



## การพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี

### THE DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-PARTICIPATORY MODEL FOR SMOKING CESSATION IN UDON THANI PROVINCE

Received: March 12, 2026

Revised: July 30, 2026

Accepted: August 08, 2026

อัมพร ศรีกุลวงศ์

Amporn Srikulwong

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดบุหรี่ รวมทั้งพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง 396 คน ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ 2 วงรอบ กลุ่มทดลอง 320 คน ภาเกีเครือข่าย 96 คน ระยะประเมินผล ดำเนินการกันยายน 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 เครื่องมือวิจัยคือรูปแบบการบำบัดบุหรี่ เวลา 12 สัปดาห์ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (IOC = 0.92, KR-20 = 0.82, Cronbach's alpha = 0.74 และ 0.81) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Samples t-test

ผลการวิจัย ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อย ทักษะระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมระดับน้อย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ แนวคิดการมีส่วนร่วม 6 ชุดกิจกรรม (การจัดตั้งคณะกรรมการ การคืนข้อมูลและกำหนดกติกาชุมชน การรณรงค์ เทคนิค 5A-5R-5D การสนับสนุนโดยครอบครัว ระบบติดตามผ่านกลุ่มไลน์) และการมีส่วนร่วมของภาเกีเครือข่ายครอบครัว หลังทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) โดยผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 51.20 ลดปริมาณการสูบลง ร้อยละ 31.90 ไม่สูบบุหรี่ต่อเนื่องตลอดการวิจัย

รูปแบบนี้มีแนวโน้มช่วยเพิ่มศักยภาพชุมชนในการสนับสนุนการลดและเลิกบุหรี่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาว

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ, การบำบัดบุหรี่, การมีส่วนร่วมของชุมชน



### Abstract

This study aimed to examine knowledge, attitudes toward smoking cessation, and community participation in smoking cessation, and to develop and evaluate a community participation model for smoking cessation in Udon Thani Province. An action research design comprising three phases was employed: a situational survey (n = 396 smokers), model development and implementation across two cycles (320 participants; 96 network partners), and model evaluation, conducted from September 2025 to February 2026. Instruments included a 12-week community participation model and a validated questionnaire (IOC = 0.92; KR-20 = 0.82; Cronbach's alpha = 0.74 and 0.81). Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests.

At baseline, most participants had low knowledge (59.80%), moderate attitudes (57.60%), and low participation (94.70%). The developed model comprised three components: a participatory concept; six intervention activities (committee formation, data feedback and community rule-setting, campaigning, the 5A-5R-5D technique, family support, and online monitoring); and family network partner participation. After implementation, participants showed statistically significant improvements in knowledge, attitudes, and participation (p-value < 0.001), with 51.20% reducing cigarette consumption and 31.90% reporting continuous abstinence throughout the study.

The model shows promise for strengthening community capacity to support smoking reduction and cessation. Further research using comparison groups and long-term follow-up is recommended.

**Keywords:** pattern development, smoking cessation, community participation



## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกถือว่าการติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ผู้สูบบุหรี่จะมีอายุขัยสั้นลงเฉลี่ย 10-13 ปี และเสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ อุ้งลมโป่งพอง และโรคเส้นเลือด<sup>(1)</sup> ประเทศไทยพบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2567 เป็นผู้สูบบุหรี่ 9.8 ล้านคน ร้อยละ 16.5 โดยกลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดที่ร้อยละ 20.1<sup>(2)</sup> ซึ่งแสดงว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่แพร่หลายและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทย จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 ได้ดำเนินการคัดกรองการสูบบุหรี่ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.08 ของประชากรทั้งหมดพบผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.73 ของกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรับการบำบัดรักษา ร้อยละ 77.2 ของผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการคัดกรองแม้ว่าอัตราการได้รับการบำบัดก่อนข้างสูงแต่อัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ยังคงต่ำ<sup>(3)</sup>

บุหรี่มีสารนิโคติน ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาทส่วนกลาง กระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน และนอร์เอพิเนฟริน ทำให้ติดบุหรี่ได้ง่าย เมื่อหยุดสูบจะเกิดอาการถอนนิโคติน และเกิดความต้องการสูบบุหรี่<sup>(4)</sup> ทำให้ผู้ติดบุหรี่มีอัตราการกลับมาสูบบุหรี่สูง การบำบัดผู้ติดบุหรี่ในปัจจุบันใช้ทั้งการบำบัดด้วยยา และไม่ใช้ยา แนวทางการบำบัดเดิมส่วนใหญ่มุ่งเน้นระดับบุคคลหรือหน่วยบริการ โดยมีข้อจำกัด คือ ขาดการบูรณาการชุมชน ครอบครัว เครือข่ายสนับสนุนที่ส่งผลต่อการรักษาแบบยั่งยืน ไม่มีระบบติดตามเพื่อประเมินความสำเร็จและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ในระยะยาว และมismatch กับบริบทพื้นที่และวัฒนธรรมท้องถิ่นของจังหวัดอุดรธานี ทำให้อัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ต่ำ พบว่า ผู้ติดบุหรี่ที่เลิกได้จำนวนน้อย และมีอัตราการกลับมาสูบบุหรี่สูง<sup>(3)</sup>

การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดบุหรี่จะช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน การนำแรงสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบครัวมาใช้ในการกระบวนการบำบัดโดยบูรณาการเทคนิคมาตรฐาน 5A-5R-5D ร่วมกับระบบติดตามอย่างเป็นระบบ ช่วยเสริมพลังให้ผู้ติดบุหรี่สามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน<sup>(5)</sup> ลดโอกาสเจ็บป่วยเรื้อรัง ถึงแม้ปัจจุบันมีแนวทางการบำบัดบุหรี่ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาที่ได้รับการยอมรับจากสากล จังหวัดอุดรธานี มีงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่าย ระบบครอบครัว และระบบติดตามออนไลน์ไว้ในรูปแบบเดียวกันน้อย การศึกษานี้เป็นการสร้างรูปแบบการบำบัดบุหรี่แบบบูรณาการที่รวมกระบวนการ AIC การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากครอบครัว เทคนิคมาตรฐาน 5A-5R-5D และระบบติดตามออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับบริบท สภาพสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของจังหวัดอุดรธานี



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และนำไปสู่การลดจำนวนผู้สูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมของผู้สูบบุหรี่และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ของผู้เข้าร่วม

### การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่หนึ่งมวนเมื่อเผาไหม้จะเกิดสารเคมีกว่า 4,000 ชนิด โดยมี 42 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง สารพิษหลักที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ นิโคติน ที่ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบหัวใจหลอดเลือด ทาร์ ที่ก่อมะเร็งในอวัยวะต่างๆ คาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน และสารพิษอื่นๆ ล้วนทำลายระบบอวัยวะอย่างต่อเนื่อง

#### 2. แนวทางการบำบัดบุหรี่

การเลิกบุหรี่อาศัย 3 ปัจจัยร่วมกัน คือ ร่างกาย จิตใจและสังคม มีแนวทางการบำบัดที่ ได้แก่

1) เทคนิค 5R เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition)

2) เทคนิค 5A สำหรับบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วย การถาม การให้คำแนะนำ การประเมินการช่วยเหลือ และการติดตาม

3) เทคนิค 5D เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ (Delay, Deep breath, Drink water, Do something else, Destination) การรักษาด้วยยา Nicotine Replacement และ non-nicotine

#### 3. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับและเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น<sup>(8)</sup> งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดของ Schaefer<sup>(9)</sup> แบ่งแรงสนับสนุนเป็น 3 ด้าน 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านสิ่งของ/แรงงาน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร งานวิจัยเชิงประจักษ์จากประเทศกำลังพัฒนา<sup>(10)</sup> แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาที่ยั่งยืน การลด-เลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จสูงสุด



#### 4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผลประโยชน์ งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบของ Cohen & Uphoff<sup>(11)</sup> ซึ่งแบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนมีความสำคัญมากส่งผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความยั่งยืน

#### 5. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C

กระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคการประชุมและวางแผนแบบมีส่วนร่วมเชิงสร้างสรรค์ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ A (Appreciation) การรับรู้และยอมรับสภาพปัญหาปัจจุบันร่วมกัน I (Influence) การร่วมกำหนดวิธีการและยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหา และ C (Control) การวางแผนปฏิบัติการโดยสมาชิกรับผิดชอบตามความสมัครใจ ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ รับผิดชอบร่วมกันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน

#### 6. การทบทวนและวิเคราะห์วิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดบุหรี่

งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการ โดยใช้เทคนิค 5A หรือ 5R เพื่อให้คำแนะนำและสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาแบบบุคคล มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ (RR: 2.02, 95% CI: 1.80-2.27) และเมื่อรวมกับการรักษาด้วยยา NRT/ Varenicline ให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น<sup>(12)</sup> ข้อจำกัดหลักของการศึกษาเหล่านี้ คือ ขาดการพิจารณาบทบาทของครอบครัว และชุมชนอาจส่งผลต่อความยั่งยืนการเลิกบุหรี่ในระยะยาว

##### 6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่สูงขึ้น ร้อยละ 37-52 เมื่อเทียบกับผู้ไม่ได้รับการสนับสนุน<sup>(13-14)</sup> และงานวิจัย เกี่ยวกับ Community-based Smoking Cessation ในประเทศ China, Thailand และ Vietnam พบว่า การบูรณาการ การเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครชุมชน การให้คำปรึกษากลุ่ม และการสนับสนุนครอบครัว ส่งผลให้อัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(15)</sup>

#### 7. การสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎี (Theory Synthesis)

เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

| แนวคิด/ทฤษฎี                         | บทบาท/ส่วนประกอบของรูปแบบ                                             | ระยะการปฏิบัติการ |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| การมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen&Uphoff) | ส่งเสริมการมีส่วนร่วมผ่านการตัดสินใจ ปฏิบัติการและการประเมินผลร่วมกัน | ทั้งหมด           |



| แนวคิด/ทฤษฎี                      | บทบาท/ส่วนประกอบของรูปแบบ                                                            | ระยะการปฏิบัติการ             |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| กระบวนการ A-I-C                   | เทคนิคการประชุมเชิงสร้างสรรค์เพื่อรับรู้<br>ปัญหากำหนดแนวทางและวางแผนปฏิบัติการ      | วางแผนและ<br>ปฏิบัติการ       |
| เทคนิค 5A-5R-5D                   | แนวทางการเลิกบุหรี่ที่บูรณาการแรงจูงใจ การ<br>ให้คำแนะนำและการป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ | การปฏิบัติการและ<br>การติดตาม |
| แรงสนับสนุนทางสังคม<br>(Schaefer) | ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เชิงปฏิบัติการ<br>และข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและชุมชน        | การปฏิบัติการและ<br>การติดตาม |

การบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีเหล่านี้สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสามระดับ: (1) ระดับความรู้-ทัศนคติ โดยให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) ระดับพฤติกรรม โดยเทคนิค 5A-5R-5D และแรงสนับสนุนทางสังคม (3) ระดับสังคม-สถาบัน โดยบูรณาการกระบวนการ AIC และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งร่วมกันนำไปสู่การลดและเลิกสูบบุหรี่อย่างยั่งยืน

### กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้บูรณาการระหว่างทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และหลักการบำบัดบุหรี่ตามเทคนิค 5A-5R-5D เพื่อพัฒนารูปแบบที่ครอบคลุมมิติความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่วัดผลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและวินิจฉัยความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบหลังดำเนินกิจกรรมการบำบัด 12 สัปดาห์ ศึกษาในพื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน กันยายน 2568 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2569

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัย 3 ระยะ

##### ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องการบำบัดบุหรี่ในอำเภอๆ ละ 12 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ 1 คน ตำรวจ 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ตัวแทนกำนัน 2 คน ตัวแทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ตัวแทน อสม. 2 คน ตัวแทน รพ. สต. 2 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลชุมชน 1 คน ทั้งหมด 20 อำเภอ รวม 240 คน



กลุ่มตัวอย่าง เป็นภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดนุหรี ทำหน้าที่สร้างรูปแบบเลือกแบบเจาะจง ตำบลละ 12 คน 8 ตำบล รวม 96 คน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล 2 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน 3 คน และ อสม. 3 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ผู้สูบบุหรี่ที่ได้จากการคัดกรองจังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 18,891 คน<sup>(6)</sup>

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูบบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan<sup>(7)</sup> ได้ขนาดตัวอย่าง 396 คน

### ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย เลือกแบบเจาะจงตำบลละ 12 คน 8 ตำบล รวม 96 คนประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และ อสม.

กลุ่มที่ 2 ผู้สูบบุหรี่จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 คัดเลือกจาก 4 โซนอำเภอ โซนละ 2 อำเภอๆ ละ 1 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้านรวม 8 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 40 คน รวม 320 คน

#### 1. เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้สูบบุหรี่จากแบบสำรวจของ รพ.สต.
- 2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีครัวเรือนตั้งอยู่ในพื้นที่ 6 เดือนขึ้นไป
- 3) สามารถพูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร
- 4) สวมใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

#### 2. เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

- 1) ขอดอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

### ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว กับระยะที่ 2

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart<sup>(16)</sup> 4 ขั้นตอน ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ ดำเนินการระหว่าง เดือนกันยายน 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยแต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้



## ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของผู้สูบบุหรี่และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี

1. สอบถามความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมของผู้สูบบุหรี่และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง 396 คน

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วม AIC ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่จาก 8 หมู่บ้าน เลือกแบบเจาะจง 96 คน ทำหน้าที่สร้างรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของแต่ละตำบล

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี เลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เลือกหมู่บ้านที่มีอัตราสูบบุหรี่สูงที่สุด 8 หมู่บ้าน ในจังหวัดอุดรธานี 96 คน โดยทดลองใช้รูปแบบการบำบัดบุหรี่จำนวน 2 วงรอบในผู้สูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 40 คนจำนวน 8 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้าน รวม 240 คน

### พัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 เดือนกันยายน 2568

1. วางแผน (P) ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้นำชุมชน สอ.บต. อสม. ตัวแทน อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมวางแผนและจัดทำแผนให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล

2. ปฏิบัติ (A) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ชี้แจงบทบาทหน้าที่ ให้ความรู้ จัดเวทีประชาคม ค้นข้อมูลให้กับชุมชน รมรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

3. สังเกต (O) ติดตามความก้าวหน้าเป็นเวลา 1 เดือน

4. สะท้อน (R) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ มีความรู้ ในระดับน้อย มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง มีส่วนร่วมในระดับน้อย และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เหมือนเดิม พบปัญหาระหว่างการสนับสนุนติดตามผู้สูบบุหรี่ของญาติและครอบครัว นำข้อมูลเข้าสู่เวทีประชุมประชาคมตำบล รอบที่ 2

### วงรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569)

1) วางแผน (P) เพิ่มตัวแทนผู้สูบบุหรี่และครอบครัวผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมประชุม AIC นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวางแผนแก้ไข ได้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม

2) ปฏิบัติ (A) ดำเนินกิจกรรมที่พัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่

- อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วย สนับสนุนความรู้การนัดจดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่ มีกิจกรรมนัดเท้าผู้สูบบุหรี่จุดจุดละ 40 ครั้ง โดยนัดวันละ 1 ครั้งต่อเนื่องอย่างน้อย 10 วัน

- แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 4 สัปดาห์

- พัฒนาระบบการติดตาม โดยครอบครัวและญาติเข้ามามีส่วนร่วมผ่านระบบไลน์ ดำเนินกิจกรรมจนครบ 12 สัปดาห์ พร้อมประเมินผลก่อน-หลังการทดลอง

3) สังเกต (O) ติดตามความก้าวหน้าต่อเนื่อง 3 เดือน



#### 4) สะท้อน (R) สรุปผลการดำเนินงานกับคณะกรรมการดำเนินงาน สรุปรูปแบบที่สมบูรณ์ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุดรธานี ประเมินความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมในการบำบัด และพฤติกรรมกาสูบหรี่กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่ ในระดับตำบล

กิจกรรมที่ 2 จัดเวทีประชาคม คัดเลือกข้อมูลให้กับชุมชน กำหนดกติกาชุมชนร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 รมรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ สถานที่ปลอดบุหรี่ เสี่ยงตามสายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก 5A-5R-5D

กิจกรรมที่ 5 สนับสนุนความรู้การตรวจคัดจุดสะท้อนเท้าเพื่อเลิกบุหรี่โดยผู้สูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาระบบการติดตามให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมรายงานผลผ่านไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา  
อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อปี ความเกี่ยวข้องกับผู้สูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ รวม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดบุหรี่ 10 ข้อ คำถามเป็นแบบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้  
1 ตอบผิดให้ 0 จำแนกคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม<sup>(17)</sup> เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้  $\geq$  ร้อยละ 80 คือ  
มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 60-79 คือ มีความรู้ระดับปานกลาง < ร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะต่อการบำบัดผู้สูบบุหรี่ (10 ข้อ) คำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ  
โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก เกณฑ์คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
ให้ 5 เห็นด้วย ให้ 4 ไม่แน่ใจให้ 3 ไม่เห็นด้วยให้ 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 ด้านลบให้คะแนนตรงข้าม  
กับด้านบวก แปลตามเกณฑ์ของ Bloom<sup>(17)</sup> ทักษะระดับดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทักษะระดับปานกลาง  
ร้อยละ 60-79 ทักษะระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ (15 ข้อ) คำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า  
5 ระดับโดยข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คือ 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 = ปฏิบัติ  
บางครั้ง 2 = ปฏิบัติน้อยครั้ง 1 = ไม่ปฏิบัติเลย จำแนกคะแนน ตามเกณฑ์ของ บลูม<sup>(17)</sup> ดังนี้  $\geq$  ร้อยละ  
80 มีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 60-79 มีส่วนร่วมปานกลาง < ร้อยละ 60 มีส่วนร่วมน้อย



### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ความรู้ KR-20 = 0.82 ทศนคติ 0.74 การมีส่วนร่วม 0.81

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test เปรียบเทียบความรู้ ทศนคติ และการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบำบัด รายงานค่า t องศาอิสระ ค่า p-value ขนาดอิทธิพล (Effect Size) แบบ Cohen's d พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 14368 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2568

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1** สถานการณ์ปัญหา ความรู้ ทศนคติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง 396 คน เป็นเพศชายร้อยละ 71.20 อายุเฉลี่ย 45.68 ปี (S.D. = 9.76) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 31.30 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 59.80 ทศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.60 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 94.70 ซึ่งสะท้อนว่า ชุมชนยังขาดองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญต่อการสนับสนุนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ระยะที่ 2** พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบำบัดผู้สูบบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 มาเป็นฐานในการประชุมแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC โดยคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล ได้รู้รูปแบบการบำบัดผู้สูบบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก

| องค์ประกอบ       | กิจกรรม                                       | วัตถุประสงค์                                                   | ผลที่คาดหวัง                                                           |
|------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. สภาพแวดล้อม   | - แต่งตั้งคณะทำงาน/<br>เวทีประชาคม/<br>รณรงค์ | - เพื่อปรับทัศนคติ จัด<br>สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเลิก<br>บุหรี่ | สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการ<br>เลิกสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่มี<br>ทัศนคติที่ดี |
| 2. ความรู้เทคนิค | อบรม 5A-5R-5D/<br>นวดกดจุด                    | - ส่งเสริมความรู้การบำบัดผู้<br>5A-5R-5D/นวดกดจุด              | - ผู้สูบบุหรี่มีความรู้ 5A-5R-<br>5D และนวดกดจุดได้                    |

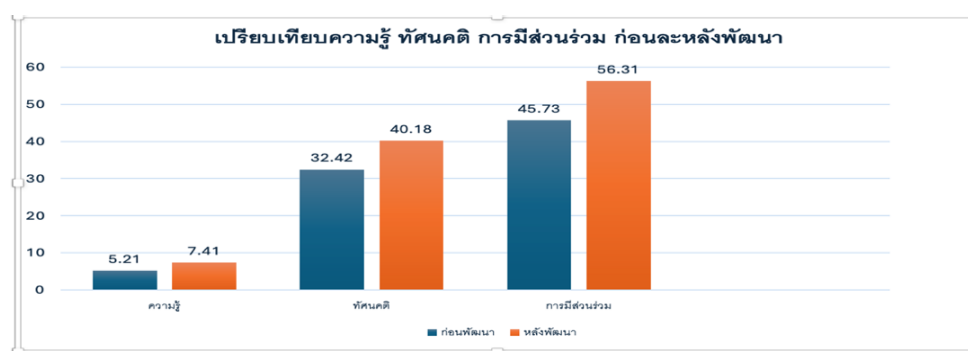


| องค์ประกอบ           | กิจกรรม                   | วัตถุประสงค์                                | ผลที่คาดหวัง                                          |
|----------------------|---------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 3. ติดตาม<br>ระยะยาว | Line Group+<br>เยี่ยมบ้าน | - ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการเลิก<br>สูบบุหรี่ | - ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยน<br>พฤติกรรมและเลิกสูบบุหรี่ |

### ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มทดลอง 320 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.70 อายุเฉลี่ย 54.24 ปี (S.D. = 6.85) มีความเกี่ยวข้องกับฐานะพ่อ/แม่ ร้อยละ 77.20

### แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด การมีส่วนร่วมในการบำบัดบุหรี่ก่อนและหลังทดลอง



### ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด การมีส่วนร่วมในการบำบัดบุหรี่ก่อนและหลังทดลอง

| ตัวแปร        | ก่อนพัฒนา  | หลังพัฒนา  | t     | p-value   | (95% CI)          |
|---------------|------------|------------|-------|-----------|-------------------|
| ความรู้       | 5.21±1.48  | 7.41±1.19  | 29.23 | < 0.001** | 1.35* (1.10-1.60) |
| ทักษะคิด      | 32.42±6.13 | 40.18±4.76 | 12.68 | < 0.001** | 0.89* (0.65-1.13) |
| การมีส่วนร่วม | 45.73±8.24 | 56.31±7.08 | 14.52 | < 0.001** | 1.05* (0.81-1.29) |

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้ ทักษะคิด การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 29.23$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ,  $d = 1.35$ ,  $t = 12.68$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ,  $d = 0.89$ ,  $t = 14.52$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ,  $d = 1.05$ )

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถลดและเลิกสูบบุหรี่ได้ในระดับที่น่าพอใจ งานวิจัยนี้เสนอรูปแบบการบำบัดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ บูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กระบวนการ AIC และการสนับสนุนจากครอบครัว ควรมีการติดตามผลระยะยาว รูปแบบดังกล่าวสามารถใช้เป็นต้นแบบในการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ระดับปฐมภูมิ หรือขยายผลสู่ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่



## อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนาแบบผู้สูบบุหรี่มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 59.80 ทักษะคิดปานกลาง ร้อยละ 57.60 และการมีส่วนร่วมต่ำมาก ร้อยละ 94.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา อนันต์ชัยพัทนา และปรีชา อุปโยคิน<sup>(18)</sup> ซึ่งให้เห็นว่า ชุมชนขาดการจัดระบบสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการบำบัดบุหรี่ยังต่ำอยู่ สาเหตุ (1) ขาดข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมผลเสียของบุหรี่และวิธีการเลิก (2) ชุมชนไม่มีกลไกในการแบ่งปันประสบการณ์ สนับสนุนกัน (3) หน่วยงานด้านสาธารณสุขขาดการประสานสัญญาณกับชุมชน

### 2. ผลการพัฒนาแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดบุหรี่ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = 60.34, p\text{-value} < 0.001$ ) กลุ่มทดลองร้อยละ 70.90 มีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น เกิดจากกระบวนการ AIC เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ชุมชน ครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข และผู้สูบบุหรี่เอง ร่วมวิเคราะห์ปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การตั้งคณะกรรมการบำบัดบุหรี่ระดับชุมชน กำหนดกติกาชุมชนร่วมกัน ติดตามผ่านกลุ่ม Line ช่วยให้ชุมชนรู้สึกว่าการเลิกบุหรี่เป็นข้อตกลงของชุมชน ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งขึ้น การมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรับผิดชอบชุมชน อย่างยั่งยืน

2.2 การเพิ่มขึ้นของความรู้ในการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังทดลองความรู้กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = 29.23, p\text{-value} < 0.001$ ) อธิบายได้จากหลายปัจจัย 1) การจัดกิจกรรมเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่องในชุมชนช่วยให้ผู้ดูแลและผู้สูบบุหรี่เข้าใจถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน 2) การใช้เทคนิค 5A-5R-5D โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ช่วยให้ความรู้ที่สื่อสารมีความสัมพันธ์กับชีวิตมากขึ้น 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรับรู้และเรียนรู้ ส่งผลให้ความรู้ถูกทำซ้ำและเสริมสร้างอย่างสม่ำเสมอสอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้ชุมชน ให้ความรู้ผ่านกระบวนการร่วมกันและการปฏิบัติจริงมีประสิทธิภาพสูงกว่า การบรรยาย

2.3 การเพิ่มขึ้นของทัศนคติต่อการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ทักษะคิดต่อการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = 32.85, p\text{-value} < 0.001$ ) หลังทดลองใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.20 กลไกการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดจาก 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่านการยกย่องและให้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความหมายต่อผู้สูบบุหรี่ 2) การปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานสังคม โดยใช้กิจกรรมการณรงค์ ทำให้ชุมชนมองว่าการเลิกบุหรี่เป็นบรรทัดฐานทางบวกของชุมชน มิใช่เพียงปัญหาส่วนตัว 3) กิจกรรมนวดกดจุดสะท้อนเท้า ช่วยในการ



บรรเทาอาการถอนนิโคติน ทำให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจว่าการเลิกบุหรี่สามารถทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเชิงบวก

**3. อัตราการเลิกบุหรี่และการลดปริมาณการสูบ** พบว่า ร้อยละ 31.90 ของผู้สูบบุหรี่ในทดลอง รายงานว่า ไม่สูบบุหรี่ต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง และร้อยละ 51.20 รายงานว่ามีกรดลด ปริมาณการสูบลงจากเดิม ผลการศึกษาสูงกว่าการศึกษาของ ศิราพร ปิ่นวิหค<sup>(19)</sup> ที่แสดงว่า การเสริม แรงจูงใจและการนัดกดจุดช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ลดอาการถอนนิโคตินและเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาของ วิวัฒนา เรืองฤทธิ์<sup>(20)</sup> เน้นการติดตามต่อเนื่อง การดูแลจากครอบครัว เกิดจาก 1) บทบาทเพิ่มขึ้นของครอบครัว การเสริมแรงจูงใจ การนัดกดจุด ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้สูบบุหรี่ได้รับเพิ่มขึ้น 2) ติดตามผ่านกลุ่ม Line ช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและส่งเสริมการเลิกบุหรี่เป็น กระบวนการต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ 3) การบูรณาการหลายกิจกรรม ทั้งเสริมการรับรู้ เสริมแรงจูงใจ บรรเทาอาการถอนนิโคติน และการสนับสนุนทางสังคมไว้ด้วยกัน ส่งผลให้การเลิกบุหรี่สูงขึ้น สะท้อนให้เห็นความสำคัญของบริบทรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้กลไกของการสนับสนุนทางสังคม และการติดตามมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**4. ผลการพัฒนารูปแบบการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน** ผลการศึกษานี้ให้การ สนับสนุนเชิงประจักษ์ต่อแนวคิดของ Cohen และ Uphoff<sup>(11)</sup> เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนการใช้แนวทาง AIC ที่ยังไม่ถูกใช้อย่างแพร่หลาย แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดบุหรี่ ที่รวมการบรรเทาทางร่างกายผ่านการนัดกดจุด และการเสริมแรงจูงใจผ่านการสนับสนุนชุมชน มีประสิทธิภาพสอดคล้องตามบริบท และนำมาประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหามลพิษสุขภาพอื่นๆ โดยบูรณาการภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน นำรูปแบบไปใช้โดยปรับตามลักษณะชุมชน ด้วย กระบวนการ AIC ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งการควบคุมยาสูบควรเปลี่ยนแนวทางจากแนวทางลงโทษ ไปสู่ แนวทางการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ระบบยั่งยืนและยอมรับได้มากขึ้น

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดนโยบายอบรมด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะบำบัดบุหรี่ให้อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคณะกรรมการหมู่บ้าน โดยเน้นการพัฒนาการใช้แนวทาง 5A-5R-5D
2. จัดตั้งระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้างและงบประมาณสำหรับการบำบัดบุหรี่ระดับชุมชน เพื่อสนับสนุนการทำเวทีประชาคม การติดตามรายบ้าน และกิจกรรมเสริมพฤติกรรมเลิกบุหรี่
3. พัฒนาระบบติดตามผลการเลิกบุหรี่แบบต่อเนื่องหลายฝ่าย โดยอาศัยบทบาทของครอบครัว อสม. และกลุ่มสื่อสารออนไลน์



## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
3. โรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์ขอนแก่น. รายงานสถานการณ์และผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ขอนแก่น: โรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์ขอนแก่น; 2560.
4. จารุวรรณ ไชยบุบผา, และคณะ. ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดนิโคตินและการบำบัดบุหรี่. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2561; 1(1): 1-15.
5. Pilisuk M. Delivery of social support: the social inoculation. Am J Orthopsychiatry. 1982; 52(1): 20-36.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบจังหวัดอุดรธานี ปี 2568. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970; 30(3): 607-10.
8. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
9. Schaefer C. Social support and the family. In: Gotlib IH, Wheaton B, editors. Stress and adversity over the life course: trajectories and turning points. Cambridge: Cambridge University Press; 2004: p.154-75.
10. Hsueh YS, Lin YR, Chung UH. Family support in smoking cessation interventions in developing countries. J Smok Cessat. 2022; 14(2): 78-92.
11. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca: Agricultural Development Council; 1981.
12. Lindson N, Klemperer EM, Hong B, Ordonez-Mena JM, Aveyard P. Smoking cessation interventions for adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2023; (1): CD000165.
13. Catania JA, Hillhouse NJ, Greene K, Kramer B. Social support and smoking cessation in diverse populations. Addict Res Theory 2022; 30(4): 456-70.
14. Marques AC, Ribeiro W, Trevisan LA. Social support for smoking cessation: a systematic review. Clin Psychol Rev 2022; 92: 102116.



15. Warren CW, Zhang Y, Chiang YC. Community-based smoking cessation models in Asia-Pacific region. *Glob Health Action* 2023; 16: 2165514.
16. Kemmis S, McTaggart R, editors. *The action research planner*. 2nd ed. Geelong: Deakin University Press; 1998.
17. Bloom BS. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals*. New York: David McKay; 1975.
18. นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, ปรีชา อุปโยคิน. รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่โดยชุมชน, *วารสารสาธารณสุขชุมชน* 2560; 5(2): 23-35.
19. ศิราพร ปิ่นวิหค. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการนัดจุดตะไคร้ฝามือต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่. *วารสารเกื้อการุณย์* 2561; 25(1): 90-1.
20. วิวัฒนา เรืองฤทธิ์, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. ผลการบำบัดบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในชุมชน. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน* 2566; 12(1): 45-60