การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยเรื้อรังในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉิน*

สมจิต แดนสีแก้ว ศศ.ด.** ดลวิวัฒน์ แสนโสม ปร.ด.*** วาสนา รวยสูงเนิน PhD***
นพนันท์ ชัยภูมิ พย.ม.**** ภัทรวรรณ นิสยันต์ พย.ม.***** เกษม ดำนอก พย.ม.******

บทคัดย่อ

ภาวะฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจตีบมีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้จึงมุ่งเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การสร้างแรงจูงใจสมาชิกครอบครัวในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉิน เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง คือ 11 ชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ร่วมวิจัย 295 คน ได้แก่ ผู้ป่วย 100 คน จาก 100 ครอบครัว ผู้ดูแล 90 คน อสม.56 คน ผู้นำชุมชน 44 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน ดำเนินการวิจัย 1 ปี จาก ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง กันยายน พ.ศ. 2561 แบ่งเป็น 2 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม 2) เปิดประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ 4) ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาต่อ

ผลการศึกษา พบว่า มีครอบครัวผู้ป่วยที่ปลอดบุหรี่คือไม่มีสมาชิกสูบบุหรี่เพียง ร้อยละ 34 ผู้สูบได้แก่ สามีของผู้ป่วย บุตร บุตรเขย และผู้ป่วยที่ยังสูบเป็นเพศชาย 28 คน มีเพศหญิง 4 คน โดยสมาชิกครอบครัวยอมรับการสูบบุหรี่ว่าเป็นการดำเนินชีวิตตามวิถีวัฒนธรรมของชุมชนทั้งๆ ที่ผู้ป่วยทุกคนเคยได้รับการบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ เหนือสิ่งอื่นใด คือ ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทั้งๆ ที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะเส้นเลือดสมองแตกและเป็นโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ดังนั้นหลังการระดมสมองเรื่องการสร้างบ้านปลอดบุหรี่จึงมีผู้ป่วยและครอบครัวสนใจ ประกอบกับทุกชุมชนมีบุคคลที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 2-3 คน เข้าร่วมประชุมจึงมีผู้อาสานำพาเพื่อนผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และมีแผนปฏิบัติการร่วม 4 แนวทาง ได้แก่ 1) ร่วมจัดทำคู่มือเรื่องอันตรายและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยเรื้อรัง และ คาถาการเลิกสูบบุหรี่จากประสบการณ์จริงของชุมชน 2) อบรมกลุ่มบุคคลที่สนใจร่วมสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม ค้นหาวิธีเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละครอบครัว 4) ติดตามประเมินผล ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมแรงจูงใจสม่ำเสมอ หลังดำเนินงาน 1 ปี ใน 11 ชุมชนตาม 4 แนวทาง พบว่า มีครอบครัวปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 62 ครอบครัว ยังมีผู้ป่วยที่ลดการสูบบุหรี่แต่ยังสูบบุหรี่อีก 12 คน เป็นเพศชายทั้งหมด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ยินดีนำแนวปฏิบัติดังกล่าวเข้าสู่การดำเนินงานปกติของ รพ.สต. และ จะมีการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกชุมชนอย่างต่อเนื่อง

---

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การเสริมพลังอำนาจชุมชนในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
******พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพอง อำเภอจกราช จังหวัดนครราชสีมา

Empowering People with Chronic Illness to Create Smoke-Free Homes for Emergency Condition Prevention*

Somjit Daenseekaew PhD**, Donwiwat Saensome PhD***, Wasana Ruaisungnoen PhD***
Noppanan Chaiyapoom MNS****, Pattharawan Nissayan MNS*****, Kasem Damnok MNS******

Abstract

Emergency condition, stroke and myocardial infarction may be occurred among people with non communicable disease who smoke. This Participatory Action Research (PAR) aimed to empower people with non-communicable disease (NCD) to motivate family member to set up Smoke – Free Homes for emergency condition prevention. The purposive study setting included 11 communities of Ban Phue Health Promoting Hospital, Moung district, Khon Kaen. There were 295 participants included 100 people with NCD from 100 families, 90 care givers from difference family, 56 health volunteers, 44 community leaders, and 5 health personals. Research process was divided into 2 cycles and 4 phases in each cycle during 1 year (October, 2017- September 2018): 1) assessing smoking and quit smoking situation by in-depth interviews and focus group discussion; 2) brain storming for setting up strategic plans; 3) implementing through family participation in controlling smoking; and 4) evaluating and concluding for further development.

The results revealed that: There were 34% of NCD people have Smoke-Free Home. Smokers were husband, son in law, son, and also people with NCD (28 male, 4 female). All of family members accepted smoking is normal life of their culture even they received the information from health personal about stop and avoid smoking. Moreover, all of patients didn't know the relationship of emergency conditions and smoking among people with NCD even they had experiences about caring for NCD with stroke and STEMI. After brain storming; the participants were interested to join this project, moreover, every community had 2-3 ex-smokers who need to join as the idol to motivate stop smoke. The participants also initiated 4 strategies; 1) asking for hand book about regimen to stop smoking from communities' experiences and how to prevent emergency condition among NCD, 2) training stop smoking volunteers to motivate family members to create Free Smoke Home, 3) NCD home visit by stop smoking volunteers to initiate appropriated method for each family to stop smoking, 4) continuing evaluation by brain storming through community experiences. After 1 years running this project, there were increased Smoke-Free Home to 62 families, still had 12 male NCD smokers, moreover, health personals and health volunteers committed to include these strategies to routine work of health promoting hospital and community need to train more volunteers in order to expand the project through the entire population of community. The Smoke-Free Home would keep as sustainable project, and stop smoking volunteers were key person in each community who could continue counseling for those smokers at all times if stopped smoking needed.

*This article is a part of a research namely "Community Empowerment in Creating Smoke-Free Homes to Prevent Emergency Condition among People with Chronic Illness" Funded by Khon Kaen University.

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University
***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
****Lecture, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
******Register Nurse, Ban Phue Heath Promoting Hospital, Muaeng, Khon Kaen
******Register Nurse, Doung Phong Heath Promoting Hospital, Chakrah, Nakhonrahchasima

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะผิดปกติของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง[1] ส่วนโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง หรือ ST-Elevation myocardial infarction (STEMI) คือโรคที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการอุดตันอย่างสมบูรณ์[2] ซึ่งทั้งสองโรคเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤติหรือฉุกเฉินที่ไม่สามารถทำนายได้ล่วงหน้า แต่ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

โรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่ป้องกันได้ หากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Disease, NCD) ได้แก่ ผู้ที่มีไขมันสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากไขมันจับที่ผนังด้านในหลอดเลือดจนเป็นแผ่นค่อยๆ สะสมพอกตัวหนาขึ้น จนหลอดเลือดตีบแข็งและทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งมาก ค่าแรงดันของเลือดต่อผนังหลอดเลือดจึงสูงจนทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง[3] หรือ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากเส้นเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ ตันหรือแตก[4]

ประเทศไทยพบผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงใน พ.ศ. 2555 จำนวน 3,398,412 คน อัตราความชุกเป็น 5,288.01 ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2551 ซึ่งพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 727,209 คนอัตราการนอนโรงพยาบาลเป็น 1,150.39 ต่อแสนประชากรและปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1,009,385 อัตราการนอนโรงพยาบาลเป็น 1,570.63 ต่อแสนประชากร ถือว่ามีอัตราการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า[5] และที่สำคัญยิ่งคือกระทรวงสาธารณสุขรายงานเพิ่มเติมว่ามีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2551 พบผู้เสียชีวิตจำนวน 2,463 คน อัตราการเสียชีวิตเป็น 3.64 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2555 พบผู้เสียชีวิตจำนวน 3,684 คน อัตราการเสียชีวิตเป็น 5.73 ต่อแสนประชากร ถือว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า[6]

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 336,265 คน อัตราอุบัติการณ์ 523.24 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2551-2555 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 1,799,977 คน อัตราความชุก 2,800.80 ต่อ แสนประชากร[7] โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) ประมาณร้อยละ 20-25[8] จากสถิติทั่วโลก พบว่า จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน จะเสียชีวิต 20 คน ส่วนที่รอดชีวิต 80 คน จะมีความพิการสูงถึง 60 คน มีเพียง 20 คนเท่านั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ[9] จึงกล่าวได้ว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตและระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองยังคงที่ ส่งผลกระทบทำให้ประชากรเสียชีวิตและเกิดความพิการมากขึ้น[10]

การเผชิญปัญหาการตายและการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ในสังคมโลกและสังคมไทยเป็นโจทย์ที่ท้าทายนักพัฒนาจากหลายวิชาชีพ โดยเฉพาะในคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD clinic) ของทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยได้พยายามต่อสู้กับบุหรี่ในหลายรูปแบบ[10] เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การขยายคลินิกบำบัดบุหรี่ให้มากขึ้น รวมถึงการปฏิบัติการสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่ตามประกาศกฎหมายการควบคุมบุหรี่ในที่สาธารณะของประเทศไทย แต่ยังพบการใช้บุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้กลายเป็นปัญหาที่สลับซ้ำซ้อนยิ่งขึ้น[11] ปัจจุบันทั่วโลกมีการรักษาที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่สังคมไทยกลับพบภาวะแทรกซ้อนอย่างฉุกเฉินและเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ ทำให้ประเทศชาติและครอบครัวเสียค่ารักษาพยาบาลสูง[12]

คณะผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้นำชุมชนใน 11 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากขึ้น และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสูบบุหรี่มากเช่นกัน จึงให้ความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเพื่อช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพและลดเงื่อนไขที่นำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ จึงสนใจร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยเพื่อเสริมพลังผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉิน จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างการเรียนรู้บนพื้นฐานของความรักความ

เกื้อกูลกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน จนร่วมกันแก้ปัญหาได้ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นสุขในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) ศึกษาสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศึกษา คือ 11 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2) เสริมศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเลิกสูบบุหรี่และการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จริง ความคิด ความรู้ ความเชื่อ ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมาสะท้อนให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมเรียนรู้จากการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมค้นหาปัญหาและศักยภาพของผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันหาข้อตกลงในการวางแผนร่วมกัน ร่วมปฏิบัติตามแผน และร่วมประเมินสรุปมุมมองของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ด้วยศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการพัฒนาแนวทางจนสอดคล้องกับวิถีชีวิตต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR)

พื้นที่วิจัย ได้แก่ 11 ชุมชนในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยอยู่อาศัย และมีนักวิจัยเป็นบุคลากรของ รพ.สต. นี้ ทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในตำบลนี้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เป็นคนเชื้อชาติไทย ใช้ภาษาลาวอีสานเป็นภาษาท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยทุกคนสามารถสื่อสารได้ และเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น จึงมีความคุ้นเคยกับผู้ร่วมวิจัยและผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ 6 วิธี และนำข้อมูลมายืนยันกัน (Methodology triangulation) จนได้ข้อมูลครอบคลุมข้อเท็จจริงให้น่าเชื่อถือ ได้แก่

1) **การสัมภาษณ์เชิงลึก** (In-depth interview) มีผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จาก 11 ชุมชนๆ ละ 3-4 คน รวม 43 คน เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 20 คน และอาสาสมัครมาเป็นแกนนำต้านบุหรี่ มีกลุ่มผู้ป่วยที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่เลิกไม่ได้จึงยังสูบบุหรี่และมีความประสงค์อยากเลิกสูบบุหรี่ 23 คน

2) **การสนทนากลุ่ม** (Focus group discussion) มีผู้ร่วมวิจัย (Participants) ที่ยินดีเข้าร่วมสนทนากลุ่มจาก 11 ชุมชน ทั้งหมด 7 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว 2 กลุ่ม 14 คน 2) กลุ่มแกนนำชุมชน 1 กลุ่ม 11 คน 3) กลุ่มผู้ป่วยที่สนใจเลิกสูบบุหรี่ 2 กลุ่ม 18 คน 4) กลุ่มแม่บ้านที่ต้องการให้สามีและบุตรเลิกสูบบุหรี่ 2 กลุ่ม 20 คน การสนทนากลุ่มทำเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและเป็นการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

3) **การประชุมระดมสมอง (Brain storming)** โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) จัดประชุมที่ รพ.สต. วันที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชุมทั้งหมด 4 ครั้ง มี อสม. ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำจาก 11 ชุมชนๆ ละ 3-4 คน มีผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองครั้งละประมาณ 50-60 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนและผู้สนใจสมัครเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ถึงความพยายามในการเลิกบุหรี่ ความสำเร็จ ความล้มเหลว ความพยายามเข้าถึงบุหรี่ และร่วมกันระบุปัญหา รวบรวมความต้องการในการเลิกสูบบุหรี่และการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันบุหรี่มือสอง

ครั้งที่ 2 ประชุมกำหนดแผน โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนบทเรียนการสร้างบ้านปลอดบุหรี่และจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับแต่ละชุมชน ใน 6 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่ของผู้ป่วย ประเมินความรู้

ความคิด ความเชื่อ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ การกระตุ้นให้ชุมชนสะท้อนคิดและตรวจสอบความถูกต้อง รวมถึงการเพิ่มเติมข้อมูล และเปิดโอกาสให้อภิปรายกันอย่างอิสระ เพื่อร่วมหาแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อสร้างบ้านปลอดบุหรี่ตามบริบทของแต่ละชุมชนที่สามารถจะดำเนินการได้

ครั้งที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงแผน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์ สรุปบทเรียน สังเคราะห์ความรู้ใหม่ และกำหนดวิธีการดำเนินงานเพิ่มเติม เน้นการร่วมเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเลิกสูบบุหรี่

ครั้งที่ 4 ประเมินสรุปผลการดำเนินงานตลอดโครงการ ผู้วิจัยเชิญประชุมผู้ร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่และการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ ร่วมสังเคราะห์ความรู้ใหม่ และแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการสร้างบ้านปลอดบุหรี่

4) **การสังเกตแบบมีส่วนร่วม** (Participant observation) ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัยตลอดเวลา ในขณะที่สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองทุกครั้ง โดยแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยขอสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมกิจกรรมทุกคน

5) **การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม** (Non-participant observation) ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัยและบรรยากาศในชุมชน โดยเฉพาะการเข้าร่วมประเพณีของชุมชน ร้านค้าและแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยแจ้งให้ผู้นำชุมชนทราบ

6) **บันทึกภาคสนาม** ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลจากทุกกิจกรรมอย่างละเอียด และมีการขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) **แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก** เป็นการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาคำตอบที่ช่วยสะท้อนความคิด ความรู้สึกที่มีอยู่ในใจของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างในแต่ละคน ทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้ฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งแนวคำถามที่ใช้ในกิจกรรมการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับมุมมองของชุมชนต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ สถานการณ์การสูบบุหรี่ กลุ่มที่สูบบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนในชุมชน วิธีการ ความคิด ความเชื่อ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

2) **แนวทางการสนทนากลุ่ม** เป็นแนวคำถามเพื่อให้ผู้ร่วมสนทนาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ และแนวทางการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ เพื่อส่งเสริมการสะท้อนคิด กระตุ้นให้เข้าใจตนเองและเพื่อนที่ร่วมสนทนา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ให้กับผู้ป่วย และเป็นการใช้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในประเด็นความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลใน การเลิกสูบบุหรี่ และแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ

3) **แนวทางการประชุมระดมสมอง** ประกอบด้วย การแจ้งวัตถุประสงค์โครงการ และคำถามปลายเปิดเพื่อเป็นแนวทางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ระบุปัญหา และความต้องการการเลิกสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การนำเสนอผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนและร่วมกันหาแนวทางการสร้างบ้านปลอดบุหรี่และขยายเครือข่าย ตามบริบทของชุมชนให้ครอบคลุมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด

4) **แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม** ใช้แนวทางเดียวกัน ซึ่ง ประกอบด้วย ลักษณะสภาพแวดล้อมชุมชน สภาพการตั้งบ้านเรือน วิถีชีวิตของคนในชุมชน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัว ศักยภาพของครอบครัว รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ การบำบัดผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนการดำเนินการ การดำเนินงานมี 2 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 มุ่งสร้างจิตอาสานำการเปลี่ยนแปลงบ้านให้ปลอดบุหรี่ ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 6 เดือน เริ่มจากขั้นตอนที่ **1.1) การวิเคราะห์สถานการณ์การสูบและค้นหาผู้เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ**เรื้อรัง โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม และนำ

ข้อมูลมาร่วมประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ 1.2) **ประชุมวางแผนการอบรมจิตอาสาพาเพื่อนเลิกบุหรี่** โดยมุ่งสร้างเวทีสะท้อนคิดจากผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วและผู้ป่วยที่ต้องการเลิกสูบ ศึกษาแนวคิดความเชื่อ กำหนดแนวการสร้างแรงจูงใจ แนวทางการสร้างความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่ และ แนวปฏิบัติ **1.3) ดำเนินการสร้างแรงจูงใจการเลิกสูบบุหรี่** สร้างความตระหนักของครอบครัวในการส่งเสริมสมาชิกเลิกสูบบุหรี่ และการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันการสัมผัสบุหรี่มือสอง **1.4) ประเมินสรุปรูปแบบ** ประชุมร่วมกันสรุปแนวทางการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเรื้อรัง หลังจากดำเนินการวิจัยครบ 6 เดือนแรก

วงรอบที่ 2 ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวขยายผลโครงการ เพื่อเพิ่มการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ ใช้เวลาดำเนินการวิจัย 6 เดือน เริ่มจากขั้นตอนที่ 2.1) **พัฒนากลไกการทำงานของจิตอาสาจากบ้านปลอดบุหรี่** โดยประชุมนำเสนอผลการประเมินการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มาสะท้อนคิดและค้นหาปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของการเพิ่มผู้เลิกสูบบุหรี่และเพิ่มบ้านปลอดบุหรี่ 2.2) **วางแผนการทำงานร่วมกันโดยกลุ่ม**อาสาสมัครจิตอาสาพาเพื่อนเลิกบุหรี่ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลสุขภาพชุมชน คือ อสม. ร่วมกับผู้ป่วย และผู้วิจัย 2.3) **ปฏิบัติการร่วมเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว** โดยการมีส่วนร่วมและประเมินผลการพัฒนาร่วมกัน **2.4) การติดตามผลสรุปบทเรียน** โดยกลุ่มแกนนำและผู้วิจัยทุกเดือนจากการประชุมระดมสมอง ติดตามเยี่ยม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย และมีการประชุมระดมสมอง หลังจากปฏิบัติการครบ 6 เดือน หรือดำเนินการวิจัยเดือนที่ 12 เพื่อร่วมประเมินผลลัพธ์และสรุปบทเรียนร่วมกันโดยผู้วิจัยได้จัดประชุมระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัยผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสรุปผลลัพธ์ของการพัฒนา คือ 1) ประเมินสถานการณ์การเลิกสูบบุหรี่ การสร้างบ้านปลอดบุหรี่หลังดำเนินโครงการ 2) สังเคราะห์ความรู้ในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ 3) สรุปองค์ประกอบของเครือข่าย ผู้ป่วย ผู้นำชุมชนและระหว่างชุมชนของ รพ.สต.

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งรับรองวิธีวิจัยและเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์ทำวิจัยเชิงคุณภาพมามากจึงตระหนักเรื่องนี้ดี ผู้วิจัยได้แจ้งการนัดหมาย แจ้งวัตถุประสงค์และประเด็นคำถามของทุกกิจกรรมให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบและเลือกเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ ผู้ให้ข้อมูลหลักจึงสมัครใจเป็นผู้ร่วมวิจัยที่สามารถเตรียมข้อมูลมาแลกเปลี่ยนอย่างมีเป้าหมายเดียวกัน ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทุกคนให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ให้โอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และข้อเท็จจริงทุกระยะ ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรม ประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ให้เกียรติให้ความเคารพ และความไว้วางใจ ใช้เทคนิคการเปิดประเด็นหลัก ตามด้วยคำถามตามติด และการเจาะลึกหาคำตอบ โดยไม่คาดคั้นหรือบังคับ มีการสังเกตและให้ความสนใจถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา ผู้วิจัยได้แจ้งว่าการเก็บข้อมูลจะยุติทันทีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการหยุด การวิเคราะห์และนำเสนอจะทำเป็นภาพรวม ไม่เจาะจงว่าเป็นข้อมูลของใคร และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วจะทำลายหลักฐานจากภาพถ่าย เทปบันทึก และสมุดบันทึก ซึ่งจะป้องกันไม่ให้ผู้อ่านสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด มีการเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันทุกวัน อ่านบันทึกซ้ำหลายครั้ง และขีดเส้นใต้คำสำคัญเพื่อค้นหาข้อมูลที่ให้รายละเอียดเพิ่มเติม แยกประเภทของคำสำคัญและจัดหมวดหมู่ หลังจากนั้นได้นำข้อความมาร้อยเรียงตามความเป็นเหตุเป็นผล และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล นำข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตไปเสนอต่อที่ประชุมสมาชิกชุมชนเพื่อการยืนยันผลการวิเคราะห์ ทำเช่นนี้จนเสร็จสิ้นกระบวนการศึกษา

ผลการวิจัย

1. **สถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** จากผู้ร่วมวิจัย 295 คน ได้แก่ ผู้ป่วย 100 คน จาก 100 ครอบครัว ผู้ดูแล 90 คน มีครอบครัวผู้ป่วยที่มีสมาชิกสูบบุหรี่ และผู้ป่วยสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้านของตนทุกวัน 66 ครอบครัว (ร้อยละ 66) ผู้สูบในครอบครัว ได้แก่ สามีของ

ผู้ป่วย บุตร บุตรเขย ในจำนวนนี้มีครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นผู้ที่ยังสูบหรี่ด้วย (ร้อยละ 32) ซึ่งเป็นเพศชาย 28 คน มีเพศหญิง 4 คน อัตราส่วนเพศของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เพศชายต่อเพศหญิงเป็น 7:1 โดยสมาชิกครอบครัวยอมรับการสูบบุหรี่ในเพศชายว่าเป็นการดำเนินชีวิตตามวิถีวัฒนธรรมของชุมชน ส่วนเพศหญิงติดจากการที่ได้ลองสูบกับสามีซึ่งไปทำงานรับจ้างร่วมกัน ผู้ป่วยทุกคนเคยได้รับการบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ แต่จากการประเมินด้านความรู้ พบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับการเกิดภาวะฉุกเฉิน และทุกคนยอมรับว่าเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะเส้นเลือดสมองแตกและเป็นโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทั้งๆ ที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะเส้นเลือดสมองแตกและเป็นโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

1.1 แรงเสริมให้บ้านผู้ป่วยเรื้อรังปลอดบุหรี่ จากการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่มีสมาชิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 34 เนื่องจากสุขภาพที่แย่ลง ไม่แข็งแรงเท่าเดิม และได้รับการบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ ปัจจัยเกื้อหนุนที่มีผลต่อความสำเร็จในการที่ผู้ป่วยพยายามเลิกสูบบุหรี่ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ **1) ตัวผู้ป่วยใจแข็งตั้งใจ** ผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ คือ ผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบ ซึ่งเกิดจากความห่วงใยต่อสุขภาพของตนเอง ตัดสินใจโยนบุหรี่ทิ้ง ดื่มน้ำ รับประทานอาหารไม่คิดถึงบุหรี่ ใจแข็ง ชมเชยตัวเอง ใจแข็งๆๆ **2) ครอบครัวหนุนเสริม** ปัจจัยที่หนุนเสริมให้ผู้ป่วยใจแข็งกล้าเลิกและเลิกสูบบุหรี่ได้ คือ ความรักและความห่วงใยต่อสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว สมาชิกครอบครัวให้กำลังใจ ยกย่อง ดูแล ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ให้เหงา พาออกกำลังกาย **3) ชุมชนส่งเสริมและให้กำลังใจ** ได้แก่ ญาติพี่น้องให้โอกาส ให้ความไว้วางใจให้เป็นผู้รับผิดชอบพาญาติไปตรวจสุขภาพ และให้โอกาสดูแลสุขภาพญาติพี่น้องและสมาชิกคนอื่นที่อาศัยร่วมชุมชน ชวนเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และชุมชนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เสริมแรงใจให้เลิกบุหรี่ได้ คือ การชื่นชม ยกย่อง ชวนทำกิจกรรมยืดเวลา การเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ เช่น ที่ศาลากลางบ้าน บ้านผู้ป่วยเรื้อรัง วัด โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่สำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเรื้อรัง หรือ อุปสรรคที่ส่งผลรบกวนร่างกายและจิตใจจนทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ต้องหันไปหยิบบุหรี่มาสูบอีก มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) **ความไม่สุขสบายของร่างกาย ความเครียด ความเหงา ทุกข์ทรมาน** ความทุกข์ความลำบากเหล่านี้เพิ่มความปรารถนาในการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นมากตอน 4-5 วันหลังเลิกสูบบุหรี่ จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนอ่อนแอ จึงกลับไปหยิบบุหรี่มาสูบอีก **2) สัมพันธภาพที่ไม่ดีของครอบครัว** การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจด้านสุขภาพจากสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวไม่ได้ใส่ใจด้านสุขภาพกันและกัน ไม่ให้กำลังใจ จึงมีสมาชิกครอบครัวที่พยายามเลิกบุหรี่แล้วทำไม่สำเร็จจึงต้องหวนกลับมาสูบบุหรี่อีก **3) การยอมรับผู้สูบบุหรี่ของชุมชน** จากการรับรู้ของชุมชนที่เห็นการสูบบุหรี่เป็นวัฒนธรรมชุมชนซึ่งมีสมาชิกชุมชนสูบบุหรี่เป็นกิจวัตรประจำวัน ชุมชนมีสถานที่ตั้งวงดื่มสุรา จึงเป็นแรงกระตุ้นให้มีเพื่อนร่วมสูบบุหรี่ลดความเหงาได้ด้วย

2. การเสริมศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเลิกสูบบุหรี่และการสร้างบ้านปลอดบุหรี่เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะฉุกเฉิน หลังการระดมสมองเรื่องการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ มีผู้ป่วยและครอบครัวสนใจสร้างบ้านปลอดบุหรี่ ประกอบกับทุกชุมชนมีบุคคลที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 2-3 คน เข้าร่วมประชุมจึงมีผู้อาสานำพาเพื่อนผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และมีแผนปฏิบัติการร่วม 4 แนวทาง ได้แก่ 1) ร่วมจัดทำคู่มือเรื่องอันตรายและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยเรื้อรัง และ คาถาการเลิกสูบบุหรี่จากประสบการณ์จริงของชุมชน 2) อบรมกลุ่มบุคคลที่สนใจร่วมสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครจิตอาสาที่ผ่านการอบรม ค้นหาวิธีเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละครอบครัว 4) ติดตามประเมินผล ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมแรงจูงใจสม่ำเสมอ หลังการดำเนินงาน 1 ปี ใน 11 ชุมชนตาม 4 แนวทาง พบว่า มีครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 62 ครอบครัว ยังมีผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อีก 12 คน เป็นเพศชายทั้งหมด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ยินดีนำแนวปฏิบัติดังกล่าวเข้าสู่การดำเนินงานปกติของ รพ.สต. และ จะมีการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่สมาชิกชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่ สมาชิกชุมชนต้องการควบคุมจำนวนของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยเพิ่มและการเสียชีวิต หรือพิการ และยังเชิญชวนให้ผู้สูบบุหรี่เป็นตัวอย่างให้ลูกหลานไม่ให้เป็นนักสูบหน้าใหม่ จึงกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันว่า **1) ชุมชนต้องการผู้ให้การปรึกษาเพิ่มมากขึ้น** โดยส่งเสริมให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ กลายเป็นตัวอย่าง และเป็นผู้นำช่วยเป็นผู้ให้คำแนะนำโดยเฉพาะในช่วงที่ผู้เลิกสูบเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการหยุดสูบบุหรี่ และ ต้องการเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันอันตรายจากการสูบบุหรี่ กลวิธีนี้ช่วยให้เชิญชวนการเลิกบุหรี่จนเป็นกิจกรรมที่ อสม. และผู้ป่วยสนใจเพื่อให้กิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในชุมชนยั่งยืน จึงพบว่า อสม. ให้คำแนะนำในคลินิกผู้ป่วยเรื้อรังจนเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนควบคุมการสูบบุหรี่

จากการสังเกตกิจกรรมที่คลินิคผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนมากสนใจทุกกิจกรรมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การระบุสาเหตุ หรือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผน ปฏิบัติการและประเมินผลเพื่อทบทวนแผนปฏิบัติการ เพื่อให้ได้กลวิธีที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่ มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการวิจัย คือ อาสาสมัครผู้ป่วยเรื้อรังควบคุมการสูบบุหรี่ และผู้นำชุมชนร่วมเสริมหนุนการเลิกสูบบุหรี่ พากันร่วมประชาสัมพันธ์ ร่วมผลิตสื่อ ร่วมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมสร้างบ้านปลอดบุหรี่ผ่านการให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัว มีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ และขยายไปยังกลุ่มผู้ดูแลและผู้ได้รับผลกระทบ เช่น กลุ่มแม่บ้าน

การดำเนินงานตลอด 1 ปี มีการประชุมเพื่อการประเมินผล และเพื่อปรับกลวิธีในการดำเนินงานทุกเดือนในทุกชุมชน พบว่า ชุมชน มีอาสาสมัครที่มีความสามารถในการประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษา มีสื่อหมอลำ อย่างไรก็ตามเราพบว่ามีชุมชนที่ร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ 10 ชุมชน อีก 1 ชุมชน อาสาสมัครเข้าร่วมไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากขาดผู้นำที่สนใจติดภารกิจ และเป็นผู้นำใหม่ ประกอบกับหมู่บ้านแยกห่างจากหมู่บ้านอื่นมาก ทำให้การเดินทางมา รพ.สต.ไม่สะดวก จึงมีการเข้าร่วมไม่สม่ำเสมอ

ข้อสรุปจากการประชุมครั้งสุดท้ายว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวและไม่พิการ ครอบครัวต้องการสนับสนุนให้เกิดการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ให้ปอดของทุกคนสะอาด การสร้างบ้านปลอดบุหรี่เป็นการสร้างวินัยให้ครอบครัวที่สมาชิกทุกคนของครอบครัวต้องร่วมสร้าง ต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้ครอบครัวปลอดควันบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจระดับชุมชนโดยยกย่องให้ทุกคนที่ร่วมเป็นหุ้นส่วนควบคุมบุหรี่ และชุมชนร่วมสร้างค่านิยมครอบครัวไร้ควันบุหรี่

การอภิปรายผล

1. ความสำเร็จของการเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งชุมชนนี้ประสบผลสำเร็จในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่จากการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้หญิงซึ่งเป็นภรรยา หรือ ยาย ย่า ที่ไม่ใช่คนสูบบุหรี่ ครอบครัวจึงร่วมสร้างวินัยครอบครัว ซึ่งเป็นผลจากหลายพลังจากครอบครัว ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายในของผู้ป่วยเรื้อรัง (Intrinsic motivation)[6] 2) การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตัดสินใจเลิกสูบ ถือเป็นแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation)[9] 3) แรงจูงใจจากสมาชิกชุมชนที่ใกล้ชิด สัมผัสได้อยู่เสมอๆ จึงมีพลังพอที่ทำให้สมาชิกครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจ[12] และสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่กล่าวว่า บุคคลถ้าเกิดความตระหนักแล้วส่งผลให้มีความตั้งใจจริงและทำได้ โดยวิธีการสร้างแรงจูงใจนี้มีความแตกต่างกันออกไป[10] ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อตามธรรมชาติในแต่ละบุคคล แรงจูงใจจากความรักความผูกพันจากผู้คนรอบข้าง โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัว[11] ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลตรงกันว่า การที่ตนเองเลิกสูบบุหรี่ได้เนื่องจากความผูกพันที่มีต่อคนที่ตนรักและเคารพศรัทธาเชื่อถือตามความสำคัญของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2. **ความไม่สำเร็จของการสร้างบ้านปลดบุหรี่** กล่าวคือยังมีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ทั้งๆ ที่เขาตั้งใจเลิกสูบเพื่อช่วยสมาชิกครอบครัวที่เขารักและต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความล้มเหลว มี 3ปัจจัย ที่ส่งผลตรงข้ามกับปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ **1) อาการขาดบุหรี่ที่ทนทุกข์ทรมาน** ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่เลิกสูบแสดงอาการเจ็บป่วย มีความไม่สุขสบาย เช่น อาการ

ร้อนๆ หนาวๆ ผู้ป่วยเองก็ทนให้คนที่รัก คือ สามี ลูก หรือลูกเขยที่ตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เพื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์หลุด หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย รับประทานอาหารไม่อร่อย ปวดศีรษะ เจ็บแสบผิวหนัง ตลอดจนความกังวลใจ ซึ่งพบในหลายๆ งานวิจัย ที่กล่าวว่าเมื่อหยุดสูบบุหรี่ปริมาณของสารสื่อประสาทจะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไปและเกิดอาการถอนนิโคติน (Smoking withdrawal symptom, syndrome)[12,13] ดังนั้นครอบครัวจึงยอมให้ผู้สูบบุหรี่สูบต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนบุหรี่ จึงสรุปร่วมกันว่าเป็นความอ่อนแอของทั้งครอบครัวส่งผลให้สร้างบ้านปลอดบุหรี่ไม่ได้

3. การเสริมหนุนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างบ้านปลอดบุหรี่สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

เนื่องจากสมาชิกชุมชนต้องการควบคุมจำนวนของผู้สูบบุหรี่ และต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับลูกหลานนานๆ ไม่มีความพิการเป็นภาระของบุตรหลาน และต้องการป้องกันลูกหลานไม่ให้เป็นผู้ป่วยโดยการเป็นนักสูบหน้าใหม่ จึงสรุปข้อเสนอแนะว่า ชุมชนต้องการผู้ให้การปรึกษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้เลิกสูบเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการหยุดสูบบุหรี่[14,15] และต้องการเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และอันตรายจากการสูบบุหรี่[16,17] กลวิธีที่ช่วยให้โครงการควบคุมการสูบบุหรี่ในบ้านผู้ป่วยและชุมชนยั่งยืน คือ การร่วมกิจกรรมการเยี่ยมติดตามให้กำลังใจของเครือข่ายชุมชนเพื่อสร้างบ้านและพื้นที่ปลอดบุหรี่ จึงควรมีการเชิญชวนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทุกกิจกรรมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การระบุสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผน ปฏิบัติการและประเมินผลเพื่อทบทวนแผนปฏิบัติการ เพื่อให้ได้กลวิธีที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การร่วมรณรงค์เลิกบุหรี่ในชุมชน มีความสำคัญต่อการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ จึงเป็นการปฏิบัติการเชิงสังคมเชิงรุก ซึ่งเกิดผลไม่เพียงสร้างบ้านปลอดบุหรี่สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น แต่เป็นการร่วมกิจกรรมรวมพลังเพื่อสร้างภาวะสังคมไทยปลอดบุหรี่และเป็นโอกาสสร้างความเข้มแข็งของสังคมขึ้นมาจากครอบครัวและชุมชนจากฐานรากของการเอื้ออาทรต่อคนที่เรารัก เอื้ออาทรต่อสังคม[17] งานวิจัยนี้จึงเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) มีสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรังยังขาดความเข้าใจอาการหลังเลิกสูบและการจัดการอาการ ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้อง และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครให้การปรึกษาและช่วยเหลือ ที่สามารถประสานบุคลากรสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญให้การปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในเวลาที่ต้องการ เพื่อการดูแลและรักษาผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) ควรเพิ่มบ้านปลอดบุหรี่ให้ครอบคลุมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ในชุมชนให้มากขึ้น เป็น Free Smoking Zone เพื่อใช้เป็นแรงเสริม ได้แก่ บ้านผู้ที่เลิกบุหรี่ ศาลากลางบ้าน ศาลหลักบ้าน และที่สาธารณะในชุมชน

3) องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควรมีการพัฒนาคลินิคผู้ป่วยเรื้อรังให้เป็นศูนย์การเรียนรู้เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ของชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Facts and figures about stroke. Retrieved January 4, 2016, from: http://www.world-stroke.org/ for-patients/facts-and-figures-about-stroke; 2014
2. Central Chest Institute of Thailand. Standard for the treatment of patients with acute myocardial ischemia. Nontaburi: sukhumvit printing; 2012.
3. World Health Organization, and World Heart Federation, WHO, WHF. Cardiovascular harms from tobacco use and secondhand smoke: Global gaps in awareness and implications for action. Accessed on April 27, 2015 at http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/cardiovascular_harms_from_tobacco_use.pdf; 2012.
4. Centers for Disease Control, CDC. A report of the Surgeon General : How tobacco smoke causes disease. Retrieved April 25, 2015 from http://www.cdc.gov/tobacco; 2010.

5. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Thailand. Manual for changing behavior in quality NCD clinics. Bangkok: The Agriculture Co-operative Federation of Thailand, LTD; 2015.
6. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health Thailand 2014. Health statistic. [database on internet]. 2015 [cited 2015 April 25]. Available from : http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation /statistic55/statistic55.html
7. Thai hypertension Society. General Practice Guidelines for the treatment of hypertension (Revised edition). [database on internet]. 2018 [cited 2018 April 25]. Available from: http://www. thaihypertension.org; 2018
8. Centers for Disease Control, CDC. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Department of Health and Human Services; 2012.
9. Centers for Disease Control, CDC. Health Effects of Cigarette Smoking. Retrieved April 25, 2015 from http://www.cdc.gov/tobacco; 2014.
10. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. the King. Guidelines for the practice of caring for patients with ischemic heart disease in Thailand, revised in 2014. Bangkok: SriMuang printing company; 2014
11. Central Chest Institute Of Thailand. Standard for the treatment of patients with acute myocardial ischemia. Nontaburi: sukhumvit printing; 2007.
12. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS Seventh Edition 2015. Belgium: Karakas Print; 2015
13. Sopon Mekthon. Thai Health Organization. [database on internet]. 2014 [cited 2016 April 15]. Available from: http://www.thaihealth.or.th/ Content/24452
14. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. The situation of tobacco control in Thailand. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2012.
15. Renoo Srinam. Project of Community Participation in Smoking Control in Samproa Sub district, Muang District, Udontani Province. Master of Nursing Science research. Khon Kaen University; 2013.
16. Daenseekaew S, Klungklang R. A Study of Substance Use and Strengthening Sugar Cane Truck Drivers Abilities to Control Substance Use. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand ; 2009.
17. Daenseekaew S, Srisontisuk S, Thongkrajar E, Sriruecha P. Mobilizing Communities to Combat Illicit Drug Use in Northeast Thailand. Thai Journal Nursing Research 2005; 9 (3): 141-153.