



การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนสู่การดูแลแบบหัตถ์ส่วนเพื่อลด การล้มตีสควันบุหรีที่บ้านของวัยแรงงานที่เป็นเบาหวาน*

วิจิตรา เสนา พย.ม.** สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.*** นพพันธ์ ชัยภูมิ พย.ม.****

บทคัดย่อ

บุหรีเป็นภัยเงียบที่คุกคามต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มุ่งพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนสู่การดูแลแบบหัตถ์ส่วนเพื่อลดการล้มตีสควันบุหรีที่บ้านของวัยแรงงานที่เป็นเบาหวาน ศึกษาใน 9 ชุมชน ของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มี 2 วรรณกรรม 4 ขั้นตอน 1) ประเมินสถานการณ์การล้มตีสควันบุหรีโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) วางแผนและพัฒนาเครื่องมือปฏิบัติการ โดยกำหนดแนวปฏิบัติร่วมและการพัฒนาหัตถ์ส่วนชุมชนผ่านการประชุมระดมสมองและค้นหาต้นแบบครอบครัวแรงงานที่ลดและเลิกบุหรี 3) พัฒนาหัตถ์ส่วนชุมชนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบหัตถ์ส่วนและการช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างครอบครัว อสม. ผู้นำและบุคลากรสุขภาพ 4) ประเมินผลผ่านการทบทวนการทำงานและสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานวัยแรงงานที่สูบบุหรี 130 คน ผู้ดูแลแรงงานที่ป่วยเบาหวาน 130 ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน 90 คน บุคลากรสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ก่อนดำเนินการพบครอบครัววัยแรงงานที่ป่วยเบาหวานมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรีร้อยละ 70 จาก 130 ครอบครัวและผู้ป่วยทุกรายล้มตีสควันบุหรีทุกวันจากบ้านตนเองและข้างบ้านที่สูบบุหรี มีประสบการณ์ลดการล้มตีสควันบุหรีโดยการเดินหนี แสดงปฏิกริยาวิ่งหนีจอบุหรี เข้าห้องปิดประตูหน้าต่าง บอกให้ไปสูบบุหรีที่อื่นและขอให้หยุดสูบบุหรี แต่ไม่ได้ผลในทางปฏิบัติ หลังดำเนินการจากการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิดและเรียนรู้ร่วมกับครอบครัวผ่านการสนทนากลุ่ม พบว่า เกิดการดูแลแบบหัตถ์ส่วนในชุมชน ได้แก่ 1) การค้นหาครอบครัวแรงงานต้นแบบและนำเสนอประสบการณ์มาเล่าสู่กันฟังจนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน 2) ครอบครัวมีการปรับทัศนคติต่อควันบุหรีที่มีผลต่อการรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน 3) การเจรจาด้วยความจริงใจช่วยสร้างความตระหนักให้ลดการสูบบุหรี 4) สร้างกติกากันเพื่อไม่ให้สมาชิกในครอบครัวปลอดภัยจากควันบุหรีและการอยู่ร่วมกันแบบเกื้อกูล

ผลลัพธ์ พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกครอบครัวแรงงานที่เป็นเบาหวาน ดังนี้ 1) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในบรรยากาศที่อบอุ่นมีอิสระในการพูดคุย 2) มีทักษะการเป็นผู้ช่วยเหลือ การสร้างแรงจูงใจ และให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี โดยบูรณาการความรู้จากประสบการณ์ครอบครัวต้นแบบและสร้างแนวปฏิบัติการอยู่ร่วมกันแบบเกื้อกูลไร้ควันบุหรี 3) สร้างกติกากันอยู่ร่วมกันกับเพื่อนบ้านทำให้เกิดเขตปลอดบุหรีที่บ้าน 4) มี 15 ครอบครัวลดจำนวนผู้สูบบุหรี มี 1 ครอบครัวสามารถหยุดบุหรีเกิน 3 เดือน มี 12 ครอบครัวลดจำนวนบุหรีเหลือ 2-3 มวนต่อวัน อสม. และผู้นำชุมชน 50 คน มีทักษะในการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี

คำสำคัญ: กระบวนการเรียนรู้ชุมชน การดูแลแบบหัตถ์ส่วนในชุมชน การลดการล้มตีสควันบุหรีที่บ้าน วัยแรงงานที่เป็นเบาหวาน

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนสู่การดูแลแบบหัตถ์ส่วนเพื่อลดการล้มตีสควันบุหรีที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวาน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Community Learning Process Development in Creating Family Partnership to Minimize Cigarette Smoke Exposure at Home for Informal Workers with Diabetes Mellitus*

Wijitra Sena MNS.** Somjit Daenseekaew PhD*** Noppanan Chaiyapoom MNS.****

Abstract

Smoking is a major public health problem and it is a silent threat to health, affecting all individuals at all levels. This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop the learning process creating community partnership to minimize cigarette smoke exposure of informal workers with diabetes mellitus. This PAR was conducted in 9 communities of Muang District, Khonkaen Province. There were two cycles of intervention, each of which included four phases: 1) situation assessment of cigarette smoke exposure via focus group discussion, in-depth interviews; 2) planning and development of operational tools by setting up guidelines and creating community partnership by means of brainstorming and recruiting model families; 3) developing community partners to follow the guideline for minimizing cigarette smoke exposure and to provide support between village health volunteers, community leaders, health promoting personnel and families; and 4) evaluation through after action review and reflection on performances of research participants including 130 smoking informal workers with DM together with one member from each family, 90 village health volunteers and community leaders, and 5 representatives of health promoting hospitals. Content analysis was applied with qualitative data while descriptive statistics were used with the quantitative.

The study found that before the intervention, 70 percent of 130 families with smoking work-force aged smokers that participated in this study were exposed to cigarette smoke on the daily basis both at home and from their neighbors. These family members had tried without success to minimize their exposure to cigarette smoke. Informal workers with DM did not quit smoking. After learning with their family members from focus group sessions by means of sharing experiences, thinking reflectively, the communities developed partnership for care-giving and support: 1) looking for a model family to learn from; 2) compromising attitudes towards cigarette smoke and its effects on DM.; 3) talking heart-to-heart to create awareness on smoking; and 4) making household's rules to save family members from cigarette smoke and to live together supportively.

The results were changes in every family of informal worker with DM; 1) the shared learning process helped create warm and pressure-free discussions; 2) integration of experiences from model families and household agreements helped improve care providing skills, motivation, smoking cessation consultation to form a guideline for tobacco-free, supportive living; 3) the development of neighborhood rules to bring about the smoke-free zone at home; and 4) fourteen families could reduce the number of smokers, 1 family could stop smoking longer than 3 months, 12 families reduced the number of cigarettes they smoked to 2-3 cigarettes per day while VHV and community leaders could provide smoking cessation consults with skills.

Keywords: community partnership, minimize cigarette smoke exposure at home, informal workers with diabetes mellitus,

* This article is a part of a research namely "Community learning process development in creating family partnership to minimize cigarette smoke exposure at home for people with diabetes mellitus"

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**** Lecturer of Faculty of Nursing, Khon Kaen University



บทนำ

“นักสูบบุหรี่ที่ตายแล้ว จะไม่มีประโยชน์สำหรับอุตสาหกรรมนี้ต่อไป” คำพูดนี้สะท้อนให้คิดว่าคนที่ยังมีชีวิตอยู่และคนที่ยังสูบบุหรี่ควรจะไปกับอันตรายของบุหรี่หรือจะหยุดสูบบุหรี่ตั้งแต่วันนี้ เพราะบุหรี่เป็นภัยเงียบที่ทำให้สุขภาพของคนสูบและคนรอบข้างที่สัมผัสควันบุหรี่ สถานการณ์การสูบบุหรี่ทั่วโลก มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน (ร้อยละ 24) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีมากกว่า 15,000 ล้านมวน และร้อยละ 54.5 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดอยู่ในทวีปเอเชีย บุหรี่จึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด ในปี พ.ศ.2551 มีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีมาตรการจัดการจะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อไป¹

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 2 ซองหรือมากกว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ และคนที่สูบบุหรี่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบร้อยละ 22 ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่เป็นประจำมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าผู้ไม่สูบ ร้อยละ 17 กลุ่มคนที่เคยสูบบุหรี่ และเลิกสูบมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าผู้ไม่สูบ ร้อยละ 14 เนื่องจากควันบุหรี่มีผลต่อการผลิตอินซูลินของตับอ่อนน้อยลงทำให้ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้สารพิษในควันบุหรี่ทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยลง (Insulin insensitive)⁴ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังสูบบุหรี่รักษาโรคเบาหวานไม่ได้ผลร้อยละ 17.9 เนื่องจากควันบุหรี่เกิดพิษต่อเนื้อเยื่อตับอ่อนโดยตรง ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้ ถึงแม้จะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง⁶ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคของปลายประสาทและโรคของจอตา⁷ นอกจากนี้สารพิษในควันบุหรี่ยังทำให้หลอดเลือดตีบตันและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น เกิดปัญหาขาดปลายมือปลายเท้าและเกิดแผลได้ง่าย เป็นสาเหตุให้ต้องตัดอวัยวะเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากไม่รู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องจัดการให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักและไม่ให้เป็นทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับบุหรี่มือสองจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ.2558 มีประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป 55.2 ล้านคนเป็นอายุเริ่มต้นของวัยแรงงาน สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9)⁹

นอกจากนั้นประชาชนยังได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะทั้งที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย¹ และข้อมูลผู้สูบบุหรี่เป็นประจำพบว่า วัยแรงงานมีปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่ากลุ่มวัยอื่น คือ 11.9 มวนต่อวัน¹⁰ ซึ่งเป็นวัยสำคัญของการพัฒนาเป็นที่พึ่งพาทุกมิติของการดำเนินชีวิตต่อไปของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ

จากข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบวัยแรงงานที่ป่วยโรคเบาหวาน ยังคงสูบบุหรี่แม้ว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพได้แนะนำการเลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนใกล้ชิดที่บ้านสูบบุหรี่ และจากการสำรวจนำร่อง พบครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน 543 ครอบครัว จาก 9 หมู่บ้านในความรับผิดชอบของ รพ.สต. พระลับ มีครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานสูบบุหรี่ 52 ครอบครัว (ร้อยละ 9.6) ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง 116 ครอบครัว (ร้อยละ 21.4) รวมผู้ป่วยเบาหวานที่มีการสูบบุหรี่ในครอบครัว จาก 164 ครอบครัว (ร้อยละ 30.2) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต แดนสีแก้ว และเพชรไสว ลิ้มตระกูล¹⁰ จากปัญหาและความต้องการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการเรียนรู้อบรมผู้สูบบุหรี่ดูแลแบบหุนส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านของวัยแรงงานที่ป่วยเบาหวานร่วมกับ รพ.สต. เทศบาล ผู้นำชุมชน อสม. และครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาประสิทธิผลการเลิกสูบบุหรี่และความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของวัยแรงงานที่เป็นเบาหวานและสมาชิกครอบครัว
2. พัฒนาระบบการเรียนรู้อบรมผู้สูบบุหรี่ดูแลแบบหุนส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านของวัยแรงงานที่เป็นเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้การสร้างหุนส่วนช่วยเหลือครอบครัว (Family Partnership) ของคริสทีนเดย์ (Crispin Day)¹¹ และประยุกต์แนวคิด Community Partnership Primary Care Model ของเรนนีเคิร์ตเนย์ (Renni Courtney)¹² เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบหุนส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลแรงงานที่ป่วยเบาหวานใน



ครอบครัวและแรงงานที่ป่วยเบาหวาน ซึ่งคริสฟินเดย์¹¹ เชื่อว่าปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหลายอย่างในครอบครัวเกิดจากหลายพฤติกรรม และพยาบาลชุมชนสามารถทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างภาคีช่วยเหลือครอบครัว (Family Partnership) ผ่านการสร้างทักษะผู้ช่วยเหลือ (Helper skills) ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ยั่งยืนจากการฟัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) ค้นหาความต้องการเพื่อสร้างความเข้าใจและตั้งเป้าหมายตรงกัน 3) วางแผนปฏิบัติร่วมกันเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ความสามารถและอำนาจ 4) ปฏิบัติการร่วมกันด้วยความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลีกเลี่ยงความเสี่ยงและการครอบงำจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทบทวนการปฏิบัติ ประเมินการยอมรับ ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลง และความพร้อมที่จะพัฒนาต่อร่วมกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ศึกษาใน 9 หมู่บ้านของตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ อ่านและเขียนหนังสือได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษานี้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เป็นวัยแรงงานที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานรับการรักษาที่ รพ.สต. พระลับไม่ต่ำกว่า 1 ปี เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ มีทั้งหมด 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) แรงงานที่ป่วยเบาหวานสูบบุหรี่ 130 คน 2) ผู้ดูแลแรงงานที่ป่วยเบาหวานในครอบครัว 130 คน 3) อสม. และผู้นำชุมชน 90 คน ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนี้มาจาก 9 หมู่บ้าน 4) พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 4 คนและนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

เก็บรวบรวมข้อมูล 5 วิธี ได้แก่ 1) การสนทนากลุ่ม 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม 4) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 5) การประชุมระดมสมอง เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมอง 5) เครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล คือ เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพหรือโทรศัพท์มือถือที่ถ่ายภาพได้ สมุดบันทึก

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล วิเคราะห์และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลทุก

ครั้ง ดังนี้ 1) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) 2) ตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล 3) คืนข้อมูลให้กับผู้ร่วมวิจัย ชุมชน รพ.สต. และผู้ที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องเสนอต่อเวทีการสนทนากลุ่มใหญ่ขึ้น เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จนได้ข้อมูลที่มีตัวตนที่น่าพึงพอใจ

การดำเนินการวิจัย มี 2 วงรอบ ฤกษ์ 4 ขั้นตอน ดังนี้
วงรอบที่ 1 การคัดกรองและสร้างความตระหนัก

1.1 ประเมินสถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดย ผู้วิจัย อสม. ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพที่ รพ.สต. ตัวแทนแรงงานที่ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลในครอบครัว ค้นหาครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่เลิกสูบบุหรี่ได้และศึกษาทักษะของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่เลิกสูบบุหรี่ได้ หากปัจจัยในครอบครัวที่ยังมีผู้สูบบุหรี่ ศึกษาประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ที่ไม่สำเร็จความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย

1.2 วางแผนและพัฒนาเครื่องมือ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสะท้อนคิด (reflection) จนทำให้เข้าใจปัญหาร่วมกัน และตระหนักถึงการแก้ปัญหา (awareness) กลัวโทษของการสูบบุหรี่ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยจัดสนทนากลุ่มย่อยร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากขั้นประเมินสถานการณ์ไปนำเสนอผลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนข้อคิดเห็น ความรู้สึก และมีการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

1.3 การพัฒนาหุ้นส่วนชุมชน ประกอบด้วย 1) สร้างความตระหนักในครอบครัวและพัฒนาทักษะผู้ป่วยเบาหวานในการลดสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน จัดประชุมระดมสมอง (Brain storming) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพิษบุหรี่ต่อโรคเบาหวานและแนวทางแก้ไขเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน 2) พัฒนาทักษะหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ แรงงานที่ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน โดยอบรมทักษะผู้ให้การช่วยเหลือ การสร้างแรงจูงใจและการปรึกษาการเลิกบุหรี่ ซึ่งวิทยากรประกอบด้วยผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครจากผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่เลิกสูบบุหรี่ ผลการดำเนินการครั้งนี้ได้ค้นพบผู้ดูแลที่เลิกบุหรี่ได้จำนวน 54 คน

1.4 ประเมินผล โดยจัดประชุมร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เน้นการประเมินความสนใจและความตระหนัก



ถึงการลดและเลิกสูบบุหรี่ของแรงงานป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ การตอบรับของครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพใน รพ.สต.

วงรอบที่ 2 พัฒนาหุ่นส่วนชุมชนสำหรับการเลิกบุหรี่ ผลลัพธ์ สร้างเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือ

1.1 ประเมินสถานการณ์ เน้นการค้นหาข้อเท็จจริงจากแรงงานที่เคยสูบบุหรี่และเลิกได้ ผู้ที่ยังสูบบุหรี่และผู้ที่สามารถปฏิเสธได้ เพื่อสร้างความรู้พื้นฐานบริบทของกลุ่มนี้ร่วมกับพัฒนาหุ่นส่วนชุมชนสำหรับการเลิกบุหรี่ผ่าน 1) การสนทนากลุ่ม ศึกษามุมมองของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยมุ่งค้นหาวิธีการควบคุมการสูบบุหรี่และแก้ไขปัญหาการสัมผัสควันบุหรี่ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกจากประสบการณ์ของแรงงานที่เคยสูบบุหรี่เคยเลิกสูบบุหรี่และผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ โดยมุ่งศึกษาแนวคิด ความเชื่อ แนวปฏิบัติควบคุมการสูบบุหรี่ 3) สังเกตแบบมีส่วนร่วมใช้ควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการตรวจสอบข้อมูลซึ่งกันและกัน ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของแรงงาน โดยเฉพาะในบริเวณที่มีการชุมนุมตอนเย็นหลังเลิกงาน เช่น ร้านค้า ริมนถนนข้างบ้าน และมีการจดบันทึกภาคสนาม

1.2 พัฒนาสื่อ เครื่องมือ และเครือข่ายหุ่นส่วนชุมชน จากการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ ความยากง่าย ความสุข ความหวังในการช่วยสมาชิกครอบครัวเลิกบุหรี่ เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านของแรงงานที่เป็นเบาหวานร่วมกับทีมผู้ร่วมวิจัยผ่านการประชุมเตรียมความพร้อม ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของสาระที่ต้องการนำเสนอ ความชัดเจนของสื่อที่ผลิต และพิจารณาจนเป็นที่พอใจ

1.3 พัฒนาหุ่นส่วนชุมชน จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ของสมาชิกชุมชนครอบครัวต้นแบบที่เลิกบุหรี่ (Tacit, insider perspective) ผสมผสานกับความรู้จากงานวิจัยที่ผู้วิจัยนำมาแลกเปลี่ยน ขยายการบริการทางคลินิกสู่ชุมชน การจัดการรายกรณี ค้นหาเป้าหมายครอบครัวที่สัมผัสบุหรี่เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างแรงจูงใจ การตัดสินใจเล็ก การเตรียมตัว/วางแผนเลิก การปฏิบัติภารกิจ การคงสภาพการเลิกและป้องกันการสูบบุหรี่ ติดตามผลโดยกลุ่มแกนนำและผู้วิจัยทุกเดือน ซึ่งระหว่างนี้มีการประชุมกลุ่มย่อย การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนประสบการณ์ของผู้วิจัยและกลุ่มแกนนำ

1.4 ระยะเวลาประเมินผล เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยการเยี่ยมบ้านและมีการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด และปรับแนวทางการพัฒนา โดยการจัดเวทีประชุม ทั้งนี้ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างความเข้มแข็งของหุ่นส่วนชุมชนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานและสรุปผลดำเนินงาน รวมถึงให้ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษไปใช้ในระดับ ครอบครัว ชุมชน รพ.สต. และในการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการควบคุมไปกับการเก็บข้อมูลและต่อเนื่องตลอดการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยอ่านข้อมูลที่ได้อ่านหลาย ๆ ครั้ง นำคำสำคัญมาแบ่งประเภท (Theme) แล้วเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์และข้อสรุปทั้งหมด ยืนยันความถูกต้องความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เช่น การเก็บข้อมูลแต่ละกลุ่มต่างเวลา ต่างสถานที่ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักช่วยวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องด้วย

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน โดยเริ่มจากส่งหนังสือประสานงานไปยังผู้บริหาร รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อรับทราบและให้ความยินยอมในการดำเนินการศึกษานอกจากนั้นยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ดังนี้ 1) ความเคารพในบุคคล การตัดสินใจและตระหนักในสิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย 3) หลักยุติธรรม

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การสัมผัสควันบุหรีก่อนดำเนินการวิจัย พบว่า แรงงานที่ป่วยเบาหวานทั้งหมด 130 คน สูบบุหรี่ 52 คน (ร้อยละ 40.0) สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 70 มีผู้ป่วยเบาหวาน 130 คนสัมผัสควันบุหรีในครอบครัว (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยเบาหวานสัมผัสบุหรีมือสอง 116 คน (ร้อยละ 89.23) และทุกคนระบุว่าสัมผัสควันบุหรีที่บริเวณบ้านของตนเองเกือบทุกวัน ผ่าน 4 ช่องทาง ได้แก่



1) สมาชิกครอบครัวและญาติสูบบุหรี่ในบ้าน 2) บ้านเป็นร้านขายของและขายบุหรี่ 3) เพื่อนข้างบ้านที่มีเซตรั้วติดกัน 4) คนอื่นที่หยุดสูบบุหรี่หรือเดินสูบบุหรี่ผ่านถนนหน้าบ้าน สำหรับบ้านที่สัมผัสควันบุหรี่พบว่าสามมีคือคนที่สูบบุหรี่ที่สุด รองลงมาเป็นบุตรเขย บุตรชายและหลานชาย โดยสูบบุหรี่ช่วงเช้าก่อนไปทำงาน หลังรับประทานอาหารเย็นและก่อนนอน ทั้งนี้ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดเป็นเพศชาย

2. ประสบการณ์ลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้านของแรงงานที่ป่วยเป็นเบาหวาน ก่อนการศึกษา พบว่า มีแรงงานที่ป่วยเบาหวาน 52 คน (ร้อยละ 40.0) สัมผัสบุหรี่มือสอง 116 คน (ร้อยละ 89.2) มีประสบการณ์ลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านคนละ 1-2 วิธี จากทั้งหมด 5 วิธี ได้แก่ 1) เดินหนีแต่ยังอยู่ภายในบริเวณบ้านทำให้สัมผัสควันบุหรี่น้อยลง 2) เข้าห้องปิดประตูหน้าต่างช่วยให้สัมผัสควันบุหรี่น้อยลงแต่ก็ยังได้กลิ่น วิธีนี้ทำในช่วงกลางคืนเพราะกลัวอันตรายหากเดินออกบ้าน 3) แสดงท่ารังเกียจบุหรี่ เช่น ปิดจมูกเดินหนี สูดจมูกเสียงดังเอาผ้าปิดจมูก 4) บอกให้ไปสูบบุหรี่ที่อื่นแต่เป็นวิธีที่ใช้บ่อย เพราะเกรงใจผู้สูบบุหรี่ที่ทำงานหนักและคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลาย 5) ขอให้เลิกสูบบุหรี่บ่อยครั้งเคยขอให้เลิกสูบบุหรี่แต่ทะเลาะกันหรือสัมพันธ์ภาพไม่ดีทำได้เพียงการลดปริมาณการสูบลงเท่านั้น

3. กระบวนการสร้างการดูแลแบบหัตถ์ส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ค้นพบกระบวนการสร้างการดูแลแบบหัตถ์ส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านผ่าน 3 รูปแบบ 1) 3 ต้นแบบที่นำสู่กระบวนการสร้างการดูแลแบบหัตถ์ส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน ได้แก่ 1.1) ผู้นำต้นแบบเลิกสูบบุหรี่ คือ เป็นผู้นำในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ที่เดิมตั้งใจเลิกอยู่แล้ว หลายคนอยู่ในช่วงที่กำลังเลิกสำเร็จจึงอาสาเป็นต้นแบบเลิกบุหรี่ ซึ่งผู้นำกลุ่มนี้เป็นสื่อกลางนำสู่การค้นหาครอบครัวต้นแบบ 1.2) ครอบครัวต้นแบบที่พยายามลดการสัมผัสควันบุหรี่แม้ยังไม่สำเร็จแต่มีพันธะสัญญาที่จะลดและเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ 1.3) นักวิชาการต้นแบบที่พร้อมให้คำปรึกษาตลอดเวลา ทั้งนี้วิธีการลดและเลิกบุหรี่ที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงคือ ทิ้ง หนี เบี่ยง ดังนี้ ทิ้งทุกอย่างที่เป็นอุปกรณ์สูบบุหรี่ เช่น บุหรี่ ไฟแช็ค หลีกหนีการอยู่ในบรรยากาศที่ทำให้คิดถึงบุหรี่ เบี่ยงเบนความสนใจจากบุหรี่โดยการทำกิจกรรมอื่น เช่น ฝึกหายใจเข้าออก ผ่อนคลายความรู้สึกตึมน้ำหรืออาบ น้ำช่วยขับสารพิษ 2) ผลิตภัณฑ์และร่วมเรียนรู้จากสื่อ คือ วิดี

ทัศน์ และคู่มือการเลิกบุหรี่ซึ่งนำมาใช้ประกอบการดูแลแบบหัตถ์ส่วนและเรียนรู้ร่วมกันของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน 3) ปรับแผนปฏิบัติการร่วมกันผ่านการสนทนากลุ่มและการประชุมระดมสมอง

4. พลังรักจากครอบครัวช่วยลดสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน จากการเยี่ยมบ้านและสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง แรงงานที่ป่วยเบาหวานได้สะท้อนความรู้สึกและผลลัพธ์การปฏิบัติร่วมกับครอบครัวสรุปผลที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ 1) **ความรักจากครอบครัวทำให้มีอำนาจ** คือกล้าพูดความจริงอย่างจริงจังต่อกันว่าควันบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพสร้างความหวังร่วมกันในครอบครัว 2) **ครอบครัวมีทักษะเสริมพลังบวกด้วยความเกื้อกูลต่อกัน** โดยสร้างบรรยากาศการพูดคุยอย่างผ่อนคลายห้วงหาอาหารกัน ฝึกให้คิดตีบทปฏิบัติต่อกัน ทำให้คนสูบบุหรี่เกิดความระมัดระวังในการสูบบุหรี่ เช่น สูบนอกบ้าน สูบไม่ให้เห็น 3) **กติกาคครอบครัวปลอดควันบุหรี่** เกิดจากความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ต่อสมาชิกครอบครัวและประกาศเป็นบ้านปลอดควันบุหรี่ 4) **ลดผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว** เป็นผลที่เกิดตามมาจากการกติกาคครอบครัวปลอดควันบุหรี่

จากการติดตามการดำเนินการ พบว่า แต่ละครอบครัวเลือกใช้วิธีปฏิบัติเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่แตกต่างกันและหลากหลายตามลักษณะที่เหมาะสมกับครอบครัวตนเอง เช่น ขอคำปรึกษาจากผู้นำต้นแบบที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ กำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ ตั้งกติกาคไม่สูบบุหรี่ใกล้ผู้ป่วย ติดประกาศครอบครัวปลอดบุหรี่ ทั้งนี้พบว่ามี 6 ครอบครัวที่ตั้งเป้าหมายลดจำนวนการสูบบุหรี่ ทำสำเร็จ 4 ครอบครัว ซึ่งมีสมาชิกครอบครัวละ 1 คนที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จดังนี้ **ครอบครัวที่ 1 สามีทำเพื่อภรรยา** เมื่อชมนวีดิทัศน์และภรรยาให้กำลังใจ “ก่อนนั้นไม่รู้ว่าจะสูบบุหรี่อันตรายต่อเบาหวาน ทำไมแฟนผมคุมน้ำตาลไม่ได้ทั้งที่ควบคุมอาหาร จึงลดสูบบุหรี่มา 2 เดือน รู้สึกโล่งไม่คิดถึงบุหรี่แล้ว **ครอบครัวที่ 2 พ่อทำเพื่อลูก** เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่และมีบุตรชายสูบบุหรี่ต้องการเลิกบุหรี่เป็นตัวอย่างให้บุตรชาย “สามีไปพูดคุยกับอสม. ที่เป็นผู้นำต้นแบบ คิดว่าน่าจะเป็นหนทางช่วยให้ครอบครัวทำได้ เราแม่และลูกสาวจะให้กำลังใจจะได้เป็นต้นแบบแก่ลูกชาย” **ครอบครัวที่ 3 ลูกทำเพื่อแม่ที่ป่วยเบาหวาน** ตั้งใจดูแลตนเองเพราะต้องการอยู่ดูแลแม่ “แม่ผมดีใจมากที่อาจารย์ (ผู้ศึกษา) ไปเยี่ยม ผมเห็นแม่ยิ้ม มีความสุขว่าลูกลดลงได้มาก จะได้เลี้ยงแม่ยาวนาน” ซึ่งเป็นเบาหวาน



กล่าวว่า“จิตใจที่ถูกลดบุหรืเหลือ 4-5 มวนต่อวัน ก่อนนั้นสูบ 4 ของ แม่ก็ดมตลอด ตอนนี้อยากคิดว่าน่าจะเลิกได้ที่เหลืออีก 2 ครอบครัวยังได้เพียงลดปริมาณการสูบบุหรืเหลือวันละ 3-4 มวนแต่มีความมุ่งมั่นที่จะลดให้ได้ โดยทั้ง 6 ครอบครัวนี้มีกำลังใจที่จะทำให้สำเร็จต่อไป

การอภิปรายผล

สถานการณ์สัมผัสควันบุหรืในบ้านของแรงงานที่ป่วยเบาหวานพบว่าทั้งแรงงานที่ป่วยเบาหวานเป็นผู้สูบบุหรืเองและบางส่วนไม่สูบบุหรื แต่ทุกคนสัมผัสควันบุหรืในบ้านของตนเองเกือบทุกวันจากสามีเป็นผู้สูบบมากที่สุดรองลงไปคือ บุตรชายและเพื่อนมาเยี่ยมที่บ้านในช่วงเวลาเข้าก่อนไปทำงาน ระหว่างการทำงานและช่วงเย็นก่อนเข้านอนและผู้สูบบุหรืทั้งหมดเป็นเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต แดนสีแก้ว¹⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีการสัมผัสควันบุหรืในบ้านตนเองเกือบทุกวันจากสมาชิกครอบครัวและญาติสูบ เปิดร้านขายของชำและขายบุหรืจึงมีลูกค้าสูบในบ้าน เพื่อนบ้านที่ติดกันสูบ คนอื่นสูบบุหรืที่หน้าบ้านจากการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรืของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปพ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้สูบบุหรื 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9) ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบลดลงยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี และ 41-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยแรงงาน¹ ทั้งนี้ร้อยละ 27.2 ของวัยแรงงาน หรือ 3.3 ล้านคน ได้รับควันบุหรืมือสองในที่ทำงาน และร้อยละ 39.1 ของวัยผู้ใหญ่หรือ 20.5 ล้านคนได้รับควันบุหรืมือสองในบ้าน¹³ นอกจากนั้นอัตราการสูบบุหรืเพศชายมากกว่าเพศหญิง 20 เท่า¹⁴ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนผู้สูบบุหรืเป็นประจำที่สุด ร้อยละ 25.7¹⁵ และพบอัตราการได้รับควันบุหรืมือสองในบ้านร้อยละ 24.5² สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ศึกษามีโอกาสได้รับควันบุหรืมือสองในบ้านมากกว่าพื้นที่อื่นและควันบุหรืมือสองในบ้านถือเป็นแหล่งใหญ่ที่สุดเพราะมาจากทั้งผู้สูบบนออกมาและควันจากมวนบุหรืที่ถูกทิ้ง⁴ ซึ่งการสูบบุหรืหรือได้รับควันบุหรืบ่อยครั้งทำให้เกิดเบาหวาน⁴ และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวาน^{3,6} ทั้งนี้เนื่องบ้านเรือนส่วนใหญ่ของชุมชนแห่งนี้ปลูกสร้างใกล้ชิดติดกัน ส่งผลให้มีโอกาสรับสัมผัสควันบุหรืทั้งจากบ้านตัวเองและเพื่อนบ้าน ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานที่มีกิจกรรมผ่อนคลายระหว่างทำงานและหลังเลิกงานด้วยการตั้งวงดื่มสุราและสูบบุหรืเป็นประจำ ไม่มีใครกล้าบอกให้หยุดสูบ

เพราะเกรงใจและถือว่าเป็นการผ่อนคลายจากการทำงาน¹⁰ ที่ผ่านมามาการควบคุมการสูบบุหรืที่นิยมปฏิบัติคือห้ามสูบบุหรืในที่ทำงาน สถานที่สามารถระดมการสร้างระบบกำจัดควันบุหรื แม้มมาตรการดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพแต่ยังไม่มีการระบุดับที่ปลอดภัยของการได้รับควันบุหรืมือสอง การกำจัดต้นกำเนิดควันบุหรืจึงเป็นสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาเป็นสำคัญ^{10,16} ดังนั้นเมื่อแรงงานที่ป่วยเบาหวานในการศึกษาคั้งนี้ไม่สามารถลดจำนวนการสูบบุหรืได้ การลดการสัมผัสควันบุหรืในครอบครัวยังไม่ได้ผลเช่นกัน

จากการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนสู่การดูแลแบบหุ้นส่วนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรืที่บ้านของแรงงานที่เป็นเบาหวานพบว่าความรักจากครอบครัวทำให้มีพลังมีอำนาจต่อการลดสัมผัสควันบุหรื คือกล่าวบอกว่าควันบุหรือันตรายต่อสุขภาพมีทักษะเสริมพลังบวกด้วยความเกื้อกูลต่อกัน มีบรรยากาศการพูดคุยอย่างผ่อนคลายไม่ตำหนิซึ่งกระบวนการนี้เกิดจากความสามารถของบุคคลที่เรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติกิจกรรม การส่งเสริมจากผู้อื่น การวิเคราะห์จนเกิดความเข้าใจ มีอิสระในการเลือก ควบคุมจัดการและตัดสินใจให้ตนเองประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและเมื่อทำซ้ำจนกลายเป็นความรู้อิสระมีพลังอำนาจในที่สุด¹⁰ ทั้งนี้การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจากการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อจัดการชีวิตตนเอง เกิดความมั่นใจ ตระหนักถึงศักยภาพของตนในการจัดการปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมีความรู้สึกเป็นอิสระในการตัดสินใจ และสามารถพึ่งตนเองได้^{17,18}

ผลลัพธ์ปฏิบัติการเพื่อลดสัมผัสควันบุหรืที่บ้านของครอบครัวแรงงานที่ป่วยเบาหวานมีหลายวิธี ได้แก่ มีกติกาไม่สูบบุหรืในบ้าน ไม่สูบบุหรืใกล้ผู้ป่วย และประกาศเป็นครอบครัวปลอดควันบุหรื ทั้งนี้มี 15 ครอบครัวลดจำนวนผู้สูบบุหรื มี 1 ครอบครัวหยุดบุหรืเกิน 3 เดือน มี 12 ครอบครัวลดปริมาณ 2-3 มวนต่อวัน อสม. และผู้นำชุมชน 50 คน มีทักษะการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรืนอกจากนั้นทุกครอบครัวรับรู้ว่าการช่วยให้ทุกคนในครอบครัวเลิกสูบบุหรืคือวิธีลดการสัมผัสควันบุหรืที่ดีที่สุด แม้จะเป็นเรื่องยากในทางปฏิบัติ แต่เพราะความรักที่มีต่อกันช่วยให้สำเร็จได้ โดยวิธีการลดและเลิกบุหรืเกิดจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงคือทั้ง หนี เบี่ยงออกสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีการปฏิบัติดังนี้ 1) Delay อยู่สูบบุหรืทันทีแต่ให้หัน 1 – 10 ต่อไปเรื่อยๆ 2) Deep breath หายใจ



เข้าออกลึก ๆ อย่างน้อย 10 ครั้ง 3) Drink water ดื่มน้ำซ้า ๆ หรือจิบน้ำบ่อย ๆ 4) Do something else. ทำกิจกรรมอย่างอื่น 5) Destination ปรับเปลี่ยนความคิดให้นึกถึงข้อดีของการเลิกบุหรี่^{10,19} นอกจากนั้นการพูดสะท้อนความรู้สึกให้กำลังใจ จะช่วยสร้างความเข้มแข็งของจิตใจให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้น การเสวนา (Dialogue) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) คือการเลิกสูบบุหรี่จำเป็นต้องเสริมแรงจูงใจตลอดไปสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของซิมเมอร์แมน²⁰ การศึกษานี้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น คือ 1) เปลี่ยนค่านิยมความเป็นชายจากเดิมสูบบุหรี่เป็นความกล้าเลิกสูบบุหรี่ 2) เปลี่ยนสังคมและสิ่งแวดล้อมสามารถใช้ศักยภาพของกลุ่มสร้างทางเลือกใหม่ เกิดความรู้ใหม่เป็นการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการคิดสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ขยายกระบวนการดูแลแบบหุ้่นส่วนชุมชนเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านในผู้ป่วยเรื้อรังทุกประเภทเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงจากระดับชุมชนไปสู่ระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้มีการคัดกรองผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้กระบวนการ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2559.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2011: Warning about the dangers of tobacco [database on the internet].2011 [cite 2012 Jan 21]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html
3. Will J.C, Galuska D.A, Ford E.S, Mokdad A, Calle E.E. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. International Journal of Epidemiology 2001; 30(3): 540-6.
4. Houston T.K, Person S.D, Pletcher M.J, Liu K, Iribarren C, Kiefe C.I. Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study [database on the internet]. 2006 [cite 2012 April 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16603565>
5. Sherman J.J. The Impact of Smoking and Quitting Smoking on Patients with Diabetes. Diabetes Spectrum 2005; 18(4): 202-208.
6. กุศล สุนทรชาติ. โรคเรื้อรังของประชากรในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากร กาญจนบุรี. ประชากรและการพัฒนา 2550; 28(2): 1-2.
7. กาญจนศรี สิงห์ภู. ความรู้เรื่องบุหรี่ และการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ขอนแก่น: งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2550.
8. ดุสิต จันทยานนท์. ความชุกของการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ สถานีอนามัยวัดพระญาติการาม ตำบลไผ่ลิง อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. นนทบุรี: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2556.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. [ออนไลน์]. 2558 [ค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2561]. สืบค้นจาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>
10. สมจิต แดนสีแก้ว และเพชรไสว ลิ้มตระกูล. การเสริมพลังอำนาจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2557; 17(10): 5-10.
11. Day C. Family Partnership Model: Supporting Families who have Multiple Needs. London: National Academy for Parenting Practitioners, UK; 2008.
12. Courtney R. Community partnership primary care: a new paradigm for primary care. Public Health Nurse 1995; 12(6): 366-73.



13. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ตัวเลขเตือนภัยบุหรี่ (ออนไลน์). 2552 [ค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2553]. สืบค้นจาก: www.ashthailand.or.th.
14. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. การสื่อสารสาธารณะและประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและได้ผล เพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
15. World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey: Thailand Report, 2011. GATS. 2011. Fact Sheet Thailand 2011. [database on the internet]. 2012 [cite 2012 Jan 21]. Available from: http://www.searo.who.int/tobacco/surveillance/Global_Adult_Tobacco_Survey_Thailand_Report_2011.pdf
16. วรวิทย์ เจริญศิริ. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ(ออนไลน์). 2552 [ค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2553]. สืบค้นจาก: <http://www.rvp.co.th/knowledge/SaftyDriving/indexalcohol04.htm>
17. Figar S, Galarza C, Petrik E, Hornstein L, Rodríguez LG, Waisman G, et al. Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly Persons. A Randomized Controlled Trial. American Journal of Hypertension 2006; 19(7): 737-743.
18. Chaiwat S, Rojpalakorn P. Self-help group: Self-care management in diabetic and hypertension. J Public Health Nurse 2004; 18(2): 20-32.
19. จันทนา แรงสิงห์. การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่: บทบาทที่ทำนายของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(2): 17-24.
20. Zimmerman MA. "Empowerment theory: Psychological, Organizational, and Community Level of Analysis". In Rappaport J, Seidman E (eds.). Handbook of Community Psychology. York: Kluwer/Plenum; 2000.