายมีมากกว่า 1 โรค)       | 48 (87.3)         |
| - เบาหวาน                        | 40 (72.7)         |
| - ความดันโลหิตสูง                | 31 (56.4)         |
| - ไขมันในเลือดสูง                | 26 (47.3)         |
| - หัวใจ                          | 6 (10.9)          |
| - เกาต์                          | 2 (3.6)           |
| - ไตเสื่อม                       | 2 (3.6)           |
| <b>สิทธิการรักษา</b>             |                   |
| บัตรทอง                          | 38 (69.1)         |
| ประกันสังคม                      | 10 (18.2)         |
| โครงการ/จ่ายตรง                  | 6 (10.9)          |
| ชำระเงินเอง                      | 1 (1.8)           |
| <b>สาเหตุการมาคลินิกอดบุหรี่</b> |                   |
| ส่งปรึกษาจากแผนกอื่น             | 37(67.3)          |
| มีอาการ ไอ เหนื่อยง่าย           | 14(25.5)          |
| ต้องการเลิกเอง                   | 4(7.3)            |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการสูบบุหรี่ (N= 55 คน) (ต่อ)

| ข้อมูล                                        | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| <b>II. ข้อมูลการสูบบุหรี่</b>                 |                   |
| <b>ประเภทบุหรี่ที่สูบ</b>                     |                   |
| บุหรี่ซอง                                     | 49 (89.1)         |
| บุหรีมวนเอง                                   | 4 (7.3)           |
| ทั้งบุหรีซองและมวนเอง                         | 2 (3.6)           |
| <b>สาเหตุที่มักสูบบุหรี่</b>                  |                   |
| สูบบุหรี่หลังรับประทานอาหาร                   | 38 (69.1)         |
| สูบบุหรี่เพราะเพื่อนและสังคม                  | 10 (18.2)         |
| สูบบุหรี่เพราะเครียด                          | 7 (12.7)          |
| <b>ประวัติการเลิกบุหรี</b>                    |                   |
| ไม่เคยเลิกสูบบมาก่อน                          | 38 (69.1)         |
| เคยเลิกสูบบมาก่อน                             | 17 (30.9)         |
| <b>การรักษาที่ได้รับจากการแพทย์แผนไทย</b>     |                   |
| <b>(บางรายได้รับมากกว่า 1 วิธี)</b>           |                   |
| สนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ                       | 55 (100.0)        |
| ยาลดความอยากบุหรี                             | 45 (81.8)         |
| -ชาชงหญ้าดอกขาว                               | 45 (81.8)         |
| ยาเสริมลดอาการไอ                              | 34 (61.8)         |
| -ยาอมมะแว้ง                                   | 31 (56.4)         |
| -ยาแก้ไอมะขามป้อม                             | 3 (5.5)           |
| <b>การรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมจากโปรแกรม</b>   |                   |
| <b>สนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ</b>                |                   |
| ชาชงหญ้าดอกขาวเพิ่มอย่างเดียว                 | 17 (30.9)         |
| ยาอมมะแว้งเพิ่มอย่างเดียว                     | 6 (10.9)          |
| ชาชงหญ้าดอกขาว + ยาอมมะแว้ง                   | 25(45.5)          |
| ชาชงหญ้าดอกขาว + ยาแก้ไอมะขามป้อม             | 3(5.5)            |
| <b>จำนวนบุหรีที่สูบก่อนได้รับการรักษาด้วย</b> |                   |
| <b>แพทย์แผนไทย (มานต่อวัน)</b>                |                   |
| น้อยกว่า 11                                   | 34 (61.8)         |
| 11-20                                         | 17 (30.9)         |
| 21-30                                         | 3 (5.5)           |
| มากกว่า 30                                    | 1 (1.8)           |

**ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการสูบบุหรี่ (N= 55 คน) (ต่อ)**

| ข้อมูล                                                                                    | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>จำนวนบุหรี่ที่สูบหลังได้รับการรักษา<br/>(มวนต่อวัน)</b>                                |                   |
| 0 (ไม่สูบ)                                                                                | 12 (21.8)         |
| น้อยกว่า 11                                                                               | 36 (65.5)         |
| 11-20                                                                                     | 7 (12.7)          |
| <b>การเลิกสูบบุหรี่หลังเข้าโปรแกรมภายใน 3 เดือน</b>                                       |                   |
| เลิกได้                                                                                   | 12 (21.8)         |
| เลิกไม่ได้                                                                                | 43 (78.2)         |
| - สูบลดลง                                                                                 | 34 (61.8)         |
| - สูบเท่าเดิม                                                                             | 9 (16.4)          |
| <b>การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่ได้รับโปรแกรมสนทนา<br/>เพื่อสร้างแรงจูงใจอย่างเดียว (n=10)</b> |                   |
| เลิกได้                                                                                   | 5(50.0)           |
| เลิกไม่ได้                                                                                | 5(50.0)           |
| - สูบลดลง                                                                                 | 2(20.0)           |
| - สูบเท่าเดิม                                                                             | 3(30.0)           |

### อภิปรายผลการศึกษา

ผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ ด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุดรธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>7,10-11,15</sup> อายุเฉลี่ย 51.1 ปี อายุเฉลี่ยมากกว่าการศึกษาของจารุณี สุธรรมวงศ์และคณะที่มีอายุเฉลี่ย 36.6 ปี<sup>18</sup> การศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่จากความเคยชินหลังรับประทานอาหาร(ร้อยละ 69.1)และความเครียด (ร้อยละ 12.7) ซึ่งการเลิกบุหรี่จะต้องสำรวจว่ามีกิจกรรมใดที่ทำร่วมกับการสูบบุหรี่จะได้ระมัดระวังไม่สูบบุหรี่ในกิจกรรมนั้นๆ อีกทั้งมีข้อมูลว่าการสูบบุหรี่พบมากขึ้นในวัยรุ่น<sup>2</sup> โดยพบว่าเริ่มสูบจากเพื่อนชักชวน<sup>18</sup> ซึ่งการป้องกันการสูบบุหรี่จะต้องให้ความรู้เพื่อให้ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ หรือควรกระตุ้นให้วัยรุ่นรวมกลุ่มกันลด ละ เลิกบุหรี่ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มากขึ้น คลินิกอดบุหรี่ด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุดรธานี จัดให้มีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เสนอทางเลือกช่วยใน

การอดบุหรี่ด้วยการใช้สมุนไพรชาขิงชาขมิ้นดอกขาวเพื่อหวังให้อาสาสมัครลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายยิ่งขึ้นและเสริมยาสมุนไพรกลุ่มบรรเทาอาการไอ ทำการติดตามการสูบบุหรี่ที่ 1 เดือน ในครั้งแรกและพิจารณาติดตามเดือนละครั้งในรายที่ยังประสงค์จะเลิกบุหรี่แต่ยังเลิกไม่ได้ แต่ไม่เกิน 3 เดือนตามขั้นตอน 5A คือ ask, advice, assess, assist และ arrange<sup>13-14</sup> พบว่าทำให้ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ร้อยละ 21.8 ต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้า เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช(ร้อยละ 31.90)<sup>19</sup> การศึกษาของจารุณี สุธรรมวงศ์และคณะ (ร้อยละ 32.23)<sup>18</sup> งานวิจัยของ Wongwiwatthanakul et al ที่พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ผู้ที่ดื่มชาขิงชาขมิ้นดอกขาวอยู่ที่ร้อยละ 28.1 ขณะที่อัตราการเลิกบุหรี่ผู้ที่ดื่มชาขิงชาขมิ้นดอกขาว(ชาใบหม่อน) อยู่ที่ร้อยละ 12.5<sup>10</sup> งานวิจัยของปรีดี บุญญศิริขัตและคณะ ทำที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในกลุ่มทดลองร้อยละ 25.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 7.5<sup>20</sup> อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่(ร้อยละ 67.3) ได้รับการส่งต่อมาปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมให้มาเข้าโปรแกรมอดบุหรี่เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ในโรค NCDs ที่ผู้รับบริการมีโรคประจำตัวอยู่ไม่ใช่ความสมัครใจโดยตรงของอาสาสมัครจัดเป็นขั้นตอน pre-contemplation<sup>16-17</sup> ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบวิธีการอดบุหรี่ แต่ไม่มีแรงจูงใจที่มากเพียงพอให้เลิกสูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่พบทั่วทั้งในประเทศและต่างประเทศที่อาสาสมัครมีความสมัครใจในการทดลอง<sup>10,18-21</sup> จึงต้องมีการกระตุ้นทางโทรศัพท์เพื่อให้มาติดตามอาการตามนัด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มาจากคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าและมีการรับรู้ มีแรงจูงใจและความรู้มากกว่าคนไข้ที่มาจากคลินิกยาเสพติด<sup>18</sup> จึงน่าจะเกิดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่า

เมื่อพิจารณาด้านการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจพบว่าสามารถช่วยในการเลิกบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร กิจไพบุลย์ทวีและคณะ<sup>22</sup> ที่ทำการศึกษแบบควบคุมเชิงสุ่มเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาอมเม็ดแข็งหุ้มยาชาขิงชาขมิ้นดอกขาวร่วมกับให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร ในอาสาสมัคร 67 ราย ที่มารับการรักษาด้วยความสมัครใจในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยให้รับยาอมเม็ดแข็งหุ้มยาชาขิงชาขมิ้นดอกขาวหรือยาหลอกเป็นเวลา 4

สัปดาห์ โดยให้ห่มวันละ 3 ครั้ง ให้คำปรึกษารายบุคคลในสัปดาห์ที่ 0, 1, 2, 4, 8 และ 12 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วัน ก่อนการประเมินผล (7-days point prevalence abstinence rates; PAR) ในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 38.2) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 27.3) และอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rates; CARs) สัปดาห์ที่ 12 ในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 29.4) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 15.2) รวมถึงการศึกษาในต่างประเทศของ Slama et al.<sup>21</sup> ทำการศึกษาแบบควบคุมเชิงสุ่มในประเทศออสเตรเลีย เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรมแบบมีโครงสร้าง (structured behavioral change program) 101 คน กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างย่อ (simple advice program) 104 คน และกลุ่มควบคุม 106 คน พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มแรกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างย่อกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นว่า structured behavioral change program เป็นการทำยากและเสียเวลา ใช้ในงานวิจัย ไม่เหมาะกับการทำในเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตามการแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ในเวลาน้อยกว่า 5 นาทีสามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหิรมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ<sup>21</sup> นอกจากนี้ขนาดยาที่อาจจะมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (double blind randomized control trial) ของวันดี ไตรภพสกุลและคณะ<sup>23</sup> ณ คลินิกเลิกบุหรี่ หน่วยโรคปอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะเลิกบุหรี่ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองรับยาแคปซูลหญ้าดอกขาว 35 คน และกลุ่มควบคุมรับยาหลอก 33 คน รับประทานยาวันละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าที่สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มที่ทดลองมี PARs และ CARs แนวโน้มเหนือกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงการรักษาและระยะติดตามผล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยและขนาดหญ้าดอกขาวที่ใช้ต่ำเกินไป<sup>23</sup> ปรีดี บัญญัติวิรัชและคณะ<sup>20</sup> ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมเลิกบุหรี่ที่ใช้ในคลินิกเลิกบุหรี่ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการบำบัดทารกของประจำการให้เลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน คัดเลือกโดยการสุ่ม กลุ่มทดลอง 51 คน กลุ่มควบคุม 53 คน ทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับบำบัดสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6

สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและติดตามผลสัปดาห์ที่ 12 โดยวัดคะแนนการติดยาโคติน และบันไดความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในกลุ่มทดลองร้อยละ 25.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 7.5 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนการติดยาโคตินลดลง และคะแนนบันไดความพร้อมในการเลิกบุหรี่ แต่ไม่มีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>20</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ว่าการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จได้เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับการอดบุหรี่ส่วนใหญ่ มักทำการศึกษาในผู้ที่มีความประสงค์เลิกบุหรี่ ซึ่งอยู่ในระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเตรียมการ (preparation) ขึ้นไป จึงมีแนวโน้มจะให้ความร่วมมือในการบำบัดที่ดีและผลลัพธ์ที่ดี อธิบายจากงานวิจัยของชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์<sup>24</sup> ซึ่งใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง จะรับรู้ภาวะคุกคามของโรคทำให้มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค แต่จะคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการแสดงพฤติกรรม ถ้าประโยชน์มากกว่าอุปสรรค โอกาสแสดงพฤติกรรมจะมาก ถ้าได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำที่เพียงพอจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค<sup>24</sup> หากทำการศึกษาไปข้างหน้าจะสามารถคัดเลือกประชากรตัวอย่างที่มีความประสงค์เลิกสูบบุหรี่ด้วยความสมัครใจและสามารถให้การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่นเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากขึ้น ดังงานวิจัยของศิริพร นวกะวงษ์การและคณะ<sup>25</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมของการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ศึกษาในอาสาสมัคร 65 คน ซึ่งได้รับความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ และการฝังเข็มเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ เป็นเวลา 1 เดือน พบว่า สามารถเลิกบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 86.67, 86.67 และ 80.0 ที่ระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ

### ข้อจำกัด

เนื่องจากเดือนธันวาคม พ.ศ.2566 โรงพยาบาลอุดรธานีได้รับภัยคุกคามทางคอมพิวเตอร์จึงทำให้ข้อมูลการให้บริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลอุดรธานีตั้งแต่เริ่มให้บริการ จนถึงเดือนธันวาคม 2566 สูญหายไปจึงไม่สามารถสืบค้นข้อมูลเดิมเพื่อนำมาเปรียบเทียบได้

### สรุปผล

โปรแกรมการอดบุหรี่ด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วย การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้สมุนไพรชาขงหญ้าดอกขาวในการอดบุหรี่ ทำให้ผู้รับบริการสามารถอดบุหรี่ได้สำเร็จ ร้อยละ 21.8 สูบลดลง ร้อยละ 61.8

### ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาแบบทดลองทางคลินิกโดยเปรียบเทียบสมุนไพรชาขงหญ้าดอกขาวในรูปแบบต่างกันเพื่อสะดวกต่อการใช้ ทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อสามารถศึกษาเพิ่มเติมเชิงลึก ด้านแรงจูงใจ กำหนดระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงตลอดจน SMART goal นัดติดตามผลถี่ขึ้น น่าจะทำให้ได้รายละเอียดที่มากขึ้น และอาจจะสามารถช่วยผู้รับบริการรักษาแรงบันดาลใจให้ปฏิบัติได้สำเร็จมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง :

1. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. Annual Report 2023 Office of Tobacco Products Control Committee [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf>
2. วิชัย เอกพลากร. พฤติกรรมสุขภาพ. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่สำหรับวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.hss.moph.go.th>

4. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่: Toxicity & management of tobacco dependence. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2552.

5. จุริย์ อุสาหะ. การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555-2557. ว.ควบคุมโรค 2559;42(2):151-161.

6. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. การบำบัดโรคเสพติดยาสูบสำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานสำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2555.

7. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แพทย์แผนไทยสมุนไพร “หญ้าดอกขาว-มะนาว” ช่วยเลิกบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/05/19460>

8. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 230 ง (ลงวันที่ 19 กันยายน 2561).

9. Smart herb platform. หญ้าดอกขาว [Internet]. [cited 2025 May 25]. Available from: <https://pharmoffice.kku.ac.th/iss/smhcontrol/herb/361>

10. Supakit Wongwiwatthanakut, Preeda Benjanakaskul, Thanapat Songsak, Somporn Suwanamajo, Viroj Verachai. Efficacy of Vernonia Cinerea for Smoking cessation. J Health Res 2009;23(1):31-36.

11. อรลักษณ์ แพรัตกุล. องค์ประกอบทางเคมีและฤทธิ์ทางชีวภาพของหมอน้อยและแนวทางการพัฒนาตำรับเพื่อใช้ช่วยเลิกบุหรี่. ว.การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2553;8(1):81-92.

12. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults [Internet]. [cited 2025 May 25]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377825/9789240096431-eng.pdf?sequence=4>
13. Miller, W.R., Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Helping people to change*. 3<sup>rd</sup> ed. Guilford Press; 2013.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. เทคนิคโน้มน้าวผู้ที่ยังไม่ต้องการเลิกบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/เทคนิคโน้มน้าว>
15. มุกดา ไชยมโน. เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มร่วมกับการดื่มชาหญ้าดอกขาวกับการดื่มชาหญ้าต่อการสูบบุหรี่ของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรม [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
16. Velicer WF, Fava JIL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Prev Med* 1995;24(4):401-411.
17. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991;12:727-735.
18. จารุณีย์ สุธรรมวงศ์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกช่วยเลิกยาสูบในกรุงเทพมหานคร. *ว.พยาบาล* 2568;74(1):31-40.
19. สนทรรศ บุชราทิจ, อภิญา สิริไพบูลย์กิจ. การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555;57(3):305-312.
20. ปรีดี บุญญติรัชต, วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี, ดุสิต จันทยานนท์, พิชัย แสงชาญชัย. ประสิทธิภาพของการประยุกต์โปรแกรมเลิกบุหรี่ในทหารกองประจำการผลัดที่ 1/2559 กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2560;70(1):31-39.
21. Slama K, Redman S, Perkins J, Reid ALA, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programs for use in general practice: a randomized clinical trial. *BMJ* 1990; 300 (6741):1707-1709.
22. ศศิธร กิจไพบูลย์ทวี. ประสิทธิภาพของยาอมเม็ดแข็งหญ้าดอกขาวร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรต่ออัตราการเลิกบุหรี่. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/data/ecatalog/157/pdf/157.pdf>
23. วันดี ไตรภพสกุล, ฉันทาย สิทธิพันธุ์. การศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรหญ้าดอกขาวชนิดแคปซูลในการเลิกบุหรี่. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; 2554.
24. ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, วิลาวัณย์ เสนารัตน์. การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ. ใน: เอกสารการสอนชุดวิชาโมโนมิติและกระบวนการพยาบาล (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 14. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566. หน้า 18- 22.
25. ศิริพร นวกะวงษ์การ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. *ว.สาธารณสุขล้านนา* 2021;17(1):12-25.