

รูปแบบการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่แบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิลาวัลย์ หลักเขต¹

สำราญ พูลทอง²

สุปราณี เมืองโคตร³

บทคัดย่อ

สถานการณ์การสูบบุหรี่ก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน มีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นเสมอ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนในชุมชนเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 850 หลังคาเรือน ผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 311 คน และคณะกรรมการจำนวน 60 คน ดำเนินงานผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ 3 วงรอบ วัดผลการพัฒนาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) ระหว่าง เดือนมิถุนายน 2558 ถึงมกราคม 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การบันทึก การสังเกต แบบคัดลอกข้อมูลและแบบสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ในชุมชน แบบเก็บข้อมูลติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในชุมชนและในคลินิกฟ้าใส วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่ โดยชุมชน ประกอบด้วย การสำรวจสถานการณ์ปัญหาการ mapping หลังคาเรือน ที่สูบบุหรี่ ค้นข้อมูลชุมชน การประกาศนโยบายบ้านปลอดบุหรี่ สร้างมาตรการทางสังคมเพื่อปฏิบัติร่วมกัน สร้างสื่อเพลงคนบ้านเดียวกันชวนเลิกบุหรี่ การรณรงค์ต่อเนื่องในชุมชน ตั้งคลินิกฟ้าใสบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การให้ความรู้โดยใช้หลัก 5A มอบสำล้นให้ความรู้พิษภัยบุหรี่และเชิญเข้ารับบริการในคลินิกฟ้าใส รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน ในชุมชน ผลจากกระบวนการดำเนินงาน

¹นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

²⁻³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

ทำให้จำนวนคนที่สูบบุหรี่ลดลงจาก 311 คน (ร้อยละ 9.15) เป็น 258 คน (ร้อยละ 7.59) เลิกสูบบุหรี่ 53 คน (ร้อยละ 17.04) และในจำนวนนี้เป็นสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวที่มีเด็กและหญิงตั้งครรภ์ถึง 37 คน (ร้อยละ 39.78) ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวเปลี่ยนไป โดยพบว่า สูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้านลดลงจากร้อยละ 64.31 เป็น 29.59 และในครอบครัวที่มีเด็กและหญิงตั้งครรภ์ลดลงจากร้อยละ 90.32 เป็น 21.51 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดรูปแบบการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูบบุหรี่แบบชุมชนร่วมคิดหารูปแบบและแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาโดยมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบ, บ้านปลอดบุหรี่, แบบมีส่วนร่วม, ชุมชน

The Process Model of Participatory Non-Smoking House in Patum District Health Promotion Hospital, Amphoe Muang, Ubon Ratchathani

Wilawan Lakket¹

Sumram Phulthong²

Supranee Muangkote³

Abstract

Smoking is still on the rise, especially among adolescents and working people who are new smokers. The purpose of this study was to investigate the community participation process in non-smoking house and the smoking behavior of the target people in community. The sample was the residents who over 15 years that resided in the responsibility of the Patum Sub-District Health Promotion Hospital, 850 household volunteers participated in the project. Of 311 smokers and 60 board members worked through three quality management processes, and evaluated stages of change from July 2015 to January 2017. Data collections were data logging, observation forms, smoking habit in the community survey, smoking cessation behaviors in the community and in the clinic form. Data analysis was used by frequency, percentage and content analysis.

The results found that process of participation in the community's non-smoking house was several stages. There were surveying the problem, mapping of smoking household, and returning the information to community. Then, there were announcing the non-smoking house policy, creating the social rule, creating the media to smoking cessation, and continuing campaign in the community. Lastly, there were setting up a blue-sky clinic in the district health

¹The public health scholars of the Patum Sub-District Health Promotion Hospital

^{2 -3}The nurse of the Patum Sub-District Health Promotion Hospital

promotion hospital, providing the knowledge with 5A by invitation newsletters to the clinic, and following home visit in the community. The results of the process found the number of people who smoke decreased from 311 (9.15%) to 258 (7.59%), and 53 smoking cessations (17.04%) that there were 37 children and pregnant women (39.78%) in the smoking behavior of the family. The behavior of smoking in the family changed that smoking decreased from 64.31 to 29.59; and in families with children and pregnant women decreased from 90.32 to 21.51. The process of the community participation has created a model for reaching out to community smokers' targets that community seek common patterns and practices to address problems with ongoing activities.

Keywords: model, non-smoking house, participation, community

ความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย การสูบบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งหลายชนิด ประชาชนทั่วไปจะรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำลายสุขภาพ แม้จะมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนดแต่การสูบบุหรี่ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ปัจจุบันคนไทยสูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน มีอัตราการสูบบุหรี่ 20.7 โดยสูบเป็นประจำ 10 ล้านคน อัตราการสูบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 14.7 เริ่มสูบบุหรี่อายุ 20 ปี ร้อยละ 22.54 และต่ำสุด คือ อายุ 6 ปี¹ สารนิโคตินในบุหรี่เป็นสารเสพติดที่เกิดอันตรายต่อการเป็น โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อมและมะเร็งอื่นๆ รวม 10 ชนิด บุหรี่มีสารพิษกว่า 4000 ชนิด อาทิเช่น สารทาร์ ฟีนอล อัลดีไฮด์ คีโตน คาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น ซึ่งควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อเด็กและทารกทำให้คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยและทำให้เป็นหอบหืด นอกจากนี้พ่อแม่ที่สูบบุหรี่ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ลูกติดบุหรี่ และที่สำคัญประชากรไทยได้รับควันบุหรี่จากในบ้านสูงถึงร้อยละ 39.1² การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของคนไทยจึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อกลุ่มสตรี เด็กและวัยรุ่นที่อาจเป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่และผู้รับควันบุหรี่มือสอง ดังนั้น วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็กทารกจึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่มือสอง ของคนในครอบครัว และสำหรับเด็กที่ได้รับควันบุหรี่อาจจะมีโอกาสเกิดภาวะไหลตาย (Sudden Infant death syndrome: SIDS) ปอดอักเสบติดเชื้อหรือภูมิแพ้หอบหืดได้มากกว่าเด็กทั่วไป³

ปัจจุบันได้มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและพบว่ามียอดผู้เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น แต่จำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ระบุว่า ช่วงปี พ.ศ.2529-2552 มีคนไทยเลิกบุหรี่ได้ 6.3 ล้านคน คิดเป็น วันละ 756 คน แต่มีวัยรุ่นไทยเป็นนักสูบหน้าใหม่ติดบุหรี่เพิ่มขึ้นวันละ 980 คน⁴ หลักสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่คือการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดบุหรี่ตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่ ร่วมกับการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือจนสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁵ มีการศึกษาพบว่าความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเลิดสิน⁶ เช่นเดียวกับวันเพ็ญ ดวงมาลา วันทนี ทองหนูและคณะ⁷ ได้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดผู้ติดบุหรี่ระดับ

เล็กน้อยถึงปานกลาง ทำให้มีแรงจูงใจที่มั่นคงและเลิกบุหรี่ได้ แต่ในบริบทของชุมชน ยังมีปัจจัยอื่นที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ โดยยังไม่มี การแก้ไขเรื่องคว้นบุหรี่มือสองและการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่โดยครอบครัวและชุมชน มีความสำคัญในการช่วยสร้างแรงจูงใจให้ความช่วยเหลือ และร่วมวางแผนกิจกรรมการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง⁸

ชุมชนตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการคัดกรองตรวจสุขภาพเชิงรุกของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ปกติ จำนวน 519 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.74 ของจำนวนผู้ตรวจคัดกรองทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีความเสี่ยงโดยมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในครอบครัว ส่วนในด้านผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ายังสูบบุหรี่วันละ 5-10 มวน/วัน ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และเสียชีวิตกะทันหันถึง 2 ราย (สรุปผลงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ปี 2558) ด้านครอบครัวพบว่าสมาชิกในครอบครัวยังไม่ทราบถึงพิษภัยของบุหรี่มือสองต่อคนในครอบครัว เด็กและหญิงตั้งครรภ์ยังมีการสูบบุหรี่ทุกที่ที่ต้องการ ส่วนเด็กนักเรียนประถมเคยลองสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 10 ปี ด้วยความอยากรลองตามรุ่นพี่วัยรุ่นที่มาชักชวน จากสถานการณ์ดังกล่าว ภาศิเครือข่ายของพื้นที่ตำบลปทุม มองเห็นปัญหาร่วมกันจึงได้ร่วมกันขับเคลื่อนกลไกการควบคุมการสูบบุหรี่โดยใช้ทุนทางสังคมเดิมจากการทำงานลดเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาก่อนโดยอาศัยกรอบแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัว (Family Health Nurse)⁹ ภาศิเครือข่ายจึงได้นำประสบการณ์การทำงานร่วมกันมาขยายผลสู่การควบคุมการสูบบุหรี่ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบด้วยการทำงานเชิงรุกในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและทำให้มีผลต่อการตัดสินใจมากขึ้น รวมถึงกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีและความต้องการของชุมชนจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงอย่างแท้จริง¹⁰ ดังนั้น ภาศิเครือข่ายชุมชนตำบลปทุมจึงร่วมกันควบคุมการสูบบุหรี่ของชุมชนให้เป็นบ้านปลอดบุหรี่ นั่นคือมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจจากความรักความห่วงใยสุขภาพของบุตรหลานในครอบครัวให้ปลอดภัยจากคว้นบุหรี่มือสองและสร้างความตระหนักภัยจาก

การสูบบุหรี่ รวมทั้งบุหรี่มือสอง ปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลด และเลิกการสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่สูบบุหรี่ในบ้านใกล้เด็กและหญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในครอบครัวของบุคคลในชุมชนเป้าหมาย หลังดำเนินการ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตพื้นที่ 7 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม โดยมีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่มีถุนายน พ.ศ.2558-มกราคม พ.ศ.2560

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมที่สมัครใจร่วมโครงการจำนวน 850 หลังคาเรือน ผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 311 คน และคณะกรรมการ 60 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากตัวแทน 7 หมู่บ้านประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม 4 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลปทุม 5 คน ครูอนามัยโรงเรียน 1 คน ครูศูนย์เด็ก จำนวน 1 คน ตัวแทน อสม. หมู่บ้านละ 3 คน ประธานผู้สูงอายุ และประธานชมรมออกกำลังกายทั้ง 7 หมู่บ้าน รวมเป็น 60 คน

นียมศัพท์เฉพาะ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ภาควิชาเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งรวมตัวกันในรูปคณะกรรมการดำเนินงานซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ภาครัฐในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุและ ชมรมออกกำลังกาย ในการร่วมคิด ร่วมทำและร่วมประเมินผลเพื่อแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ทุกชนิดทั้งยาเส้นหรือบุหรี่ซองตั้งแต่ 1 มวนขึ้นไปและสูบบุหรี่ทุกวันโดยไม่เลือกสถานที่สูบ
3. บ้านปลอดบุหรี่ หมายถึง การที่ทุกภาคีเครือข่ายร่วมกันดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้ ครอบครัวและชุมชนตระหนักรู้ถึงพิษภัยบุหรี่ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยไม่สูบบุหรี่ในบ้านที่ใกล้กับเด็กและหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งลดและเลิกสูบบุหรี่ได้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัว (Family Health Nurse)⁹ ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน (Plan-Act-Observe-Reflect หรือ PAOR) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart¹¹ แนวคิดพยาบาลสุขภาพครอบครัว เป็นแนวคิดที่ชี้แนวทางให้พยาบาลผู้รับผิดชอบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำงานร่วมกับชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน และครอบครัวให้เกิด สุขภาวะในครอบครัว (Healthy family) ด้วยตนเองผ่านการสร้างพลังอำนาจแก่บุคคลครอบครัวในชุมชน พยาบาลไม่ได้เน้นที่การดูแลเฉพาะผู้ป่วยและโรคแต่ให้การดูแลทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่ประทับประคอง โดยเน้นความสัมพันธ์ของปฏิสัมพันธ์กับระบบนิเวศน์ซึ่งเป็นบริบทของบุคคลและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชน แบ่งระดับการดูแลเป็น 4 ระดับคือ ระดับที่ 1 การส่งเสริมป้องกันปัญหาพฤติกรรมสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ระดับที่ 2 การป้องกันปัญหาพฤติกรรมสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention/screening/Early detection) ระดับที่ 3 การป้องกัน/ฟื้นฟูสภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention/Rehabilitation) และระดับที่ 4 การดูแลแบบโดยตรงเพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวรับมือต่อภาวะวิกฤตจากปัญหาสุขภาพ (Crisis intervention/Direct care) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในทุก

ระดับ⁹ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการดื่มสุราในชุมชน และพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มข.-KKU FHN (The Khon Khan University Family Health Nursing Model – KKU FHN Model)¹² และถอดบทเรียนการทำงานได้ 8 ขั้นตอนเพื่อให้ง่ายต่อการประยุกต์ใช้ให้เกิดเป็นรูปธรรมดังนี้ สร้างเจตคติ-อินกระแส-แผ่ความคิด-เกาะติดแรงจูง-ส่งหน่วยเฝ้าระวัง-พังผ่านความเสี่ยง-เคียงข้างฟื้นฟูดูแล และรักษากระแสตลอดไป⁸ ดังนั้นรูปแบบการดำเนินงานบ้านปลอดภัยในครั้งนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติการด้วยวงจรกระบวนการ PAOR ร่วมกับชุมชนเพื่อลดปัญหาบุหรี่ในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินงานผ่านกระบวนการ PAOR¹¹ 3 วงรอบ และวัดผลการพัฒนาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การบันทึกการสังเกตแบบคัดลอกข้อมูลและแบบสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในชุมชน แบบเก็บข้อมูลติดตามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในชุมชนและในคลินิกฟ้าใส วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา จากการดำเนินงานกระบวนการบ้านปลอดภัยโดยชุมชนมีส่วนร่วมด้วยวงจร PAOR 3 วงรอบ ในช่วงระยะเวลาเดือนมิถุนายน 2558 - มกราคม 2560 ซึ่งผลการดำเนินงานแต่ละวงรอบดังแสดงตามตารางดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 กระบวนการเชิงรุกและมาตรการป้องกันในชุมชน (มิถุนายน 2558-ธันวาคม 2558)

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาด้วยวงจร PAOR บ้านปลอดภัยรอบที่ 1

Plan	Act	Observe	Reflect
-สร้างภาคีเครือข่าย -แต่งตั้งคณะกรรมการ -มาตรการทางสังคมและสร้างสิ่งแวดล้อมปลอด	-อบรมคณะกรรมการ 60 คน ความรู้พิษภัยบุหรี่ -คืนข้อมูลชุมชน ภาคีเครือข่ายรับรู้ร่วมกัน ประชุมหารูปแบบการดำเนินงาน -mapping หลังคาเรือนที่สูบบุหรี่	-ประชุมคณะกรรมการสรุปผลการดำเนินงานตามประกาศนโยบายบ้านปลอดภัย และมาตรการทางสังคมที่สร้างขึ้น -สังเกตสถานการณ์จริง	-ความต้องการทักษะในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่และระบบการบำบัดในสถานบริการและในชุมชน

บุหรีในชุมชน -สำรวจ สถานการณ์ปัญหา	-ประกาศนโยบายบ้าน ปลอดบุหรี -มาตรการทางสังคมงานบุญ และศาลากลางบ้านปลอด ควันบุหรี -รณรงค์สูบบุหรือนอกบ้าน	ตามสถานที่ที่กำหนดให้ ปลอดควันบุหรี เช่น ศาลากลางบ้าน งานศพ -สัญลักษณ์สติ๊กเกอร์ “บ้านปลอดบุหรี ติดบ้านที่ไม่สูบบุหรีและ บ้านที่สูบบุหรือนอกบ้าน	-พัฒนาศักยภาพ ของ อสม. และ บำบัดส่งต่อจาก ชุมชนสู่สถาน บริการ
---	--	---	--

ปฏิบัติการวงรอบที่ 1 เป้าหมาย มีคณะกรรมการดำเนินงาน สำรวจ สถานการณ์ของชุมชน พบว่าใน 850 หลังคาเรือนที่ร่วมโครงการมีหลังคาเรือนที่สูบบุหรีจำนวน 259 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 30.47 และมีจำนวนคนที่สูบบุหรี 311 คน คิดเป็นร้อยละ 9.15 และในจำนวนนี้มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ยู่รวม บ้านกับเด็กและหญิงตั้งครรภ์ 93 คน คิดเป็นร้อยละ 22.14 และยังมีพฤติกรรม การสูบบุหรีทั้งในและนอกบ้าน และยังไม่ทราบถึงผลของควันบุหรีมีภัยกับเด็กและหญิง ตั้งครรภ์ คณะกรรมการได้ mapping หลังคาเรือนที่สูบบุหรี และร่วมสร้างมาตรการ ทางสังคม กำหนดพื้นที่ปลอดบุหรีในชุมชน คือ ศาลากลางบ้านและงานบุญ (งานบวช งานศพ งานกฐิน) ปลอดบุหรี ประกาศนโยบายบ้านปลอดบุหรีและรณรงค์ สร้างความรู้พิษภัยบุหรีในวังดสูบบุหรีโลกร่วมกับเครือข่าย ชุมชน โรงเรียนและศูนย์ เด็ก ชุมชนได้ถือปฏิบัติตามมาตรการที่สร้างไว้ ผลการสะท้อนในรอบนี้คือ ความ ต้องการทักษะในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรีและระบบการบำบัดในสถานบริการและใน ชุมชน จึงเห็นควรที่จะต้อง พัฒนาศักยภาพ อสม.และจัดตั้งคลินิกฟ้าใสบำบัดผู้สูบ บุหรี

รอบที่ 2 พัฒนาศักยภาพ อสม. และบำบัดผู้สูบบุหรี่ (ธันวาคม 2558 – กันยายน 2559)

ตารางที่ 2 การพัฒนาด้วยวงจร PAOR บ้านปลอดบุหรี่งรอบที่ 2

Plan	Act	Observe	Reflect
วางแผนเพื่อสร้าง มาตรการบำบัดผู้ สูบบุหรี่ใน รพ.สต. และในชุมชน	-ตั้งคลินิกฟ้าใสในรพ.สต. เพื่อบำบัดผู้สูบบุหรี่ -คัดกรองการสูบบุหรี่ ทุกหน่วยบริการใน รพ. สต. คือ บริการตรวจ ทั่วไป ทันตกรรม ฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี และ บริการแพทย์แผน ไทย -พัฒนาศักยภาพ อสม. อบรมให้ใช้หลัก 5A ช่วย เลิกบุหรี่ในชุมชน -มอบสาส์นให้ความรู้พิษ ภัยบุหรี่และเชิญเข้ารับ บริการในคลินิกฟ้าใส -ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูบ บุหรี่ยในชุมชนร่วมกับ อสม.	-สำรวจพฤติกรรมกา รสูบบุหรี่โดยแบบเก็บ ข้อมูลติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในชุมชนและ ในคลินิกฟ้าใส จำนวน 311 คน -สังเกตพฤติกรรมกา รสูบบุหรี่นอกบ้านใน ชุมชน _ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูบ บุหรี่ย 311 คนร่วมกับ อสม. -สรุปผลการคัดกรองผู้ สูบบุหรี่และส่งต่อเพื่อรับ การบำบัดที่คลินิกฟ้าใส -คณะกรรมการประชุม สรุปผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนปรับปรุง รูปแบบ	-รูปแบบมีความ ชัดเจนเหมาะสมกับ พื้นที่ -การสร้าง ความ ยั่งยืนของกิจกรรม และมาตรการทาง สังคมที่สร้างขึ้น

ปฏิบัติการงรอบที่ 2 เป้าหมายคือการช่วยคนที่สูบบุหรี่ให้ลดและเลิก
บุหรี่ย รวมทั้งพฤติกรรมกาการสูบบุหรี่นอกบ้าน โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อบรม
ให้ความรู้หลัก 5 A เพื่อแนะนำช่วยเหลือในชุมชนและส่งต่อบำบัด อสม. เคาะประตู
บ้านมอบสาส์นให้ความรู้พิษภัยบุหรี่ยและเชิญเข้ารับการบำบัด ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูบ
บุหรี่ยในชุมชนร่วมกับ อสม. ส่วนในสถานบริการได้จัดตั้งคลินิกฟ้าใส กำหนดเป็น
นโยบายในงานประจำ โดยคัดกรองการสูบบุหรี่ทุกหน่วยบริการใน รพ.สต.
ให้คำปรึกษาและช่วยเลิกบุหรี่ย ซึ่งภายหลังดำเนินการสำรวจพฤติกรรมกาการสูบบุหรี่ซ้ำ

พบว่า กระบวนการดำเนินงานทำให้จำนวนคนที่สูบบุหรี่ลดลงจาก 311 คน (ร้อยละ 9.15) เป็น 258 คน (ร้อยละ 7.59) เลิกสูบบุหรี่ 53 คน (ร้อยละ 17.04) และในจำนวนนี้เป็นสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวที่มีเด็กและหญิงตั้งครรภ์ถึง 37 คน (ร้อยละ 39.78) ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวเปลี่ยนไปโดยพบว่า สูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้านลดลงจากร้อยละ 64.31 เป็นร้อยละ 29.59 และในครอบครัวที่มีเด็กและหญิงตั้งครรภ์ลดลงจากร้อยละ 90.32 เป็นร้อยละ 21.51 อสม. มีศักยภาพสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ให้คำแนะนำช่วยเหลือและส่งต่อเข้ารับ การบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4 และผลการสะท้อนกลับในวงรอบนี้คือการ สร้างความยั่งยืนของกิจกรรมบ้านปลอดบุหรี่

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชุมชนเป้าหมายเปรียบเทียบก่อนและหลัง ดำเนินการ (จำนวนคน)

พฤติกรรมการสูบ	ก่อนดำเนินการ (ครั้งแรก) n=311		หลังดำเนินการ (ติดตาม) n=311	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกบุหรี่	0	0	53	17.04
สูบบุหรี่นอกบ้านอย่างเดียว	111	35.69	166	64.34
สูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้าน	200	64.31	92	35.65
รวม	311	100.0	311	100.0

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกในบ้านที่มีเด็กอายุ ≤ 5 ปี และ/หรือหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเป้าหมายเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ก่อนดำเนินการ (ครั้งแรก)		หลังดำเนินการ(ติดตาม)	
	n=93		n=93	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลิกสูบบุหรี่	0	-	37	69.81
สูบบุหรี่นอกบ้านอย่างเดียว	9	9.68	36	64.28
สูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้าน	84	90.32	20	35.71
รวม	93	100.0	93	100.0

หมายเหตุ: เลิกสูบบุหรี่ 37 คน จาก 53 รายของทั้งหมดที่เลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 69.81

วงรอบที่ 3 การสร้างความยั่งยืน (กันยายน 2559-มกราคม 2560)

ตารางที่ 5 การพัฒนาด้วยวงจร PAOR บ้านปลอดบุหรี่วงรอบที่ 3

Plan	Act	Observe	Reflect
วางแผนการดำเนินงานในการสร้างกระแสนรณรงค์ให้ต่อเนื่อง และสร้างความยั่งยืน	-สร้างสื่อเพลงคนบ้านเดียวกันชวนเลิกบุหรี่ -ภาคีเครือข่ายร่วมรณรงค์และขยายผลการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง -คัดกรองทุกจุดบริการ -กำหนดเข้าเป็นธรรมนูญตำบล (ธรรมนูญหมวด 3 หลีกเว้นอบายมุข) -บูรณาการในงานประจำทั้งเชิงรับเชิงรุก	-ชมรมออกกำลังกายทุกหมู่บ้านนำสื่อเพลงคนบ้านเดียวกันชวนเลิกบุหรี่ประกอบการออกกำลังกายทุกวัน และในกิจกรรมอื่นๆในชุมชน -กิจกรรมเดินรณรงค์ของภาคีเครือข่ายในชุมชนวันงดสูบบุหรี่โลกและวันยาเสพติดโลก จำนวน 400 คน -ผลการคัดกรองทุกจุดบริการในงานประจำโดยเจ้าหน้าที่ เฉลี่ย 420ราย/เดือนและส่งเข้ารับการบำบัด	-รูปแบบบ้านปลอดบุหรี่ทั้ง 3 วงรอบกำหนดเป็นนโยบายขององค์กรและชุมชนที่ต้องดำเนินการต่อเพื่อลดปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน -ถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จเพื่อนำรูปแบบการดำเนินงานขยายผลสู่ ชุมชนอื่นๆ

Plan	Act	Observe	Reflect
		-คลินิกฟ้าใสให้คำปรึกษา เรื่องที่สูบบุหรี่ -มีการปฏิบัติตาม ธรรมนูญหลังประกาศใช้ งานปลอดบุหรี่ทุกงาน ศาลากลางบ้านปลอดบุหรี่ คณะกรรมการมอบใบ ประกาศเกียรติคุณให้ เจ้าภาพในวันฉาปนกิจ ศพ -ประชุมสรุปรูปแบบบ้าน ปลอดบุหรี่ ให้เป็นงาน ประจำ และมีความยั่งยืน	

วงรอบที่ 3 นี้ เป้าหมายการสร้างควมยั่งยืนในทุกกิจกรรม ทั้ง 7 หมู่บ้าน ปฏิบัติตามมาตรการทางสังคมที่สร้างขึ้น อสม. มีการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่ยังสูบบุหรี่ให้ลดและเข้ารับการบำบัด รวมทั้งรณรงค์ให้สูบนอกบ้าน โรงเรียนและศูนย์เด็ก มีการรณรงค์ ลดเลิกบุหรี่ ในวันงดสูบบุหรี่โลกและวันยาเสพติดแห่งชาติทุกปี และ แฉงนโยบายบ้านปลอดบุหรี่ในที่ประชุมผู้ปกครองนักเรียน ชมรมออกกำลังกายใช้ สื่อเพลงรณรงค์ คนบ้านเดียวกันชวนเลิกบุหรี่” มีการคัดกรองการสูบบุหรี่และบำบัด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นงานประจำ คณะกรรมการนำนโยบายบ้านปลอด บุหรี่บรรจุในธรรมนูญประชาชนคนตำบลปทุมในหมวดที่ 3 การหลีกเลี่ยงอบายมุข และมีการปฏิบัติตามระบุไว้ในธรรมนูญ และได้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จเพื่อขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆ ต่อไป

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ รูปแบบการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่โดยชุมชน มีส่วนร่วมของพื้นที่ตำบลปทุมซึ่งประกอบด้วย 1) มาตรการทางสังคมและการ รณรงค์เชิงรุกในชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม. และการบำบัดผู้สูบบุหรี่ และ 3) การสร้างควมยั่งยืน โดยรูปแบบการดำเนินกิจกรรมบ้านปลอดบุหรี่โดยชุมชนมี ส่วนร่วมในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ จากการที่มีการวิเคราะห์ทุนทางสังคมเดิมที่มีอยู่

จากการดำเนินงานแก้ปัญหาเครื่องตีแม่เหล็กในชุมชนแล้วนำมาขยายผลต่อในเรื่องบุหรี่ยังมีการสำรวจสถานการณ์ปัญหา และรับรู้สถานการณ์ในชุมชนร่วมกัน การตั้งเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน แกนนำรับรู้ปัญหาและพิชภัยบุหรี่ยุคใหม่ ทุกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมตามวิถีและบริบทของชุมชนและมีการพัฒนากระบวนการที่เป็นระบบ และรู้เป้าหมายในการเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ การสร้างกระแสการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกช่องทาง ทั้งในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก การรณรงค์สร้างกระแสห้ามสูบบุหรี่ในบ้านใกล้เด็กและหญิงตั้งครรภ์ และการเคาะประตูบ้านส่งสาส์นให้ความรู้ถึงผู้สูบบุหรี่ กิจกรรมเหล่านี้นำไปสู่การรับรู้ปัญหาบุหรี่ยุคใหม่ต่อสุขภาพ รวมทั้งส่งผลต่อการลด เลิก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนี มิตกิตติ และอัญชัน เกียรติพรศักดิ์¹² ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 เห็นความสำคัญของการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ ดังนั้นการกำหนดมาตรการของชุมชนให้บุคคลลดเลิกบุหรี่ยุคใหม่ และการกำหนดระเบียบและมาตรการทางสังคมเป็นนโยบายสาธารณะสู่ธรรมชาติของชุมชน ซึ่งเปรียบเสมือนกฎหมายของชุมชนที่ให้คนในชุมชนได้ถือปฏิบัติ การแสดงเจตนารมณ์ด้วยการติดป้ายที่มีข้อความแจ้งเตือน และมอบเกียรติบัตรให้กับหลังคาเรือนในวันพิธี แสดงถึงความร่วมมือและตระหนักถึงพิชภัยบุหรี่ยุคใหม่ของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา การควบคุมการบริโภคยาสูบของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ² ที่พบว่าการปฏิบัติงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับในการรณรงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่ใหม่ การให้ความร่วมมือในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดและเลิกบุหรี่ยุคใหม่ของกลุ่มเป้าหมาย และการร่วมสร้างกำลังใจให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร

ในส่วนของการบำบัดผู้ติดบุหรี่ยุคใหม่ มีการอบรมให้ความรู้กับ อสม. ในการใช้หลัก 5A เพื่อช่วยเหลือแนะนำให้เลิกบุหรี่ยุคใหม่ในชุมชน มีการดำเนินงานคลินิกฟ้าใสในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานให้มีการคัดกรอง สอบถามการสูบบุหรี่ทุกจุดที่ให้บริการพร้อมทั้งให้คำแนะนำให้เข้ารับคำปรึกษาเพื่อลดเลิกบุหรี่ยุคใหม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด รวมทั้งผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในครอบครัวที่มีเด็กและหญิงตั้งครรภ์ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องให้ลดและเลิกบุหรี่ยุคใหม่ให้ได้ โดยเจ้าหน้าที่ และ อสม. สร้างแรงจูงใจจากปัญหาสุขภาพและความรักที่มีต่อบุตรหลานในครอบครัวให้ปลอดภัยจากควันบุหรี่ยุคใหม่สอง และให้คำปรึกษาติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. จนเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การขอรับรองห้ามปรามจากคนใกล้ชิด

หรือบุคคลที่เป็นแรงบันดาลใจรวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน ที่คอยกระตุ้นเตือนช่วยเหลือให้กำลังใจ และรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่จะเกิดพลังความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ถาวร⁹ ส่วนด้านการสร้างความยั่งยืนนั้นได้มีการนำรูปแบบการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่มา กำหนดเป็นนโยบายการทำงานประจำทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มาตรการทางสังคมนำไปบรรจุในธรรมนูญตำบลปทุม ซึ่งเป็นกฎหมายของชุมชนที่ทุกคนต้องถือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มลทา ทายิดา และสุรินทร์ กลัมพากร¹¹ ที่พบว่า ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่การป้องกัน พิษภัย บุหรี่ต้องมีการให้ความรู้และจัดกิจกรรมรณรงค์หลากหลายรูปแบบโดยผสมผสานเข้ากับกิจกรรมต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมายที่ไม่สูบบุหรี่เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและทั่วถึง

ข้อเสนอแนะการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนจากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน บูรณาการงานให้มีการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และเหมาะสมกับปัญหาและทุนทางสังคมเดิมของพื้นที่ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดความยั่งยืน ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่นั้นเลิกยากแต่ก็ต้องอาศัยความมุ่งมั่นตั้งใจและแรงจูงใจในการเลิกสูบ ซึ่งเป้าหมายต่อไปคือการทำ กลุ่มบำบัดผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่ยื่นๆ ควรมีการวิเคราะห์ทุนทางสังคมเดิมและต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่เลิกยาก ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนและมีการดำเนินงาน ที่ต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์; 2558.
2. บุปผา ศิริรัตมี. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ รอบที่ 6 (พ.ศ. 2555) การสำรวจระดับประเทศ ภายใต้โครงการ International tobacco control policy-Southeast Asia. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.

3. ฉันทชาย สิทธิพันธ์. พิชัยของการบริโภคยาสูบ. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, บรรณาธิการ. คู่มือการรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: สันทวิกิจปริ้นติ้ง; 2553.
4. มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ตัวเลขเตือนภัยบุหรี่ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.smokefreezone.or.th/content_attachment/attach/cec7405df45b4b639176a32ef17e2cd.pdf
5. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2551.
6. ลักษณะ สิริรัตนพลกุล, ศิธัญญา อิตติศักดิ์, เพ็ญลักษณ์ ลาภานันต์, สุพัตรา สุริยะภูมิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารพยาบาลกาชาดไทย 2559;9:92-106.
7. วันเพ็ญ ดวงมาลา, วันทนีย์ ทองหนู. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี: รายงานการวิจัย; 2554.
8. เดือนทิพย์ เข้มโอกาส, พรทิพย์ ชีวะพัฒน์. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่. วารสารเกื้อการุณย์ 2555;19: 103-17.
9. World Health Organization. The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum [Internet]. 2000 [Cited 2017 Dec 8]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107930>
10. กอบกุล สาวงค์ด้อย, มณฑา เก่งการพานิช, ดิลกา ไตรไพบูลย์, อรพรรณ กาศโอสถ, จุรีมาศ ไทรงาม. ผลการดำเนินกิจกรรมลดเลิกบุหรี่เชิงรุก โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลล่อมแรด อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดลำปาง. วารสารพยาบาล 2556;64:22-27.

11. Stephen Kemmis & Robin Mc Taggart. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research [Internet]. 1998 [Cited 2016 Dec 8]. Available from:
<http://www.springer.com/gp/book/9789814560665>
12. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15:10367-74.
13. ดารุณี จงอุดมการณ์. การพยาบาลสุขภาพครอบครัว:แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต. ขอนแก่น : ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2558.
14. รัชนี มิตกิตติ, อัญชัน เกียรติพรศักดิ์ดา. การช่วยเหลือให้มีการเลิกบุหรี่ในชุมชนโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาคม. วารสารพยาบาล 2554;60:62-76.
15. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. ถอดบทเรียนโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ : ศูนย์กลางการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพระดับชุมชน พ.ศ.2553-2554 ภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา; 2554.
16. ภาณิสรา ระยา, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธาราดล เก่งการพานิช, กรกนก ลัธธนันท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ 2558;31:9-25.
17. มลทา ทายิดา, สุรินทร์ กลัมพากร. รูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาล 2554;1: 27-35.