



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ ในจังหวัดอุบลราชธานี

Community Participation in the Development of the Temple: the Control of Cigarettes and Alcoholic Beverage Consumption in Ubon Ratchathani

สิริทรัพย์ สีหะวงษ์^{1*}, ปิยนัฐ สร้อยคำ², วิภาพรรณ ตระกุลสันติรัตน์³, เกริก พิสัยพันธ์⁴

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี 34190

²สาขาวิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี 34190

³สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี 34190

⁴สาขาวิชาการสอนภาษาอังกฤษ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตอุบลราชธานี
อุบลราชธานี 34000

Sirisup Sihawong^{1*}, Piyanat Soikham², Wipapan Trakoonsantirat³, Kirk Phisaiphun⁴

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani 34190

²Department of Government, Faculty of Political Science, Ubon Ratchathani University,
Ubon Ratchathani 34190

³Department of Public Administration, Faculty of Political Science, Ubon Ratchathani University,
Ubon Ratchathani 34190

⁴Department of Teaching English, Faculty of Education, Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Ubon Ratchathani Campus, Ubon Ratchathani 34000

*Corresponding Author, email : sirisup.s@ubu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของบุหรี่และแอลกอฮอล์ และศึกษาแนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลคือผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งและบทบาทในชุมชนที่แตกต่างกัน จำนวน 10 คน และพระสงฆ์จากวัดในชุมชนที่แตกต่างกันคือ ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จำนวน 10 รูป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย

ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบของบุหรี่และแอลกอฮอล์มีทั้งต่อระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนและระดับสังคม แนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็นดังนี้ (1) การพัฒนาศักยภาพของ “พระสงฆ์” ในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน (2) การพัฒนาพื้นที่ “วัด” และพื้นที่รอบวัด ให้เอื้อและเหมาะสมต่อการควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน (3) การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางศาสนาให้สอดคล้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน (4) การพัฒนาภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิม และการสร้างภาคีเครือข่ายใหม่กับหน่วยงานราชการ โรงเรียน สถานบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน และคนในชุมชน เพื่อดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน วัด บุหรี่ แอลกอฮอล์



Abstract

The objectives of this qualitative research were to study the effect of cigarettes and alcoholic beverage consumption and the approach of temple development and its community participation to control cigarettes and alcohol consumption in Ubon Ratchathani. Key informants comprised ten community leaders with various social statuses and roles and ten Buddhist monks from different communities: urban, rural, and semi-urban, semi-rural areas. The tool in this research was a structured interview. The data was analyzed by analytic induction.

The findings of this research are as follows: the effects of alcoholic beverage consumption are observable at an individual level, community and family level, and societal level. The approach could be in these four following aspects: (1) The development of the Buddhist monks' potential to control the consumption of cigarettes and alcoholic beverages by the people in the community (2) The development of the monastery area or 'Wat' and its neighborhood with the control of cigarettes and alcoholic beverage consumption of the people in the community (3) The development of religious activities to control of the cigarettes and alcoholic beverage consumption of the people in the community (4) The development of the existing and the new stakeholders and networks that include bureaucrats, schools, public health service channels, community leaders and the people in the community so that they take part in the control of the cigarettes and alcoholic beverage consumption.

Keywords: community participation, temple, cigarettes, alcoholic beverage

บทนำ

การบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งต่าง ๆ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะอ้วนลงพุง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วนลงพุง โรคตับแข็ง เป็นต้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม^(1,2) ในประเทศไทยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก⁽³⁾ การบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภคเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างด้วย เช่น ควันบุหรี่มือสอง อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น และยังส่งผลกระทบต่อเชิงเศรษฐกิจของสังคมและประเทศ⁽⁴⁾

จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) แยกเป็นผู้ที่สูบทุกวัน 8.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.3)



และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ทุกวัน 1.2 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 18.5) และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 6.2) ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 26 เท่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 19.0 และ 15.6 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 22.4) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 18.0) ภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 16.1 ตามลำดับ) และภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 15.6)⁽⁵⁾ อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 ของจังหวัดอุบลราชธานี คือ ร้อยละ 35.50 อยู่ในลำดับที่ 17 ของประเทศ อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 22.83 อยู่ในลำดับที่ 18 ของประเทศ⁽⁶⁾

นอกจากนี้สถานที่ที่พบว่าผู้ทำผิดกฎหมายนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปดื่มมากที่สุดคือวัดซึ่งเป็นสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ยกเว้นพิธีศีลมหาสนิทของศาสนาคริสต์ ร้อยละ 3.90⁽⁷⁾ ซึ่งองค์กรทางพระพุทธศาสนาในประเทศไทยมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ประชาชนในสังคมไทยมีสุขภาวะที่ดี มหาเถรสมาคมได้มีมติให้คณะสงฆ์ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 - 2564 โดยกำหนดโครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่าย ภายใต้แผนงานส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่าย (บวร) รับผิดชอบโดยคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม มีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมทั้งการเป็นผู้นำและผู้สนับสนุนการขับเคลื่อนกิจกรรมร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในพื้นที่ โดยอาศัยหลักการทำงานเชิงบูรณาการ บ้าน - วัด - โรงเรียน บางแห่งหมายรวมถึงหน่วยงานราชการ ทั้งในมิติของการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์การทำงาน ทรัพยากรบุคคล ตลอดจนงบประมาณในการส่งเสริมการทำงานร่วมกันพัฒนาวัดให้เป็นแหล่งปลอดภัยเสี่ยงทางสุขภาพ อันได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการพนัน⁽⁸⁾ ซึ่งในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาวัดให้เป็นแหล่งปลอดภัยเสี่ยงทางสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ตามหลักการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Sustainable Community Health Management)⁽⁹⁾ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) ถือได้ว่าเป็นขั้นตอนและกระบวนการที่สำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินการโครงการต่าง ๆ ของหน่วยงานภาครัฐประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับจากประชาชนรวมถึงประชาชนมีความสำนึกร่วมในการเป็นเจ้าของ⁽¹⁰⁾

คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัดซึ่งเป็นศูนย์รวมและที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนในชุมชนให้มีบทบาทในการควบคุมการบริโภคสุราและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพชุมชนที่มีการบูรณาการระหว่างวัดกับชุมชนในการควบคุมการบริโภคสุราและแอลกอฮอล์ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและมีความยั่งยืน โดยดำเนินการวิจัยในจังหวัดอุบลราชธานีเนื่องจากเป็นจังหวัดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงที่มีประชากรเป็นจำนวนมาก มีชุมชนที่แตกต่างกันทั้งชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเป็น ลำดับที่ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹¹⁾ และจังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนวัดถึง 1,848 วัด มากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ⁽¹²⁾



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การมีส่วนร่วมหมายถึงการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนด้วยความเต็มใจ⁽¹³⁾ กรอบแนวคิดในการวิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen (1981)⁽¹⁴⁾ มาประยุกต์ใช้โดยในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวทางการพัฒนาวัดควบคุมปัจจัยเสี่ยงในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนและวัดจะต้องมีส่วนร่วมในการระดมความคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) พื้นที่ในการวิจัยคือ จังหวัดอุบลราชธานี คณะผู้วิจัยใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) กรรมการชุมชน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางนโยบาย ผลักดันหรือขับเคลื่อนนโยบายในการจัดการเพื่อการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน อ่านออกเขียนได้ มีอายุมากกว่า 20 ปี และยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. เป็นเจ้าอาวาสวัด หรือพระผู้แทนเจ้าอาวาสวัดในจังหวัดอุบลราชธานี อ่านออกเขียนได้ มีอายุมากกว่า 20 ปี และยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยคณะผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญซึ่งมีประสิทธิผลการทำงานร่วมกับชุมชน ทั้งในเชิงการพยาบาลชุมชน รัฐศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview)⁽¹⁵⁾ มีการดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์ตามลำดับขั้นตอนดังนี้



1. กำหนดประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย กระบวนการทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระบุรายการข้อมูลที่ต้องการของแต่ละประเด็น
2. จัดทำร่างแบบสัมภาษณ์และรายการคำถามแต่ละประเด็น โดยเน้นผลกระทบและแนวทางของวัดควบคุมการบริโภคสุราและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ โดยคณะผู้วิจัยร่วมกันพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพพิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถาม หลังจากนั้นมีการนำไปทดสอบสัมภาษณ์จริงกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความเข้าใจในคำถาม
4. แก้ไขและปรับปรุงให้เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) และสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview)⁽¹⁵⁾ เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นมาเป็นกรอบของคำถามในการสัมภาษณ์ที่เหมือนกันกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละคนหรือกลุ่ม แบบสัมภาษณ์มีประเด็นคำถามที่กำหนดขึ้นไว้ในการสนทนาอย่างเป็นขั้นเป็นตอนหรือมีการเรียงลำดับก่อนหลังในการสัมภาษณ์ โดยจะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางนโยบายผลักดันหรือขับเคลื่อนนโยบายในการจัดการเพื่อการควบคุมการบริโภคสุราและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 10 คน และพระเจ้าอาวาสวัดหรือพระผู้แทนเจ้าอาวาสวัดในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 รูป เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางในการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคสุราและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานีและให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระในการตอบโดยข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ทั้งหมดทำให้ทราบภาพสะท้อนข้อเท็จจริง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. **ก่อนการดำเนินการวิจัย** คณะผู้วิจัยได้เสนอเอกสารเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสขอเสนอวิจัย UBU-REC 72/2565 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ลงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2565

2. **ขั้นเตรียมการสัมภาษณ์** ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยคณะผู้วิจัยทุกคนจำนวน 4 คน ได้ร่วมกันศึกษาประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และศึกษาวิธีใช้เครื่องมือในการบันทึกเสียง เตรียมสมุดจดบันทึก และอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ พร้อมติดต่อประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์

3. **ขั้นการสัมภาษณ์** มีการสนทนาสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงวิธีการในการวิจัยให้ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย อธิบายเหตุผลและขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่บันทึกเสียงไว้โดยผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ทั้งนี้หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ประสงค์ที่จะให้บันทึกเสียงในช่วงใด ผู้วิจัยก็จะไม่บันทึกเสียง



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำมาตีความหมายเชื่อมโยงความสัมพันธ์และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้เพื่อตอบคำถามหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย⁽¹⁶⁾

2. การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล ในขั้นแรกผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าได้ข้อมูลเพียงพอแล้วหรือยัง ข้อมูลนั้นได้ตอบปัญหาของการวิจัยแล้วหรือไม่ หากผู้วิจัยพบว่าได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน ผู้วิจัยจะตรวจสอบว่าข้อมูลที่แท้จริงเป็นอย่างไร โดยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation)⁽¹⁷⁾ โดยการวิเคราะห์และเปรียบเทียบจากผู้ให้ข้อมูล การทบทวนวรรณกรรม และการตรวจสอบระหว่างผู้วิจัย

3. การสร้างบทสรุปและการพิสูจน์บทสรุป เป็นการนำแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยต่าง ๆ ทางวิชาการมาสร้างเป็นบทสรุปร่วมกับข้อมูลที่เชื่อถือได้อีกครั้งหนึ่ง โดยเน้นความเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่การพิสูจน์ที่เป็นรูปธรรมและตรงต่อข้อเท็จจริงที่ปรากฏ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ผลกระทบจากการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งและบทบาทในชุมชนที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้านกรรมการชุมชน กรรมการวัด นักบริบาล ประธานกลุ่มแม่บ้าน จำนวน 10 คน และพระสงฆ์จากวัดในชุมชนต่าง ๆ กัน คือ ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จำนวน 10 รูป พบว่าผู้นำชุมชนและพระสงฆ์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ ดังนี้

1.1 ผลต่อสุขภาพระดับบุคคล บุหรี่ส่งผลโดยตรงต่อผู้สูบและผู้ใกล้ชิดที่สูดควันบุหรี่ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืดหรือโรคทางเดินหายใจ โดยส่งผลกระทบในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดบุคลิกภาพที่ไม่ดี มีกลิ่นปาก กลิ่นบุหรืติดตัว ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “คนที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่แล้วก็จะไม่ค่อยมีใครอยากสนทนาคบค้าด้วย พุดง่าย ๆ คือเขารังเกียจมากกว่า เพราะคนเหล่านี้จะมีกลิ่นปากกลิ่นเหม็นแรง” นอกจากนี้การบริโภคแอลกอฮอล์ส่งผลโดยตรงต่อผู้ที่บริโภค ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง เลือดออกในกระเพาะอาหาร และอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ การบริโภคสุราอาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

1.2 ผลต่อสุขภาพระดับครอบครัวและชุมชน การบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกรณีที่พระเณรสูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีแก่ เด็ก เยาวชน และคนในชุมชน ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งได้กล่าวถึงผลกระทบระดับครอบครัวและชุมชนว่า “ส่งผล 100% อย่างแรกเลยคือเงินขาดกระเป๋ อย่างที่สองทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันทั้งในครอบครัวและกับคนอื่น ขนาดในวัดยังเคยเกิดเหตุการณ์แบบนั้น” ซึ่งสะท้อนว่าในการบริโภคแอลกอฮอล์เมื่อผู้บริโภคมัวเมาอาจส่งเสียงดังและมีการทะเลาะวิวาทก่อความรำคาญต่อผู้อื่น จนอาจนำไปสู่การก่ออาชญากรรม ทำให้ครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้ง และการใช้จ่ายเงินในการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการเงินทำให้สูญเสียทรัพย์ ครอบครัวมีปัญหาการเงิน



1.3 ผลต่อสุขภาพระดับสังคม อาจเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับ ดังที่ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านท่านหนึ่งกล่าวว่า “หากบริโภคเป็นประจำก็เป็นอันตรายเช่นกันในเรื่องของการขับที่อุบัติเหตุบนถนน” ซึ่งสร้างความสูญเสียต่อบุคคลอื่นและสังคม

2. แนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรีและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งและบทบาทในชุมชนที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการชุมชน กรรมการวัด นักบริบาล ประธานกลุ่มแม่บ้าน จำนวน 10 คน และพระสงฆ์จากวัดในชุมชนต่าง ๆ กัน คือ ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จำนวน 10 รูป สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรีและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพของ “พระสงฆ์” ในการควบคุมการบริโภคบุหรีและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ดังนี้

1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์ได้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการบริโภคบุหรีและแอลกอฮอล์ ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งได้กล่าวว่า “อยากให้มีหน่วยงานราชการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามาให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรีและแอลกอฮอล์ เพื่อจะได้มีความรู้เทศนาสั่งสอนคนในชุมชนได้” ซึ่งการมีความรู้ดังกล่าวพระสงฆ์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับหน่วยงานราชการ/หน่วยงานทางสุขภาพได้

2) ผู้นำชุมชนหรือคนในชุมชนมีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรีและแอลกอฮอล์ และนำความรู้ไปพูดคุยแลกเปลี่ยนความรับรู้กับพระสงฆ์ ดังที่นักบริบาลผู้สูงอายุในชุมชนกล่าวไว้ว่า “ต้องมีความรู้เบื้องต้นก่อนและนำความรู้ที่ได้ไปพูดคุยแลกเปลี่ยนความรับรู้กับพระสงฆ์เพื่อให้พระสงฆ์ท่านนำความรู้มาเทศนาให้กับคนในหมู่บ้านฟังต่อ”

3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์ได้แสดงออกถึงการประพฤติตัวเป็นแบบอย่างในการงดบริโภคบุหรีและแอลกอฮอล์ ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “วัดจะต้องเป็นต้นแบบให้กับคนในชุมชน ถ้าเขาได้เห็นตัวอย่างที่ดีคนในชุมชนเขาก็ทำตาม ถ้าเขาเห็นว่าทำไม่ดีเขาก็ทำตามเหมือนกัน เพราะฉะนั้นเราต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้เขาดูเสียก่อนถึงจะไปพูดไปบอกเขาได้” และมีการเผยแพร่ให้กับคนในชุมชนรับทราบอย่างต่อเนื่อง

2.2 การพัฒนาพื้นที่ “วัด” และพื้นที่รอบวัด ให้เอื้อและเหมาะสมต่อการควบคุมการบริโภคบุหรีและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ดังนี้

1) ร่วมกันจัดหาและติดป้ายสัญลักษณ์งดสูบบุหรีและดื่มสุรา และป้ายคำขวัญเกี่ยวกับการลด ละ เลิก บุหรีและแอลกอฮอล์ภายในวัดให้ชัดเจนและทั่วบริเวณวัด ดังที่ผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งกล่าวว่า “ควรมีป้ายติดคำขวัญที่วัดเกี่ยวกับการงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี เมื่อมีคนเดินทางมาที่วัดจะได้อ่าน”

2) กำหนดให้วัดเป็นเขตปลอดบุหรีและสุรา กำหนดให้เขตบริเวณวัดไม่มีการขายบุหรีและแอลกอฮอล์ ดังที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านท่านหนึ่งกล่าวว่า “ควรมีข้อห้ามแบบเด็ดขาดในการนำของมีเมาเข้ามาภายในเขตชุมชน” และสร้างข้อกำหนดหรือนโยบายไม่ให้ผู้มาทำบุญมีการถวายบุหรี ยาสูบ หรือยาเส้นให้กับพระสงฆ์



3) ขอความร่วมมือจากร้านค้าในชุมชนให้ความร่วมมือในการงดขายบุหรี่และแอลกอฮอล์ในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันพระ กล้าปา เป็นต้น ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าเป็นร้านค้าก็อยากให้งดขายในวันสำคัญหรือวันพระใหญ่ที่ในชุมชนนับถือกัน หรือในวันเทศกาลที่สำคัญแบบนี้ อย่างเช่นวัดจัดงานกลั่น ทอดผ้าป่า ก็อยากให้งดจำหน่าย”

2.3 การพัฒนา“รูปแบบการจัดกิจกรรมทางศาสนา” ให้สอดคล้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ดังนี้

1) จัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนาให้สอดคล้องกับการลด ละ เลิก การบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ร่วมกับคนในชุมชน เช่น กิจกรรมปวารณาตนเข้าพรรษางดเหล้าดิบเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “บางทีญาติโยมเห็นลูกหลานติดบุหรี่และแอลกอฮอล์ก็จะพามาวัดเพื่อตั้งจิตอธิษฐานกับพระเจ้าใหญ่ สาบาน และเทศนาสั่งสอน” อีกทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ผ่านเสียงตามสายของวัด เช่น การเทศนาในวันสำคัญทางศาสนา งานบุญ เทศกาลต่าง ๆ และมีการสอดแทรกกิจกรรมที่ให้แก่คิดในการลด ละ เลิก บุหรี่สุรา รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์การลด ละ เลิก การบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ ผ่านเพจเฟซบุ๊ก ไลน์หรือช่องทาง social media ของวัดอย่างต่อเนื่อง

2.4 การพัฒนาภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิม และการสร้างภาคีเครือข่ายใหม่ กับหน่วยงานราชการ โรงเรียนสถานบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชนและคนในชุมชน เพื่อดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ดังนี้

1) การสร้างข้อกำหนดหรือนโยบายร่วมกับชุมชน ตามที่อาสาสมัครสาธารณสุขท่านหนึ่งกล่าวว่า “ควรมีข้อห้ามแบบเด็ดขาดในการนำของมีเมาเข้ามาภายในเขตชุมชน” ซึ่งสะท้อนว่าในการจัดงานต่าง ๆ ภายในวัด ให้เป็นงานปลอดเหล้าและปลอดบุหรี่ อาทิเช่น งานบวช งานศพ งานกลั่น ผ้าป่า หรืองานบุญงานประเพณีต่าง ๆ โดยผู้ที่กระทำความผิดและฝ่าฝืนจะต้องได้รับโทษตามกฎหมาย

2) ร่วมกับโรงเรียนในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับการรณรงค์การงดบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “การที่จะเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้นั้นโรงเรียนควรที่จะจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการรณรงค์การงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ โดยนิมนต์พระสงฆ์มาเทศนาเพื่อเป็นกรอบหรือแนวทางให้กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่เข้าไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน” โดยพระสงฆ์เป็นวิทยากรในการเทศนาถึงข้อเสียของการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์ และในกรณีที่ภายในวัดมีสถานศึกษาจะต้องมีการกำหนดนโยบายของสถานศึกษาภายในวัดให้ครูสอนนักเรียนในวิชาสุขศึกษาถึงพิษภัยของการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์

3) ร่วมกับหน่วยงานราชการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการการงดบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล อำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนันผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น ดังที่นักบริหารท่านหนึ่งกล่าวว่า “ต้องมีการสร้างกิจกรรมร่วมกันปีละครั้งหรือสองครั้งเกี่ยวกับการรณรงค์งดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และนิมนต์พระสงฆ์มาเทศนาเกี่ยวกับข้อเสียของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพื่อเป็นแนวทาง” ซึ่งทั้งนี้ การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการการงดบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนลด ละ เลิกการบริโภคบุหรี่และแอลกอฮอล์



4) จัดให้วัดเป็นศูนย์กลางในการทำกิจกรรมหรือการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ของชุมชนเนื่องจากวัดเป็นศูนย์รวมและที่พึ่งของคนในชุมชน เป็นศูนย์กลางของการสร้างความสามัคคีกันระหว่างคนในชุมชนดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “ชุมชนพึ่งวัด วัดเองก็พึ่งชุมชน คนในชุมชนจะต้องช่วยกันเป็นกระบอกเสียง และต้องรับรู้เหมือน ๆ กันหมด เราจึงต้องเป็นศูนย์กลางให้กับชุมชน เพื่อสร้างความสามัคคีของชุมชน” ด้วยเหตุนี้วัดจะต้องเป็นพื้นที่ให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างนโยบายชุมชนเกี่ยวกับกับการลด ละ เลิก การบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ที่เอื้อประโยชน์ภาพรวมต่อชุมชน และวัดจะต้องเป็นตัวกลางในการเชื่อมความสัมพันธ์ของชุมชนเพื่อสร้างความสามัคคีของคนในชุมชนในการร่วมมือกันเพื่อผลักดันนโยบายของชุมชนในการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์

5) มีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายหรือคณะกรรมการของชุมชน โดยผู้มีอำนาจในชุมชนหรือหน่วยงานท้องถิ่น เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน หรือผู้ทรงคุณวุฒิ อำเภอร่วมกับวัด ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “เราต้องอาศัยคนที่มีความอำนาจในพื้นที่นั้น ๆ หรืออาจเป็นหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามาจัดการ คือเราต้องทำงานเป็นระบบเครือข่าย เพื่อที่จะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการต่อต้านอบายมุขเหล่านี้” โดยภาคีเครือข่ายหรือคณะกรรมการมีบทบาทในการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนภายในวัด

6) หน่วยงานทางสุขภาพมีการจัดบริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเลิกบุหรื คลินิกเลิกสุรา โดยใช้พื้นที่ภายในวัด ดังที่พระสงฆ์รูปหนึ่งกล่าวว่า “วัดมีความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและศูนย์สุขภาพชุมชน ในการดำเนินการโครงการคลินิกเลิกบุหรืเลิกสุรา เพื่อให้ประชาชนมาขอรับคำแนะนำ” และให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เช่น การบวระณาดนงคบุหรืและแอลกอฮอล์

ทั้งนี้กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบไปด้วยพระสงฆ์ ผู้นำชุมชน คนในชุมชน และภาครัฐ/เอกชน สามารถสรุปได้ 4 ขั้นตอนคือ

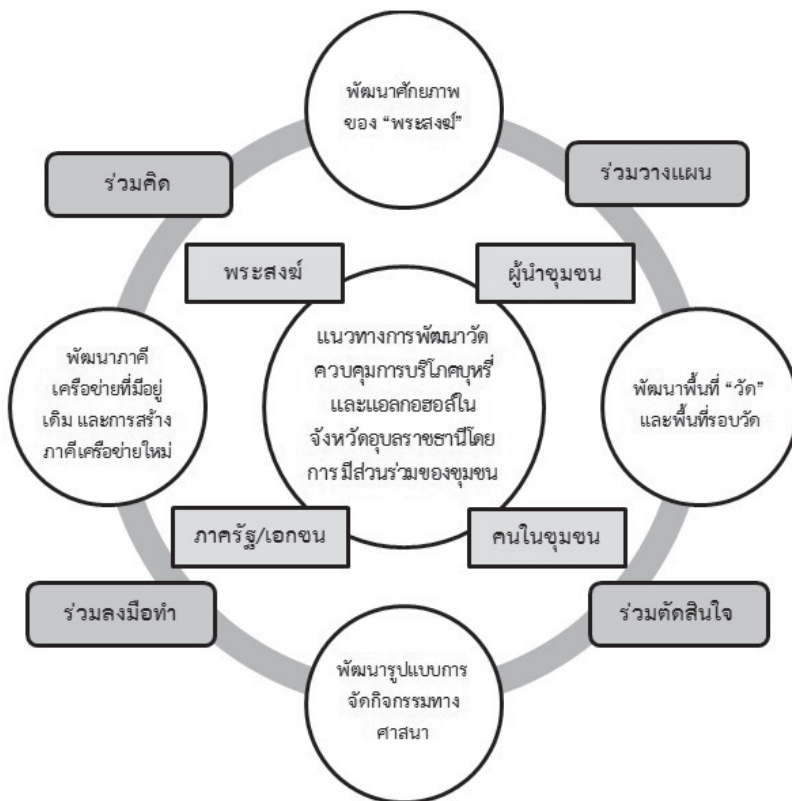
ร่วมคิด เพื่อพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ในการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

ร่วมวางแผน เพื่อให้เกิดการพัฒนาพื้นที่วัดและพื้นที่รอบวัดให้อื้อและเหมาะสมต่อการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

ร่วมตัดสินใจ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางศาสนาให้สอดคล้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

ร่วมลงมือทำ เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายเดิมที่มีอยู่เดิมและการสร้างภาคีเครือข่ายใหม่ อาทิ หน่วยงานราชการโรงเรียน สถานบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน และคนในชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน

โดยสรุปแนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดั่งแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาการบริโภคบุหรืและแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีสาเหตุของปัญหาแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชนขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชน โดยมีผลกระทบทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัวและชุมชน รวมไปถึงระดับสังคม ในการแก้ปัญหาจึงจำเป็นต้องใช้เจ้าของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาและวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงจะทำให้การดำเนินการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน



จากผลการวิจัยพบว่าแนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือการพัฒนาศักยภาพของ “พระสงฆ์” ในการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชน สอดคล้องกับบทความวิชาการผลการดำเนินงานในโครงการบริการวิชาการเรื่องวัดปลอดเหล้า บุหรี่ย การพนันและสร้างภูมิคุ้มกันโควิด-19 ด้วยหลักพุทธธรรม⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การปรับทัศนคติพระสงฆ์ให้เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เลิกสูบบุหรี่ย เปลี่ยนวัดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ย สุรา สามารถส่งเสริมให้เกิดกระบวนการชุมชนลด ละ เลิก เหล้า บุหรี่ยได้

การพัฒนาพื้นที่ “วัด” และพื้นที่รอบวัด ให้เอื้อและเหมาะสมต่อการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบ มีส่วนร่วมในการจัดการ ผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่ยมือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ⁽¹⁹⁾ ที่ผลการวิจัย พบว่าการจัดเขตสูบบุหรี่ยนอกบ้าน กำหนดเขตสูบบุหรี่ยในชุมชนอย่างชัดเจน และหาแนวทางแก้ไขปัญหายาเฝ้าระวัง ร่วมกัน สามารถทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการชุมชนในการควบคุมควันบุหรี่ยมือสอง และงานวิจัยเรื่องรูปแบบ การพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ยต้นแบบในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน⁽²⁰⁾ ที่พบว่ากิจกรรมการทำประชาคมเพื่อกำหนด มาตรการสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่ยในชุมชน สามารถเพิ่มจำนวนผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ยและหยุดสูบบุหรี่ยได้เป็นผลสำเร็จ

การพัฒนา “รูปแบบการจัดกิจกรรมทางศาสนา” ให้สอดคล้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชน สอดคล้องกับบทความวิชาการผลการดำเนินงานในโครงการบริการวิชาการเรื่องวัดปลอดเหล้า บุหรี่ย การพนันและสร้างภูมิคุ้มกันโควิด-19 ด้วยหลักพุทธธรรม⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าสังคมไทยยังคงถือว่าศาสนามีความสำคัญและมี อิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และแนวการปฏิบัติทางศาสนาพิธีที่จัดขึ้นในวัดบางส่วนได้กลายเป็น วัฒนธรรมประเพณีที่มีผลต่อความรู้สึกรักใคร่ ความเชื่อความศรัทธาของประชาชนพลเมืองของสังคม การรักษาและ คงไว้ซึ่งศาสนาพิธีที่ปลอดจากอบายมุขทั้งปวง ถือว่าเป็นความสำคัญและเป็นหน้าที่ของชาวพุทธอย่างแท้จริง ศาสนาจึง ถือว่าเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนพลเมืองได้ใช้หลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับ ถือมาเป็นเครื่องมือในการประพฤติปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาสังคมให้อยู่รอดปลอดภัยมีความมั่นคง และอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข

การพัฒนาภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิม และการสร้างภาคีเครือข่ายใหม่ กับหน่วยงานราชการ โรงเรียน สถาน บริการสุขภาพ ผู้นำชุมชนและคนในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบ มีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่ยมือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัด ศรีสะเกษ⁽¹⁹⁾ ที่ผลการวิจัยพบว่า การสร้างเครือข่ายในการควบคุมการละเมิดกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ย ในสถานที่สาธารณะ สามารถทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการชุมชนในการควบคุมควันบุหรี่ยมือสอง

จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจผลกระทบจากการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี และได้ แนวทางการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่สามารถนำไปเป็นแนวทาง ปฏิบัติได้จริง โดยสรุปแนวทางได้ 4 ขั้นตอนคือ ร่วมคิดเพื่อพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ ในการควบคุมการบริโภค บุหรี่ยและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ร่วมวางแผนเพื่อให้เกิดการพัฒนาพื้นที่วัดและพื้นที่รอบวัดให้เอื้อและเหมาะสม ต่อการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ร่วมตัดสินใจเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทาง ศาสนาให้สอดคล้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน และร่วมลงมือทำเพื่อพัฒนาภาคี



เครือข่ายเดิมที่มีอยู่เดิมและการสร้างภาคีเครือข่ายใหม่ อาทิ หน่วยงานราชการโรงเรียน สถานบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน และคนในชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในการกำหนดเป้าหมายและปฏิบัติงานตามแผน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

การใช้ประโยชน์ในระดับนโยบาย: ผู้มีอำนาจหน้าที่ทั้งในระดับท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด และประเทศสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนและการกำหนดนโยบายในการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ของประชาชน นอกจากนี้องค์กรและหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายของพระสงฆ์ได้แก่ มหาเถรสมาคมและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ต่อไป

การใช้ประโยชน์ระดับในระดับการบริหารงาน: ผู้มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผนในการบริหารงานด้านต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดเป็นเป้าหมาย ทิศทาง และเนื้อหาของการวางแผนการบริหารงานในส่วนที่ตัวเองเกี่ยวข้องได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ปกครองคณะสงฆ์ได้แก่ เจ้าอาวาส เจ้าคณะ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานภายในพื้นที่รับผิดชอบของตน

การใช้ประโยชน์ในระดับปฏิบัติการ: ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีคณะสงฆ์ สามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหามารยาทการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ของคนในจังหวัดอุบลราชธานี โดยสามารถไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปต่อยอดเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปเป็นกรอบวิธีการ หรือการพัฒนาารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขอกราบขอบพระคุณพระศรีสมโพธิ ดร. (วรญาณ สอนขุน) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หัวหน้าโครงการหลัก และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านสำหรับความร่วมมือ



เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Situation of alcohol consumption in Thailand [internet]. 2018 [cited 2022 May 9]. Available from: <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1234> (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual of tools in preventing and controlling non-communicable diseases under the course in preventing and controlling non-communicable diseases for local leaders 1. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2022. (in Thai)
3. Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Summary of Key Statistics 2019 [internet]. 2019 [cited 2022 May 9]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8306> (in Thai)
4. National Statistical Office. Survey of population's health behaviour 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
5. H Focus Insight Health System. Thai health promotion foundation concerns on Thai teenager heavily consuming cigarettes and alcohols, risky to health [internet]. 2022 [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25176> (in Thai)
6. Research and Knowledge Management Center for Cigarette Control. Report of situation of cigarette consumption in Thailand 2019. Nakhon Pathom: Sintavee Printing; 2020. (in Thai)
7. National Statistical Office. Survey of population's cigarette and alcohol consumption, 2017. Bangkok: Pimdee Printing; 2018. (in Thai)
8. Chulalongkorn University Academic Service Center. 20 year strategic plan for national office of buddhism (2017-2021) [internet]. 2018 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.onab.go.th/th/content/category/detail/id/26/iid/6540> (in Thai)
9. Wasee P. Community health system development: community healthcare as a foundation of overall healthcare. Bangkok: National Health Security Office; 2008. (in Thai)
10. Pratad O. People participation in Rattanakosin island community development: a case study of Mahakan fort [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2015. (in Thai)
11. National Office of Buddhism. Number of temples 2012 – 2021 [internet]. 2021 [cited 2023 Aug 14]. Available from: https://www.onab.go.th/th/content/category/detail/id/805/iid/9906?fbclid=IwAR00Nm83ZlPhm7s_vVJ4yvBvm4YiOSmn043Ew2WN1jZdRQmKKEZyZOnCvok (in Thai)



12. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data of non communicable diseases 2017-2021 [internet]. 2021 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
13. Namburi S. Theory of participation in public administration work. J Res Acade. 2019;2(1):183-97. (in Thai)
14. Cohen JM, Uphoff N. Rural development participation: concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press; 1981.
15. Jiteua N, Pasunon P. Using tools in collecting data for excellence performance of educational institution. E-Journal Veridian Silpakorn University. 2018;11(2):2118-35. (in Thai)
16. Linjaroen A. Techniques in qualitative data analysis. J. Ed Eval MSU. 2012;17(1):17-29. (in Thai)
17. Shaiwjindakarn B. Techniques in qualitative research on case study. J. Liberal Art Perspective. 2018;13(25):103-18. (in Thai)
18. Phoung-fuan S, Phrakrusumonthammatada, Phra Santas Kampreelapunyo. The temple is free from alcohol, cigarettes, gambling to build immunity against Covid-19 with buddhist principles. J. Grad Rev Nakhon Sawan Buddhist College. 2022;10(1):87-96. (in Thai)
19. Thuksin T, Sriwarom T. The development model of participative health promoting for health impact management at health risks from secondhand smoke in community Kanthararom district, Sisaket province. J Res Public Health UBRU. 2021;10(1):46-59. (in Thai)
20. Kaewsuwan K, Kalampakorn S. Development of smoke-free community model in Thunghuachang district, Lamphun province. Thai J Nurs. 2012;61(1):54-61. (in Thai)