

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

สุดารัตน์ โมระดา และคณะ
รพ.สต.ห้วยไร่

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน เป็นการช่วยเหลือผู้ไม่สูบบุหรี่และลดความเสี่ยงในการได้รับควันทบหรี่มือสองในชุมชน รวมทั้งยังเป็นการบริหารจัดการชุมชนในการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันทบหรี่มือสองในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน และกำหนดขอบเขตการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอนตามวงรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR Spiral cycle ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 6 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบในก่อนและหลังการพัฒนาแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 45 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนตามการพัฒนาแบบการวิจัย และส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานโดยวิธี Paired Samples T-test ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา แบบกลุ่มเดียว

ผลการวิจัย พบว่าหลังการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน ระดับความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติตน ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน ดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โดยสรุปผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรี่มือสองในชุมชน สามารถทำให้เกิดปัจจัยความสำเร็จในการจัดการชุมชนในการควบคุมควันทบหรี่มือสอง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตั้งแต่การดำเนินการระดมความคิดเห็น และจัดทำแผนพัฒนาแบบการดำเนินงานควบคุมควันทบหรี่มือสองในชุมชน การสร้างข้อตกลงความร่วมมือ และการกำหนดข้อตกลงในการแก้ปัญหาที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยินยอม และการสร้างเครือข่ายในการควบคุมการละเมิดกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ รวมถึงการจัดเขตสูบบุหรี่นอกบ้าน กำหนดเขตสูบ

บุหรี่ในชุมชนอย่างชัดเจน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาเฝ้าระวังร่วมกัน เพื่อให้เกิดชุมชนปลอดควันบุหรี่มือสอง โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม, ควันบุหรี่มือสอง, การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

บทนำ

การสูบบุหรี่นั้นไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่แก่ผู้ที่อยู่บริเวณใกล้เคียงอีกด้วย ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีหลักฐานชัดเจนเพียงพอแล้วนั้นประกอบด้วยโรคต่างๆ จำนวนถึง 25 โรค ในจำนวนนี้ก่อให้เกิดโรคมะเร็งตามส่วนต่างๆ จำนวน 10 ชนิด คือ Lungs, Laryngeal, esophageal, pancreatic, renal and bladder, cervical, endometrial and stomach, oral cavity, pharynx, acute myeloid leukemia. (World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic.1998) ซึ่งในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารพิษกว่า 4,000 ชนิด และมี 43 ชนิดที่ทางการแพทย์ระบุว่า เป็นสารก่อมะเร็งในร่างกาย และปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง ซึ่งควันบุหรี่มือสองเกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เกิดการเผาไหม้ออกมาจากปลายมวนระหว่างการสูบและรวมถึงควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นหายใจออกจากการสูบบุหรี่ การรณรงค์ควบคุมการไม่สูบบุหรี่ภายในประเทศไทย โดยรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้ในระดับหนึ่ง แต่ที่สำคัญคือ คนไทยจะต้องร่วมกันสร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่หาวิธีการป้องกันเยาวชนไม่ให้เสพติดบุหรี่ ช่วยผู้ที่เสพติดบุหรี่อยู่แล้วให้เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งหามาตรการคุ้มครองผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ให้ไม่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) จากการสำรวจข้อมูลจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2560 พบว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่ จำนวน 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ซึ่งผู้สูบบุหรี่ต่อรายมีปริมาณการสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560)

ปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ คือ ควันบุหรี่ที่เกิดจากการเผาไหม้ขณะที่สูบบุหรี่ เรียกกกันว่า “ควันบุหรี่มือสอง” ซึ่งมีผลต่อทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและเขตห้ามสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่และมีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่ได้รับควันบุหรี่ประจำมีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยจากโรคที่เกิดจากควันบุหรี่ได้ จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มความเข้มงวดในการควบคุมและคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และรณรงค์ในการลด ละ เลิก รวมถึงบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560)การแก้ไขกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติตามมาตรา 8 การป้องกันบุคคลจากควันยาสูบ (guideline for implementation of article 8: protection from exposure to tobacco smoke) โดยในปี 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าว เป็นเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2555) ซึ่งพัฒนาการในการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมบุหรี่ในปัจจุบันได้มีความพยายามอย่างต่อเนื่อง โดยล่าสุดในปี พ.ศ.2556 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ.2535 ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมในเรื่อง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือน

เกี่ยวกับพืชภัย และช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อซิการ์เรต พ.ศ.2556 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมในเรื่อง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ซึ่งปัญหาการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและเหมาะสม (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2556) ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดอำนาจเจริญ จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี 2554 ร้อยละ 26.09 และในปี 2560 ร้อยละ 22.55 และพบว่ามี การได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน ร้อยละ 25.97 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2560) และสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดอำนาจเจริญ เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2554 – 2560 พบว่ามีอัตราการลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายประเทศ ซึ่งในปี 2562 มีเป้าหมายกำหนดไม่เกินร้อยละ 16.70 ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชนและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน ในการควบคุมการสูบบุหรี่ตามกฎหมาย และการควบคุมควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษาพื้นที่ : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ บทบาทครอบครัวและชุมชนในเชิงบทบาททางสังคมกับการควบคุมบุหรี่และการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาควันบุหรี่มือสองในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการการรณรงค์และควบคุมควันบุหรี่มือสองในชุมชน ตามกฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนชุมชนและเกิดมาตรการการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน และเพื่อพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการควบคุมควันบุหรี่มือสองในท้องถิ่นหรือพื้นที่แห่งอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

รูปแบบและวิธีการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน โดยมีระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและกำหนดขอบเขตการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอนตามวงรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR Spiral cycle โดยมีระยะเวลาในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 12 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปข้อมูลผลการวิจัยในการวิจัยระยะเวลา 6 สัปดาห์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนการพัฒนาและวัดหลังการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยพิจารณากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบเจาะจง และคัดเลือกพื้นที่ในการวิจัย ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ตามรูปแบบการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ มีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแทนผู้นำชุมชน 18 คน
2. ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 18 คน
3. ตัวแทนส่วนราชการในชุมชน 4 คน
4. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน
5. ประชาชนในชุมชนที่มีความสนใจเข้าร่วมเพิ่มเติม

โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้มีจำนวน ทั้งหมด 45 คน ที่ผู้วิจัย กำหนดไว้ ซึ่งหากกรณีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และมีความสนใจในเนื้อหาประเด็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าร่วม เพิ่มเติมได้

เครื่องมือการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน รายได้ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพปัญหาในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในด้านการรับรู้ในประเด็นปัญหา บุหรี่ องค์ความรู้ด้านอันตรายและพิษภัยจากควันบุหรี่ การประเมินผลกระทบความเสี่ยงจากควันบุหรี่ การควบคุม ความเสี่ยงจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรี่ทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ถึง และมีความรู้ถึงผลประโยชน์จากการป้องกันควบคุมควันบุหรี่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ รับรู้ถึงและมีความรู้ถึง ผลประโยชน์จากการป้องกันควบคุมบุหรี่ในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่และการจัดเขตปลอดบุหรี่และการสูบบุหรี่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในด้านความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่และผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และปัญหาที่เกิดจากบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการปฏิบัติตัว การจัดการผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการจัดการผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการพัฒนา วิธีการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ซึ่งการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง นี้เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการวางแผนจัดเตรียมชุด คำถาม และวิธีการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนล่วงหน้ามีการดำเนินงานแบบ

เป็นทางการภายใต้กฎเกณฑ์หรือมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแผนแบบมีส่วนร่วม (action plan) เพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทูหรือมือสองในชุมชน ในทุกกระบวนการเพื่อกำหนดแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาบทบาทในการเสริมสร้างชุมชนปลอดภัย และเป็นการสร้างภาคีเครือข่ายของให้มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดนโยบายชุมชน สังคมในการเสริมสร้างชุมชนปลอดภัย

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบในการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เครื่องในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง เป็นการวัดก่อนการศึกษา และแบ่งขั้นตอนวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ (Pre-Research)

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทูหรือมือ

1. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม
2. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษาสภาพปัญหา

ระยะที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตูหรือมือในชุมชน

1. ความรู้ในการทำงานชุมชน โดยเฉพาะข้อมูลชุมชน ทั้งข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. ความรู้การวิจัยเชิงคุณภาพ
3. การประเมินหลังการทำงาน
 - 1) สํารวจข้อมูลพื้นฐาน
 - 2) หลังจากการสำรวจ

ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. วิธีการถกปัญหา (Discussion (ORD) Method)
2. วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)
3. วิธีการวางแผนการปฏิบัติการ (Action Planning Method)

ระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-Research) โดยนำข้อมูลที่ได้มาสรุปบทวนผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดการรวบรวมข้อมูลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทูหรือมือสองในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ (Pre- Research) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) และระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-Research) ดังนี้

ระยะเตรียมการ (Pre-Research)

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน

1. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกปัญหาควันบุหรี่มือสองในชุมชน ปัญหาผลกระทบที่มีปัจจัยด้านสุขภาพ (Health Determinant) ด้านบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อมและระบบการบริการสุขภาพ และตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษาสภาพปัญหา เพื่อยืนยันสภาพปัญหาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่

ระยะที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในชุมชน บริบทชุมชนในด้านต่างๆ ข้อมูลพื้นฐานชุมชน จำนวนผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ร้านขายบุหรี่ในชุมชน การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเภทยาสูบที่บริโภค บริเวณที่สูบบุหรี่ สถานที่สาธารณะภายในชุมชน จำนวนครัวเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ เป็นต้น

และทบทวน วิจัย คณะกรรมการผู้นำชุมชน ดำเนินการสำรวจชุมชน รวมทั้งสถานการณ์ของชุมชน บริบทชุมชนในด้านต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างที่วิจัยกับประชาชน ในชุมชน พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และแกนนำชุมชนหลัก ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการในระยะต่อไป ซึ่งแบ่งเป็นประเด็น ดังนี้

1. ความรู้ในการทำงานชุมชน โดยเฉพาะข้อมูลชุมชน ทั้งข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. ความรู้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
3. การประเมินหลังการทำงาน

โดยที่วิจัยศึกษา ค้นคว้า แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พร้อมทั้งดำเนินการสำรวจ ชุมชน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ที่ตั้ง ลักษณะพื้นที่ ประชากร การคมนาคมลักษณะโครงสร้างทางสังคมและสาธารณูปโภค ศาสนสถาน อาชีพ การเมือง การปกครอง กองทุนต่าง ๆ การสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการความสัมพันธ์ของแต่ละกลุ่ม โครงสร้างชุมชน ลักษณะความสัมพันธ์ในชุมชน ข้อมูลทุนทางสังคมของพื้นที่ สถานการณ์ปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ในประเด็นปัญหาบุหรี่ องค์ความรู้ด้านอันตรายและพิษภัยจากควันบุหรี่ การประเมินผลกระทบ ความเสี่ยงจากควันบุหรี่ การควบคุมความเสี่ยงจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรี่ ทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ถึงและมีความรู้ถึงผลประโยชน์จากการป้องกันควบคุมควันบุหรี่ กระบวนการวิธีสกัดกันคนสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ และที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมควันบุหรี่มือสอง การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อให้สามารถใช้กิจกรรมต่างๆ เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน โดยศึกษาในพื้นที่ตำบลห้วยไร่ ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

2) หลังจากการสำรวจ และการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น การเรียบเรียงข้อมูลโดยทีมวิจัยแล้วนั้น จะเข้าสู่กระบวนการนำเสนอข้อมูลให้กับชุมชน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในชุมชน เพื่อปรับปรุง แก้ไขรายละเอียดที่ได้ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. การพัฒนาศักยภาพผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้กระบวนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ วิธีการแก้ปัญหา วิธีการวางแผนการปฏิบัติการ ประกอบกับการจัดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ ดังนี้

1.1 การพัฒนาศักยภาพผู้เข้าร่วมวิจัย

ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การรับรู้ในประเด็นปัญหาบุหรี องค์ความรู้ด้านอันตรายและพิษภัยจากควันบุหรี การประเมินผลกระทบความเสี่ยงจากควันบุหรี การควบคุมความเสี่ยงจากควันบุหรีมือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรีทั้งผู้สูบบุหรีและไม่สูบบุหรี การรับรู้ถึงและมีความรู้ถึงผลประโยชน์จากการป้องกันควบคุมควันบุหรี กระบวนการวิธีสกัดกั้นคนสูบบุหรีและไม่สูบบุหรี การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี โดยใช้กระบวนการดังนี้

1. วิธีการแก้ปัญหา (Discussion (ORID) Method) ประกอบด้วย หัวข้อคำถามหลักใน 4 ระดับ ดังนี้

1.1 ระดับวัตถุประสงค์ (Objective Level) โดยประกอบคำถามในการอบรม เช่น ปัญหาคืออะไร เกิดจากการอะไร เรารู้อะไร ปัญหาเรื่องบุหรีมีอะไรบ้างในชุมชน

1.2 ระดับไตร่ตรอง (Reflective Level) เช่น รู้สึกอย่างไรกับปัญหา รู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับควันบุหรี รู้สึกอย่างไรเมื่อคนในครอบครัวสูบบุหรี รู้สึกอย่างไรเมื่อป่วย รู้สึกอย่างไรเมื่ออยู่สถานที่สาธารณะได้รับควันบุหรี พบเห็นคนสูบบุหรีแล้วรู้สึกอย่างไร ผลประโยชน์จากการป้องกันควบคุมควันบุหรีจะเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรกับการที่เราจะทำโครงการแผนงานแก้ไขปัญหา ในการจัดการผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรีมือสองในชุมชน

1.3 ระดับการตีความ (Interpretative Level) การตั้งคำถาม เช่น มาประชุมวันนี้จะได้ประโยชน์อะไร คาดหวังอะไรจากการประชุม ถ้าไม่มีคนสูบบุหรีในชุมชนจะเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรเมื่อคนในครอบครัวในชุมชนเลิกบุหรี สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี สถานที่สาธารณะปลอดบุหรีจะเป็นอย่างไร

1.4 ระดับการตัดสินใจ (Decisional Level) การตั้งคำถาม เช่น เหตุผลที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในครั้งนี้ ท่านจะสร้างสังคมปลอดบุหรีอย่างไร จะทำอย่างไรให้คนในครอบครัวเลิกบุหรี ท่านจะทำอย่างไรให้ชุมชนปลอดบุหรี ชุมชนควรจะทำอย่างไรกับปัญหาบุหรี ท่านจะลดปัญหาบุหรีในชุมชนอย่างไร เราจะมาทำแผนงาน/โครงการ เมื่อไร

2. วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 5 ขั้นตอน คือ

2.1 สร้างบริบท คำถามรวมศูนย์ เป็นการกล่าวนำเริ่มการประชุม อธิบายและเน้นย้ำคำถามรวมศูนย์ การรับรู้ในประเด็นปัญหาหรือ องค์ความรู้ด้านอันตรายและพิษภัยจากควันบุหรี่ การประเมินผลกระทบ ความเสี่ยงจากควันบุหรี่ การควบคุมความเสี่ยงจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรี่ ทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ถึงและมีความรู้ถึงผลประโยชน์จากการป้องกันควบคุมควันบุหรี่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย วางโครงสร้างขั้นตอนที่จะทำ ระบุกติกา และเวลาที่ใช้ มีการเชื้อเชิญให้ร่วมแสดงพลังในการติดตาม แก้ไขปัญหา

2.2 ระดมสมอง ให้สมาชิกเขียนแสดงความคิดของตนเองลงในสมุดบันทึกตนเอง จัดกลุ่มถกประเด็นปัญหาขนาดเล็ก ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน แล้วให้กลุ่มคัดเลือกความคิดที่สำคัญ นำบัตรความคิดจากกลุ่มต่างๆ ไปติดบนกระดานให้ทุกคนได้ศึกษาความคิดเห็น ที่กลุ่มย่อยต่างๆ ได้ช่วยระดมความคิดเห็นการจัดการผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

2.3 จัดหมวดหมู่ สร้างความสัมพันธ์ใหม่ จัดความคิดที่คล้ายกันให้อยู่หมวดเดียวกัน สร้างภาพรวมทางความคิด และนำเสนอในรูปแบบแผนภูมิ แผนผังความคิด

2.4 ตั้งชื่อ ตั้งความเข้าใจ สื่อสารความเห็นพร้อมกัน โดยยกไปที่ละหมวดหมู่ในที่ประชุมใหญ่ ว่ามีความคิดเห็นอย่างไร

2.5 ไตร่ตรอง สรุปและยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่ม โดยอภิปรายความสำคัญของผลผลิตที่ได้จากการกระทำกระบวนการกลุ่ม (แผน/โครงการที่ได้) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และยกขั้นตอนที่จะทำต่อไปสั้นๆ

3. วิธีการวางแผนการปฏิบัติการ (Action Planning Method) ประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 7 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 บริบท แนะนำเหตุการณ์ หรือ กิจกรรมที่จะร่วมกันวางแผน โดยมีการกล่าวนำเน้นย้ำ ข้อความสำคัญของกิจกรรมที่จะทำ วางโครงสร้างขั้นตอนที่จะทำ โดยเชื้อเชิญให้ร่วมกันคิด บอกลักษณะกิจกรรมที่จะทำ ในหัวข้อ

1. อะไร
2. เมื่อไหร่
3. ที่ไหน
4. ทำไม
5. อย่างไร
6. โดยใคร

3.2 วงจรแห่งชัยชนะ ให้นิยามความสำคัญของกิจกรรม ถ้าทำแล้วสำเร็จพวกเรารู้สึกอย่างไร ผู้คนในชุมชนพวกเขาจะเห็นอะไร ผู้คนเขาจะว่าอย่างไร

3.3 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเฝ้าระวังวัณโรคในปัจจุบัน จุดแข็ง จุดอ่อน ผลดี ผลเสีย ที่จะเป็นผลมาจากการดำเนินตามแผนงาน/โครงการ

3.4 ข้อผูกมัด ทำเป็นประกาศพันธะสัญญา ขอให้กลุ่มทุ่มเทความสำเร็จของโครงการจดข้อมูลผูกมัดลงในกระดาน เพื่อประกาศเจตนารมณ์ของกลุ่ม

3.5 ประชุมปฏิบัติการ ระบุปฏิบัติการที่ต้องทำ และแต่งตั้งคณะทำงาน เป็นการระบุรายละเอียดกิจกรรมย่อย หรือ งาน (ขั้นตอน /กระบวนการ) ที่ต้องทำในแผนงาน/โครงการ คัดเลือกคณะทำงานกันเองเพื่อรับผิดชอบ

3.6 ปฏิทินกิจกรรม และงานที่มอบหมาย เป็นการกำหนดภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมดทำอะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม่ อย่างไร โดยใคร และกุญแจความสำเร็จคืออะไร (อะไรเป็นตัว บอกว่าทำกิจกรรมขั้นตอนนั้นสำเร็จ)

3.7 การไตร่ตรอง ทำการสนทนาร่วมกันมีส่วนร่วม (ORID Method) เพื่อตรวจสอบและถกขั้นตอนต่อไป สั้นๆ เพื่อปิดการวางแผนปฏิบัติการ

1.2 การส่งเสริมการเรียนรู้

ทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่ กระตุ้นและสนับสนุนให้แกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการนำและเสนอความคิด หรือกำหนดกิจกรรมในการรณรงค์ ป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาหรือของชุมชนโดยเริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผู้มีส่วนร่วม ได้วางระบบและแนวคิดการดำเนินกิจกรรมพร้อมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด คิดแก้ไขและปรับปรุงวางแผนและพัฒนากิจกรรมให้มีความสำเร็จ ซึ่งกิจกรรมแผนการแก้ไขปัญหาไม่จำเป็นต้องสำเร็จเสร็จสิ้นครั้งเดียว แต่อาจจะกำหนดอย่างค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งการต่อยอดกิจกรรมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินกิจกรรม ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมอบหมายงาน การมีส่วนร่วมของแกนนำประชาชนในชุมชน และทีมวิจัยที่เป็นผู้คอยให้การสนับสนุน ประสานงานผลักดัน และเป็นพี่เลี้ยงให้แกนนำสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง

การสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews)

เพื่อประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม โดยใช้คำถามให้ประเมินความรู้สึกของแต่ละบุคคล หลังจากการทำกิจกรรม ได้แก่ ความคาดหวัง สิ่งที่ได้ ประโยชน์ ของกิจกรรม ข้อดี ข้อเสีย ข้อควรปรับปรุง ความประทับใจ การบรรลุเป้าหมาย และการวางแผนดำเนินงานต่อไป เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป็นการพัฒนาการเรียนรู้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจาก การดำเนินโครงการขั้นตอนต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณตั้งแต่ขั้นเริ่มเตรียมการ ขั้นการดำเนินงาน และขั้นประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

การขับเคลื่อนชุมชน

การขับเคลื่อนชุมชน เป็นขั้นตอนที่ทำให้คนในชุมชนมีความตระหนักรับผิดชอบสามารถพัฒนาตนเองและชุมชนของตน โดยทีมวิจัยเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับแกนนำและประชาชน เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายสำคัญคือ ให้ได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล การขับเคลื่อนชุมชน ดำเนินการโดยการทำประชาคมชี้แจง และวางแผนการดำเนินงานกับแกนนำในพื้นที่การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมพร้อมทั้งการสนับสนุนองค์ความรู้ งบประมาณ สื่ออุปกรณ์ต่างๆ มีรายละเอียดในการขับเคลื่อน ดังนี้

1. การทำประชาคม โดยการจัดประชุมทีมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจง กรอบแนวคิด และการวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่ก่อนเริ่มโครงการ ผู้นำชุมชนและแกนนำมีการประชุมชี้แจงร่วมกับคณะกรรมการ ร่วมรับรู้แสดงความคิดเห็นและมีมติร่วมกันในการขับเคลื่อนโครงการในทุกระยะ มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจการดำเนินกิจกรรมการสร้างการมีส่วนร่วมการจัดการผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันทบหรือมือสองในชุมชนให้กับแกนนำและประชาชนในพื้นที่

2. จัดเวทีชุมชน ค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้แกนนำชุมชนได้ร่วมค้นหาประเด็นปัญหา วิเคราะห์ปัญหา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมรวมกัน

3. จัดเวทีชุมชน ทบทวนไตร่ตรองแผน เพื่อให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ร่วมทบทวนไตร่ตรองตามแผนปฏิบัติการ ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4. จัดเวทีชุมชน เสนอแผนภาพรวมต่อชุมชน เพื่อตัวแทนแกนนำชุมชนที่ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ นำเสนอแผนที่ปรับแก้ไขแล้วให้กับประชาชนในชุมชนเพื่อให้ประชาชนร่วมพิจารณาความเหมาะสมร่วมกัน ก่อนนำแผนดังกล่าวไปดำเนินการจริง

5. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ตามขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ประชาชนในชุมชนร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ปฏิบัติ (Observation)

การสังเกตผลการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผล

1. นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงาน ของประชาชนในชุมชน รวมทั้งให้แกนนำและประชาชนในชุมชนได้รับการติดตามให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในการดำเนินงาน

2. รายงานผลกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในประเด็น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม บรรยากาศการประชุม ความสนใจของผู้เข้าร่วมประชุม การแสดงความคิดเห็น การร่วมอภิปรายในขณะเข้าร่วมประชุม การร่วมวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็นสำคัญ การเสนอตัวรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งในกลุ่มย่อยและในกลุ่มใหญ่

3. ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้จากการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาทั้งระบบ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

1. จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชน เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ให้กับประชาชนรับทราบ และรับรู้คุณค่า ของการดำเนินงานร่วมกัน เป็นการกระตุ้นการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืนต่อไป

2. จัดประชุมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ เพื่อให้แกนนำชุมชนที่ร่วมดำเนินการและคณะทำงานในพื้นที่ที่มาเข้าร่วม ร่วมสรุปผลการดำเนินงาน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา

3. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน โดยนำข้อมูลที่รวบรวมไว้ ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงาน ตั้งแต่การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผลการปฏิบัติงานตามแผนงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

ระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-Research)

หลังจากการดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ครบ 1 วงรอบ ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องมาพร้อมประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ผลการพัฒนาเป็นอย่างไร และสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา

และนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ซ้ำเพื่อยืนยันผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองการวิจัย 12 สัปดาห์ การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอที่ได้จากการศึกษา ระยะเวลาดำเนินการสรุปการวิจัย 4 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ใช้สถิติพรรณนานำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ ข้อมูลแจกแจงเป็นปกติ นำเสนอด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน ใช้สถิติพรรณนานำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ ข้อมูลแจกแจงเป็นปกติ นำเสนอด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวในก่อนและหลังการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนานำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ ข้อมูลแจกแจงเป็นปกติ นำเสนอด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-Test
4. แบบสอบถามความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนานำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ ข้อมูลแจกแจงเป็นปกติ นำเสนอด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-Test

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาศึกษาผลของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

1. จังหวัดอำนาจเจริญ มีอำเภออยู่ภายใต้เขตการปกครอง จำนวน 22 อำเภอ ซึ่งปัจจุบันจากข้อมูลสถิติการสูบบุหรี่ในจังหวัดอำนาจเจริญ จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี 2554 ร้อยละ 24.98 และในปี 2560 ร้อยละ 18.92 และเป็นอันดับที่ 45 ของประเทศที่มีประชากรสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป และพบว่ามี การได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน ร้อยละ 38.73 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2560) และสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดอำนาจเจริญ เมื่อเปรียบเทียบ ปี 2554 – 2560 พบว่ามีอัตราการลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายประเทศ ซึ่งในปี 2562 มีเป้าหมายกำหนดไม่เกินร้อยละ 16.70 และมีอัตราการติดบุหรี่ในอำเภอเมือง ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปอยู่ ในปี 2561 เท่ากับ 3,800 คน คิดเป็นร้อยละ 3.81 และพบว่าอัตราการป่วยระบบทางเดินหายใจ ในปี

2557-2560 เป็นอันดับ 1 ของรายงานสาเหตุการป่วย (สำนักงานสถิติจังหวัดอำนาจเจริญ. 2561) และมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ใหม่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปลักษณะประชากรของกลุ่มทดลอง ทั้งหมดจำนวน 45 คน พบว่า ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษาผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 28 คน (ร้อยละ 62.2) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี (ร้อยละ 57.8) รองลงมาคืออายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 20.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช 18 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. 14 คน (ร้อยละ 31.1) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 29 คน (ร้อยละ 64.4) รองลงมาคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 9 คน (ร้อยละ 20.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 24.4) สถานภาพสมรส จำนวน 40 คน (ร้อยละ 88.9) รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 11.1) และสถานภาพทางตำแหน่งในชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของการบริหารจัดการชุมชนส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากชุมชน 18 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ ตัวแทน อสม. 21 คน (ร้อยละ 46.7) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 45 คน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และสูบบุหรี่จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่าไม่มีสมาชิกที่สูบบุหรี่ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ โดยพบว่ามากที่สุดคือ พ่อ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 รองลงมา คือ พี่ชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 และน้อยที่สุด คือ บุตรสาว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ ในชุมชนของท่านมีการจัดเขตสูบบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 ไม่แน่ใจ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ ปัจจุบันมีเยาวชนในชุมชนของท่านที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สูบบุหรี่ พบว่า มี 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่มี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ปัจจุบันในชุมชนของท่านมีการจำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่า ใช่ 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่ใช่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 บุหรี่สามารถเลิกได้ และมีวิธีการรักษาผู้ติดบุหรี่ พบว่ามากที่สุด คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ใช่ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40 และไม่ใช่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 ตามลำดับ ควันบุหรี่มือสอง สามารถทำร้ายผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในชุมชนของท่านได้ พบว่า ทราบ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 และไม่ทราบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ควันบุหรี่มือสองเป็นมลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อม ในชุมชนของท่าน พบว่า ไม่ทราบ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และไม่ทราบ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 สถานที่สาธารณะในชุมชนของท่านเป็นเขตกำหนดให้ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และทราบ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ปัจจุบันมีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในชุมชนของท่าน พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และทราบ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะมีโทษทั้งจำและปรับพบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 51.10 ไม่ทราบ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 และทราบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ การป้องกันควบคุมควันบุหรี่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ เป็นประโยชน์ต่อชุมชนของท่าน พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.40 ไม่ใช่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และใช่ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 15.60 ตามลำดับ ในชุมชนของท่านมีมาตรการควบคุมคว้นบุหรี่ยี่มือสอง พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ไม่มี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และมี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ตามลำดับ

4. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านความรู้ พบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 12.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.922 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 17.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.486 มีค่า t เท่ากับ 28.696 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านทัศนคติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 22.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.952 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนทัศนคติ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 29.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.860 มีค่า t เท่ากับ 33.920 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านการปฏิบัติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 42.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.615 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนการปฏิบัติ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 49.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.139 มีค่า t เท่ากับ 21.156 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

5. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 64.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.641 และหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนการมีส่วนร่วม เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 73.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.848 มีค่า t เท่ากับ 22.484 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านความพึงพอใจพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากคว้นบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 60.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.657 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลัง

การพัฒนา มีค่าคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 68.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.053 มีค่า t เท่ากับ 21.158 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความพึงพอใจหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน จากข้อความการสัมภาษณ์จำนวน 8 ข้อ จะวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล จัดกลุ่มของข้อมูลเชิงคำพูด หรือพฤติกรรม เพื่อจัดกลุ่ม แยกแยะแจกแจงเนื้อหาของปัญหา และสถานการณ์การสูบบุหรี่ในชุมชนในแต่ละข้อความ สามารถสรุปปัญหาออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านกฎหมาย ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพ จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือปัญหาและผลกระทบต่อคนที่ไม่สูบบุหรี่ และ ปัญหาและผลกระทบต่อคนที่สูบบุหรี่ ดังนี้

- 1) ส่วนที่ 1 ปัญหาและผลกระทบต่อคนที่ไม่สูบบุหรี่จากการสัมภาษณ์กลุ่ม

ตัวอย่าง พบว่าจากการที่ได้รับควันบุหรี่จากที่ผู้อื่นสูบทั้งในสถานที่สาธารณะ และในบ้านของตนเอง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ ได้แก่ มีความเดือดร้อน เหม็นควันบุหรี่ เกิดความรำคาญ แพ้ควันบุหรี่ มีอาการใจสั่น มีการเจ็บป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ เกิดอาการไอ เป็นหลอดลมอักเสบ เป็นหอบหืด และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคนรอบข้าง

- 2) ส่วนที่ 2 ปัญหาและผลกระทบต่อคนที่สูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จำนวน 2 คน พบว่าปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบคือ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จะมีอาการเสมหะมากในตอนเช้า ปากมีกลิ่น จะมีกลิ่นตัวมากกว่าปกติ ฟันเป็นคราบ และนิ้วมือและเล็บเหลือง และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ยังบอกว่าสุขภาพไม่ค่อยดี ผิวพรรณเหี่ยวไวกว่าปกติ ส่วนผลที่ได้รับจากการสูบนานคือ เป็นหอบหายใจยากกว่าปกติ เหนื่อยง่าย

2. ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับครอบครัว มีความคิดเห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวต้องเสียเงินเสียทองจากการที่ซื้อบุหรี่มาสูบ เนื่องจากบุหรี่ค่อนข้างมีราคาแพง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ในหมู่บ้านครอบครัวไหนที่พ่อบ้านสูบบุหรี่ แม่บ้านและคนในครอบครัวจะบ่นว่ารำคาญกลิ่นควันบุหรี่ที่ได้รับ มีความรู้สึกไม่ชอบที่พ่อบ้านหรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ และต้องการให้พ่อบ้าน และคนในครอบครัวเลิกสูบแต่ก็ไม่ยอมเลิก ส่วนครอบครัวที่มีเด็ก ลูกหลานที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มักจะลักขโมยเงินของพ่อแม่ไปซื้อบุหรี่มาสูบ

- 2) ระดับชุมชน มีความเห็นว่าเด็กและเยาวชน ลูกหลานในหมู่บ้านมักจะมีการจับกลุ่มสูบบุหรี่กันมากขึ้น เนื่องจากมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ในชุมชน เช่น พ่อ แม่ พี่ชาย ลุง ญาติ และคนในชุมชนที่ใกล้ชิดสูบบุหรี่ให้เด็กเห็น และร้านค้าในชุมชนก็มีการขายบุหรี่ให้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีการจับกลุ่มกันสูบบุหรี่ในชุมชน เมื่อมีเทศกาล หรืองานประเพณี บุญต่าง ๆ ในชุมชน มักจะเจอทั้งเด็ก และผู้ใหญ่ มีการสูบบุหรี่โดยที่ไม่เกรงใจคนที่อยู่รอบข้าง แม้กระทั่งในโรงเรียนก็มี จึงทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้รับผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่จากคนที่สูบ ซึ่งเป็นปัญหาชุมชนที่แก้ได้ยาก เป็นเพราะว่าคนที่สูบคิดว่าโทษจากการสูบบุหรี่ก็มีผลแค่กับตัวเอง แต่ไม่ได้คิดถึงคนรอบตัวที่ได้รับกลิ่นควันบุหรี่เข้าไปว่าจะได้รับผลกระทบเพียงใด

3. ปัญหาด้านกฎหมาย

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า ในหมู่บ้าน ชุมชนของตนเองนั้นมีปัญหาเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ ประชาชนในหมู่บ้านยังมีการฝ่าฝืนกฎหมายหมายทั้งที่ไม่เจตนา คือ ไม่รู้กฎหมาย ไม่เข้าใจกฎหมาย หรือบางคนอาจรู้กฎหมายแต่ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และการกระทำผิดโดยเจตนาทั้งที่ทราบกฎหมายเป็นอย่างดี ซึ่งยังมีการละเมิด พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ซื้อหรือผู้รับที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งปัญหาในชุมชนก็พบเห็นร้านค้า หรือ บุคคลในชุมชน ที่จำหน่าย หรือให้บุหรี่แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และอีกปัญหาหนึ่งคือมีการละเมิดสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของชุมชน ผู้ที่สูบบุหรี่นั้นสูบแล้วทำให้ผู้คนที่อยู่รอบข้างได้รับผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ก่อความรำคาญแก่ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ และยังมีการสูบในที่ห้ามสูบแม้จะมีสัญลักษณ์ว่าห้ามสูบบุหรี่ก็ตาม เช่น ในโรงเรียน สถานที่ราชการต่าง ๆ ร้านอาหารในชุมชนที่ติดป้ายห้ามสูบก็ยังมีคนยืนสูบไม่ได้คำนึงถึงข้อกฎหมาย ยิ่งในเขตชุมชนหรือสถานที่ที่มีคนเยอะผู้ที่สูบบุหรี่ก็ไม่ได้เกรงใจ หรือเสี่ยงออกไปสูบบุหรี่ข้างนอก จึงทำให้ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบร่วมไป

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาและความตกลงร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ก่อให้เกิดกระบวนการการแก้ไขปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการแก้ไขปัญหาคันบุหรี่มือสองในชุมชน การสร้างกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมและการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผน ปฏิบัติการที่สร้างขึ้น และก่อให้เกิดความพึงพอใจการแก้ไขปัญหาและปัจจัยความสำเร็จสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเป็น การสร้างเครือข่ายในการพัฒนาการควบคุมบุหรี่มือสองในชุมชน ซึ่งก่อนเดิมที่มีการวิจัยทางสำนักงานสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ปัญหาและผลกระทบของการสูบบุหรี่อยู่แล้วและพบว่าโดยรวมในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประชาชนมีระดับความรู้ปานกลางในก่อนการดำเนินแก้ไขปัญหายุ่งเหยิงและจากการศึกษาพบว่าเกิดการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าว่ามีผลก่อนและหลังการทดลองอย่างไรบ้าง ซึ่งมีรายละเอียดและความสอดคล้องของงานวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยกลุ่ม

ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 45 คน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และสูบบุหรี่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่าไม่มีสมาชิกที่สูบบุหรี่ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 สมาชิกใน

ครอบครัวที่สูบบุหรี่ โดยพบว่ามากที่สุดคือ พ่อ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 รองลงมา คือ พี่ชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 และน้อยที่สุด คือ บุตรสาว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ ในชุมชนของท่าน มีการจัดเขตสูบบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 ไม่แน่ใจ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ ปัจจุบันมีเยาวชนในชุมชนของท่านที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สูบบุหรี่ พบว่า มี 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่มี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ปัจจุบันในชุมชนของท่านมีการจำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่า ใช่ 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่ใช่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 บุหรี่สามารถเลิกได้ และมีวิธีการรักษาผู้ติดบุหรี่ พบว่ามากที่สุด คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ใช่ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40 และไม่ใช่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 ตามลำดับ ควันบุหรี่มือสอง สามารถทำร้ายผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในชุมชนของท่านได้ พบว่า ทราบ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 และไม่ทราบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ควันบุหรี่มือสองเป็นมลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อม ในชุมชนของท่าน พบว่า ไม่ทราบ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และไม่ทราบ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 สถานที่สาธารณะในชุมชนของท่านเป็นเขตกำหนดให้ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และทราบ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ปัจจุบันมีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในชุมชนของท่าน พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และทราบ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะมีโทษทั้งจำและปรับพบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 51.10 ไม่ทราบ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 และทราบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ การป้องกันควบคุมควันบุหรี่ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ เป็นประโยชน์ต่อชุมชนของท่าน พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.40 ไม่ใช่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และใช่ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ในชุมชนของท่านมีมาตรการควบคุมควันบุหรี่มือสอง พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ไม่มี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และมี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สอนง คล้าฉิม (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับอันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง อยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน หลีกเลี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัย เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล (2556) พบว่าประชาชน มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 62.50 มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และที่ทราบว่า สถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่มีเพียงร้อยละ 43.75 สำหรับปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่ายังไม่เคยเห็นมีใครถูกจับหรือถูกปรับเลย ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง มีการกวาดขันและเข้มงวดโดยเฉพาะสถานที่สาธารณะ มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 77.14 มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จะ

ทราบว่า สถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ ถึงร้อยละ 91.43 โดยทราบจากป้ายโฆษณา/ป้ายประกาศมากที่สุด ร้อยละ 81.25 สำหรับปัญหาผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า ไม่เห็นมีการบังคับใช้กฎหมาย และควรมีการจับ ปรับอย่างจริงจังและเจ้าพนักงานผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ซึ่งพบว่าในก่อนการพัฒนาประชาชนในชุมชนยังขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 แต่มีความสอดคล้องในส่วนปัญหาผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า ไม่เห็นมีการบังคับใช้กฎหมาย และควรมีการจับ ปรับอย่างจริงจังและเจ้าพนักงานผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านความรู้พบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 12.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.922 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนามีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 17.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.486 มีค่า t เท่ากับ 28.696 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ด้านทัศนคติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 22.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.952 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 29.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.860 มีค่า t เท่ากับ 33.920 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ด้านการปฏิบัติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 42.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.615 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 49.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.139 มีค่า t เท่ากับ 21.156 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของกิติศักดิ์ เหมือนหนู (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดพิจิตรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 52 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 58 คนผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้นำชุมชนที่สามารถเลิกสูบบุหรี่และลดจำนวนวันสูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับงานวิจัยของงามนิตย์ ราชกิจและเรือนทอง ใหม่ศรีนทร์ (2547)

ได้ศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่ ในวัดโรงเรียน ชุมชนในจังหวัด เชียงราย ที่มีพื้นที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยสร้างรูปแบบให้ชาวบ้านมีโอกาสรับรู้ และเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับบุหรี่ มีกลุ่มเครือข่ายลด ละ เลิก บุหรี่ในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมและเอื้อต่อการลด ละ เลิกบุหรี่ ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลง มีการจัดอันดับชุมชน ที่เป็นต้นแบบตัวอย่างและใช้หลักเกณฑ์ ในการตัดสินใจได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนผู้ที่อดบุหรี่ วิธีการ และความต่อเนื่องในการดำเนินงาน บทเรียน จากการดำเนินงาน พบว่า การให้ความรู้หรือการสร้างกฎระเบียบต่างๆ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ได้ ส่วนความตระหนัก การเรียนรู้ การสร้างปัจจัยเงื่อนไขในครอบครัว การให้กำลังใจ การใช้ทุนเดิมของ ชุมชน เช่น ความศรัทธาในศาสนา พิธีกรรมต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ กระบวนการมีส่วนร่วมในการลด ละ เลิกบุหรี่ ในชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของสนอง คล้าฉิม (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้ระดับอันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรครจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรครจากควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายใน การไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง อยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และด้านการดูแลสุขภาพอยู่ใน ระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความ สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครและการรับรู้ ความรุนแรงของโรคร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการ ป้องกัน หลีกเลี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรคร พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรครที่สูบบุหรี่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคร และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วย วัณโรครที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 52.7 มากกว่านั้นพบว่า ภายหลังกการทดลองไม่พบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผล ที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคม แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและกลุ่มที่เลิกไม่ได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ หน่วยงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยวัณโรครควรมีกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ร่วมอยู่ ในการให้บริการและส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับ งานวิจัยของธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ (2553) พบว่าผู้ใช้บริการสถานีขนส่งจังหวัดมหาสารคาม ระดับความรู้เกี่ยวกับ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ใช้บริการสถานีขนส่งจังหวัดมหาสารคาม ส่วน ใหญ่มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 73.9 ระดับทัศนคติต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ใช้บริการสถานีขนส่งจังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 76.6 ผลการศึกษาพบว่าส่วน ใหญ่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 71.8 แต่ยังมีผู้ใช้บริการสถานีขนส่งจังหวัดมหาสารคามถึง ร้อยละ 38 ที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลางถึง ร้อยละ 38.8 โดยจากการตอบแบบสัมภาษณ์ในข้อคำถามที่ว่า เมื่อพบเห็นบุคคลสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ท่านจะชี้แจงให้บุคคล

นั้นทราบว่าเป็นเขตปลอดภัยหมี ร้อยละ 29.8 ไม่เคยปฏิบัติ และร้อยละ 53.2 ปฏิบัติบางครั้ง และข้อความท่านเคยนำสัญลักษณ์เขตปลอดภัยหมีมาติดในสถานที่ทำงานหรือที่พักของท่านหรือไม่ร้อยละ 33.0 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 31.9 ปฏิบัติบางครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้มาใช้บริการสถานียขนส่งยังขาดการรักษาสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้ใช้บริการสถานียขนส่งมีความรู้ในระดับสูง ทักษะคิดระดับดี แต่ยังมีผู้ใช้บริการสถานียขนส่งบางส่วนความรู้ยังไม่สอดคล้องกับทัศนคติและการปฏิบัติเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้มาใช้บริการสถานียขนส่งจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีและมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของมณฑล เก่งการพานิช และคณะ (2555) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบสถานที่ปลอดภัยหมี เพื่อเป็นฐานความรู้ในการดำเนินงานสถานที่ หน่วยงานปลอดภัยหมี จากข้อเสนอแนะพบว่าควรเร่งดำเนินการให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง และควรเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติ รวมถึงนโยบายและมาตรการในการควบคุมบุหรี่เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในทุกฝ่าย ให้เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ในการดำเนินการสถานที่ปลอดภัยหมี โดยสนับสนุนให้หน่วยงาน องค์กรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะของการสรุปหรือถอดบทเรียน การสังเคราะห์และการจัดการองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานสถานที่ปลอดภัยหมี เพื่อผลักดันเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ พบว่าภายในก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาในด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 64.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนการมีส่วนร่วม เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 73.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.848 มีค่า t เท่ากับ 22.484 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ด้านความพึงพอใจพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 60.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.657 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 68.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.053 มีค่า t เท่ากับ 21.158 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิต แคนสีแก้ว (2548) ได้ศึกษาการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่สังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของ ROAD model ด้วยการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ สร้างอาสาสมัคร ผสานกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับวิทยาการสมัยใหม่รับรู้ร่วมกัน (Reflection) ขยายเครือข่ายอาสาสมัคร กลุ่มผู้ดูแลสุรครอบครัวชุมชน (Operation) เสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมระดับบุคคล และกลุ่ม (Appreciation) ขยายกิจกรรมนำไปสู่การปฏิบัติในเครือข่ายด้วยความเข้าใจ (Direction) ซึ่ง

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สะท้อนคิด การปฏิบัติ การสร้างความประทับใจ และการออกแบบการปฏิบัติเพื่อการขยายผล ในการกระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนเพื่อร่วมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในสังคม ทำให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้กระตุ้นให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมร่วมดำเนินการวางแผนกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดการแก้ปัญหาในชุมชน ก่อให้เกิดการระดมทุนทางสังคมในการร่วมกันแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเข้มแข็งในทุกส่วนของชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ภาณิตรัตน์ (2550) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีเป้าหมายในการปรับปรุงสถานการณ์ที่กำลังมีปัญหาซึ่งเกิดจากการร่วมมือระหว่างนักวิจัยและสมาชิกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเป็นผู้เผชิญกับปัญหานั้น ๆ มาร่วมดำเนินการในการ 1)ระบุปัญหา (Identify problems) 2)วางแผน (Planning) 3)ลงมือปฏิบัติ (Action) 4)ประเมินผล (Evaluation) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ในเยาวชนไทยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งเยาวชน ครู และพ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเยาวชน จากผลการศึกษาจึงสะท้อนให้เห็นว่าการปกป้องเยาวชนไทยจากพิษภัยบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการในการสร้างความตระหนักในพิษภัยบุรี่ยุทธศาสตร์ระดับเข้มข้นจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง ซึ่งต้องเกิดจากความร่วมมือกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องกลวิธีที่ใช้มีความหลากหลาย และใช้อุปกรณ์ที่สามารถสื่อได้ทั้งข้อความ และกระทบต่อความรู้สึก และสอดคล้องกับธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ความรู้ ทักษะต่าง ๆ อาทิ เช่นทักษะการแก้ปัญหา การควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นต้น ควรได้รับการพัฒนา และเพื่อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติจริงควรมีการนำความรู้และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนนโยบายต่าง ๆ ควรมีการดำเนินการประกาศอย่างชัดเจน และมีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องขั้นนี้แล้วนำเอาส่วนของกระบวนการคิด แนวคิด หลักการ และขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาผลการวิจัยเรื่องผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม

สุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : ตำบลห้วยไร่ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ในการพัฒนารูปแบบผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน เป็นการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน พบว่าปัญหาสำคัญคือ การบังคับใช้กฎหมาย และความรู้ความเข้าใจกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ยังไม่มีการรักษาสีสิทธิของตนเอง และเคารพสิทธิของผู้อื่นดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างมาตรการทางสังคม ในชุม โดยกาสร้างการมีส่วนร่วมในการเข้ามาแก้ปัญหาการได้รับควันบุหรี่มือสอง และปัญหาการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ โดยการสร้างความเข้าใจว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ไม่สูบบุหรี่

1.2 ในการแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน จะต้องเริ่มจากการสร้างแกนนำ เครือข่าย ข้อตกลงและสร้างความเข้าใจร่วมกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา และสร้างข้อตกลงในการกำหนดเขตสูบบุหรี่และเขตห้ามสูบบุหรี่ โดยยึดตามข้อบังคับกฎหมาย และจากความเข้าใจของบุคคลในชุมชนร่วมกัน

1.3 จากผลการศึกษาการพัฒนา รูปแบบผลของการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน พบว่าปัญหาหลักคือการขาดความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการแก้ไขปัญหา และความรู้ด้านพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐไม่ได้มีการให้องค์ความรู้และความรอบรู้ในประเด็นด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และควันบุหรี่มือสอง เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่มีผลบังคับใช้ที่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการละเมิดกฎหมายจากการไม่รู้และไม่เข้าใจว่าผิดกฎหมายและละเมิดสิทธิผู้อื่น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการเสริมสร้างความเข้าใจ พัฒนาองค์ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามกฎหมาย รวมถึงสร้างความร่วมมือในชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งและสามารถสร้างจิตสำนึกว่าหากไม่สามารถใช้กฎหมายควบคุมได้ แต่ต้องมีจิตสำนึกในการอยู่ร่วมกันในสังคมและไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่นจากการสูบบุหรี่

1.4 ในการแก้ปัญหาการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน สามารถเริ่มได้ด้วยการกำหนดพื้นที่สาธารณะ จุดสูบบุหรี่และเขตห้ามสูบบุหรี่ โดยการติดป้ายเตือนให้ชัดเจนและการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบร่วมกัน และสร้างเข้าใจในข้อบังคับกฎหมาย โดยการมีเครือข่ายในชุมชนที่คอยแนะนำและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน และความเข้มแข็งของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยหรือการช่วยเหลือชุมชนในการลดจำนวนผู้ติดบุหรี่ในชุมชน และสร้างการเข้าถึงในการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ป่วยติดบุหรี่ในชุมชน เพื่อลดปัญหาควันบุหรี่มือสอง

2.2 ควรมีการวิจัยด้านการพัฒนาระบบบริการการเลิกบุหรี่ และการเข้าถึงการเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้คำปรึกษาเชิงรุกและพฤติกรรมบำบัดที่บ้าน เป็นรูปแบบการดำเนินการสำหรับผู้ที่มีความประสงค์ในการเลิกบุหรี่

2.3 ควรมีการวิจัยและส่งเสริมการพัฒนา รูปแบบของการจัดสถานที่สูบบุหรี่ ให้มีระยะที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อตัวบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ และมีการจัดการที่ดีในการจัดเขตห้ามสูบบุหรี่ตามกฎหมาย

2.4 ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพิ่มเติมในรูปแบบการส่งเสริมและรณรงค์การเลิกบุหรี่ โดยให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยภายในชุมชนของตนเอง และเกิดกระบวนการภายในชุมชน ทั้งยังเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจในการแก้ปัญหาบุหรี่เพิ่มเติม ทั้งในด้านการสร้างชุมชนปลอดบุหรี่ และการจัดการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ การกำหนดเขตสูบบุหรี่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยติดบุหรี่ที่มีความต้องการเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น และลดการเข้าถึงบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรองจิต วาทีสาธกิจ. (2552). ถนน ปชต : การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ = 5A smoking cessation in daily work. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). กระทรวงสาธารณสุข. (2551). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กันยา สุวรรณแสง. (2544). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกรียงศักดิ์ บุญญา. (2542). ความพึงพอใจของผู้บริหารสถานประกอบการที่มีต่อคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) สาขาอุตสาหกรรมจากโรงเรียน วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกริก.
- เกษม วัฒนชัย. (2544). นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพการพัฒนาระบบการประเมิผลสุขภาพในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : ไร่ไทยเพรส.
- จำเนียร ไหมปิยะ. (2543). ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ. (2551). หนังสือประกอบงานอีสานสร้างสุข ปี 51-52 รายงานสุขภาพะคนอีสาน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
อุบลราชธานี : วิแคนเซอร์วิส เอ็กซ์เพรส.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ : บทบาทที่ทำหายของพยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2556.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2550). พืชภัยบุหรี่และสุขภาพ. สำนักวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. วันที่ค้นข้อมูล 6 ธันวาคม 2558. เข้าถึงได้จาก
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ : บทบาทที่ทำหายของพยาบาล. วารสารวารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 14 (ฉบับที่ 2) ปีพ.ศ. 2556.
- ชนิสรา ปัญญาเรจธนารักษ์ และคณะ. (2551). เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร 51 (2) คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เชษฐ รัชดาพรรณธากุล. (2556). การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ. ในวารสารกระบวนการยุติธรรม. ปีที่ 6 (ฉบับที่ 2). คณะ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวิล ธาราโกชน. (2540). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ.
- ทัศน์ีย์ ผลธานีโก. (2558). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558-2562. กรมประชาสัมพันธ์.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2517). พฤติกรรมผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ธนะพัฒน์ ทักสินทร์. (2553). ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมต่อพระราชบัญญัติคุ้มครอง

สุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้มาใช้บริการสถานีขนส่งจังหวัด
มหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามคณะ สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ธเนศ พัวพรพงษ์. (2548). 8 ขั้นตอนเตรียมการเลิกสูบบุหรี่. วารสารยาสมาคมร้านขายยา.
ปีที่ 24 (ฉบับที่2). มีนาคม - เมษายน 2558.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2543). อ้างอิงใน งามอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิง
ปริมาณ และเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สาม
ลดา.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2535). ระเบียบวิธีการวิจัยทางวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ : สมเจริญพานิช.

ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2550). วัยรุ่นสูบบุหรี่ : ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร:
มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ. (2549). การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและพัฒนาชุมชน : จาก
แนวคิดสู่ปฏิบัติการวิจัยในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย (สกว.).

พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุข :
กรณีศึกษา และบทเรียน. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

พรธณี ปานเทวัญ. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. ฉบับที่1. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557.

พัชรี เขยจรรยา และคณะ. (2538). แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. กรุงเทพฯ : เอลโล่การพิมพ์.

มณฑา เก่งการพานิช, ศรีธัญญา เบญจกุล, ธราดล เก่งการพานิช, ลักษณ์า เต็มศิริกุลชัย,
ภิกษิตี ภาวนานนท์. (2555). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ผิดกฎหมายของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน
ในภาคใต้ของไทย. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รังสิต ศรจิตติ. (2556). ต้นทุนจากการสูบบุหรี่: การทบทวนวรรณกรรม. วารสาร วิชาการ
สาธารณสุข. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2556.

วรเพ็ญ ชมดง, อรุมา สมคเน และกฤษณา กุลวิมล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี ตำบลห้วยโจด อำเภอวัฒนานคร
จังหวัดสระแก้ว.

วรารณณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. (2546). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรุงเทพฯ :
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

วันดี ไตรภพสกุล และฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2554) การศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรห้า
ดอกขาวชนิดแคปซูลในการเลิกบุหรี่ ศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุม
การบริโภคยาสูบ(ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ

- วัลลภ วีระเดช. (2548). วารสารรังสี. ภาควิชารังสีวิทยา. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2550). ทศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพ ของบุคลากรนักศึกษา
แพทย์ และผู้ป่วยนอก และญาติของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบกรมควบคุมโรค. (2555). อ้างอิงใน ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2556).
การศึกษาทบทวนสถานการณ์ระบบคุ้มครองผู้บริโภคตามธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ
ประชากร พ.ศ.2550. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ
ประชากร พ.ศ.2554. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ
ประชากร พ.ศ.2557. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการ
ดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก.
กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.), 2553.
- สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. (2553). การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรวรรณ หุ่นดี. (2544). บุหรี่และวิถีเลิก . กรุงเทพฯ : ทิพย์วิสุทธิ์
- อรัญ คุณคำ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของ
นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
อุบลราชธานี เขต 2. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)
สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2553.