

ผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

The Effect of Thai Traditional Medicine Methods on Reducing Cigarette Cravings Ban
Dua Sub-district Health Promotion Hospital, Tha Bo District, Nong Khai Province.

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

สุพรรณษา มีวิชา¹ เอกรินทร์ โปตะเวช² และละอองดาว จันทศิลป์³
Suphansa Meewicha¹, Ekarin Potavech² and Laongdow Chuntasin³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 และติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร ศึกษาในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – มกราคม 2568 รวม 6 เดือน จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 20 คน โดยใช้วิธีอบสมุนไพร รังจืด วิธีใช้ยา รังจืดแคปซูล และวิธีใช้ยาชงหญ้าดอกขาว ควบคู่กับการให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จิตบำบัด) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (FTND) และแบบประเมินความอยากบุหรี่ (QSU-brief) นวัตกรรมตามผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทุกสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความอยากบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ค่าความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ผล ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา: หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ใช้ยาชงหญ้าดอกขาว มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความอยากบุหรือน้อยที่สุด คิดเป็น 25.65 ± 11.061 รองลงมาคือ กลุ่มที่ใช้ยา รังจืดแคปซูล คิดเป็น 28.70 ± 10.883 และกลุ่มที่ใช้วิธีอบสมุนไพร รังจืด คิดเป็น 38.50 ± 12.015 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน ระดับความอยากบุหรี่ และอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 ก่อนและหลังทดลองมีค่าลดลงและความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ชาลิ้น และเวียนศีรษะ

คำสำคัญ: บุหรี่, แพทย์แผนไทย, รังจืด, หญ้าดอกขาว

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study the effect of reducing cigarette cravings using Traditional Thai medicine methods, assess the Continuous Abstinence Rate (CAR) at week 4, and monitor adverse drug reactions from herbal medicine use. Study conducted among participants at Ban Dua Sub-district Health Promotion Hospital, Tha Bo District, Nong Khai Province, from July 2024 to January 2025, for a total of 6 months. Sixty participants were divided into three groups of 20 each: one group used *Thunbergia laurifolia* (Rang Jued) herbal steam therapy, another used *Thunbergia laurifolia* capsule, and the third used *Vernonia cinerea* (L.) Less (Ya Dok Khao) herbal tea, all in conjunction with behavioral counseling (psychotherapy). Data was collected using a research project record form, including general information, the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), and the Questionnaire of Smoking Urges-Brief (QSU-brief). Follow-up appointments were scheduled weekly to monitor outcomes and adverse drug

¹ แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

² ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

³ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

reactions for 4 weeks. General data was analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Differences in the mean cigarette craving scores among the sample groups were compared using One-way ANOVA for pre- and post-intervention measurements. A significance level of $p < 0.05$ was used.

Results: After the intervention, the *Sida acuta* herbal tea group had the lowest mean cigarette craving score at 25.65 ± 11.061 , followed by the *Thunbergia laurifolia* capsule group at 28.70 ± 10.883 , and the *Thunbergia laurifolia* herbal steam therapy group at 38.50 ± 12.015 . The mean nicotine dependence level, cigarette craving level, and Continuous Abstinence Rate (CAR) at week 4 significantly decreased from pre- to post-intervention (p -value < 0.05). Reported adverse reactions included dry mouth, dry throat, tongue numbness, and dizziness.

Keyword: Cigarette, Thai Traditional Medicine, *Thunbergia laurifolia*, *Vernonia cinerea* (L) Less

บทนำ

จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 เปิดเผยผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน กลุ่มคนอายุ 25 – 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 21 ต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี และยังพบว่าเยาวชนไทยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก คือเมื่ออายุ 18.5 ปี¹ ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย NCDs global target ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). เผยว่า จากรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2566 พบคนวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพใน 4 เรื่อง ได้แก่ 1. พฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มนี้ 1 ใน 5 สูบบุหรี่ทุกวัน 2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มนี้ 1 ใน 4 ดื่มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. กินอาหารนอกบ้านจากร้านหรือตลาด หวาน มัน เค็มจัด และ 4. มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน โดยกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า กิจกรรมทางกายของวัยทำงานลดลงต่อเนื่อง จาก 73.44% ในปี 2564 เป็น 63.31% ในปี 2566 สะท้อนการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในอนาคต²

จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดที่มีรายงานอัตราการบริโภคยาสูบรายจังหวัดของประชากร

ไทย ปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 15.99 มีอัตรา ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 31.2 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และพบว่า ประเภอบุหรี่ที่ผู้บริโภคนิยมสูบมากที่สุด คือ บุหรี่โรงงาน (ร้อยละ 56.5) และบุหรืมวนเอง (ร้อยละ 46.4) ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เราสร้างขึ้นเอง ส่งผลกระทบท่อการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและคนรอบข้าง ปัจจุบันพบ ผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตด้วยโรคลung กลุ่มนี้ ได้แก่ โรค มะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคความดัน โลหิตสูง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น โดยมีรายงานพบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคลung กลุ่ม NCDs ที่มีอัตราผู้เสียชีวิตสูงสุด ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ยังทำให้ผู้ที่อยู่ในบริเวณนั้นได้รับควันบุหรี่ สูดเอา พิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วยที่เรียกว่าการสูบบุหรี่ มือสอง (Second-hand smoke) ดังนั้นการช่วยผู้ ที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จจึงมีความจำเป็นและ เป็นประโยชน์มาก ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรค ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัว และของผู้อื่นในสังคมดีขึ้น³ หลายหน่วยงานและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงให้ ความสำคัญและพยายามแก้ไขปัญหการบริโภค ยาสูบทั้งในระดับบุคคล ชุมชน จังหวัดและประเทศ การรักษำบำบัดผู้สูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา

(Nonpharmacological Treatment) และการรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological Treatment) ในการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การให้คำปรึกษาแนะนำการเลิกบุหรี่ และให้กำลังใจผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนการรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological Treatment) มี 2 วิธี คือ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy) และการใช้ยาที่ไม่ใช่นิโคติน ได้แก่ Varenicline, Bupropion SR, Clonidine และ Nortriptyline ปัจจุบันด้านราคาเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาและรับประทานยาได้ครบตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากการรักษาใช้ระยะเวลานาน 8-12 สัปดาห์ และยาที่ใช้รักษามีราคาค่อนข้างสูง และกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ส่งเสริมการใช้นิโคตินทดแทน นโยบายสาธารณสุข ปี 2567-2568 เร่งดำเนินการให้เป็นรูปธรรม 5 ด้าน โดยด้านที่ 2 การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการ⁴

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตือ อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย มีการสำรวจคัดกรองการสูบบุหรี่ สุรา ในพื้นที่ตำบลบ้านเตือ จำนวน 4,081 ราย และมีประชาชนผู้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งหมด จำนวน 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.75 งานแพทย์แผนไทยจึงมีการจัดกิจกรรมบูรณาการร่วมกับงานจิตเวชและยาเสพติดในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยน่านโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาบูรณาการให้เป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัย ซึ่งได้นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยมาใช้ในการบำบัดและ ลดความอยากบุหรี่ ได้แก่ การอบสมุนไพรรางจืด การใช้ยารางจืดแคปซูล และการใช้ยาชงหญ้าดอกขาว ควบคู่กับการให้คำแนะนำ (จิตบำบัด) จึงเกิดแนวคิดที่จะศึกษาผลของการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการให้บริการ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย
2. เพื่อประเมินอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4
3. เพื่อศึกษาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) จัดทำขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตือ อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยศึกษาผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในอาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยจำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 – มกราคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ประชากรที่สูบบุหรี่ เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตือ อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย และมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากกว่า 1 เดือน และมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลจริง ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณแบบไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และประมาณค่าเฉลี่ยจากสูตรอ้างอิงจากการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันของ ณัฐสินี นลินทศโนัย⁵ สูตรคำนวณ

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \sigma^2}{d^2}$$

โดย

α มีค่าเท่ากับ 0.05 (สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 95%)

n คือ จำนวนตัวอย่าง

Z คือ ค่ามาตรฐานที่คงปกติที่ความน่าจะเป็น α , $\frac{\alpha}{2}$ เมื่อเป็นการทดสอบทางเดียวหรือสองทาง (ค่า $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.64$)

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนของความอยากบุหรี่ โดยคำนวณค่าอ้างอิงจากงานวิจัยของ Cox, Tiffany and Christen (2001) เรื่อง Evaluation of brief questionnaire of Smoking Urges (QSU-brief) in Laboratory and clinical settings โดยค่า $\sigma^2 = 509.4049$ (S.D.=22.57)

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ในการประมาณค่าประชากร เมื่อนำค่าตัวอย่างไปประมาณค่าประชากร (ค่า $d = 10$)

$$n = \frac{(1.64)^2 (22.57)^2}{10^2} = 13.71 \approx 14$$

จากสูตรคำนวณ จะใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณกลุ่มละ 40% ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ไม่จำกัดเพศอายุ การศึกษา อาชีพ การทำงาน
3. เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 1 เดือน และต้องการเลิกบุหรี่
4. ไม่ใช้ยาเสพติด หรือสารเสพติดอื่น ๆ ที่มีผลต่อระบบประสาท ในระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเข้าร่วมศึกษาวิจัย
5. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ
6. สามารถเข้าใจ สื่อสาร และสนทนาเป็นภาษาไทยได้
7. ยินยอมเข้าร่วมโครงการและยินยอมลงลายมือชื่อด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหลังจากการใช้ยา เช่น ผื่นคัน บวมตามร่างกาย แน่น

หน้าอก มีเลือดออกผิดปกติ หรืออาการอื่น ๆ ที่แพทย์เห็นควรว่าไม่ปลอดภัยต่ออาสาสมัคร

2. ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเองก่อนกำหนด

3. มีประวัติแพ้ยาสมุนไพรทุกชนิด

4. มีโรคประจำตัว ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง ความผิดปกติของตับและไต โรคทางระบบประสาทและสมอง เช่น จิตเวช ซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลโครงการวิจัย

ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติแพ้ยา ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND) อ้างอิงจากคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ พ.ศ. 2552 เพื่อประเมินการติดนิโคตินของอาสาสมัครวิจัย โดยมีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ จำแนกระดับความรุนแรงการติดสารนิโคตินเป็น 4 กลุ่มได้แก่

คะแนน	แปลผลความรุนแรงในการติดนิโคติน
0 - 3 คะแนน	ต่ำ
4 - 5 คะแนน	ปานกลาง
6 - 7 คะแนน	สูง
8 - 10 คะแนน	สูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความอยากบุหรี่ Brief Questionnaire of Smoking Urge (QSU-brief) ของ Cox et al.⁶ จากงานวิจัยของ อรอนงค์ ส่งทวน⁷ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและทำการแปลเครื่องมือด้วยวิธีแปลกลับ (back translation)

โดยศูนย์การแปลคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะของคำถามเป็นข้อคำถามประเมินค่า (Rating scale) มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนน 10 - 70 คะแนน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 โดยแต่ละข้อคำถามแบ่งคะแนนเป็น 7 ระดับ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทำการแปลผลแบบอิงเกณฑ์ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Cox et al., 2001)

คะแนน	แปลผล	คิดเป็นร้อยละ
10 - 42 คะแนน	ต่ำ	น้อยกว่า 60
43 - 56 คะแนน	ปานกลาง	ช่วง 60 - 80
57 - 70 คะแนน	สูง	มากกว่า 80

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลติดตามการรักษา ได้จากการซักประวัติ วัตถุประสงค์วิจัยและสัมภาษณ์อาสาสมัครวิจัยเกี่ยวกับอาการทั่วไป และผลข้างเคียงจากการใช้ยา

2. รูปแบบและวิธีบริหารยา

2.1 การอบสมุนไพรด้วยรางจืด โดยใช้ใบรางจืด (ใบสด) ประมาณ 1 กำมือ ล้างให้สะอาด นำมาใส่หม้อต้มกับน้ำปริมาตร 3 ลิตร ใช้อบสมุนไพรอบละ 15 นาที แล้วออกมานั่งพัก 5 นาที จำนวน 2 รอบ รวมเวลา 30 นาทีต่อครั้ง ทำการอบสมุนไพรซ้ำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะการอบสมุนไพร จำนวน 8 ครั้ง 16 รอบ

2.2 การใช้ยารางจืดแคปซูล รูปแบบยาแคปซูล ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 กรัม (2 แคปซูล) หลังอาหาร วันละ 3 ครั้ง เข้ากลางวัน และเย็น รับประทานติดต่อกันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เว้น สัปดาห์ ระยะการรับประทานยา 14 วัน รับประทาน 84 แคปซูล

2.3 การใช้ยาขงหญ้าดอกขาว รูปแบบยาขง (ซองบรรจุขนาด 2 กรัม) ขนาดรับประทาน ครั้งละ 1 ซอง ขงในน้ำร้อน 150 มิลลิลิตร หลังอาหารวันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน และเย็น ระยะการรับประทานยา 28 วัน (ทุกวัน) รับประทาน 84 ซอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความอยากบุญหรือของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ค่าความเชื่อมั่นที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้างนี้คือ ร้อยละ 95 ($P < 0.05$) เปรียบเทียบความแตกต่างอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 โดยใช้สถิติ dependent t-test ค่าความเชื่อมั่นที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้างนี้คือ ร้อยละ 95 ($P < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้จัดส่งโครงการวิจัย เพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 85/2567 (COA No.NKPH85)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 60 คน มีอายุเฉลี่ย 41.30 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 35 - 44 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ช่วงอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25 - 34 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 และช่วงอายุ 45 - 54 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ช่วงอายุ 15 - 24 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ตามลำดับ

เป็นเพศชาย 51 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 และเพศหญิง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00

สถานภาพสมรสของผู้ร่วมวิจัย พบว่า มีสถานภาพสมรส 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ โสด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33

หย่าร้าง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และหม้าย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

ระดับการศึกษาของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ อนุปริญญา/ปวส. จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 ประถมศึกษาจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และไม่ได้เรียน 5 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.33 ตามลำดับ

โรคประจำตัวของผู้ร่วมวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 และเป็นผู้มีโรคประจำตัว จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 ได้แก่ คือ โรคเบาหวาน 7 คน โรคความดัน โลหิตสูง 6 คน โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 5 คน โรคถุงลมโป่งพองหอบหืด 5 คน และโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน

การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมาคือ ดื่มแอลกอฮอล์ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 ดื่มแอลกอฮอล์ 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

2. ข้อมูลการสูบบุหรี่

ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เป็นเวลาเฉลี่ยนาน 12 ปี ประเภทของบุหรี่ที่สูบ มากที่สุดได้แก่ บุหรี่กั้นกรอง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 61.67 รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง/ยาเส้น จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และสูบบุหรี่มากกว่า 2 ประเภท จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.00

ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.67 และมีความพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.33

เหตุผลที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่มากที่สุด คือ สุขภาพร่างกายแยลง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ คนในครอบครัวขอให้เลิก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เป็นห่วงคนในครอบครัว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 สังคมรังเกียจ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.67 และบุหรี่ปริมาณแพง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

3. ผลการประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน

ผลการประเมินระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน ก่อนและหลังการลดความอยากบุหรี่ยังด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย พบว่า

กลุ่มที่ 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินลดลง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 และระดับสูงมาก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67

กลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินลดลง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.67 ระดับสูงมาก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 และระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 วิธีใช้ยาขงหญ้าดอกขาว ผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงในการติดนิโคตินลดลง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และระดับสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00

4. ผลการประเมินระดับความอยากบุหรี่ย

ผลการประเมินระดับความอยากบุหรี่ยของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มมีค่าคะแนนระดับความอยากบุหรี่ยลดลง หลังการทดลอง กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาขงหญ้าดอกขาวโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความอยาก

บุหรี่ย่อยที่สุด คิดเป็น 25.65 ± 10.883 รองลงมา ± 11.061 และกลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด คิด
คือ กลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูลคิดเป็น 28.70 เป็น 38.50 ± 12.015 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 3 กลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความแตกต่างของการลดความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองโดยวิธีการต่างกัน	ระหว่างกลุ่ม	1803.100	2	901.550	7.022	.002*
	ภายในกลุ่ม	7317.750	57	128.382		
	รวม	9120.850	59			

*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า การลดความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยที่ต่างกัน ลดความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม

ค่าคะแนนระดับความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลอง	กลุ่มที่ 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด	กลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล	กลุ่มที่ 3 วิธีใช้ยาขิงแห้งดอกขาว
กลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด	-	12.850*	9.800*
กลุ่ม 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล	-12.850*	-	-3.050
กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาขิงแห้งดอกขาว	-9.800*	3.050	-

*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า การลดความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยที่ต่างกัน มีผลช่วยลดความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน 2 วิธี ได้แก่ กลุ่มที่ 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืดมีระดับความอยากบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกับกลุ่มที่ 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล และกลุ่มที่ 3 วิธีใช้ยาขิงแห้งดอกขาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลอง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4

อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR)	จำนวนบุหรี่ (มวน)				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพรรางจืด	18.65	8.145	8.60	4.988	11.004	.000*
กลุ่ม 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล	17.95	5.463	9.30	3.164	12.089	.000*
กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาขิงแห้งดอกขาว	14.30	6.199	5.20	2.505	8.255	.000*

*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลอง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง กลุ่ม 3 วิธีใช้ยาขิงแห้งดอกขาวมีค่าเฉลี่ยปริมาณบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 5.20 ± 2.505 รองลงมาคือ กลุ่ม 1 วิธีอบสมุนไพร

รางจืด มีค่าเท่ากับ 8.60 ± 4.988 และกลุ่ม 2 วิธีใช้ยารางจืดแคปซูล มีค่าเท่ากับ 9.30 ± 3.164 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ปีก่อนและหลังการทดลองของ ทั้ง 3

กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.000)

ผู้ร่วมวิจัยไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.67 และผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 พบว่า มีอาการปากแห้ง คอแห้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ชาลิ้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และเวียนศีรษะ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลการลดความอยากบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ทั้ง 3 วิธี มีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงในการติดนิโคติน ระดับความอยากบุหรี่ และอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CAR) ณ สัปดาห์ที่ 4 ก่อนและหลังทดลอง มีค่าลดลงและความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยพบว่า กลุ่มที่ใช้ยาขง หนัาดอกขาว มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความอยากบุหรือน้อยที่สุด คิดเป็น 25.65 ± 11.061 รองลงมาคือ กลุ่ม

ที่ใช้ยารางจืดแคบซูล คิดเป็น 28.70 ± 10.883 และกลุ่มที่ใช้วิธีอบสมุนไพรรางจืด คิดเป็น 38.50 ± 12.015 ตามลำดับ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ชาลิ้น และเวียนศีรษะ แสดงให้เห็นว่า การใช้สมุนไพรตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยช่วยลดความอยากบุหรี่ได้^{8,9,10}

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามผลการเลิกบุหรี่ต่อไปว่าผู้ร่วมวิจัยสามารถเลิกบุหรี่หรือกลับไปสูบบุหรี่หรือไม่ และเพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว
2. เพิ่มวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคม (เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม, ความเชื่อมั่นในตนเอง, การจัดการความเครียด) ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีแผนไทย
3. อาจมีการศึกษาประสิทธิภาพของสมุนไพรที่ใช้ร่วมกัน เพื่อลดความอยากบุหรี่ เช่น การใช้หนัาดอกขาวร่วมกับมะขามป้อม หรือรางจืดร่วมกับกานพลู หรือสมุนไพรอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ส่งเสริมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). เป็ดรายงานสุขภาพคนไทยปี 66 คนวัยทำงานเสี่ยงโรค สูบบุหรี่ทุกวัน กินเหล้าทุกสัปดาห์. [เว็บไซต์]. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2567. จาก <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29947>
2. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2566). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
3. ศิริวรรณ ทิพยรังษุญ, ประภาพรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง และกมลภากร สมมิตร. (2555). สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศจย.).
4. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. (2566). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. ณัฐสินี นลินทศไณย. (2560). การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ขงหนัาดอกขาวกับมะนาวในการลดความอยากบุหรืโดยใช้แบบประเมิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย.
6. Cox, L. S., Tiffany, S. T. & Christen, A. G. (2001). Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine & Tobacco Research*, 3(1), 7-16.

7. อรอนงค์ ส่งทวน. (2552). ผลการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่ออาการขาดนิโคติน ความอยากบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในผู้ป่วยคัดลอกกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
8. สุภาภรณ์ ปิติพร. (2559). หน้าดอกขาว หมอข้างกาย ทางสบายเลิกบุหรี่ (หมอชาวบ้าน). สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2568, จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/news_detail.php?Cat=G&id=141
9. สุรัสวดี เพชรคง. (2562). ผลการใช้โปรแกรมของผู้เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สทวท.), 7(1), 108-114.
10. องค์การทางแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่. นครปฐม. สันทวิ พรินตติ้ง.