



หมู่บ้านต้นแบบ ลด และ เลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม
บ้านหนองย่างจีน หมู่ที่ 7 ตำบลหนองย่างจีน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม
Development of smoking -free community model by community participation
in Ban Nongyangchin moo 7, ThambonNongyangchin, Reanunakhon district,
NakhonPanom province.

นายสมภพ	แสงจันทร์
ศส.พิพัฒน์พงศ์	เข็มปัญญา
นายนิยม	บัวชุม
นางสาวแอนนา	บุญบุบผา
นายอภิชาติ	หงษาวงษ์
นางสาวแมรี่	พลหาญ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

กันยายน 2556

Research Title Development of smoking-free community model by community participation in Ban Nongyangchin moo 7, TambonNongyangchin,Reanunakhon district, NakhonPanom province.

Authors Sompop Sangchan, Asst. Prof.Pipatpong Kempanya, Niyom Beauchumn, Anna Boonbupha, Apichat Hongsawong and Marry Phonlok

Abstract.

Objectives of this participatory action research were to develop smoking-free community using participatory approach and the effects of its development in Ban Nongyangchin moo 7, TambonNongyangchin,Reanunakhon district, NakhonPanom province. Participants were 15 smokers in their households. Activities were conducted between August 2012-July 2013 by community leaders. There are 6 steps of development of smoke-free community including: 1) Analysis of smoking situation in community. 2) Building capacity of community leaders through 1 day-workshop.3) The strategies for smoking-free public place, smoking cessation, and smoking prevention.4) Evaluation The community leaders responsible for each activity report progress of the development monthly in community meeting.5) Reflecting activities by community leaders. Problems, obstacles, and solutions were analyzed. 6) Solutions were re-implemented to address the smoking situation in the community continuously.

For outcomes of the development, 16 community leaders were selected from community members to mobilize the tobacco use problem in community, 15 smokers participated in smoking cessation activities and 33.33% of them successfully stop. For community , the community policy regarding tobacco control was developed. Smoking-free public places including community , Ferveral ceremony, religious ceremony and wedding ceremony were identified. Individual household of community leaders and quitters were also smoke-free areas. Moreover, community radio station has played roles in providing knowledge on adverse effects of tobacco. One convenient store also voluntarily declare to be a smoke-free area.

Model for smoke-free community development uses the strategies that address smoking problem in the community that appropriate with the community needs and context. It strengthens community action to control tobacco use which could have negative health on their community members. It can be implemented with low costs resulting in saving budget to the nation during the economic crisis. This model could be applied to other community settings.

ชื่อเรื่องวิจัยหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7

ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

ผู้วิจัย สมภพ แสงจันทร์ ผศ.พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา และนิยม บัวชุม นางสาวแอนนา บุญบุผา
อภิชาติ หงษ์วางษ์ และเมธี พลหาญ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7 ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ลด ละ เลิก บุหรี่ ในชุมชน จำนวน 15 คน และครอบครัว ผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 15 ครอบครัวโดยมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2555 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ มี 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและปัญหาการสูบบุหรี่ร่วมกับแกนนำ ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ และตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2) พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนชุมชนที่รับผิดชอบโครงการและประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วันพร้อมกำหนดกิจกรรมและวางแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3) นำแผนที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติด้วยมาตรการ 3 ด้าน ได้แก่ด้านกฎหมายหรือมาตรการทางสังคม มีการประกาศสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ และมีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎของชุมชน ด้านการบำบัดผู้สูบบุหรี่ และด้านการป้องกัน ขั้นตอนที่ 4) การติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง ขั้นตอนที่ 5) สะท้อนการปฏิบัติโดยกลุ่มแกนนำชุมชนเรียนรู้ร่วมกัน และวิเคราะห์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ขั้นตอนที่ 6) นำแนวทางใหม่ที่ได้ไปปฏิบัติตามสถานการณ์จริงเพื่อการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า ด้านแกนนำชุมชน มีแกนนำชุมชนที่รับผิดชอบเลือกจากสมาชิกชุมชนให้เป็นผู้ร่วมดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแก้ไข ปัญหาของการสูบบุหรี่ในชุมชนจำนวน 16 คน ด้านผู้สูบบุหรี่พบว่า มีผู้สมัครใจเข้าร่วมบำบัดจำนวน 15 คน หลังเสร็จสิ้นโครงการ มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านชุมชนพบว่า มีการกำหนดและประกาศใช้ในนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน โดยประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ได้แก่ งานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่และครอบคลุมถึงสถานที่ส่วนบุคคล ได้แก่บ้านแกนนำชุมชน และบ้านผู้เลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีวิทยุชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี่และประกาศบ้านหนองย่างชั้นหมู่ 7 เป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่

ชื่อเรื่องวิจัยหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7

ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

ผู้วิจัย สมภพ แสงจันทร์ ผศ.พิพัฒน์พงศ์ เข็มปัญญา และนิยม บัวชุม นางสาวแอนนา บุญบุผา
อภิชาติ หงษาวงษ์ และเมธี พลหาญ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7 ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ลด ละ เลิก บุหรี่ ในชุมชน จำนวน 15 คน และครอบครัว ผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 15 ครอบครัวโดยมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2555 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ มี 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและปัญหาการสูบบุหรี่ร่วมกับแกนนำ ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ และตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2) พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนชุมชนที่รับผิดชอบโครงการและประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วันพร้อมกำหนดกิจกรรมและวางแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3) นำแผนที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติด้วยมาตรการ 3 ด้าน ได้แก่ด้านกฎหมายหรือมาตรการทางสังคม มีการประกาศสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ และมีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎของชุมชน ด้านการบำบัดผู้สูบบุหรี่ และด้านการป้องกัน ขั้นตอนที่ 4) การติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง ขั้นตอนที่ 5) สะท้อนการปฏิบัติโดยกลุ่มแกนนำชุมชนเรียนรู้ร่วมกัน และวิเคราะห์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ขั้นตอนที่ 6) นำแนวทางใหม่ที่ได้ไปปฏิบัติตามสถานการณ์จริงเพื่อการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า ด้านแกนนำชุมชน มีแกนนำชุมชนที่รับผิดชอบเลือกจากสมาชิกชุมชนให้เป็นผู้ร่วมดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแก้ไข ปัญหาของการสูบบุหรี่ในชุมชนจำนวน 16 คน ด้านผู้สูบบุหรี่พบว่า มีผู้สมัครใจเข้าร่วมบำบัดจำนวน 15 คน หลังเสร็จสิ้นโครงการ มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านชุมชนพบว่า มีการกำหนดและประกาศใช้ในนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน โดยประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ได้แก่ งานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่และครอบคลุมถึงสถานที่ส่วนบุคคล ได้แก่บ้านแกนนำชุมชน และบ้านผู้เลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีวิทยุชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี่และประกาศบ้านหนองย่างชั้นหมู่ 7 เป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทที่ 1 บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัยหลัก	2
คำถามวิจัยย่อย	2
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำจำกัดความ	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	4
มิติสมัชชาสุขภาพเรื่องยาสูบ	18
บุหรี่และยาสูบ	30
CIPP MODEL	35
การมีส่วนร่วมของชุมชนใน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
สรุปกรอบความคิด	44

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	45
ขอบเขตการศึกษา	45
พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย	45
เครื่องมือในการวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
บริบทของพื้นที่	47
สถานการณ์ผู้ติดบุหรี่และสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน	50
แนวทางในการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่	53
รูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำสมัชชารัฐสภาแห่งชาติเรื่องยาสูบ	57
บทที่ 5 อภิปรายผลสรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	61
อภิปรายผลการวิจัย	64
ข้อเสนอแนะ	67

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ที่สูบบุหรี่	51

สารบัญภาพ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

44

บทที่ 1 บทนำ

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตมนุษย์เป็นลักษณะนามที่ใช้เรียกสัตว์โลกอันประเสริฐชนิดหนึ่งที่มีลักษณะที่แตกต่างไปจากสัตว์โลกชนิดต่างๆในรูปธรรมของมนุษย์มันประกอบด้วยส่วนประกอบหลากหลายชนิดที่มีการเรียกกันว่าอวัยวะของร่างกายในโลกยุคปัจจุบันร่างกายของมนุษย์เราได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายๆอย่าง โดยการสัมผัสโดยตรงหรือจากการสัมผัสโดยอ้อมโดยการรู้เท่าไม่ถึงการณ์บ้างและทั้งๆที่รู้บ้างด้วยเหตุผลต่างๆนานาที่แต่ละคนจะหยิบยกมาอ้างร่างกายหรืออวัยวะต่างๆของมนุษย์เราซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ต่างๆ โดยการประสานการทำงานที่ถูกสร้างขึ้นอย่างเชื่อมโยงต่อกันขององค์ประกอบของร่างกายหรือชีวิตเหล่านี้ได้ถูกคุกคามจากภายนอกโดยการประพฤติปฏิบัติของเจ้าของชีวิตเองด้วยการกระทำต่าง ๆ ที่เรียกกันว่าพฤติกรรมของคนสิ่งเหล่านี้นำไปซึ่งการมีผลต่อสุขภาพ(องค์รวม) ต่อตนเองและต่อบุคคลข้างเคียงการสูบบุหรี่เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลคุกคามต่ออวัยวะที่สำคัญของมนุษย์เรา

แนวคิดที่ว่าสมาชิกของชุมชนเป็นผู้รู้ปัญหาและได้รับผลกระทบของปัญหาและถ้าสมาชิกชุมชนมีทักษะในการระบุปัญหาวิเคราะห์ความเป็นมาและสาเหตุของปัญหาแล้วชุมชนจะสามารถกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับชุมชนตลอดจนรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่วนเจ้าหน้าที่หรือผู้พัฒนามีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนอำนวยความสะดวกให้ชุมชนมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นโดยใช้กระบวนการให้ชุมชนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มสามารถค้นพบศักยภาพของตนเองมีทักษะในการแก้ไขปัญหาและการจัดการซึ่งกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้กับชุมชนต้องยืดหยุ่น สอดคล้องกับสถานการณ์ให้เกิดความสนใจไม่น่าเบื่อด้วยกระบวนการเรียนรู้ร่วมดำเนินการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเอง โดยเน้นปัญหาของชุมชนและประชาชนในชุมชนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเพื่อนำไปสู่การคิดอ่านร่วมมือแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืนของชุมชนต่อไป

ในอดีตที่ผ่านมาการดูแลสุขภาพจะมีการกระจุกตัวในด้านการจัดการขาดการบูรณาการและการดำเนินงานที่ไม่เป็นองค์รวมไม่มีการประสานงานที่จริงจังและชัดเจนกระตุ้นให้มีการหันมาร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพโดยเปิดโอกาสในกลุ่มองค์กรต่างๆเข้ามามีส่วนร่วม ขาดการบูรณาการและการดำเนินงานที่ไม่เป็นองค์รวมไม่มีการประสานงานที่จริงจังและชัดเจนกระตุ้นให้มีการหันมาร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆที่ผ่านมามีองค์กรหลักเช่นกระทรวงสาธารณสุขก็จะมีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมุ่งประเด็นไปในด้านมิติสุขภาพทางร่างกายและหยุดอยู่ที่โรคและการเจ็บป่วยแต่เพียงด้านเดียวโดยขาดมุมมองและความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพในมิติทางด้านที่จะนำมาให้สุขภาพสบายใจครบถ้วนรอบด้านสิ่งแวดล้อมยั่งยืนและการเรียนรู้กว้างไกลสู่พี่น้องประชาชนเพื่อนำมาซึ่งความอยู่เย็นเป็นสุขและยั่งยืน

ในการส่งเสริม รมรณรงค์ให้ประชาชนลดและเลิกการสูบบุหรี่ที่ผ่านมายังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายผู้สูบบุหรี่เหล่านี้อย่างจริงจังมักเป็นการดำเนินงานของทางภาครัฐเป็นส่วนใหญ่

ในการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครพนมมีเป้าหมายให้กลุ่มคน องค์กร ภาคีเครือข่ายพันธมิตร เสริมสร้างสุขภาพประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมกระบวนการทำงานให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัย เด็กและเยาวชนในชุมชนกลุ่มผู้สูงอายุอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ตลอดจนประชาชนกลุ่ม เครือข่ายต่างๆดังนั้นทางคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครพนม กลุ่มเครือข่ายในจังหวัดนครพนม ได้ ร่วมกันวิเคราะห์ถึงศักยภาพของพื้นที่ที่จะดำเนินการในการนำมติสมัชชาสุขภาพเรื่องยาสูบลงมาปฏิบัติการ ในพื้นที่จึงมีการประสานพูดคุยกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภออำเภอเรณูนครซึ่งมี บทบาทและภาระหน้าที่โดยตรงในการเป็นแกนนำในการเสริมสร้างสุขภาพป้องกันโรคแก่ประชาชนใน พื้นที่ระดับตำบลเพื่อนำไปสู่ชีวิตที่มีสุขภาวะและคุณภาพที่ดีต่อไปจึงได้เลือกพื้นที่เป้าหมายโครงการ หมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมขึ้นที่หมู่บ้านหนองอ่างซัน หมู่ที่ 7 ตำบลหนองอ่างซัน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนมเพื่อนำไปสู่การร่วมแรงร่วมใจในการโน้มนำไปสู่การลดละเลิกอบายมุขสิ่ง เสพติของประชาชนและการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของภาคีเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพในมิติ ต่างๆต่อไป

จากสถิติข้อมูลประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ของจังหวัดนครพนมในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามี ประชากรที่สูบบุหรี่จำนวน 145,951 คน คิดเป็นร้อยละ 24.64 และจัดเป็นลำดับที่ 58 ของประเทศตำบล หนองอ่างซันมีทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 2,814คน และมีคนสูบบุหรี่ 147 คน คิดเป็นร้อยละ 5.22 บ้านหนองอ่างซันหมู่ 7 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 240 คน และมีคนสูบบุหรี่ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 7.08 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 2554) จากข้อมูลสถิติการสูบบุหรี่ของ จังหวัดนครพนมจะเห็นว่าเป็นลำดับที่ 58 ของประเทศ ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเชิง ปฏิบัติการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัด นครพนมหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิก บุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม

2. คำถามการวิจัยหลัก

การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัด นครพนมในการสร้างรูปธรรมหมู่บ้าน ต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร

คำถามวิจัยย่อย

1. หมู่บ้านต้นแบบลดละเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมสามารถนำไปสู่นโยบายการปฏิบัติ จริงได้อย่างไร
2. หมู่บ้านต้นแบบสามารถ ลด ละเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมได้อย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ติดบุหรี่ในหมู่บ้านต้นแบบ
- 2) เพื่อศึกษาผลกระทบ และให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่ของหมู่บ้านต้นแบบ
- 3) เพื่อศึกษาหาแนวทางในการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบในการลดละเลิกบุหรี่
- 4) เพื่อค้นหากระบวนการขับเคลื่อนหนุนเสริมการนำมติสมัชชาเรื่องยาสูบไปสู่ภาคปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดนครพนม

4. คำจำกัดความ

หมู่บ้านต้นแบบ ในการลด ละ และเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมหมายถึงหมู่บ้านที่มีการจัดการปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยให้คนในชุมชนได้ค้นหาปัญหาสถานการณ์ของคนสูบบุหรี่ในชุมชน ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และหาแนวทางวิธีการให้คนในชุมชนไม่สูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและจัดการปัญหาโดยตัวของชุมชนเอง

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีข้อมูลและองค์ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านหนองย่างซัน หมู่ที่ 7 ตำบลหนองย่างซัน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบการแก้ปัญหาในระยะยาว
2. ได้แนวทางในทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านหนองย่างซัน หมู่ที่ 7 ตำบลหนองย่างซัน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม
3. ได้รูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดนครพนม
4. ทราบถึงปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดนครพนม ซึ่งจะนำไปสู่การนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. มติสมัชชาสุขภาพเรื่องยาสูบ
3. เนื้อหาบุหรี่และยาสูบ
4. CIPP MODEL
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน (พรบ.สุขภาพ 7 ร)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปกรอบความคิด

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีคุณลักษณะหลายประการแตกต่างไปจากการวิจัยแบบปกติทั่วไป เช่นกระบวนการที่ใช้สามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่มีพันธะกรณีระหว่างนักวิจัยกับชุมชนรอบของการดำเนินงานกำหนดขึ้นโดยกลุ่มคนในพื้นที่วิจัยจุดเน้นของการวิจัยเริ่มที่คนเป็นหลัก โดยทำให้คนมีคุณค่า มีความภูมิใจในการกระทำเป้าหมายของการวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของกลุ่มคนในพื้นที่ที่ตามเงื่อนไขที่เหมาะสมและตามความจำเป็นเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนถึงแม้ว่าแต่ละคนจะแตกต่างในด้านพื้นฐานทักษะและโครงสร้างทางสังคม แต่นักวิจัยเชื่อมั่น ในความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ของคนจึงต้องการให้คนเหล่านั้นมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยจะไม่กำหนดกรอบที่ตายตัวแต่ผ่อนสั้นผ่อนยาวตามลักษณะของชุมชนใช้วิธีการดำเนินการที่เรียบง่ายซึ่งคนในชุมชนรู้จักคุ้นเคยและมีทางเลือกหลากหลายนักวิจัยมองชุมชนอย่างองค์รวมในลักษณะประสานสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ตามมาตรฐานเฉพาะพื้นที่นั้น ๆ ข้อมูลที่ศึกษา มีลักษณะเป็นนามธรรม ค่านิยมความรู้สึก และความพอใจของคนในชุมชนการดำเนินการใช้หลักประชาธิปไตยโดยให้กลุ่มคนในพื้นที่มีการตัดสินใจร่วมกันมีการสร้างกำลังและอำนาจในการคิดและการต่อรองให้ได้รับความสำเร็จในสิ่งที่คนในชุมชนอยากทำส่งเสริมวัฒนธรรมการพึ่งตนเองผู้ได้รับผลประโยชน์ต้องเป็นผู้ลงมือกระทำหรือมีส่วนร่วมให้โครงการประสบผลสำเร็จผลลัพธ์ที่ได้ ไม่เน้นวัตถุ แต่เน้นความสามารถของคนในชุมชน เน้นการเรียนรู้และความพอใจของผลที่ได้รับ (พันธุ์ทิพย์รามสูตร, ม.ป.ป. : 60-63)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบของการวิจัยที่นักวิจัยมีความเกี่ยวข้องในฐานะเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนหนึ่งขององค์กรและการเป็นนักวิจัยเป็นการนำแนวคิดและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการศึกษาโดยผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยช่วยกันแสวงหารูปแบบของการพัฒนาหรือหาวิธีการแก้ปัญหาที่มีการพัฒนาความสำคัญในการวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของตนเอง (สมโภชน์อ่อนเกตุช.2548)

สรุปการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหมายถึงผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยในลักษณะที่เป็นความร่วมมือกันที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกันในการร่วมคิดร่วมปฏิบัติและร่วมกันประเมินผลมีรูปแบบล่างขึ้นบนจึงมีความเป็นประชาธิปไตยสูงเปรียบได้กับการใช้ทฤษฎี Y ทฤษฎี Maturity Organization (Selena Rezvani, M.S.W) ทฤษฎี System 4 (R. Likert and Likert 1976) เปรียบได้กับการใช้ภาวะผู้นำแบบยึดผู้ปฏิบัติเป็นศูนย์กลางแบบมีส่วนร่วม แบบมอบอำนาจ แบบความเป็นเพื่อนหรือมุ่งคนนำเอาหลักการบริหารแบบยึดพื้นที่เป็นฐาน (Site Based Management : SBM) เป็นการนำแนวคิดและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการศึกษากระบวนการวิจัยช่วยกันแสวงหารูปแบบของการพัฒนาหรือหาวิธีการแก้ปัญหาที่มีการพัฒนาความสำคัญในการวิเคราะห์วิจารณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของตนเอง

1.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพองค์กร ประชาชนชุมชนและชีวิตครอบครัว (Stringer, 1999, Cited in Creswell, 2002 : 609) โดยมีสาระที่สำคัญคือการใช้กระบวนการวิจัยเพื่อส่งเสริมจุดมุ่งหมายของความเสมอภาคและความเป็นประชาธิปไตยเปิดกว้างให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดความร่วมมือในการตัดสินใจมีความเห็นร่วมกันทั้งในฐานะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กรและเป็นผู้ร่วมกระทำกิจกรรมการวิจัยบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันนอกจากนี้ในทางการเมืองการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยังมีจุดเน้นที่การกระจายอำนาจทางการเมืองไปสู่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดวิธีการปฏิบัติในโครงการวิจัยนั้นการร่วมกันปฏิบัติในการดำเนินการวิจัยเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการวิจัย รูปแบบนี้ดังนั้นก็การมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลในการวิจัย จะทำให้คนส่วนใหญ่เกิดความเข้าใจที่ดีในรายละเอียดและทำให้เกิดข้อปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมวิถีชีวิตในส่วนที่เกี่ยวข้องตลอดจนวิธีการที่จะต้องปฏิบัติทั้งหมด (Merriam, 2002 : 138-139) เมื่อพิจารณาบทบาทของนักวิจัยจะพบว่านักวิจัยมีบทบาทเป็นสมาชิกในบางด้านขององค์กรเป็นผู้มีส่วนร่วมตลอดกระบวนการของวิจัยในองค์กรนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรนักวิจัยจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งในสถานะภาพของสมาชิกในองค์กรและการเป็นนักวิจัยบทบาทเหล่านี้จะกำหนดให้นักวิจัย

ต้องพัฒนาข้อสรุปที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง (Valid Conclusions) เพื่อนำไปสู่การสร้างความเข้าใจ ลักษณะเฉพาะของกลุ่มคนในองค์กรและเกิดความพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น (Schutt, 1996 : 432, 584)

1.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีรูปแบบที่แตกต่างกันและมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่นการวิจัยโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Inquiry) การวิจัยปฏิบัติการแบบร่วมมือ (Collaborative Action Research) การวิจัยปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Critical Action Research) เป็นต้น คุณค่าของการวิจัยแบบนี้คือ กระบวนการของความร่วมมือ (Stringer, 1999 : 9 ; Kemmis&McTaggart, 2000 : 567 ; Mills, 2000 : 7, Cited in Creswell, 2002 : 609)ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นสูงและไม่ควร กำหนดเวลาในการวิจัยหรือกิจกรรมไว้ล่วงหน้ารวมทั้งตระหนักถึงภูมิปัญญาของชาวบ้านว่ามีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ (สมอาจ วงศ์ขมทอง, 2536 : 5 อ้างถึงใน ประพิน วัฒนกิจ ,2542 : 140)

เคมมิสและวิลคินสัน (Kemmis.& Wilkinson, 1988 cited in Creswell, 2002 : 609-610)ได้สรุป ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไว้ 6 ประการ คือ 1) เป็นกระบวนการทางสังคมที่ นักวิจัยมีเจตนาขยายความสัมพันธ์ของบุคคลแต่ละบุคคลกับบุคคลอื่นๆเพื่อทำความเข้าใจว่าแต่ละบุคคล สร้างความสัมพันธ์หรือพฤติกรรมผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างไร 2) รูปแบบของการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วม หมายความว่าแต่ละคนจะเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ตนทำแล้วเสนอความรู้และความคิดเห็นสู่บุคคลอื่น รวมทั้งผลักดันให้เกิดการกระทำร่วมกัน 3) เป็นความร่วมมือในการปฏิบัติร่วมกันเพราะการวิจัยจะมีความ สมบูรณ์ต้องเกิดจากการกระทำของผู้ที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชน หรือสร้างความรู้ให้กับ องค์กรทางสังคมเพื่อลดความไม่สมเหตุสมผล ความล้มเหลว และความไม่ยุติธรรม ในการปฏิบัติหรือจาก ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ 4) การดำเนินงานไม่มีการบังคับทุกคนมีอิสระจากกฎเกณฑ์ที่ไม่มีเหตุผลและ โครงสร้างที่ไม่ยุติธรรมซึ่งเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาตนเอง 5) ช่วยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความเป็นอิสระใน ตัวเอง จากข้อกำหนดต่าง ๆ เช่น สื่อภาษาและกระบวนการทำงาน เป็นต้น 6) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันได้อีกโดยการพิจารณาผลที่สะท้อนกลับและเหตุผลที่เหมาะสมเพราะเป็น กระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ

1.4 วิธีการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีลักษณะร่วมกันกับการวิจัยปฏิบัติการหลายประการจึงขอสร้างความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการครั้งนี้การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของการแสวงหาความรู้ความจริงอย่างเป็นระบบโดยผู้ที่ปฏิบัติมีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้เทคนิคกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของตน (Gall & Others, 1999 : 468) ลักษณะของการวิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาคำตอบของปัญหาที่ ำไปในระดับย่อยหรือเฉพาะท้องถิ่น โดยอาจศึกษาจากกลุ่มเฉพาะเล็ก ๆ ซึ่งการวิจัยลักษณะนี้ไม่เคร่งครัดในกฎเกณฑ์และรูปแบบเหมือนกับวิธีการวิจัยตามปกติการวิจัยปฏิบัติการเป็นสิ่งที่มีความหมายเป็นงานวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงสิ่งที่ได้จากข้อค้นพบที่มีคุณภาพจากข้อมูลในการวิจัยเข้ากับประสิทธิผลของระบบที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยนั้น (Fryer & Feather, 1994 : 230) และใช้ข้อค้นพบนั้นไปปรับปรุงหรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพิจารณากระบวนการวิจัยปฏิบัติการจะพบว่า มีลักษณะเป็นเกลียวของการคิดการพิจารณา และการกระทำ ซึ่งเรียกว่า “เกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting Spiral)” ซึ่งเสนอไว้โดย สตริงเกอร์ (Stringer, 2007:9) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ความเป็นปัญหาอะไร (Look) 2) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) ซึ่งรูปแบบลักษณะนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแนวเส้นตรงกระบวนการทั้งหลายสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำอีกและจะมีการปรับปรุงกระบวนการและการให้ความหมายในขั้นตอนต่อไป

เครสเวลล์ (Creswell, 2002 : 614) ได้สรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้ 1) มีจุดเน้นไปสู่การนำไปปฏิบัติ 2) การดำเนินการวิจัยมีการปฏิบัติร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) เป็นความร่วมมือกันระหว่างนักวิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัย 4) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic Process) ของเกลียวปฏิสัมพันธ์ที่มีกระบวนการย้อนกลับและนำไปสู่การพัฒนาขั้นต่อไป (Back and Forth) จากผลสะท้อนของสิ่งที่ปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการปฏิบัติ 5) การพัฒนาแผนการดำเนินงานต้องสามารถนำไปปฏิบัติได้ 6) มีการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียนในท้องถิ่น ชุมชนและบุคลากรทางการศึกษา เป็นต้นแม้ว่าการวิจัยปฏิบัติการและการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะมีลักษณะร่วมกันหลายประการแต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญ คือการวิจัยปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในการดำรงชีวิตประจำวัน (Reason & Bradbury, 2001 : 2 cited in Donna, 2004 : 536) ดังนั้นระเบียบวิธีการวิจัยจึงต้องการมาตรฐานทางทฤษฎีที่มากเพียงพอต่อการนำไปใช้และการนำไปปฏิบัติ (Donna, 2004 : 536) ส่วนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อสร้างความรู้และกระตุ้นประชาชนธรรมดา (Borda&Rahman, 1999 cited in Donna, 2004 : 538) ซึ่งกระบวนการนี้มีการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีอำนาจและการไร้อำนาจของบุคคลในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีสิทธิมีเสียงในการกำหนดนโยบายหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองโดยเน้นความร่วมมือที่ทุกคนมีอำนาจอย่างเท่าเทียมกันทั้งตัวผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนกระบวนการ

ของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตมีความยืดหยุ่นในการดำเนินการสูง และเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุก ๆ คนที่เกี่ยวข้องซึ่ง พันธุ์ทิพย์ งามสุด (มปป. : 42-43) ได้เสนอกระบวนการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1) การเตรียมชุมชนเพื่อที่จะให้ชุมชนมีความพร้อมในการเข้ามีส่วนร่วมในการวิจัยในระดับที่เสมอภาคกัน

2) อบรมนักวิจัยร่วมจากชุมชนเพื่อเตรียมนักวิจัยในท้องถิ่นให้มีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ในท้องถิ่นบทบาทของผู้นำที่เป็นนักวิจัยท้องถิ่น การจัดองค์การชุมชนรูปแบบของผู้นำการสนับสนุนและมนุษยสัมพันธ์

3) กำหนดรูปแบบการวิจัยโดยกลุ่มนักวิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันกำหนดรูปแบบการวิจัย เช่น การพิจารณารายละเอียดปัญหาทั่วไปที่ชุมชนได้เลือกขึ้นมา การจำแนกออกเป็นปัญหาย่อย ๆ เพื่อที่จะสามารถทำการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาได้ทีละส่วนกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการเครื่องมือที่จะใช้ รูปแบบคำถาม วิธีการถามกลุ่มและขนาดของตัวอย่าง เป็นต้น

4) ลงมือเก็บรวบรวมข้อมูล

5) ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มนักวิจัยท้องถิ่นจะร่วมกันประมวลผลและสรุปข้อมูลให้ข้อสังเกตหรือข้อวิจารณ์สิ่งที่พบวิเคราะห์ว่าเหตุใดจึงได้ข้อมูลเช่นนั้น เขียนสรุปสิ่งที่พบออกอย่างกว้าง ๆ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะประกอบ

6)หารือข้อค้นพบกับชุมชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอคืนต่อชุมชนให้มีโอกาสตรวจสอบและแก้ไขให้เกิดความถูกต้อง ตลอดจนทำการวิเคราะห์ สรุปประเด็นหรือชี้แนะประเด็นสำคัญให้แก่กลุ่มนักวิจัย

7) วางแผนชุมชน โดยการอบรมกลุ่มที่ทำหน้าที่วางแผนให้สามารถเขียนโครงการได้รวมทั้งมีความสามารถในการจัดองค์การชุมชนด้วยโครงการที่กลุ่มวางแผนเขียนขึ้นนี้จะต้องนำมาปรึกษาหารือกับชุมชนให้ชุมชนตรวจสอบแก้ไขและรับรองก่อนนำไปเสนอขอรับการสนับสนุนจากองค์การที่เกี่ยวข้องต่อไป

8) นำแผนไปปฏิบัติ โดยการระดมทรัพยากรต่าง ๆ ตลอดจนองค์การประชาชนต่าง ๆ ในชุมชนมาร่วมปฏิบัติตามแผนที่จัดวางขึ้นจากพื้นฐานข้อมูลที่เป็นผลมาจากการศึกษาร่วมกัน

9) ติดตามกำกับและประเมินผลในชุมชน โดยกลุ่มนักวิจัยร่วมกับชุมชนข้อควรพิจารณาในการเลือกชุมชนเป้าหมายควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดเลือกมีการพิจารณาศักยภาพของชุมชน และศึกษาข้อมูลที่สำคัญของชุมชนนั้นมาก่อนการเข้าสู่ชุมชนต้องทำความรู้จักชุมชน หาความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องสร้างความคุ้นเคยกับบุคคลผู้นำชุมชน และกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนการเลือกทีมนักวิจัยท้องถิ่นที่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ตลอดโครงการจากนั้นนักวิจัยร่วมกับนักวิจัยท้องถิ่นจะทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่จำเป็นหลังจากทำการวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลเสร็จแล้วต้องนำข้อมูลเหล่านั้นเสนอให้ชุมชนรับทราบมีการแนะนำกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้แก่ประชาชนทำ

การพัฒนาทัศนคติของประชาชนให้รู้จักการทำงานร่วมกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการทำการวิจัยจัดกิจกรรมการวิจัยขนาดเล็กเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้ทักษะในการทำการวิจัยซึ่งทุกคนจะต้องเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการในการพัฒนาเลือกปัญหาที่จะทำการวิจัยซึ่งปัญหานั้นต้องสามารถจะหาคำตอบมาแก้ปัญหานั้นได้จากนั้นจึงหาทางเลือก และวิธีการต่าง ๆ มาใช้ ในขั้นตอนต่อไปจะมีการวางแผนการวิจัยการวางแผนการปฏิบัติ การกำกับดูแล ติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลการเขียนรายงานการวิจัย ถ้าการดำเนินการประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีประชาชนในชุมชนนั้นสามารถนำกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลับมาใช้ใหม่โดยไม่ต้องมีนักวิจัยจากภายนอกมาช่วยดำเนินการและเป็นการเริ่มต้นวงจรต่อไปของกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของชุมชนนั่นเอง

1.5 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Mckernan (1996) ได้อธิบายลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ 9 ประการ โดยอาศัยแนวคิดของ Elliott (1978) ดังนี้

- 1) ปัญหาที่นำมาวิจัย ต้องเป็นปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน
- 2) ปัญหานั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้
- 3) ปัญหานั้นเป็นปัญหาในเชิงปฏิบัติ ไม่ใช่ปัญหาเชิงทฤษฎีหรือเชิงหลักการ
- 5) เป้าหมายคือต้องการให้ผู้วิจัยเข้าใจปัญหา
- 6) ใช้วิธีวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study) เพื่อบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยและสถานการณ์ปัญหาที่เกาะติดเพื่อศึกษา
- 7) ใช้การบรรยายข้อมูลจากสัญลักษณ์ทางภาษาที่แสดงออกมาในชีวิตประจำวัน
- 8) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลได้อย่างอิสระ
- 9) เปิดรับหรือรวบรวมข้อมูลได้อย่างอิสระภายในกลุ่มหรือในระหว่างปฏิบัติการ

1.7 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Mckernan (1996) กล่าวว่า การวิจัยปฏิบัติการมีหลักการสำคัญอยู่ 16 ประการซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 1) เพิ่มพูนความเข้าใจในปัญหาต่าง ๆ
- 2) มุ่งปรับปรุงการปฏิบัติตนและการปฏิบัติงานของบุคคล
- 3) เน้นที่ปัญหาเร่งด่วนของผู้ปฏิบัติงาน
- 4) ให้ความสำคัญต่อความร่วมมือกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 5) ดำเนินการวิจัยภายใต้สถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหา
- 6) ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ
- 7) เน้นการศึกษาเฉพาะกรณีหรือศึกษาเพียงหน่วยเดียว

- 8) ไม่มีการควบคุมหรือจัดกระทำต่อตัวแปร
- 9) ปัญหา วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีมีลักษณะเป็นกระบวนการสืบเสาะหาความรู้ความจริง
- 10) มีการประเมินหรือสะท้อนผลที่เกิดขึ้นเพื่อทบทวน
- 11) ระเบียบวิธีวิจัยมีลักษณะเป็นนวัตกรรม สามารถคิดขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับปัญหาได้
- 12) กระบวนการศึกษามีความเป็นระบบหรือเป็นวิทยาศาสตร์
- 13) มีการแลกเปลี่ยนผลวิจัยและมีการนำไปใช้จริง
- 14) ใช้วิธีการแบบบรรยายข้อมูล หรือการอภิปรายร่วมกันอย่างเป็นธรรมชาติ
- 15) คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ซึ่งต้องมาจากการทำความเข้าใจ การตีความหมายและการคิดอย่างอิสระ
- 16) เป็นการวิจัยที่ปลดปล่อยความคิดอย่างอิสระ และเป็นการเสริมสร้างพลังร่วมในการทำงาน (Empowerment) ให้ผู้เกี่ยวข้อง

1.8 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Mckernan. (1996) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการนำมาซึ่งสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) ปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์ ปัญหาทางสังคมอย่างเป็นระบบ
- 2) ส่งเสริมให้คนเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างนักวิจัย
- 3) สร้างความกระฉ่างในสังคมอย่างรอบด้าน

กระบวนการหรือขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สำคัญและมีผู้นำมาประยุกต์ใช้มี

อยู่ 5 กระบวนการ คือ กระบวนการของ Kurt Lewin, John Elliott, มหาวิทยาลัย

Deakin, David Ebbutt และ James Mckernan อย่างไรก็ดีแม้ว่ากระบวนการวิจัยปฏิบัติการจะมีหลายรูปแบบ

แต่หลักการสำคัญหรือวิธีการก็ใกล้เคียงและคล้ายคลึงกัน สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงรายละเอียดของ

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย Deakin ในประเทศออสเตรเลีย Stephen Kemmis และ

คณะได้นำแนวคิดของ Lewin มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงการจัดการศึกษาของ

ออสเตรเลียจนได้รับการยอมรับและเผยแพร่ไปกว้างขวาง ซึ่งในความคิดของ Kemmis และคณะนั้นการ

วิจัยปฏิบัติการ คือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม และการร่วมมือกันเป็นหมู่คณะจะกระทำคนเดียวไม่ได้ เพราะ

การกระทำเพียงคนเดียวถึงแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำลายพลังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกลุ่มดังนั้น

ในขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการจึงต้องกำหนดจุดสนใจร่วมกัน (thematic concern) เช่น สนใจที่จะ

อนุรักษ์ศิลปสถาปัตยกรรมตลาดพื้นถิ่นอย่างยั่งยืน หรือพัฒนาให้ชุมชนตลาดเข้าใจวิธีการอนุรักษ์ศิลป

สถาปัตยกรรมให้ลึกซึ้ง เป็นต้น เมื่อได้จุดสนใจร่วมกันแล้วก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ 4 ประการที่

เกี่ยวข้องกันเป็นวงจร คือ

1. การพัฒนาแผนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่ปัญหาซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มี

โครงสร้างและแนวทาง การวางแผนต้องมีความยืดหยุ่น และต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อแผนที่กำหนดไว้ได้

1. การปฏิบัติตามแผน ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้อย่างละเอียดรอบคอบ และมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์
2. การสังเกตผลการปฏิบัติ เป็นการบันทึกข้อมูล หลักฐาน หรือร่องรอยต่าง ๆ อย่างมีวิจระญาณเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติโดยอาจใช้วิธีการวัดแบบต่าง ๆ เข้ามาช่วย ซึ่งสารสนเทศจากการสังเกตนี้จะนำไปสู่การสะท้อนและปรับปรุงการปฏิบัติอย่างเข้าใจและถูกต้อง
3. การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นกระบวนการทบทวนการปฏิบัติจากบันทึกที่ได้จากการสังเกตว่าได้ผลเป็นอย่างไรมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งอย่างไร เพื่อเป็นพื้นฐานการวางแผนในวงจรต่อไป

ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการวิจัยปฏิบัติการของมหาวิทยาลัยDeakin จึงประกอบด้วยจุดสำคัญทั้ง 4 จุดดังที่กล่าวมาคือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งมีการเคลื่อนไหวลักษณะ “เกลียวสว่าน” ไปในจุดทั้ง 4 จุด ไม่อยู่นิ่งและไม่จบลงด้วยตัวเอง

McKernan (1996) ได้เสนอวงจรการวิจัยปฏิบัติการที่ยืดเอาระยะเวลาในการปฏิบัติงานและกิจกรรมเป็นหลักโดยวงจรปฏิบัติที่ 1 เริ่มจากการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติและมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานนั้น เมื่อปฏิบัติจนครบวงจรแล้ว ก็เริ่มระบุปัญหาในการปฏิบัติงานและกิจกรรมใหม่ในวงจรปฏิบัติที่ 2 และต่อไปเรื่อย ๆ ดังที่นำเสนอในภาพประกอบที่ 2.2

กิจกรรมในแต่ละวงจร ประกอบด้วย

1. การนิยามปัญหา ในสถานการณ์ที่นักวิจัยประสบอยู่ในการปฏิบัติงาน
2. การประเมินความต้องการจำเป็นที่จะปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน
3. การกำหนดสมมุติฐาน เป็นการกำหนดผลที่จะคาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติแล้ว
4. พัฒนาแผนปฏิบัติ ซึ่งต้องทำอย่างละเอียดรอบคอบ
5. ลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งต้องมีการบันทึกข้อมูลไว้
6. ประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ
7. สะท้อนผลปฏิบัติ อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นและทำความเข้าใจ
8. ตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมในช่วงเวลาต่อไป

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น จะเห็นว่า จะเริ่มต้นด้วยการกำหนดปัญหาหรือจุดที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปสู่ขั้นตอนใหญ่ ๆ 3 ขั้น คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งก็คือการปฏิบัติงานที่เป็นระบบนั่นเอง แต่จุดเด่นของการวิจัย

ปฏิบัติการนอกเหนือจากความเป็นระบบแล้วคือการดำเนินการนั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วม และการร่วมมือกันทำงานเป็นกลุ่ม รวมทั้งต้องมีการสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงสิ่งที่กำลังดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือให้ได้ผลดียิ่งขึ้นซึ่ง Kemmis และ McTaggart (1988) ได้กล่าวถึงหลักการพิจารณาว่าเป็นกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ 4 ประการคือ 1) เป็นการปฏิบัติที่ไม่ใช่สิ่งที่ทำตามปกติ แต่ต้องทำเป็นระบบและได้รับความร่วมมือจากกลุ่ม 2) ไม่เป็นเพียงการแก้ปัญหาที่กำลังประสบอยู่เท่านั้น แต่ต้องเกิดมาจากแรงกระตุ้นที่ต้องการปรับปรุงพัฒนางานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3) ไม่ใช่การปรับปรุงพัฒนางานของผู้อื่นแต่เป็นงานของกลุ่มตนเองที่มีบทบาทหน้าที่อยู่ 4) การวิจัยปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่จะมองในแง่การทดสอบสมมุติฐานเพื่ออธิบายสภาพการณ์อย่างเดียว แต่ต้องเป็นระบบที่หมุนวนไปเรื่อย ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวนักวิจัย และสถานการณ์แวดล้อม

ดังนั้นในการวิจัยเชิงปฏิบัติการของนักวิจัย ก็ควรต้องคำนึงถึงและพิจารณากระบวนการที่ได้ลงมือปฏิบัติว่าสอดคล้องเป็นไปตามหลักการดังกล่าวมานี้หรือไม่ เพื่อให้เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

1.9 เทคนิคการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยปฏิบัติการสามารถทำได้หลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับลักษณะข้อมูล ขั้นตอนการวิจัย และกลุ่มเป้าหมายที่จะรวบรวมข้อมูล ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึงเทคนิควิธีการรวบรวมข้อมูลตามลักษณะของแหล่งข้อมูลที่จะทำการรวบรวมทั้งที่เป็นการวิจัยปฏิบัติการที่ทำในชุมชน ดังนี้ คือ เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั่วไป และ เทคนิคการรวบรวมข้อมูลจากตัวนักวิจัย

เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั่วไป

1. การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารหลักฐาน

วิธีการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนนักวิจัยต้องกำหนดขอบข่ายของข้อมูลที่ต้องการ จากนั้นจึงทำการสำรวจแหล่งข้อมูลสืบค้น และรวบรวมเอกสารและหลักฐาน ก่อนที่จะบันทึกข้อมูล นักวิจัยต้องศึกษาประเมินคัดเลือกเอกสารและหลักฐานคัดเอาไว้เฉพาะส่วนนี้ให้ข้อมูลที่มีคุณภาพแล้วจึงบันทึกข้อมูล หลักการในการดำเนินงานทุกขั้นตอนก็คือ การทำใจเป็นกลางไม่มีอคติ ทำงานด้วยความละเอียดรอบคอบ ศึกษาเอกสารหลักฐานอย่างละเอียด และต้องมีความชำนาญในการหาความหมาย หรือข้อเท็จจริงที่แฝงอยู่ในเอกสารหลักฐานเหล่านั้นด้วย ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) สำรวจ สืบค้น และรวบรวมเอกสารหลักฐาน

เมื่อได้สืบค้นทราบแหล่งของเอกสารหลักฐานแล้ว นักวิจัยควรจัดทำรายการเอกสารหลักฐานให้เป็นระบบเพื่อความสะดวกในการศึกษา และใช้ประโยชน์ต่อไป

2) ประเมินคัดเลือกเอกสารหลักฐาน

นักวิจัยต้องประเมินคัดเลือกเอกสารหลักฐานก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ วิธีการประเมินต้องพิจารณาประเมินทั้งแบบภายนอกและภายในการประเมินภายนอกเป็นการประเมินลักษณะภายนอกทั่ว ๆ ไปของเอกสารหลักฐานว่าเป็นเอกสารอะไร ผลผลิตที่ไหน เมื่อไร ใครผลิต มีการดัดแปลงหรือไม่ สารระยังคงถูกต้องคงเดิมหรือไม่ มีการตรวจสอบได้อย่างไร ส่วนการประเมินภายในเป็นการประเมินเนื้อหาสาระว่าเอกสารหลักฐานนั้นมีข้อมูลครบถ้วน มีคุณภาพตรงตามความต้องการหรือไม่

3) บันทึกข้อมูล

การบันทึกข้อมูลจากเอกสารอาจจดบันทึกอย่างละเอียดหรือเลือกบันทึกเฉพาะประเด็นที่สนใจโดยทำรายการประเด็นที่ต้องการศึกษาไว้ในแบบบันทึก แล้วบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์ หรือพฤติกรรมในแต่ละประเด็น ลักษณะแบบบันทึกในการวิจัยนิยมใช้บัตรขนาด 4 '6 นิ้ว บันทึกข้อมูลแยกบัตรละประเด็น เพื่อให้สะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยยึดหลักการบันทึกข้อมูลให้ตรงตามวัตถุประสงค์ และถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

2. การสังเกต (Observation)

การสังเกตเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ใช้มากสำหรับการวิจัยปฏิบัติการเหมาะกับการกระทำ กิริยาอาการหรือพฤติกรรมที่สามารถใช้ประสาทสัมผัส และ / หรือเครื่องมือช่วยในการรับรู้ ทำความเข้าใจและจดบันทึกเป็นข้อมูลได้เหมาะสมที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งจากบุคคล สถานที่ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ

2.1 ประเภทของการสังเกต

2.1.1 การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัว / ไม่รู้ตัว (Know / unknown observation) การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัวนั้นนักวิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ในเหตุการณ์ และใกล้ชิดกับผู้ถูกสังเกตข้อดีคือนักวิจัยสังเกตพฤติกรรมได้ครบถ้วนแต่มีข้อเสียคือการทำที่ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวอาจมีผลทำให้การแสดงพฤติกรรมไม่เป็นไปตามธรรมชาติส่วนการสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัวนั้น นักวิจัยอาจไม่เห็นพฤติกรรมที่ต้องการสังเกตอย่างใกล้ชิดแต่จะได้พฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติแท้จริง

2.1.2 การสังเกตแบบมี / ไม่มีส่วนร่วม (participant / non – participant observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมนั้นนักวิจัยต้องทำตัวเสมือนเป็นสมาชิกของกลุ่ม และต้องร่วมทำกิจกรรมไปกับกลุ่มด้วย โดยอาจมีการบันทึกข้อมูลโดยผู้ถูกสังเกตรู้หรือไม่รู้ตัวก็ได้ วิธีนี้จะได้ข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมตามธรรมชาติและได้ข้อมูลครบถ้วนส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเป็นการสังเกตที่นักวิจัยทำตัวเป็นผู้ดูหรือผู้สังเกตการณ์อยู่นอกกลุ่ม และไม่เข้าร่วมกิจกรรมวิธีนี้จึงอาจไม่ได้ข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ และอาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเมื่อผู้ถูกสังเกตมีปฏิกิริยาต่อนักวิจัย

2.1.3 การสังเกตแบบมี / ไม่มีระบบ (structured / unstructured observation) ในกรณีที่นักวิจัยทราบแน่ชัดว่าพฤติกรรมที่จะสังเกตเกิดขึ้นช่วงเวลาใด อย่างไร ก็อาจกำหนดแนวทางรูปแบบของการสังเกตให้เป็นระบบไว้ล่วงหน้าได้โดยการนิยามพฤติกรรมที่กำหนดหน่วยพฤติกรรม และตัวผู้ถูกสังเกตการกำหนดช่วงเวลาการสังเกต การสร้างเครื่องมือบันทึกผลการสังเกต และการช่อมก่อนที่จะทำการสังเกตจริงการเตรียมระบบการสังเกตล่วงหน้าทำให้ได้ข้อมูลมีความเป็น

ปรนัย ครบถ้วนและมีความสอดคล้องกรณีที่มีผู้สังเกตหลายคน สำหรับการสังเกตแบบไม่มีระบบเหมาะสำหรับสถานการณ์เฉพาะหน้า หรืออาจต้องการได้ข้อมูลที่เป็นลักษณะทั่ว ๆ ไปหรืออาจต้องการรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดจนไม่อาจวางระบบการสังเกตได้

2.1.4 การสังเกตโดยตรง /อ้อม (direct / indirect observation)การสังเกตโดยตรงเป็นวิธีการที่นักวิจัยได้สัมผัสสิ่งที่ต้องการสังเกตด้วยตนเอง ส่วนการสังเกตโดยอ้อมนั้น นักวิจัยไม่สามารถสังเกตสัมผัสด้วยตนเองแต่ใช้เครื่องมือ เช่น การบันทึกเทปโทรทัศน์ แล้วนำมาสังเกต และบันทึกข้อมูลวิธีนี้ได้ข้อมูลที่มีข้อจำกัด และคุณภาพต่ำกว่าการสังเกตโดยตรง

2.2 หลักการสังเกต

1) นักวิจัยต้องมีจุดมุ่งหมายชัดเจนว่าจะสังเกตอะไรควรวินิจฉัยของสิ่งที่จะสังเกตและกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะสังเกตเป็นหน่วยย่อย ๆ

2) นักวิจัยควรเตรียมการสังเกตวางระบบการสังเกตไว้ล่วงหน้าถ้าสามารถทำได้กรณีมีผู้สังเกตหลายคนควรมีการฝึกซ้อมให้การสังเกตมีมาตรฐานเดียวกัน

3) ระหว่างการสังเกต นักวิจัยควรมีสมาธิจดจ่อกับผู้ถูกสังเกตเตรียมประสาทสัมผัสให้ตื่นตัวพร้อมที่จะรับรู้รายละเอียดโดยพยายามรบกวนผู้ถูกสังเกตให้น้อยที่สุดเพื่อให้ได้พฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ

4) การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยในการสังเกตต้องระมัดระวังให้กระทบกระเทือนผู้ถูกสังเกตน้อยที่สุดควรขออนุญาตก่อนใช้ และควรมีการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมเร็วที่สุดเพื่อป้องกันการลืม การบันทึกข้อมูลต้องทำด้วยความรอบคอบให้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

2.3 เครื่องมือบันทึกการสังเกต

เครื่องมือสำหรับการสังเกต ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตและเครื่องมือช่วยการสังเกตประเภทโสตทัศนูปกรณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียงกล้องถ่ายภาพยนต์ เป็นต้นในที่นี้จะเสนอเฉพาะแบบบันทึกการสังเกตเท่านั้น แบบบันทึกการสังเกตเป็นเครื่องมือวิจัยที่นักวิจัยต้องสร้างขึ้นให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการสังเกตและลักษณะข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเพื่อใช้บันทึกสิ่งที่สังเกตได้ การบันทึกอาจจะเป็นบันทึกในขณะที่ทำการสังเกต หรือบันทึกหลังจากเสร็จสิ้นการสังเกตโดยบันทึกจากความทรงจำ หรือบันทึกจากการดูภาพหรือวิดีโอที่บันทึกได้ ลักษณะของแบบบันทึกการสังเกตที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือแบบรายการตรวจสอบ (checklists) แผนภูมิการมีส่วนร่วม (participation charts) มาตรฐานค่า (rating scales) และแบบบันทึกพฤติกรรม (anecdotal records)

3. การสัมภาษณ์ (Interviews)

การสัมภาษณ์เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยการสนทนาซักถามและโต้ตอบระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลวิธีนี้นักวิจัยมีโอกาสสังเกตบุคลิกภาพ อากัปกริยา ตลอดจนพฤติกรรมทางกายและวาจา ขณะสัมภาษณ์ซึ่งอาจใช้เป็นข้อมูลประกอบได้ด้วย

3.1 ประเภทของการสัมภาษณ์

3.1.1 การสัมภาษณ์แบบมี / ไม่มีระบบ (Structured / unstructured interviews) การสัมภาษณ์แบบมีระบบเป็นวิธีการที่นักวิจัยกำหนดรูปแบบการสัมภาษณ์ รายการคำถาม เวลาและสถานที่สัมภาษณ์ไว้เรียบร้อยแล้ว ขณะสัมภาษณ์นักวิจัยจะดำเนินการตามระบบที่วางไว้ให้บรรยากาศ และวิธีการคล้ายคลึงและมีมาตรฐานเป็นแบบเดียวกันทุกครั้งวิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องไม่เบี่ยงเบนเนื่องจากความแตกต่างในการสัมภาษณ์แต่มีข้อเสียตรงที่ทำให้ได้ข้อมูลไม่ลึกซึ่งเพียงพอในบางประเด็นตรงข้ามกับการสัมภาษณ์แบบไม่มีระบบซึ่งนักวิจัยอาจตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อดึงข้อเท็จจริงจากผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด ทั้งนี้นักวิจัยอาจทำการสัมภาษณ์แบบลึก หรือตั้งคำถามต่อยอดให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความสนใจไปที่เรื่องเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบรวมจุดสนใจ (focused interviews) ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลละเอียดลึกซึ้งแต่ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีรูปแบบต่างกัน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3.1.2 การสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม / รายบุคคล (group / individual interviews) การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นการแยกตามจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์การสัมภาษณ์เป็นกลุ่มใช้เมื่อผู้สัมภาษณ์ต้องการข้อเท็จจริงจากสมาชิกในกลุ่มอาจจะต้องการข้อมูลจากสมาชิกในกลุ่มเป็นรายบุคคลด้วย แต่ความสนใจอยู่ที่ข้อมูลจากสมาชิกในกลุ่ม วิธีนี้ช่วยประหยัดเวลาในการสัมภาษณ์ และถ้าจัดกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ให้มีลักษณะประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ในบางเรื่องจะยังทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์มีอารมณ์ร่วม และเต็มใจตอบคำถามมากขึ้นนอกจากนี้กลุ่มสมาชิกมีโอกาสแสดงความคิดเห็นก่อนสรุปเป็นความคิดเห็นของกลุ่ม ทำให้ได้ความคิดเห็นจากกลุ่มที่เที่ยงตรงขึ้น

3.1.3 การสัมภาษณ์แบบลึก (in - depth interviews) วิธีการสัมภาษณ์แบบลึกเป็นวิธีการสัมภาษณ์ที่นักวิจัยต้องใช้ความเชี่ยวชาญต่อยอดถาม (probe) เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์มากที่สุด การสัมภาษณ์แบบนี้ที่นักวิจัยเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ได้ล่วงหน้า เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์แบบอื่น ๆ แต่คำถามที่จะใช้ต่อยอดถามเป็นความสามารถเฉพาะตัวนักวิจัยซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญลักษณะของการสัมภาษณ์แบบลึกจึงมีลักษณะเป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีรูปแบบเป็นระบบมาตรฐานเพราะการต่อยอดถามอาจแตกต่างกันตามลักษณะผู้ให้สัมภาษณ์ แม้ว่าผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนเดียวกันก็ตาม

3.2 หลักการสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ นักวิจัยควรดำเนินการดังนี้

- 1) นักวิจัยควรกำหนดจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน เตรียมแบบสัมภาษณ์ (interview schedule) แบบบันทึก ตลอดจนอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จะต้องใช้ในการสัมภาษณ์ให้พร้อมถ้าเป็นไปได้ควรมีการทดลองใช้ก่อนการสัมภาษณ์จริง
- 2) ควรมีการติดต่อก่อนนัดหมาย กำหนดเวลา สถานที่และวิธีการสัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์ให้เรียบร้อย
- 3) สัมภาษณ์ด้วยการสร้างบรรยากาศที่ดี ให้ความเป็นกันเองและชี้แจงให้ผู้สัมภาษณ์ทราบว่า จะนำผลการสัมภาษณ์ไปใช้อย่างไรให้คำรับรองว่าจะไม่ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์เสื่อมเสียเดือดร้อน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์เต็มใจให้ความร่วมมือ

4) ในขณะที่สัมภาษณ์นักวิจัยควรตั้งคำถามทีละคำถาม ใช้เวลารอคำตอบไม่เร่งเร้า และไม่ใช้คำถามนำหรือชี้แนะ ต้องแน่ใจว่าผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจคำถามทุกคำถามก่อนตอบคำถามต้องเป็นเรื่องที่ตรงกับปัญหาวิจัย ภาษาง่าย สื่อความหมายชัดเจน และเป็นคำถามที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีข้อมูล เมื่อได้ฟังคำตอบไม่ควรแสดงอารมณ์หรือปฏิกิริยาใด ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการตอบคำถามต่อไป ถ้าจำเป็นต้องตั้งคำถามเพื่อสืวงหาความจริง หรือถามลึกลงไปควรชี้แจง และกระทำด้วยความสุภาพ

5) นักวิจัยควรจดบันทึกผลการสัมภาษณ์ทันทีตามที่ตามที่เป็นจริงไม่ควรเว้นเพราะอาจลืมได้ พยายามจดบันทึกให้เร็วเพื่อมิให้ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องรอนานในกรณีที่ผู้ให้สัมภาษณ์ยินยอมอาจใช้เครื่องบันทึกเสียงหรืออุปกรณ์อย่างอื่นช่วยได้

3.3 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์รูปแบบของแบบรายการสัมภาษณ์ที่ใช้กันอยู่ปัจจุบันนี้แบ่งออกเป็น 3 แบบ ตามลักษณะคำถาม คือ คำถามกำหนดตัวเลือก (fixed – alternative questions) คำถามปลายเปิด (open end questions) และคำถามแบบมาตราประมาณค่า (scale questions)

4. การรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

การรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นวิธีที่เหมาะสมมากสำหรับการสำรวจซึ่งต้องรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก หรืออยู่อย่างกระจัดกระจาย ข้อมูลที่เหมาะสมกับการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความคิดเห็นความเชื่อ ทศนคติ และความสนใจโดยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามรูปแบบของแบบสอบถาม คือ ชนิดปลายปิดและชนิดปลายเปิด (closed/ open form questionnaire)ซึ่งมีหลักการในการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

1) นักวิจัยต้องมีการเตรียมการอย่างดี ตั้งแต่การกำหนดจุดมุ่งหมาย การวางแผนการดำเนินการสร้างแบบสอบถาม และการรวบรวมข้อมูล

2) การรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับเพื่อให้ผู้ตอบมีความมั่นใจที่จะให้ข้อมูล

3) เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาแล้ว ให้ตรวจสอบดูความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด และการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตามปกติผู้ตอบไม่ต้องลงชื่อ

ผู้วิจัยจะต้องยึดหลักในการสร้างแบบสอบถามที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

1) คำถามต้องถามเรื่องที่สำคัญ ตรงตามปัญหาวิจัย

2) คำถามสั้น กะทัดรัด ชัดเจน และสมบูรณ์ แต่ละคำถามควรถามประเด็นเดียว

3) คำถามมีการเรียงลำดับ เช่นเรียงจากคำถามง่ายไปยาก เรียงจากคำถามเรื่องทั่ว ๆ ไป ไปหาเรื่องเฉพาะตามความเหมาะสม

4) รูปแบบการตอบง่าย และสะดวกไม่ทำให้ผู้ตอบเสียเวลาโดยไม่จำเป็น

5) มีคำแนะนำชัดเจน รวมทั้งคำอธิบายศัพท์ที่ต้องการให้เข้าใจตรงกัน

6) แบบสอบถามมีรูปเล่มน่าตอบ สะอาดเรียบร้อย อ่านง่ายและไม่ยาวเกินไป

7) ระเบียบวิธีการและอำนวยความสะดวกในการส่งคืนสำหรับการวิจัยปฏิบัติการในชุมชนนั้นต้องระมัดระวังในการใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลเพราะไม่อาจรับประกันได้ว่า ข้อมูลที่ได้เป็นคำตอบจากใจจริงของผู้ตอบ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในชุมชนจำนวนไม่มาก และรู้จักกันทำให้อาจมีความรู้สึกเกรงใจกันอยู่ หรือไม่กล้าตอบตามความจริงทั้งหมดดังนั้นวิธีการนี้จึงไม่เป็นที่นิยมมากนัก

5. การรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดหรือมาตรวัด (Scales)

การรวบรวมข้อมูลด้วยมาตรวัดเหมาะสมกับข้อมูลที่เป็นคุณลักษณะทางจิตใจที่เป็นนามธรรม มาตรวัดประกอบด้วยชุดของข้อคำถามหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าให้ผู้ให้ข้อมูล แสดงการตอบสนองตามความเป็นจริง นักวิจัยกำหนดช่วงของการตอบสนอง และกำหนดค่าตัวเลขตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ให้ค่าตัวเลขแทนระดับของคุณลักษณะที่ต้องการ ประเภทของมาตรประมาณค่าที่เหมาะสมในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยปฏิบัติการในโรงเรียนจำแนกตามประเภทของข้อมูล แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ มาตรจัดประเภท มาตรเรียงลำดับ และมาตรอันตรภาค แต่ละประเภทแยกย่อยได้อีกดังนี้

1) มาตรจัดประเภท (categorical scales) มาตรประเภทนี้มีการเสนอสิ่งเร้าให้ผู้ตอบสนองโดยการจัดประเภทคำตอบ เช่น ให้ตอบว่า ถูก / ผิด เห็นด้วย / ไม่เห็นด้วย มาก / ปานกลาง / น้อย เป็นต้น มาตรวัดจัดประเภทนี้เป็นที่นิยมใช้สำรวจข้อมูลทั่ว ๆ ไป 2) มาตรเรียงอันดับ (ordinal scales) มาตรเรียงอันดับมีการเสนอสิ่งเร้าในรูปข้อความ สถานการณ์หรือคำถาม แล้วให้ผู้ตอบตอบสนองสิ่งเร้าโดยการจัดเรียงลำดับการตอบสนอง มาตรที่เป็นที่รู้จักกันดีได้แก่ 1) มาตรวัดความต้องการในกรณีที่นักวิจัยวัดความต้องการในการประกอบอาชีพ ความต้องการในการศึกษาต่อ และอื่น ๆ อาจใช้รายการทางเลือกที่คาดว่าจะเป็นไปได้ทั้งหมดเป็นสิ่งเร้าให้ผู้ตอบจัดเรียงอันดับว่าต้องการสิ่งใดจากมากไปหาน้อย

2) สังคมมิติ (Sociometry) สังคมมิติเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลแบบหนึ่งที่สามารถจัดเป็นมาตรเรียงอันดับวิธีการที่สำคัญคือการใช้สิ่งเร้าในรูปคำสั่งให้บุคคลระบุชื่อบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมตามลักษณะที่นักวิจัยต้องการศึกษาเช่น ให้ระบุชื่อเพื่อนสนิทที่สุด 2 คน ให้ระบุชื่อเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้นำดีที่สุดในกลุ่ม เป็นต้น แล้วนำข้อมูลจากบุคคลทั้งกลุ่มมาเสนอในรูปตาราง หรือแผนภูมิสังคม (Sociogram) ให้เห็นว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวเสนอชื่อบุคคลใด มีการรวมตัวและการกระจายของสมาชิกในกลุ่มอย่างไร

3) มาตรอันตรภาค (interval scales) มาตรประเภทอันตรภาคมีการจัดสิ่งเร้าให้ผู้ตอบสนองมีระดับแตกต่างกัน โดยแต่ละระดับมีช่วงความแตกต่างเท่ากันเหมาะสำหรับข้อมูลประเภทคุณลักษณะทางจิต เช่น ทักษะสติ ความรู้สึกแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นต้น 4) มาตรประมาณค่าแบบลิเคอร์ท (Likert's summated rating scales) เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติประเภทหนึ่ง มาตรวัดประกอบด้วยข้อคำถาม หรือข้อความชุดหนึ่ง ซึ่งครอบคลุมทัศนคติทุกมิติที่ต้องการวัดน้ำหนักความสำคัญของข้อคำถามแต่ละข้อเท่าเทียมกัน ผู้ตอบประเมินความเข้มตามความรู้สึกของตนที่มีต่อข้อคำถามเหล่านั้นเรียงจากมากไปน้อยโดยมีการประเมินค่าได้ตั้งแต่ 3 - 12 ระดับผลการวัดได้จากการรวมคะแนนผลการประเมินแต่ละข้อที่มีทิศทางเดียวกันเป็นค่าบอกระดับทัศนคติของผู้ตอบแต่ละคน มีข้อดีคือสร้างง่าย ใช้สะดวก

ลักษณะของมาตรประมาณค่าประกอบด้วยข้อคำถามหรือข้อความที่มีตัวเลือกให้ผู้ตอบได้เลือกตอบโดยการประเมินตามระดับความเข้มของพฤติกรรมที่ตรงกับตัวเลือกมีการกำหนดคะแนนแทนตัวเลือกแต่ละตัว มาตรประมาณค่าแบบนี้แบ่งย่อยออกได้เป็น 3 แบบต่อไปนี้ 1) มาตรประมาณค่าใช้กราฟ 2) มาตรประมาณค่าใช้คำ 3) มาตรประมาณค่ารายชื่อ 4) มาตรประมาณค่าเปรียบเทียบ หรือมาตรประมาณค่าจัดลำดับ ลักษณะมาตรประมาณค่ามีตัวเลือกให้เลือกตอบโดยที่ผู้ตอบต้องจัดลำดับความสำคัญ เช่นในมาตรประมาณค่าประโยชน์ของกิจกรรมผู้ตอบต้องจัดลำดับว่าตามความคิดเห็นของตนกิจกรรมใดให้ประโยชน์มากกว่ากิจกรรมใด 5) มาตรประมาณค่าแบบออสกู๊ด (Osgood scale) เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติแบบหนึ่งมีพื้นฐานว่าทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งอธิบายได้โดยการใช้ภาษาหรือให้ย่นได้เป็นหลายมิติ โดยที่แต่ละบุคคลจะให้ความหมายมีระดับแตกต่างกัน ในแต่ละมิติจึงกำหนดนัยโดยใช้คุณศัพท์สองคำที่มีความหมายตรงกันข้ามให้ผู้ตอบเลือกตอบว่าจำแนกนัยตรงจุดไหน การกำหนดนัยให้ผู้ตอบจำแนกทำเป็นสามด้าน คือ 1) การจำแนกนัยด้านประเมินคุณค่า (evaluation) เช่น ดี - เลว เป็นคุณ-ให้โทษ 2) การจำแนกนัยด้านพลังหรืออำนาจ (potency) เช่นหนัก - เบา แข็งแรง - อ่อนแอ 3) การจำแนกนัยด้านกิจกรรม (activity) เช่น คล่องแคล่ว - อืดอาด ขยัน - เกียจคร้าน

หลักการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัด หรือมาตรวัด เนื่องจากแบบวัด หรือมาตรวัดเป็นเครื่องมือวิจัยประเภทที่ผู้ตอบต้องให้การตอบสนองโดยการเขียนเช่นเดียวกับแบบสอบถามวิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดจึงมีหลักการคล้ายคลึงกับการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามหลักการเขียนข้อความที่เป็นสิ่งเร้าก็คล้ายคลึงกัน เช่น ควรเป็นข้อความที่มีความหมายเพียงประเด็นเดียว เป็นประโยคเดียว ใช้ภาษาง่ายไม่ซับซ้อน เป็นต้น

6. เทคนิคการรวบรวมข้อมูลจากตัวนักวิจัย

ตัวนักวิจัย ก็ถือว่าเป็นแหล่งข้อมูลในการวิจัยปฏิบัติการเพราะนักวิจัยมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติ (Practitioner) ที่สัมผัสและรับรู้ปัญหา วางแผนแก้ไข ลงมือปฏิบัติ และสังเกตผลที่เกิดขึ้นดังนั้นตัวนักวิจัยจึงสามารถสะท้อนสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อเป็นข้อมูลการวิจัยได้เช่นเดียวกันซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการรวบรวมข้อมูลจากตัวนักวิจัยโดยนักวิจัยเอง เทคนิคการรวบรวมข้อมูลแบบนี้ อาศัยการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติที่นักวิจัยได้ลงมือปฏิบัติสามารถออกแบบวิธีการได้หลากหลาย ซึ่งในที่นี้จะเสนอให้เห็นเป็นตัวอย่าง 3 วิธีคือ 1) การทำตารางบันทึกการปฏิบัติงานส่วนบุคคล 2) การบันทึกประจำวันหรือเขียนอนุทิน และ 3) การบันทึกเวลาปฏิบัติกิจกรรม

2. มติสมัชชาสุขภาพเรื่องยาสูบ

จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่๑๗พ.ศ. ๒๕๕๓ สมัชชาสุขภาพ๑๓มติ๖เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

ข้อ ๑๘ มัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขอให้การสนับสนุนการดำเนินงานและเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

นอกเหนือจากที่กรม. ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบแล้วกรม. ยังได้ให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอและมีความคิดเห็นเพิ่มเติมดังนี้

๑) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพควรเพิ่มบทบาทในการป้องกันและลดจำนวนประชาชนผู้บริโภคยาสูบให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้มีตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ชัดเจน เพื่อให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และงบประมาณที่ได้รับ

๒) ควรกำหนดยุทธศาสตร์ลดการนำเข้าใบยาสูบจากต่างประเทศเนื่องจากใบยาสูบของต่างประเทศมีสารนิโคตินและทาร์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและมีโทษมากกว่าใบยาสูบที่ปลูกในประเทศ รวมทั้งเพื่อลดผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบภายในประเทศด้วย

๓) ควรกำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนและส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกพืชชนิดอื่นทดแทนการปลูกยาสูบ

ในการขับเคลื่อนมติกรม. ทั้ง ๒ เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่สอดคล้องกันกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๒๓๕/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อน โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและผู้แทนจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ และมีที่ปรึกษาจากองค์กรพัฒนาเอกชนและกรรมการจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้กรมควบคุมโรค ได้มีคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ ๑๕๖๕/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕ แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เพื่อเป็นกลไกติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ดังกล่าว

มีตัวอย่างในการทำงานขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติดังนี้

๑) กรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย ๑๕ องค์กร เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่างๆ ตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายรณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การควบคุมยาสูบ__

๒) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับสช. สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ใน ๑๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูน พัทลุง นครพนม มหาสารคาม อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุรินทร์ กาฬสินธุ์ สตูล ศรีสะเกษ ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา ระนอง ตรัง และชุมพร

๓) สช. ได้จัดเวทีสช. เจาะประเด็นเมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕ เรื่อง “เจาะ ๒ มาตรการคุมเข้มยาสูบ” โดยเฉพาะมาตรการคุมเข้มบุหรี่เถื่อนที่ทะลักเข้ามาให้ประเทศไทย และมาตรการห้ามผู้จำหน่ายยาสูบใช้กลยุทธ์ส่งเสริมการตลาดด้วยกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR)

ปัญหาและอุปสรรค

การขับเคลื่อนแผนมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมากการทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับน้อยและอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้อง

ข้อเสนอแนะ

คณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติต้องเข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนแผนอย่างจริงจังและเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานต่างๆ อย่างบูรณาการรวมทั้งควรมีการถอดบทเรียนการทำงานที่ศจย. สนับสนุนเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลต่อไป

ข้อ ๒ ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ เรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบและมอภหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

สช. ได้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ” ต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔ และได้มีมติเห็นชอบให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบครบ. ได้ประชุมเมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕ เห็นชอบมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป อีกทั้งยังมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องที่ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศที่มีการลักลอบนำเข้ามาในประเทศอย่างผิดกฎหมายซึ่งทำให้ราคาบุหรี่ดังกล่าวต่ำกว่าบุหรี่ที่มีจำหน่ายอยู่โดยทั่วไปและส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งกรณีการสำแดงราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติทำให้รัฐได้รับความเสียหาย

ปัญหาและอุปสรรค

มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้การนำเสนอเรื่องต่อกรม. ต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมาก ประกอบกับกรม. ยังได้ให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ ที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีสาระสำคัญที่สอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการบูรณาการมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙ ซึ่งกรมฯ ได้มีมติเห็นชอบแล้วทั้ง๒ฉบับรวมทั้งมีการวางระบบการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม

๒.๑ ให้หน่วยงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะมาตรา๕.๓การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบโดยการกำหนดนโยบายหรือระเบียบภายในหน่วยงานเพื่อป้องกันการแทรกแซงดังกล่าว
ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เป็นอันดับที่๑๖จาก๑๖๕ประเทศที่ลงนามแล้ว โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่๒๗กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยจำเป็นต้องปฏิบัติตามอนุสัญญาดังกล่าวอย่างเคร่งครัดกรมควบคุมโรคได้ออกระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ. ๒๕๕๕ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่๑เมษายน๒๕๕๕ เพื่อกำหนดมาตรการในการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปตามความโปร่งใสกรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่ายได้จัดทำร่างพ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบพ.ศ.และมีระเบียบกรมควบคุมโรคกำหนดวิธีปฏิบัติของข้าราชการกรมควบคุมโรคในการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปตามพันธกรณีที่ประเทศไทยมีภายใต้ข้อ 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบศจย. ร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดประชุมวิชาการ “นุหรักับสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่๑๑ เรื่อง “การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ” (Against Tobacco Industry Interference) ระหว่างวันที่๑๕-๑๗ สิงหาคม๒๕๕๕ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่นกรุงเทพฯ โดยเผยแพร่แนวคิดนี้ให้กับผู้ประชุมอย่างกว้างขวาง

ปัญหาและอุปสรรค

ได้รับการกดดันจากภาคธุรกิจที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการควบคุมยาสูบในหลายช่องทางและระเบียบของกรมควบคุมโรคมีผลบังคับใช้เฉพาะข้าราชการในสังกัดกรมควบคุมโรคเท่านั้นไม่ครอบคลุมข้าราชการของสังกัดหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ

ทุกฝ่ายร่วมกันปฏิบัติตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อย่างเคร่งครัดและควรมีการขยายขอบเขตวิธีปฏิบัติตามระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ. ๒๕๕๕ ให้กว้างขวางครอบคลุมหน่วยงาน

รัฐอื่นๆด้วย

๒.๒ ให้กระทรวงการคลังดำเนินการ

2.2.1 ปรับโครงสร้างภาษียาสูบให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันเพื่อให้ราคาขายปลีกยาสูบโดยเฉลี่ยสูงขึ้น โดยขอให้พิจารณาจัดเก็บภาษีนุหรีหรือซีกาเรตทั้งตามสภาพและตามราคาขายปลีกรวมทั้งให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบปิดแสดมปียาสูบบนของบรรจยาเส้นที่ทำจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองด้วย และดำเนินการทยอยปรับขึ้นภาษียาเส้นและยาสูบประเภทอื่นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กรม. มีมติเห็นชอบการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบครั้งล่าสุดเมื่อวันที่๒๑สิงหาคม๒๕๕๕เป็นการปรับโครงสร้างภาษียาสูบมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่๒๒สิงหาคม๒๕๕๕มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ๘๘และการจัดเก็บตามปริมาณ๑บาทต่อมวนเป็นครั้งแรกโดยกรมสรรพสามิตต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณภาษีหากการคำนวณระหว่างการจัดเก็บตามมูลค่าและการจัดเก็บตามปริมาณตัวใดสูงกว่ากันก็ให้เก็บภาษีในส่วนนั้นเพื่อแก้ปัญหาบุหรี่ราคาถูกเข้ามาตีตลาดและผู้ประกอบการแสดงมูลค่าต้นทุนบุหรี่ต่ำกว่าราคาเป็นจริงทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ในและต่างประเทศปรับขึ้นของละ๘-๘บาทอีกทั้งได้มีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนียรีพันธุ์เบอร์เลย์และพันธุ์เตอร์กิชจากเดิมมีอัตราตามมูลค่าร้อยละ๐.๑ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ๑๐แต่ยังคงเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่และพบว่าเมื่อปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีนุหรีของมากถึงประมาณ๘เท่า

ปัญหาและอุปสรรค

ข้อมูลที่น่ามาประกอบการตัดสินใจในการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบยังไม่มีผลการศึกษาและวิจัยเพื่อคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการปรับ โครงสร้างภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยและรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการปรับ โครงสร้างในทุกมิติ

๒.๒.๒ ห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ

(Corporate Social Responsibility ; CSR)

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กรมควบคุมโรคร่วมกับศสช. ได้ทำข้อมูลเฉพาะ CSR โรงงานยาสูบโดยมีโครงการกลุ่มศึกษาและเฟ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนทางวิชาการเรื่องพัฒนา โมเดลต้นแบบเครือข่ายเฟ้าระวังแบบบูรณาการกับเครือข่ายที่มีอยู่เดิมและพัฒนากระบวนการเฟ้าระวังเตือนภัยและตอบโต้อุตสาหกรรมยาสูบรวมถึงประเมินผลถอดบทเรียนและจัดการความรู้รวมถึงศึกษาและเฟ้

ระวังอุตสาหกรรมสุขภาพกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแจ้งว่าอยู่ในระหว่างการพิจารณาประเด็นต่างๆและกม. ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงศึกษาธิการมีประกาศกระทรวงห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับการสนับสนุนใดๆจากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบภายใต้้น โยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (Corporate Social Responsibility : CSR)กรมควบคุม โรคร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันการห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้ นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility; CSR) โดยบรรจุไว้ใน ร่างพ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคยาสูบพ.ศ.

ปัญหาและอุปสรรค

ยังไม่มีกฎหมายควบคุมการดำเนินงานในเรื่องนี้

ข้อเสนอแนะ

ในขณะที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเรื่องนี้ควรพิจารณาเร่งรัดให้มีการศึกษาความเป็นไปได้ในการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีห้ามหน่วยงานรัฐรับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ

๒.๑ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำนักงานประกันสังคมกรมบัญชีกลางและกระทรวงสาธารณสุขให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดยาหรือรวมถึงการเข้าถึงการรับยาสมุนไพรแพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดยาหรือและสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

บัญชีสมุนไพรมันในบัญชียาหลักแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๕๔ ได้บรรจุสมุนไพรมันดอกขาวให้เป็นสมุนไพรมันช่วยเลิกบุหรี่แล้วและในช่วงเดือนพฤษภาคม๒๕๕๔ สปสช. ได้ออกมาแถลงข่าวรับรองบริการเลิกบุหรี่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว โดยที่ยา Nortriptyline เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดการติดยาหรือที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว (แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนด้วยข้อบ่งชี้ในการช่วยเลิกบุหรี่)มีการนำ (ร่าง) คู่มือปฏิบัติการการให้บริการบำบัดผู้เสพยาสูบ (โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง) ที่จัดทำเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วทดสอบดำเนินการใน 3 พื้นที่นำร่องเพื่อชุมชนที่เป็นตัวอย่างของการเลิกบุหรี่ได้แก่ชุมชนบ้านทางไหล หมู่๔ตำบลมะต้องอำเภอพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลกชุมชนกระบี่ท่าเรือตำบลปากน้ำอำเภอเมืองจังหวัดกระบี่และอำเภอบางคล้าจังหวัดฉะเชิงเทรา มีโครงการนโยบายผลักดันให้มียาเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติโดยมีการกำหนดเป็นโครงการที่จะดำเนินการภายใน๑ปีในกรอบโครงสร้างการจัดทำแผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิต ไทยรายยุทธศาสตร์ประเด็นยุทธศาสตร์หลักที่๑นโยบายสาธารณะสร้างสุขกระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างการผลักดันคลินิกโรคยาโดยบรรจุอยู่ในนโยบาย "มุ่งเน้น ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกกลุ่มวัยเพื่อคนไทยสุขภาพดี"ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่๕๕๕แห่งทั่วประเทศและสปสช. ได้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแล้วกว่า๒๖๐แห่งในปีงบประมาณ๒๕๕๑และขยายจำนวนอย่างต่อเนื่องสสส. ได้วางระบบเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (๑๖๐๐สายเลิกบุหรี่) ซึ่งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติได้เปิดให้บริการแล้ว

ตั้งแต่ปี๒๕๕๒เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพมีการดำเนินงานของเครือข่ายคลินิกฟ้าใสปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น ๒๓๔แห่ง

ปัญหาและอุปสรรค

ยาช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่ได้รับการยอมรับโดยเฉพาะหญ้าดอกขาวยังอยู่ในวงจำกัด

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาวิจัยสมุนไพรอื่น ๆ ที่มีผลต่อการลดละเลิกยาสูบเพิ่มเติมและควรขยายการจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ลงสู่ชุมชนอย่างกว้างขวางและมีเจ้าหน้าที่คำปรึกษาและข้อแนะนำแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อเรื้อรังตามสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว

๒.๔ ให้กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและการประชาสัมพันธ์การให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทางสื่อคอมพิวเตอร์ทั้งจากภายในและต่างประเทศและออกกฎหมายจัดสรรเวลาในการนำเสนอโทษของยาสูบในทุกประเภทสื่อในสัดส่วนที่เหมาะสม

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่ายบรรจุประเด็นการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและการประชาสัมพันธ์การให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทางสื่อคอมพิวเตอร์ทั้งจากภายในและต่างประเทศไว้ในร่างพ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบพ.ศ.

ปัญหาและอุปสรรค

กระบวนการออกกฎหมายใช้เวลานาน

ข้อเสนอแนะ

ศึกษาความเป็นไปได้ในการออกกฎหมายลูกตามกฎหมายที่มีอยู่เดิมเพื่อควบคุมการดำเนินการในเรื่องนี้ไปพลางก่อน

๒.๕ ให้กระทรวงวัฒนธรรมกรมประชาสัมพันธ์และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามมีฉากสูบบุหรี่และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจทางภาพยนตร์โทรทัศน์และสื่อมวลชนต่างๆและมีมาตรการส่งเสริมให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สาธารณชนโดยการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้วยในการปรับปรุงกฎหมายห้ามมีฉากสูบบุหรี่และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจทางภาพยนตร์โทรทัศน์และสื่อมวลชนต่างๆและมีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลสาธารณะที่มีชื่อเสียง

ปัญหาและอุปสรรค

ยังไม่มีควมคืบหน้าในการดำเนินงานในเรื่องนี้

ข้อเสนอแนะ

สร้างความเข้าใจกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณะที่มีชื่อเสียงเพื่อกำชับให้บุคลากรดังกล่าวปฏิบัติตามและควรละเว้นจากที่มีการสูบบุหรี่หรือออกทางสื่อต่างๆและกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเร่งรัดกระบวนการศึกษาให้เร็วขึ้น

๒.๖ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬาและกระทรวงวัฒนธรรมควบคุมกำกับองค์กรและเครือข่ายไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆจากบริษัทยาสูบทั้งภายในและต่างประเทศตามกฎหมาย

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬาหนังสือถึงหน่วยงานในสังกัดให้ร่วมรับผิดชอบปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติโดยกำหนดเป็นมาตรการและแนวทาง/กิจกรรมในการควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่ของกระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬาที่สำคัญได้แก่กำหนดให้เป็นปีกีฬาปลอดบุหรี่หรือการสร้างแนวร่วมในการรณรงค์ในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและการกีฬาการมอบรางวัลโรงแรมปลอดบุหรี่ด้านการกีฬาโรงงานยาสูบยังสนับสนุนทีมฟุตบอล TTM อย่างต่อเนื่องส่วนกีฬาอื่นๆไม่พบว่ามีมีการให้การสนับสนุนด้านการท่องเที่ยวโรงงานยาสูบให้การสนับสนุนโครงการอนุรักษ์และฟื้นฟูภูเขาในพื้นที่บ้านนันทบุรีซึ่งมีการประชาสัมพันธ์ทางหน้าหนังสือพิมพ์หลายฉบับในช่วงเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม๒๕๕๕ที่ผ่านมา

ปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินงานยังขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

สร้างกระบวนการที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

๒.๗ ให้กระทรวงศึกษาธิการบรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนและหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบในสถานศึกษากำชับให้สถานศึกษาทุกแห่งติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนดห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษาให้บุคลากรทางการศึกษาเช่นครูอาจารย์นักการภารโรงผู้นำทางศาสนาเป็นต้นเป็นแบบอย่างแก่นักเรียนนักศึกษาสนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้านพิษภัยจากบุหรี่หรือเป็นรูปธรรมและการวิจัยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กระทรวงศึกษาธิการได้ออกประกาศเรื่องแนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติในสถานศึกษาซึ่งเนื้อหาประกาศมีความสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้แก่การห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับการสนับสนุนใดๆจากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (Corporate Social Responsibility : CSR) ให้สถานศึกษาต้องบรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ไว้

ในหลักสูตรการเรียนการสอนให้สถานศึกษาทุกแห่งงดขายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตลอดจนกำชับให้นักเรียนนักศึกษาห้ามสูบบุหรี่ขณะอยู่ในเครื่องแบบนักเรียน นักศึกษาให้ผู้บริหารการศึกษาคณาจารย์ตลอดจนบุคลากรในสถานศึกษาควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีโดยการเลิกสูบบุหรี่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการผลิตสื่อนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อการเรียนรู้ด้านพิษภัยจากบุหรี่และการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กระทรวงศึกษาธิการ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษากระทรวงศึกษาธิการ โดยมีปลัดกระทรวงศึกษาธิการเป็นประธานเพื่อพิจารณาแนวทางการติดตามสถานการณ์สารเสพติดรวมถึงการกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังในสถานศึกษาตั้งแต่วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕ กระทรวงศึกษาธิการ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในสถานศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการเพื่อกำหนดมาตรการแนวทางการขับเคลื่อนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษารวมทั้งแนวทางปฏิบัติกำกับดูแลตรวจสอบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของสถานศึกษาในการป้องกันและไขปัญหาการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาในสังกัดตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๕

ปัญหาและอุปสรรค

ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประเมินผลการนำประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ ไปสู่การปฏิบัติ

๒.๘ ให้กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการ โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทยสำนักงานตำรวจแห่งชาติกระทรวงการคลังและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ได้มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงมหาดไทยขอความอนุเคราะห์มอบหมายภารกิจด้านการควบคุมยาสูบเป็นภารกิจเพิ่มเติมในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่สธ๐๔๔๒.๕/๑๐๑๓ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ ได้มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงมหาดไทยขอความอนุเคราะห์มอบหมายภารกิจด้านการควบคุมยาสูบเป็นภารกิจเพิ่มเติมในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่สธ๐๔๔๒.๕/๑๐๑๓ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือที่สธ๐๔๔๒.๕/๓๔๖๕ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๕ เรื่องขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๕) พ.ศ. ๒๕๕๓ ไปยังหน่วยงานและกระทรวงต่างๆ ในการดำเนินการประชาสัมพันธ์และเฝ้าระวังมิให้มีการละเมิดสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๕) พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการวางระบบและการทำงานแบบการบูรณาการกับกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

๒.๕ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิตวัตถุอันตรายและ การใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ศจย. อยู่ระหว่างการประสานนักวิจัยสำรวจการควบคุมแหล่งผลิตวัตถุอันตรายในพื้นที่และ การใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจังในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ

ควรกระจายอำนาจให้อปท. เข้ามามีบทบาทในการควบคุม

ข้อ๓สมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติจะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการควบคุมปัจจัยยาสูบดังนี้

๓.๑สนับสนุนส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังและติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งใช้มาตรการทางสังคมไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบพัฒนาช่องทางใหม่ๆในการโฆษณาการส่งเสริมการตลาดและการให้ทุนอุปถัมภ์โดยมีกลไกระดับจังหวัด

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมาชิกสุขภาพในระดับพื้นที่ ๑๕จังหวัดสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดำเนินโครงการจิตอาสาเฝ้าระวังเตือนภัยยาสูบรุ่นแรกกับสมัครสมาชิกจำนวน๑๐๐คนเพื่อช่วยดำเนินการเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดำเนินการปฏิบัติการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนภายใต้การดูแลกำกับโดยตรงของสำนักฯจำนวนไม่น้อยกว่า๑เครือข่ายอาทิเครือข่ายอัครสังฆมณฑลภทท. สำนักงานสถิติแห่งชาติเครือข่ายจิตอาสาฯ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการถอดบทเรียนการศึกษาวิจัยในการขับเคลื่อนงานผ่านเครือข่ายสมาชิกสุขภาพทั้ง 15 จังหวัดเพื่อการขยายผลรวมทั้งควรมีการขยายไปยังจังหวัดอื่นๆคู่ขนานไปด้วย

๓.๒สนับสนุนการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้กระจายอย่างทั่วถึงโดยจัดสถานที่ปลอดบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ทั้งในที่สาธารณะที่ทำงานศาสนสถานสถานศึกษาบริษัทห้างร้านเอกชน โดยเฉพาะสถานที่ราชการและส่งเสริมให้มีหมู่บ้านปลอดบุหรี่

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กรมควบคุมโรคและเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่๔การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ซึ่งมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

๑) มีโครงการนำร่องชุมชนฟ้าใสดำเนินการโดยเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และเครือข่าย

๒) โครงการพัฒนาโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ๑๐๐% โดยดำเนินการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล ปลอดบุหรี่รวมทั้งพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ๑๐๐% โรงพยาบาลสามารถเป็น แกนนำการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชนและให้ความรู้กับเครือข่ายภาคประชาสังคมเพื่อสร้างชุมชน ปลอดบุหรี่ได้ซึ่งดำเนินการโดยเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพและเครือข่ายวิชาชีพแพทย์

๓) โครงการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ โดยดำเนินการแข่งขันส่งทั่วประเทศ ประชาสัมพันธ์พร้อมติดป้ายสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ที่สถานีขนส่งผู้โดยสารทั้งสิ้น ๑๕๕ แห่งดำเนินการ โดยกรมการขนส่งทางบกกระทรวงคมนาคม

๔) มีแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ/โครงการพัฒนาสถาน ประกอบการปลอดบุหรี่โดยดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการรวมทั้งบูรณาการเชิง ประเด็นเหล้าบุหรี่อุบัติเหตุและการพนันเพื่อผลักดันให้เป็นโรงงานสีขาวร่วมไปกับการจัดทำคู่มือการ ดำเนินการและสร้างการมีส่วนร่วมดำเนินการโดยสมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

๕) โครงการโรงพักปลอดบุหรี่เพื่อประชาชน (สถานที่ราชการ) โดยได้ดำเนินการประกาศ นโยบายลดละเลิกบุหรี่หรือบรมเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติตามโครงการดำเนินการโดยสำนักงานตำรวจ แห่งชาติ

๖) โครงการรณรงค์สร้างกระแสสถานศึกษาปลอดบุหรี่โดยมีการเผยแพร่องค์ความรู้ในรูปแบบ ต่างๆจำนวน ๘๐๐,๐๐๐ รายสนับสนุนการดำเนินการ โรงเรียนปลอดบุหรี่ โดยบูรณาการกิจกรรมควบคุม ยาสูบร่วมกับการป้องกันยาเสพติดดำเนินการโดยสำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (สป.ศษ.)

๗) โครงการสถานที่สาธารณะลดโรคลดควันบุหรี่เกิดการดำเนินการจัดสถานที่สาธารณะใน พื้นที่เขตนาร่องเป็นเขตปลอดบุหรี่อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีการรณรงค์เผยแพร่และ ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่จัดประชุมชี้แจงให้แก่ผู้ประกอบการและจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมยาสูบดำเนินการโดยกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการถอดบทเรียนดีแล้วนำมาสร้างสื่อเพื่อการขยายผลให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

๓.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนและ ดำเนินการตามมติและตาม “แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557” ให้เป็นรูปธรรมใน ระดับพื้นที่

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการจัดทำหนังสือไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดเพื่อขอ ความร่วมมือในการดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติในระดับจังหวัด โดย นำไปผนวกเข้ากับแผนปฏิบัติการประจำปีและดำเนินการแจ้งให้หน่วยงานระดับจังหวัดได้รับทราบเพื่อ

ร่วมกันขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติต่อไปกรมควบคุมโรคมีแผนการการดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนแผน

ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบตามมติคณะรัฐมนตรีสู่การปฏิบัติระดับจังหวัดในเดือนมกราคม๒๕๕๖

ข้อเสนอแนะ

เร่งรัดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจังหวัดและผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดที่ชัดเจนเพื่อเป็นแกนประสานกับเครือข่ายภาคีที่ทำงานในเรื่องนี้ในแต่ละพื้นที่และควรเชื่อมโยงการทำงานกับกลไกสมัชชาสุขภาพที่มีอยู่ในระดับจังหวัด

ขอ๔ขอให้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดอำเภอตำบลหมู่บ้านและชุมชนสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการตามมติและติดตามผลการดำเนินงานตามมตินี้

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ได้มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงมหาดไทยขอความอนุเคราะห์มอบหมายภารกิจด้านการควบคุมยาสูบเป็นภารกิจเพิ่มเติมในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่สธ๐๔๔๒.๕/๑๐๑๓ลงวันที่๒๗มีนาคม๒๕๕๕และจากการประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติครั้งที่๒/๒๕๕๕เมื่อวันศุกร์ที่๑มิถุนายน๒๕๕๕ผู้แทนปลัดกระทรวงมหาดไทยได้รายงานความก้าวหน้าในการส่งหนังสือถึงกระทรวงมหาดไทยนั้นกระทรวงมหาดไทยจะใช้อำนาจการปกครองของผู้ว่าราชการจังหวัดโดยใช้คำสั่งให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประสานพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ประชุมเพื่อกำชับให้ปฏิบัติตามกฎหมายกรมควบคุมโรคขอความร่วมมือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นคณะกรรมการและเลขานุการในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดในการบูรณาการงานควบคุมยาสูบของจังหวัดเข้าไปเป็นวาระหนึ่งเพื่อติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

ปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังมีการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายต่างๆที่หลากหลายอย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนเรื่องนี้และเรื่องที่เกี่ยวข้องอาทิเครือข่ายด้านการลดละเลิกแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุเพื่อทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพรวมทั้งมีการถอดบทเรียนการทำงานในพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม

ขอ๕ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่๕

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ได้จัดให้มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕ ในวันที่ ๑๘-๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ แล้ว

3. เนื้อหาบทสรุปและยาสูบ

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย

สารต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในบุหรี่และในควันบุหรี่ที่กล่าวมาแล้วเมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกายพร้อมๆ กันจะก่อให้เกิดพิษที่ทำอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดอาการดังนี้

1. ผลกระทบระยะสั้น

- ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรส จะทำหน้าที่ได้ลดลง
- แสบตาน้ำตาไหล
- خنอ่อนที่ทำหน้าที่ปิด โบกเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง

- ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น

- หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิต สูงขึ้น

- มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น

- เกิดกลิ่นที่นำรังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า

- ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก

2. ผลกระทบระยะยาวเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่

- โรคมะเร็งปอดและมะเร็งในส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น กล่องเสียง ลำคอ หลอดอาหารและกระเพาะปัสสาวะ

- โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือดมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ หัวใจวาย

- โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆตีบตันและหลอดเลือดใหญ่ทรวงอกและช่องท้องโป่ง

พอง

- โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลม อักเสบเรื้อรัง

- ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมการแข็งตัวของ อวัยวะเพศ

- เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตันอาจต้องตัดแขนหรือขาทิ้ง

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ หลายชนิดทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นเป็น ๒ เท่าอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น ๖ เท่าและอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น ๑๐ เท่าการสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่อายุสั้นลงโดยเฉลี่ย ๕-๘ ปีผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นและไม่หยุดสูบบุหรี่จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ ๗๐ ปี

โรคต่างๆที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1.โรคมะเร็ง

ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งในอวัยวะต่างๆเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล่องเสียงหลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะ-อาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ด้วยจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้นอีกสาเหตุที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะหลายๆ แห่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สัมผัสกับอวัยวะโดยตรง เช่นกล่องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วไหลเวียนไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตับอ่อน และกระเพาะ-ปัสสาวะ โดยในภาพรวมพบว่าประมาณร้อยละ ๓๐ของมะเร็งที่เกิดในคนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

1.1 มะเร็งปอดร้อยละ ๘๐ ของมะเร็งปอด มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอดประมาณร้อยละ ๓๐เป็นผลจากการที่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ มีการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่จัดมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง ๕๐ เท่าเนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่รับควันบุหรี่มากที่สุดความเสี่ยงต่อพิษภัยของควันบุหรี่ขึ้นอยู่กับปริมาณบุหรี่ที่สูบและวิธีการสูดควันบุหรี่ การเกิดโรคมะเร็งปอดระยะแรกจะไม่มีอาการ เมื่อใดที่มีอาการแสดงว่าโรคเป็นมากแล้วอาการที่พบคือ ไอเรื้อรัง เสมหะมีเลือดปน น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้เล็กน้อยเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการร่วมของโรคต่างๆ ได้หลายชนิดจึงมักทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ช้า และการวินิจฉัยโรคล่าช้า

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอดในระยะที่เป็นมากแล้ว จะมีอาการไอเป็นเลือดน้ำหนักลดอย่างรวดเร็ว ปวดกระดูกซี่โครงและไหล่บ่าหรือสะบ้า อาจมีอาการหอบเหนื่อยบวมบริเวณหน้า คอ แขน และอกส่วนบน ปวดศีรษะ ซึม กลืนอาหารลำบากไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้

โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังจากเริ่มมีอาการเป็นเวลาประมาณ ๖

เดือน โดยร้อยละ ๘๐ จะเสียชีวิตภายใน ๑ ปี และถึงแม้จะให้การรักษาอย่างดีก็มีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ ๒-๕ เท่านั้น

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1 โรคหัวใจขณะนี้โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของคนไทยโดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญผู้สูบบุหรี่มีโอกาสหัวใจวายตายในอายุ ๓๐-๕๐ ปี สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง ๕ เท่าสารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกายโดยที่รูหลอดเลือดค่อยๆตีบลงจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือดจนเกิดการตีบตันของเส้นเลือด เป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้น้อยลงจึงเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือดได้เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ จะเกิดอาการจุกเสียดเจ็บหน้าอก โดยเฉพาะเวลาออกกำลังกายและถึงขั้นหัวใจวายได้ในที่สุด

2.2 โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศสาเหตุที่สมรรถภาพทางเพศเสื่อมเกิดจากเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อมซึ่งควันบุหรี่มีสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลงนอกจากนี้ยังพบตัวอสุจิในผู้สูบบุหรี่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่รวมทั้งจำนวนอสุจิลดลงด้วย ในขณะที่เดียวกันการเจ็บป่วยอื่นๆของผู้ที่สูบบุหรี่ก็ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้เพราะโรคที่เกิดล้วนเป็นโรคเรื้อรังทำให้เหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของ อวัยวะต่างๆผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกังวลกับโรคที่เป็นและมีผู้ป่วยหลายรายที่เกิดอาการหอบขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความกลัวไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์อีก

2.3 โรคหลอดเลือดในสมองตีบการเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง มีกลไกในการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือดหัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีความจำเสื่อมลง

3. โรคระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมากและทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่องโรคที่พบ คือ ถุงลมโป่งพองเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรังเป็นหืดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ

3.1 โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่เนื้อปอดค่อยๆเสื่อมสมรรถภาพจากการได้รับควันบุหรี่ตามปกติแล้วพื้นที่ในปอดจะมีถุงลมเล็กๆ กระจายอยู่เต็มทั่วปอดเพื่อทำหน้าที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายสารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและในถุงลมให้ฉีกขาดทีละ

น้อยๆและรวมตัวกลายเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคกลุ่มโป่งพองมีผลทำให้พื้นที่ผิวหนังเนื้อเยื่อภายในปอดซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดเล็กลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้นเพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคกลุ่มโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆของโรคจะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลารายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ ๘๐ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตภายใน ๑๐ ปีโดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาจนกว่าจะเสียชีวิต

4. โรคอื่นๆ

มารดาที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์จากผลของควันบุหรี่ที่มีต่อรก เช่น คลอดก่อนกำหนดแท้งง่าย และมีบุตรยาก รวมทั้งยังทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยอัตราการตายทารกแรกเกิดสูง และภาวะเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของทารกเกิดได้มากนอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่ายอีกด้วยเนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่กระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของคนข้างเคียง

ควันบุหรี่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ได้ดังนี้

1.ผลกระทบระยะสั้น

- เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้เกิดความรู้สึกไม่สบาย
- ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่เป็็นโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆโดยจะมีอาการหายใจติดขัดหรือ ถึงขั้นเหนื่อยหอบ
- ในผู้ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจจะทำให้เกิดอาการเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอมากขึ้นเกิดอาการจุกเสียดหน้าอกได้

2.ผลกระทบระยะยาว

- ในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท การสูบบุหรี่ทุกๆ ๒๐ มวนจะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปเป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ ๑ มวน
- ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องทำงานที่มีควันบุหรี่ประมาณครึ่งชั่วโมงจะมีปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเท่ากับคนที่สูบบุหรี่เอง ๑ มวน
- ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องอยู่ในห้องทำงานหรือในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่เป็นเวลานานจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นจากคนทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ ๑๐ - ๓๐
- ในหญิงมีครรภ์และทารกทำให้เกิดความเสี่ยงที่ทารกแรกคลอดจะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ

ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างคลอด หรือเกิดความพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงของอาการเกิดโรคไหลตายในเด็กสูงขึ้นเช่นเดียวกับที่มารดาสูบบุหรี่เอง

- ในเด็กเล็ก ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ เช่นหลอดลมอักเสบ และปอดบวมบ่อยกว่าเด็กทั่วไป และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้นนอกจากนี้ยังทำให้เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลางง่ายและในระยะยาวเด็กที่ได้รับควันบุหรี่ พัฒนาการของปอดจะน้อยกว่าและ พัฒนาการทางสมองจะช้ากว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

- ในผู้ใหญ่ จากการศึกษาทางการแพทย์พบว่า การได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ ทำให้เกิดโรคมะเร็งในปอดได้ ผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่วันละ ๓ ชั่วโมงขึ้นไปจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่ลำคอกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ ๓ เท่าและมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งในส่วนอื่นๆ มากกว่าคนปกติ ๒ เท่าผู้ที่ได้รับควันบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าคนทั่วไป ผู้หญิงที่สามีสูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะมีอาการหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่สามีไม่สูบบุหรี่ ๓-๔ เท่า และจะตายเร็วกว่าผู้หญิงที่สามีไม่สูบบุหรี่ โดยเฉลี่ย ๔ ปี

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ

1. ความสูญเสียที่สามารถคำนวณได้ ได้แก่

ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ ๑๐.๘ บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือประมาณ ๑๑.๐ บาท และผู้หญิงประมาณ ๖.๗ บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันจะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. ๒๕๔๔ มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน ๑๐,๕๕๗,๑๐๐ คน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันถึง ๔ หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี

ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกเกี่ยวกับรายได้และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ ใน พ.ศ. ๒๕๓๘ พบว่าในทุกๆ ๑,๐๐๐ ต้นของยาสูบที่ผลิตออกมา จะทำรายได้หรือผลกำไรสุทธิให้แก่ผู้ผลิต ๖๕ ล้านบาทแต่ทำให้มีผู้เสียชีวิต ๖๕๐ คน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ๗๔๕ ล้านบาท

ดังนั้น ความสูญเสียจากยาสูบเพียง ๑,๐๐๐ ต้น จึงมากกว่ารายรับถึง ๖๘๐ ล้านบาท (๗๔๕ - ๖๕ ล้านบาท) ขณะนี้ ทั่วโลกผลิตยาสูบได้รวมกันปีละ ๗,๓๐๐,๐๐๐ ต้นจึงคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของโลกถึงปีละประมาณ ๕ ล้านล้านบาท ธนาคารโลกได้สรุปว่า การลงทุนเรื่องการป้องกันไม่ให้ผู้คนติดบุหรี่เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดในการลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บของประชาชนรองจากการฉีดวัคซีนให้แก่ทารกแรกเกิด

จากความสูญเสียทางเศรษฐกิจเหล่านี้ทำให้ปัจจุบันธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาเอเชียได้จัดการให้

สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นการเพาะปลูก การส่งออก หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแต่สนับสนุนการกู้ยืมเงินเพื่อใช้ในการควบคุมการสูบบุหรี่

2. ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้ได้แก่

- เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่
- ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ที่ผู้นำครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่
- ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า เช่น การซื้ออาหารและการใช้จ่ายในด้านการศึกษาของบุตร
- ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของท้องถิ่นจากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ

3. ความสูญเสียที่ไม่สามารถจะคำนวณได้ได้แก่

- คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยจากการสูบบุหรี่
- ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่
- คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ที่ป่วยและ/หรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่
- ความรำคาญและความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่

4. แบบจำลองการประเมินผลตาม CIPP MODEL

แบบจำลอง(Model) หมายถึง วิธีการสื่อสารทางความคิด ความเข้าใจตลอดจนจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใด ๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อในลักษณะต่าง ๆ เช่น แผนภูมิ แผนผัง ระบบสมการ และรูปแบบอื่นเป็นต้น เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และสามารถนำเสนอเรื่องราวได้อย่างมีระบบการประเมินผลโครงการนั้น มีแนวคิดและโมเดลหลายอย่าง ณ ที่นี้ขอเสนอแนวคิดและโมเดลการประเมินแบบชิปปี้ หรือ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Danial . L. Stufflebeam) เพราะเป็น โมเดลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน

แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model) ในปี ค.ศ. 1971 สตัฟเฟิลบีมและคณะ ได้เขียนหนังสือทางการประเมินออกมามีชื่อ "Educational Evaluation and decision Making" หนังสือเล่มนี้ ได้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางเพราะให้แนวคิดและวิธีการทางการวัดและประเมินผล ได้อย่างน่าสนใจและทันสมัยด้วย นอกจากนั้น สตัฟเฟิลบีมก็ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับการประเมินและรูปแบบของการประเมินอีกหลายเล่มอย่างต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่า ท่านผู้นี้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทฤษฎีการประเมิน จนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน เรียกว่า CIPP Model

เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหาร โครงการเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือการให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เน้นการแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับ ฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุจุดหา และนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูลและนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน และเขาได้แบ่งประเด็นการประเมินผลออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การประเมินด้านบริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญเพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการเป็นการตรวจสอบว่าโครงการที่จะทำสนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่ วัตถุประสงค์ของโครงการชัดเจน เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร หรือนโยบายหน่วยเหนือหรือไม่ เป็นโครงการที่มีความเป็นไปได้ในแง่ของโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆหรือไม่ เป็นต้น การประเมินสถานะแวดล้อมจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่อง โครงการควรจะทำในสภาพแวดล้อมใด ต้องการจะบรรลุเป้าหมายอะไรหรือต้องการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะอะไร เป็นต้น

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน(Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึง ความเป็นไปได้ของ โครงการความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน เป็นต้น การประเมินผลแบบนี้จะทำโดยใช้ เอกสารหรืองานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้วหรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง (Pilot Experimental Project) ตลอดจนอาจให้ผู้เชี่ยวชาญ มาทำงานให้ อย่างไรก็ตามการประเมินผลนี้จะต้องสำรวจถึงที่มีอยู่เดิมก่อนว่ามีอะไรบ้างและตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใด ใช้แผนการดำเนินงานแบบไหนและต้องใช้ทรัพยากรจากภายนอก หรือไม่

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินระหว่างการทำงานโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลาทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้จะเน้นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้วการประเมินกระบวนการจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะๆ เพื่อการตรวจสอบการดำเนินของโครงการ โดยทั่วไป การประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมายคือ

3.1 เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่มีการปฏิบัติการหรือการดำเนินงานตามแผนนั้น

3.2 เพื่อหาข้อมูลต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน ของโครงการ

3.3 เพื่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการหรือความต้องการ/ เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิกขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการและการประเมินผล เรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการ โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสถานะแวดล้อมปัจจัยเบื้องต้นและกระบวนการร่วมด้วย จะเห็นได้ว่า การประเมินแบบ CIPP เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมดซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านกำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูลกำหนดเครื่องมือการประเมินวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน

เมื่อพิจารณาถึงช่วงเวลาของการประเมินผลโครงการเพื่อจำแนกประเภทของการประเมินผลโครงการโดยละเอียดแล้วเราสามารถจำแนกได้ว่าการประเมินผลโครงการมี 4 ระยะดังต่อไปนี้

1) การประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงาน (Pre-evaluation) เป็นการประเมินว่ามีความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการกำหนดให้มีโครงการหรือแผนงานนั้นๆ หรือไม่ บางครั้ง เรียกการประเมินผลประเภทนี้ว่า การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) หรือการประเมินความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment)

2) การประเมินผลโครงการขณะดำเนินงาน (On-going Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (Monitoring) และการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

3) การประเมินผลโครงการเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน (Post-evaluation) เป็นการประเมินว่า ผลของการดำเนินงานนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้หรือไม่

4) การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการภายหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินโครงการหรือแผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นซึ่งอาจจะได้รับอิทธิพลจากการมีโครงการหรือปัจจัยอื่น ๆ

นอกจากนี้ สดฟิฟิลบีมได้นำเสนอประเภทของการตัดสินใจ ที่สอดคล้องกับประเด็นที่ประเมินผล ดังนี้

1. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning) สภาพแวดล้อมที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน

2. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินของโครงการ

3. การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าไปได้นำไปใช้ในการกำหนดโครงสร้างของแผนงานและขั้นตอนของการดำเนินการจากการประเมินกระบวนการเพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่นการตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลจากการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นเพื่อพิจารณาการยุติ / สัมเลิก หรือขยายโครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นการประเมินแบบ CIPP Model ทั้ง 4 ประการและประเภทของการตัดสินใจดังกล่าวข้างต้น พอดีสรุปความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการประเมินกับการตัดสินใจ **ผังแผนภูมิ 1**

ประเภทการประเมิน	ประเภทการตัดสินใจ
การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation)	การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions)
การประเมินปัจจัยเบื้องต้น/ตัวป้อน (Input Evaluation)	การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้าง (Structuring Decisions)
การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)	การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementating Decisions)
การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)	การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions)

แผนภูมิที่ 1 : ความสัมพันธ์การตัดสินใจ และประเภทการประเมินแบบ CIPP Model

Stufflebeam ได้เสนอแนวคิดในการสร้างแบบแผนการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ CIPP Model ซึ่งอาจนำไปประยุกต์ใช้กับการประเมินผลในรูปแบบอื่น ๆ ได้ แบบแผนการประเมินผลมีดังนี้

1. การบรรยายจุดมุ่งหมาย และการกำหนดนโยบายในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 ขอบเขตความรับผิดชอบว่ามีขอบเขตระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ
 - 1.2 เวลาและแนวทางเลือก
 - 1.3 ตัวแปรในการวัดและมาตรฐานที่ใช้ในการตัดสินใจ

1.4 นโยบายในการปฏิบัติงานของผู้ประเมินผล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเครื่องมือ วิธีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง สภาพการณ์ในการเก็บข้อมูล
3. การวิเคราะห์ข้อมูล
4. การรายงานผลหรือสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล
5. การบริหารการประเมินผล เพื่อเตรียมแผนการดำเนินงานทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนคือ กำหนดโครงสร้าง กำหนดบุคลากรและทรัพยากร กำหนดวิธีการปฏิบัติ ประเมินผลประสิทธิภาพของ เครื่องมือ กำหนดวิธีการที่จะพัฒนาแบบแผนการประเมิน และการจัดหางบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ ประเมินผลตลอดโครงการ

5.การมีส่วนร่วมของชุมชนใน พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 มี.ค.2250 ในฐานะ“**ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย**”ที่ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากสังคมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์อย่างมากที่สุดกว่า 4.7 ล้านคน ใช้ระยะเวลานานถึง 8 ปีและเป็นกฎหมายฉบับแรกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพซึ่งครอบคลุมทั้ง เรื่องสิทธิหน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ กระบวนการมีส่วนร่วมและกลไกการทำงาน

นอกจากนี้ พ.ร.บ.สุขภาพฯยังกลายมาเป็น“**เครื่องมือใหม่**”ที่จัดให้มีกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพด้วยกันด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายกลไกต่างๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพฯจึงมีหน้าที่หนุนเสริมกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็นกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆและกลไกใหม่ภายใต้พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ให้ประสานตัวเข้าหากันเพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่มุ่งสู่ทิศทาง“**สร้างนำซ่อม**”ร่วมกันต่อไป

ในส่วนของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยเฉพาะ โครงการขนาดใหญ่ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องผ่านการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหรือ Environmental Health Impact Assessment หรือ EIA ตามประกาศกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมระยะหลังแนวคิดในเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เน้นว่าคนคือศูนย์กลางในการพัฒนาเป้าหมายของการพัฒนาโครงการต่างๆ ที่ายที่สุดต้องไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพราะฉะนั้นการประเมิน โครงการต่างๆนอกจากจะประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจะต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment หรือ HIA) ซึ่งความหมายของสุขภาพนั้น ก็นับความกว้างถึงเรื่อง สุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญาจึงต้องคำนึงถึงมิติของสังคมด้วย(Social Impact Assessment)

โดยเฉพาะประเด็นเรื่องสิทธิที่ มาตรา 11 กำหนดให้บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะบุคคลหรือคณะ

บุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าวมาตรา 5 มีสิทธิในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มาตรา 10 มีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลแผนงาน โครงการและนโยบายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและมาตรา 25(5) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ รวมถึงมาตรา 46 - 48 การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งทั้งหมดนี้จะเกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิตาม ม.11

เจตนารมณ์ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ต้องการให้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันพิจารณาถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วกับประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายการพัฒนา หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยหวังผลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของทุกคนในสังคมการพัฒนา ระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในพ.ร.บ.สุขภาพ พ.ศ.2550 จะมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรวมถึงสมาชิกสุขภาพในระดับต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

กลไกสำคัญกลไกหนึ่งภายใต้พ.ร.บ.สุขภาพฯ คือ ‘สมัชชาสุขภาพ’ ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากงานวิจัยที่ สวรส.สนับสนุนและนำเสนอกรอบความคิดมาตั้งแต่ปี 2543 และมีการจัดสัปดาห์สมัชชาสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องทุกปีมาตั้งแต่ปี 2544 จนกระทั่งเมื่อพ.ร.บ.สุขภาพฯ ได้รับการประกาศใช้สมัชชาสุขภาพจึงได้กลายเป็นพื้นที่ที่สาธารณะเพื่อการมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ โดยมีการจัดตั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีสมัชชาสุขภาพถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะถูกส่งต่อและผลักดันสู่การปฏิบัติผ่านช่องทางกลไกของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งให้ภาคประชาชนร่วมดำเนินการโดย สวรส.เข้าไปร่วมทำงานวิชาการในเวทีและกิจกรรมที่สช.ดำเนินการร่วมกันอย่างใกล้ชิด

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาวิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ได้ดังนี้

กาญจนา แก้วสุวรรณ และสุรินทร์ กลัมพากร (2554) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดภัยที่ต้นแบบในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน พบว่า ในการพัฒนาชุมชนปลอดภัยที่ต้นแบบประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมได้แก่ 1)กิจกรรมทำประชาคมเพื่อกำหนดมาตรการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในชุมชน 2) กิจกรรมการให้ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้เฒ่าผู้แก่หรือผู้พิการ 3)กิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า มีการกำหนดมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน และประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดภัย ได้แก่ ศาลาเอนกประสงค์ ศาลาวัด โรงเรียน ตลาดสด ร้านอาหาร บ้านที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบ้านปลอดภัย และบ้านที่มีการจัดงานศพ จำนวนทั้งสิ้น 16 แห่ง อีกทั้งยังมีการแจ้งประชาสัมพันธ์บริเวณที่กำหนดให้เป็นพื้นที่ปลอดภัย หากมีการฝ่าฝืนมีมติให้ปรับวณละ 50 บาท

และให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี่ผ่านทางเสียงตามสายในหมู่บ้าน ด้านครอบครัวของผู้เลิกบุหรี่ สมาชิก
ครอบครัวผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการช่วยเหลือผู้
เลิกบุหรี่จำนวน 140 คน มีทัศนคติที่ดีมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ต้องการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น ด้านผู้สูบ
บุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ทั้งหมด 70 คนประเมินผลเมื่อครบ 6 เดือน มีผู้หยุดสูบบุหรี่ได้ 29
คน คิดเป็นร้อยละ 41.04

ปราณี เทียมใจ และ ปรัชญาพร ชิสาระ (2553) ศึกษาการพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ต้นแบบ
โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาพบว่า การพัฒนาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ต้นแบบมี
กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) แต่งตั้งคณะทำงานดำเนินงาน 2) สำรวจข้อมูลการสูบ
บุหรี่และการสัมผัสบุหรี่มือสอง 3) เสนอผลการสำรวจข้อมูลและแผนปฏิบัติงานต่อผู้บริหารมหาวิทยาลัย 4)
สร้างคู่มือ 5) พัฒนาแกนนำ 6) สนับสนุนการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 7) พัฒนาพื้นที่ปลอดบุหรี่ 8) พัฒนานิ
กเลิกบุหรี่ ผลลัพธ์พบว่า มีผู้เข้าร่วมบำบัดในคลินิกจำนวน 34 คน ซึ่งเลิกได้และอยู่ในระหว่างการเลิก
จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโครงการมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ คือ 1)
ผู้บริหารในระดับสูง และหัวหน้างานทุกฝ่ายจะต้องเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการกำหนด
นโยบายและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้หน่วยงานทุกภาคส่วน
เข้ามาเป็นคณะทำงานในการดำเนินกิจกรรม และเป็นแกนนำในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 3) การสร้าง
แรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ โดยการวางแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมโครงการ
อย่างชัดเจนและเหมาะสม 4) การดำเนินกิจกรรมในโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยควร
สอดคล้องกับกิจกรรมของกองกิจการนอติศของมหาวิทยาลัย 5) การจัดกิจกรรมควรเน้นการจัดกิจกรรม
โครงการที่มีความหลากหลาย แต่มีทิศทางเป้าหมายที่สอดคล้องกัน

พัชรี เกสรบุญนาคและคณะ. (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิก
ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสามพราน จังหวัด
นครปฐม พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการช่วยเลิกบุหรี่และความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิก
ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ ($r = 0.151, 0.280 p < 0.01$)
ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ของการช่วยเลิกบุหรี่และความตั้งใจในการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกครอบครัว
ผู้สูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และ
0.01 ตามลำดับ

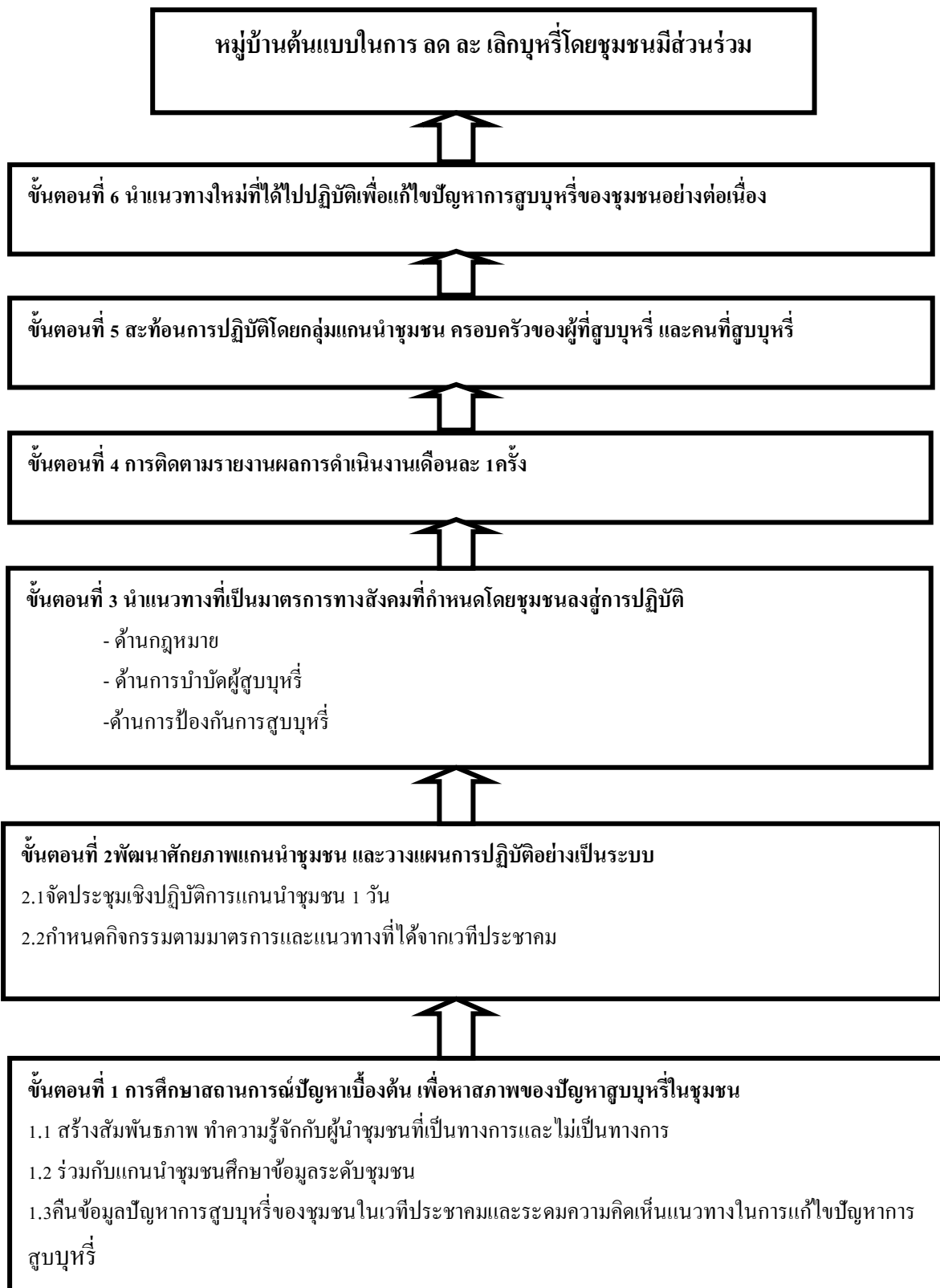
มลทา ทาขิดา และ สุรินทร กลัมพากร (2552) ศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบ
ในอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนา
ชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบและผลการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบโดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วม ในพื้นที่
อำเภอทุ่งสงจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดรักษาในชุมชนจำนวน
25 คน และครัวเรือนผู้สูบบุหรี่จำนวน 101 หลัง โดยมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม
2551 ถึงเดือน กันยายน 2552 การพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบมี 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) ศึกษาข้อมูล

พื้นฐานและปัญหาการสูบบุหรี่ร่วมกับแกนนำ ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ และตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2) พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนชุมชนที่รับผิดชอบ โครงการและประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วันพร้อมกำหนดกิจกรรมและวางแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3) นำแผนที่กำหนดลงสู่การปฏิบัติด้วยมาตรการ 3 ด้าน ได้แก่ด้านกฎหมายหรือมาตรการทางสังคม มีการประกาศสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ และมีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎของชุมชน ด้านการบำบัดผู้สูบบุหรี่ และด้านการป้องกัน ขั้นตอนที่ 4) การติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง ขั้นตอนที่ 5) สะท้อนการปฏิบัติโดยกลุ่มแกนนำชุมชนเรียนรู้ร่วมกัน และวิเคราะห์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ขั้นตอนที่ 6) นำแนวทางใหม่ที่ได้ไปปฏิบัติตามสถานการณ์จริงเพื่อการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนอย่างต่อเนื่องผลการวิจัยพบว่า ด้านแกนนำชุมชน มีแกนนำชุมชนที่รับผิดชอบจากสมาชิกชุมชนให้เป็นผู้ร่วมดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนแก้ไข ปัญหาของการสูบบุหรี่ในชุมชนจำนวน 16 คน ด้านผู้สูบบุหรี่พบว่า มีผู้สมัครใจเข้าร่วมบำบัดจำนวน 25 คน หลังการติดตาม 6 เดือน มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ด้านชุมชนพบว่า มีการกำหนดและประกาศใช้นโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน โดยประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ได้แก่ ศาลาเอนกประสงค์ ศาลาวัด โรงเรียน ตลาดสด และครอบคลุมถึงสถานที่ส่วนบุคคล ได้แก่บ้านแกนนำชุมชน และบ้านผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ หากฝ่าฝืนมีมติให้ปรับมวนละ 100 บาท อีกทั้งยังมีวิทยุชุมชนเข้ามามีบทบาทในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี่และมีร้านค้า 1 แห่งประกาศเป็นร้านค้าปลอดบุหรี่

รชนี มิตกิตติและอัญชัญ เกียรติพรศักดิ์ (2552) ศึกษาการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในชุมชนโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในชุมชนโดยใช้การเสริมแรงบวกในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดบุหรี่ในชุมชนจำนวน 13 คน และครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 54 หลังคา ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ถึงเดือนธันวาคม 2552 โดยมีคณะกรรมการหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) จำนวน 20คนร่วมกันสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ วางแผนดำเนินการ จูงใจและติดตามเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ โดยใช้แบบสอบถามและแบบติดตามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ โดยให้ผู้สูบบุหรี่บันทึกพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองและอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ทุกวันพยาบาลชุมชนจากโรงพยาบาลแม่จันและอาจารย์จากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงเป็นผู้ติดตามให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลทุก 2-4 สัปดาห์ วิธีการดำเนินการครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสในชุมชนและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบโครงการ อบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ อสม. และผู้นำชุมชน ให้มีความรู้และตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ จูงใจให้เลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง คัดเลือกบุคคลและครัวเรือนต้นแบบ ไร้ควันบุหรี่ จัดเวทีประชาคมกำหนดพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 13 คน จากผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 57 คนคิดเป็นร้อยละ 23 เป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี ระยะเวลาในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 22.3 ปี สูบบุหรี่มวนแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 13.8 ปี หลังจาการบำบัด 10 วัน มีผู้เลิกบุหรี่ได้ 4 คน ที่เหลือลดปริมาณการสูบเฉลี่ย 11 มวนต่อคน ครบ 5 เดือนมีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 10 คน คิด

เป็นร้อยละ 76.9 ที่เหลือ 3 คนเลิกสูบไม่ได้เพราะสมาชิกในบ้านที่เป็นญาติผู้ใหญ่ยังสูบบุหรี่ในบ้าน สำหรับคนที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จได้เนื่องจากมีความตั้งใจจริงและเลิกได้ด้วยตนเอง ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาหมู่บ้านปลอดบุหรี่ครั้งนี้ได้แก่ ความเข้มแข็งของชุมชน และความมุ่งมั่นของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความจริงใจให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้เลิกบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ได้รับแรงบันดาลใจจากบุคคลสำคัญในครอบครัวและการติดตามให้คำปรึกษาจากพยาบาลชุมชนอย่างใกล้ชิด

7. กรอบแนวคิด (Conceptual framework)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับกระบวนการวิจัยท้องถิ่น (Community Base Research: CBR)

2. ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการค้นหาแนวทางที่เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของสมาชิกในชุมชน

3. พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ครอบครัวของผู้ที่สูบบุหรี่ และแกนนำหรือคณะกรรมการชุมชนที่อาศัยอยู่ในบ้านหนองอ่างซัน หมู่ที่ 7 ตำบลหนองอ่างซัน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนมระยะเวลา 1 สิงหาคม พ.ศ.2555 ถึง 31 กรกฎาคม 2556

4. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือ/อุปกรณ์ ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกภาคสนาม แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก การเสวนากลุ่ม และแนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และอุปกรณ์เสริม ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพื่อหาสภาพของปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน ดังนี้
 - 1.2 สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกับผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเข้าร่วมกิจกรรมที่มีในชุมชน
 - 1.3 ร่วมกับแกนนำชุมชนศึกษาข้อมูลระดับชุมชน
 - 1.4 ค้นข้อมูลปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนในเวทีประชาคมและระดมความคิดเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่
2. พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำชุมชน 1 วัน
 - 2.2 กำหนดกิจกรรมตามมาตรการและแนวทางที่ได้จากเวทีประชาคม
3. นำแนวทางที่เป็นมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนลงสู่การปฏิบัติ
 - 3.1 ด้านกฎหมาย ประกอบด้วย
 - 3.1.1 ร่างกฎกติกาชุมชน และบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎชุมชน

3.1.2 นำเสนอร่างกฎหมาย

3.1.3 ปรับปรุงกฎหมายชุมชนและประกาศใช้

3.2 ด้านการบำบัดผู้สูบบุหรี่

3.2.1 ประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการเพื่อการบำบัดรักษา

3.2.2 จัดกลุ่มบำบัดในชุมชนเพื่อหาแนวทางในการ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่

3.2.3 ให้ผู้ที่สูบบุหรี่หาแนวทางในการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ของตนเอง และมีสมุดบันทึกประจำตัว

3.2.4 มอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว คุณแลและให้กำลังใจแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ และช่วยควบคุม กำกับติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเซ็นต์กำกับสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน

3.2.5 มอบหมายให้ อสม. คุณแลผู้ที่สูบบุหรี่ ในคุ่มที่ตนเองรับผิดชอบควบคุม กำกับติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเซ็นต์กำกับสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกสัปดาห์

3.3 ด้านการป้องกันการสูบบุหรี่

3.3.1 จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียน

3.3.2 จัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียน

ในวันสำคัญ เช่น วันที่ 5 ธันวาคม 2555

4. การติดตามรายงานผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง

5. สะท้อนการปฏิบัติโดยกลุ่มแกนนำชุมชน ครอบครัวของผู้ที่สูบบุหรี่ และคนที่สูบบุหรี่เรียนรู้และวิเคราะห์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการร่วมกัน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ และหาแนวทางแก้ไข

6. นำแนวทางใหม่ที่ได้ไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายสรุปข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่สูบบุหรี่

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยเจาะลึกในประเด็นที่ศึกษากระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย การจัดระเบียบข้อมูล ทั้งด้านกายภาพ (ถอดเทปบันทึกเสียง/ การใส่รหัสบันทึก (coding) ตามประเด็นหลักและย่อยตามประเด็นที่ศึกษา/สรุป บรรณาธิกรณข้อมูล และจัดเก็บข้อมูลเพื่อความปลอดภัย สะดวกในการค้นหา/นำมาใช้) และด้านเนื้อหา รวมทั้ง มีการแสดงข้อมูล หาข้อสรุป (ตีความและตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย) จัดกลุ่มข้อมูล และนำเสนอข้อมูล เป็นต้น

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนำมดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดนครพนม โดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้สามารถมีการขับเคลื่อนการนำมดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่ หมู่ที่ 7 บ้านหนองย่างขึ้น ตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม มีผลการดำเนินงานวิจัยเป็น 4ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทของพื้นที่

ตอนที่ 2 สถานการณ์ผู้ติดบุหรี่และสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 แนวทางในการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่

ตอนที่ 4 รูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

4.1 การขับเคลื่อนการนำมดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติในหมู่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม

4.2 ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

4.3 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับในหมู่บ้านต้นแบบและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 บริบทของพื้นที่

ตำบลหนองย่างขึ้น เป็นตำบลที่ตั้งมาประมาณ 100 ปีมาแล้ว แต่ก่อนขึ้นอยู่กับอำเภอธาตุพนม ตอนนั้นอำเภอเรณูนครมีชื่อว่า "เมืองเว" บ้านหนองย่างขึ้นในขณะนั้นเป็นป่า ราษฎรส่วนใหญ่มีอาชีพล่าสัตว์ป่า เมื่อล่าสัตว์ได้แล้วจะนำมาชำแหละเพื่อทำเนื้อเค็มตากแห้งบริเวณหนองน้ำ การที่ราษฎรนำเนื้อไปชำแหละและย่าง จึงได้ขนานนามชื่อว่า "บ้านหนองย่างขึ้น" มาจนถึงปัจจุบัน ตำบลหนองย่างขึ้นเป็นตำบลที่ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอเรณูนคร

ตำบลหนองย่างขึ้นตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอเรณูนคร แบ่งการปกครองออกเป็น 8 หมู่บ้าน หมู่ที่ 2,7,8 เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 1,3,4,5,6 เป็นหมู่บ้านที่อยู่นอกเขตเทศบาลปัจจุบัน มีนายประยัด พลโลก เป็นกำนัน โดยมีที่ทำการกำนันอยู่ที่บ้านหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 2

เนื้อที่/พื้นที่

มีเนื้อที่ทั้งหมด 20.34 ตร.กม. สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม

สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไป

จากข้อมูลของสถานีตรวจอากาศนครพนม เฉลี่ยรายเดือน 3 ปีย้อนหลัง อุณหภูมิตลอดปีมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15.7 – 24.4 องศาเซลเซียส

พิกัดที่ตั้งและอาณาเขต

ทิศเหนือ ติดกับ ต. โพนทอง อ.เรณูนคร จ.นครพนม

ทิศใต้ ติดกับ ต.พระกลางทุ่ง อ.ธาตุพนม จ.นครพนม

ทิศตะวันออก ติดกับ ต.พระกลางทุ่ง อ.ธาตุพนม จ.นครพนม

ทิศตะวันตก ติดกับ ต.เรณูใต้ อ.เรณูนคร จ.นครพนม

เส้นทางคมนาคม

ตำบลหนองย่างจีน มีถนนเพื่อใช้ในการคมนาคม ติดต่อกับจังหวัด อำเภอดำบก หมู่บ้าน และตำบลใกล้เคียงได้อย่างสะดวกตลอดปี ระยะจากตำบลหนองย่างจีน ถึงอำเภอเรณูนคร มีระยะทางประมาณ 5 กิโลเมตร เป็นถนนลาดยางตลอดทั้งสาย ระยะทางจากตำบลหนองย่างจีน ถึงจังหวัดนครพนม แบ่งเป็นสองสาย

สายที่ 1 เป็นถนนลาดยางของกรมทางหลวง จากอำเภอเรณูนคร ผ่านตำบลหนองฮี อำเภอดำบก ถึงจังหวัดนครพนม ความยาว 55 กิโลเมตร

สายที่ 2 จากอำเภอเรณูนคร ผ่านสามแยกบ้านธาตุน้อย อำเภอธาตุพนม ถึงจังหวัดนครพนม ความยาวประมาณ 48 กิโลเมตร

ข้อมูลการปกครอง

อบต. จำนวน 1 แห่ง ได้แก่

1.องค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างจีน ครอบคลุมพื้นที่ตำบลหนองย่างจีนทั้งตำบล

หมู่บ้านจำนวน 8 แห่ง ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านหัวขัวใต้

หมู่ที่ 2 บ้านหนองย่างจีน

หมู่ที่ 3 บ้านนาดี

หมู่ที่ 4 บ้านโนนสะอาด

หมู่ที่ 5 บ้านนาคอย

หมู่ที่ 6 บ้านโคกเจริญ

หมู่ที่ 7 บ้านหนองย่างจีน

หมู่ที่ 8 บ้านหนองย่างจีน

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

อาชีพหลัก ได้แก่ทำนา

อาชีพเสริม ได้แก่ปลูกพริก

ข้อมูลด้านสังคม

โรงเรียนประถมศึกษา 3 แห่ง

วัดพุทธ จำนวน 6 แห่ง

สถานพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง

ข้อมูลด้านทรัพยากรธรรมชาติ

แม่น้ำ/แหล่งน้ำห้วย 53 ไร่หนองน้ำ 69 ไร่บ่อบาดาล 18 บ่อบ่อน้ำตื้น 26 บ่อ ห้วยหนองคุ, ห้วยหนอง
ข้างจีน , ห้วยแคน มีแหล่งน้ำที่สร้างขึ้นอีก ได้แก่ หนองสระพัง , หนองบ่อหิน , หนองแวง

ข้อมูลด้านประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น 4,336 คน

จำนวนประชากรชายรวม 2,163 .คน

จำนวนประชากรหญิงรวม 2,173 .คน

จำนวนครัวเรือน

- จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 972 ครัวเรือน

- จำนวนครัวเรือนเกษตรกร 680 ครัวเรือน

ข้อมูลด้านการเกษตร

อัตราส่วนแบ่งพื้นที่

พื้นที่ทั้งหมด 12,720 ไร่

สภาพพื้นที่ของตำบลหนองข้างจีน เป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีพื้นที่ป่าประมาณ 500 ไร่

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่หัวไร่ปลายนา ซึ่งมีการจับจองใช้ประโยชน์บ้างแล้ว

พื้นที่ทำการเกษตร 12,720 ไร่

พื้นที่ทำนา 8,277 ไร่

ข้าวเจ้า 2,805 ไร่

ข้าวเหนียว 5,088 ไร่

ยาสูบ 319 ไร่

มะเขือเทศโรงงาน 20 ไร่

ที่ดินสาธารณะและอื่น ๆ 4,443 ไร่

พันธุ์พืชที่ปลูก

- ข้าวนาปี

- ข้าวเจ้า ให้พันธุ์ข้าวหอมมะลิ 105 และ กข.15

- ข้าวเหนียว ให้พันธุ์ กข. 6 กข.8 และ กข.10

- ยาสูบ

- ไร่พันธุ์เตอร่กิส

พันธุ์สัตว์ที่เลี้ยง

- โคพันธุ์ที่เลี้ยง พันธุ์ลูกผสมบาร์มัน, พันธุ์พื้นเมือง

- กระบือพันธุ์ที่เลี้ยง พันธุ์พื้นเมือง
- สุกรพันธุ์ที่เลี้ยง พันธุ์ลาร์จไวท์พันธุ์แลนเลท
- เป็ดพันธุ์ที่เลี้ยง พันธุ์เนื้อ (เปิดเทศ)
- ไก่พันธุ์ที่เลี้ยง พันธุ์พื้นเมือง
- ปลา แยกเป็น- ปลากินพืชพันธุ์ที่เลี้ยง ปลานิล ปลาไน ปลาดุก
- ปลากินเนื้อ ปลาดุก
- ปลานิล cp

ผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่

1. ข้าวหอมมะลิ
2. ข้าว กข.6 กข.8 กข.10
3. ยาสสูบ

กลุ่มสถาบันการเกษตร

ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตรประจำตำบล 1 แห่ง

ความสำคัญ

เป็นเครือข่ายทางวัฒนธรรมของอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม โดยให้การส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรมของคนในชุมชน ให้มีความรักและห่วงใยในศิลปะและวัฒนธรรมของชุมชนตนเอง รวมไปถึงการอนุรักษ์วัฒนธรรมของชุมชนให้คงอยู่ต่อไปด้วย โดยจะเห็นได้จากการจัดให้มีโครงการ/กิจกรรมทางด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม งานประเพณีงานบุญต่างๆ ของชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุก ๆ ปี

ตอนที่ 2 สถานการณ์ผู้ติดบุหรี่และสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน

จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ติดบุหรี่และสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้านมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธาน อสม. และ อสม. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้อาวุโส ผู้ที่มีประสบการณ์เลิกสูบบุหรี่ และเข้าร่วมกิจกรรมที่มีในชุมชนในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนหนึ่งชุมชน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ และร่วมกับแกนนำชุมชนศึกษาข้อมูลระดับชุมชน ได้แก่ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครัวเรือน แล้วนำมาวิเคราะห์สรุปข้อมูล พบว่า บ้านหนองอ่างซัน หมู่ 7 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 240 คน และมีคนสูบบุหรี่ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 เป็นเพศชายทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 66.67 อายุน้อยสุด 21ปี และอายุมากที่สุด 54 ปี การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 10-20 ปี ร้อยละ 53.33 ปริมาณที่สูบวันละ 1 ซอง ร้อยละ 46.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูบบุหรี่ (n = 15 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	100
อายุ(ปี)		
21 – 29 ปี	2	13.33
30 – 39 ปี	4	26.67
40 – 49 ปี	6	40.0
50 – 59 ปี	3	20.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	53.33
มัธยมศึกษา	6	40.0
ปริญญาตรี	1	6.67
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	12	80.0
รับจ้างทั่วไป	2	13.33
รับราชการ	1	6.67
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่(ปี)		
< 10	2	13.33
10-20	8	53.33
21-30	3	20.0
31-40	2	13.33
ปริมาณที่สูบ/วัน(ซอง)		
1	7	46.67
2	5	33.33
>2	3	20.0

สาเหตุที่สูบบุหรี่

จากการสนทนากลุ่มพบว่าสาเหตุที่สูบบุหรี่ คือ สูบตามเพื่อน มีเวลาว่าง กลิ่นหอม ความคึกคะนอง
 สูบตั้งแต่เป็นวัยรุ่น สูบแล้วเท่

คนสูบบุหรี่คนที่ 1 “สูบเพื่อดับกลิ่นคาวหลังรับประทานอาหารที่มีกลิ่นคาวเช่นปลาร้า” เพื่อนในกลุ่มแย้งว่า “ควรมีการหาสิ่งอื่นที่ไม่ใช่บุหรี่มาดับกลิ่นคาวแทน เช่น สมุนไพรที่เคี้ยวได้ หรือหมากฝรั่ง เป็นต้น”

คนสูบบุหรี่คนที่ 2 “สูบเพื่ออยากกลอง, เห็นเพื่อนสูบ” การอยู่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เกิดการอยากกลองเมื่อมีผู้สูบบุหรี่อยู่ใกล้ ๆ

คนสูบบุหรี่คนที่ 3 “สูบเพื่อคลายเครียด ทำให้สบายใจ” เนื่องจากคิดว่าเมื่อสูบบุหรี่แล้วเป็นการคลายเครียด เพื่อนในกลุ่มให้แนวทางในการแก้ไข คือ ดูป้ายประชาสัมพันธ์และให้รางวัลในการเลิกสูบบุหรี่

คนสูบบุหรี่คนที่ 4 “มีแหล่งจำหน่ายบุหรี่ใกล้บ้าน เช่น มีร้านค้าที่สะดวกในการซื้อหา” บุหรี่หาซื้อได้ตามร้านค้าทั่วไป มีเงินเพียงพอที่จะซื้อ มีการแบ่งปันให้เพื่อน ๆ มาร่วมกันสูบ

โทษของการสูบบุหรี่

จากการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มของผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านกลุ่มที่ 2 ครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูบบุหรี่พบว่าทุกกลุ่มตอบว่าการสูบบุหรี่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพตนเอง และทำให้เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง

กลุ่มผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน พ่อยันทา “คนที่สูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคปอด ไอเรื้อรัง และยกตัวอย่างคนในหมู่บ้านให้เห็น”

กลุ่มครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ “คนที่สูบบุหรี่มีกลิ่นเหม็น” “ดูเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี” “กลัวคนที่สูบจะป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่”

ประธาน อสม. “คนที่สูบบุหรี่จะทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพโดยทำให้เกิดโรคปอด ไอเรื้อรัง”

1.3 นำข้อมูลที่ได้เสนอต่อชุมชนในเวทีประชาคม รวมทั้งขอมติชุมชนก่อนดำเนินการ และหาแกนนำชุมชนร่วมรับผิดชอบโครงการซึ่งแกนนำที่ถูกเสนอชื่อให้เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบโครงการประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ประธาน อสม. 1 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน อสม. 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ตัวแทนครอบครัวผู้สูบบุหรี่ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 16 คน

1.4 ระดมความคิดเห็นของชุมชนแล้วสรุปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของชุมชนซึ่งมีมาตรการ 3 ด้าน คือ ด้านกฎหมาย ด้านการบำบัด และด้านการป้องกัน

ตอนที่ 3 แนวทางการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่

จากการศึกษาศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่ จังหวัดนครพนม โดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ และผลของการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ พบว่า มีขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทและข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่

1.1 มีการสร้างสัมพันธภาพ โดยทำความรู้จักกับผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธาน อสม. และ อสม. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้อาวุโส ผู้ที่มีประสบการณ์เลิกสูบบุหรี่ และเข้าร่วมกิจกรรมที่มีในชุมชนในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของคนหนึ่งของคน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

1.2 ร่วมกับแกนนำชุมชนศึกษาข้อมูลระดับชุมชน ได้แก่ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของสมาชิกครัวเรือนแล้วนำมาวิเคราะห์สรุปข้อมูล พบว่า บ้านหนองย่างขึ้นหมู่ 7 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 240 คน และมีคนสูบบุหรี่ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 เป็นเพศชายทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 66.67 อายุน้อยสุด 21ปี และอายุมากที่สุด 54 ปี การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 10-20 ปี ร้อยละ 53.33 ปริมาณที่สูบบุหรี่ 1 ซอง ร้อยละ 46.67

1.3 นำข้อมูลที่ได้เสนอต่อชุมชนในเวทีประชาคม รวมทั้งขอมติชุมชนก่อนการดำเนินการ และหาแกนนำชุมชนร่วมรับผิดชอบโครงการซึ่งแกนนำที่ถูกเสนอชื่อให้เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบโครงการ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ประธาน อสม. 1 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน อสม. 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ตัวแทนครอบครัวผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 5 คน รวมจำนวน 16 คน

1.4 ระดมความคิดเห็นของชุมชนแล้วสรุปเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของชุมชนซึ่งมีมาตรการ 3 ด้าน คือ ด้านกฎหมาย ด้านการบำบัด และด้านการป้องกัน

จากการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูบบุหรี่ และครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ โดยแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มของผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านกลุ่มที่ 2 ครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูบบุหรี่ ให้วิเคราะห์ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และแนวทางการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่

สรุปได้ว่าประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

1. ลดค่าใช้จ่ายส่วนที่นำเงินไปซื้อบุหรี่
2. เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน
3. เพื่อสุขภาพที่ดีของตัวเองและคนในครอบครัว
4. เพื่อสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่เป็นมลพิษ

และในกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. และ ครอบครัวของผู้สูบบุหรี่มีมติข้อตกลงร่วมกันคือ

1. ต้องการให้คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
2. อยากเห็นบุคคลต้นแบบในการเลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 จัดประชุมปฏิบัติการแกนนำชุมชน 1 วัน เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้และทักษะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ตามความต้องการชุมชนและเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่สมาชิกในเรื่องพิษภัยบุหรี่และการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่

2.2 กำหนดรูปแบบโดยแกนนำชุมชนแบ่งสมาชิกออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มครอบครัวผู้สูบบุหรี่ และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ กำหนดกิจกรรมตามแนวทางมาตรการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกฎหมาย มี 2) ด้านการบำบัด และ 3) ด้านการป้องกันการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 3. นำแนวทางที่เป็นมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนลงสู่การปฏิบัติ

ผลของการนำมาตรการทั้ง 3 ด้านลงสู่การปฏิบัติในชุมชนพบว่า

3.1 ด้านกฎหมาย

1. มีการกำหนดขอบเขตหรือบริเวณในการสูบ เช่น ห้ามสูบในงานพิธีต่างๆ หรือบริเวณที่มีอยู่จำนวนมาก หากฝ่าฝืนจะมีโทษหรือทำให้อับอาย
2. กฏระเบียบการเซ็นต์สัญญาในครัวเรือน
3. ออกค้นหาผู้สูบบุหรี่ ทำการซักประวัติ พร้อมปรับเป็นเงิน กรณีเป็นแกนนำให้ปรับ 500 – 1,000 บาทกรณีเป็น อสม. ปรับ 500 บาท
4. ออกระเบียบการ ลด ละ เลิก บุหรี่
5. ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี สูบและซื้อบุหรี่หากเจอให้จับและปรับ
6. ลงโทษโดยการปรับเป็นเงิน
7. ชุมชนและครอบครัวควรมีมาตรการร่วมกันในการ ลด ละ เลิก
8. มีข้อตกลง กฏระเบียบ นโยบายต่างๆ
9. กฏระเบียบ ม.7เป็นเขตปลอดบุหรี่
10. 16.บรรจุกองการลด ละ เลิก บุหรี่เข้าในแผนที่ยุทธศาสตร์

3.2 ด้านการบำบัดรักษา

1. ให้คนที่สูบบุหรี่เข้าร่วมพิธีค้ำน้ำสาบานกล่าวคำลดและเลิกบุหรี่
2. มีการตั้งศูนย์หรือกลุ่มการค้ำน้ำรามะยมกับฟางข้าวเพื่อค้ำ
3. ให้ อสม. ไปถามผู้ที่สูบบุหรี่ เดือนละ 4 ครั้งว่า เลิกสูบบุหรี่หรือยัง

4. ให้แรงจูงใจหากคนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้มีรางวัลตอบแทนเช่น เกียรติบัตร
5. นัดกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ครั้งละ 7-8 คน มารวมกลุ่มเรียนรู้โทษของบุหรี่เดือนละครั้ง และจัดการหามาตรการในการลดละเลิก โดยมีแกนนำเป็นที่ปรึกษาและมีสมุดบันทึกประจำตัวโดยให้ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นคนบันทึกเองและมีคนในครอบครัวเป็นคนคอยตรวจสอบทุกวัน และมี อสม. ตรวจสอบสัปดาห์ละครั้ง
6. หาบุคคลต้นแบบมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเล่าถึงประสบการณ์ในหาเลิกบุหรี่
7. นำรากมะขมมาต้มเป็นน้ำดื่มและสามารถเพิ่มกลิ่นและรสชาติด้วยการผสมกับฟางข้าวแบบแห้งได้ (เป็นความเชื่อของชาวบ้านตำบลหนองย่างชิ้นว่าดื่มน้ำรากมะขมสามารถเลิกบุหรี่ได้)
8. มีการเซ็นต์สัญญา เพื่อกำหนดมาตรการในแต่ละกลุ่มที่นัดมา
9. มีการนัดกลุ่มเพื่อชี้แจงในการทำบัญชีรายจ่ายในส่วนที่ซื้อบุหรี่/เดือน ให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นและเพื่อประเมินค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

3.3 ด้านการป้องกัน

1. จัดทำสติ๊กเกอร์ มีข้อความบอกชัดเจน ถึงโทษของบุหรี่และพิษภัยบุหรี่
2. มีการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ เข้า-เย็น เช่น หมู่ 7 เป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือประกาศทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านให้รู้โทษของบุหรี่
3. ติดโปสเตอร์ บริเวณบ้าน โรงเรียน วัด เป็นต้น
4. การเดินรณรงค์ ลด และเลิกบุหรี่
5. จัดทำสติ๊กเกอร์ ขนาด 1.20x 2.4 จำนวน 4 ป้าย (ข้อความในป้ายแบ่งเป็น 2 ส่วนคือโทษและกฎระเบียบ) โดยติดตรงหน้าบ้าน ชงขาวแสดงว่าเลิก อีกด้านเป็นพระบรมฉายาลักษณ์ ร.9 /บ้านนี้ปลอดบุหรี่

ในมุมมองของคณะกรรมการหมู่บ้านเห็นว่าควรมีมาตรการ เช่นกฎระเบียบของหมู่บ้าน มีการลงนามสัญญาการลดและเลิกบุหรี่ การตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาการลดและเลิกบุหรี่ของชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการลดและเลิกบุหรี่โดยการดื่มน้ำรากมะขมผสมฟางข้าว การห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี สูบและซื้อบุหรี่ เป็นต้น รวมถึงการดำเนินการรณรงค์ในวันพ่อแห่งชาติ วันงดสูบบุหรี่โลก อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอที่คิดว่าเป็นประเด็นสำคัญควรมีมาตรการที่จะต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกฝ่ายทุกคนในชุมชน มาร่วมคิดเพื่อให้เกิดการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน และมีความคิดร่วมกันว่าสื่อบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ โดยยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบ จะนำมาซึ่งหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ซึ่งสามารถที่จะเป็นรูปแบบหนึ่งของกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

นายชันทา ไยสูงษ์ ประธาน อสม. “สรุปว่ากรณีเป็นแกนนำให้ปรับ 500-1,000 บาทกรณีเป็น อสม. ปรับ 500 บาทออกกระเป๋ายกการ ลด ละ เลิก บุหรี่ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี สูบและซื้อบุหรี่หากเจอให้จับลงโทษโดยการปรับเป็นเงิน”

จากการพูดคุยในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบมีแนวโน้มว่าจะประสบความสำเร็จทั้งนี้เป็นมติของผู้นำคือ 1. อยากให้คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ 2. อยากเห็นบุคคลต้นแบบเพื่อเป็นแนวทางและอยากให้มาเล่าถึงประสบการณ์ 3. อยากไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับบุหรี่สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีเหตุผลคือ 1. มีกลิ่นเหม็น 2. คุกไม่ดี 3. รู้โทษของบุหรี่และกลัวเกิดโรค

ผลที่เกิดผลของการนำมาตรการทั้ง 3 ด้านลงสู่การปฏิบัติในชุมชนพบว่า

1. ด้านกฎหมาย

ชุมชนมีการกำหนดมาตรการในการควบคุมบุหรี่ในหมู่บ้าน โดยการทำ MOU หมู่บ้านต้นแบบลดละเลิกบุหรี่โดยชุมชนบ้านหนอง่างชัน หมู่ 7 ตำบลหนอง่างชัน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดังนี้

- 1.1 ผู้สูบบุหรี่ทำการบันทึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้สูบบุหรี่ทุกคน
- 1.2 คัดเลือกบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้โดยเด็ดขาด
- 1.3 ให้ข่าวสารหมู่บ้านต้นแบบลดละเลิกบุหรี่ในหมู่บ้านทางหอกระจายข่าวทุกวันศุกร์
- 1.4 สร้าง/ประกาศมาตรการทางสังคม/ให้รางวัล/ชื่นชม ผู้ที่เลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด
- 1.5 สร้างมาตรการงานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่ในหมู่บ้านหนอง่างชัน หมู่ 7
- 1.6 ติดธงสีขาวพร้อมติดสติ๊กเกอร์บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ทุกหลังคาเรือน
- 1.7 ห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี

2. ด้านการบำบัด

ประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการเพื่อการบำบัดรักษา

1. จัดกลุ่มบำบัดในชุมชนเพื่อหาแนวทางในการลด ละ เลิก สูบบุหรี่
2. ให้ผู้ที่สูบบุหรี่หาแนวทางในการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ของตนเอง และมีสมุดบันทึกประจำตัว
3. มอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ และช่วยควบคุม กำกับติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเช็คนัดกำกับสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน
4. มอบหมายให้ อสม. ดูแลผู้ที่สูบบุหรี่ในคุ้มที่ตนเองรับผิดชอบควบคุม กำกับติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเช็คนัดกำกับสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกสัปดาห์

หลังเสร็จสิ้นโครงการแล้วพบว่า มีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 จากผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด 15 คน นอกจากนี้ยังพบบุคคลต้นแบบที่มีวิธีการเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด ส่วนอีก 10 คนถึงแม้จะยังเลิกสูบไม่ได้แต่ก็มีการลดปริมาณการสูบลง

3. ด้านการป้องกันการสูบบุหรี่

1. จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียน
2. จัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียน
ในวันสำคัญ เช่น วันที่ 5 ธันวาคม 2555

ตอนที่ 4 รูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

- 4.1 การขับเคลื่อนการนำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติในหมู่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม
- 4.2 ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ
- 4.3 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับในหมู่บ้านต้นแบบและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.1 การขับเคลื่อนการนำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติในหมู่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับรูปแบบและกระบวนการขับเคลื่อนในหมู่บ้าน โนนสะอาด ตำบลหนองย่างชั้นอำเภอ
เรณูนคร ได้มีการขับเคลื่อนการนำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 3 ระดับ คือ

1. ระดับผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชุมชนต้องมีการกำหนดนโยบายและมาตรการของหมู่บ้าน
ในการลด ละ เลิก บุหรี่ โดยผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน คณะกรรมการกำหนดกฎระเบียบ เช่น การ
ปรับผู้สูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เป็นต้น การจัดทำสมุดประจำตัวผู้สูบบุหรี่ การจัดกิจกรรมรณรงค์ การจัดทำ
ป้ายประชาสัมพันธ์การลด และเลิกบุหรี่ การยกย่องบุคคลต้นแบบในการเลิกบุหรี่ การมอบธงสีขาวสำหรับ
บ้านปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะดำเนินการ และคาดว่าจะสามารถลดพฤติกรรมสูบบุหรี่และ
แก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนได้

2. ครอบครัวของผู้ที่สูบบุหรี่ต้องให้กำลังใจในเชิงบวก โดยเฉพาะลูกหลานของผู้ที่สูบบุหรี่คนใน
ครอบครัวมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ ลด ละ เลิกบุหรี่ได้ โดยการให้แรงเสริมทางบวกเท่านั้น เช่น
ให้กำลังใจโดยการชม โดยเฉพาะครอบครัวที่เป็นบุตรหลานยังอยู่ในวัยเด็กมีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่มีกำลังใจใน
การที่จะลด ละ เลิกบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าบางครอบครัวยังใช้สมุนไพรช่วยโดยการต้มรากมะยมตัวผู้กับ
ฟางแห้ง และน้ำอย่างละ 1 ส่วนเท่าๆกันต้มและเคี้ยว ประมาณ 2 ชั่วโมงและนำมาดื่มก็จะทำให้อาการอยาก
สูบบุหรี่จะลดลง

3. ตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ต้องมีความตั้งใจแน่วแน่ในการที่จะเลิกสูบบุหรี่และหากวิถีในการเลิกสูบ
บุหรี่ด้วยตนเองโดยมีคนในครอบครัวและชุมชนคอยให้กำลังใจและมีมาตรการของชุมชนเป็นตัวคอย
ควบคุมเกิดวิธีการค้นหาวิถี ลด ละ เลิกบุหรี่ยังด้วยตนเอง โดยได้มีสมุดจดบันทึกประจำตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ให้
บันทึกปริมาณบุหรี่ยี่สูบในแต่ละวัน เวลาที่สูบ รวมทั้งเหตุผลที่ลดการสูบบุหรี่ได้โดยให้บันทึกด้วยตนเอง
ทุกวันและให้ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นคนตรวจสอบทุกวัน และให้ อสม. ที่ดูแลในคุ้มรับผิดชอบตรวจเช็ค
อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

4.2 ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

1. ความเข้มแข็งของชุมชน และความมุ่งมั่นของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขคือ ผู้ใหญ่บ้านที่มีความเป็นผู้นำและมีคณะกรรมการชุมชนที่มีการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีความจริงใจและช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้สูบบุหรี่สม่ำเสมอ

2. คนในครอบครัวต้องมีความเข้าใจและให้กำลังใจเชิงบวกแก่ผู้ที่สูบบุหรี่

3. ตัวของผู้ที่สูบบุหรี่เองต้องกล้าออกมาเปิดเผยตนเองต่อสาธารณชนและมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะเลิกสูบบุหรี่

จากข้อมูลจะพบว่าปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบมาจากหลายภาคส่วน ประกอบด้วย บุคคลในชุมชน ผู้นำชุมชน ครอบครัว ภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคการเมือง เพื่อนานโยบายมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ปัจจัยป้องกันและกระบวนการที่จะทำให้ บุคคลในชุมชนเลิกบุหรี่ ได้อยู่ที่จิตใจที่เข้มแข็งที่ต้องการเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด หากโดยรวมในชุมชนต้องมีกฎระเบียบ ข้อห้ามและบทลงโทษในการประชุมกลุ่ม นายมานพ คร โสภกา “สรุปจากการประชุมกลุ่ม สำหรับแนวทางการแก้ปัญหา ต้องมีกฎระเบียบการเซ็นสัญญาในครัวเรือน”

4.3 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับในหมู่บ้านต้นแบบและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

จากการดำเนินการในกิจกรรมตาม โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ ไปปฏิบัติที่จังหวัด นครพนมหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม นักวิจัยพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

2. ชุมชนมีการกำหนดมาตรการในการควบคุมบุหรี่ในหมู่บ้านดังนี้

มาตรการทางสังคม MOU หมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยชุมชนบ้านหนองย่างซัน หมู่ 7 ตำบลหนองย่างซัน อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

3.1 ผู้สูบบุหรี่ทำการบันทึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้สูบบุหรี่ทุกคน

3.2 คัดเลือกบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้โดยเด็ดขาด

3.3 ให้ข่าวสารหมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ในหมู่บ้านทางหอกระจายข่าวทุกวันศุกร์

3.4 สร้าง/ประกาศมาตรการทางสังคม/ให้รางวัล/ชื่นชม ผู้ที่เลิกบุหรี่ โดยเด็ดขาด

3.5 สร้างมาตรการงานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่ในหมู่บ้านหนองย่างซัน หมู่ 7

3.6 ติดธงสีขาวพร้อมติดสติ๊กเกอร์บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ทุกหลังคาเรือน

3.7 ห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี

4. ครอบครัวของผู้ที่สูบบุหรี่

ครอบครัวของผู้ที่สูบบุหรี่มีความเข้าใจในผู้ที่สูบบุหรี่และมีภูมิปัญญาท้องถิ่นในการนำมาใช้ที่จะลดละเลิกบุหรี่ คือการนำรากมะขมตัวผู้ และฟางแห้ง มาต้มและเคี้ยว แล้วนำมาคั้นทำให้อาการที่จะอยากสูบบุหรี่ลดลง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรักความอบอุ่นที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการซื้อบุหรี่

“คนในครอบครัวก็ต้องมีส่วนในการทำให้เลิกบุหรี่ได้โดยการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และต้องมีความตั้งใจจริงในการเลิกบุหรี่”

ครอบครัวคนที่สูบบุหรี่ว่า จะมีส่วนในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่อย่างไร

“จะคอยพูดกระตุ้นตลอดเวลาว่าบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีไม่อยากจะสูบบุหรี่มากเกินไป”

5. กลุ่มคนที่สูบบุหรี่

หลังจากเสร็จสิ้น โครงการพบว่า มีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 จากผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด 15 คน นอกจากนี้ยังพบบุคคลต้นแบบที่มีวิธีการเลิกบุหรี่ ได้อย่างเด็ดขาด ส่วนอีก 10 คนพบว่ายังมีการสูบบุหรี่แต่ก็มีการลดปริมาณการสูบลง

คนที่ 1 อาจารย์พิทยาบางศิริ (อ. โรงเรียนชุมชนบ้านหนองย่างหิน) เล่าประสบการณ์ให้ฟังว่า ตัวเองมาสูบบุหรี่คิดว่าติดบุหรี่ก็รวมเวลามา 31 ปีแล้ว ซึ่งตัวเองรู้สึกเสียใจและเสียเวลา ที่ต้องเสียเงินกับบุหรี่ไปมาก แทนที่จะเอาเงินส่วนนั้น ไปใช้จ่ายอย่างอื่น และที่สำคัญทำให้สุขภาพอ่อนแออีกด้วย บางคนกล่าวว่า เอาเงินที่ไปซื้อบุหรี่นั้นมาซื้อรถได้เป็นคันๆเลย อาจารย์ก็ว่าเพิ่มอีกว่าตอนหลังๆ มาสูบบุหรี่ร่างกายตัวเองเริ่มทรุดโทรม ทำงานก็เหนื่อยง่าย

คนที่ 2 กล่าวว่าตัวเองสูบบุหรี่มานานถึง 40 ปีแล้ว แต่ยังไม่เลิกเนื่องจากเห็นเพื่อนสูบกี่เลยอดใจไม่ได้ แต่ในใจก็อยากจะเลิก

คนที่ 3 เป็นวัยรุ่น กล่าวว่าสูบบุหรี่มา 17 กว่าปีแล้ว ปัจจุบัน สูบวันละ 3-4 มวน แต่ก่อนสูบหนักถึงวันละ 1 ซอง เนื่องจากรู้ว่า โทษบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีเสมหะเลยลดปริมาณการสูบลง แต่ยังไม่เลิกเด็ดขาด

คนที่ 4 สูบมานาน 10 ปีแล้ว เนื่องจากเห็นเพื่อนสูบเลยอยากสูบ และกล่าวว่ารู้ว่าโทษของบุหรี่ไม่ดี แต่เลิกไม่ได้

คนที่ 5 สูบมาประมาณ 20 ปี สูบวันละ 10 มวน

คนที่ 6 สูบมานาน แต่ปัจจุบันลดปริมาณลงมากแล้ว

ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่มีวิธีการที่จะสามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้

อาจารย์พิทยา บางศิริ กล่าวว่า ที่ตนลดปริมาณบุหรี่ลงมาได้ เนื่องจากตนเองไม่มีเวลาสูบเพราะทำงานหนัก และเวลาที่สูบบุหรี่นั้น เด็กนักเรียนจะมองและสังเกตครู ทำให้ตัวเองรู้สึกอายใจ จึงจำเป็นต้องลดปริมาณลง

คนที่ 2 “เวลาอยากสูบต้องอดทนหรือพยายามไม่ทำตัวให้ว่าง”

6. ทีมนักวิจัย

เกิดการเรียนรู้ว่าในการขับเคลื่อนการนำดีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ นั้น ผู้วิจัยหลักจะต้องดำเนินการให้อาสาสมัครวิจัยหรือทีมวิจัยรองในพื้นที่ได้รับรู้และมีความเข้าใจที่ตรงกันว่าประเด็นปัญหาบุหรี่และการสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลอื่น ดังนั้นการที่ผู้สูบบุหรี่แล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาดจึงสมควรได้รับการยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบ

7. ผู้นำชุมชน ทีมวิจัยรอง

ซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ได้เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการขับเคลื่อนงานการนำดีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติ มีความกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือและสนใจต่องานวิจัย โดยยินดีรับฟังคำชี้แจงเบื้องต้นมีการตรวจสอบข้อมูลและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการปรับข้อมูลเพื่อเป็นที่ยอมรับของชุมชน การเตรียมการในการจัดทำกิจกรรมในพื้นที่ การออกแบบงานวิจัย รวมถึงการออกแบบเครื่องมือ พร้อมนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูล ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงบทสรุปงานซึ่งเป็นกระบวนการของงานวิจัย

8. ชุมชน

จากการสังเกตการณ์ลงพื้นที่ของทีมวิจัย ชุมชนที่เป็นพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายคือ หมู่ 7 บ้านหนองย่างชัน มีความกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือ และสนใจต่องานวิจัย ตลอดจนได้เกิดกระแสในชุมชนที่ไม่ใช่เป้าหมายโดยมีคำกล่าวหาว่าเห็นไหม หมู่ 7 เค้ายกเลิกสูบบุหรี่กันแล้ว อยากให้มีโครงการฯ เข้ามาดำเนินการในหมู่บ้านของตนบ้างและขยายไปสู่หมู่บ้านอื่นๆ ให้ครอบคลุมทั้งตำบล และครอบคลุมในระดับอำเภอ ระดับจังหวัดต่อไป

บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย
2. การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์วิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับ กระบวนการวิจัยท้องถิ่น(Community Base Research:CBR)เรื่องหมู่บ้านต้นแบบลดละเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7 ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหมู่บ้านต้นแบบลดละเลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมที่บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7 ตำบลหนองย่างชั้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ลด ละ เลิก บุหรี่ ในชุมชน จำนวน 15 คน และครอบครัวผู้สูบบุหรี่ จำนวน 15 ครอบครัว โดยมีแกนนำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2556 มีขั้นตอนในการศึกษา 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาเบื้องต้น ประกอบด้วย 1)ศึกษาและสำรวจสถานการณ์ สภาพปัญหาผู้สูบบุหรี่ สาเหตุที่สูบบุหรี่ ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และการจัดประชุมระดมความคิดเห็น 2)สร้างตัวชี้วัด แนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ 3)จัดเวทีวิเคราะห์ปัญหา แนวโน้ม ผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่ ครอบครัวและชุมชน รวมถึงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก 4)จัดเวทีนำเสนอข้อมูลระดับชุมชนและกำหนดแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมกลุ่มผู้สูบบุหรี่ให้หากวิถีในการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ 2)ส่งเสริมคนในครอบครัวในการร่วมสร้างแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา 3)ส่งเสริมผู้นำชุมชนและคณะกรรมการชุมชนในการร่วมสร้างแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา 4)ส่งเสริมการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปผลการศึกษา ประกอบด้วย 1) สรุปผลการปฏิบัติการ 2) เวกีนำเสนอผลระดับชุมชน 3) ประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุปบทเรียนและประเมินผล

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 สถานการณ์ผู้ติดบุหรี่และสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน

บ้านหนองย่างชั้น หมู่ 7 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 240 คน และมีคนสูบบุหรี่ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 เป็นเพศชายทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 66.67 อายุน้อยสุด 21

ปี และอายุมากที่สุด 54 ปี การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 10-20 ปี ร้อยละ 53.33 ปริมาณที่สูบบุหรี่ 1 ซอง ร้อยละ 46.67

สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ ได้แก่ สูบเพื่อดับกลิ่นคาว หลังจากรับประทานอาหาร สูบเพื่ออยากลองเห็นเพื่อนสูบ เพื่อคลายเครียด ทำให้สบายใจ มีแหล่งจำหน่ายบุหรี่ใกล้บ้าน มีร้านค้าที่สะดวกในการซื้อหา

1.2 แนวทางในการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่

แนวทางในการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ และผลของการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบ ลด ละ เลิก บุหรี่ พบว่า มีขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพื่อหาสภาพของปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกับผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเข้าร่วมกิจกรรมที่มีในชุมชน

2. ร่วมกับแกนนำชุมชนศึกษาข้อมูลระดับชุมชน

3. ค้นข้อมูลปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนในเวทีประชาคมและระดมความคิดเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำชุมชน 1 วัน

2. กำหนดกิจกรรมตามมาตรการและแนวทางที่ได้จากเวทีประชาคม

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางที่เป็นมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนลงสู่การปฏิบัติ

3.1 ด้านกฎหมาย ประกอบด้วย

3.1.1 ร่างกฎกติกาชุมชน และบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎชุมชน

3.1.2 นำเสนอร่างกฎชุมชน

3.1.3 ปรับปรุงกฎชุมชนและประกาศใช้

3.2 ด้านการบำบัดผู้สูบบุหรี่

3.2.1 ประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการเพื่อการบำบัดรักษา

3.2.2 จัดกลุ่มบำบัดในชุมชนเพื่อหาแนวทางในการ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่

3.2.3 ให้ผู้ที่สูบบุหรี่หาแนวทางในการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ของตนเอง และมีสมุด

บันทึกประจำวัน

3.2.4 มอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว คู่แฉและให้กำลังใจแก่ผู้ที่สูบบุหรี่ และช่วยควบคุม กำกับติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเช็คนัดกำกับสมุดบันทึกประจำวันของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน

3.2.5 มอบหมายให้ อสม. ดูแลผู้ที่สูบบุหรี่ ในคุ่มที่ตนเองรับผิดชอบควบคุม กำกับ ติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเช้้นต์กำกับสมุดบันทึกประจำตัว ของผู้ที่สูบบุหรี่ทุกสัปดาห์

3.3 ด้านการป้องกันการสูบบุหรี่

3.3.1 จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียน

3.3.2 จัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในชุมชน และในโรงเรียน

ในวันสำคัญ เช่น วันที่ 5 ธันวาคม 2555

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามรายงานผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 สะท้อนการปฏิบัติโดยกลุ่มแกนนำชุมชน ครอบครัวของผู้ที่สูบบุหรี่ และคนที่สูบบุหรี่ เรียนรู้และวิเคราะห์กิจกรรมที่ได้ดำเนินการร่วมกัน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ และหาแนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 นำแนวทางใหม่ที่ได้ไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

1.3 ผลที่เกิดหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลที่เกิดผลของการนำมาตรการทั้ง 3 ด้านลงสู่การปฏิบัติในชุมชนพบว่า

3. ด้านกฎหมาย

ชุมชนมีการกำหนดมาตรการในการควบคุมบุหรี่ในหมู่บ้าน โดยการทำ MOU หมู่บ้านต้นแบบ ลดละเลิกบุหรี่ โดยชุมชนบ้านหนองอ่างซัน หมู่ 7 ตำบลหนองอ่างซัน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดังนี้

8.1 ผู้สูบบุหรี่ทำการบันทึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองลงในสมุดบันทึกประจำตัวของผู้สูบบุหรี่ทุกคน

8.2 คัดเลือกบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้โดยเด็ดขาด

8.3 ให้ข่าวสารหมู่บ้านต้นแบบลดละเลิกบุหรี่ในหมู่บ้านทางหอกระจายข่าวทุกวันศุกร์

8.4 สร้าง/ประกาศมาตรการทางสังคม/ให้รางวัล/ชื่นชม ผู้ที่เลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด

8.5 สร้างมาตรการงานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่ในหมู่บ้านหนองอ่างซัน หมู่ 7

8.6 ติดธงสีขาวพร้อมติดสติ๊กเกอร์บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ทุกหลังคาเรือน

8.7 ห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี

9. ด้านการบำบัด

ประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้ที่สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการเพื่อการบำบัดรักษา

5. จัดกลุ่มบำบัดในชุมชนเพื่อหาแนวทางในการ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่

6. ให้ผู้ที่สูบบุหรี่หาแนวทางในการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ของตนเอง และมีสมุดบันทึกประจำตัว

7. มอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้สูบบุหรี่ และช่วยควบคุม กำกับ ติดตามในการปฏิบัติตัวที่จะ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเช้้นต์กำกับสมุดบันทึกประจำตัวของ ผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน
8. มอบหมายให้ อสม. ดูแลผู้สูบบุหรี่ ในคุ้มที่ตนเองรับผิดชอบควบคุม กำกับติดตามในการ ปฏิบัติตัวที่จะ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และช่วยเช้้นต์กำกับสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ที่สูบบุหรี่ ทุกสัปดาห์

หลังเสร็จสิ้น โครงการแล้วพบว่า มีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ได้ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 จากผู้ที่สูบ ทั้งหมด 15 คนนอกจากนี้ยังพบบุคคลต้นแบบที่มีวิธีการเลิกบุหรี่ ได้อย่างเด็ดขาด ส่วนอีก 10 คนถึงแม้จะยัง เลิกสูบไม่ได้แต่ก็มีการลดปริมาณการสูบลง

10. ด้านการป้องกันการสูบบุหรี่

3. จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ในชุมชน และใน โรงเรียน
4. จัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ในชุมชน และใน โรงเรียน ในวันสำคัญ เช่น วันที่ 5 ธันวาคม 2555

2. การอภิปรายผลการวิจัย

a. สถานการณ์ผู้ติดบุหรี่ในหมู่บ้านต้นแบบ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 66.67 จบ การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 10-20 ปี ร้อย ละ 53.33 ปริมาณที่สูบวันละ 1 ซอง ร้อยละ 46.67 ต้องประกอบอาชีพเลี้ยงดูครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ขาด ความตระหนักในการดูแลสุขภาพ เมื่อเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานมักสูบบุหรี่และแบ่งปันกันในกลุ่มแสดงถึง การสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของบุคคลสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพยงค์ วงศ์พันธ์ (2544) สาเหตุของการสูบบุหรี่ คือสูบตามเพื่อน มีเวลาว่าง กลิ่นหอม ความคึกคะนอง สูบตั้งแต่เป็นวัยรุ่น สูบแล้วเท่ สอดคล้องกับการศึกษาของ (จันทนาจันทร์ ไพจิตร, 2541)

b. ผลกระทบ จากการให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่ของหมู่บ้านต้นแบบ

หลังการให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่และให้ผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วม โครงการบำบัดเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ พบว่าหลังเสร็จสิ้น โครงการมีผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ได้ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 จากผู้ที่สูบทั้งหมด 15 คน นอกจากนี้อีกยังพบบุคคลต้นแบบที่มีวิธีการเลิกบุหรี่ ได้อย่างเด็ดขาด ส่วนอีก 10 คนถึงแม้จะยังเลิกสูบไม่ได้แต่ ก็มีการลดปริมาณการสูบลง เนื่องจากมีความตั้งใจและพยายามที่จะเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเนื่องจากมีความตั้งใจ ที่จะเผชิญการถอนนิโคติน อดทน มุ่งมั่นซึ่งจัดเป็นวิธีการเลิกบุหรี่ที่ได้ผลสำเร็จสูงสุดและได้รับยอมรับใน

สากลเพราะสะท้อนความตั้งใจแน่วแน่ของผู้ที่เลิกบุหรี่สูงสุด(ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) และจากการห้ามปรามของคนใกล้ชิดหรือบุคคลที่มีแรงบันดาลใจ รวมทั้งกรรมการชุมชน/กรรมการหมู่บ้านที่คอยกระตุ้นเตือน ช่วยเหลือให้กำลังใจและรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเกิดพลังมีความตั้งใจทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถาวรไม่หันกลับไปสูบบุหรี่สูดคดล้องกับวิธีกระตุ้นเตือน ติดตามให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่โดยการยื่นมือ (พิชัย แสงชาญชัย,2552) สำหรับกลุ่มที่ค่อยๆลดลงและไม่สามารถเลิกได้ทันทีเนื่องจากทำงานหนัก และอยู่ท่ามกลางเพื่อนร่วมงานที่สูบบุหรี่ ใจการบำบัดครั้งนี้สำเร็จได้เนื่องจากมีกรรมการชุมชน/หมู่บ้าน อสม. ซึ่งมีความใกล้ชิดรู้จักกันดี ติดตามเยี่ยมเยียนที่บ้าน สอบถามแสดงความห่วงใยให้กำลังใจสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ประกอบกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาดออกไปติดตามให้คำปรึกษารายกลุ่มและรายบุคคล ติดตามให้กำลังใจ กลุ่มผู้เลิกบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้คนในครอบครัวทำน้ำสมุนไพรจากรากมะยมตัวผู้ นำมาต้มกับฟางแห้ง ให้ผู้เลิกบุหรี่ดื่ม เป็นการแสดงถึงความจริงใจในการช่วยเหลือ เกิดสัมพันธภาพที่ดีผู้เลิกบุหรี่มีกำลังใจและมั่นใจมากขึ้นสูดคดล้องกับการศึกษาการบริการเชิงรุก เป็นการจัดบริการที่เกินความคาดหมายที่ผู้สูบบุหรี่ไม่ได้ขอร้องแสดงถึงความห่วงใย จริงใจ จริงจังในการช่วยเหลือ ทำให้เกิดความสำเร็จ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ(นงลักษณ์ วรวิทย์ชนานันท์,2552) อีกประการหนึ่งคือการได้รับแรงบันดาลใจจากคนสำคัญซึ่งเป็นลูกหลานและภรรยาขอให้ออกไปสูดคดล้องกับการศึกษาการบริการเชิงรุก ช่วยเหลือด้วยความรักความจริงใจทำให้ผู้สูบบุหรี่ซึ่งเป็นพี่ของลูกหลานได้รับรู้ถึงความห่วงใยเหล่านั้นแสดงถึงครอบครัวเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ลูกๆมีบทบาทในการสนับสนุนและให้กำลังใจให้สามารถผ่านระยะถอนนิโคตินได้สำเร็จ (ผ่องศรี ศรีมรกตและคณะ,2553) นอกจากนี้ชุมชนยังเห็นความสำคัญของบุหรี่มือสองเพิ่มมากขึ้น โดยได้กำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่คืองานศพ/งานบุญ/งานแต่งงาน ปลอดบุหรี่ในหมู่บ้าน มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของบุหรี่ขอวบุหรี่ต่อสุขภาพ ผ่านเสียงตามสายทุกวันศุกร์ คิดป้ายเชิญชวนให้เลิกบุหรี่ตามจุดต่างในหมู่บ้าน ทำให้ชุมชนตื่นตัวและเห็นความสำคัญเกิดความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ทั้งตัวผู้สูบบุหรี่และคนรอบข้างโดยการหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้และพยายามออกไปอยู่ห่างๆจากคนที่สูบบุหรี่

การเสริมแรงบวกด้วยการประกาศยกย่องชมเชยคนที่เลิกบุหรี่ได้ในที่ประชุมหมู่บ้านและการมอบประกาศเกียรติคุณ ป้ายครัวเรือนต้นแบบปลอดบุหรี่ในชุมชน เป็นการเสริมแรงทางบวกทางสังคมกระตุ้นความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น(สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์,2551) โคนขณะที่มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนและติดตามและติดตามแต่ละครั้งผู้ใหญ่บ้านจะกล่าวชื่นชมแก่ผู้ที่ลดหรือเลิกบุหรี่ได้และให้กำลังใจแก่คนที่พยายามเลิกและมอบป้ายครัวเรือนต้นแบบปลอดบุหรี่ ทำให้ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้เกิดความภาคภูมิใจ มีความตระหนักและพยายามเลิกบุหรี่ให้ได้และสามารถปฏิบัติตามมาตรการชุมชนได้มากขึ้น

c. แนวทางในการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบในการลด ละ เลิกบุหรี่

กระบวนการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบในการลด ละ เลิกบุหรี่ ในครั้งนี้พบว่า

1. ขั้นตอนสำคัญขั้นแรกคือ ต้องศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเป็นการศึกษาสภาพของปัญหาสูบบุหรี่ในชุมชน โดยขั้นนี้ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือต่อไป
 2. การคืนข้อมูลปัญหาการสูบบุหรี่ ในเวทีประชาคมซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจและการระบายสีลงครัวเรือน ในแผนที่เดินดินเป็นการฉายภาพให้ชุมชนเห็นขนาดของปัญหา และผลกระทบต่อชุมชนโดยรวม
 3. การคัดเลือกแกนนำชุมชนซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในชุมชนเข้าร่วมรับผิดชอบโครงการเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนได้เป็นเจ้าของโครงการได้เต็มที่และมีโอกาสสำเร็จสูงเนื่องจากเป็นปัญหาของสมาชิกในชุมชนและผู้ดำเนินการได้ดีที่สุดคือสมาชิกของชุมชนซึ่งสามารถแสดงบทบาทตนเองเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาชุมชน
 4. การกำหนดมาตรการแนวทางเพื่อขับเคลื่อนพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบที่ครอบคลุมทุกด้านได้อย่างสอดคล้องกับบริบทชุมชน ได้แก่ด้านกฎหมายมีการกำหนดนโยบายสาธารณะให้มีสถานที่ปลอดบุหรี่ มีบทลงโทษผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎ เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ ด้านการบำบัดรักษาเป็นแนวทางในการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และลดจำนวนนักสูบบุหรี่มือสองและด้านการป้องกันต้องมีการให้ความรู้และจัดกิจกรรมรณรงค์หลากหลายรูปแบบโดยสามารถผสมผสานเข้ากับกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่นกิจกรรมตามเทศกาลประเพณีต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมายที่ไม่สูบบุหรี่เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและทั่วถึง เพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในชุมชน
 5. การดำเนินการต้องมีการติดตามประเมินผล โดยแกนนำทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่องและมีการวางแผนโครงการในภาพรวมใหญ่เป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแผนให้สอดคล้องกับสภาพจริงให้ได้ผลดีมากที่สุด
- ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบนี้จุดเริ่มต้นต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนจึงจะได้รับความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือดำเนินการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ รูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบนี้ ตั้งอยู่บนฐานแนวคิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยเริ่มจากการร่วมสำรวจ ค้นหา และร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาผลกระทบจากการสูบบุหรี่ นำไปสู่การระดมแนวคิดเพื่อหาแนวทางกลวิธีการปฏิบัติที่เป็นความต้องการชุมชนด้วยภูมิปัญญาชุมชน ผู้ศึกษาเป็นเพียงผู้สนับสนุนกระตุ้นให้เกิดกระบวนการรวมกลุ่มสมาชิกในชุมชน ให้เกิดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการได้เผชิญปัญหาการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ลงมือปฏิบัติแก้ไขปัญหาพร้อมกันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง เป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการรวมตัวกันหลังจากเริ่มค้นพบว่าตนเองมีศักยภาพ มีการสนับสนุนกัน และมีการบูรณาการความรู้ กล้าเผชิญหน้ากับความเป็นจริง เกิดความมั่นใจในตนเอง เพราะมีประสบการณ์ตรง ควบคู่ไปกับการเสวนาอย่างสร้างสรรค์และการสะท้อนคิด ทำให้มีการพัฒนาทักษะมากขึ้น เกิดพลังอำนาจ ความตระหนักในการคิดวิเคราะห์ปัญหาและแก้ปัญหาร่วมกัน

กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยวิธีการที่ใช้ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การระดมสมองจากการประชุมกลุ่ม จนพบว่าแนวทางการแก้ปัญหาทุกฝ่ายต้องให้ความร่วมมือรูปแบบ และแนวทางการพัฒนาชุมชนที่เกิดขึ้น เป็นความต้องการของพื้นที่ และเป็นกระบวนการทำงานของกลุ่มคนในชุมชน มีการคิดวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ กระตุ้นให้เกิดการมีกิจกรรมร่วมกัน โดยมีนักวิจัยเป็นผู้สนับสนุนความรู้ เทคนิคทางวิชาการแก่กลุ่มแกนนำชุมชน จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลและชุมชน ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดการสร้างชุมชนปลอดบุหรี่

3. ข้อเสนอแนะ

1. พื้นที่วิจัย เป็นบริบทชุมชนอีสาน โดยเฉพาะเป็นชนเผ่าผู้ไท มีวัฒนธรรมประเพณีอันดีงามเป็นที่ยึดเหนี่ยว อยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ มีความรักความผูกพันรูปแบบที่ได้จึงสามารถใช้ได้เป็นอย่างดี การนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างต้องมีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในตามบริบท
2. การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการกระตุ้นและการส่งเสริมให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง จึงจะนำไปใช้กับการทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี แต่ควรมีการเตรียมความพร้อมในการศึกษาชุมชนที่เป็นระบบทำความเข้าใจกับชุมชนจะสามารถเชื่อมโยงมิติต่างๆ ของชุมชนกับคนทำงานด้านสุขภาพให้เป็นองค์รวมได้อย่างมีทักษะ
3. จากการวิจัยทำให้เห็นว่าชุมชนเริ่มตื่นตัวและเกิดความตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน จึงน่าจะมีการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชนในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วม โดยการขยายวงกว้างออกไปทั้งตำบล
4. ข้อมูลคุณภาพ พบว่า การแก้ไขการสูบบุหรี่ คือควรมีการตัดวงจรการสูบบุหรี่ โดยไม่ให้เด็กเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูบบุหรี่ใหม่ จึงควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็ก และที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วสุวรรณ และสุรินทร กลัมพากร. (2554).รูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบ
ในอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน.วารสารการพยาบาล, 61(1),54-61.
- จันทนาจันทร์ไพจิตร.(2541).เหตุผลในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
จังหวัดเชียงใหม่.การค้นคว้าอิสระ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและ
การแนะแนว.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วรรณิษนันท์.(2552). คลินิกช่วยเลิกบุหรี่เคลื่อนที่ในสถานประกอบการ.
วารสารการพยาบาล,58(3-4),49-57
- ปราณี เทียมใจ และ ปรัชญาพร ชิสาระ (2553).การพัฒนามหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ต้นแบบ
โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.วารสารการพยาบาล, 61(1),1-9.
- ผ่องศรี ศรีมรกต.(2553).การบำบัดทางเลือกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่วิถีไทย. เครือข่ายพยาบาลด้านบุหรี่และสาร
เสพติดแห่งประเทศไทย(พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดมณีส फिल्ม.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ.(2553). ประสิทธิภาพการช่วยเลิกบุหรี่ โดยพยาบาล จากงานประจำสู่งานวิจัย.
เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.(พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพมหานคร: ห้าง
หุ้นส่วนจำกัดมณีส फिल्ม
- พัชรี เกสรบุญนาคและคณะ. (2553).ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของสมาชิกครอบครัว
ผู้สูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสามพราน
จังหวัดนครปฐม.วารสารการพยาบาล, 61(1),31-41.
- พิชัย แสงชาญชัย.(2552).หลักการทั่วไปในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่.ในสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญ
และ รณชัย คงสกุล. พิษภัยบุหรี่และการรักษาโรคติดบุหรี่.กรุงเทพฯ สหประชาพาณิชย์.
- มลทา ทายิดา และสุรินทร กลัมพากร. (2552). ศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบ
ในอำเภอทุ่งสง จังหวัดอุตรธานี.วารสารการพยาบาล, 60(1),27-35.
- ยุพยงค์ วงศ์ผืน.(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย
วิทยาลัยอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.การค้นคว้าแบบอิสระ
สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี มิตกิตติและอัญชัญ เกียรติพรศักดิ์ดา. (2552).การช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในชุมชนโดยสร้างการมีส่วน
ร่วมจากประชาคม.วารสารการพยาบาล, 60(1),62-76.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลทุ่งฝน.(2551). ข้อมูลพื้นฐานตำบลทุ่งฝน ประจำปีงบประมาณ 2551.
- สมภพ ห่วงทอง.(2538). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนมัย.
จังหวัดราชบุรี. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.(2551). การเสริมแรงทางบวก ในการเสริมสร้างแนวคิดและปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร.เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2544). รายงานเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2551). รายงานเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

<http://www.gotoknow.org/posts/514113>

National Cancer Institute (2004). Cancer Progress Report 2003. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.

WHO (2007). Protection from exposure to second-hand smoke : Policy recommendations. World Health Organization.

ภาคผนวก

รายชื่อทีมวิจัย

1. นายสมภพ แสงจันทร์
2. ผศ.พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา
3. นายนิยม บัวชุม
4. นายอภิชาติ หงษ์วงษ์
5. นางสาวแอนนา บุญบุบผา
6. นางสาวเมธี พลหาญ

ที่ปรึกษาวิจัย

1. นายแพทย์พีระ อารีรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม
2. ผศ.เขวาลักษณ์ โปธิดารา คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
3. ผศ.ดร.อินทรา ซาฮีร์ รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. ดร.กาญจนา ทองทั่ว หัวหน้าชุดโครงการวิจัย
5. อาจารย์ปฎิภา หงษ์อุดร

รายชื่อผู้ร่วมวิจัย

1. นายมานพ คร โสภกา
2. นายันทา ไยสุวงษ์
3. นายประพาส ศรีลา
4. นางดวงจันทร์ ศรีลา
5. นางจุฬาพร บางศิริ
6. นางคารา คร โสภกา
7. นายภานุพงศ์ วงศ์จำปา
8. นางสาวรศ์ทอง ไยสุวงษ์
9. นางเพลินคิด ไชยภักดี
10. นายจันทัน จันทร์แดง
11. นางนงค์รัก แก่นจันทร์
12. นายณัฐวุฒิ บางศิริ
13. นายบัณฑิต แก้วนามชัย
14. นายนิวัฒน์ พลโลก
15. นางวิชา สมบัติ
16. นายกฤตยชญ์ พลโลก
17. นางสาวสิริมา แก้วนามชัย