

ประสิทธิผลของนุโพรพ็อนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่



นางสาวฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

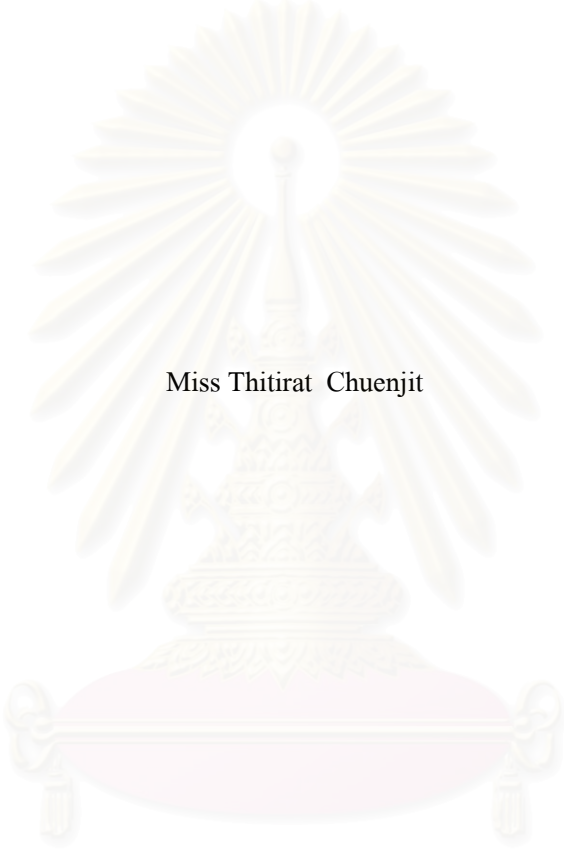
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6320-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTIVENESS OF BUPROPION IN OUTPATIENT THAI SMOKERS



Miss Thitirat Chuenjit

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic year 2004

ISBN 974-17-6320-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสิทธิผลของบุญโพธิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่
โดย	นางสาวฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์
สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาริณีย์ กฤตยานันต์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	เภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะเภสัชศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยงค์ ตันติสิระ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์อัจฉรา อุทิสวรรณกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาริณีย์ กฤตยานันต์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์เรวดี ธรรมอุปกรณ์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ เจียรณ์มงคล)

ลูติรัตน์ ชื่นจิตต์: ประสิทธิภาพของบупโรพ็อนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่. (EFFECTIVENESS OF BUPROPION IN OUTPATIENT THAI SMOKERS) อ. ที่ปรึกษา: ผศ.สาริณี กฤตยานันต์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ และ เกศักรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ, 126 หน้า. ISBN 974-17-6320-4.

การวิจัยนี้เป็น pre-experimental study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) อัตราการเลิกบุหรี่ (2) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยนอกคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยบупโรพ็อน การวิจัยนี้ทำการศึกษา ณ สถาบันรัฐบุรุษ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยมารับการรักษา 104 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.5 เพศหญิง ร้อยละ 12.5 อายุเฉลี่ย  $35.43 \pm 11.76$  ปี ผู้ป่วยร้อยละ 52.9 สูบบุหรี่วันละ 11-20 มวน อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่  $18.26 \pm 4.43$  ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่สูบบุหรี่  $17.17 \pm 11.57$  ปี คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบการติดนิโคติน (Fagerström Test for Nicotine Dependence)  $4.88 \pm 2.49$  คะแนน ภาวะจิตใจพึงพานบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ผู้ป่วยร้อยละ 68.3 ยังสูบบุหรี่อยู่ ผู้ป่วยร้อยละ 79.8 เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อน และร้อยละ 31.7 เคยเลิกบุหรี่ได้นาน 1 ถึง 6 เดือน ในการศึกษาผู้ป่วยได้บупโรพ็อน 150 มิลลิกรัม วันละครั้งตอนเช้าเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น จนครบการรักษา 8 สัปดาห์ วันกำหนดเลิกบุหรี่ คือ วันที่ 8 ของการรักษา ประเมินผลการเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ที่ 8 สัปดาห์และ 3 เดือน มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจนครบทั้งสิ้น 30 คน อัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PA) ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน ซึ่งได้จากการสอบถามผู้ป่วย คือ ร้อยละ 25.0 และ 24.0 และ อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CA) ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน คือ ร้อยละ 17.3 และ 14.4 ตามลำดับ จากการตรวจระดับโคตินินในปัสสาวะเพื่อยืนยันผลการเลิกบุหรี่ พบ PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน คือ ร้อยละ 22.1 และ 20.2 และ CA ที่เวลาเดียวกัน คือ ร้อยละ 17.3 และ 14.4 ตามลำดับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ ปากแห้ง ร้อยละ 26.9 และนอนไม่หลับ ร้อยละ 25.0 ผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน มีน้ำหนักเฉลี่ยลดลง 0.36 กิโลกรัม ปัจจัยที่มีผลต่อ PA ที่ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่เป็น โสดมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว (OR = 0.21; 95%CI = 0.07-0.63,  $p = 0.006$ ) (2) จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ยังมากยิ่งขึ้นมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น (OR = 1.30; 95%CI = 1.07-1.60,  $p = 0.01$ ) และ (3) ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกหรืออยู่ระดับ preparation มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกหรืออยู่ระดับ contemplation (OR = 4.92; 95%CI = 1.76-13.71,  $p = 0.002$ )

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา.....เภสัชกรรม..... ลายมือชื่อนิติ.....  
สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ปีการศึกษา...2547..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4576566033: MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: bupropion / effectiveness / smoking cessation / adverse event/ factor

THITIRAT CHUENJIT: EFFECTIVENESS OF BUPROPION IN OUTPATIENT THAI SMOKERS.

THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SARINEE KRITTIYANUNT, THESIS COADVISOR: ASST. PROF.

SUPAKIT WONGWIWATTHANANUKIT, Ph.D., SOMPORN SUWANMAJO, 126 pp. ISBN 974-17-6320-4.

This research was a pre-experimental study with the purposes to study: (1) smoking abstinence rate (2) adverse events and (3) factors associated with smoking cessation in outpatient Thai smokers treated with bupropion. The study was carried out at Thunyarak Hospital during November 2003 to June 2004. One hundred and four patients were included in the study; 87.5% males and 12.5% females with an average age of  $35.43 \pm 11.76$  years old. About 53% of the patients smoked on average of 11-20 cigarettes/day. Smoking started at the mean age of  $18.26 \pm 4.43$  years old and the mean duration of smoking was  $17.17 \pm 11.57$  years. The mean scored of Fagerström Test for Nicotine dependence was  $4.88 \pm 2.49$ . Psychological dependence was the main factor of continued smoke in 68.3% of the patients. About 80% of the patients had tried to quit smoking and 31.7% were able to quit smoking for at least 1 – 6 months. The patients were given bupropion SR 150 milligrams once daily in the morning for 3 days and then increased to twice daily in the morning and evening during the 8-week treatment period. The quit date was scheduled at day 8 of treatment and smoking abstinence rate was evaluated at 8 weeks and 3 months. There were 30 patients completed the study. The point prevalence abstinence rate (PA) at 8 weeks and 3 months evaluated from patient interview were 25.0% and 24.0%, and the continuous abstinence rate (CA) at the same periods were 17.3% and 14.4%, respectively. The abstinence rate was confirmed by measuring the cotinine in urine: the PA at 8 weeks and 3 months were 22.1% and 20.2%, and the CA were 17.3% and 14.4%, respectively. Dry mouth and insomnia were the most adverse events experienced by the patients, 26.9% and 25.0%, respectively. The mean weight loss in the patients who were continuously abstinent during the 3 month period was 0.36 kilograms. The factors significantly associated with the PA at 3 months confirmed by urine cotinine were: (1) being single (OR = 0.21; 95%CI = 0.07-0.63,  $p = 0.006$ ), (2) the number of prior smoking cessation attempts (OR = 1.30; 95%CI = 1.07-1.60,  $p = 0.01$ ), and (3) the patients with motivation level at preparation stage was able to quit smoking higher than at contemplation stage (OR = 4.92; 95%CI = 1.76-13.71,  $p = 0.002$ )

Department.....Pharmacy..... Student's signature.....  
 Field of study.....Clinical Pharmacy..... Advisor's signature.....  
 Academic year .....2004..... Co-advisor's.....  
 Co-advisor's.....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันัญญารักษ์ นาวาอากาศตรีนายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ ที่อนุญาตให้เข้าทำการวิจัยที่สถาบันัญญารักษ์ ขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิง ทวีพร วิสุทธิมรรค หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและสถิติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขศึกษา พยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยา เภสัชกรและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและอำนวยความสะดวกด้วยดีตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการวิจัยนี้

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์สาริณีย์ กฤตยานันต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ และเภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำตลอดจนควบคุมการวิจัยอย่างใกล้ชิด ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ น้อง และเพื่อนๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
สารบัญรูป.....	ฐ
รายการอักษรย่อ.....	ฎ
บทที่ 1	
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2	
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
นิโคติน.....	8
การติดและอาการถอนนิโคติน.....	10
ปัจจัยที่ทำให้เสพติดบุหรี่.....	10
ผลดีของการเลิกบุหรี่.....	11
แนวทางปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการช่วยผู้ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่.....	12
วิธีการยาเพื่อเลิกบุหรี่.....	14
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนและเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย.....	32
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย.....	35
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล อภิปราย และสรุปผลการวิจัย.....	42
บทที่ 4	
ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	43
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	44



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่.....	53
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.....	64
ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่.....	68
<b>บทที่ 5</b>	
สรุปผลการศึกษา.....	95
ข้อจำกัดการศึกษา.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	99
รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	108
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย.....	111
ภาคผนวก ค แบบทดสอบ Fagerström สำหรับประเมินระดับการติดสารนิโคติน.....	113
ภาคผนวก ง แบบประเมินระดับความต้องการเลิกบุหรี่ ตามแบบจำลอง Transtheoretical Model.....	114
ภาคผนวก จ แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?”.....	115
ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย.....	118
ภาคผนวก ช แบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่.....	119
ภาคผนวก ซ ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิด จากการเลิกบุหรี่.....	120
ภาคผนวก ฌ แผ่นพับคำแนะนำเรื่องการรับประทานนิโคตินโพรฟิออนและการ เลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ.....	122
ภาคผนวก ญ แนวทางการให้ intervention ผู้ป่วย.....	124
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยา..... 11
2	ผลการศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่แบบ meta-analysis ของการใช้หมากฝรั่งนิโคติน..... 16
3	ผลการศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือนและ 1 ปี เมื่อใช้แผ่นแปะนิโคติน..... 16
4	ขั้นตอนการดำเนินงาน โดยเภสัชกร..... 40
5	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย..... 45
6	ประวัติการสูบบุหรี่..... 48
7	ประวัติการเลิกบุหรี่ในอดีต..... 51
8	เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่..... 54
9	ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา..... 55
10	สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาครบ 8 สัปดาห์..... 57
11	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 8 สัปดาห์ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนเป็นระยะเวลาต่างกัน..... 59
12	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 3 เดือนที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน..... 59
13	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ (intention-to-treat)..... 61
14	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ (intention-to-treat) ..... 61
15	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ (per protocol)..... 62
16	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ (per protocol)..... 62
17	สาเหตุที่ผู้ป่วยรับประทานยาครบ 8 สัปดาห์แต่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้..... 64
18	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วย 69 คน..... 65
19	การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องที่ 8 สัปดาห์และ 3 เดือน..... 68
20	ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 2 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย ..... 71



## สารบัญแผนภูมิ

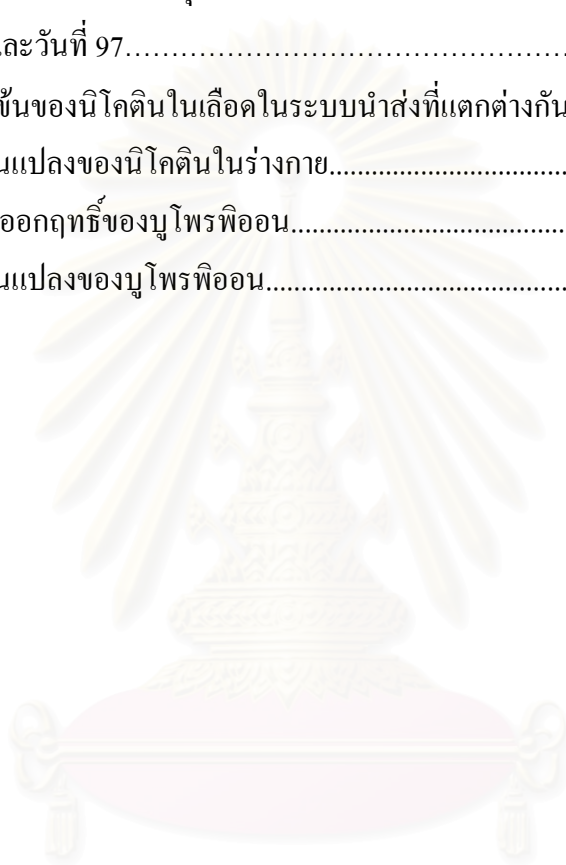
แผนภูมิที่	หน้า
1	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก..... 38
2	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยหลังจากพบผู้ป่วยครั้งแรก..... 39



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1	วันที่ที่ประเมินผลการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมิน ณ วันที่ 56 และวันที่ 97.....	7
2	วันที่ที่ประเมินผลการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ณ วันประเมินที่ วันที่ 56 และวันที่ 97.....	7
3	ความเข้มข้นของนิโคตินในเลือดในระบบนำส่งที่แตกต่างกัน.....	9
4	การเปลี่ยนแปลงของนิโคตินในร่างกาย.....	9
5	กลไกการออกฤทธิ์ของบิวโทรพ็อน.....	18
6	การเปลี่ยนแปลงของบิวโทรพ็อน.....	19



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอักษรย่อ

มก.	=	มิลลิกรัม
AHRQ	=	Agency for Healthcare Research and Quality
CA	=	continuous abstinence
CI	=	confidence interval
CYP	=	cytochrome P
FTND	=	Fagerström Test for Nicotine Dependence
GC/MS	=	Gas Chromatography Mass Spectrometry
NRT	=	nicotine replacement therapy
OR	=	odds ratio
PA	=	point prevalence abstinence
TTM	=	Transtheoretical Model



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรีเป็นสารเสพติดที่สามารถจำหน่ายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีการนำบุหรีเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2211 ปัจจุบันทั่วโลกมีคนสูบบุหรีประมาณ 1,100 ล้านคน หรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของประชากรโลก ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูบบุหรีจะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่า 1,600 ล้านคนภายใน พ.ศ. 2558(1) สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจคนไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีผู้สูบบุหรี 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ของจำนวนประชากรที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นชาย 10 ล้านคน และ หญิง 6 แสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าในปัจจุบันกลุ่มเด็กและเยาวชนมีอัตราการสูบบุหรีเพิ่มขึ้น คือ ในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี มีการสูบบุหรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2544 โดยเฉพาะเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่าร้อยละ 0.1 เป็นร้อยละ 0.3 เพศชายมีอัตราการสูบบุหรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.4 ใน ปีพ.ศ.2542 เป็นร้อยละ 38.9 ในปี พ.ศ. 2544 (2-3) จะเห็นได้ว่าผู้สูบบุหรีส่วนใหญ่ เริ่มสูบบุหรีตั้งแต่อายุประมาณยี่สิบปี และมีแนวโน้มว่าในอนาคตช่วงอายุของผู้ที่เริ่มสูบบุหรีจะลดลงเรื่อยๆ

การสูบบุหรีเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็ง พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งและมีประวัติสูบบุหรีร่วมด้วย ร้อยละ 30 ในจำนวนนี้ร้อยละ 87 เสียชีวิตจากมะเร็งปอด(4) มีการประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรีในประเทศไทย ปีละ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน(5) โดยมีแนวโน้มของจำนวนผู้เสียชีวิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกเป็นจำนวนมากถึง 10 ล้านคนต่อปี หรือทุก 6 คน ที่เสียชีวิต จะมี 1 คน ที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี(1,6) โดยจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรีมีมากกว่าผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง การฆาตกรรมและฆ่าตัวตายรวมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี 1 - 2 ซองต่อวัน จะมีอายุสั้นลง 4.4 - 6.8 ปี(4) การสูบบุหรียังมีผลทำลายสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรีด้วยเช่นเดียวกัน เช่น ทารกที่คลอดจากมารดาสูบบุหรีจะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่คลอดจากมารดาไม่สูบบุหรี รวมถึงเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรีเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ที่สำคัญที่สุด



ผลกระทบของบุหรี่ นอกจากมีภัยต่อสุขภาพของผู้สูบเองและผู้ใกล้ชิดแล้วยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติด้วย จากการสำรวจโดยบริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด(7) เรื่อง คนกรุงเทพฯกับการสูบบุหรี่ ระหว่างวันที่ 2-9 พฤษภาคม พ.ศ. 2543 โดยสุ่มตัวอย่างคนที่สูบบุหรี่จำนวน 1,047 คน พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการสูบบุหรี่เป็นประจำเท่ากับ 16 บาทต่อวัน เมื่อคำนวณจากผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำของคนกรุงเทพฯแล้ว พบว่าคนกรุงเทพฯมีค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่สูงถึง 6,000 ล้านบาทต่อปี

แม้ว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะรู้ถึงอันตรายของการสูบบุหรี่แต่ก็ไม่สามารถเลิกสูบได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเสพติดที่สำคัญคือนิโคติน(7-9) ผลการสำรวจในประเทศไทยปี พ.ศ. 2544 พบว่าร้อยละ 30.3 ของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำเคยพยายามเลิกบุหรี่ แต่ไม่มีข้อมูลของจำนวนผู้ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่(3) ขณะที่ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่ร้อยละ 70 แต่มีผู้พยายามเลิกบุหรี่ในแต่ละปีเพียงร้อยละ 46 และมีผู้ประสบความสำเร็จสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตัวเองร้อยละ 7.9(10) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้นน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทั้งหมด แต่อัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสามารถเพิ่มจากร้อยละ 7.9 เป็นร้อยละ 10.2 เมื่อได้รับคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย และสามารถเพิ่มได้ถึงร้อยละ 35-40 เมื่อมีการใช้ยาที่ให้นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy; NRT) หรือให้ยาบูโพรพิออน (bupropion) ร่วมกับการสนับสนุนด้านสังคมและพฤติกรรม(11) กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการรักษาการเลิกบุหรี่คือการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยร่วมกับการใช้ยา(12)

การรักษาด้วย NRT เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่มากกว่า 15 ปี ในประเทศไทยมีจำหน่าย 2 รูปแบบ ได้แก่ แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patch) และหมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) Fiore และคณะ ค.ศ. 1994(13) ได้ทำการศึกษาแบบ meta-analysis จาก 17 การศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของแผ่นแปะนิโคตินในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ พบอัตราการเลิกบุหรี่เมื่อสิ้นสุดระยะรักษาในกลุ่มที่ได้แผ่นแปะนิโคตินร้อยละ 27 และกลุ่มที่ได้รับยาหลอกร้อยละ 13 และเมื่อติดตามจนครบ 6 เดือน พบอัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ได้แผ่นแปะนิโคตินและกลุ่มที่ได้ยาหลอกลดลงเหลือร้อยละ 22 และ 9 ตามลำดับ Cepeda-Benito ค.ศ. 1993(14) ได้ศึกษาประสิทธิผลของหมากฝรั่งนิโคตินแบบ meta - analysis พบอัตราการเลิกบุหรี่ระยะ 6 เดือน ในกลุ่มที่ได้หมากฝรั่งนิโคตินร้อยละ 27 ในกลุ่มที่ได้ยาหลอกร้อยละ 18 เมื่อติดตามจนครบ 1 ปี อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ได้หมากฝรั่งนิโคตินลดลงเหลือร้อยละ 23 และกลุ่มที่ได้ยาหลอกลดลงเหลือร้อยละ 13 จากผลการศึกษาทั้งสองจะเห็นว่าแม้การใช้ NRTจะมีอัตราการเลิกบุหรี่ดีกว่าการใช้ยาหลอก แต่ยังมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 70 - 90 ที่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ประกอบกับมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถใช้ NRT ได้ จึงมีการพัฒนายาใหม่เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จใน



การเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น(15) ปัจจุบันมียาที่ไม่ใช่นิโคตินทดแทน (non nicotine replacement therapy) ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประเทศไทย รับรองเมื่อ พ.ศ. 2542 คือ บุโพรพิออน มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาอาการติดสารนิโคตินเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่

อัตราการเลิกบุหรี่โดยใช้ยาบุโพรพิออนสามารถประเมินได้หลายวิธีแต่วิธีที่นิยมใช้กันมี 2 วิธี คือ 1. อัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PA) และ 2. อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่วันกำหนดเลิกบุหรี่จนถึงวันประเมินผล (continuous abstinence rate, CA) โดยวันกำหนดเลิกบุหรี่หมายถึง วันที่ 8 นับจากวันเริ่มต้นได้ บุโพรพิออน Hurt และคณะ ค.ศ. 1997(16) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของบุโพรพิออน โดยวิธี randomized, double-blind, placebo-controlled, dose response ในผู้สูบบุหรี่จำนวน 615 คน ซึ่งได้ บุโพรพิออนและยาหลอก เป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 7 (PA ที่ 7 สัปดาห์) ในกลุ่มที่ได้บุโพรพิออนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เมื่อติดตามผู้ป่วยต่อไปจนครบหนึ่งปีพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 12 (PA ที่ 12 เดือน) ลดลง และกลุ่มที่ได้บุโพรพิออน ขนาด 300 และ 150 มิลลิกรัมต่อวัน มีอัตราการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p < 0.01$  และ  $0.02$  ตามลำดับ) Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999(17) ทำการศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled เปรียบเทียบประสิทธิผลของบุโพรพิออนและแผ่นแปะนิโคตินในผู้สูบบุหรี่จำนวน 893 คน พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนครบ 1 ปี (PA ที่ 1 ปี) ในกลุ่มที่ได้ บุโพรพิออน และกลุ่มที่ได้บุโพรพิออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคติน มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้แผ่นแปะนิโคตินและยาหลอกเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แม้ว่ากลุ่มที่ได้บุโพรพิออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคตินจะมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้บุโพรพิออนเพียงอย่างเดียว แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.22$ )

การหยุดสูบบุหรี่ในระยะ 1-2 เดือนแรก ผู้หยุดสูบบุหรี่จะมีอัตราการเผาผลาญอาหารปกติ แต่เนื่องจากการทำงานของต่อมรับรสดีขึ้นจึงทำให้รับประทานอาหารได้อร่อยมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่หยุดสูบบุหรี่จึงมีแนวโน้มของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลกับน้ำหนักตัวโดยเฉพาะเพศหญิงเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังในการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาพบว่า บุโพรพิออนมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักผู้ป่วยน้อยกว่ายาหลอก เช่น Hurt และคณะ ค.ศ. 1997(16) พบว่าหลังสิ้นสุดการรับประทานยา 8 สัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้บุโพรพิออน 300, 150, 100 มิลลิกรัมต่อวันและยาหลอกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.5, 2.3, 2.3 และ 2.9 กิโลกรัมตามลำดับ สำหรับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาต่อไปได้ คือ อาการคลื่นไส้และผื่นแพ้ Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999(17) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้บุโพรพิออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคตินมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้บุโพรพิออน และกลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดและผู้ป่วยทุกกลุ่ม คือ อาการนอนไม่หลับ และที่พบในการศึกษาอื่นที่คล้ายกัน ได้แก่ ปากแห้ง ลิ้นรับรสผิดไป นอนไม่หลับ ท้องเสีย หงุดหงิด และมือสั่น (10)

จากการศึกษาแบบ open-label ของ Roth และ Westman ค.ศ. 2001(10) ในผู้ป่วยนอกจำนวน 71 คน ที่ได้รับโพรพิออน ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรคลินิก พบอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 และเดือนที่ 6 (PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน) เป็นร้อยละ 28.2 และ 25.4 ตามลำดับ

Dale และคณะ ค.ศ. 2001(18) ได้ศึกษาแบบ multicenter, double-blind, placebo-controlled, dose-response ในผู้สูบบุหรี่จำนวน 615 คนที่ได้รับโพรพิออน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ขนาดของยาโพรพิออนต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับ ( $p < 0.001$ ) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ( $p < 0.001$ ) ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ได้ ( $p = 0.002$ ) เพศชาย ( $p = 0.014$ ) และสถานที่ทำการวิจัย ( $p = 0.021$ ) ดังนั้นจึงควรนำปัจจัยเหล่านี้มาใช้ร่วมในการประเมินระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาและให้คำแนะนำที่เหมาะสม จากการศึกษาต่างๆจะเห็นได้ว่า โพรพิออนเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาการเลิกบุหรี่ มีอัตราการเลิกบุหรี่สูง พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่มากนัก และมีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก

สถาบันธัญญารักษ์เปิดดำเนินการมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2509 เป็นสถาบันเฉพาะทางด้าน การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยในระดับตติยภูมิ มีขนาด 670 เตียง และเป็นองค์กรด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแห่งแรกที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (hospital accreditation) ตั้งแต่พ.ศ. 2543 ในปีงบประมาณ 2546 (ตุลาคม พ.ศ. 2545 – กันยายน พ.ศ. 2546) มีผู้ป่วยมาใช้บริการทั้งหมด จำนวน 9,081 คน เป็นผู้ป่วยนอก 5,704 คน ผู้ป่วยใน 3,377 คน(19) มีคลินิกอดบุหรี่ซึ่งมีแพทย์ให้การรักษา พยาบาลให้คำแนะนำปรึกษาในด้านการปฏิบัติตัวและปรับพฤติกรรม และมีเภสัชกรให้คำแนะนำปรึกษาในด้านการใช้ยาหลักที่ใช้ในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ คือ โพรพิออน ในปีงบประมาณ 2546 มีการจ่ายยานี้ 569 ครั้ง คิดเป็นจำนวนเม็ดยา 14,903 เม็ด มีมูลค่าถึง 566,314 บาท(20) อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มี การศึกษาถึงผลการรักษาและอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่ได้รับโพรพิออน จากการ ทดลองเก็บข้อมูลนาร่องโดยผู้วิจัยเอง(21) เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546 ณ สถาบันธัญญารักษ์ พบว่ามีผู้ป่วยนอกทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่มาเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ระหว่างวันที่ 1 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 จำนวน 26 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยได้รับโพรพิออน เพียงอย่างเดียว 16 คน และได้รับ โพรพิออนร่วมกับน้ำยาบ้วนปากโซเดียมไนเตรทจำนวน 10 คน เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาเก็บข้อมูล

พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ 8 คน ในจำนวนนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้นาน 4 สัปดาห์ ติดต่อกันนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ 2 คน และเลิกบุหรี่ได้นาน 2 สัปดาห์ติดต่อกันนับจากวัน กำหนดเลิกบุหรี่จำนวน 3 คน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มาพบแพทย์ตามนัด และผู้ป่วย 2 ใน 3 ราย ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นาน 2 สัปดาห์ ต้องหยุดการรักษาต่อ เนื่องจากมีปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่าย ดังนั้น เกศษกรซึ่งได้พบผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแนะนำการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยเป็นประจำอยู่แล้ว ควรมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตราการเลิกบุหรี่ สูงขึ้น โดยการให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนค้นหาและช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากการใช้ยารักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของเกศษกร โรงพยาบาลต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ ต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. อัตราการเลิกบุหรี่โดยใช้นิโคตินโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่
2. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยนิโคตินโพรพิออน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยนอกคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยนิโคตินโพรพิออน

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาและติดตามเฉพาะผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ ณ สถาบัน วิทยุรักษ์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2547

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

วันกำหนดเลิกบุหรี่ (quit date) หมายถึง วันที่กำหนดให้ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งคือวันที่ 8 ของการรักษา (หลังจากผู้ป่วยได้รับยาไปแล้วหนึ่งสัปดาห์)(22)

อัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate, PA) หมายถึง อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 7 วันก่อนวันประเมินผล(22-23) ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดวัน ประเมินผลไว้ที่สัปดาห์ที่ 8 (วันที่ 56) และวันที่ 97 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา(3 เดือนนับจาก วันกำหนดเลิกบุหรี่) (รูปที่ 1)

อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CA) หมายถึง อัตราการเลิก บุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันกำหนดเลิกบุหรี่จนถึงวันประเมินผล(22) ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดวัน ประเมินผลไว้ที่ สัปดาห์ที่ 8 (วันที่ 56) และวันที่ 97 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา(3 เดือนนับจาก วันกำหนดเลิกบุหรี่) (รูปที่ 2)

**เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์** (adverse event) หมายถึง ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยา และมีความสัมพันธ์กับเวลาที่ได้รับยา แต่ไม่สามารถระบุถึงความสัมพันธ์กับยาที่ผู้ป่วยได้รับ(24)

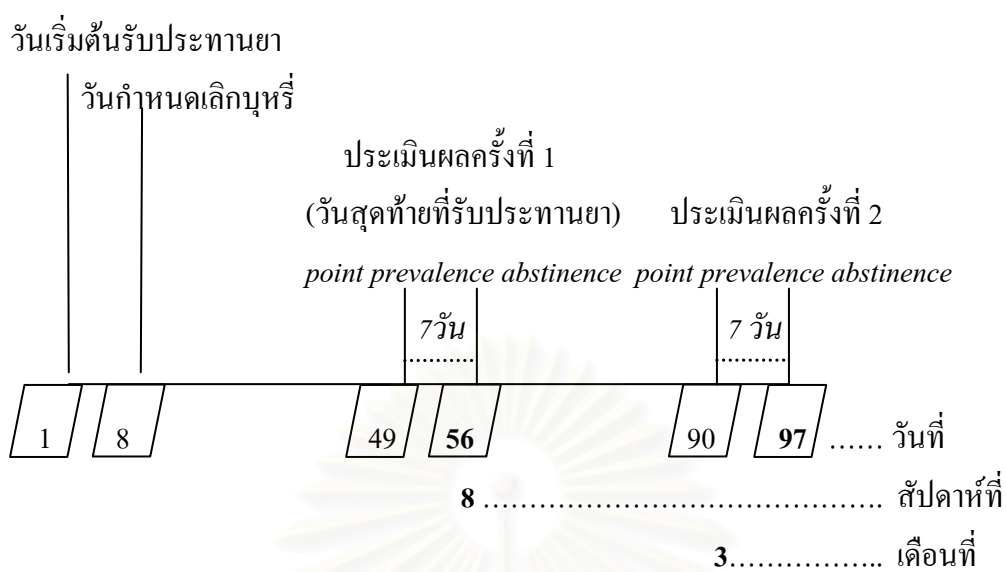
**ระยะรักษา** (treatment phase) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้บูโพรพิออนรับประทานเพื่อรักษาการเลิกบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้กำหนด 8 สัปดาห์

**ระยะติดตาม** (follow up phase) หมายถึง ระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยสิ้นสุดการรับประทานบูโพรพิออน 8 สัปดาห์แล้วผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยต่อไปจนครบ 90 วัน นับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่

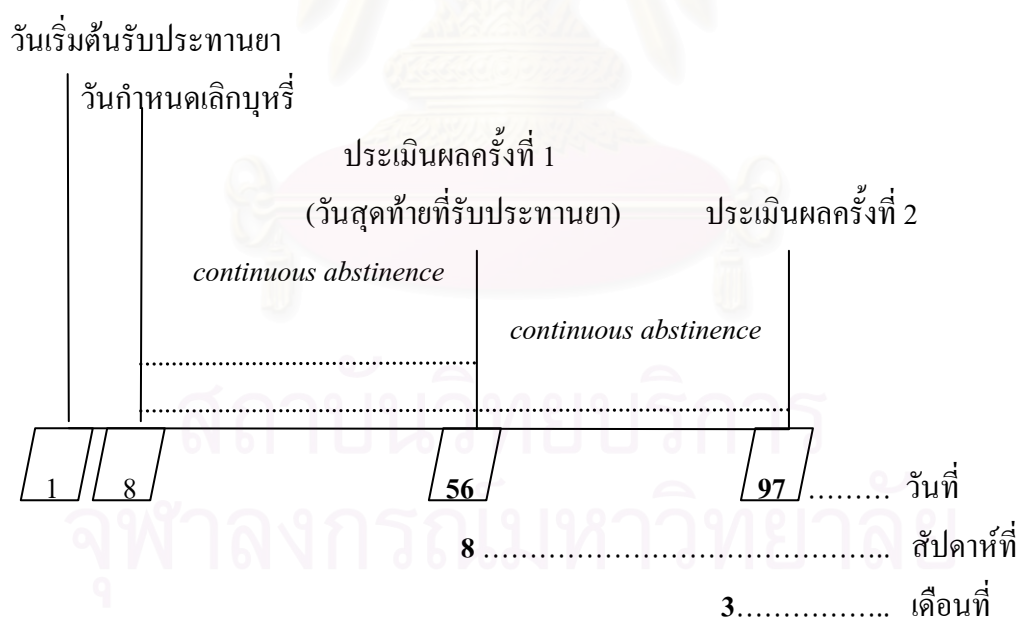
**intervention** หมายถึง รูปแบบหรือกลวิธีต่างๆที่ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้ป่วย ได้แก่ การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย การติดตามการใช้ยา และการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา โดยมุ่งหวังให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลทางสถิติของการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยไทยที่ใช้บูโพรพิออน
2. ได้ข้อมูลของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้บูโพรพิออนในผู้ป่วยที่ศึกษา
3. ได้ข้อมูลของปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยไทยเพื่อเป็นแนวทางสำหรับ  
เภสัชกรในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ต่อไป



รูปที่ 1 วันที่ประเมินผลการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมิน ณ วันที่ 56 และวันที่ 97



รูปที่ 2 วันที่ประเมินผลการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ณ วันประเมินที่ 56 และวันที่ 97



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

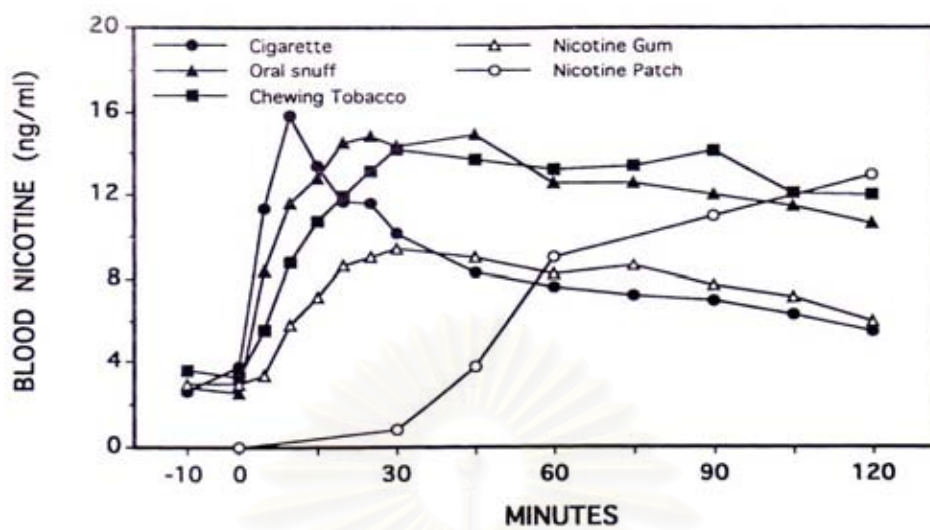
#### แนวคิดและทฤษฎี

##### 1. นิโคติน

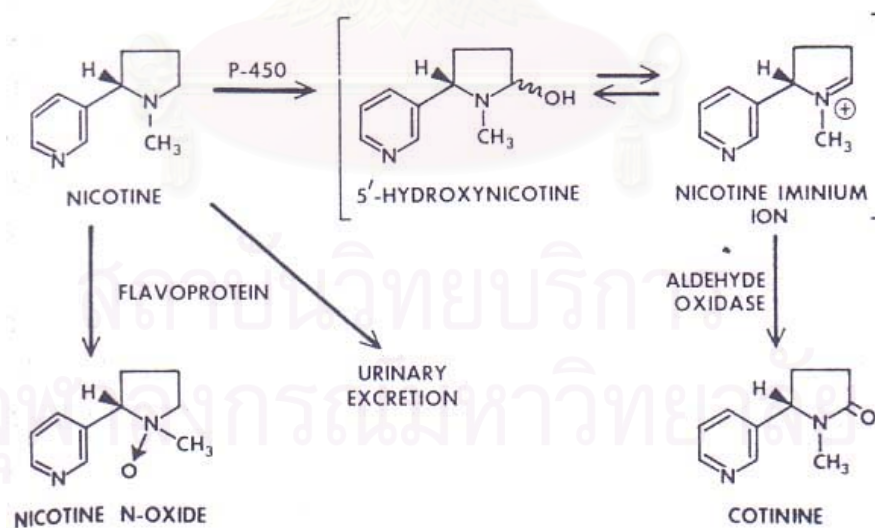
นิโคตินเป็นสารอัลคาลอยด์ที่สำคัญในบุหรี่ย พบในปริมาณมากถึงร้อยละ 90 – 95 ถูกค้นพบในปี พ.ศ. 2371(8-9)

##### 1.1 เกสัชจลนศาสตร์ของนิโคติน

นิโคตินมีฤทธิ์เป็นด่างอ่อน มี pKa เท่ากับ 8.0 เป็นสารที่ละลายได้ทั้งในน้ำและน้ำมัน ในสภาวะ pH ปกติของร่างกาย ร้อยละ 31 ของนิโคตินอยู่ในรูปไม่แตกตัว (unionized form) จึงถูกดูดซึมผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ได้ ควันบุหรี่ยส่วนใหญ่มีฤทธิ์เป็นกรด มี pH เท่ากับ 5.5 ทำให้นิโคตินในควันบุหรี่ยอยู่ในสภาพแตกตัว (ionized form) จึงถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปากได้น้อย ปริมาณการดูดซึมนิโคตินเข้าสู่ร่างกายจากทางเดินหายใจ ผิวหนัง เยื่อช่องปาก และจมูก ขึ้นกับความเข้มข้นของเนื้อเยื่อ และตัวนำส่งนิโคติน ดังแสดงในรูปที่ 3 ซึ่งแสดงให้เห็นความแตกต่างของการดูดซึมนิโคตินผ่านระบบนำส่ง 5 ชนิด เมื่อหายใจเอาควันบุหรี่ยเข้าสู่ปอด ซึ่งเป็นอวัยวะที่ดูดซึมนิโคตินได้มากที่สุด เนื่องจากมีพื้นที่ผิวและปริมาณเลือดเป็นจำนวนมาก นิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วผ่านระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกายไปยังอวัยวะต่างๆที่สำคัญได้แก่ ปอด ม้าม ตับ และสมอง โดยใช้เวลาเพียง 7 วินาทีในการกระจายไปยังสมอง นิโคตินมีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 2 ชั่วโมง ร้อยละ 5-10 ของนิโคตินจะถูกขจัดออกจากร่างกายทางไตในรูปไม่เปลี่ยนแปลง แต่ส่วนใหญ่ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับได้เมแทบอไลต์ (metabolite) หลัก คือ โคตินิน (cotinine) ดังแสดงในรูปที่ 4 ซึ่งเป็นสารที่ไม่มีฤทธิ์ต่อจิต มีค่าครึ่งชีวิต 15-20 ชั่วโมง จากการที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว จึงสามารถใช้โคตินินเป็นสารในการติดตามการศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่ยและการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ย ปกติในบุหรี่ย 1 มวนมีนิโคติน 6-11 มิลลิกรัม แต่ถูกดูดซึมเข้าร่างกาย 1-3 มิลลิกรัม ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณของนิโคตินในบุหรี่ยแต่ละชนิด ดังนั้นหากสูบบุหรี่ยวันละ 1 ซองเป็นประจำ ร่างกายจะได้รับนิโคตินวันละ 20-40 มิลลิกรัม และความเข้มข้นของนิโคตินในพลาสมาช่วงบ่ายมีค่า 25-35 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (8, 25-29)



รูปที่ 3 ความเข้มข้นของนิโคตินในเลือดในระบบนำส่งที่แตกต่างกัน(25)



รูปที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของนิโคตินในร่างกาย(30)



## 2. การติดและอาการถอนนิโคติน

นิโคตินออกฤทธิ์ต่อสมองทำให้เกิดการติดนิโคติน (nicotine addiction) เนื่องจากกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทต่างๆ ทำให้เกิดผลด้านจิตใจ เช่น แอดรีนาลีน(adrenaline) และ โดปามีน (dopamine) ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ เป็นสุข และไม่อยากอาหาร ส่วนอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) มีผลต่อความคิด ความจำ และพฤติกรรมการแสดงออก เมื่อร่างกายได้รับนิโคตินจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาหนึ่ง จะเกิดการปรับตัวของระบบประสาท คือ ความไวของตัวรับนิโคตินในการจับกับนิโคตินลดลง ทำให้ร่างกายต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้นเพื่อให้สามารถหลั่งสารสื่อประสาทได้ตามปกติ ดังนั้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณสารสื่อประสาทต่างๆจะลดลง ทำให้ความรู้สึกพึงพอใจ เป็นสุขต่างๆ หายไป เกิดอาการถอนนิโคติน ดังแสดงในตารางที่ 1 ได้แก่ อาการหงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย หิวบุหรี่ และไม่มีสมาธิ เป็นต้น อาการถอนนิโคตินจะเกิดขึ้นภายใน 2 - 3 ชั่วโมงแรกหลังหยุดสูบบุหรี่ โดยอาการจะเกิดมากในระยะ 4 วันแรก และค่อยๆลดลงภายใน 3 - 4 สัปดาห์ แต่ความต้องการสูบบุหรี่ จะยังคงมีอยู่ได้เป็นเดือน เป็นปี หรือ ตลอดชีวิต แม้ว่าผู้ป่วยจะเลิกบุหรี่ได้แล้วก็ตาม(5,31-32)

การประเมินระดับการติดสารนิโคตินทางคลินิกวิธีหนึ่งคือ การใช้ Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม 6 หัวข้อ(8) ดังนี้ 1. เวลาเริ่มสูบบุหรี่มวนแรก 2. ความสามารถอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ 3. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน 4. การสูบบุหรี่เมื่อป่วย 5. การสูบบุหรี่ตอนเช้า และ 6. บุหรี่มวนที่เลิกยากที่สุด (ภาคผนวก ก) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0 ถึง 6 แสดงว่าติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 6 ขึ้นไปแสดงว่าติดนิโคตินในระดับสูง(8,31) ผู้ที่มีคะแนนการติดสารนิโคตินในระดับสูง เมื่อเลิกบุหรี่จะมีอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นมากกว่าผู้ที่มีคะแนนระดับต่ำถึงปานกลาง(31) การประเมินการติดสารนิโคตินเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้

## 3. ปัจจัยที่ทำให้เสพติดบุหรี่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่มีอย่างน้อย 3 ปัจจัย (5,28) ได้แก่

- ก. ผลทางจิตใจ (psychological effects) เกิดจากเมื่อได้สูบบุหรี่แล้ว ผู้สูบจะรู้สึกคลายเครียด สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ รวมทั้งลดอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นได้
- ข. ผลทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน (socio-cultural หรือ habit effects) เกิดจากพฤติกรรมที่ทำซ้ำจนเป็นนิสัย ทำโดยอัตโนมัติ แล้วกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เช่น สูบบุหรี่ขณะคุยโทรศัพท์ หรือหลังรับประทานอาหาร หรือ ขณะขับรถ เป็นต้น

- ค. ผลของนิโคติน นิโคตินทำให้เกิดผลหรือพฤติกรรมด้านบวก เช่น ความรู้สึก  
พึงพอใจ การมีสมาธิ เป็นต้น

**ตารางที่ 1** อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยา(28,33)

อาการ	ร้อยละ
วิตกกังวล (anxiety)	87
นอนหลับไม่เพียงพอ	84
หงุดหงิด (irritability)	80
ไม่อดทน (impatience)	76
ไม่มีสมาธิ	73
กระสับกระส่าย (restlessness)	71
อยากบุหรี่	62
อยากอาหาร	53
ปัญหาาระบบทางเดินอาหาร	33
ปวดศีรษะ	24
ง่วงซึม (drowsiness)	22

เกสัชกรหรือบุคลากรสาธารณสุข สามารถประเมินภาวะเสพติดบุหรี่ของผู้ป่วยว่ามาจาก  
ปัจจัยใดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ที่ทำให้ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ การให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ “ทำไมคุณ  
ยังสูบบุหรี่อยู่?” ดังแสดงในภาคผนวก จ เป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยในการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม  
แก่ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่

#### 4. ผลดีของการเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่มีผลดีต่อผู้สูบบุหรี่ทั้งเพศชายและหญิงไม่ว่าจะเลิกบุหรี่ในช่วงอายุใดก็ตาม ผู้  
สูบบุหรี่จำนวนมากไม่ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเลิกบุหรี่ หากบุคลากรสาธารณสุขได้มี  
โอกาสชี้แจงแก่ผู้สูบบุหรี่ ก็อาจเป็นการสร้างแรงจูงใจอย่างหนึ่งให้ผู้สูบบุหรี่มีความพยายามเลิกบุหรี่  
ผลดีของการเลิกบุหรี่(5,28,31,34) ได้แก่

4.1 ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้จะมีอายุยืนกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ เช่น ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ก่อนอายุ 50 ปี มีความเสี่ยงจากการตายใน 15 ปีข้างหน้าลดลงครึ่งหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูบบุหรี่ และผู้สูบบุหรี่ 1 – 2 ซองต่อวัน ทำให้อายุสั้นลง 4.4 – 6.8 ปี

4.2 การเลิกบุหรีลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด และมะเร็งอื่นๆ โรคหัวใจ และโรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับปอด เช่น

- เมื่อเลิกบุหรีได้นาน 1 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจลดลงครึ่งหนึ่ง
- เมื่อเลิกบุหรีได้นาน 2 – 4 ปี ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี
- เมื่อเลิกบุหรีได้นาน 5 ปี ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปาก คอ และหลอดอาหารลดลงครึ่งหนึ่ง
- เมื่อเลิกบุหรีได้นาน 10 ปี อัตราตายจากมะเร็งปอดเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี

4.3 ผู้หญิงที่เลิกบุหรีก่อนตั้งครรภ์ หรือเลิกบุหรีได้แม้ตั้งครรภ์แล้ว 3 – 4 เดือน พบว่าความเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อยผิดปกติลดลง

## 5. แนวทางปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการช่วยผู้ติดบุหรีให้เลิกบุหรี

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้แนะนำแนวทางปฏิบัติ 5 ขั้นตอน (5A's) สำหรับเภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรีได้ (8, 35- 37) ดังนี้

### ขั้นที่ 1 การถาม (ask)

เภสัชกรควรถามประวัติการสูบบุหรีในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้งที่มาพบ พร้อมทั้งบันทึกประวัติไว้เพื่อป้องกันหรือแก้ไขผลจากการสูบบุหรีที่เกิดอันตรายต่อยาหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วม

### ขั้นที่ 2 การแนะนำ (advise)

เภสัชกรควรแนะนำให้ผู้สูบบุหรีทุกคนเลิกสูบ โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ของการเลิกบุหรี และโทษของบุหรีหากยังคงสูบต่อไป การให้คำแนะนำต้องมีความชัดเจน แสดงความห่วงใย และมีกิริยาสุภาพ

### ขั้นที่ 3 การประเมิน (assess)

เภสัชกรควรประเมินแรงจูงใจหรือความตั้งใจในการเลิกบุหรีในผู้ป่วยแต่ละราย Prochaska และ Diclement ได้อธิบายระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรีโดยใช้ Transtheoretical Model (TTM) ซึ่งประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้

1. Precontemplation stage หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ และมีการยอมรับความคิดเห็น ความช่วยเหลือจาก บุคลากรทางสาธารณสุขน้อยที่สุด

2. Contemplation stage หมายถึง ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่แต่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยังไม่มีการวางแผนที่แน่นอน ผู้ป่วยแสดงความลังเลในการเลิกบุหรี่และยังไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะนี้เป็นเวลานาน

3. Preparation stage หมายถึง ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และที่ผ่านมา 1 ปีเคยมีความพยายามเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 1 ครั้งเป็นเวลานานอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

4. Action stage หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 1 วัน ถึง 6 เดือน ผู้ป่วยมีความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาวะแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ

5. Maintenance stage หมายถึง ผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน

ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่นี้เป็นลำดับต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเลื่อนจากลำดับหนึ่งไป อีกลำดับหนึ่งได้ โดยเลื่อนไปข้างหน้าหรือย้อนหลังได้ ขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนแนวคิดและ พฤติกรรมของผู้ป่วย เกษีชกรสามารถประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ได้โดยใช้ แผนภาพสำหรับคัดกรองในภาคผนวก ง

#### ขั้นที่ 4 การช่วยเหลือ (assist)

เกษีชกรควรให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสมตามระดับ แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่ได้ประเมินไว้ในขั้นที่ 3 เช่น

- ควรให้คำแนะนำเพื่อจูงใจผู้ป่วยในระยะ precontemplation และ contemplation ให้เลิก บุหรี่ ตามหลักการ 5'R's คือ 1. เชื่อมโยงระหว่างผลเสียของการสูบบุหรี่กับสุขภาพ ของผู้ป่วย (relevance) 2. บอกความเสี่ยงต่างๆถ้าผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ (risks) 3. บอก ผลดีของการเลิกบุหรี่ (rewards) 4. ค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเลิก บุหรี่ (roadblocks) และ 5. การพูซ้ำๆ (repetition) เมื่อได้พบผู้ป่วยอีก
- ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ การสร้างความมั่นใจ การปฏิบัติตนเพื่อให้ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จแก่ผู้ป่วยในระยะ preparation เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลง การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมใหม่ ได้แก่ การกำจัดที่เขี่ยบุหรี่ ไฟแช็ค เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ
- ควรแสดงความยินดีและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยระยะ action และ maintenance เพื่อ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือปัจจัยที่จะทำให้กลับมาสูบบุหรี่ เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยมักมี ความรู้สึกหงุดหงิด ความกลัวที่จะล้มเหลว ความกลัวในเรื่องของน้ำหนักที่จะเพิ่มขึ้น

ขาดความรู้สึกมีอิสระจากการปรับพฤติกรรมหลายอย่าง เกสซ์กรควรถามคำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเริ่มหยุดสูบบุหรี่ได้แล้ว

#### ขั้นที่ 5 การติดตามผลและส่งต่อ (arrange)

เกสซ์กรควรมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะอาจทั้งทางโทรศัพท์ หรือนัดหมายให้ผู้ป่วยมาพบ ที่คลินิก โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ ควรให้กำลังใจ และค้นหาปัญหา พร้อมทำการ แก้ไข หรือส่งต่อปัญหาให้แพทย์ช่วยประเมินและทำการรักษาต่อไป

## 6. วิธีรักษาเพื่อเลิกบุหรี่

### 6.1 วิธีที่ไม่ใช่ยา

#### 6.1.1 วิธีหักดิบ (cold turkey)

คือ การที่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ทันทีด้วยตนเอง โดยอาศัยกำลังใจเพียงอย่างเดียว วิธีนี้ เหมาะกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน(38) และเป็นวิธีแรกที่แนะนำให้ใช้ในหญิง ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร แม้ว่าวิธีนี้จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดแต่ผู้ป่วยจะเกิดอาการถอนนิโคตินได้ มาก ทำให้มีอัตราการเลิกบุหรี่หลังจาก 1 ปีโดยวิธีนี้เพียงร้อยละ 5(31)

#### 6.1.2 วิธีลดปริมาณนิโคติน (nicotine fading)

คือ การเปลี่ยนชนิดบุหรี่ที่สูบมาเป็นชนิดที่ให้ปริมาณนิโคตินต่อมวนน้อยลง หรือ ลดปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันลง แต่วิธีนี้ยังให้ประสิทธิผลน้อย เนื่องจากร่างกายสามารถปรับตัว ต่อปริมาณนิโคตินที่ได้รับน้อยลงโดยการหายใจลึกขึ้นหรือใช้เวลาสูบบุหรี่ยานานขึ้น (28,31)

### 6.2 วิธีใช้ยา

#### 6.2.1 ยาที่ให้นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy; NRT)

เป็นหนึ่งในวิธีการใช้ยารักษาอันดับแรกๆที่แนะนำให้ใช้ (first line method) ใน ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่(37) เนื่องจาก 1. ลดอาการถอนนิโคติน ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติและค่อยๆคุ้นเคยกับการไม่ได้สูบบุหรี่ 2. ลดความอยากบุหรี่ ซึ่งคล้ายกับ กรณีความอยากมอร์ฟีนของผู้ป่วยลดลงเมื่อได้รับเมทาโดน 3. เกิดอาการบางอย่างคล้ายกับการสูบ บุหรี่ เช่น ลดความเครียด และความเบื่อ(26,28,39-41) วิธีนี้มีข้อดีว่าการได้รับนิโคตินจากการสูบ บุหรี่ คือ

- ผู้ป่วยได้รับปริมาณนิโคตินต่อวันน้อยกว่าการสูบบุหรี่
- ไม่มีส่วนประกอบของสารก่อมะเร็ง
- ความเข้มข้นของนิโคตินในพลาสมาสูงขึ้นอย่างช้าๆ และมีระดับต่ำ จึงไม่ทำ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจเหมือนกับการสูบบุหรี่ ที่ทำให้ร่างกายได้รับ นิโคตินปริมาณมากและออกฤทธิ์ต่อสมองอย่างรวดเร็ว



ในปัจจุบัน NRT มี 4 รูปแบบ ได้แก่ ชนิดหมากฝรั่ง แผ่นแปะ พ่นจมูก (nasal spray) และ สูดพ่นทางปาก (inhaler) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ 2 ชนิดแรกที่มีจำหน่ายในประเทศไทย เท่านั้น

#### 6.2.1.1 หมากฝรั่งนิโคติน

หมากฝรั่งนิโคตินที่มีจำหน่ายในประเทศไทย มีชื่อการค้า คือ nicorette® มีขนาดยา ขึ้นละ 2 และ 4 มิลลิกรัม ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยสูบบุหรี่มากกว่า 25 มวนต่อวัน คือ 4 มิลลิกรัม ส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มวนต่อวัน ควรใช้ขนาดเริ่มต้น 2 มิลลิกรัม โดยเคี้ยว 1 ชิ้น ทุก 1 ถึง 2 ชั่วโมง นาน 6 สัปดาห์ ตามด้วย 1 ชิ้น ทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง นาน 3 สัปดาห์ และ 1 ชิ้น ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง นาน 3 สัปดาห์ ไม่ควรใช้ขนาด 2 มิลลิกรัม มากกว่า 30 ชิ้น ต่อวัน หรือ ขนาด 4 มิลลิกรัม มากกว่า 20 ชิ้นต่อวัน การรักษาด้วยหมากฝรั่งนิโคตินไม่ควรนานกว่า 4 ถึง 6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะติดหมากฝรั่งนิโคตินได้ และควรลดจำนวนชิ้นหมากฝรั่งต่อวัน ลงอย่างน้อย 1 ชิ้น ทุก 4 ถึง 7 วัน (5,31,40)

การศึกษาแบบ meta-analysis จาก 13 การศึกษา(42) เพื่อประเมินประสิทธิผลของหมากฝรั่งนิโคตินเปรียบเทียบกับยาหลอก พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่โดยประมาณที่ 6 เดือน ในกลุ่มที่ใช้หมากฝรั่งนิโคตินสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอกโดยมีอัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 23.7 และ 17.1 ตามลำดับ จากการคำนวณ number needed to treat พบว่า หากมีผู้ป่วยใช้หมากฝรั่งนิโคตินขนาด 2 มิลลิกรัมต่อชิ้นรักษาเพื่อเลิกบุหรี่จำนวน 11 คน จะมีผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 1 คน ในขณะที่ ผู้ป่วยที่ใช้หมากฝรั่งนิโคตินขนาด 4 มิลลิกรัมต่อชิ้นรักษาเพื่อเลิกบุหรี่จำนวน 9.4 คน จะมีผู้ป่วย 1 คน ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการใช้หมากฝรั่งนิโคติน ได้แก่ อาการระคายเคืองเยื่อช่องปาก เจ็บขากรรไกร สะอึก ระคายคอ ปวดท้อง และคลื่นไส้ จึงควรระวังการใช้หมากฝรั่งนิโคตินในผู้ป่วยที่เพิ่งทำฟันมา หรือ มีความผิดปกติของข้อต่อ temporomandibular (31,40)

#### 6.2.1.2 แผ่นแปะนิโคติน

เป็นหนึ่งในวิธีการใช้ยารักษาอันดับแรกๆที่แนะนำให้ใช้ มีจำหน่ายเพียงชื่อการค้าเดียวในประเทศไทย คือ nicotinell® TTS ขนาด 10,20 และ 30 ตารางเซนติเมตร โดยขนาด 10 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 17.5 มิลลิกรัม สามารถปลดปล่อยนิโคตินได้วันละ 7 มิลลิกรัม ขนาด 20 ตารางเซนติเมตร มีนิโคติน 35 มิลลิกรัม สามารถปลดปล่อยนิโคตินได้วันละ 14 มิลลิกรัม ขนาด 30 ตารางเซนติเมตรมีนิโคติน 52.5 มิลลิกรัม สามารถปลดปล่อยนิโคตินได้วันละ 21 มิลลิกรัม ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ในผู้สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน คือ เริ่มให้ขนาด 30 ตามด้วย 20 และ 10 ตารางเซนติเมตร ตามลำดับ แต่ละขนาดให้เป็นเวลานาน 3 ถึง 4 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 20 มวน เริ่มต้นให้ขนาด 20 ตามด้วย 10 ตารางเซนติเมตร เป็นเวลาขนาดละ 3

ถึง 4 สัปดาห์ตามลำดับเช่นเดียวกัน โดยระยะเวลาที่ใช้แผ่นแปะนิโคตินทั้งหมดไม่เกิน 3 เดือน (5,31,40,43)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่แบบ meta-analysis ของการใช้หมากฝรั่งนิโคติน (42)

ยาที่ได้รับ	จำนวนการศึกษา	estimated odds ratio (95%CI) <sup>a</sup>	estimated abstinence rate (95%CI) <sup>a</sup>	number needed to treat
ยาหลอก	13	1.5 (1.3-1.8)	17.1	
หมากฝรั่งนิโคติน			23.7 (20.6-26.7)	11.0 (2มก. <sup>b</sup> ) 9.4 (4มก. <sup>b</sup> )

หมายเหตุ <sup>a</sup> ย่อมาจาก confidence interval

<sup>b</sup> มก. ย่อมาจาก มิลลิกรัม

การศึกษาแบบ meta-analysis จาก 17 การศึกษา(13) พบอัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ใช้แผ่นแปะนิโคตินสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอกเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการรักษา โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 27 และ 13 ตามลำดับ เมื่อติดตามผู้ป่วยต่อไปจนครบ 6 เดือน อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ใช้แผ่นแปะนิโคตินยังคงสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอกโดยมีอัตราการเลิกบุหรี่เป็นร้อยละ 22 และ 9 ตามลำดับ ตัวอย่างการศึกษาแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ค่า odds ratio (OR) ของผู้ใช้แผ่นแปะนิโคตินเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาเท่ากับ 2.6 และ เพิ่มขึ้นเป็น 3.0 เมื่อติดตามถึงระยะ 6 เดือน

ตารางที่ 3 การศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือนและ 1 ปี เมื่อใช้แผ่นแปะนิโคติน(13)

การศึกษา	abstinence type <sup>a</sup>	อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือน (ร้อยละ)			อัตราการเลิกบุหรี่ 1 ปี (ร้อยละ)		
		ได้รับยา	ยาหลอก	<i>p</i>	ได้รับยา	ยาหลอก	<i>p</i>
Hurt et al (44)	PA	29.2	15.0	<0.05	27.5	14.2	<0.05
Sachs et al (45)	CA	33.6	12.1	<0.05	24.8	9.4	<0.05
Tonnesen et al (46)	CA	19.3	2.8	<0.05	12.4	2.8	<0.05

หมายเหตุ <sup>a</sup> PA= point prevalence abstinence rate, CA= continuous abstinence rate



เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด คือ ระบายท้องผิวน้ำ (มากกว่าร้อยละ 50) โดยมีอาการบวมแดงใหม่ คัน อุบัติการณ์จะลดลงเมื่อใช้แผ่นแปะเพียง 16 ชั่วโมง วิธีการลดการระคายเคือง คือ ใช้สเตียรอยด์ เช่น ไฮโดรคอร์ติโซน (hydrocortisone) หรือ ไตรแอมซิโนโลน (triamcinolone) หรือ การย้ายที่ปิดแผ่นนิโคติน ผู้ป่วยที่ใช้แผ่นแปะแบบ 24 ชั่วโมง อาจพบปัญหานอนไม่หลับมากกว่าการใช้แบบ 16 ชั่วโมง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีปัญหา นี้ เกสซครควรแนะนำให้เอาแผ่นแปะออกก่อนเข้านอน สำหรับอาการข้างเคียงอื่นที่พบบ่อย ได้แก่ อาการระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ และเวียน (5,31,40)

### 6.2.2 ยาที่ไม่ให้นิโคตินทดแทน (non nicotine replacement therapy)

จากการศึกษาทางคลินิกถึงประสิทธิผลของ NRT ในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ พบอัตราการเลิกบุหรี่ที่ 6 เดือน เพียงร้อยละ 10 -30(47) ดังนั้นจึงมีการศึกษาโดยใช้ยาที่ไม่ให้นิโคตินทดแทน เพื่อเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ให้สูงขึ้น ยาที่มีการศึกษาคือ

#### 6.2.2.1 บูโพรพิออน

บูโพรพิออน หรือ แอมฟีบูตาโมน (amfebutamone) เป็นยาต้านซึมเศร้า ในประเทศไทยมีจำหน่ายในรูปแบบยาเม็ดชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (sustained release tablet) เพียงขนาดเดียวคือ 150 มิลลิกรัม ชื่อการค้าคือ Quomem® เป็นยาที่ไม่ให้นิโคตินทดแทนเพียงชนิดเดียวที่องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไทยรับรองให้มีข้อบ่งใช้เพื่อเลิกบุหรี่ โดย AHRQ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ค.ศ.2000 ให้ใช้บูโพรพิออนเป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาอันดับแรกเพื่อเลิกบุหรี่(48-49)

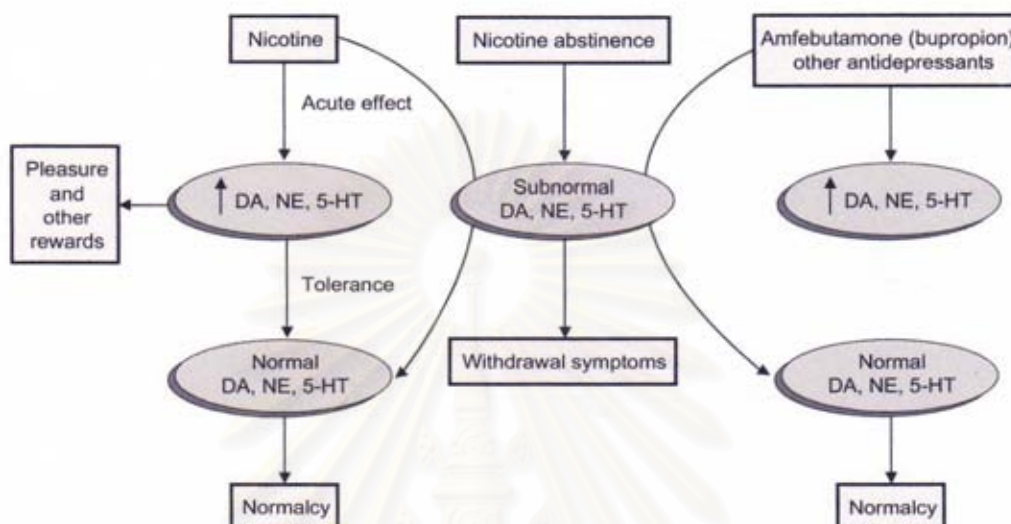
กลไกการออกฤทธิ์ของบูโพรพิออนยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าออกฤทธิ์ยับยั้งการกลับเข้าสู่เซลล์ของสารสื่อประสาทโดปามีน และนอร์แอดรีนาลีน บริเวณสมองส่วนมีโซลิมบิก โดปามีนเนอร์จิก (mesolimbic dopaminergic system) และ โลกัส ซีรูเลียส (locus ceruleus) ทำให้มีสารสื่อประสาทโดปามีนและนอร์แอดรีนาลีนเพิ่มขึ้น ซึ่งคล้ายกับผลของนิโคตินที่ร่างกายได้รับเมื่อสูบบุหรี่ ดังแสดงในรูปที่ 5 การออกฤทธิ์ผ่านสารสื่อประสาทโดปามีนจะช่วยลดผลจากนิโคติน และการออกฤทธิ์ผ่านสารสื่อประสาทนอร์แอดรีนาลีนจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้ นอกจากนี้การศึกษานอกกาย (in vitro) ยังพบว่าบูโพรพิออนออกฤทธิ์ต้านตัวรับนิโคตินิก (nicotinic receptor antagonist) ด้วย(50-55)

#### เภสัชจลนศาสตร์ของบูโพรพิออน

- การดูดซึมและการกระจายยา

บูโพรพิออน และเมแทบอลิท์ คือ ไฮดรอกซีบูโพรพิออน (hydroxybupropion) และทีริโอไฮโดรบูโพรพิออน (threohydrobupropion) จับกับโปรตีนร้อยละ 84, 77 และ 42 ตามลำดับ บูโพรพิออนมีปริมาตรการกระจาย (volume of distribution) ประมาณ 2,000 ลิตร ค่าเฉลี่ย

ความเข้มข้นสูงสุดที่ระดับคงที่ (mean steady-state C max) ของนิโคตินเมื่อรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง คือ 136 ไมโครกรัมต่อลิตร(51,56)

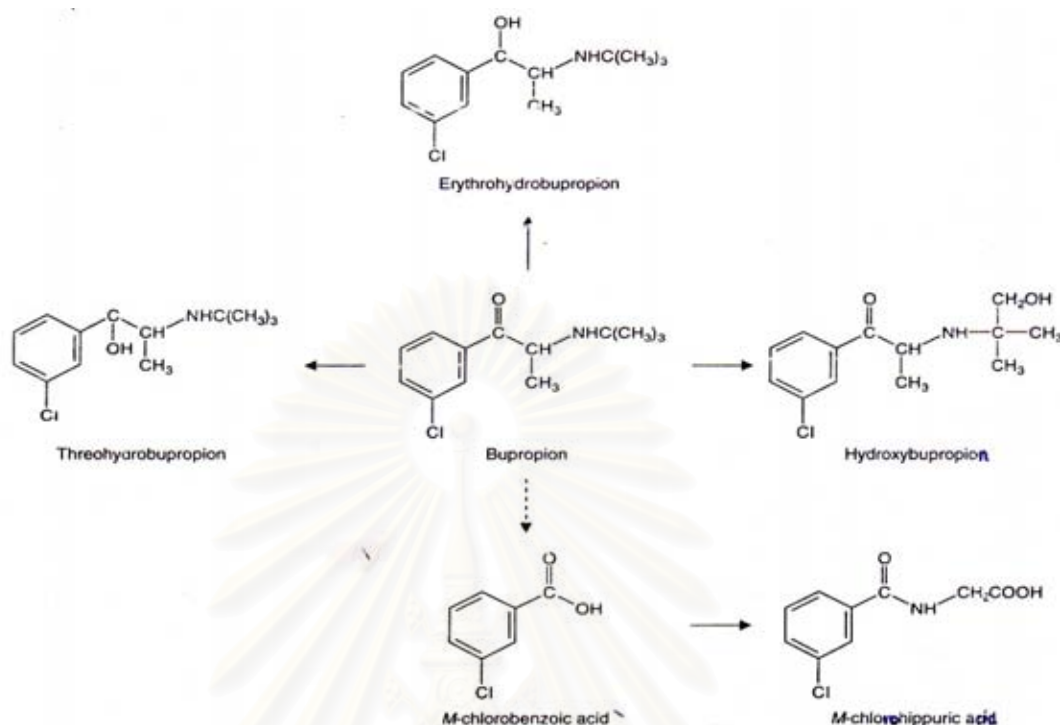


### รูปที่ 5 กลไกการออกฤทธิ์ของนิโคติน(15)

- การเปลี่ยนแปลงและการขจัดยา

นิโคตินถูกเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่ตับ ได้ เมแทบอลิต์ที่มีฤทธิ์ 3 ชนิด คือ ไฮดรอกซีนิโคติน ทริโอไฮโดรนิโคติน และอีริโทรไฮโดรนิโคติน (erythrohydrobupropion) ดังแสดงในรูปที่ 6 จากการศึกษาออกกายพบว่าเอนไซม์ CYP 2B6 เป็นเอนไซม์หลักในการเปลี่ยนแปลงนิโคตินเป็นไฮดรอกซีนิโคติน ทั้งนี้อาจมีไอโซเอนไซม์อื่นๆที่เกี่ยวข้องเล็กน้อยได้แก่ CYP 1A2, 2A6, 2C9, 2E1 และ 3A4 หลังจากนั้นทั้งนิโคตินและเมแทบอลิต์ถูกเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นสารไม่มีฤทธิ์และขจัดออกทางปัสสาวะ โดยถูกขจัดออกในรูปแบบไม่เปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะเพียงร้อยละ 0.5 นิโคตินและเมแทบอลิต์ยังถูกขจัดออกทางน้ำนมด้วย ดังนั้นควรแนะนำมารดาที่อยู่ในระยะให้นมบุตร หลีกเลี่ยงการรับประทานนิโคติน การศึกษาออกกายพบว่าไฮดรอกซีนิโคตินมีฤทธิ์ใกล้เคียงกับนิโคติน ส่วนทริโอไฮโดรนิโคตินและอีริโทรไฮโดรนิโคติน มีฤทธิ์เป็น 1 ใน 5 ของ นิโคติน

ค่าครึ่งชีวิตของนิโคติน ไฮดรอกซีนิโคติน ทริโอไฮโดรนิโคติน และอีริโทรไฮโดรนิโคติน คือ 21, 20, 37 และ 33 ชั่วโมงตามลำดับ ความเข้มข้นในพลาสมาของนิโคตินและเมแทบอลิต์ถึงระดับคงที่ในเวลา 5 และ 8 วันตามลำดับ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรเริ่มหยุดบุหรี่หลังรับประทานยาแล้ว 1 สัปดาห์(51,56)



รูปที่ 6 การเปลี่ยนแปลงของนูโพรพ็อน(56)

- ลักษณะของผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์

เพศและการสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อค่าความเข้มข้นสูงสุด ระยะเวลาที่ความเข้มข้นสูงสุด (Tmax) และค่าครึ่งชีวิตทั้งของนูโพรพ็อนและเมแทบอลิท์ จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 66 - 76 ปี และมีสุขภาพดี พบว่าค่าครึ่งชีวิตของนูโพรพ็อน และเมแทบอลิท์ไม่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน แต่มีแนวโน้มที่ระดับความเข้มข้นสูงสุดของนูโพรพ็อนและเมแทบอลิท์จะสูงขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก ทั้งนี้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์ และตับแข็งในระดับน้อยถึงปานกลาง แต่พบว่าระดับความเข้มข้นสูงสุดและค่าครึ่งชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งอย่างรุนแรงมีค่าสูงขึ้น(56-59)

อันตรกิริยาทางเภสัชจลนศาสตร์

- ยาที่เมแทบอลิท์โดย CYP 2B6

จากการศึกษานอกกายพบว่านูโพรพ็อนถูกเปลี่ยนเป็นเมแทบอลิท์ คือ ไฮดรอกซีนูโพรพ็อนโดย CYP 2B6 จึงควรระวังการใช้ยาร่วมกับยาอื่นที่มีผลต่อ CYP 2B6 เช่น ออร์เฟนาดรีน(orphenadrine) และ ไซโคลฟอสฟาไมด์(cyclophosphamide) (50,56)

- ยาที่เมแทบอลิซึมโดย CYP 2D6

จากการศึกษานอกกาย พบว่า บูโพรพิออน และไฮดรอกซีบูโพรพิออน ยับยั้ง เอนไซม์ CYP 2D6 และการศึกษาในอาสาสมัครจำนวน 15 คน ที่ได้รับบูโพรพิออน ขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 10 วันร่วมกับเดซิพรามิน (desipramine) พบว่าระดับความเข้มข้นของเดซิพรามินในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น และผลคงอยู่อย่างน้อย 7 วันหลังจากได้รับบูโพรพิออนครั้งสุดท้าย จึงควรระวังการใช้ยาที่ถูกเมแทบอลิซึมผ่าน CYP 2D6 ร่วมกับบูโพรพิออน เช่น tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) และ type 1C antiarrhythmics (propafenone) เป็นต้น หากจำเป็นต้องใช้ยาเหล่านี้ควรเริ่มต้นใช้ยาในขนาดที่ต่ำแล้วจึงค่อยเพิ่มขนาดยาจนได้ผลการรักษาที่ต้องการ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยได้ยากลุ่มที่ถูกเมแทบอลิซึมผ่าน CYP 2D6 อยู่ก่อนแล้ว อาจพิจารณาปรับลดขนาดยาลงก่อน เมื่อได้รับบูโพรพิออนร่วมด้วย แล้วจึงค่อยเพิ่มขนาดยาขึ้นใหม่เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ต้องการ(51,56)

- ยาที่เหนี่ยวนำเอนไซม์ทำลายยา

ยาที่เหนี่ยวนำเอนไซม์ทำลายยา เช่น คาร์บามาซีพีน (carbamazepine) ทำให้ระดับความเข้มข้นสูงสุดของบูโพรพิออนและเมแทบอลิซึมสองชนิดคือ ทรีโอไฮโดรบูโพรพิออน และอีริโทรไฮโดรบูโพรพิออนลดลง แต่ความเข้มข้นสูงสุดของไฮดรอกซีบูโพรพิออน สูงขึ้น(51,53,56)

- ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ทำลายยา

โดยทางทฤษฎีแล้วการที่ผู้ป่วยได้ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ทำลายยา จะสามารถยับยั้งเมแทบอลิซึมของบูโพรพิออนได้ แต่จากการศึกษาแบบ randomized, crossover ในอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 24 คน ที่ได้ไซเมทีดีน (cimetidine) ขนาด 800 มิลลิกรัม ร่วมกับบูโพรพิออน ขนาด 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ของบูโพรพิออนและไฮดรอกซีบูโพรพิออนอย่างมีนัยสำคัญ และการให้วาลโพรเอต (valproate) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ทำลายยาในระดับต่ำร่วมกับบูโพรพิออนไม่พบว่าทำให้ระดับความเข้มข้นของบูโพรพิออนสูงขึ้น แต่พบว่าระดับความเข้มข้นของไฮดรอกซีบูโพรพิออนสูงขึ้น(51,56)

**อันตรกิริยาทางเภสัชพลศาสตร์**

- บูโพรพิออนและเลโวโดปา (levodopa)

มีข้อมูลทางคลินิกค่อนข้างจำกัด ในผู้ป่วยที่ได้รับบูโพรพิออนร่วมกับยาที่มีส่วนประกอบของเลโวโดปา พบอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ของระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น(56)

- บูโพรพิออนและแผ่นแปะนิโคติน

จากการศึกษาของ Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999 (17) พบว่าผู้ป่วยที่ได้ บูโพรพิออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคติน มีอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้ บูโพรพิออน กลุ่มที่ได้แผ่นแปะนิโคติน และกลุ่มที่ได้ยาหลอก โดยพบอุบัติการณ์ในแต่ละกลุ่ม ร้อยละ 6.1, 2.5, 1.6 และ 3.1 ตามลำดับ แต่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- บูโพรพิออนและยาที่ลดระดับกั้นการชัก (lower seizure threshold)

ควรระมัดระวังการใช้บูโพรพิออนในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ลดระดับกั้นการชัก ได้แก่ ยาต้านซึมเศร้า ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) ที่โอฟีลีน และคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ในร่างกาย (systemic corticosteroid) การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทันที และการหยุดใช้ยากลุ่ม เบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepines) ทันที เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักได้(56)

- บูโพรพิออนร่วมกับยายับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดส (monoamine oxidase inhibitor)

จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่าเกิดพิษเฉียบพลันของบูโพรพิออน เมื่อได้ยา ยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส ร่วมด้วย บริษัทผู้ผลิตแนะนำให้หยุดยายับยั้งเอนไซม์ดังกล่าวเป็นเวลา 14 วัน ก่อนเริ่มต้นใช้บูโพรพิออน และห้ามใช้บูโพรพิออน ร่วมกับยายับยั้งเอนไซม์ โมโนเอมีน ออกซิเดส(56,60)

### ขนาดและวิธีรับประทานยา

บูโพรพิออนมีข้อบ่งใช้ สำหรับรักษาอาการติดสารนิโคติน เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ที่ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยเริ่มรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม วันละครั้ง ตอนเช้า เป็นเวลา 3 วัน แล้วเพิ่มเป็น 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ควรรับประทานยาห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้ ระดับยาสูงเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การรับประทานยาครั้งที่สองของ วันไม่ควรรับประทานในช่วงเวลาเย็น ใกล้ค่ำหรือใกล้เวลานอนมากไปเพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วย นอนไม่หลับได้ ไม่ควรหักหรือบดเคี้ยวเม็ดยาเนื่องจากทำให้ยาเสียรูปแบบในการออกฤทธิ์ สามารถรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ เนื่องจากอาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมยา ไม่ควร รับประทานเกินครั้งละ 150 มิลลิกรัม และไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน จากการที่ต้องใช้เวลา ประมาณ 1 สัปดาห์เพื่อให้ได้ความเข้มข้นของยาคงที่ในระดับรักษา จึงควรกำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่เป็นวันแรกของสัปดาห์ที่สองของการรับประทานยา ควรพิจารณาหยุดยาในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ได้ หลังจากรับประทานยานาน 7 สัปดาห์(8,40,60)



แนวทางการรักษาของประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้รับประทานยา เป็นเวลา 7 - 12 สัปดาห์ และสามารถรับประทานได้นานถึง 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นกับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย Hays และคณะ ค.ศ. 2001 (12) พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาติดต่อกันนานถึง 1 ปี ให้ผลป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่หรืออีกได้ ในขณะที่แนวทางการรักษาของประเทศสหราชอาณาจักรแนะนำให้รับประทานยา 1 - 2 เดือน ดังนั้นการพิจารณาว่าควรจะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาานเท่าใดนั้นจำเป็นต้องพิจารณาผู้ป่วยแต่ละรายตามความจำเป็น(47,55)

### ประสิทธิภาพการรักษา

#### 1. การศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป

Hurt และคณะ ค.ศ. 1997(16) ได้ทำการศึกษาแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled, dose response เพื่อศึกษาขนาดรับประทานของบูโพรพิออนที่เหมาะสมต่อประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ โดยติดตามผู้ที่มีสุขภาพดีและต้องการเลิกบุหรี่ จำนวน 615 คน ที่ได้บูโพรพิออนขนาด 300, 150 และ 100 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ ยาหลอก เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 7 (PA ที่ 7 สัปดาห์) ในกลุ่มที่ได้บูโพรพิออนขนาด 300 และ 150 มิลลิกรัมต่อวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) หลังจากหยุดรับประทานยาแล้ว มีการติดตามผลต่อไปจนครบหนึ่งปี พบอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 12 ลดลง (PA ที่ 12 เดือน) แต่กลุ่มที่ได้บูโพรพิออนขนาด 300 และ 150 มิลลิกรัมต่อวัน ยังคงมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$  และ  $0.02$  ตามลำดับ) ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือ ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั่วไป เนื่องจากถูกจูงใจให้เลิกบุหรี่ และเป็นการศึกษาในผู้ที่มีสุขภาพดีเท่านั้น

เนื่องจากแต่ละเชื้อชาติมีความชุกในการสูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ และชนิดของบุหรี่ที่แตกต่างกัน ประกอบกับการศึกษาส่วนใหญ่ทำในประเทศทางตะวันตกที่มีประชากรส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว เพื่อศึกษาความแตกต่างของเชื้อชาติกับประสิทธิภาพของบูโพรพิออน Ahluwalia และคณะ ค.ศ. 2002(61) ทำการศึกษาแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled ในอาสาสมัครชาวแอฟริกันอเมริกันที่สูบบุหรี่ จำนวน 600 คน โดยสุ่มอาสาสมัครแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ให้อาสาสมัครได้บูโพรพิออน ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน และยาหลอก เป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบ PA ที่ 7 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ได้บูโพรพิออน สูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่ร้อยละ 36.0 และ 19.0 ตามลำดับ แต่เมื่อติดตามถึงสัปดาห์ที่ 26 พบว่า PA ที่ 26 สัปดาห์ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = 0.02$ ) ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษายังไม่อาจเป็นตัวแทนของชาวแอฟริกันอเมริกันทั้งหมด เนื่องจากเป็นการศึกษาเพียงแห่งเดียว อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง เป็น

การสุ่มให้ยาซึ่งไม่ได้พิจารณาถึงความจำเป็นและเหมาะสมของการใช้ยาในแต่ละราย และมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นซึ่งแตกต่างจากการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในการรักษาทั่วไป

Earles และคณะ ค.ศ. 2002(62) ทำการศึกษาแบบ open-label เพื่อประเมินประสิทธิผลทางคลินิกของการให้คำแนะนำและความรู้ในการปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ ณ tripler army medical center รัฐฮาวาย โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นทหารหรือสมาชิกในครอบครัวจำนวน 258 คน ใ้บูโพรพิออนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับการเข้ากลุ่มเพื่อรับความรู้ คำแนะนำ การจัดการความเครียด การควบคุม การปรับและพัฒนาพฤติกรรม รวมทั้งการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่โดยนักจิตวิทยา ทั้งนี้ในการเข้ากลุ่มแต่ละคนมีการแสดงความคิดเห็นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 11 สัปดาห์ พบว่า PA ที่ 6 เดือน เป็นร้อยละ 35.4 ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เป็นการประเมินผลย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถประเมินผลบางอย่างได้ เช่น น้ำหนัก และเป็นการติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์โดยไม่มีการยืนยันผลการตรวจทางชีวเคมี และการไม่มีกลุ่มควบคุมจึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการรักษาได้

Tonnesen และ คณะ ค.ศ. 2003(63) ทำการศึกษาแบบ multicenter, multicountry, randomized, double-blind, placebo controlled เพื่อศึกษาประสิทธิผลของบูโพรพิออนร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ โดยแบ่งอาสาสมัครสุขภาพดีที่ต้องการเลิกบุหรี่ใ้ได้บูโพรพิออนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 527 คน และยาหลอกจำนวน 180 คน เป็นเวลา 7 สัปดาห์ และมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี ตลอดช่วงดังกล่าวมีการนัดมาพบที่คลินิกจำนวน 11 ครั้ง และมีการโทรศัพท์ติดตามผลจำนวน 10 ครั้ง พบ PA ที่ 7 สัปดาห์ ของกลุ่มที่ได้บูโพรพิออนสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มร้อยละ 50-60 และ 32-37 ตามลำดับ และเมื่อติดตามครบ 1 ปี พบว่า PA ที่ 12 เดือนในกลุ่มที่ได้บูโพรพิออนยังคงสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกัน โดยอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มคือร้อยละ 28 และ 14 ตามลำดับ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ อัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของอัตราการเลิกบุหรี่ในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ทั่วไปได้ เนื่องจากการศึกษาในศูนย์ที่ให้การรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยเฉพาะ ผู้ให้คำปรึกษามีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ รวมทั้งมีการให้คำปรึกษา แนะนำที่มากกว่าการให้คำปรึกษาในคลินิกทั่วไป

## 2. การศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีโรคอื่นร่วมด้วย

Roth และ Westman ค.ศ. 2001 (10) ทำการศึกษาแบบ open-label เพื่อประเมิน



ประสิทธิผลของนูโทรพ็อนในผู้ป่วยนอกทั่วไปทั้งที่มีสุขภาพดีและมีปัญหาด้านจิตเวชร่วมด้วย เช่น ความเครียดจากการได้รับความกระทบกระเทือน (post traumatic stress disorder) , bipolar disorders และ schizophrenia เป็นต้น โดยผู้ป่วยได้นูโทรพ็อนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เกสซครคลินิกจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การติดตามผล การสร้างแรงจูงใจ และความรู้เกี่ยวกับยา โดยนัดผู้ป่วยมาที่คลินิกจำนวน 3 ครั้ง ในครั้งแรกที่เริ่มรับประทานยา เกสซครคลินิกจะใช้เวลาแนะนำประมาณ 60 นาที และนัดครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ที่ 8 และเดือนที่ 6 โดยใช้เวลาแนะนำประมาณ 30 นาที นอกจากนี้มีการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยเริ่มหยุดนูโทรในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 6 และทุกเดือนหลังจากนั้นตลอด 6 เดือน จากการศึกษาพบว่า PA ที่ 6 เดือน เป็นร้อยละ 25.4 และเมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชร่วมด้วย พบว่า PA ที่ 6 เดือนลดลง เป็นร้อยละ 10 ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาน้อย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และอ้างอิงผลในกลุ่มประชากรทั่วไปได้

Tashkin และคณะ ค.ศ. 2001(64) ทำการศึกษาแบบ parallel-group, double-blind, randomized, placebo-controlled เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนูโทรพ็อนในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 และต้องการเลิกบุหรี่ จำนวน 404 คน โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้นูโทรพ็อน ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่ได้ยาหลอก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ติดตามผู้ป่วยจนถึงสัปดาห์ที่ 26 พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 จนถึงสัปดาห์ที่ 26 (CA ที่ 4 สัปดาห์ – 26 สัปดาห์) ในกลุ่มที่ได้นูโทรพ็อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มเป็นร้อยละ 16 และ 9 ตามลำดับ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษานี้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษานี้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่ 1 และ 2 เท่านั้น และมีการติดตามผู้ป่วยระยะสั้นเพียง 6 เดือน

### 3. การศึกษาเปรียบเทียบกับยาที่ให้นิโคตินทดแทน

Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999(17) ทำการศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาที่ไม่ใช่ นิโคตินกับยาหลักที่ใช้มาแต่เดิม คือ NRT ใน การศึกษานี้ เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างนูโทรพ็อน แผ่นแปะนิโคติน นูโทรพ็อนร่วมกับ แผ่นแปะนิโคติน และยาหลอก โดยแบ่งกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีและต้องการเลิกบุหรี่จำนวน 893 คน โดยให้รับประทานนูโทรพ็อน ขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน และ/หรือ แผ่นแปะนิโคตินเป็นเวลา 9 สัปดาห์ และ/หรือ ยาหลอก หลังจากได้รับการรักษาครบตามระยะเวลาที่กำหนดแล้วมีการติดตามต่อไปถึงเดือนที่ 6 พบว่า PA ที่ 6 เดือนในกลุ่มที่ได้นูโทรพ็อน และ กลุ่มที่ได้นูโทรพ็อนร่วมกับ

แผ่นแปะนิโคติน สูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้แผ่นแปะนิโคตินเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$  และ  $< 0.001$  ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคติน และ กลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนเพียงอย่างเดียว ( $p = 0.37$ ) เมื่อติดตามต่อไปจนครบ 1 ปี พบความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างไปจากเดิม คือ PA ที่ 1 ปี ในกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนและกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคตินสูงกว่ากลุ่มที่ได้แผ่นแปะนิโคติน และกลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และ ไม่มีความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคติน และกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออน ( $p = 0.22$ )

#### 4. การศึกษาในผู้ที่เคยได้บุหรี่พรีออนมาก่อน

Gonzales และคณะ ค.ศ. 2001(65) ได้ทำการศึกษาแบบ multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของบุหรี่พรีออนในผู้ที่เคยได้รับการรักษาด้วยบุหรี่พรีออนมาก่อน แต่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยทำการศึกษาในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่จำนวน 450 คน ที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาด้วยบุหรี่พรีออนมาก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้บุหรี่พรีออนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่สองได้ยาหลอก ใช้ระยะเวลารักษานาน 12 สัปดาห์ พบว่า CA ที่ 4 – 7 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มเท่ากับร้อยละ 27 และ 5 ตามลำดับ และ CA ที่ 9-12 สัปดาห์ในกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนยังคงสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกัน โดยอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มเท่ากับร้อยละ 28 และ 9 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบ CA ที่ 4 – 7 สัปดาห์ และ CA ที่ 9 – 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อติดตามจนถึงสัปดาห์ที่ 26 พบว่า CA ที่ 4 -26 สัปดาห์ในกลุ่มที่ได้บุหรี่พรีออนเป็นร้อยละ 12 ซึ่งเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงกว่าสองการศึกษา (66-67) ก่อนหน้านี้ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของแผ่นแปะนิโคตินในผู้ที่เคยใช้แผ่นแปะนิโคตินมาก่อน แต่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ โดยพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่เมื่อติดตามถึงสัปดาห์ที่ 26 อยู่ระหว่าง ร้อยละ 0 – 6.4 ซึ่งเป็นอัตราการเลิกบุหรี่ที่ค่อนข้างต่ำ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือผู้ที่เข้าร่วมโครงการมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่ และผู้ทำการศึกษาลดวิเคราะห้ให้ร้อยละ 19.8 ของผู้ที่ถอนตัวจากการศึกษาเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ และไม่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลบางอย่างน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

#### 5. การศึกษาการใช้บุหรี่พรีออนเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่

Hays และคณะ ค.ศ. 2001(12) ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ

บูโพรพิออนในการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ในช่วงแรกเป็นการศึกษาแบบ open-label ให้อาสาสมัครจำนวน 784 คน ใ้บูโพรพิออนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 7 สัปดาห์ พบว่ามีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อไปจำนวน 429 คน โดยการศึกษาในช่วงหลังเป็นแบบ randomized, placebo-controlled มีการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกใ้บูโพรพิออนขนาด 300 มิลลิกรัม กลุ่มที่สองใ้ยาหลอก รับประทานต่อไปอีกเป็นเวลา 45 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา รับประทานยา พบว่า PA ที่ 52 สัปดาห์ในกลุ่มที่ใ้บูโพรพิออนสูงกว่ากลุ่มที่ใ้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.008$ ) โดยอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มเป็นร้อยละ 55.1 และ 42.3 ตามลำดับ เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังรับประทานยาเสร็จสิ้นแล้วต่อไปอีก 1 ปี พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรทั่วไปได้เนื่องจากมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่ซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่นๆ และการใ้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้มีมากกว่าในทางปฏิบัติจริง ทั้งนี้คณะผู้ทำการศึกษาใ้ให้ข้อคิดเห็นในการรับ ประทานบูโพรพิออนนาน 1 ปี ว่าแม้จะมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้นแต่แพทย์ควรพิจารณาความเหมาะสมและความจำเป็นในการรับประทานยา ร่วมกับผู้ป่วย

#### 6. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่

Dale และคณะ ค.ศ. 2001(18) ทำการศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled, dose-response เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลการเลิกบุหรี่หลังจากใ้บูโพรพิออน โดยศึกษาในอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 615 คน แล้วสุ่มใ้บูโพรพิออน ขนาด 300, 150, 100 มิลลิกรัมต่อวัน และยาหลอก เป็นเวลา 7 สัปดาห์ จากข้อมูลของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้เมื่อสิ้นสุดระยะรักษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้แบบ univariate อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ขนาดบูโพรพิออนที่ใ้ต่อวัน ( $p<0.001$ ) การสูบบุหรี่ปริมาณน้อยต่อวัน ( $p<0.001$ ) คะแนนการติดสารนิโคตินต่ำ ( $p=0.011$ ) เคยเลิกบุหรี่ได้นานน้อยกว่า 24 ชั่วโมง หรือเลิกได้นานมากกว่า 4 สัปดาห์ ( $p=0.019$ ) และสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ( $p=0.004$ ) เมื่อนำผลเหล่านี้มาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้แบบ multivariate ได้แก่ การรับประทานบูโพรพิออนขนาดสูง ( $p<0.001$ ) การสูบบุหรี่ปริมาณน้อยต่อวัน ( $p<0.001$ ) ระยะเวลาเวลาที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ได้ ( $p=0.002$ ) เป็นเพศชาย ( $p=0.14$ ) และสถานที่ทำการศึกษาวิจัย ( $p=0.021$ )

Ferguson และคณะ ค.ศ. 2003(66) ทำการศึกษาแบบ retrospective cohort ในผู้สูบบุหรี่จำนวน 1,224 คน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่หลังจากใ้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และมีการใ้ NRT (แผ่นแปะนิโคติน หรือ หมากฝรั่งนิโคติน) เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ จากข้อมูลของผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 6 (PAที่ 6 เดือน) หลังจากใ้รับคำแนะนำเพื่อ

เลิกบุหรี่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ ได้แก่ เป็นเพศชาย (OR = 1.3, 95% CI = 1.0-1.7) ไม่มี ความผิดปกติด้านจิตเวช (OR = 1.6, 95% CI = 1.1-2.4) มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่สูง (เช่น ผู้ ที่มีแรงจูงใจระดับ action มี OR = 5.3, 95% CI = 2.8-10.2 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจระดับ precontemplation) เคยเลิกบุหรี่ได้นานน้อยกว่า 1 วัน (OR = 1.3, 95% CI = 0.9-1.9) หรือ เคยเลิก บุหรี่ได้นานมากกว่า 30 วัน (OR = 1.4, 95% CI = 1.0-1.8) และมีคะแนนการติดสารนิโคติน  $\leq 5$  (OR = 1.6, 95% CI = 1.2-2.1) ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการยืนยันโดย ผู้ป่วย และ ไม่มีผลการเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง (CA)

Harris และคณะ ค.ศ. 2004(67) ทำการศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled, randomized ในอาสาสมัครชาวอัฟริกันอเมริกันที่สูบบุหรี่ จำนวน 600 คน เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่หลังได้บุโพรพออน เป็นเวลา 7 สัปดาห์ จากข้อมูลของ PA ที่ 7 สัปดาห์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้แบบ univariate อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับ บุโพรพออน ( $p < 0.0001$ ) ไม่ได้สูบบุหรี่ที่มีเมททอลเป็นส่วนประกอบ ( $p = 0.0062$ ) การสูบบุหรี่ ภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอนตอนเช้า ( $p < 0.0001$ ) อายุมาก ( $p = 0.0085$ ) การสูบบุหรี่ปริมาณน้อยต่อ วัน ( $p = 0.0038$ ) และมีระดับโคตินินต่ำ ( $p = 0.0002$ ) สำหรับการวิเคราะห์แบบ logistic regression พบปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ปัจจัย คือ (1) ได้รับการรักษาด้วย บุโพรพออน (OR = 2.62; 95% CI = 1.77-3.88,  $p < 0.0001$ ) (2) ผู้ที่สูบบุหรี่ภายใน 30 นาทีหลังจาก ตื่นนอน (OR = 0.799; 95% CI = 0.629-0.922,  $p < 0.0001$ ) และ (3) ผู้ที่มีระดับโคตินินในน้ำลาย เริ่มต้นสูง (OR = 0.799; 95% CI = 0.629-0.922,  $p < 0.0001$ ) โดยปัจจัยที่ (2) และ (3) เป็นปัจจัยที่ทำให้ อัตราการเลิกบุหรี่ได้ลดลง ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ (1) เป็นการนำผลการศึกษามาจากการศึกษา ดังเดิมมาวิเคราะห์ทำให้ไม่นำปัจจัยบางอย่างมาวิเคราะห์ร่วมด้วย เช่น ความเครียดจากเพื่อนบ้าน ปัญหาด้านเชื้อชาติ ซึ่งอาจมีความสำคัญสำหรับชาวอัฟริกันอเมริกัน (2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา นี้เป็นชาวอัฟริกันอเมริกันเท่านั้น และร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง และมีอายุในช่วงวัยกลางคน จึงควร ระวังการนำปัจจัยทำนายไปใช้ในกลุ่มประชากรอื่นซึ่งอาจมีผลแตกต่างกันไป

การศึกษาเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติเพื่อลดภาระในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขได้ โดยนำปัจจัยเหล่านี้มาช่วยประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วย และวางแผนการรักษาให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม เช่น ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัจจัย ต่อการเลิกบุหรี่น้อย เกสซกรควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่มากขึ้นเป็นพิเศษ เช่น ใช้เวลาแนะนำที่นานขึ้น หรือ เพิ่มความถี่ในการนัดพบผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยที่มีผลต่อ การเลิกบุหรี่หลายปัจจัย เกสซกรอาจให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่แต่เพียงสั้นๆ ได้



### ผลของบูโพรพิออนต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว

ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้มีแนวโน้มที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำงานของต่อมรับรสดีขึ้น ส่งผลให้การรับประทานอาหารอร่อยมากขึ้น ประกอบกับการเผาผลาญอาหารกลับมาสู่อัตราปกติ ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะเพศหญิงจึงมีความกังวลที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

Hurt และคณะ ค.ศ. 1997(16) พบว่าในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยบูโพรพิออนและสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดระยะติดตามในเดือนที่ 6 มีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกับผู้ที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.02$ ) โดยกลุ่มที่ได้บูโพรพิออน 300, 150, 100 มิลลิกรัมต่อวัน และยาหลอกมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.5, 4.4, 6.6 และ 5.5 กิโลกรัม ตามลำดับ

Tonnesen และคณะ ค.ศ. 2003(63) พบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยบูโพรพิออนและสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดระยะรักษาในสัปดาห์ที่ 7 มีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.008$ ) โดยในกลุ่มที่ได้รับบูโพรพิออนและยาหลอกมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.7 และ 1.5 กิโลกรัม ตามลำดับ

Tashkin และคณะ ค.ศ. 2001(64) พบว่า ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการรักษาด้วยบูโพรพิออนและสามารถเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดระยะรักษาที่ 12 สัปดาห์ มีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงในกลุ่มที่ได้บูโพรพิออนและยาหลอกมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.61 และ 4.55 กิโลกรัม ตามลำดับ สำหรับเพศชายในกลุ่มที่ได้บูโพรพิออนและยาหลอกมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.20 และ 3.61 กิโลกรัม ตามลำดับ

Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999(17) พบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยบูโพรพิออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคตินและสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องใน 7 สัปดาห์ มีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้บูโพรพิออน และกลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.008$ ) โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้ยาหลอก แผ่นแปะนิโคติน บูโพรพิออน และ บูโพรพิออนร่วมกับแผ่นแปะนิโคตินเป็น 2.1, 1.6, 1.7 และ 1.1 ตามลำดับ

### เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบรายงานมากที่สุด คือ อาการนอนไม่หลับ และปากแห้ง(16-17,63,65) พบอุบัติการณ์การนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่ได้รับบูโพรพิออนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน ร้อยละ30-45 พบอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาขนาดสูงขึ้น(68) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับซึ่งคาดว่าน่าจะมีสาเหตุมาจากยา เกสัชกรควรแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเวลารับประทานยา โดยรับประทานยามืดแรกในตอนเช้าเร็วขึ้น และรับประทานยามืดที่สองใน

ตอนบ่ายต้นๆ เพื่อให้ร่างกายสามารถจัดยาออกได้บางส่วนก่อนถึงเวลาเข้านอน แต่ประสิทธิภาพในการรักษาก็ลดลงด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยอาจมีอาการถอนนิโคตินได้ในตอนเช้า หรือแนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เพื่อปรับลดขนาดยาที่รับประทานลง สำหรับอาการปากแห้งนั้นนอกจากมีความสัมพันธ์กับความเข้มข้นของบูโพรพิออนและเมแทบอลิท์แล้ว ยังสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักรับได้น้อยด้วย(68)

นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และกระสับกระส่าย เป็นต้น โดยอาการกระสับกระส่ายจะเกิดขึ้นน้อยลงเมื่อผู้ป่วยได้บูโพรพิออนขนาดสูงขึ้น ซึ่งคาดว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากอาการถอนนิโคตินที่ยาไม่สามารถควบคุมอาการได้ทั้งหมด โดยอาการต่างๆเหล่านี้จะดีขึ้นได้เอง พบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่ต้องถอนตัวจากการศึกษาเนื่องจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(54)

สำหรับอาการผื่นแพ้ยานั้นมีรายงานน้อยกว่า ร้อยละ 0.1 โดยเป็นอาการแพ้ได้ทั้งแบบทันทีและภายหลัง (immediate และ delayed hypersensitivity) ลักษณะของผื่นได้แก่ serum sickness like reaction และ erythema multiform(54)

พบอุบัติการณ์การชักร้อยละ 0.1-0.4 เมื่อผู้ป่วยได้บูโพรพิออนชนิดออกฤทธิ์ทันที (immediate release tablet) เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า ความเสี่ยงที่จะเกิดอาการชักนี้เพิ่มขึ้นเมื่อได้รับขนาดยาที่สูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อได้ขนาด 450 มิลลิกรัมขึ้นไป(69-72) แต่จากการศึกษาทางคลินิกต่างๆในการใช้บูโพรพิออนรูปแบบออกฤทธิ์เนิ่นเพื่อเลิกบุหรี่ ไม่พบรายงานการเกิดอาการชัก ในการเฝ้าระวังการติดตามการจำหน่ายบูโพรพิออนชนิดออกฤทธิ์เนิ่นโดย Medicines control agency แห่งสหราชอาณาจักร ได้รายงานอัตราการเกิดอาการชักโดยประมาณน้อยกว่า 1 ใน 1000 คน(54)

#### 6.2.2.2 โคลนิติน

โคลนิตินออกฤทธิ์ที่สมองโดยเป็น alpha-2 adrenergic agonist ทำให้ยับยั้งการหลั่งของนอร์แอดรีนาลีน ส่งผลให้เกิดอาการสงบระงับ ฤทธิ์ระบบประสาทซิมพาเทติกและความดันโลหิตลดลง เนื่องจากอาการถอนนิโคตินส่วนใหญ่เกิดจากการมีฤทธิ์ระบบประสาทซิมพาเทติกมากเกินไป จึงมีการนำโคลนิตินมาใช้รักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยหวังผลในการลดอาการถอนนิโคตินแต่ผลการศึกษาทางคลินิกต่างๆยังไม่ชัดเจนนัก

Glassman และคณะ ค.ศ. 1993(73) ทำการศึกษาแบบ double-blind, randomized เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโคลนิตินในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยทำการศึกษาในอาสาสมัครที่ต้องการเลิกบุหรี่จำนวน 300 คน สุ่มให้โคลนิติน 0.005 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม หรือ ยาหลอก เป็นเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในเพศหญิงที่ได้โคลนิตินสูงกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอก (OR=2.01, 95%CI 1.0-4.10)



Nana และ Praditsuwan ค.ศ. 1998(74) ทำการศึกษาแบบ double-blind, randomized, placebo-controlled เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโคลนิตินในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยทำการศึกษาในอาสาสมัครจำนวน 114 คน สุ่มให้โคลนิติน 300 ไมโครกรัมต่อวันหรือยาหลอก เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่เหมือนกันทุกสัปดาห์ พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ )

AHRQ(49) แนะนำให้ใช้โคลนิตินเป็นทางเลือกอันดับสองในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยให้ใช้ขนาด 0.15 – 0.75 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 3-10 สัปดาห์ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการสงบระงับ ท้องผูก และปากแห้ง(40)

### 6.2.2.3 นอร์ทริปทียลีน

เป็นยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) ออกฤทธิ์ยับยั้งการกลับเข้าสู่เซลล์ของนอร์แอดรีนาลีน และซีโรโทนิน โดยมีผลต่อ นอร์แอดรีนาลีนมากกว่า ทำให้มีระดับสูงขึ้น ซึ่งมีการออกฤทธิ์คล้ายกับบูโพรพิออน แต่บูโพรพิออนยับยั้งการกลับเข้าสู่เซลล์ของโดปามีนด้วย ในขณะที่นอร์ทริปทียลีนยับยั้งการกลับเข้าสู่เซลล์ของซีโรโทนิน

Prochazka และคณะ ค.ศ. 1998(75) ทำการศึกษาแบบ double-blind, randomized, placebo-controlled เพื่อประเมินประสิทธิผลของนอร์ทริปทียลีนในผู้ป่วยจำนวน 214 คน โดยสุ่มผู้ป่วยให้ได้รับนอร์ทริปทียลีนขนาด 25 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3 วัน แล้วปรับเพิ่มเป็น 50 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3 วัน หากผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้จะมีการปรับเพิ่มเป็น 75 มิลลิกรัมต่อวัน โดยผู้ป่วยจะเริ่มหยุดบุหรี่ในวันที่ 10 หรือได้รับยาหลอก เป็นเวลา 10 สัปดาห์ พบอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องจนถึงเดือนที่ 6 ในกลุ่มที่ได้รับนอร์ทริปทียลีนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.003$ )

AHRQ(49) แนะนำให้ใช้นอร์ทริปทียลีนเป็นทางเลือกอันดับสองในการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยให้ใช้ขนาด 75 - 100 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปากแห้ง คอแห้ง และหน้ามืด

จากงานวิจัยต่างๆข้างต้นแสดงให้เห็นว่าบูโพรพิออนเป็นยาที่มีประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่มากนัก มีวิธีการรับประทานยาไม่ยุ่งยาก และเนื่องจากแนวทางที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการรักษาการเลิกบุหรี่ คือ การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยร่วมกับการใช้ยา ดังนั้นการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยร่วมกับการใช้บูโพรพิออน จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยคนไทยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิผลของบูโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ประสิทธิผลของยา

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่โดยใช้  
นุโทรฟิออน สามารถนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานของเภสัชกรโรงพยาบาลในการให้  
คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผนและเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

- 1.1 ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 กำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน
- 1.3 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
- 1.4 คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะดำเนินการวิจัย
- 1.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 1.6 ทดลองดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 : การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 : การวิเคราะห์ข้อมูล อภิปราย และสรุปผลการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 1 :** การวางแผนและเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

- 1.1 ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ศึกษาทบทวนเอกสาร รวบรวมข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรักษาการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะการใช้ยาโพรพ็อน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีผลการเลิกบุหรี่

- 1.2 กำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัยเป็น pre-experimental design ชนิด one-group pretest-posttest design โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective) และผู้ป่วยทราบชนิดของยาที่รับประทาน (open-label) มีการให้ intervention โดยเภสัชกรซึ่งคือผู้วิจัยเอง มีการนัดผู้ป่วยมาพบที่คลินิกจำนวน 7 ครั้ง โดยในระยะรักษา นัดที่สัปดาห์ที่ 0 (ครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) สัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6 และ 8 และในระยะติดตาม คือเดือนที่ 3 หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่

- 1.3 จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- 1.3.1 หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก)

1.3.2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ น้ำหนัก สถานะครอบครัว การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ยาประจำตัว

ประวัติแพ้ยา และสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนที่ 2 ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ เช่น อายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ จำนวนบุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ ความพยายามที่เคยเลิกบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ วิธีที่เคยใช้ในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่เคยล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ต้องการเลิกบุหรี่ คะแนนการติดสารนิโคตินจากการทำแบบทดสอบ Fagerström (ในข้อ 1.3.3) ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่จากการทำแบบประเมินระดับความต้องการเลิกบุหรี่ ตามแบบจำลอง Transtheoretical Model (ในข้อ 1.3.4) และผลจากแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?” (ในข้อ 1.3.5) โดยเภสัชกรเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยนอก (OPD card) แบบทดสอบระดับการติดสารนิโคติน (ภาคผนวก ค) คำถามคัดกรองตามระดับความต้องการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ง) แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?” (ภาคผนวก จ) และจากการสอบถามข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วย

1.3.3 แบบทดสอบ Fagerström สำหรับประเมินระดับการติดสารนิโคติน (Fagerström Test for Nicotine Dependence; FTND, ภาคผนวก ค)

1.3.4 แบบประเมินระดับความต้องการเลิกบุหรี่ ตามแบบจำลอง Transtheoretical Model (ภาคผนวก ง)

1.3.5 แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?” (ภาคผนวก จ)

1.3.6 แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ) ประกอบด้วย ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ยา วันที่เริ่มหยุดบุหรี่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และวันนัดหมายครั้งต่อไป

1.3.7 แบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ช) ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหามาของเภสัชกร ผลการตรวจโคตินิน และผลการเลิกบุหรี่จากการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง (self-report)

1.3.8 ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ (ภาคผนวก ซ)

1.3.9 แผ่นพับคำแนะนำเรื่องการรับประทานบูโปรพรีออนและการเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ (ภาคผนวก ฌ)

1.3.10 แนวทางการให้ intervention ผู้ป่วย (ภาคผนวก ญ)

1.3.11 เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ Gas Chromatography Mass Spectrometry (GC/MS) รุ่น GC 5890 series II plus, MS 5972 series, Injector HP 6890 series, Hewlett Peckard สหรัฐอเมริกา ใช้ในการตรวจหาโคตินิน (cotinine) ในปัสสาวะ

#### 1.4 คัดเลือกโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสถาบันรัฐญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 670 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสถาบันที่มีพันธกิจหลักในการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด โดยได้รับความยินยอมจากผู้อำนวยการของสถาบันรวมทั้งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

#### 1.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่เป็นผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ ณ สถาบันรัฐญารักษ์ ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2547 โดยผู้ป่วยได้บุโพรพ็อนขนาด 150 มิลลิกรัม วันละครั้งตอนเช้าใน 3 วันแรก หลังจากนั้นเพิ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น จนครบ 8 สัปดาห์ และติดตามผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต่อไปเป็นเวลา 90 วัน นับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ (วันที่ 8 ของการได้ยา)

##### 1.5.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ Roth และ Westman(10) แบบ open-label ในผู้ป่วยนอกจำนวน 71 คน ที่ได้บุโพรพ็อนขนาด 300 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ร่วมกับการได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกรคลินิก พบ PA ที่ 8 สัปดาห์ ร้อยละ 28.2 มี 95 % CI = 17.7-38.7 โดยกำหนดระดับของการทดสอบทางสถิติไว้ที่  $\alpha=0.05$ ,  $Z_{\alpha}$  (2-tailed) = 1.96

$P =$  สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้บุโพรพ็อนแล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้ในประชากร = 0.28

$p =$  สัดส่วนผู้ป่วยในการศึกษาที่ได้บุโพรพ็อนแล้วคาดว่าจะเลิกบุหรี่ได้ = 0.18

$d =$  ความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่อาจเกิดขึ้น  $| p - P | = 0.18 - 0.28 = 0.10$

$Q = 1 - P = 1 - 0.28 = 0.72$

$$\begin{aligned} n &= \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2} \\ &= \frac{(1.96)^2 (0.28)(0.72)}{(0.10)^2} \\ &= 77.45 \approx 78 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 78 คน

##### 1.5.2 เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ จะถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย

1.5.2.1 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

1.5.2.2 สูบบุหรี่ไม่น้อยกว่าวันละ 5 มวนใน 12 เดือนที่ผ่านมา ก่อนเข้ารับการรักษาใน ครั้งนี้

1.5.2.3 ผู้ป่วยยินยอมให้สัมภาษณ์ และตรวจปัสสาวะ

### 1.5.3 เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ จะถูกคัดออกจากการวิจัย

#### 1.5.3.1 มีประวัติดังต่อไปนี้

1.5.3.1.1 มีประวัติ หรือประวัติครอบครัวเกิดอาการชัก หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก เช่น เป็นโรคลมชัก หรือเป็นไข้สูงแล้วชัก หรือมีเนื้องอกในสมอง

1.5.3.1.2 มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือมีภาวะซึมเศร้า

1.5.3.1.3 เป็นโรคเบื่ออาหารเหตุจิตใจ (anorexia nervosa) หรือมีอาการหิวไม่หาย (bulimia)

1.5.3.1.4 เป็นโรคปอดเรื้อรังและรุนแรง

1.5.3.1.5 ไตและตับทำงานผิดปกติ (serum creatinine > 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และผลการตรวจเอนไซม์ตับมีค่า > 3 เท่าของค่าปกติค่าบน)

1.5.3.2 ใช้ผลิตภัณฑ์จากยาสูบชนิดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ซิการ์ ใบบู่ หรือ ดิฮาร์เสฟ ดิฮาร์เสฟชนิดอื่น ได้แก่ ยาสูบ กัญชา ผงขาว เฮโรอีน

1.5.3.3 อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร

1.5.3.4 ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำ ใน 6 เดือนที่ผ่านมา (มากกว่าวันละ 2 แก้ว เกือบทุกวัน) (76)

1.5.3.5 ปัจจุบันได้รับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยใช้ยาชนิดอื่นอยู่ ได้แก่ ยาที่ให้นิโคตินทดแทน โคลนินีน นอร์ทริปทิลีน หรือพฤติกรรมบำบัด หรือเคยได้ยาโพรพ็อนมาก่อน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

### 1.6 ทดลองดำเนินงาน

ทดลองดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้และทดลองใช้แบบบันทึกที่สร้างขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่ 1 -15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 เพื่อหาข้อบกพร่องของแนวทางการดำเนินงานที่กำหนดไว้แล้ว นำมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน และแบบบันทึกต่างๆที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

## ขั้นตอนที่ 2 : การดำเนินการวิจัย

### 2.1 การเก็บข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้



2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยการสอบถามข้อมูลผู้ป่วย และจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก โดยเภสัชกร แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

2.1.2 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย และจากการให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบระดับการติดยาโคติน และแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?” ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ เภสัชกรจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ผู้ป่วยตอบแล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

2.1.3 ข้อมูลการได้รับยาของผู้ป่วยจากใบสั่งยาทุกครั้ง que ผู้ป่วยพบแพทย์แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย

2.1.4 ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยการสอบถามผู้ป่วยหรือจากปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยบันทึกไว้ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย โดยนับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนของชนิดอาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยหนึ่งคนอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้หลายชนิด การนับจำนวนครั้งของชนิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นซ้ำในผู้ป่วยคนเดียวกัน จะนับเพียงครั้งเดียว ลักษณะคำถามมีดังนี้

- ในช่วงระหว่างรับประทานยาเพื่อเลิกบุหรี่ มีอาการผิดปกติใดเกิดขึ้นหรือไม่ ถ้ามีได้แก่อาการอะไรบ้าง
- ในช่วงระหว่างรับประทานยาเพื่อเลิกบุหรี่ จำเป็นต้องซื้อยาจากร้านขายยา หรือพบแพทย์เพื่อรักษาอาการผิดปกติใดบ้างหรือไม่ ถ้ามีได้แก่ยาและอาการอะไรบ้าง
- มีอาการ เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ ปากแห้ง นอนไม่หลับ ท้องผูก หรือกินอาหารไม่อร่อยหรือไม่

2.1.5 ข้อมูลปัญหาที่พบในการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาที่เภสัชกรได้ปฏิบัติทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมายจำนวนจำนวน 7 ครั้ง ได้แก่ ในระยะรักษา สัปดาห์ที่ 0 (ครั้งแรก que ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) สัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6 และ 8 และในระยะติดตาม คือ เดือนที่ 3 หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่

2.1.6 ข้อมูลน้ำหนักของผู้ป่วยจากผลการตรวจร่างกายที่บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่

2.1.7 ข้อมูลผลการเลิกบุหรี่ โดยการสอบถามผู้ป่วยทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ จำนวน 2 ครั้ง ณ วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) และ วันที่ 97 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา ซึ่งคือ 7 สัปดาห์และ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่ สำหรับวิธีการตรวจวัดระดับโคตินินในปัสสาวะ ใช้เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ GC/MS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในกลุ่ม

งานพยาธิวิทยา สถาบันชันสูตรแพทย์ วิธีการตรวจปัสสาวะเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (non invasive) และโคตินินเป็นเมแทบอไลต์ของนิโคตินซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในบุหรี่ มีค่าครึ่งชีวิต 15 -20 ชั่วโมง ซึ่งยาวกว่านิโคติน (ค่าครึ่งชีวิต 2 ชั่วโมง)จากการที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว จึงสามารถใช้โคตินินเป็นสารในการติดตามการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ (21-22)

## 2.2 การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ (แสดงในแผนภูมิที่ 1 และ 2 และตารางที่ 4)

2.2.1 ทำการคัดเลือกผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ และได้รับบุโรพิออนเพื่อการรักษา รวมทั้งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

2.2.2 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากการสอบถามโดยตรงลงในแบบบันทึกที่จัดไว้ ก่อนส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย

2.2.3 ผู้ป่วยทำแบบทดสอบประเมินระดับการติดยาโคตินิน และแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?”

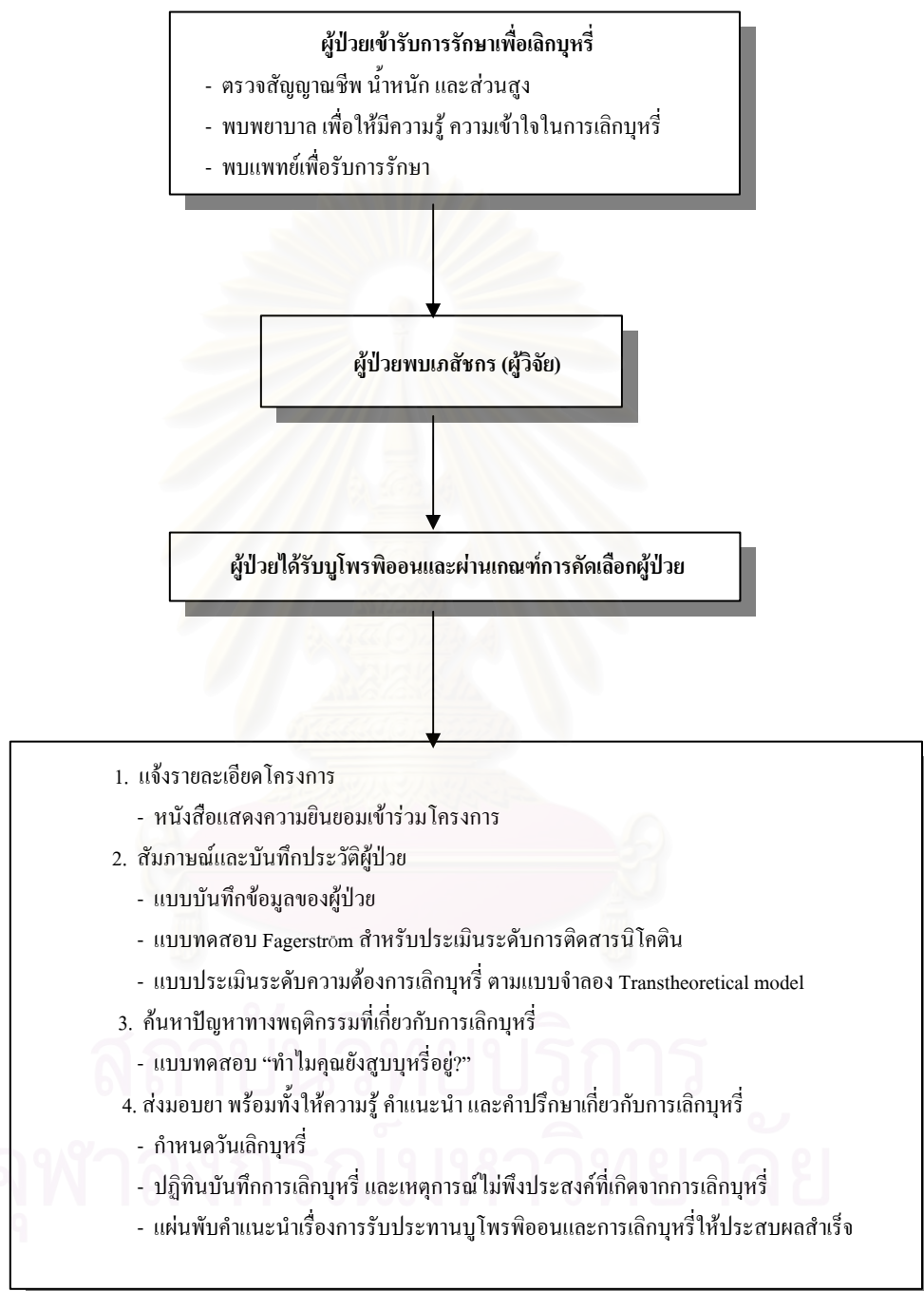
2.2.4 เกสัชกรให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา (ภาคผนวก ก) พร้อมทั้งส่งมอบยาและแผ่นพับคำแนะนำเรื่อง “การรับประทานบุโรพิออนและการเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ” โดยใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาทีต่อคน

2.2.5 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกลงในแบบบันทึกที่จัดไว้พร้อมกับติดสัญลักษณ์ไว้ที่หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกเพื่อให้ แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการวิจัย

2.2.6 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในระยะรักษาคือ สัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6, 8 และ ในระยะติดตามผล คือ 3 เดือน นับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามในเรื่องปัญหาของการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาจากเกสัชกร โดยใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที

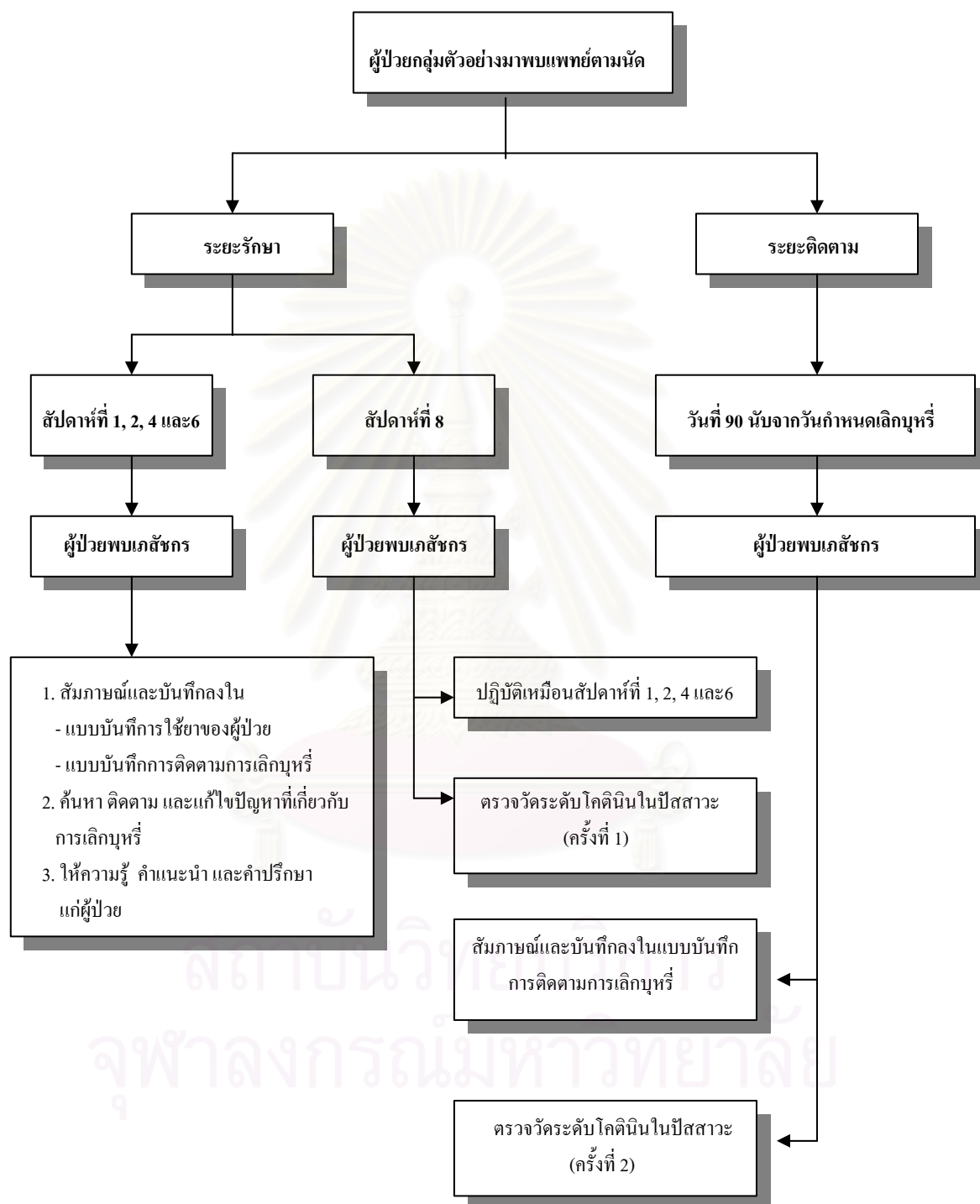
2.2.7 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในระยะรักษาคือ สัปดาห์ที่ 8 และในระยะติดตามผลคือ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวัดระดับโคตินินในปัสสาวะ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร(23) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดเป็นผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2.8 กรณีผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด เกิน 1 สัปดาห์ เกสัชกรดำเนินการติดตามผู้ป่วย โดยการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยให้มารับการรักษา หากผู้ป่วยไม่มารับการรักษาภายใน 1 สัปดาห์หลังการติดต่อ ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษา



แผนภูมิที่ 1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยหลังจากพบผู้ป่วยครั้งแรก

#### ตารางที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินงาน โดยเภสัชกร

ขั้นตอนการดำเนินงาน	วิธีดำเนินงาน	เครื่องมือที่ใช้	ข้อมูลที่ได้
1. การรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย	1. เภสัชกรแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ป่วย	1. หนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย	1. จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแรกรับเข้าโครงการวิจัย	1. สัมภาษณ์และบันทึกลงในแบบบันทึกที่เตรียมไว้ 2. ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ 3. ให้ความรู้ คำแนะนำการรับประทานยาและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่	1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย 2. แบบทดสอบระดับการคิดสารนิโคติน 3. แบบประเมินระดับความต้องการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลอง transtheoretical model 4. แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?” 5. แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย 6. ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ 7. แผ่นพับคำแนะนำเรื่องการรับประทานบูโพรพิออนและการเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ	1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ 2. คะแนนการคิดสารนิโคติน 3. ระดับความต้องการเลิกบุหรี่ 4. เหตุผลหลักที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ 5. ประเภทของปัญหาที่พบ
3. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ณ สัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6 ของการรักษา	1. สัมภาษณ์และบันทึกลงในแบบบันทึกที่เตรียมไว้ 2. ค้นหาและติดตามปัญหาที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ 3. ติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น	1. แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย 2. แบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่ 3. ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่ 4. แนวทางการให้ intervention ผู้ป่วย	1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ 2. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 3. ชนิดและจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น 4. ประเภทของปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่



ตารางที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินงาน โดยเภสัชกร(ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	วิธีดำเนินงาน	เครื่องมือที่ใช้	ข้อมูลที่ได้
4. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ณ สัปดาห์ที่ 8 ของการรักษา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สัมภาษณ์และบันทึกประวัติการใช้ยาและการเลิกบุหรี่</li> <li>2. ค้นหาและติดตามปัญหาที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่</li> <li>3. ติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น</li> <li>4. ส่งตรวจระดับโคตินินในปัสสาวะ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย</li> <li>2. แบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่</li> <li>3. ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่</li> <li>4. แนวทางการให้ intervention ผู้ป่วย</li> <li>5. เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้</li> <li>2. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</li> <li>3. ชนิดและจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น</li> <li>4. ประเภทของปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่</li> <li>5. ระดับโคตินินในปัสสาวะเพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่</li> </ol>
5. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ณ 3 เดือน หลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สัมภาษณ์และบันทึกประวัติการเลิกบุหรี่</li> <li>2. ส่งตรวจระดับโคตินินในปัสสาวะ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่</li> <li>2. ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่</li> <li>3. เครื่องตรวจยืนยันหาสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์อัตโนมัติ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้</li> <li>2. ระดับโคตินินในปัสสาวะเพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่</li> <li>3. ประเภทของปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่</li> </ol>

### ขั้นตอนที่ 3: การวิเคราะห์ข้อมูล อภิปราย และสรุปผลการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for windows version 10.0 ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก สถานะครอบครัว อาชีพ การศึกษา และโรคประจำตัว

3.1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน จำนวนบุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ วิธีที่เคยใช้ในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่เคยล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ต้องการเลิกบุหรี่ คะแนนการคิดสารนิโคติน ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ และสาเหตุที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่

3.2 ประสิทธิภาพของบุโพรฟิออน

3.2.1 วิเคราะห์อัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (PA) และ อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (CA) โดยกำหนดวันประเมินผลไว้ที่ วันที่ 56 (สัปดาห์ที่ 8) และวันที่ 97 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา ซึ่งคือ 7 สัปดาห์และ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปร้อยละ ความถี่

3.2.2 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปร้อยละ ความถี่

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ โดยการใช้บุโพรฟิออน ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆจากแบบเก็บข้อมูล เช่น อายุ สถานะครอบครัว ระดับการศึกษา จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ อายุเริ่มต้นสูบบุหรี่ คะแนนการคิดสารนิโคติน และระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เป็นต้น โดยใช้ univariate logistic regression กำหนดระดับของการทดสอบทางสถิติไว้ที่  $\alpha = 0.05$

3.4 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยและอภิปรายผลการศึกษาประสิทธิผลของบุโพรพ็อนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่  
 สูบบุหรี่ ณ สถาบันธัญญารักษ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ ข้อมูลทั่วไป ประวัติ  
 การสูบบุหรี่ และประวัติการเลิกบุหรี่
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการศึกษาประสิทธิผลของนุโพรฟิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่ ณ สถาบัน วิทยาลัย ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 – มิถุนายน พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 104 คน

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มแอลกอฮอล์ และโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 5

- เพศ จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน เป็นเพศชาย 91 คน (ร้อยละ 87.5) และเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 12.5)

- อายุ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ  $35.43 \pm 11.76$  ปี ค่ามัธยฐานของอายุคือ 35.0 ปี และค่าฐานนิยมของอายุคือ 20 ปี ผู้ป่วยมีอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 20-24 ปี (ร้อยละ 25.0) เนื่องจากในช่วงเก็บข้อมูลมีโครงการสนับสนุนให้นักศึกษาเลิกบุหรี่ซึ่งจัดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรีแห่งหนึ่งกับสถาบันวิทยาลัย ช่วงอายุที่พบรองลงมาคือ 35-39 ปี (ร้อยละ 19.2) สำหรับช่วงอายุที่พบน้อยที่สุด คือ 55 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 6.7)

- สถานภาพ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยคือร้อยละ 52.9 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 44.2 ยังโสด แสดงว่าทั้งผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้วและผู้ป่วยที่เป็น โสดมีความสนใจเข้ารับการรักษาเพื่อเลิก บุหรี่ใกล้เคียงกัน

- การศึกษา ผู้ป่วยที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีมีมากที่สุดคือ ร้อยละ 26.9 ทั้งนี้ เนื่องมาจากการมีโครงการสนับสนุนให้นักศึกษาเลิกบุหรี่ รองลงมาร้อยละ 20.2 มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีร้อยละ 14.5 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำกว่า

- อาชีพ ผู้ป่วยเป็นนักศึกษามากที่สุดคือร้อยละ 26.9 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างร้อยละ 25.0 ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนน้อยที่สุดคือ 5 คน (ร้อยละ 4.6) เมื่อพิจารณาสิทธิในการรักษาพยาบาลจากอาชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 75.0 ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ผู้ป่วย 28 คน (ร้อยละ 26.9) ที่มีอาชีพนักศึกษาได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากสถานศึกษาแห่งเดียวกันจำนวน 26 คน มีนักศึกษา 1 คน ที่มาจากสถาบันอื่นและผู้ปกครองเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ส่วนนักศึกษาอีก 1 คนที่เหลือออกค่าใช้จ่ายเอง 1 เดือน ที่เหลือผู้วิจัยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้

ตารางที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) (N=104)	ร้อยละ (100.0)
<b>เพศ</b>		
ชาย	91	87.5
หญิง	13	12.5
<b>อายุ (ปี)</b>		
20 - 24	26	25.0
25 - 29	11	10.6
30 - 34	13	12.5
35 - 39	20	19.2
40 - 44	10	9.6
45 - 49	9	8.7
50 - 54	8	7.7
55 - 59	3	2.9
60 ขึ้นไป	4	3.8
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD (ปี)		35.43 $\pm$ 11.76
ค่ามัธยฐานของอายุ (ปี)		35.0
ค่าฐานนิยมของอายุ (ปี)		20
อายุน้อยสุด/อายุมากที่สุด (ปี)		20/69
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	46	44.2
แต่งงาน	55	52.9
หย่า	3	2.9
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	17	16.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	14.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	20.2
ปวส./อนุปริญญา	8	7.7
กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี	28	26.9
ปริญญาตรี	14	13.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.0



ตารางที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) (N=104)	ร้อยละ (100.0)
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	4.8
รับจ้าง	26	25.0
ค้าขาย	10	9.6
รับราชการ	19	18.3
รัฐวิสาหกิจ	7	6.7
เอกชน	9	8.7
นักศึกษา	28	26.9
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ดื่ม	34	32.7
ดื่ม	70	67.3
<b>โรคประจำตัว<sup>1</sup></b>		
ไม่มี	91	87.5
มี	13	12.5
- ความดันโลหิตสูง	3	2.9
- ไขมันในเลือดสูง	5	4.8
- เบาหวาน	6	5.8
- หอบหืด	4	3.8
- ไ่วรัสตับอักเสบบี	2	1.9

หมายเหตุ <sup>1</sup> ผู้ป่วยบางคนอาจมีโรคประจำตัวร่วมด้วยมากกว่า 1 โรค ทำให้จำนวนผู้ป่วยรวมที่จำแนกตามโรคนั้นมากกว่าจำนวนผู้ป่วยจริง

ปวช. หมายถึง ประกาศนียบัตรวิชาชีพ, ปวส. หมายถึง ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

ผู้ป่วยจำนวน 26 คน มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แต่พบว่าในจำนวนนี้มีเพียง 4 คนซึ่งเป็นผู้ที่รับราชการและทำงานรัฐวิสาหกิจอย่างละ 2 คน ที่มารับการรักษาครบ 8 สัปดาห์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าแม้ผู้ป่วยจะสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการระดับล่างที่มีเงินเดือนน้อย ทำให้ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ก่อนแล้วรอการเบิกจ่ายภายหลังได้

- การดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อหนึ่งของเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัยในการศึกษานี้กำหนดให้คัดผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำใน 6 เดือนที่ผ่านมาออกจากการวิจัย ดังนั้นในตารางที่ 5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.3 ที่ดื่มแอลกอฮอล์หมายถึงผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และมีปริมาณการดื่มน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่วนผู้ป่วยที่เหลือร้อยละ 32.7 เป็นผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย

- โรคประจำตัว ผู้ป่วยร้อยละ 87.5 ปฏิเสธโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีอายุไม่มาก ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) เพียงร้อยละ 3.8 นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนยังไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากยังไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ข้อมูลแสดงปริมาณบุหรี่ที่สูบ อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ จำนวนบุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ คะแนนการคิดสารนิโคติน และสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ ดังแสดงในตารางที่ 6

- ปริมาณบุหรี่ที่สูบ ผู้ป่วยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ  $18.26 \pm 4.43$  มวน ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของจำนวนบุหรี่ที่สูบคือ 20 มวนต่อวัน โดยผู้ป่วยสูบบุหรี่น้อยที่สุดวันละ 5 มวน และสูงสุดวันละ 50 มวน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 52.9) สูบบุหรี่วันละ 11 – 20 มวน รองลงมาคือสูบบุหรี่วันละ 1 – 10 มวน (ร้อยละ 28.8) ซึ่งแตกต่างจากผลการรายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544(3) ที่พบผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 สูบบุหรี่ประมาณวันละ 1 – 10 มวน รองลงมาคือผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 26.5 สูบบุหรี่ประมาณวันละ 11 – 20 มวน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันมากมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ปริมาณน้อยกว่า

- อายุเริ่มสูบบุหรี่ ผู้ป่วยเริ่มสูบบุหรี่อายุเฉลี่ย  $18.26 \pm 4.43$  ปี ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของอายุเริ่มสูบบุหรี่คือ 18 ปี อายุน้อยสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 7 ปี และอายุสูงสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 40 ปี ช่วงอายุที่พบสูงสุดที่ผู้ป่วยเริ่มสูบบุหรี่คือ อายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 59.6) รองลงมาคือ เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 20 – 24 ปี (ร้อยละ 22.1) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544(3) ที่พบผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 58.2 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15 – 19 ปี รองลงมาคือผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 27.7 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 20 – 24 ปี เช่นเดียวกัน สิ่งที่น่าเป็นห่วงที่พบในการศึกษานี้คือ การที่ผู้สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความอยากรลอง และความต้องการเด่นเป็นที่จับตามองในกลุ่มเพื่อน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันหาทางป้องกันไม่ให้เยาวชนริสูบบุหรี่ ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่เยาวชนในเรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ และการวางตัวในสังคมให้เหมาะสม

ตารางที่ 6 ประวัติการสูบบุหรี่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N=104)	ร้อยละ (100.0)
<b>จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)</b>		
≤ 10	30	28.8
11 - 20	55	52.9
21 - 30	12	11.5
>30	7	6.7
จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย ± SD (มวน/วัน)	18.26±4.43	
ค่ามัธยฐานของจำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	20.0	
ค่าฐานนิยมของจำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	20	
จำนวนบุหรี่ที่สูบน้อยสุด/มากที่สุด (มวน/วัน)	5/50	
<b>อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี)</b>		
<10	1	1.0
10 - 14	9	8.7
15 - 19	62	59.6
20 - 24	23	22.1
25 - 29	5	4.8
≥30	4	3.8
อายุเริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ย ± SD (ปี)	18.26±4.43	
ค่ามัธยฐานของอายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	18.0	
ค่าฐานนิยมของอายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	18	
อายุเริ่มสูบบุหรี่น้อยสุด/มากที่สุด (ปี)	7/40	
<b>ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี)</b>		
<10	35	33.7
10 - 19	29	27.9
20 - 29	27	26.0
≥30	13	12.5
ระยะเวลาสูบบุหรี่เฉลี่ย ± SD (ปี)	17.17±11.57	
ค่ามัธยฐานของระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี)	16.0	
ค่าฐานนิยมของระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี)	4	
ระยะเวลาสูบบุหรี่น้อยสุด/มากที่สุด (ปี)	2/57	

ตารางที่ 6 ประวัติการสูบบุหรี่(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N =104)	ร้อยละ (100.0)
<b>จำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ (คน)</b>		
0	71	68.3
1 - 2	31	29.8
3 - 4	1	1.0
≥ 5	1	1.0
จำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่เฉลี่ย + SD (คน)		0.42±0.80
ค่ามัธยฐานของจำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ (คน)		0
ค่าฐานนิยมของจำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ (คน)		0
จำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่น้อยสุด/มากที่สุด (คน)		0/5
<b>คะแนนการทดสอบนิโคติน (FTND)</b>		
< 7	74	71.2
≥ 7	30	28.8
คะแนนการทดสอบนิโคตินเฉลี่ย ± SD (FTND)		4.88±2.49
ค่ามัธยฐานของคะแนนการทดสอบนิโคติน (FTND)		5.0
ค่าฐานนิยมของคะแนนการทดสอบนิโคติน (FTND)		4
คะแนนการทดสอบนิโคตินน้อยสุด/มากที่สุด (FTND)		0/10
<b>สาเหตุหลักที่ทำให้ยังสูบบุหรี่อยู่<sup>a</sup></b>		
ทดสอบนิโคตินในบุหรี่	42	40.4
ภาวะจิตใจที่พึ่งพาบุหรี่	71	68.3
ความเคยชิน	27	26.0

หมายเหตุ <sup>a</sup> ผู้ป่วยบางคนอาจมีสาเหตุที่ทำให้ยังสูบบุหรี่อยู่มากกว่า 1 สาเหตุ

- **ระยะเวลาสูบบุหรี่** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 33.7 สูบบุหรี่มานานน้อยกว่า 10 ปี เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุไม่มากนัก ระยะเวลาสูบบุหรี่เฉลี่ย 17.17±11.57 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาสูบบุหรี่ คือ 16.0 ปี และค่าฐานนิยมของระยะเวลาสูบบุหรี่ คือ 4 ปี โดยระยะเวลาสูบบุหรี่ นานน้อยที่สุด คือ 2 ปี และสูบบุหรี่นานสูงสุด คือ 57 ปี

- **จำนวนบุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่** ผู้ป่วยร้อยละ 68.3 เป็นบุคคลในบ้านเพียงคนเดียวที่สูบบุหรี่ รองลงมาร้อยละ 29.8 มีบุคคลอื่นในบ้านจำนวน 1 – 2 คนสูบบุหรี่ด้วย โดยจำนวนบุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 0.42±0.80 คน ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของจำนวนบุคคลอื่นในบ้านที่

สูบบุหรี่ คือ 0 คน และในผู้ป่วยที่ศึกษามีจำนวนบุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่สูงสุด 5 คน ผู้ป่วยบางคนไม่สูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านร่วมกับบุคคลอื่นเพราะต้องการปกป้องพฤติกรรมไม่ให้บุคคลอื่นทราบ

- **คะแนนการติดสารนิโคติน** จากการให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ Fagerström สำหรับประเมินระดับการติดสารนิโคติน (FTND) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ภาคผนวก ค) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.2 มีคะแนนน้อยกว่า 7 นั่นคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง ผู้ป่วยมีคะแนนการติดสารนิโคตินเฉลี่ย  $4.88 \pm 2.49$  ค่ามัธยฐานของคะแนนการติดสารนิโคติน 5.0 คะแนน และค่าฐานนิยมของคะแนนการติดสารนิโคติน 4 คะแนน โดยผู้ป่วยมีคะแนนการติดสารนิโคตินน้อยสุด 0 คะแนน และคะแนนการติดสารนิโคตินสูงสุด 10 คะแนน

- **สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่** จากการให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?” (ภาคผนวก จ) โดยผู้ป่วย 1 คนอาจมีมากกว่า 1 สาเหตุที่ทำให้ยังสูบบุหรี่อยู่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 มีสาเหตุจากภาวะจิตใจพึ่งพานูหรี โดยสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเครียด เป็นทุกข์ หรือกระวนกระวายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kassel และ Yates ค.ศ. 2002(77) ที่พบว่าแม้ผู้ป่วยจะมีสาเหตุในการสูบบุหรี่มากมาย แต่สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ เพื่อลดความเครียด สาเหตุที่พบรองลงมาในการศึกษานี้ คือ ติดสารนิโคตินในนูหรี ร้อยละ 40.4 นั่นคือเมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่แล้วเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น เช่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย เป็นต้น และสาเหตุสุดท้ายคือ ความเคยชินร้อยละ 26.0 ซึ่งเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น ต้องสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารหรือหลังดื่มกาแฟตอนเช้าหรือระหว่างโทรศัพท์ เป็นต้น

1.3 **ประวัติการเลิกนูหรี** ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกนูหรี ระยะเวลาานานที่สุดที่เคยเลิกนูหรีได้ วิธีที่เคยใช้เพื่อเลิกนูหรี เหตุผลในการกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 7

- **จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกนูหรี** ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เคยพยายามเลิกนูหรี  $1.89 \pm 2.21$  ครั้ง ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของจำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกนูหรีคือ 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 79.8 เคยมีความพยายามเลิกนูหรีมาก่อน โดยร้อยละ 60.6 เคยพยายามเลิกนูหรี 1 – 2 ครั้งก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เคยมีความพยายามเลิกนูหรีมาก่อน อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาเพื่อเลิกนูหรี เป็นผู้ป่วยที่มีความต้องการเลิกนูหรีอยู่แล้ว

ตารางที่ 7 ประวัติการเลิกบุหรี่ในอดีต

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N =104)	ร้อยละ (100.0)
<b>จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่</b>		
ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่	21	20.2
เคย (ครั้ง)	83	79.8
1 - 2	63	60.6
3 - 4	11	10.6
≥5	9	8.6
จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่เฉลี่ย ± SD		1.89 + 2.21
ค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่		1.0
ค่าฐานนิยมของจำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่		1
จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่น้อยสุด/มากที่สุด		0/10
<b>ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้<sup>a</sup></b>		
0	8	7.7
1 วัน - <1 สัปดาห์	17	16.3
1 สัปดาห์ - <1 เดือน	14	13.5
1 เดือน - <6 เดือน	33	31.7
6 เดือน - <1 ปี	3	2.9
≥ 1 ปี	8	7.7
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้เฉลี่ย ± SD (วัน)		167.57±564.92
ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้(วัน)		30.0
ค่าฐานนิยมระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้(วัน)		30
ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ (ปี)		10
<b>วิธีที่เคยใช้เพื่อเลิกบุหรี่<sup>a,b</sup></b>		
หักดิบ	54	51.9
ลดปริมาณบุหรี่ที่สูบ	19	18.3
บุหรี่พรีออน	7	6.7
น้ำยาบ้วนปากไซโตเซมในเตรท	4	3.8
ยาอื่นๆ	1	1.1

หมายเหตุ <sup>a</sup> เฉพาะผู้ป่วยที่เคยพยายามเลิกบุหรี่

<sup>b</sup> ผู้ป่วยบางคนอาจมีวิธีการเลิกบุหรี่ มากกว่า 1 วิธี



ตารางที่ 7 ประวัติการเลิกบุหรี่ในอดีต(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N =104)	ร้อยละ (100.0)
<b>เหตุผลที่กลับมาสูบบุหรี่ใหม่<sup>a, c</sup></b>		
ปัญหาครอบครัว	11	10.6
ปัญหาเรื่องงาน	10	9.6
สิ่งแวดล้อม	45	43.3
อยากบุหรี่	25	24.0
เหงา	9	8.7
เคยชิน	1	1.0

หมายเหตุ <sup>a</sup> เฉพาะผู้ป่วยที่เคยพยายามเลิกบุหรี่

<sup>b</sup> ผู้ป่วยบางคนอาจมีวิธีการเลิกบุหรี่ มากกว่า 1 วิธี

<sup>c</sup> ผู้ป่วยบางคนอาจมีมากกว่า 1 เหตุผลในการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่

- ระยะเวลาสั้นที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ได้ ผู้ป่วยร้อยละ 79.8 เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนเข้าการศึกษา นี้ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเคยเลิกบุหรี่ได้แล้วหลายครั้งแล้วกลับมาสูบบุหรี่อีก ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเฉพาะระยะเวลาสั้นที่สุดที่ผู้ป่วยเคยเลิกบุหรี่ได้ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 31.7 เคยเลิกบุหรี่ได้นาน 1 เดือน – น้อยกว่า 6 เดือน ขณะที่ร้อยละ 7.7 ของผู้ป่วยเคยเลิกบุหรี่ได้นานมากกว่า 1 ปี และอีกร้อยละ 7.7 เคยพยายามเลิกบุหรี่แต่เลิกไม่ได้เลย ระยะเวลาสั้นที่สุดที่ผู้ป่วยเคยเลิกบุหรี่ได้คือ 10 ปี ค่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมของระยะเวลาสั้นที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ได้คือ 30 วัน จากข้อมูลที่พบจะเห็นว่าช่วงระยะเวลาระหว่าง 1 – 6 เดือนที่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้เป็นช่วงเวลาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งหลังจากเลิกบุหรี่ได้แล้ว

- วิธีที่เคยใช้เพื่อเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนทั้งหมดจำนวน 83 คน โดยบางคนอาจใช้มากกว่า 1 วิธีในการเลิกบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 51.9 ใช้วิธีหักดิบ ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่ในทันที สาเหตุที่เลือกใช้วิธีนี้ ได้แก่ ความตั้งใจจริงของผู้ป่วยเอง มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ และออกบวช วิธีที่ใช้รองลงมาคือ การลดปริมาณบุหรี่ที่สูบลง(ร้อยละ 18.3) โดยผู้ป่วยใช้วิธีการลดปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่าการเปลี่ยนชนิดของบุหรี่ที่สูบมาเป็นแบบชนิดมีก้นกรองหรือมีปริมาณนิโคตินต่ำ ผู้ป่วยเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าก่อนร้อยละ 6.7 และไม่พบผู้ป่วยที่เคยใช้ NRT มาก่อน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง จึงพยายามเลิกบุหรี่ด้วยตนเองมากกว่าการไปพบแพทย์เพื่อใช้รักษา

- **เหตุผลที่กลับมาสูบบุหรี่ใหม่** ผู้ป่วยร้อยละ 79.8 ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อน บางคนมีมากกว่า 1 เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หรือต้องกลับมาสูบบุหรี่อีก พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.3 มาจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การออกงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ การทำงานต่างจังหวัด เป็นต้น เหตุผลรองลงมาคือ มีอาการอยากบุหรี่ ร้อยละ 25.0 โดยผู้ป่วยยังต้องการสูบบุหรี่อยู่ เหตุผลลำดับที่สาม คือ ปัญหาครอบครัว ร้อยละ 10.6 ได้แก่ การทะเลาะกันของคนในครอบครัว การสูญเสียคนในครอบครัว และเหตุผลลำดับที่สี่ คือ ปัญหาเรื่องงาน ร้อยละ 9.6 ได้แก่ มีอาชีพที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์ เช่น งานศิลปะ หรือ มีอาชีพรับจ้างขับรถซึ่งต้องสูบบุหรี่เพื่อไม่ให้รู้สึกง่วงนอน การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น สาเหตุที่พบในการศึกษานี้เหมือนกับสาเหตุที่พบในการศึกษาของ Roth และ Westman ค.ศ. 2001(10) ซึ่งพบสาเหตุสูงสุด คือ ภาวะเครียดจากปัญหาเรื่องบ้านและที่ทำงาน (ร้อยละ 43.7) รองลงมาคืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีคนสูบบุหรี่ (ร้อยละ 26.6)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่

ข้อมูลการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน ประกอบด้วย เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เหตุผลหลักในการสูบบุหรี่ ระยะเวลารับประทานยา สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ผลการเลิกบุหรี่ สาเหตุที่ผู้ป่วยรักษาครบตามระยะเวลาแล้วแต่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

- **เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเลิกบุหรี่** จากการสอบถามเหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ จำนวน 104 คน ผู้ป่วยบางคนมีมากกว่า 1 เหตุผลที่ต้องการเลิกบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ร้อยละ 90.4 ตัดสินใจเลิกบุหรี่ในครั้งนี้เนื่องจากมีความกังวลในปัญหาด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ และบางคนเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น ไอในตอนเช้า มีเสมหะมาก เหนื่อยง่าย บางคนเริ่มมีอายุมากขึ้น จึงมีความกังวลว่าจะป่วยเป็นโรคร้ายแรง เหตุผลรองลงมาคือ เรื่องครอบครัว ร้อยละ 28.8 ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการขอร้องจากสมาชิกในครอบครัวให้เลิกบุหรี่ ผู้ป่วยกลัวบุตรหลานได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ กลัวบุตรหลานเลียนแบบ มีภรรยากำลังตั้งครรภ์ เป็นต้น เหตุผลลำดับที่สาม คือ เรื่องงาน ร้อยละ 15.4 ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นนักศึกษาที่มีความกังวลในการสมัครงาน เนื่องจากในปัจจุบันบริษัทส่วนใหญ่จะไม่รับพนักงานที่สูบบุหรี่เข้าทำงาน หรือสถานที่ทำงานบางแห่งห้ามพนักงานสูบบุหรี่ ในระหว่างการเก็บข้อมูลมีโรงงานแห่งหนึ่งได้จัดโครงการนำร่องส่งพนักงานมาเลิกบุหรี่ที่สถาบันธัญญารักษ์ โดยทางโรงงานเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด เหตุผลสุดท้ายคือ ร้อยละ 9.6 ผู้ป่วยไม่ยอมสูบบุหรี่ต่อไป เนื่องจากรู้สึกว่าได้สูบบุหรี่มานานแล้ว

- **ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่** จากการประเมินระดับความต้องการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลอง TTM สามารถแบ่งผู้ป่วยในการศึกษานี้ตามระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ได้ 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.2 มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับ contemplation รองลงมาคือ ร้อยละ 27.9 มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับ preparation โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ระดับนี้ต่างมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ แต่ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับ preparation มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เคยเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 1 ครั้ง และเลิกได้นานอย่างน้อย 24 ชั่วโมงในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความลังเลในการเลิกบุหรี่และยังไม่พร้อมต่อการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยต้องการการรักษาเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับ action โดยผู้ป่วยในระดับนี้เริ่มเลิกบุหรี่ได้ 1 – 2 วันแล้วและมีอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้น จึงมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ทั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับ precontemplation เนื่องจากผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีความต้องการเลิกบุหรี่อยู่แล้ว และไม่พบผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับ maintenance เนื่องจากผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับนี้เป็นผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วนาน 6 เดือนขึ้นไป

ตารางที่ 8 เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (N =104)	ร้อยละ <sup>b</sup>
<b>เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการเลิกบุหรี่ <sup>a</sup></b>		
เรื่องสุขภาพ	94	90.4
ครอบครัว	30	28.8
เรื่องงาน	16	15.4
รู้สึกพอแล้ว	10	9.6
<b>ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่</b>		
contemplation	73	70.2
preparation	29	27.9
action	2	1.9

หมายเหตุ <sup>a</sup> ผู้ป่วยบางคนมีเหตุผลในการเลิกบุหรี่มากกว่า 1 เหตุผล ดังนั้นเมื่อรวมกันแล้วจึงมากกว่า 104 คน

<sup>b</sup> การคิดจำนวนร้อยละ คิดเทียบจากจำนวน 104 คน

- ระยะเวลารับประทานยา แม้ว่าจะยังไม่มีกำหนดระยะเวลารับประทานยาโปรฟิออนที่แน่นอน แต่คำแนะนำในปัจจุบันได้ยึดตามระยะเวลาที่กำหนดในการศึกษาต่างๆที่ออกแบบเพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาในการรับประทานเพื่อเลิกบุหรี่ โดยขอแนะนำการรับประทานยาโปรฟิออนคือรับประทาน 7 – 12 สัปดาห์ (32,37,47,60) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลารับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาโปรฟิออนเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จากผู้ป่วย 104 คนพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ครบ 8 สัปดาห์ร้อยละ 28.8 รองลงมาคือรับประทานยาเพียง 1 สัปดาห์ ร้อยละ 21.2 และรับประทานยา 2 สัปดาห์ ร้อยละ 19.2 ดังแสดงในตารางที่ 9 เมื่อรวมผู้ป่วยที่รับประทานยา 1 และ 2 สัปดาห์แล้วมีประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 40.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roth และ Westman ก.ศ. 2001(10) ที่พบค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาเป็น 2.5 สัปดาห์ ในการศึกษาใหม่มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย(ร้อยละ 63.5)รับประทานยาไม่เกิน 4 สัปดาห์ เนื่องจากระเบียบวิธีวิจัยในการศึกษานี้กำหนดไว้ว่า หลัง 2 สัปดาห์แรกแล้วผู้ป่วยจะถูกนัดให้มาโรงพยาบาลทุก 2 สัปดาห์จนถึงสิ้นสุดระยะรักษา พบว่าเมื่อผ่านระยะรับประทานยา 4 สัปดาห์ไปแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยาลดลง อย่างไรก็ตามระยะเวลารับประทานยาในการศึกษานี้ไม่อาจแสดงถึงการใช้จ่ายตามสั่งได้ เนื่องจากผู้วิจัยวิเคราะห์ระยะเวลารับประทานยาของผู้ป่วยโดยกำหนดจากจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมาโรงพยาบาลตามนัด และเพียงสอบถามในเรื่องการรับประทานยาทุกครั้งที่พบผู้ป่วยในระยะรักษาแต่ไม่มีการตรวจสอบการรับประทานยาโดยการเจาะวัดระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ

ตารางที่ 9 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา<sup>a</sup>

สัปดาห์	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยที่หยุดการรักษา (คน) (N=104)	ร้อยละ (100.0)
1	104	100	22	21.2
2	82	78.8	20	19.2
3	62	59.6	9	8.7
4	53	50.9	15	14.4
5	38	36.5	6	5.8
6	32	30.7	2	1.9
7	30	28.8	0	0.0
8	30	28.8	30	28.8

หมายเหตุ <sup>a</sup> เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้มารับยาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอีก ผู้วิจัยได้กำหนดให้สิ้นสุดระยะเวลารักษาของผู้ป่วย

- สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาครบ 8 สัปดาห์ จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน มีผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ครบ 8 สัปดาห์ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาอื่นๆ (10,16-17,76) ที่มีอัตราผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษาประมาณร้อยละ 10 - 35 สาเหตุอาจเนื่องมาจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ออกแบบคล้ายกับการปฏิบัติงานจริงซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่กล่าวมาซึ่งเป็น clinical trial และในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆด้วยตนเองรวมทั้งไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการศึกษา ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนครบ 8 สัปดาห์แล้วมาพบแพทย์ตามนัดเมื่อครบ 3 เดือนหลังจากวันกำหนดเลิกบุหรี่แล้วจำนวน 30 คน (ร้อยละ 28.8)

ผู้วิจัยได้ติดตามสาเหตุที่ผู้ป่วยจำนวน 74 คนไม่มารับการรักษาต่อไปอีกทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ป่วยบางคนมีเหตุผลที่ไม่ต้องการรักษาต่อมากกว่า 1 เหตุผล จากเหตุผลที่ได้จากผู้ป่วยทั้งหมด 97 เหตุผล ผู้วิจัยนำมาแบ่งเป็น 6 ประเภท ดังแสดงในตารางที่ 10 เหตุผลของผู้ป่วยสูงสุดร้อยละ 39.2 คือ รู้สึกไม่พร้อม เนื่องจากหลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยออกงานสังสรรค์กับเพื่อนในช่วงเทศกาลต่างๆ ได้แก่ เทศกาลลอยกระทง ปีใหม่ สงกรานต์ และไม่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง เหตุผลรองลงมา คือ มีความมั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 19.6 เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ต้องการรับประทานยาเป็นเวลานาน เพราะกลัวติดยารักษาเพื่อเลิกบุหรี่ และต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจำนวน 2 คนไม่ต้องการรับประทานยาหลายชนิด ประกอบกับความเชื่อของผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ว่าสามารถเลิกได้เองถ้าจิตใจเข้มแข็งพอ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่ได้แล้วจึงปฏิเสธการรักษาต่อ

เหตุผลที่พบบ่อยมากเป็นลำดับที่สาม คือผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 17.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Swan และคณะ ค.ศ. 2003(76) ที่ผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษาในระยะเวลา 3 เดือนเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 20.8 แต่สูงกว่าการศึกษาของ Hurt และคณะ ค.ศ. 1997(16), Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999(17) และ Roth และ Westman ค.ศ. 2001(10) ที่ผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษาเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 6.0, 8.8 และ 9.9 ตามลำดับ อาการที่พบในการศึกษาเหล่านี้ได้แก่ สัน ปวดศีรษะ เกิดผื่น แ่น้ำหน้าอก และท้องเสีย สำหรับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษาคือ นอนไม่หลับ และเวียนศีรษะ มีผู้ป่วย 1 คนที่มีโรคไวรัสตับอักเสบบี ต้องหยุดรับประทานยาเนื่องจากมีอาการอึดแน่นท้องมาก แต่ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น การชัก หรือเสียชีวิตในการศึกษาค้างนี้

เหตุผลลำดับที่สี่ คือ ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ร้อยละ 15.5 ซึ่งอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลบางคนได้รับการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลจาก



สถานที่ทำงาน หรือสถาบันการศึกษา หรือผู้วิจัย เหตุผลลำดับที่ห้าคือ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ร้อยละ 6.1 โดยผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยและติดตามผลการเลิกบุหรี่ได้หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 คนที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้เนื่องจากผู้วิจัยพบผู้ป่วยในครั้งแรกเพียงครั้งเดียวและไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้อีก เหตุผลสุดท้ายคือ เกิดโรคอื่นหรืออุบัติเหตุ ร้อยละ 2.1 ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 1 คน และประสบอุบัติเหตุรถชน 1 คน ผู้ป่วยจึงหยุดการรักษาไป

เมื่อวิเคราะห์ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่ถอนตัวจากการศึกษาจำนวน 74 คน พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation 56 คน แรงจูงใจระดับ preparation 16 คน และแรงจูงใจระดับ action 2 คน ดังนั้นในการปฏิบัติงานจริง หากบุคลากรสาธารณสุขมีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation ก่อนเริ่มการรักษาเพื่อเพิ่มความตั้งใจ และความเข้าใจในการเลิกบุหรี่แก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น อาจช่วยลดปัญหาผู้ป่วยถอนตัวจากการรักษาได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action แต่ถอนตัวจากการศึกษานั้นสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการถอนนิโคตินเกิดขึ้นแล้ว และการรับประทานบูโพรพิออนต้องใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ จึงจะได้ระดับยาสูงสุดคงที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นได้

#### ตารางที่ 10 สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ครบ 8 สัปดาห์<sup>a</sup>

เหตุผล <sup>b</sup>	จำนวนครั้ง (N=97)	ร้อยละ (100.0)
รู้สึกไม่พร้อม	38	39.2
มั่นใจว่าสามารถเลิกได้เอง	19	19.6
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	17	17.5
ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย	15	15.5
ติดต่อไม่ได้	6	6.1
โรคหรือเกิดอุบัติเหตุ	2	2.1

หมายเหตุ <sup>a</sup> ผู้วิจัยติดตามสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ครบ 8 สัปดาห์จำนวน 74 คน ทางโทรศัพท์

<sup>b</sup> ผู้ป่วยบางคนมีเหตุผลที่ไม่สามารถรับประทานยาครบ 8 สัปดาห์มากกว่า 1 เหตุผล

- การเลิกบุหรี่ การศึกษานี้ทำการประเมินผลการเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ครั้งแรกคือในระยะรักษาโดยประเมินผล ณ สัปดาห์ที่ 8 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา และครั้งที่สอง คือ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ (วันที่ 97 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา) โดยผู้วิจัยบันทึกผลการเลิกบุหรี่จากการสอบถามผู้ป่วยเองทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับยาอีก ผู้วิจัยทำการติดตามผลการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งแรกคือเมื่อครบ 8 สัปดาห์นับจากวันเริ่มต้น



รับประทานยา และครั้งที่สองคือ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ การประเมินผลอัตราการเลิกบุหรี่แบ่งเป็น 2 แบบ คือ อัตราการเลิกบุหรี่ใน 7 วันก่อนวันประเมิน (PA) และ อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่วันกำหนดเลิกบุหรี่จนถึงวันประเมิน (CA) และมีการยืนยันผลการเลิกบุหรี่โดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ จำนวน 2 ครั้ง คือ ที่ 8 สัปดาห์นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา และ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ โดยถือว่าผู้ป่วยที่มีระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิตรเป็นผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่(23) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโคตินินในปัสสาวะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบ 8 สัปดาห์เท่านั้น การคำนวณอัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 วิธี วิธีที่หนึ่ง intention-to-treat คือการนับจำนวนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา วิธีที่สอง per protocol คือการนับจำนวนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับประทานยาครบ 8 สัปดาห์

ถึงแม้ผู้ป่วยแต่ละคนจะรับประทานยาโปรพ็อนเป็นระยะเวลาต่าง ๆ กัน แต่จากการติดตามผลการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน โดยการสอบถามที่โรงพยาบาลและทางโทรศัพท์ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาล) ดังแสดงในตารางที่ 11 พบว่า PA ที่ 8 สัปดาห์ มีทั้งหมดจำนวน 48 คน เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาโปรพ็อนครบ 8 สัปดาห์มากที่สุด คือ ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ รับประทานยา 2 สัปดาห์ ร้อยละ 18.8 และรับประทานยา 1 สัปดาห์ ร้อยละ 12.5 สำหรับ CA ที่ 8 สัปดาห์ มีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 34 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาโปรพ็อน ครบ 8 สัปดาห์มากที่สุดคือ ร้อยละ 53.0 รองลงมาคือ รับประทานยา 2 และ 1 สัปดาห์ ร้อยละ 14.7 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยที่ได้ยา 6 สัปดาห์ (จากตารางที่ 10 มี 2 คน) พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการประเมิน PA ที่ 8 สัปดาห์ หรือ CA ที่ 8 สัปดาห์ และในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่ได้ยา 7 สัปดาห์ จึงไม่มีการประเมิน PA และ CA ที่ 7 สัปดาห์

เมื่อติดตามผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้หลังจากหยุดรับประทานยาที่ระยะเวลาต่าง ๆ กัน โดยประเมินผลการเลิกบุหรี่ที่ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน มีทั้งหมดจำนวน 41 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาโปรพ็อนครบ 8 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 61.0 รองลงมาคือ รับประทานยา 1 สัปดาห์ ร้อยละ 14.6 และรับประทานยา 2 สัปดาห์ ร้อยละ 12.2 สำหรับผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึง 3 เดือน มีทั้งหมดจำนวน 31 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาโปรพ็อนครบ 8 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ รับประทานยา 1 และ 2 สัปดาห์ ร้อยละ 19.4 และ 16.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 8 สัปดาห์ ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนเป็นระยะเวลาต่าง ๆ กัน

ระยะเวลารับประทานยา <sup>a</sup> (สัปดาห์)	PA <sup>b</sup> คน (ร้อยละ)	CA <sup>c</sup> คน (ร้อยละ)
1	6 (12.5)	5 (14.7)
2	9 (18.8)	5 (14.7)
3	1 (2.1)	1 (2.9)
4	4 (8.3)	4 (11.8)
5	2 (4.2)	1 (2.9)
6	- (0.0)	- (0.0)
8	26 (54.1)	18 (53.0)
รวม	48 (100.0)	34 (100.0)

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่ได้ยาเพียง 7 สัปดาห์

<sup>b</sup> PA หมายถึง point prevalence abstinence rate

<sup>c</sup> CA หมายถึง continuous abstinence rate

ตารางที่ 12 อัตราการเลิกบุหรี่ที่ 3 เดือน ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนเป็นระยะเวลาต่าง ๆ กัน

ระยะเวลารับประทานยา <sup>a</sup> (สัปดาห์)	PA <sup>b</sup> คน (ร้อยละ)	CA <sup>c</sup> คน (ร้อยละ)
1	6 (14.6)	6 (19.4)
2	5 (12.2)	5 (16.1)
3	1 (2.4)	1 (3.2)
4	4 (9.8)	4 (12.9)
5	- (0.0)	- (0.0)
6	- (0.0)	- (0.0)
8	25 (61.0)	15 (48.4)
รวม	41 (100.0)	31 (100.0)

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่ได้ยาเพียง 7 สัปดาห์

<sup>b</sup> PA หมายถึง point prevalence abstinence rate

<sup>c</sup> CA หมายถึง continuous abstinence rate

จากผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจะเห็นว่าผู้ป่วยบางคนบอกว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ แม้ว่าจะไม่ได้รับประทานยาครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ 8 สัปดาห์ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการรับประทานนิโคทอปิออนเพื่อเลิกบุหรี่ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่ทำให้กำหนดได้แน่ชัด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ เช่น การมีกำลังใจที่เข้มแข็งของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่จากการศึกษานี้มีผู้ป่วยหยุดรับประทานยาที่ระยะเวลาต่าง ๆ กัน จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้ยาแต่ละช่วงไม่มากพอที่จะบอกได้แน่ชัดว่าควรให้รับประทานนานเท่าใด จึงจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ จึงควรมีการศึกษาระยะเวลารับประทานยาต่าง ๆ กันต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลระยะเวลารับประทานยาที่สั้นที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ ถ้าระยะเวลาการรักษาใช้เวลาสั้นอาจช่วยให้ผู้ป่วยสนใจเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้มีผู้เลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น

จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 104 คน เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วย 30 คนที่สามารถรับประทานนิโคทอปิออนได้ครบ 8 สัปดาห์ เนื่องจากการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดไว้ว่าผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยาก่อนครบ 8 สัปดาห์ เป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ ดังนั้นการคำนวณอัตราการเลิกบุหรี่จะพิจารณาจากผู้ป่วยที่ได้ยาครบ 8 สัปดาห์ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน (intention-to-treat) ผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 13 พบว่า PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 25.0 และ 24.0 ตามลำดับ (26 และ 25 คน) และ CA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 17.3 และ 14.4 ตามลำดับ (18 และ 15 คน) สำหรับผลการเลิกบุหรี่ที่ยืนยันโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ พบว่า PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 22.1 และ 20.2 ตามลำดับ (23 และ 21 คน) CA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 17.3 และ 14.4 ตามลำดับ (18 และ 15 คน) ดังแสดงในตารางที่ 14 ซึ่งเท่ากับอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้จากผู้ป่วยที่รับประทานยาครบ 8 สัปดาห์ จำนวน 30 คน (per protocol) ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการคำนวณแบบ intention-to-treat ดังนี้ ผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย พบว่า PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 86.7 และ 83.3 ตามลำดับ (26 และ 25 คน) และ CA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 60.0 และ 50.0 ตามลำดับ (18 และ 15 คน) ดังแสดงในตารางที่ 15 สำหรับการยืนยันผลการเลิกบุหรี่โดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ พบว่า PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 76.7 และ 70.0 ตามลำดับ (23 และ 21 คน) และ CA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน เท่ากับที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย (ตารางที่ 15) ดังแสดงในตารางที่ 16

**ตารางที่ 13** อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทานนิโคตินทดแทน 8 สัปดาห์ (intention-to-treat)<sup>a</sup>

ระยะเวลา <sup>d</sup>	PA <sup>b</sup>		CA <sup>c</sup>	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
8 สัปดาห์	26	25.0	18	17.3
3 เดือน	25	24.0	15	14.4

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน มีผู้ป่วย 30 คน ที่รับประทานนิโคตินทดแทน 8 สัปดาห์ จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้เทียบจากผู้ป่วย 104 คน (intention-to-treat)

<sup>b</sup> PA หมายถึง point prevalence abstinence rate

<sup>c</sup> CA หมายถึง continuous abstinence rate

<sup>d</sup> ระยะเวลาประเมินผลการเลิกบุหรี่คือที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน

**ตารางที่ 14** อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะของผู้ป่วยที่รับประทานนิโคตินทดแทน 8 สัปดาห์ (intention-to-treat)<sup>a</sup>

ระยะเวลา <sup>d</sup>	PA <sup>b</sup>		CA <sup>c</sup>	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
8 สัปดาห์	23	22.1	18	17.3
3 เดือน	21	20.2	15	14.4

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน มีผู้ป่วย 30 คน ที่รับประทานนิโคตินทดแทน 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ยืนยันโดยระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้เทียบจากผู้ป่วย 104 คน (intention-to-treat)

<sup>b</sup> PA หมายถึง point prevalence abstinence rate

<sup>c</sup> CA หมายถึง continuous abstinence rate

<sup>d</sup> ระยะเวลาประเมินผลการเลิกบุหรี่คือที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน

**ตารางที่ 15** อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทานนิโคตินโปริฟอนครบ 8 สัปดาห์ (per protocol)<sup>a</sup>

ระยะเวลา <sup>d</sup>	PA <sup>b</sup>		CA <sup>c</sup>	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
8 สัปดาห์	26	86.7	18	60.0
3 เดือน	25	83.3	15	50.0

หมายเหตุ <sup>a</sup> จำนวนอัตราการเลิกบุหรี่จากผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่รับประทานนิโคตินโปริฟอนครบ 8 สัปดาห์ (per protocol)

<sup>b</sup> PA หมายถึง point prevalence abstinence rate

<sup>c</sup> CA หมายถึง continuous abstinence rate

<sup>d</sup> ระยะเวลาประเมินผลการเลิกบุหรี่คือที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน

**ตารางที่ 16** อัตราการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะของผู้ป่วยที่รับประทานนิโคตินโปริฟอนครบ 8 สัปดาห์ (per protocol)<sup>a</sup>

ระยะเวลา <sup>d</sup>	PA <sup>b</sup>		CA <sup>c</sup>	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (100.0)
8 สัปดาห์	23	76.7	18	60.0
3 เดือน	21	70.0	15	50.0

หมายเหตุ <sup>a</sup> จำนวนอัตราการเลิกบุหรี่จากผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่รับประทานนิโคตินโปริฟอนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ยืนยันโดยระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (per protocol)

<sup>b</sup> PA หมายถึง point prevalence abstinence rate

<sup>c</sup> CA หมายถึง continuous abstinence rate

<sup>d</sup> ระยะเวลาประเมินผลการเลิกบุหรี่คือที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน



ในการศึกษานี้ผลการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่ยอมรับว่ามีการสูบบุหรี่จะสอดคล้องกับผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะที่มากกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร มีผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่ปฏิเสธการสูบบุหรี่แต่ผลการตรวจโคตินินในปัสสาวะไม่สอดคล้องกันคือตรวจพบโคตินินมากกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ทั่วไปไม่มีความจำเป็น ต้องมีการตรวจยืนยันผลการเลิกบุหรี่ เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีชุดตรวจอย่างง่ายจำหน่าย ต้องทำการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลารอผลนาน มีค่าใช้จ่ายสูง ยกเว้นการตรวจสอบเพื่อผลทางวิจัยเท่านั้น

เมื่อพิจารณาอัตราการเลิกบุหรี่แบบ intention-to-treat พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาอื่นที่มีลักษณะเป็น clinical trial (16,61,63) และเมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาของ Swan และคณะ ค.ศ. 2003(76) ที่มีรูปแบบการศึกษาในสถานที่ปฏิบัติงานจริง พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้บุโพพออนร่วมกับการให้คำแนะนำ ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างมากมี PA ที่ 3 เดือนร้อยละ 35.0 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ แต่ในการศึกษาของ Roth และ Westman ค.ศ. 2001(10) ที่มีรูปแบบการศึกษาค้นคว้ากับการศึกษานี้ พบว่ามี PA และ CA ที่ 8 สัปดาห์ เท่ากับ ร้อยละ 28.2 และร้อยละ 15.5 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษานี้

อัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำกว่าการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากมีผู้ป่วยหยุดการรักษาเป็นจำนวนมาก และจากสาเหตุต่างๆได้กล่าวในตารางที่ 10 สะท้อนให้เห็นพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เน้นการรักษาเมื่อเป็นโรคแล้วมากกว่าการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่จะหาวิธีป้องกันไม่ให้คนไทยสูบบุหรี่มากขึ้น และช่วยให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเลิก บุหรี่ได้มากขึ้น

- สาเหตุของการเลิกบุหรี่ไม่ได้เมื่อสิ้นสุดระยะรักษา จากการสอบถามผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาจนสิ้นสุดการศึกษาแต่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จำนวน 9 คน (ผู้ป่วย 30 คนที่ได้รับการรักษาจน ครบ 8 สัปดาห์ สามารถเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือนมี จำนวน 21 คน) ผู้ป่วยบางคนมี สาเหตุของการเลิกบุหรี่ไม่ได้มากกว่า 1 เหตุผล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 เหตุผลหลัก ดังแสดงใน ตารางที่ 17 เหตุผลที่พบมากที่สุดร้อยละ 45.5 คือผู้ป่วยสังสรรค์กับเพื่อน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ มีการสังสรรค์หรือดื่มแอลกอฮอล์กับเพื่อน เหตุผลรองลงมา ร้อยละ 27.3 คือเรื่องครอบครัว เนื่องจากปัญหาการทะเลาะกันของบุคคลในครอบครัว หรือต้องการ ประชดผู้อื่น หรืออยู่ในครอบครัวที่เข้มงวด เหตุผลลำดับที่สามร้อยละ 18.2 คือมีอาการอยากบุหรี่ เมื่อได้กลิ่นบุหรี่แล้วมีอาการอยากบุหรี่จึงไม่สามารถตัดใจเลิกบุหรี่ได้ เหตุผลสุดท้ายคือ ร้อยละ 9.0 ปัญหาเรื่องงาน เนื่องจากทำงานต่างจังหวัด มีความรู้สึกเหงาและเครียดจากการทำงาน จะเห็นได้ว่าการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ไม่ได้ในช่วงรักษาเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากหาก



ทราบปัญหาก่อนอาจทำให้สามารถช่วยผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไข หรือป้องกันสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้บุคลากรสาธารณสุขต้องให้เวลากับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยปรึกษาปัญหาที่มีอยู่

### ตารางที่ 17 สาเหตุที่ผู้ป่วยรับประทานยาครบ 8 สัปดาห์แต่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

เหตุผล	จำนวนเหตุผล <sup>a</sup> (N = 11)	ร้อยละ (100.0)
สังสรรค์กับเพื่อน	5	45.5
ปัญหาครอบครัว	3	27.3
มีอาการอยากบุหรี่	2	18.2
ปัญหาเรื่องงาน	1	9.0

หมายเหตุ <sup>a</sup> ผู้ป่วยบางคนมีเหตุผลที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 1 เหตุผล จำนวนเหตุผลรวมจึงมากกว่าจำนวนผู้ป่วย 9 คน

### ส่วนที่ 3 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

- เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การนับจำนวนครั้งการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการศึกษานี้จะนับเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนครั้งแรกเพียงครั้งเดียว ผู้ป่วยแต่ละคนอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้หลายเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งเกิดอาการปวดศีรษะหลังรับประทานบูโพรพิออนได้ 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ต่อมาเมื่อมาพบผู้วิจัยผู้ป่วยยังมีอาการปวดศีรษะอยู่ แต่ทุเลาลงแล้ว ผู้วิจัยนับอาการปวดศีรษะเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพียง 1 เหตุการณ์ หรือในผู้ป่วยคนหนึ่งเกิดอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และชาบริเวณใบหน้า ผู้วิจัยนับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น 3 เหตุการณ์

จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ทั้งสิ้น 104 คน ไม่ทราบข้อมูลการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้ 1 คน พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วย 69 คน (ร้อยละ 66.3) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Tommesen และคณะ ค.ศ. 2003(63) (ร้อยละ 75) และ Swan และคณะ ค.ศ. 2003(76) (ร้อยละ 85.0-96.8) พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 121 ครั้ง เฉลี่ยแล้วผู้ป่วย 1 คน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 1.2 ครั้ง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทุกเหตุการณ์สามารถพบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรับประทานบูโพรพิออน โดยอาการนอนไม่หลับ และติดเชื้ทางเดินหายใจยังคงพบได้แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานบูโพรพิออนนานกว่า 4 สัปดาห์แล้วก็ตาม

ตารางที่ 18 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วย 69 คน

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ) <sup>a</sup>								
	ระยะเวลาเริ่มต้นของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (สัปดาห์)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	รวม
ปากแห้ง	26 (25.0)	2 (1.9)	-	-	-	-	-	-	28 (26.9)
นอนไม่หลับ	19 (18.3)	4 (3.8)	1 (1.0)	1 (1.0)	-	1 (1.0)	-	-	26 (25.1)
เวียนศีรษะ	15 (14.4)	1 (1.0)	3 (2.9)	1 (1.0)	-	-	-	-	20 (19.2)
ปวดศีรษะ	8 (7.7)	1 (1.0)	-	1 (1.0)	-	-	-	-	10 (9.6)
ชา	8 (7.7)	-	-	-	-	-	-	-	8 (7.7)
ท้องผูก	5 (4.8)	1 (1.0)	-	-	-	-	-	-	6 (5.8)
ไม่มีแรง	4 (3.8)	1 (1.0)	1 (1.0)	-	-	-	-	-	6 (5.8)
ติดเชื้อทางเดินหายใจ	2 (1.9)	1 (1.0)	-	1 (1.0)	-	1 (1.0)	-	-	5 (4.8)
ความรู้สึกลมทางเพศลดลง	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	-	-	-	-	-	3 (2.9)
ง่วงนอน	3 (2.9)	-	-	-	-	-	-	-	3 (2.9)
ท้องอืด	2 (1.9)	-	-	-	-	-	-	-	2 (1.9)
มือสั่น	2 (1.9)	-	-	-	-	-	-	-	2 (1.9)
ท้องเสีย	1 (1.0)	-	-	-	-	-	-	-	1 (1.0)
ใจสั่น	1 (1.0)	-	-	-	-	-	-	-	1 (1.0)
รวม	97 (93.2)	12 (11.6)	6 (5.8)	4 (3.9)	-	2 (1.9)	-	-	121 (116.4)

หมายเหตุ <sup>a</sup> ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์คิดเทียบจากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน ผู้ป่วยบางคนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1 ชนิดอาการ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยมาก ดังแสดงในตารางที่ 18 คือ ปากแห้ง และ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 26.9 และ 25.1 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้(61,76) อาการดังกล่าวสามารถดีขึ้นได้เอง สำหรับอาการนอนไม่หลับที่พบส่วนใหญ่คือนอนหลับยาก แม้ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำในการรับประทานยาครั้งที่สองของวันให้เร็วขึ้น(ไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงหลังรับประทานยาครั้งแรก) แต่พบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาอยู่ ต้องบรรเทาอาการด้วยยานอนหลับ เช่น ลอราซีแพม (lorazepam) ไดอะซีแพม (diazepam) มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ตื่นนอนเร็วกว่าปกติซึ่งมักพบในผู้ป่วยมีอายุ

สำหรับอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะพบรวมกันสูงถึงร้อยละ 28.8 เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยมากในการศึกษาอื่นๆเช่นเดียวกัน(16-17,63) ส่วนใหญ่แล้วอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะมักเกิดในสัปดาห์แรกของการรับประทานยา แต่อาการจะค่อยๆทุเลาและหายได้เองเมื่อเวลาผ่านไป สำหรับผู้ป่วยที่เกิดอาการมากการลดขนาดรับประทานเหลือวันละ 1 เม็ด ไม่ทำให้อาการทุเลาลงแต่เมื่อหยุดยาได้ 1 - 2 วัน อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะจึงหายไป

อาการชาที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 7.7) พบบริเวณส่วนบนของร่างกายคือใบหน้า และแขน สำหรับการติดเชื้องูทางเดินหายใจในผู้ป่วยจำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.8) แพทย์ได้สั่งยาต้านแบคทีเรียให้รับประทาน ทั้งนี้อาการป่วยที่เกิดขึ้นไม่สามารถบอกได้อย่างแน่ชัดว่าเกิดจากการรับประทานบูโพรพิออน เนื่องจากไม่ใช่อาการที่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้บูโพรพิออนเพื่อเลิกบุหรี่ แต่อาจเกิดได้จากสาเหตุอื่น เช่น จากสุขภาพของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 2.9) ที่มีความรู้สึกลึกลับลดลงเป็นเพศชายทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วย 2 ใน 3 คน หยุดรับประทานยาเนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจฐานะ แต่ผู้ป่วยอีก 1 คนยังคงรับประทานยาจนครบ 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้ง 3 คนไม่ได้รับประทานยาอื่นในระหว่างรับประทานบูโพรพิออนและเมื่อเวลาผ่านไปอาการดีขึ้นเองในผู้ป่วยทั้ง 3 คน ผู้ป่วย 1 คนมีอาการใจสั่น เริ่มมีอาการตั้งแต่รับประทานยาวันแรก อาการเป็นมากขึ้นเมื่อครบ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยรายนี้รับประทานยาเพียง 2 สัปดาห์เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ประกอบกับมั่นใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้เอง (ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึงเดือนที่ 3 หลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ แม้ว่ารับประทานยาเพียง 2 สัปดาห์ก็ตาม)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบในการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่แจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในตอนแรกที่ผู้วิจัยสอบถาม แต่เมื่อผู้วิจัยยกตัวอย่างเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆที่พบได้บ่อยผู้ป่วยจึงแจ้งว่ามีเหตุการณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุขคนสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้พบและทราบว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นทำให้การแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นโดยการใช้นั้นเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่ต้องการกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง และแพทย์มีเวลาในการซักถามผู้ป่วยน้อย หากสามารถแจ้งให้แพทย์ได้ทราบก่อนแพทย์สั่งใช้ยาอาจทำให้สามารถแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึง

ประสงคที่เกดขึ้นหรือลดความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงคลงได้ สร้างความเข้าใจในการรับประทานยาาร่วมกันกับผู้ป่วย และลดจำนวนผู้ป่วยที่หยุดการรักษาเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงคได้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงคเหล่านี้แม้จะเกิดขึ้นมากในช่วง 3 สัปดาห์แรกของการรับประทานยาและส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง แต่มีผลกระทบอย่างมากต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงคที่เกดขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกลัวว่าการเลิกบุหรี่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปในทางที่แย่ง ทั้งจากการต้องห้ามใจตัวเองไม่ให้สูนถึงบุหรี่ การระงับความอยากที่เกดขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zillich และคณะ ค.ศ. 2002(78) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังเลิกบุหรี่ในช่วง 2 สัปดาห์แรกจะลดลงจากช่วงก่อนเลิกบุหรี่ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลคือผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวอยากเลิกบุหรี่และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

- การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว เนื่องจากการเลิกบุหรี่อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ผู้วิจัยติดตามการเปลี่ยนแปลงนี้ในผู้ป่วยที่ได้ยาครบ 8 สัปดาห์และสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือนเท่านั้น โดยบันทึกน้ำหนักตัวผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกครั้งทีผู้ป่วยมาพบแพทย์ และทำการเปรียบเทียบน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง ณ สัปดาห์ที่ 8 ของการรักษา และที่ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ กับน้ำหนักก่อนเริ่มต้นรับการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องที่ 8 สัปดาห์ จำนวน 18 คน มีน้ำหนักเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงลดลง 0.18 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เฉลี่ยเปลี่ยนแปลงลดลง  $5.85 \times 10^{-2}$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องที่ 3 เดือน จำนวน 15 คน พบน้ำหนักเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงลดลง 0.36 กิโลกรัม BMIเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงลดลง 0.15 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องที่ 8 สัปดาห์ที่ 8 ของการรักษา และที่ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุรีมีน้ำหนักเฉลี่ยลดลง แต่การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักน้อยมาก ดังแสดงในตารางที่ 19

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hurt และคณะ ค.ศ. 1997 (16) และ Jorenby และคณะ ค.ศ. 1999 (17) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้บูโพรพิออนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Hays และคณะ ค.ศ. 2001(12) พบว่าหลังจากติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 2 ปี หลังจากผู้ป่วยได้บูโพรพิออนนาน 52 สัปดาห์ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าบูโพรพิออนเป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ทำให้ลดความกังวลของผู้ป่วยเรื่องการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในช่วงแรกของการเลิกบุหรี่ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีเวลาปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร

ในการศึกษานี้พบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักน้อยมาก สาเหตุส่วนหนึ่งนอกเหนือจากผลของบูโพรพิออนแล้ว อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้มีจำนวนน้อยระยะเวลาการติดตามสั้น และผู้ป่วยพยายามควบคุมเรื่องการบริโภคอาหารเพราะมีความกังวลเรื่อง

การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวอยู่แล้ว ในกลุ่มผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้นี้มีผู้ป่วยหญิง 1 คน มีน้ำหนักเริ่มต้นเมื่อเริ่มการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ 52 กิโลกรัม สิ้นสุดระยะติดตามมีน้ำหนักลดลงเหลือ 48 กิโลกรัม เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะควบคุมน้ำหนักเพื่อลดความอ้วน

**ตารางที่ 19** การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องที่ 8 สัปดาห์และ 3 เดือน

จำนวนผู้ป่วย	เวลาที่ประเมิน			
	8 สัปดาห์		3 เดือน	
	น้ำหนัก (กก.)	BMI <sup>a</sup> (กก./ตรม.)	น้ำหนัก (กก.)	BMI <sup>a</sup> (กก./ตรม.)
18 คน	-0.18	$-5.85 \times 10^{-2}$	-	-
15 คน	$-3.87 \times 10^{-17}$	$9.47 \times 10^{-4}$	-0.36	-0.15

หมายเหตุ <sup>a</sup> BMI หมายถึง body mass index

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่

ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ univariate logistic regression เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ จำนวน 13 ปัจจัยกับผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน (ไม่ครบ 8 สัปดาห์) และเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 และ 3 เดือนนั้นผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยและยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ ดังแสดงในตารางที่ 20-31 กำหนดค่านัยสำคัญไว้น้อยกว่า 0.05 ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แสดงค่า odds ratio และค่าประมาณแบบช่วงของ odds ratio ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95%CI)

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน (ไม่ครบ 8 สัปดาห์) และรับประทานบูโพรพิออนได้ครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 5, 6, 7 และ 8 (ผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย และยืนยันผลโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์) มีเพียงปัจจัยเดียวที่เหมือนกัน คือจำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ซึ่งถ้ามีจำนวนครั้งมากขึ้นก็มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dale และคณะ ค.ศ. 2001(18) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ คือจำนวนครั้งของ



ความพยายามเลิกบุหรี่ซึ่งถ้ามีจำนวนหลายครั้งก็จะมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้นจะค่อยๆลดลงใน 3 – 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วหลายครั้ง ย่อมมีประสบการณ์การเกิดอาการถอนนิโคตินที่มากกว่า และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้มากกว่าเช่นกัน จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน (ไม่ครบ 8 สัปดาห์) แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน(ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย) คือ ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ preparation มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation (OR = 3.02; 95%CI = 1.22-7.51,  $p = 0.02$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ferguson และคณะ ค.ศ. 2003(66) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับสูงกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ระดับต่ำกว่า ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation ถอนตัวจากการศึกษาจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่พร้อมในการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งระยะเวลาที่ 3 เดือนเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาแล้ว การที่ผู้ป่วยจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ต่อไปได้จึงขึ้นกับความพร้อมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าในช่วงที่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาอยู่

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน(ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย) คือ จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ (OR = 1.34; 95%CI = 1.09-1.67,  $p = 0.007$ ) ซึ่งเป็นปัจจัยเดียวกันกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกันและที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 5, 6, 7 และ 8 (ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย และการตรวจโคตินินในปัสสาวะเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์) ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ปัจจัย 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน(ผลการเลิกบุหรี่ยืนยันจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ) ได้แก่ 1. ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว(OR = 0.21; 95%CI = 0.07-0.63,  $p = 0.006$ ) 2. ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของความพยายามในการเลิกบุหรี่มากมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความพยายามน้อยครั้งกว่า(OR = 1.30; 95%CI = 1.07-1.60,  $p = 0.01$ ) และ 3. ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ preparation มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation (OR = 4.92; 95%CI = 1.76-13.71,  $p = 0.002$ )



Dale และคณะ ค.ศ. 2001(18) พบว่าผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ อาจเนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้วมีความเครียด ความกังวลในการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด เช่น ต้องรับผิดชอบในเรื่องของการเลี้ยงดูบุตร การหาเลี้ยงครอบครัว ปัญหาในเรื่องของการทำงาน การไม่มีเวลามาพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

สำหรับปัจจัยอื่นๆในการศึกษานี้ที่ไม่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ เช่น ปัจจัยด้านการติดสารนิโคติน พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนการติดนิโคตินน้อยสุด 0 คะแนน จำนวน 6 คน เลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือนจำนวน 2 คน ผู้ป่วยที่เหลือ 4 คนเลิกบุหรี่ไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนการติดนิโคตินสูงสุด 10 คะแนน จำนวน 4 คน เลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือนจำนวน 1 คน ผู้ป่วยที่เหลือ 3 คน ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

แม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากขึ้นจะทำให้สูบบุหรี่มากขึ้นด้วย (79) แต่จากเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัยข้อหนึ่ง คือ ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำใน 6 เดือนที่ผ่านมา (มากกว่า 2 แก้วต่อวันเกือบทุกวัน) ดังนั้นผู้ป่วยในการศึกษานี้จึงเป็นผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณไม่มากนัก จึงอาจทำให้ปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังไม่พบปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่เช่นเดียวกับในผลการศึกษาของ Swan และคณะ ค.ศ. 2003(80) ได้แก่ เพศหญิง อายุ น้อย ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ในระยะสั้น และประวัติอาการซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีคะแนนการติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีจำนวนน้อย และไม่พบผู้ป่วยที่มีประวัติอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย ทำให้ไม่พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ผลจากการศึกษานี้ยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัดถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้ เพราะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และมีผู้ป่วยเพศหญิงน้อย แต่การปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขอาจใช้ปัจจัยเหล่านี้เป็นข้อสังเกตผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ และการเอาใจใส่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation ก่อนเริ่มใช้ยารักษา มีการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยด้วยในกรณีผู้ป่วยแต่งงานแล้ว การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วหลายครั้งแต่ยังเลิกไม่ได้ เป็นต้น

ตารางที่ 20 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 2 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	49 (47.1)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.03	0.99-1.06	0.12
สถานภาพ					
สมรส	29 (27.9)	29 (27.9)	1.62	0.74-3.56	0.23
โสดและหย่า	20 (19.2)	26 (25.0)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	24 (23.1)	27 (26.0)	1.08	0.49-2.34	0.86
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25 (24.0)	28 (26.9)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	16 (15.4)	18 (17.3)	1.03	0.45-2.99	0.95
ดื่ม	33 (31.7)	37 (35.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	43 (41.3)	48 (46.2)	1.09	0.34-3.50	0.88
มี	6 (5.8)	7 (6.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			1.04	0.99-1.08	0.12
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			0.98	0.90-1.07	0.69
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.03	1.00-1.07	0.09

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 2 ได้ 49 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 20 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 2 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.93	0.57-1.52	0.78
คะแนนการคิดสารนิโคติน <sup>c</sup>			1.05	0.90-1.23	0.54
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.00	0.83-1.19	0.95
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน					
< 1 เดือน	22 (21.2)	22 (21.2)	1.24	0.57-2.73	0.59
	27 (26.0)	33 (31.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	15 (14.4)	14 (13.5)	1.29	0.54-3.09	0.57
contemplation	34 (32.7)	39 (37.5)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 2 ได้ 49 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	59 (56.7)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.01	0.98-1.05	0.48
สถานภาพ					
สมรส	32 (30.8)	23 (22.0)	1.19	0.54-2.62	0.67
โสดและหย่า	27 (26.0)	22 (21.2)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	30 (28.8)	24 (23.1)	1.25	0.57-2.77	0.58
ต่ำกว่าปริญญาตรี	29 (27.9)	21 (20.2)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	19 (18.3)	15 (14.4)	0.95	0.41-2.21	0.91
ดื่ม	40 (38.5)	30 (28.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	53 (51.0)	38 (36.5)	1.47	0.44-4.93	0.53
มี	6 (5.8)	7 (6.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			1.00	0.96-1.04	0.99
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			0.99	0.90-1.09	0.84
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.01	0.98-1.05	0.43

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 3 ได้ 59 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.82	0.50-1.35	0.44
คะแนนการตัดสินใจโคคิน <sup>c</sup>			0.92	0.79-1.08	0.33
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.19	0.95-1.48	0.13
ระยะเวลาานานที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	27 (26.0)	28 (26.9)	1.37	0.61-3.07	0.44
< 1 เดือน	32 (30.8)	17 (16.3)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	18 (17.3)	11 (10.6)	1.32	0.53-3.26	0.55
contemplation	41 (39.4)	32 (30.8)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 3 ได้ 59 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 22 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 4 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	p value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	52 (50.0)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.01	0.98-1.05	0.47
สถานภาพ					
สมรส	28 (26.9)	27 (26.0)	1.17	0.53-2.56	0.70
โสดและหย่า	24 (23.1)	25 (24.0)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	27 (26.0)	24 (23.1)	1.28	0.58-2.80	0.54
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25 (24.0)	28 (26.9)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	18 (17.3)	16 (15.4)	1.29	0.55-2.99	0.56
ดื่ม	34 (32.7)	36 (34.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	46 (44.2)	45 (43.3)	1.10	0.33-3.66	0.88
มี	6 (5.8)	7 (6.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			1.00	0.96-1.04	0.96
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.02	0.93-1.11	0.74
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.01	0.98-1.05	0.54

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 4 ได้ 52 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> p value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action



ตารางที่ 22 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 4 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.86	0.52-1.42	0.56
คะแนนการตัดสินใจคิดค้น <sup>c</sup>			0.98	0.84-1.14	0.77
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.15	0.95-1.41	0.16
ระยะเวลาานานที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	23 (22.0)	31 (30.0)	1.37	0.61-3.07	0.44
< 1 เดือน	29 (27.9)	21 (20.1)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	18 (17.3)	11 (10.6)	1.91	0.77-4.71	0.16
contemplation	34 (32.7)	39 (37.5)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 4 ได้ 52 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 5 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่เลิก บุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	45 (43.3)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.01	0.98-1.05	0.42
สถานภาพ					
สมรส	26 (25.0)	29 (27.9)	1.47	0.66-3.27	0.34
โสดและหย่า	19 (18.3)	30 (28.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	22 (21.2)	29 (27.9)	0.96	0.43-2.11	0.91
ต่ำกว่าปริญญาตรี	23 (22.0)	30 (28.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	15 (14.4)	19 (18.3)	1.19	0.51-2.78	0.69
ดื่ม	30 (28.8)	40 (38.5)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	39 (37.5)	52 (50)	0.81	0.24-2.72	0.74
มี	6 (5.8)	7 (6.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			0.99	0.95-1.03	0.56
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			0.99	0.90-1.09	0.83
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.02	0.98-1.05	0.37

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 5 ได้ 45 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 23 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 5 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.73	0.42-1.28	0.27
คะแนนการคิดสารนิโคติน <sup>c</sup>			0.91	0.77-1.06	0.23
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.33	1.05-1.69	0.02*
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	19 (18.3)	25 (24.0)	1.06	0.48-2.37	0.88
< 1 เดือน	26 (25.0)	34 (32.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	15 (14.4)	14 (13.5)	1.50	0.62-3.62	0.37
contemplation	30 (28.8)	43 (41.3)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 5 ได้ 45 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

สงวนลิขสิทธิ์บริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 24** ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 6 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	p value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	46 (44.2)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.01	0.98-1.05	0.51
สถานภาพ					
สมรส	25 (24.0)	30 (28.9)	1.19	0.54-2.64	0.67
โสดและหย่า	21 (20.2)	28 (26.9)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	24 (23.1)	27 (25.9)	1.18	0.53-2.61	0.69
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22 (21.2)	31 (29.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	16 (15.4)	18 (17.3)	1.32	0.56-3.09	0.53
ดื่ม	30 (28.8)	40 (38.5)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	40 (38.5)	51 (49.0)	0.87	0.26-2.91	0.82
มี	6 (5.8)	7 (6.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			0.99	0.95-1.03	0.58
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.00	0.91-1.10	1.00
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.01	0.98-1.05	0.51

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 6 ได้ 46 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> p value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 24 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 6 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.81	0.48-1.37	0.43
คะแนนการตัดสินใจโคติน <sup>c</sup>			0.89	0.76-1.04	0.15
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.40	1.07-1.82	0.01*
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	20 (19.2)	24 (23.1)	1.14	0.51-2.53	0.76
< 1 เดือน	26 (25.0)	34 (32.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	17 (16.3)	12 (11.5)	2.08	0.85-5.10	0.11
contemplation	29 (27.9)	44 (42.3)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 6 ได้ 46 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 25 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 7 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	p value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	48 (46.2)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.01	0.98-1.05	0.55
สถานภาพ					
สมรส	26 (25.0)	29 (27.8)	1.18	0.53-2.61	0.68
โสดและหย่า	22 (21.2)	27 (26.0)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	24 (23.1)	27 (26.0)	1.00	0.45-2.21	1.00
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24 (23.1)	29 (27.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	16 (15.4)	18 (17.3)	1.17	0.50-2.74	0.72
ดื่ม	32 (30.8)	38 (36.5)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	42 (40.4)	49 (47.1)	0.96	0.29-3.20	0.94
มี	6 (5.8)	7 (6.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			0.98	0.94-1.03	0.42
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.02	0.93-1.12	0.67
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			1.01	0.97-1.04	0.66

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 7 ได้ 48 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> p value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 25 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 7 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.82	0.49-1.37	0.45
คะแนนการคิดสารนิโคติน <sup>c</sup>			0.98	0.84-1.14	0.45
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.36	1.05-1.77	0.02*
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	20 (19.2)	24 (23.1)	0.99	0.44-2.20	0.97
< 1 เดือน	28 (26.9)	32 (30.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	17 (16.3)	12 (11.5)	1.85	0.75-4.52	0.18
contemplation	31 (29.8)	42 (40.4)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 7 ได้ 48 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	48 (46.2)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.00	0.97-1.04	0.90
สถานภาพ					
สมรส	25 (24.1)	30 (28.8)	1.00	0.45-2.22	0.99
โสดและหย่า	23 (22.1)	26 (25.0)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	24 (23.1)	27 (25.9)	1.00	0.45-2.21	1.00
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24 (23.1)	29 (27.9)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	15 (14.4)	19 (18.3)	0.97	0.41-2.26	0.94
ดื่ม	33 (31.6)	37 (35.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	41 (39.4)	50 (48.1)	0.65	0.19-2.21	0.50
มี	7 (6.7)	6 (5.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>c</sup>			0.99	0.95-1.03	0.58
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.99	0.90-1.09	0.81
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			1.00	0.97-1.04	0.83

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ได้ 48 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 26 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.71	0.41-1.24	0.22
คะแนนการคิดสารนิโคติน <sup>c</sup>			0.87	0.74-1.02	0.09
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.30	1.02-1.65	0.03*
ระยะเวลาานานที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	22 (21.2)	22 (21.2)	1.38	0.62-3.09	0.43
< 1 เดือน	26 (25.0)	34 (32.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	16 (15.4)	13 (12.5)	1.59	0.66-3.87	0.31
contemplation	32 (30.8)	41 (39.4)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ได้ 48 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	26 (25.0)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			0.99	0.94-1.02	0.32
สถานภาพ					
สมรส	10 (9.6)	45 (43.3)	0.48	0.19-1.21	0.12
โสดและหย่า	16 (15.4)	33 (31.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	15 (14.4)	36 (34.6)	1.48	0.60-3.68	0.39
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11 (10.6)	42 (40.4)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	9 (8.7)	25 (24.0)	1.26	0.49-3.28	0.64
ดื่ม	17 (16.3)	53 (51.0)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	23 (22.0)	68 (65.5)	1.11	0.28-4.48	0.88
มี	3 (2.9)	10 (9.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>c</sup>			0.98	0.93-1.03	0.45
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.95	0.84-1.07	0.38
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.99	0.95-1.03	0.49

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ได้ 26 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ไม่น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 27 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.73	0.36-1.46	0.37
คะแนนการคิดสารนิโคติน <sup>c</sup>			0.92	0.36-1.46	0.37
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.36	1.09-1.69	0.006*
ระยะเวลาานานที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>e</sup>					
≥ 1 เดือน	11 (10.6)	33 (31.7)	1.00	0.40-2.49	1.00
< 1 เดือน	15 (14.4)	45 (43.3)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	10 (9.6)	58 (55.8)	1.93	0.74-5.05	0.18
contemplation	16 (15.4)	18 (17.3)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ได้ 26 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยเอง

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action



**ตารางที่ 28** ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	23 (22.1)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			0.99	0.95-1.03	0.54
สถานภาพ					
สมรส	8 (7.7)	47 (45.2)	0.41	0.15-1.08	0.07
โสดและหย่า	15 (14.4)	34 (32.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	15 (14.4)	36 (34.6)	2.21	0.83-5.83	0.11
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8 (7.7)	45 (43.3)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	9 (8.7)	25 (24.0)	1.62	0.61-4.31	0.33
ดื่ม	14 (13.5)	56 (53.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	21 (20.1)	70 (67.4)	1.64	0.33-8.09	0.54
มี	2 (1.9)	11 (10.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>e</sup>			0.99	0.94-1.04	0.74
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			0.91	0.79-1.04	0.17
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>e</sup>			0.90	0.96-1.04	0.90

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ได้ 23 คน ผลการเลิกบุหรี่ขึ้นขึ้นโดยระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 28 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.82	0.42-1.60	0.57
คะแนนการติดสารนิโคติน <sup>c</sup>			0.67	0.80-1.15	0.67
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.38	1.11-1.73	0.004*
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	10 (9.6)	34 (32.7)	1.07	0.42-2.74	0.89
< 1 เดือน	13 (12.5)	47 (45.2)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	10 (9.6)	19 (18.3)	2.31	0.86-6.16	0.10
contemplation	13 (12.5)	60 (57.7)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ได้ 23 คน ผลการเลิกบุหรี่ยืนยันโดยระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 29 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	41 (39.4)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			1.00	0.97-1.04	0.96
สถานภาพ					
สมรส	20 (19.2)	28 (26.9)	0.80	0.36-1.79	0.58
โสดและหย่า	21 (20.2)	35 (33.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	18 (17.3)	33 (31.7)	0.66	0.29-1.47	0.31
ต่ำกว่าปริญญาตรี	23 (22.1)	30 (28.9)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	14 (13.5)	20 (19.2)	1.22	0.52-2.88	0.65
ดื่ม	27 (26.0)	43 (41.3)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	33 (31.6)	58 (55.9)	0.31	0.09-1.12	0.07
มี	8 (7.7)	5 (4.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>c</sup>			0.98	0.94-1.02	0.35
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			1.01	0.92-1.11	0.85
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			1.00	0.97-1.04	0.99

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ได้ 41 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 29 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>b</sup>			0.94	0.57-1.55	0.80
คะแนนการทัศนคติโคติน <sup>b</sup>			0.88	0.75-1.04	0.13
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>b</sup>			1.20	0.99-1.46	0.07
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	16 (15.4)	28 (26.9)	0.82	0.36-1.85	0.63
< 1 เดือน	25 (24.0)	35 (33.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	24 (22.0)	11 (10.6)	3.02	1.22-7.51	0.02*
contemplation	17 (16.3)	50 (48.1)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลาต่างกัน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ได้ 41 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ต่ำกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 30 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	25 (24.0)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			0.97	0.93-1.02	0.38
สถานภาพ					
สมรส	9 (8.7)	46 (48.1)	0.43	0.17-1.09	0.08
โสดและหย่า	16 (15.4)	33 (31.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	15 (14.4)	36 (34.7)	1.68	0.67-4.23	0.27
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10 (9.6)	43 (41.3)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	9 (8.7)	25 (24.0)	1.37	0.52-3.57	0.53
ดื่ม	16 (15.4)	54 (51.9)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	22 (21.2)	69 (66.3)	1.05	0.26-4.22	0.95
มี	3 (2.9)	10 (9.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>c</sup>			0.99	0.94-1.04	0.67
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.94	0.83-1.06	0.31
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.99	0.95-1.03	0.60

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ได้ 25 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 30 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	p value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			0.76	0.38-1.50	0.43
คะแนนการคิดสารนิโคติน <sup>c</sup>			0.96	0.80-1.15	0.64
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.34	1.09-1.67	0.007*
ระยะเวลาานานที่สุดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	11 (10.6)	33 (31.7)	1.10	0.44-2.76	0.84
< 1 เดือน	14 (13.5)	46 (44.2)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	10 (11.5)	19 (18.3)	2.10	0.80-5.56	0.13
contemplation	15 (8.7)	58 (55.8)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ <sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ได้ 25 คน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย

<sup>b</sup> p value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ศูนย์บริการ  
สุขภาพอนามัยมหาวิทยาลัย



ตารางที่ 31 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ<sup>a</sup>

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	<i>p</i> value <sup>b</sup>
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน	21 (20.1)				
อายุ (ปี) <sup>c</sup>			0.97	0.93-1.02	0.24
สถานภาพ					
สมรส	5 (4.8)	50 (48.1)	0.21	0.07-0.63	0.006*
โสดและหย่า	16 (15.4)	33 (31.7)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป <sup>d</sup>	14 (13.5)	37 (35.6)	2.40	0.87-6.60	0.09
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7 (6.7)	46 (44.2)	กลุ่ม อ้างอิง		
แอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	8 (7.7)	26 (25.0)	1.45	0.53-3.95	0.47
ดื่ม	13 (12.5)	57 (54.8)	กลุ่ม อ้างอิง		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	18 (17.3)	73 (70.2)	0.79	0.20-3.24	0.75
มี	3 (2.9)	10 (9.6)	กลุ่ม อ้างอิง		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) <sup>c</sup>			0.97	0.92-1.03	0.29
อายุเริ่มสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.91	0.79-1.05	0.20
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) <sup>c</sup>			0.98	0.94-1.03	0.47

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ได้ 21 คน ผลการเลิกบุหรี่ขึ้นันโดยระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

<sup>b</sup> *p* value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

ตารางที่ 31 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการตรวจโคตินินปัสสาวะ<sup>a</sup> (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ เลิกบุหรี่ไม่ได้ (ร้อยละ)	Odds ratio (OR)	Wald 95% Confidence interval (CI)	p value <sup>b</sup>
บุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่ <sup>c</sup>			1.16	0.67-2.01	0.59
คะแนนการทดสอบนิโคติน <sup>c</sup>			0.94	0.77-1.14	0.51
ความพยายามเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>			1.30	1.07-1.60	0.01*
ระยะเวลาานที่สูดที่เคยเลิกบุหรี่ <sup>c</sup>					
≥ 1 เดือน	9 (8.7)	35 (33.6)	1.06	0.40-2.80	0.92
< 1 เดือน	12 (11.5)	48 (46.2)	กลุ่ม อ้างอิง		
ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ <sup>f</sup>					
preparation	12 (11.5)	17 (16.3)	4.92	1.76-13.71	0.002*
contemplation	9 (8.7)	64 (61.5)	กลุ่ม อ้างอิง		

หมายเหตุ<sup>a</sup> จากผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน รับประทานบูโพรพิออนที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 30 คน สามารถเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนเดือนที่ 3 ได้ 21 คน ผลการเลิกบุหรี่ขึ้นขึ้น โดยระดับโคตินินในปัสสาวะน้อยกว่า 100 นาโนกรัมต่อ มิลลิลิตร

<sup>b</sup> p value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้้น้อยกว่า 0.05

<sup>c</sup> เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data)

<sup>d</sup> รวมผู้ป่วยที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี

<sup>e</sup> รวมผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่ไว้ในกลุ่มเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่า 1 เดือน

<sup>f</sup> ไม่รวมผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ action

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะการศึกษา

การศึกษานี้เป็น pre - experimental study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อัตราการเลิกบุหรี่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยนอกคนไทยที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ ณ สถาบันรัฐญารักษ์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2547 ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 104 คน มีผู้ป่วยเข้าร่วม การศึกษาจนครบ 3 เดือน 30 คน ผู้วิจัยพบผู้ป่วยจำนวน 7 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 0 (ครั้งแรกที่ผู้ป่วย เข้ารับการรักษา), 1, 2, 4, 6, และ 8 และ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ การไฉ่ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น ประเมินผลการเลิกบุหรี่ 2 ครั้ง ที่ 8 สัปดาห์และ 3 เดือน อัตราการเลิกบุหรี่แสดงเป็น 2 แบบ คือ (1) อัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมิน (PA) และ(2) อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องจนถึง วันประเมิน (CA)

#### สรุปผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยทั้งหมด 104 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.5 เพศหญิง ร้อยละ 12.5 มีอายุเฉลี่ย  $35.43 \pm 11.76$  ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 69 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 52.9 แต่งงานแล้ว ร้อยละ 26.9 กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยเป็นนักศึกษาและมีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 26.9 และ 25.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 67.3 ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่ และร้อยละ 87.5 ไม่มีโรคประจำตัว
2. ผู้ป่วยร้อยละ 52.9 สูบบุหรี่วันละ 11 - 20 มวน โดยร้อยละ 59.6 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นคือ 15 - 19 ปี เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุด 7 ปี อายุมากที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 40 ปี อายุเฉลี่ยเริ่มสูบบุหรี่  $18.26 \pm 4.43$  ปี เนื่องจากในการศึกษานี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุไม่มาก จึงมีผู้ป่วยสูบบุหรี่นานน้อยกว่า 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 33.7 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาสูบบุหรี่คือ 16.0 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 71.2 ดินนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบการดินนิโคติน FTND คือ  $4.88 \pm 2.49$  คะแนน และปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 68.3 คือมีภาวะจิตใจพึ่งพาบุหรี่
3. ผู้ป่วยร้อยละ 79.8 เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อน โดยร้อยละ 60.6 เคยพยายามเลิกบุหรี่ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 31.7 เลิกบุหรี่ได้นาน 1 เดือนถึงน้อยกว่า 6 เดือน และผู้ป่วยนิยมเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง โดยวิธีที่ใช้มากที่สุด ร้อยละ 51.9 คือการหักดิบ และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 43.3 กลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง

4. ผู้ป่วยร้อยละ 90.4 ต้องการเลิกบุหรี่เนื่องจากต้องการมีสุขภาพที่ดี จากการประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลอง TTM พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับ contemplation คือไม่เคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อนในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา แต่มีความตั้งใจต้องการเลิกบุหรี่จึงมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยร้อยละ 40.4 รับประทานยาเพียง 2 สัปดาห์แรกเท่านั้น สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 39.2 ที่ผู้ป่วยหยุดการรักษาเนื่องจากรู้สึกไม่พร้อม และยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้เมื่อถึงวันกำหนดเลิกบุหรี่ มีผู้ป่วยถอนตัวเนื่องจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 17.5 โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษามากที่สุดคือ นอนไม่หลับ และเวียนศีรษะ แต่ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ได้แก่ การเสียชีวิต การชัก หรือการแพ้ยา เป็นต้น

5. ผลการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย พบอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 และ 3 เดือน (PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน) เป็นร้อยละ 25.0 และ 24.0 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่สัปดาห์ที่ 8 และ 3 เดือน (CA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน) เป็นร้อยละ 17.3 และ 14.4

6. ผลการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้โดยการยืนยันผลจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ พบอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 และ 3 เดือน (PA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน) เป็นร้อยละ 22.1 และ 20.2 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องถึง สัปดาห์ที่ 8 และ 3 เดือน (CA ที่ 8 สัปดาห์ และ 3 เดือน) เป็นร้อยละ 17.3 และ 14.4

7. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ ปากแห้ง และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 26.9 และ 25.0) และพบอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะรวมกันสูงถึงร้อยละ 28.8

8. ผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้มีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องถึง 3 เดือน มีน้ำหนักเฉลี่ยลดลง 0.36 กิโลกรัม BMI เฉลี่ยเปลี่ยนแปลงลดลง 0.15 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

9. ผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนจนครบ 8 สัปดาห์ แต่ยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ มีเหตุผลส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 คือ การเข้าสังคม พบปะสังสรรค์กับเพื่อนอยู่เสมอ

10. จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ที่ 8 ผลการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยมี  $OR = 1.36$ ;  $95\%CI = 1.09-1.69$ ,  $p = 0.006$  และยืนยันจากการตรวจโคตินินในปัสสาวะ มี  $OR = 1.38$ ;  $95\%CI = 1.11-1.73$ ,  $p = 0.004$  โดยพบว่าถ้าจำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่มากขึ้นจะมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รับประทานบูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน (ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย) คือ ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ( $OR = 3.02$ ;  $95\%CI = 1.22-7.51$ ,  $p = 0.02$ ) โดย

พบว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ preparation มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์แล้วเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน (ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการ ตรวจโคตินินในปัสสาวะ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ 1. ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว (OR = 0.21; 95%CI = 0.07-0.63,  $p = 0.006$ ) 2. ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้ง ของความพยายามในการเลิกบุหรี่ในอดีตมากมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความพยายาม น้อยครั้งกว่า (OR = 1.30; 95%CI = 1.07-1.60,  $p = 0.01$ ) และ 3. ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ preparation มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจระดับ contemplation (OR = 4.92; 95%CI = 1.76-13.71,  $p = 0.002$ )

### ข้อจำกัดการศึกษา

1. การขาดกลุ่มควบคุม ขาดการ blinding ทำให้เกิดอคติต่อผลการรักษา
2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนส่วนใหญ่ของคนที่สูงบุหรี่ในประเทศไทยได้ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สถานที่ ทำการวิจัยเพียงแห่งเดียว และประชากรที่ศึกษาเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ทำให้ไม่สามารถประเมิน ความแตกต่างของอัตราการเลิกบุหรี่ระหว่างเพศได้
3. ผู้ป่วยที่ถอนตัวจากการศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 71.2 ทำให้ไม่ได้นำข้อมูลบางอย่างของ ผู้ป่วยมาพิจารณา เช่น น้ำหนัก ผลการเลิกบุหรี่ การที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่ อยู่ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ต่ำกว่าความเป็นจริง

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทำการศึกษานี้ จำเป็นต้องมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตาม เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยอย่างน้อย 78 คน โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่ อาจเกิดขึ้น (d) ร้อยละ 10 แต่จากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสามารถติดตามผู้ป่วยที่รับประทาน บูโพรพิออนครบ 8 สัปดาห์ ตามที่กำหนดไว้ 30 คน ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงนี้ทำให้ค่าความ คลาดเคลื่อนมากที่สุดที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อนสัปดาห์ ที่ 8 (PA ที่ 8 สัปดาห์) ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็น ร้อยละ 22.1 ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่อาจเกิดขึ้นคือ

กำหนดระดับของการทดสอบทางสถิติไว้ที่  $\alpha = 0.05$ ,  $Z_{\alpha}$  (2-tailed) = 1.96



$P =$  สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้บุโพรพออนแล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้ในการศึกษา (PA ที่สัปดาห์ที่ 8 ผลการเลิกบุหรี่ยืนยันโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ) = ร้อยละ 22.1 = 0.22

$$Q = 1 - P = 1 - 0.22 = 0.78$$

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

$$d^2 = \frac{(1.96)^2 (0.22)(0.78)}{30}$$

$$d = 0.15$$

ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่อาจเกิดขึ้นในการศึกษานี้คือ ร้อยละ 15

เมื่อพิจารณาอัตราการเลิกบุหรี่ใน 1 สัปดาห์ก่อน 3 เดือน (PA ที่ 3 เดือน) ผลการเลิกบุหรี่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็น ร้อยละ 20.2 ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่อาจเกิดขึ้นคือ

$P =$  สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้บุโพรพออนแล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้ในการศึกษา (PA ที่ 3 เดือน ผลการเลิกบุหรี่ยืนยันโดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ) = ร้อยละ 20.2 = 0.20

$$Q = 1 - P = 1 - 0.20 = 0.80$$

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

$$d^2 = \frac{(1.96)^2 (0.20)(0.80)}{30}$$

$$d = 0.14$$

ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่อาจเกิดขึ้นในการศึกษานี้คือ ร้อยละ 14

จากค่าความคลาดเคลื่อนที่พบในการศึกษานี้คือ ร้อยละ 14-15 ซึ่งแตกต่างจากที่กำหนดไว้ก่อนการศึกษาที่ร้อยละ 10 ทำให้อัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ที่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อยที่สุด การศึกษาจำนวน 30 คน แตกต่างจากอัตราการเลิกบุหรี่ที่จะได้จากจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาคือ 78 คน อยู่ร้อยละ 5



4. ผลการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้เป็นผลการเลิกบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่ทั่วไป ผู้วิจัยไม่ได้มีการแบ่งกลุ่มตามลักษณะที่คล้ายคลึงกันของผู้ป่วย เช่น ตามระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาจแตกต่างกันได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้น ผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้แล้วมีโอกาสกลับมาสูบใหม่สูงในช่วง 1 เดือน - 6 เดือนแรกของการเลิกบุหรี่ ดังนั้นควรมีการติดตามผลการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้บรูโพรพิออนเพื่อเลิกบุหรี่ในระยะยาว (6 เดือน- 1ปี) ต่อไป และจากการศึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ใน clinical trial ต่างๆจะติดตามผู้ป่วยประมาณ 1 ปี

2. บรูโพรพิออนเป็นยาที่มีราคาแพง (ข้อมูลจากสถาบันชัญญารักษ์ ราคาเม็ดละ 38 บาท ผู้ป่วยที่รับประทานยาครบ 8 สัปดาห์มีค่าใช้จ่ายเฉพาะบรูโพรพิออนคือ 4,142 บาท) และไม่สามารถเบิกได้ในโรงพยาบาลรัฐบาลบางแห่ง ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายของการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ที่เกิดจากการใช้บรูโพรพิออน

3. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของบรูโพรพิออนในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอื่นร่วมด้วย เช่น โรคจิตเวช พิสสุราเรื้อรัง เป็นต้น

4. เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ดังนั้นควรมีการติดตามอันตรกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคจิตเวช พิสสุราเรื้อรัง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหรือหากเกิดขึ้นจะได้แก้ไขได้

5. การวัดอัตราการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้เป็นเพียงแนวทางหนึ่งในการวัดประสิทธิผลของยาเท่านั้น การวัดผลการเลิกบุหรี่ในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลอาจคำนวณโดยมีข้อจำกัดน้อยกว่าในการศึกษาได้

6. การยืนยันผลการเลิกบุหรี่โดยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ เป็นวิธีการตรวจที่เสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่มีความจำเป็นในทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยทั่วไป

7. ปัญหาผู้ป่วยหยุดการรักษาจำนวนมากในการศึกษานี้ ควรมีแนวทางป้องกันหรือติดตามผู้ป่วยที่มารเริ่มต้นรักษาเพื่อเลิกบุหรี่เพื่อให้สามารถรักษาได้ครบและสามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

8. ควรมีการศึกษาระยะเวลาที่ต่างๆกันในการรับประทานบรูโพรพิออนเพื่อให้ได้ข้อมูลของระยะเวลารับประทานบรูโพรพิออนที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลดีในการเลิกบุหรี่ในคนไทย

9. หากมีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอื่นๆอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

10. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในสถานที่อื่นร่วมด้วย เช่น ร้านขายยา ทั้งนี้ นอกเหนือจากการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรชุมชนต่อคนในชุมชนที่สูบบุหรี่แล้ว อาจมีการดำเนินงานร่วมกันในอนาคตกับสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อส่งต่อผู้ป่วยในกรณี que ผู้ป่วยไม่สะดวกมาโรงพยาบาลในครั้งต่อไป เพื่อช่วยให้คนไทยเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น และเป็น การส่งเสริมการป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆด้วย

11. การรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามารับการ รักษาในโรงพยาบาลเพื่อเลิกบุหรี่จำนวนน้อย จากผลการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ดังนั้นหากมีการประชาสัมพันธ์ที่นอกเหนือจากเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่แล้ว ควรมีการ ประชาสัมพันธ์ในเรื่องของสถานที่ให้การรักษาด้วยเพื่อให้ประชาชนทั่วไปที่สูบบุหรี่เข้าถึงการ รักษาพยาบาลมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. รายงานธนาคารโลก: หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่ต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ. แปลโดย ประภาพรพรณ เทวกุล และ ม.ร.ว. ปรีดิยาธร เทวกุล. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2543.
2. สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2542. (ม.ป.ท.) กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ, 2542.
3. สำนักนายกรัฐมนตรี. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2544. (ม.ป.ท.) กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ, 2544.
4. Kennedy, D. T., and Small, R. E. Development and implementation of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. J Am Pharm Assoc 42 (2002) : 83-92.
5. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่. ใน บุญบาจินดาวิจักษ์, สุวัฒนา จุฬาวัดนพล, ปรีชา มณฑาทานติกุล และเนติ สุขสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก, หน้า 154-74. (ม.ป.ท.), พฤษภาคม 2546.
6. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. สถานการณ์การสูบบุหรี่ทั่วโลก. แหล่งที่มา: [http://www.ashthailand.or.th/th/informationcenter\\_php?act=detail&id=2](http://www.ashthailand.or.th/th/informationcenter_php?act=detail&id=2) [22 กันยายน 2546]
7. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. คนกรุงเทพฯกับการสูบบุหรี่. แหล่งที่มา: [http://www.ashthailand.or.th/th/content\\_image/informationcenter/69.doc](http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/69.doc) [22 กันยายน 2546]
8. Wongwiwatthanakut S., Jack, H.M., and Popovich, N. G. Smoking cessation: part1-an overview. J Am Pharm Assoc 38 (1998) : 339-53.
9. สมเกียรติ วงษ์ทิม. การสูบบุหรี่. ใน วิไล ชินชนศ, ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์ และอดิศักดิ์ สังข์เพชร (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2537, หน้า 265-79. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ที.พี. พรินท์, 2537.
10. Roth, M. T., and Westman, E. C. Use of bupropion in a pharmacist-managed outpatient smoking -cessation program. Pharmacotherapy 21 (2001) : 636-41.
11. Mallin, R. Smoking cessation: integration of behavioral and drug therapies. Am Fam Physician 65 (2002) : 1107-14.
12. Hays, J. T., et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after

- smoking cessation. Ann Intern Med 135 (2001) : 423-33.
13. Fiore, M.C., Smith, S.S., Jorenby, D. E., and Baker, T. B. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. JAMA 271 (1994) : 1940-7.
  14. Cepeda-Benito, A. Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. J Consult Clin Psychol 61(1993) : 822-30.
  15. Benowitz, N. L., and Peng, M. W. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. CNS Drugs 13 (2000) : 265-85.
  16. Hurt, R. D., et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Eng J Med 337 (1997) : 1195-202.
  17. Jorenby, D. E., et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Eng J Med 340 (1999) : 685-91.
  18. Dale, L. C., et al. Bupropion for smoking cessation. Chest 119 (2001) : 1357-64.
  19. สาธารณสุข,กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันชัญญารักษ์. รายงานประจำปี 2546 (ม.ป.ท.), 2546.
  20. ชัญญารักษ์, สถาบัน. สถิติการใช้ยาบัตูซิง 2544-2546. ปทุมธานี: (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์) ฝ่ายเภสัชกรรม สถาบันชัญญารักษ์.
  21. ฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์. การรักษาการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยนอก สถาบันชัญญารักษ์. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเภสัชกรรม สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)
  22. Hughes, J.R., Keely, J. P., Niaura, R. S., Ossip-Klein, D. J., Richmond, R. L.,and Swan, G. E. Measures of abstinence in clinical trials; issues and recommendations. Nicotine Tob Res 5 (2003) : 13-25.
  23. Benowitz, N., et al. Biochemical verification of tobacco use and cessation. Nicotine Tob Res 4 (2002) : 149-59.
  24. นารัต เกษตรทัต. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา. ใน ธิตินา วัฒนวิจิตรกุล, นารัต เกษตรทัต, สมฤทัย ระติสุนทร, สารีณีย์ กฤตยานันต์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, สุรชาติพิศ พิษณุไพบุลย์และคณะ (บรรณาธิการ), คู่มือการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, หน้า 1-22. (ม.ป.ท.) กุมภาพันธ์ 2545.
  25. Henningfield, J. E., and Keenan, R. M. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. J Counsult Clin Psychol 61 (1993) : 743-50.
  26. Henningfield, J. E. Nicotine medications for smoking cessation. N Eng J Med 333 (1995) :

- 1196-202.
27. Fiore, M. C., Jorenby, D. E., Baker, T. B., and Kenford, S. L. Tobacco dependence and the nicotine patch. JAMA 268 (1992) : 2687-94.
  28. Haxby, D. G. Treatment of nicotine dependence. Am J Health-Syst Pharm 52 (1995) : 265-81.
  29. Benowitz, N. L. Cigarette smoking and nicotine addiction. Med Clin North Am 76 (1992) : 415-37.
  30. Benowitz, N. L. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Eng J Med 17 (1988) : 1318-30.
  31. Kennedy, D. T., Chang, Z.G. Smoking cessation. In: Herfindal, E. T., Gourley, D. R. Textbook of therapeutics drug and disease management 7<sup>th</sup> ed. Lippincott williams&wilkins;2000:p.1343 -56.
  32. Sims, T. H., and Fiore, M. C. Pharmacotherapy for treating tobacco dependence “what is the ideal duration of therapy?”. CNS drugs 16 (2002) : 653-62.
  33. Hughes, J. R., and Hatsukami, D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arch Gen Psychiatry 43 (1986) : 289-94.
  34. Burns, D. M. Nicotine addictions. In: Braunwald, E., Hauser, S. L., Fauci, A. S., Longe, D. L., Kasper, D. L., and Jameson, J. L. Harrison’s principles of internal medicine 15<sup>th</sup> ed. (n.p.):McGraw-Hill 2001:pp. 2574-7.
  35. Hudmon, K. S., and Berger, B. A. Pharmacy applications of the transtheoretical model in smoking cessation. Am J Health-Syst Pharm 52 (1995) : 282-7.
  36. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency of health care policy and research smoking cessation clinical practice guidelide. JAMA 275 (1996) : 1270-80.
  37. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 283 (2000) : 3244-54.
  38. Kennedy, D. T., Goode, J. V. R., and Small, R. E. Smoking and the role of the community pharmacist in cessation. Am Pharmacist (1998) : 49-54.
  39. Prokhorov, A. V., Hudmon, K. S., and Stancic, N. Adolescent smoking : epidemiology and approaches for achieving cessation. Pdeiatr Drugs 5 (2003) : 1-10.



40. Wongwiwatthananut S., Jack, H. M., and Popovich, N. G. Smoking cessation: part2- pharmacologic approaches. J Am Pharm Assoc 38 (1998) : 339-53.
41. Benowitz, N. L. Nicotine replacement therapy. Drugs 45 (1993) : 157-70.
42. Watts, S. A., Noble, S. L., Smith, P. O., and Disco, M. First –line pharmacotherapy for tobacco use and dependence. JABFP 15 (2002) : 489-97.
43. Medimedia. 2003. MIMs Thailand. Vol.34. No.3. Bangkok : Infopharma media services.
44. Hurt, R. D., et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. JAMA 271 (1994) : 595-600.
45. Sachs, D. P., Sawe, U., and Leischow, S. J. Effective of a 16 – hour transdermal nicotine patch in medical practice setting, without intensive group counseling. Arch Intern Med 153 (1993) : 1881-90.
46. Tonnesen, P., Norregarrd, J., Simonsen, K., and Sawe, U. A double-blind trial of a 16 – hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. N Engl J Med 325 (1991) : 311-5.
47. Hays, J. T., and Ebbert, J. O. Bupropion for the treatment of tobacco dependence. CNS Drugs 17 (2003) : 71–83.
48. Kotlyar, M., Golding, M., Hatsukami, D. K., and Jamerson, B. D. Effect of nonnicotine pharmacotherapy on smoking behavior. Pharmacotherapy 21 (2001) : 1530-48.
49. Fiore, M. C., et al. Treating tobacco use and dependence:clinical practice guideline. Rockville, MD:US department of health and human services, public health service, 2000.
50. Ascher, J. A., et al. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 56 (1995) : 395-401.
51. Martínez-Raga, J., Keaney, F., Sutherland, F., Perez-Gakvez, B., and Strang, J. Treatment of nicotine dependence with bupropion SR : review of its efficacy, safety and pharmacologic profile. Addiction Biology 8 (2003) : 13-21.
52. Shiffman, S., et al. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. Psychopharmacology (Berl) 148 (2000) : 33-40.
53. Slemmer, J. E., Martin, B., Damaj, M. I. Bupropion is a nicotinic antagonist. J Pharmacol Exp Ther 295 (2000) : 321-7.
54. Hays, J. T., and Ebbert, J. O. Bupropion sustained release for treatment of tobacco dependence. Mayo Clin Proc 78 (2003) : 1020-4.
55. West, R., McNeill, A., and Raw, M. Smoking cessation guidelines for health professionals:an



- update. Thorax 55 (2000) : 987-99.
56. Johnston, J. A., et al. Pharmacokinetic optimization of sustained-release bupropion for smoking cessation. Drugs 62 suppl2 (2002) : 11-24.
57. Stewart, J. J., et al. Single-dose pharmacokinetics of bupropion in adolescents : effect of smoking status and gender. J Clin Pharmacol 41 (2001) : 770-8.
58. Sweet, R. A., et al. Pharmacokinetics of single- and multiple dose bupropion in elderly patients with depression. J Clin Pharmacol 35 (1995) : 876-84.
59. Devane, C. L., et al. Disposition of bupropion in healthy volunteers and subjects with alcoholic liver disease. J Clin Psychopharmacol 10 (1990) :328-32.
60. Quomem® : product information. UK: GlaxoSmithKline, 2001.
61. Ahluwalia, J. S., Harris, K. J., Catley, D., Okuyemi, K. S., and Mayo, M. S. Sustained-release bupropion for smoking cessation in african americans. JAMA 288 (2002) : 468-74.
62. Earles, J., et al. Clinical effectiveness of sustained-release bupropion and behavior therapy of tobacco dependence in a clinical setting. Milit Med 167 (2002) : 923-5.
63. Tonnesen, P., et al. A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. J Intern Med 254 (2003) : 184-92.
64. Tashkin, D. P., et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. Lancet 357 (2001) : 1571-5.
65. Gonzales, D. H., et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. Clin Pharmacol Ther 69 (2001) : 438-44.
66. Tonnesen P., Norregaard J., Sawe, U., and Simonsen, K. Recycling with nicotine patches in smoking cessation. Addiction 88 (1993) : 533-9.
67. Gourlay, S. G., Forbes, A., Marriner, T., Pethica, D., and McNeil, J. J. Double blind trial of repeated treatment with transdermal nicotine for relapsed smokers. BMI 311 (1995) : 363-6.
68. Ferguson, J. A., et al. Predictors of 6 – month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. Addict Behav 28 (2003) : 1203-18.
69. Harris, K. J., et al. Predictors of smoking cessation among African-Americans enrolled in a randomized controlled trial of bupropion. Prev Med 38 (2004) : 498-502.

70. Johnston, J. A., et al. Relationship between drug exposure and the efficacy and safety of bupropion sustained release for smoking cessation. Nicotine Tob Res 3 (2001) : 131-40.
71. Davidson, J. Seizures and bupropion : a review. J Clin Psychiatry 50 (1989) : 256-61.
72. Johnston, J. A., et al. A 102-center prospective study of seizure in association with bupropion. J Clin Psychiatry 52 (1991) : 450-6.
73. Glassman, A. H., et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. Clin Pharmacol Ther 54 (1993) : 670-9.
74. Nana, A., and Praditsuwan, R. Clonidine for smoking cessation. J Med Assoc Thai 81 (1998) : 87-93.
75. Prochazka, A. V., et al. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. Arch Intern Med 158 (1998) : 2035-9.
76. Swan, G. E., et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting. Arch Intern Med 163 (2003) : 2337-44.
77. Kassel, J. D., and Yates M. Is there a role for assessment in smoking cessation treatment? Behaviour research and therapy 40 (2002) : 1457-1470.
78. Zillich, J. A, Ryan, M., Adams, A., Yeager, B., and Farris, K. Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy 22 (2002) : 759-65.
79. Keenan, R. M., et al. The relationship between chronic ethanol exposure and cigarette smoking in the laboratory and the natural environment. Psychopharmacology 100 (1990) : 77-83.
80. Swan, G. E., et al. Bupropion SR and counseling for smoking cessation in actual practice: predictors of outcome. Nicotine Tob Res 5 (2003) : 911-21.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

### คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย เรื่องประสิทธิผลของบูโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่

**ข้อมูลพื้นฐาน** บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 มีผู้เสพติดบุหรี่ถึง 10.2 ล้านคน การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในประเทศไทยปีละ 42,000 คน และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้สูบบุหรี่หลายคนจะรู้ว่าบุหรี่เป็นอันตรายแต่ไม่สามารถเลิกสูบได้ เนื่องมาจากในควันบุหรี่มีสารเสพติดที่สำคัญคือนิโคติน เมื่อผู้สูบบุหรี่นิโคตินในควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย นิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทหลายชนิด ทำให้เกิดความตื่นตัว มีพลัง มีสมาธิ ลดความรู้สึกซึมเศร้า ปริมาณสารสื่อประสาทเหล่านี้จะลดลงเมื่อหยุดสูบบุหรี่ ดังนั้นในระยะแรกจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น ได้แก่ ภาวะวุ่นวาย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หิวบุหรี่ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นภายใน 2 – 3 ชั่วโมงหลังจากอดบุหรี่ และจะเกิดมากในช่วง 4 วันแรกแล้วจึงค่อยๆลดลงภายใน 2 – 4 สัปดาห์ จากการศึกษาต่างๆพบว่าบูโพรพิออนเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาการเลิกบุหรี่ มีอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูง พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ไม่มากนักและมีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงผลการรักษาและอัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่ได้บูโพรพิออน ดังนั้นเภสัชกรโรงพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำการให้ยาแก่ผู้ป่วยอยู่แล้ว ควรมีส่วนช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของเภสัชกรโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** โครงการวิจัยนี้ดำเนินการโดย เภสัชกรหญิงฉัตรรัตน์ ชื่นจิตต์ นิสิตปริญญาโท สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. อัตราการเลิกบุหรี่โดยใช้บูโพรพิออนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่
2. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยบูโพรพิออน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยนอกคนไทยที่ได้รับการรักษาด้วยบูโพรพิออน

**วิธีการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ผู้ป่วยจะได้พบเภสัชกรจำนวน 6 ครั้ง เพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่และให้คำแนะนำปรึกษาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

**ระยะเวลาการศึกษา** ระยะเวลาการรักษาและติดตามผลในผู้ป่วยแต่ละคนคือ 3 เดือนนับจากวันกำหนดเลิกบุหรี่

### **ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้**

1. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับคำแนะนำและเอกสารความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน บูโพรพิออน และแนวทางการเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จ ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเลิกบุหรี่ และการตรวจปัสสาวะจำนวน 2 ครั้ง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ
2. ข้อมูลการวิจัยที่ได้ อาจมีการเผยแพร่ทางด้านวิชาการในรูปแบบของการบรรยายหรือตีพิมพ์ แต่จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน
3. ได้ข้อมูลการเลิกบุหรี่และการใช้ยาในผู้ป่วยคนไทย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการรักษาการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยคนไทยอื่นๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
 อยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ได้รับทราบรายละเอียดการศึกษาเรื่อง  
 ประสิทธิผลของนุโพรพ็อนในผู้ป่วยนอกคนไทยที่สูบบุหรี่ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์  
 ประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย สิ่ง que ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากผู้วิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย  
 ข้าพเจ้ามีความเข้าใจทุกประการและยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หากข้าพเจ้ามีข้อ  
 สงสัยประการใด ข้าพเจ้าจะติดต่อกับ เกศศิครหญิงฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์ โทร.0-1319-8420

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ สืบค้นประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา ประวัติการสูบบุหรี่  
 และตรวจปัสสาวะของข้าพเจ้าได้ และข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามพร้อมทั้ง  
 บันทึกข้อมูลต่างๆด้วยความเป็นจริง

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นราย  
 บุคคลต่อสาธารณชน และข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งให้  
 ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า โดยการถอนตัวจากการเข้าร่วมการโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อ  
 ได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้าร่วมใน  
 โครงการวิจัยนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมหรือผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบการวิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



## ภาคผนวก ข

ลำดับที่.....

## แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล	HN
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ ปี
ที่อยู่	
โทรศัพท์ที่ทำงาน	โทรศัพท์ที่บ้าน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. น้ำหนัก.....ก.ก ส่วนสูง..... ซม. ความดันโลหิต..... มม.ปรอท
3. สถานะครอบครัว (1) โสด (2) แต่งงาน  
(3) หย่า (4) หม้าย
4. การศึกษา (1) ไม่ได้เรียน (2) ประถมศึกษา  
(3) ม.ต้น (4) ม.ปลาย/ปวช.  
(5) อนุปริญญา/ปวส. (6) ปริญญาตรี  
(7) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ (1) รับจ้าง (2) ค้าขาย/ธุรกิจ  
(3) รับราชการ (4) รัฐวิสาหกิจ  
(5) พนักงานบริษัทเอกชน (6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
(7) อื่นๆ.....
6. โรคประจำตัว (1) มี (2) ไม่มี  
(1.1) ความดันโลหิตสูง (1.2) ไขมันในเลือดสูง  
(1.3) เบาหวาน (1.4) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
(1.5) ถุงลมโป่งพอง (1.6) ไทรอยด์  
(1.7) หอบหืด (1.8) เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ  
(1.9) อื่นๆ.....
7. ยาประจำตัว.....  
.....
8. คีมีแอลกอฮอล์ (1) คีมี ปริมาณที่คีมีต่อวัน.....  
(2) ไม่คีมี
9. ประวัติแพ้ยา (1) มี (ระบุชื่อยา/อาการ).....  
(2) ไม่มี
10. สิทธิการรักษาพยาบาล (1) ชำระเอง (2) เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ลำดับที่.....

ชื่อ-นามสกุล	HN
--------------	----

## ส่วนที่ 2 ประวัติการสูบบุหรี่

11. อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่.....ปี
12. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่..... ปี
13. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน.....มวน
14. บุคคลอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่.....จำนวน.....คน
15. ความพยายามที่เคยเลิกบุหรี่ จำนวน.....ครั้ง
16. ระยะเวลาที่เคยเลิกบุหรี่ได้นานที่สุด.....วัน
17. วิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี่
 

(1) เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองทันที	(2) ค่อยๆลดปริมาณ
(3) แผ่นแปะนิโคติน	(4) หมากฝรั่งนิโคติน
(5) บุโพรพิออน	(6) น้ำยาอมอดบุหรี่
(7) อื่นๆ .....	
18. สาเหตุที่กลับมาสูบบุหรี่อีก.....
15. ระดับเสพติดสารนิโคติน.....คะแนน
16. ระดับแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่บันทึก.....

## ภาคผนวก ค

ลำดับที่.....

ชื่อ-นามสกุล	HN
--------------	----

## แบบทดสอบระดับการติดสารนิโคติน (Fagerström Test for Nicotine Dependence)

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

- โดยปกติท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
 

<input type="checkbox"/> 10 มวนหรือน้อยกว่า (0)	<input type="checkbox"/> 11 – 20 มวน (1)
<input type="checkbox"/> 21 – 30 มวน (2)	<input type="checkbox"/> 31 มวน ขึ้นไป (3)
- หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร
 

<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3)	<input type="checkbox"/> 6 – 30 นาที หลังตื่นนอน (2)
<input type="checkbox"/> 31 – 60 นาที หลังตื่นนอน (1)	<input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน(0)
- ท่านสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบบวกกว่าเวลาอื่นของวัน)
 

<input type="checkbox"/> ใช่ (1)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0)
----------------------------------	-------------------------------------
- บุหรี่ยี่ห้อไหนที่ท่านคิดว่าเลิกยากที่สุด
 

<input type="checkbox"/> มวนแรกในตอนเช้า (1)	<input type="checkbox"/> มวนอื่นๆระหว่างวัน (0)
--	---
- ท่านรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจใหม่ที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงพยาบาล  
รถโดยสาร
 

<input type="checkbox"/> รู้สึก (1)	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึก (0)
-------------------------------------	--
- ท่านคิดว่าท่านยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 

<input type="checkbox"/> ใช่ (1)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0)
----------------------------------	-------------------------------------

รวมคะแนน.....

- ระดับคะแนน < 7 บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการติดนิโคตินในระดับต่ำถึงปานกลาง
- ระดับคะแนน  $\geq 7$  บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีการติดนิโคตินในระดับสูง(5)

วันที่บันทึก.....

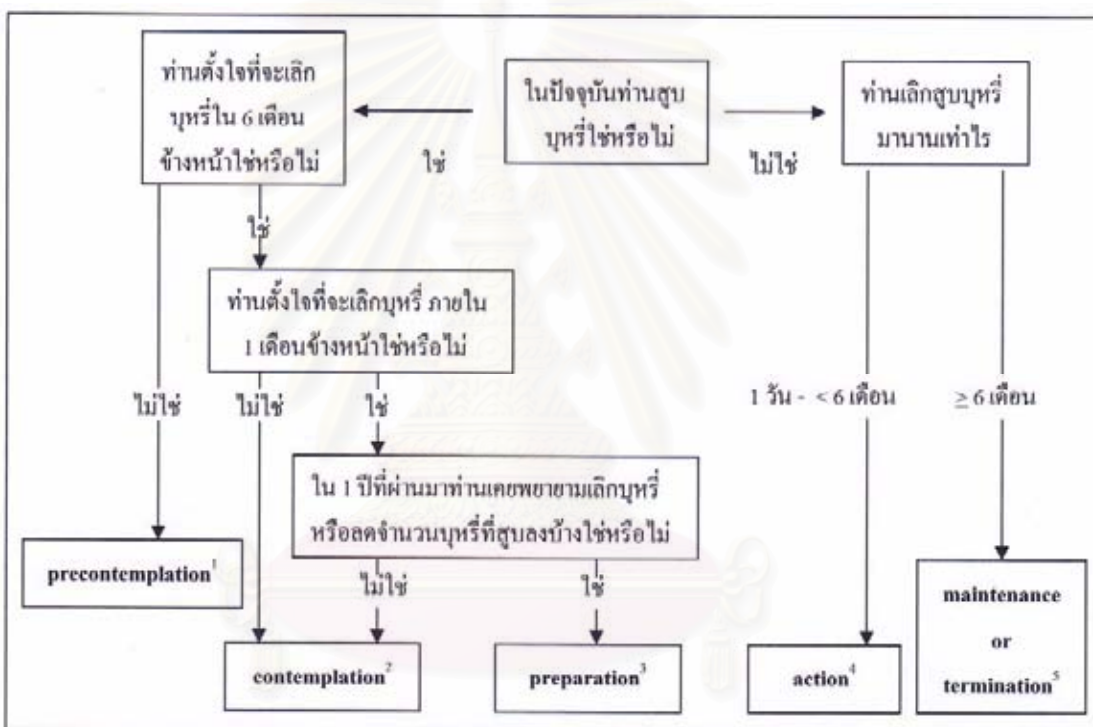
ภาคผนวก ง

ลำดับที่.....

ชื่อ-นามสกุล	HN
--------------	----

คำถามสำหรับคัดกรองผู้สูบบุหรี่ตามระดับความต้องการเลิกบุหรี่ตามแบบจำลอง

Transtheoretical Model



ระดับของความต้องการเลิกบุหรี่ใน The Transtheoretical Model (TTM) ประกอบด้วย 5 ลำดับ(5,32)

1. precontemplation stage คือภาวะที่ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
2. contemplation stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่ แต่มีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า โดยยังไม่มีการวางแผนที่แน่นอน ผู้ป่วยแสดงความลังเลในการเลิกบุหรี่และยังไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนี้
3. preparation stage คือภาวะที่ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่อยู่แต่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ใน 30 วัน และในอดีต 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีความพยายามเลิกบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
4. action stage คือภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 1 วัน ถึง 6 เดือน
5. maintenance stage หรือ termination คือภาวะที่ผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน

วันที่บันทึก.....

## ภาคผนวก จ

ลำดับที่.....

ชื่อ-นามสกุล	HN
--------------	----

## แบบทดสอบ “ทำไมคุณยังสูบบุหรี่อยู่?”

ข้อความใดที่ตรงกับคุณบ้าง (ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่เลือก)(5)

- ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
- บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไร
- ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
- ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมา
- ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าไม่ได้สูบบุหรี่มาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
- การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
- ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่น การสัมผัสบุหรี่ และการได้จุดไฟแช็ค
- ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในตอนเช้า
- เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
- ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
- ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
- ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบบุหรี่ต่อไป
- การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ยากลำบาก
- ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
- เมื่อบุหรี่หมด มันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม

คะแนนรวม     .....     .....     .....

วันที่บันทึก.....

ถ้าได้สัญลักษณ์ใดเป็นจำนวนมากที่สุดถือວ່านั้นเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้คนนั้นยังสูบบุหรี่อยู่ ในการที่จะประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ เกสัชกรควรให้ความสนใจเป็นอย่างมากกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัจจัยเหล่านี้

สัญลักษณ์สี่เหลี่ยม แสดงถึง ผู้ป่วยติดสารนิโคตินในบุหรี่ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการถอนยา เช่น ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระจวนกระวาย เป็นต้น

ถ้าเหตุผลหลัก คือ การติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำดังนี้

- พยายามใช้เวลาอยู่ในสถานที่ที่ห้ามสูบบุหรี่ให้นาน เช่น โรงพยาบาลนร ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น
- พยายามหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่และสถานที่ที่เต็มไปด้วยควันบุหรี่ เช่น บาร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดอาการถอนยาขึ้น เช่น หงุดหงิด กระจวนกระวาย ปวดศีรษะ เป็นต้น หรือในเวลาที่ยากบุหรี่

สัญลักษณ์วงกลม แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจต้องพึ่งพาการสูบบุหรี่ เนื่องจากรู้สึกเครียดเป็นทุกข์ หรือกระจวนกระวายใจ เมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกสบายใจมีชีวิตชีวาขึ้น

ถ้าเหตุผลหลักคือ ภาวะของจิตใจที่ต้องพึ่งพาบุหรี่ ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำดังนี้

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยลดความเครียด และเพิ่มการใช้พลังงาน
- การสูบบุหรี่ไม่ได้ช่วยให้แก้ปัญหอะไรได้ หาวิธีอื่นที่สามารถช่วยได้
- พักผ่อนให้เพียงพอในแต่ละวัน แม้ว่าจะยุ่งแค่ไหนก็ตาม
- หลีกเลี่ยงความเบื้อซึ่งสามารถทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย พยายามทำให้จิตใจสดชื่นอยู่เสมอ อาจใช้วิธีโทรศัพท์หาเพื่อน อ่านนิตยสาร หรือ เล่นเกม
- ดื่มน้ำเย็นมากๆ เพราะจะทำให้รู้สึกสดชื่น โดยการช่วยขจัดสารนิโคตินไปจากร่างกาย
- ใช้วิธีการผ่อนคลายเพื่อลดอาการ โกรธหรือทุกข์ใจ โดยการฝึกสูดหายใจเข้าลึกๆ

สัญลักษณ์สามเหลี่ยม แสดงถึง ผู้ป่วยสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน หรือมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ เช่น ต้องสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเสร็จหรือภายหลังดื่มกาแฟตอนเช้า หรือ ระหว่างโทรศัพท์

ถ้าเหตุผลหลักเกิดจากความเคยชิน ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำดังนี้

- เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำอยู่ประจำเพื่อเปลี่ยนความเคยชิน เช่น แทนที่จะสูบบุหรี่หลังมื้ออาหาร ให้ลุกขึ้นจากโต๊ะทันทีและไปแปร่งฟันหรือไปเดินเล่น
- เมื่อต้องการหยิบบุหรี่ขึ้นมาให้หยิบปากกา หรือดินสอขึ้นมาแทนและขีดเขียนอะไรก็ได้



ได้ หรือจะเขียนเหตุผลที่จะเลิกบุหรี่ก็จะเป็นการช่วยให้ได้ใช้มือทำกิจกรรมอย่างอื่น แทนการสูบบุหรี่

- พยายามหางานอดิเรกทำเพื่อให้มือไม่ว่าง เช่น ถักนิตติ้ง ทำสวน ทำขนม วาดรูป ฯลฯ
- เคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่มีกลิ่นหอมสดชื่น เช่น มินท์ จะช่วยให้รู้สึกถึงความสดชื่นของลมหายใจที่ปราศจากบุหรี่



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ฉ

ลำดับที่.....

## แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย

ชื่อ-นามสกุล		HN	
วันที่เริ่มใช้ยา		อายุ	ปี
วันที่เริ่มหยุดบุงหริ		ส่วนสูง	ซม.
วันที่	ยาที่ได้รับ	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> body weight ↑ <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> insomnia <input type="checkbox"/> headache <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	บันทึก
ช่วงเวลา			
วันนัดหมาย			
วันที่	ยาที่ได้รับ	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> body weight ↑ <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> insomnia <input type="checkbox"/> headache <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	บันทึก
ช่วงเวลา			
วันนัดหมาย			
วันที่	ยาที่ได้รับ	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> body weight ↑ <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> insomnia <input type="checkbox"/> headache <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	บันทึก
ช่วงเวลา			
วันนัดหมาย			
วันที่	ยาที่ได้รับ	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> body weight ↑ <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> insomnia <input type="checkbox"/> headache <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	บันทึก
ช่วงเวลา			
วันนัดหมาย			
วันที่	ยาที่ได้รับ	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> body weight ↑ <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> insomnia <input type="checkbox"/> headache <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	บันทึก
ช่วงเวลา			
วันนัดหมาย			

## ภาคผนวก ข

ลำดับที่.....

## แบบบันทึกการติดตามการเลิกบุหรี่


ชื่อ-นามสกุล			HN	
วันที่เริ่มใช้ยา			อายุ	ปี
วันที่เริ่มหยุดบุหรี่			ส่วนสูง	ซม.
วันที่	น้ำหนัก (กก.)	ผลการเลิกบุหรี่	ปัญหา	คำแนะนำ
ช่วงเวลา	BP (mmHg)	<input type="checkbox"/> สุข ..... <input type="checkbox"/> ไม่สุข		
วันนัดหมาย	cotinine level (ng/ml)			
วันที่	น้ำหนัก (กก.)	ผลการเลิกบุหรี่	ปัญหา	คำแนะนำ
ช่วงเวลา	BP (mmHg)	<input type="checkbox"/> สุข ..... <input type="checkbox"/> ไม่สุข		
วันนัดหมาย	cotinine level (ng/ml)			
วันที่	น้ำหนัก (กก.)	ผลการเลิกบุหรี่	ปัญหา	คำแนะนำ
ช่วงเวลา	BP (mmHg)	<input type="checkbox"/> สุข ..... <input type="checkbox"/> ไม่สุข		
วันนัดหมาย	cotinine level (ng/ml)			
วันที่	น้ำหนัก (กก.)	ผลการเลิกบุหรี่	ปัญหา	คำแนะนำ
ช่วงเวลา	BP (mmHg)	<input type="checkbox"/> สุข ..... <input type="checkbox"/> ไม่สุข		
วันนัดหมาย	cotinine level (ng/ml)			
วันที่	น้ำหนัก (กก.)	ผลการเลิกบุหรี่	ปัญหา	คำแนะนำ
ช่วงเวลา	BP (mmHg)	<input type="checkbox"/> สุข ..... <input type="checkbox"/> ไม่สุข		
วันนัดหมาย	cotinine level (ng/ml)			

ภาคผนวก ข

ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่

วันที่.....


**ปฏิทินบันทึกการเลิกบุหรี่และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่**



ชื่อ-สกุล.....HN.....

กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันยาเสพติดชัชวาลย์ราษฎร์

โทร 0-2531-0080-4 ต่อ 334,496 **R<sub>x</sub>**



พฤศจิกายน 2546

อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

**ธันวาคม 2546**

อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

**มกราคม 2547**

อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

**วางแผนสู่ความสำเร็จ**

**เตรียมพร้อม.....**

ทบทวนเหตุผลที่อยากเลิกสูบบุหรี่ และวางแผนวิธีการรับมือกับปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะพยายามจะเลิก

**กำหนดวัน..... วันที่.....**

กำหนดวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ และเตรียมตนเองและคนรอบข้างให้พร้อม เพื่อให้คุณสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จริงๆ

**หยุดสูบ.....**

สำหรับ 2-3 วันแรกที่คุณได้หยุดสูบบุหรี่แล้ว ให้วางแผนพฤติกรรมต่างๆ

เช่น แน่ใจว่าไม่มีบุหรี่ ไฟแช็ก หรือที่ตียบุหรี่หลงเหลืออยู่

วางแผนให้ยุ่งทั้งวัน พยายามให้มือของคุณมีอะไรทำ

อย่านั่งบนเก้าอี้ หรือสถานที่ที่คุณเคยจะทำให้คุณระลึกถึงบุหรี่และอยากสูบ

พยายามอยู่ในบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่ให้มากที่สุด

เพียงระลึกเสมอว่า  
บุหรี่ปริมาณแรก  
ที่ท่านคิดจะสูบอีก  
จะนำไปสู่การติดบุหรี่อีกครั้ง



ปัญหาเรื่องยาเสพติด โทร. 1165

**คำแนะนำ  
การใช้ยามีลอคอบูหรี่  
และการเลิกบุหรี่ให้ได้ผล**



กลุ่มงานเภสัชกรรม  
สถาบันสุขภาพเด็กจุฬาลงกรณ์  
0-2531-0080-4 ต่อ 334, 496



## วันนี้คุณตัดสินใจเลิกบุหรี่แล้วหรือยัง

### การรับประทานยาเม็ดลดบุหรี่ Bupropion HCl

วันที่ 1 -3 ของการรักษา (สูบบุหรี่ได้)	วันที่	รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ต้นนอนตอนเช้า
วันที่ 4 ของการรักษา (สูบบุหรี่ได้)	วันที่	รับประทาน 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า - เย็น
วันที่ 8 - จบการรักษา 	หยุด สูบบุหรี่ วันที่	รับประทาน 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า -เย็น

\* ผู้ป่วยสามารถสูบบุหรี่ตามจำนวนปกติ  
ในช่วง 1-7 วันแรกของการรับประทานยา  
และกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่สอง  
(โดยปกติคือวันที่ 8 ของการรับประทานยา)  
เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี

\* หากลืมรับประทานยาให้รับประทาน  
ทันทีที่นึกขึ้นได้ แต่ควรรับประทานห่างกัน  
อย่างน้อย 8 ชั่วโมง

\* **ไม่ควร**รับประทานยา  
ก่อนนอน



\* ห้ามรับประทานยาเกิน 2 เม็ด (300  
มิลลิกรัม) ต่อวัน

\* ห้ามบดเคี้ยวหรือหักเม็ดยา

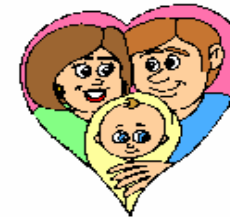
\* ควรรับประทานน้ำ ฝัก ผลไม้ เพิ่มขึ้น  
ร่วมกับการออกกำลังกาย



\* หากมีอาการมึนงง ควรระมัดระวัง  
เมื่อต้องทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล

\* เมื่อใช้ยาแล้วอาจมีอาการปากแห้ง  
คอแห้ง ท้องผูก ลึน ปวดศีรษะ

\* หากมีอาการผิดปกติที่รุนแรง ควร  
ปรึกษาแพทย์ หรือ เภสัชกร



ถ้าคุณไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

ไม่ได้หมายความว่า你是คนล้มเหลว

แต่ขอให้พยายามต่อไป

สถานบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ญ

### แนวทางการให้ intervention ผู้ป่วย

เภสัชกรควรสืบค้น ติดตามปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาโดยวิธีที่เหมาะสม ปัญหาต่างๆที่พบได้แก่

1. ปัญหาทางพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่ ควรแนะนำผู้ป่วยดังต่อไปนี้(1)
  - อาการถอนนิโคติน ได้แก่ หิว หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย สมาธิสั้น ส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 1 เดือนแรกเมื่อเริ่มเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น
  - หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้าเมื่อออกงานสังคม
  - หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือ อัดควันบุหรี่ แม้เพียงครั้งเดียวก็ทำให้ผู้ป่วยกลับมาสูบบุหรี่อีกได้
  - เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เป็นหวัด มีน้ำมูก หลังเลิกบุหรี่ ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยมีร่างกายอ่อนแอเนื่องมาจากการหยุดสูบบุหรี่
  - ไม่ควรเก็บบุหรี่ ไฟแช็ค หรือที่เขี่ยบุหรี่ไว้
  - พยายามอยู่ในบริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่มากที่สุด หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่เป็นเวลานาน
  - ไม่ควรนั่งบนเก้าอี้ หรือสถานที่คุ้นเคย เพราะจะทำให้ระลึกถึงบุหรี่และอยากสูบบุหรี่
  - วางแผนให้ยุ่งทั้งวัน พยายามให้มือมีอะไรทำ อย่าปล่อยให้มือว่าง
  - หลีกเลี่ยงกิจกรรมประจำวันปกติที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ เช่น ถ้าโดยปกติสูบบุหรี่ขณะดื่มกาแฟให้เปลี่ยนมาดื่มน้ำเย็นแทน
  - ถ้ารู้สึกหงุดหงิดอยากสูบบุหรี่มากให้ดื่มน้ำเย็น หรือล้างหน้า หรือ อมลูกอม
2. ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่ ได้แก่
  - ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเนื่องจากเหตุการ์ณไม่พึงประสงค์ เช่น นอนไม่หลับ เภสัชกรควรซักถามเวลา que ผู้ป่วยรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยอาจรับประทานยากลี้กับเวลานอน
  - สัมภาษณ์ประวัติการรับประทานยาอื่นของผู้ป่วยร่วมด้วย เนื่องจากอาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ระดับบูโพรพิออนในซีรัมสูงขึ้น เช่น ไซเมทีดีน (cimetidine)
  - ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเนื่องจากเกิดความเข้าใจผิดว่าหากไม่ได้รับประทานอาหารตอนเช้า หรือตอนเย็นแล้วไม่สามารถรับประทานยาได้

### 3. การให้คำแนะนำในการรับประทานนิโคติน(2)

- รับประทานยาใน 3 วันแรก ให้รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้า ก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ หลังจากนั้น เพิ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น จนถึงสัปดาห์ที่ 2 รักษา
- การลิ้มรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ แต่ควรรับประทานยาห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง จากมือต่อไป
- ห้ามรับประทานยาเกิน 2 เม็ดต่อวัน
- ไม่ควรรับประทานยาก่อนนอน
- ห้ามบดเคี้ยวหรือหักเม็ดยา
- ในช่วงสัปดาห์แรกของการรับประทานยาผู้ป่วยสามารถสูบบุหรี่ได้ตามปกติ และกำหนดวัน หยุดสูบบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 2 คือวันที่ 8 ของการรับประทานยา
- อาจมีอาการนอนไม่หลับ สั่น ปวดศีรษะ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หากพบอาการผิดปกติที่รุนแรง ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

### เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.ทำอย่างไรจะเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ.แหล่งที่มา:  
[http://www.ashthailand.or.th/th/content.php?page2\\_4.html](http://www.ashthailand.or.th/th/content.php?page2_4.html) [22 กันยายน 2546]
2. Kennedy, D. T., and Chang, Z. G. Smoking cessation. In: Herfindal, E. T., and Gourley, D. R. Textbook of therapeutics drug and disease management 7<sup>th</sup> ed. Lippincott williams &wilkins; pp. 1343-56.

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวฐิติรัตน์ ชื่นจิตต์ เกิดเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2520 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี เกษศาสตรบัณฑิต จากคณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันทำงานตำแหน่งเภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย