

ชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ณ ชุมชนตาดแคน จังหวัดมุกดาหาร

Community model for smoking cessation at Tad Kean community in Mukdahan Province

ณรรต คุสกุลวัฒน์ เรืองอุไร แสนสุข และสุปราณี ชุมจันทร์
Natust Koosakulwat, Rongurai Sansuk, and Supranee Chumjan
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมุกดาหาร
Social Medical Care Division, Mukdahan Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ณ ชุมชนตาดแคน จังหวัดมุกดาหาร การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่หนึ่งวิเคราะห์ปัญหาผลกระทบ ระยะที่สองพัฒนาชุมชนต้นแบบ และระยะที่สามประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 47 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่ม และประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิเคราะห์ ปัญหาผลกระทบของการสูบบุหรี่ พบว่า ทศนคติต่อการสูบบุหรี่เห็นเป็นเรื่องปกติในชุมชนมีและข้อดีในแง่คลายเครียด คลายเหนื่อย แต่ข้อเสียคือทำให้ติดบุหรี่ สิ่งแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น กับผู้สูบและผู้ได้รับควันบุหรี่รวมผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย ผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบ คือ โรงเรียนในชุมชนจำนวน 2 แห่ง ดำเนินการตามมาตรการปลอดบุหรี่ 1 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 50.00 จำนวนบ้านที่สูบบุหรี่จากการสำรวจ 136 หลังคาเรือน เข้าร่วมโครงการบ้านปลอดบุหรี่ 77 หลังคาเรือน วัด 1 แห่ง ดำเนินการเป็นเขตปลอดบุหรี่ ติดป้ายห้าม สูบบุหรี่ในชุมชน 8 ป้าย อยู่ระหว่างดำเนินงานงานศพปลอดบุหรี่ในชุมชน ผลการช่วยเลิกบุหรี่ 34 คน เลิกบุหรี่ได้นาน 6 เดือน จำนวน 8 คน

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ชุมชนปลอดบุหรี่

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a community model to solve the smoking problem of Tad Kean community, Mukdahan province. The research was divided into three phases: the problem and impact analysis; the development of a community model and the evaluation of the outcome. Forty-seven informants participated in this study and data were collected through in-depth interviews, group discussions, and workshops. Also, data were analyzed using descriptive statistics. The first phase revealed

Corresponding author E-mail: koosa_n@hotmail.com

วันที่รับบทความ: 2 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ: 4 ธันวาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ: 10 ตุลาคม 2565

that the informants viewed smoking as a normal practice in the community. Also, they perceived smoking is normal behavior in the community. The advantage of smoking is to relieve stress and tiredness although it possibly leads to smoking addiction. The community environment triggered smoking while the community perceived adverse effects of smoking on both smokers' and non-smokers' health and additional expenses. In regard to the development of the community model, it found that one out of two schools (50.00%) have complied with the smoke-free measures. Moreover, 77 families joined the smoke-free home program, and one temple became a non-smoking area. Eight "no-smoking" signs have been displayed at public places in the community and relevant actions were undertaken to establish a non-smoking funeral program. As for the results of the smoking cessation program, eight out of thirty- four community members succeeded smoking cessation for six months.

Keywords: Smoking Cessation, Community Participation, Smoke-free Community

ความสำคัญของปัญหา

ควันบุหรี่เป็นผลเสียต่อสุขภาพมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้สูบและผู้ใกล้ชิด นำมาซึ่งความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรไทยในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก และจัดเป็นความสูญเสียทางสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ที่สำคัญที่สุดสาเหตุหนึ่ง สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทยระหว่างปี 2550-2560 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตที่มีประวัติการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 72,656 คน บุรียังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในตลอด 10 ปี ที่ผ่านมา (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2564) ผลการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (19.1%) กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (21.9%) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (24.5%) รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

จากการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชนตาดแคนเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมยาสูบในชุมชน ที่ผ่านมา (โรงพยาบาลมุกดาหาร หน่วยบริการปฐมภูมิ, 2561)

พบการขายบุหรี่ให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี การสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบบุหรี่ พบปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่อยู่ในสถานศึกษา การสูบบุหรี่ของประชาชนในบ้านและในสถานที่ห้ามสูบ การแก้ปัญหการสูบบุหรี่ที่ผ่านมาเป็นการดำเนินการเป็นครั้งคราว ยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการประสานความร่วมมือ และขาดการบูรณาการในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตามชุมชนตาดแคนเป็นชุมชนที่มีแกนนำเข้มแข็ง เมื่อมีกิจกรรมที่ต้องหารือขอความคิดเห็นหรืองานกิจกรรมในชุมชนจะร่วมมือร่วมใจกันเสมอ มีความพร้อมและสมัครใจที่จะพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ การวิจัยเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบในชุมชนที่ผ่านมามีการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ (ธีรศักดิ์ พรหมพันธุ์ และ วิมลพรรณ กมลเพชร, 2556) หมู่บ้านต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ที่บ้านหนองยางขึ้น (สมภพ แสงจันทร์ และคณะ, 2556) การพัฒนาแบบการสนับสนุนทาง

สังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษา บ้านสันนายาว (นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา และ ปรีชา อุปโยคิน, 2560) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้พลัดถิ่น ความดันโลหิตสูง เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ (เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และ สมจิต แดนสีแก้ว, 2559) การศึกษาดังกล่าว มีขั้นตอนการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์สถานการณ์ สร้างความสัมพันธ์กับแกนนำและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ เสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาแกนนำ นำแผนสู่การปฏิบัติ ติดตาม ประเมินผล ทบทวนแผน สะท้อนการปฏิบัติ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด และร่วมกันสรุปบทเรียน การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เกิดผลการดำเนินงานกำหนดมาตรการเขตปลอดบุหรี่ และการลดและเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะนำการสร้างการมีส่วนร่วมมาเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชนตาดแคนเป็นต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร โดยเชื่อมั่นว่าคนในชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของตนเองและชุมชน เกิดความยั่งยืนและขยายผลเป็นต้นแบบในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหารต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

มุ่งพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ณ ชุมชนตาดแคน จังหวัดมุกดาหาร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชนที่จะได้รับการพัฒนาเป็นต้นแบบลดและเลิกบุหรี่
2. พัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ณ ชุมชนตาดแคน จังหวัดมุกดาหาร
3. ประเมินผลของการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ พัฒนามาจากแนวคิดการพัฒนาแบบการส่งเสริม

สุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน (สำนักการพยาบาล, 2557) ประกอบด้วย 4 แนวคิด คือ 1) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพชุมชน 2) แนวคิดเชิงระบบ 3) กระบวนการและรูปแบบการสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพชุมชน (Community Health Improvement Process (CHIP) Action Planning Model) 4) แนวคิดการมีส่วนร่วม นำสู่การประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนในชุมชนไม่สูบบุหรี่และป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสอง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและพื้นที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ การวิจัยในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองใช้แนวคิดการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ตั้งแต่กำหนดพื้นที่ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเลือกประเด็นสำคัญที่จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนกิจกรรมการดำเนินงาน สำหรับกลยุทธ์การขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ประยุกต์จากรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น มข.-KKU FHN (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2558) มีการดูแล 4 ระดับ ได้แก่ 1) การส่งเสริมป้องกัน 2) การคัดกรองความเสี่ยง 3) การดูแลสุขภาพโดยตรงแก่บุคคล และ 4) การฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ด้วยปฏิบัติการ 8 แผนกลยุทธ์ ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นกลยุทธ์ขับเคลื่อนที่สำคัญนำสู่การพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน จนถึงการพัฒนาฟื้นฟูสภาพระยะที่สามของการวิจัยนำเอาความรู้เรื่องระบบ (กาญจนา จันทร์ไทย, 2557) มาใช้เป็นกรอบในการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงในการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

พื้นที่ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นพื้นที่รับผิดชอบ

ของผู้วิจัย แก่นนำในชุมชนมีความสนใจและสมัครใจในการดำเนินการพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนตาตแคน 1, ชุมชนตาตแคน 2 และชุมชนตาตแคน 3

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการวิจัยระยะที่หนึ่ง และระยะที่สอง คือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน/อสม. ผู้อาวโละ ผู้สูบบุหรี่ ครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ แก่นนำในชุมชน ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ในชุมชน เยาวชน ตัวแทนสถานศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 47 คน ระยะที่สาม คือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน/อสม. ผู้สูบบุหรี่ ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ตัวแทนร้านค้า ตัวแทนสถานศึกษา และแก่นนำในชุมชน จำนวน 40 คน

เครื่องมือวิจัย

1. **แนวคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ** ได้แก่

1) แนวคำถามการวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสัมภาษณ์และการเสวนากลุ่มในชุมชน ตัวอย่างเช่น “ปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร สถานที่ห้ามสูบบุหรี่ในชุมชนสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ อย่างไร ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อสุขภาพอย่างไร”

2) แนวคำถามในการพัฒนาชุมชนต้นแบบแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตัวอย่างเช่น “การกำหนดพื้นที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่จะดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง การจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจะต้องทำอย่างไร ใครบ้างที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน”

3) แนวคำถามในการประเมินผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตัวอย่างเช่น “กิจกรรมการดำเนินงานในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ ที่สำคัญมีอะไรบ้าง ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร”

2. **เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำแบบบันทึกประวัติเพื่อประเมินและติดตามผลการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ณรรต คุสกูลวัฒน์, 2560) มาใช้ในการบันทึกการประเมินการสูบบุหรี่ การจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่แบบสัมภาษณ์ครอบครัวในการดำเนินการบ้านปลอดบุหรี่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร (หมายเลขการวิจัย 09/61 ลงวันที่ 10 กันยายน 2561) คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยโดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และการเก็บรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นเวลา 2 ปี 3 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561-ธันวาคม 2563 แบ่งเป็น 3 ระยะในช่วงเวลา ระยะที่ 1 ตุลาคม-ธันวาคม 2561 ระยะที่ 2 มกราคม 2562-กันยายน 2563 และระยะที่ 3 ตุลาคม-ธันวาคม 2563 ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่หนึ่ง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ กำหนดพื้นที่ที่จะดำเนินการศึกษาโดยผู้นำชุมชน/อสม. เก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามการวิเคราะห์สถานการณ์ เรื่อง สถานการณ์ปัญหาผลกระทบจากบุหรี่สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนฯ ทีมผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์รายบุคคลและนำการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30 นาทีต่อคน สนทนากลุ่ม 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ณ วัดนิรมิต ชุมชนตาตแคน การสนทนากลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นปัญหาและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ จากนั้นทีมผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทำการคืนข้อมูลและเลือก

ประเด็นสำคัญที่จะดำเนินการพัฒนา

ระยะที่สอง การพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ใช้กลยุทธ์การขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบที่พัฒนาจากรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น นำสู่การพัฒนาชุมชนต้นแบบ หาแนวทางวิธีการลดและเลิกสูบบุหรี่ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพจากการสูบบุหรี่ เริ่มจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ณ วัดนิมิต ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 40-47 คน จัดประชุม 3 ครั้ง มีการแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 13-16 คน ทีมผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการประชุม รวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ หัวข้อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประกอบด้วย วางแผนการพัฒนา กำหนดกิจกรรม วิธีการ มาตรการของชุมชน คณะกรรมการและผู้รับผิดชอบกิจกรรมโครงการ จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่สามารถจะดำเนินการเองได้ทันที การกำหนดแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เป็นคนสูบบุหรี่ 2) การสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่ ส่งเสริมให้เกิดโรงเรียนปลอดบุหรี่ การป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองโดยการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ ผู้รับผิดชอบและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ผู้นำชุมชน/อสม. ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ร้านค้า วัด สถานศึกษา ติดตามผลการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชน ผู้นำชุมชน/อสม. และ 3) การช่วยบุคคลให้เลิกบุหรี่ โดยทีมผู้วิจัยและ อสม. โดยจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเลิกบุหรี่ในชุมชน ทั้งหมด 4 กลุ่มๆ ละ 3 ครั้ง และติดตามผลการเลิกบุหรี่โดยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามในเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12 หลังการนำแผนสู่การปฏิบัติมีการตรวจสอบและประเมินผลและสะท้อนปัญหาอุปสรรคนำสู่การแก้ไขปัญหาการดำเนินงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะ จำนวน 6 ครั้ง

ระยะที่สาม การประเมินผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยผลการป้องกัน

เด็กและเยาวชนไม่ให้เป็นคนสูบบุหรี่ ผลการส่งเสริมให้เกิดโรงเรียนปลอดบุหรี่ ผลการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองโดยการสร้างบ้านปลอดบุหรี่ ผลการจัดสถานที่สาธารณะในชุมชนให้เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ และผลการช่วยเลิกบุหรี่ในบุคคลที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเลิกบุหรี่ รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน จำนวน 40 คน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล คนละ 20 นาที และประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ใช้แนวคำถามในการประเมินผลการพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชน ผู้นำชุมชน/อสม. ผู้รับผิดชอบชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นการวิเคราะห์ตีความข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ถอดเทปการสัมภาษณ์ การสังเกต แยกประเภทข้อมูล ให้ความหมายข้อมูล และเชื่อมโยงแต่ละประเด็น ตามวัตถุประสงค์ในแต่ละระยะของการศึกษาวิจัย และใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ของชุมชนที่จะได้รับการพัฒนาเป็นต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ มีดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 47 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.19 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.81 อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.68 และอายุ 60-79 ปี ร้อยละ 29.79 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.70 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 48.94 และชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.66 และเป็นผู้สูบบุหรี่ 4 คน (ร้อยละ 8.51)

1.2 มุมมองของคนในชุมชนต่อการสูบบุหรี่ ให้ความหมายเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1) ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ จากการ

สัมภาษณ์ตัวแทนคนในชุมชน ทำให้เห็นถึงทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ คือ การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ทำกันเป็นปกติในชุมชน คนที่ติดบุหรี่มักสูบบุหรี่มาตั้งแต่เด็ก แล้วก็สูบบุหรี่เรื่อยจนเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งมองว่าบุหรี่มีข้อดีในแง่ช่วยคลายเครียด คลายเหนื่อย และถือว่าบุหรี่มีข้อเสีย คือทำให้ติดบุหรี่ เลิกยาก เพราะถ้าหยุดสูบจะมีอาการหัวหมุน ปวดหัว ปวดตา ปวดตามตัวเมื่อเลิกสูบ บางคนเคยเลิกแล้วก็กลับมาสูบใหม่ จากความเคยชิน ส่วนหนึ่งจากการดื่มเหล้าในกลุ่มเพื่อนที่สูบทำให้กลับมาสูบบ้าง

2) สิ่งแวดล้อมในชุมชนส่งเสริมการ

สูบบุหรี่ วัยรุ่นสูบบุหรี่ครั้งแรกเพราะอยากรอง เห็นพ่อแม่สูบบุหรี่ มีการสูบบุหรี่ในบ้านเมื่อครอบครัวมีการสังสรรค์วงเหล้า โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นของการสูบบุหรี่ โดยสูบบุหรี่ตามเพื่อนในกลุ่ม เลียนแบบคิดว่าเทห์ ทำงานสูบบุหรี่เพราะสูบบุหรี่กับเพื่อนเวลาดื่มเหล้า แรงงานรับจ้างหลังเลิกงานจะตั้งวงดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ มีแหล่งส่งเสริมการสูบบุหรี่ อาทิ โต๊ะสนุกเกอร์ บ่อนไก่ในชุมชน มีการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เช่น ห้องน้ำในโรงเรียน ในบริเวณวัด สูบบุหรี่ตามร้านขายอาหาร งานศพ งานบุญประเพณี งานเลี้ยง ตลาดนัดและสถานที่ออกกำลังกาย และการจัดประชุมในชุมชน พบว่าร้านค้าในชุมชนมักขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี เด็กบางคนก็ให้คนอายุมากกว่า 20 ปี ไปซื้อบุหรี่ให้ ผู้ปกครองใช้ให้เด็กมาซื้อบุหรี่ ซึ่งคนในชุมชนรู้กฎหมาย แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมาย เพราะไม่เคยมีการบังคับใช้กฎหมายในชุมชนเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนทำอยู่ตลอด ไม่เคยมีการสะท้อนถึงปัญหาการสูบบุหรี่

3) การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการ

มีคนสูบบุหรี่ในครอบครัวและในชุมชน สะท้อนให้เห็นผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย เช่น โรคเมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ ประสาทมึนงง ผลต่อภาพลักษณ์ คือ กลิ่นตัวเหม็นเป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง สถาบันครอบครัวเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่ ความต้องการของครอบครัวที่อยากให้ผู้สูบบุหรี่

เลิกสูบ

2. ผลการศึกษาพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่

การพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ ในชุมชนมีการรณรงค์การประชาสัมพันธ์ ร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมคิดพัฒนา การคัดกรองการสูบบุหรี่ การติดตามเยี่ยมบ้านดูแลผู้ที่สูบบุหรี่และครอบครัว ช่วยเลิกบุหรี่แก่ผู้ที่สูบบุหรี่และติดตามการเลิกบุหรี่ และดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาของชุมชนในเรื่องต่อไปนี้

2.1 การป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เป็น

คนสูบบุหรี่ จัดให้มีการเฝ้าระวังสังเกตสอบถามการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนโดยคนในครอบครัว การป้องกันการสูบบุหรี่รายใหม่เริ่มต้นจากครอบครัวเป็นตัวอย่าง สนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ ครูสอบถามและสังเกตพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียน สอดแทรกเรื่องบุหรี่ในกิจกรรมการเรียนการสอน การให้คำปรึกษาโดยครูที่ปรึกษา เฝ้าระวังป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เข้าถึงบุหรี่โดยร้านค้าไม่ขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี

2.2 การป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ในชุมชน คือ การมีป้ายห้ามสูบที่ชัดเจนในที่สาธารณะ เกิดมาตรการและแผนดำเนินการพัฒนาในด้าน บ้านปลอดบุหรี่กำหนดให้ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ไม่สูบบุหรี่บริเวณที่ควันบุหรี่ลอยเข้าไปในบ้านได้ สมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่เข้ารับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ วัดปลอดบุหรี่ โดยวัดมีหนังสือแจ้งเพื่อดำเนินการเป็นเขตปลอดบุหรี่แก่เจ้าภาพงานบำเพ็ญกุศลในฐานะผู้ขอใช้สถานที่ และสนับสนุนพระภิกษุที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โรงเรียนปลอดบุหรี่ ดำเนินการตาม 7 มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ งานบุญและงานศพ ปลอดบุหรี่ร้านค้าต้นแบบ หากสมาชิกในชุมชนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่กล่าวมาของชุมชน ให้มีการว่ากล่าวตักเตือน โดยคณะกรรมการชุมชนด้วยถ้อยคำที่สุภาพ เป็นกัลยาณมิตรที่ดีต่อกัน

2.3 การช่วยบุคคลให้เลิกสูบบุหรี่ เกิด

รูปแบบการช่วยเหลือผู้ที่มีแบบสร้างแรงจูงใจเชิงรุกในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุข โดยมีกิจกรรมการประเมินตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี่ การสร้างแรงจูงใจ สะท้อนผลดี ผลเสีย และอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตามระยะการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ ให้การปรึกษา รายบุคคล ติดตามผลการเลิกบุหรี่โดยการโทรศัพท์ติดตาม และเยี่ยมติดตามผลที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำชุมชน (อสม.)

การติดตามผลหลังการพัฒนาชุมชนต้นแบบ ลดและเลิกบุหรี่ และมีระบบช่วยเหลือผู้ที่มีแรงจูงใจในชุมชน พบว่า

ในปี 2561 มีผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือผู้ที่มีจำนวน 28 คน ผลการช่วยเหลือผู้ที่มี ติดตามที่ 1 เดือน 28 คน เลิกสูบบุหรี่ 9 ราย (32.14%) ติดตามที่ 3 เดือน 25 คน เลิกสูบบุหรี่ 7 คน (28.0%) ติดตามที่ 6 เดือน 25 คน เลิกสูบบุหรี่ได้ 5 คน (20.0%) ติดตามที่ 9 เดือน 21 คน เลิกสูบบุหรี่ได้ 4 คน (19.05%) ติดตามที่ 1 ปี 21 คน เลิกสูบบุหรี่ 4 คน (19.05%)

ในปี 2562 มีผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือผู้ที่มีจำนวน 6 คน ผลการช่วยเหลือผู้ที่มี ติดตามที่ 1 เดือน 6 คน เลิกสูบบุหรี่ 4 คน (66.67%) ติดตามที่ 3 เดือน 6 คน เลิกสูบบุหรี่ 4 คน (66.67%) ติดตามที่ 6 เดือน 6 คน เลิกสูบบุหรี่ 3 คน (50.00%) ติดตามที่ 9 เดือน 6 คน เลิกสูบบุหรี่ 2 คน (33.33%) ติดตามที่ 12 เดือน 6 คน เลิกสูบบุหรี่ 1 คน (16.67%) และผู้สูบบุหรี่ เสียชีวิต 1 ราย ร้อยละ 4.76

โดยสรุป ในปี 2561-2562 มีผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือผู้ที่มีจำนวน 34 คน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 5 คน (14.71%) เลิกไม่ได้ จำนวน 29 คน (85.29%) ทั้งนี้ การติดตามผลการเลิกบุหรี่ทำได้ไม่ครบทุกคน เนื่องจากบางคนติดต่อไม่ได้ บ้างก็ย้ายไปทำงานต่างจังหวัด และเสียชีวิต 1 คน

3. ผลการประเมินผลของการพัฒนาชุมชนต้นแบบลด และเลิกบุหรี่

3.1 ผลการดำเนินงานการป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้เป็นคนสูบบุหรี่ ประกอบด้วยร้านค้าที่ขายบุหรี่ในชุมชนทั้งหมด 21 ร้าน พบว่าทุกร้านติดป้ายข้อความได้แก่ “ไม่ขายบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี” “ขอคุณที่ไม่ให้เด็กต่ำกว่า 20 ปี มาซื้อบุหรี่”

3.2 ผลการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน

3.2.1 ผลการดำเนินงานบ้านปลอดบุหรี่: บ้านที่สูบบุหรี่ในชุมชนตลาดแคน จำนวน 136 หลังคาเรือน ได้เข้าร่วมโครงการบ้านปลอดบุหรี่ จำนวน 77 หลังคาเรือน (ร้อยละ 56.62)

3.2.2 ผลการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่: มีต้นแบบโรงเรียนที่ดำเนินการตาม 7 มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 50.0) ของโรงเรียนทั้งหมดในชุมชนตลาดแคน

3.2.3 ผลการดำเนินงานสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่: ชุมชนมีสถานที่สาธารณะ 6 แห่ง ประกอบด้วยวัด จำนวน 1 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 1 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง ตลาด จำนวน 2 แห่ง สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน จำนวน 1 แห่ง ทุกสถานที่ได้รับการกำหนดมาตรการเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ ประกอบด้วยการติดป้ายสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ในชุมชน จำนวน 8 ป้าย สถานที่ติดตั้งป้าย คือ วัด โรงเรียน ตลาดนัด สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และป้ายมาตรการชุมชน จำนวน 3 ป้าย สถานที่ติดตั้งป้าย คือ ชุมชนตลาดแคน 1, 2 และ 3

3.2.4 ผลการดำเนินการงานบุญ งานศพปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มักมีทัศนคติที่นิยมการเล่นการพนัน สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานศพ แกนนำในชุมชนไม่กล้าที่จะดำเนินการ

ตามมาตรการของชุมชนประเด็นงานบุญ งานศพปลอดบุญหรือเมื่อเกิดแรงต้าน

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุญหรือ การนำเข้าสู่ข้อมูลชุมชนรับรู้ปัญหาการบุญหรือ ความไว้วางใจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยประสบการณ์ในมุมมองของตนเอง เกิดชุดข้อมูลที่น่าสนใจการพัฒนา ชุมชนมีศักยภาพในการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา ร่วมคิดหาแนวทางการแก้ไข รวมถึงการกำหนดมาตรการของชุมชนด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ในการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุญหรือ บ้านปลอดบุญหรือ วัดปลอดบุญหรือ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหามันหรือ ในชุมชนที่สำคัญคือการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอน (อรรถวรรณ สัมภวามานะ และคณะ, 2559) สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม ที่มีการสะท้อนให้ประชาชนร่วมรับรู้ปัญหาสุขภาพเปิดโอกาสให้เข้ามาร่วมคิดวิเคราะห์ตัดสินใจวางแผนและร่วมปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำเร็จที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพประชาชน (กาญจนา จันทรไทย และคณะ, 2557)

การช่วยบุคคลให้เลิกบุญหรือ พบว่า กลุ่มช่วยเลิกบุญหรือแบบสร้างแรงจูงใจเชิงรุกในชุมชนและการติดตามการเลิกบุญหรือที่บ้านของ อสม. เป็นปัจจัยช่วยให้สามารถเลิกบุญหรือได้ เพราะเข้าถึงบริการได้ง่าย และความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีระหว่าง อสม. และผู้บุญหรือทำให้เกิดความไว้วางใจพร้อม

ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุญหรือ สอดคล้องกับผู้เลิกบุญหรือสำเร็จ ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจ (นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, 2559) การให้สมาชิกครอบครัวกระตุ้นให้คำแนะนำทำให้ผู้บุญหรือตระหนักว่าการบุญหรือส่งผลกระทบต่อผู้อื่นจะมีผลต่อการเลิกบุญหรือได้ (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2556)

สำหรับการดำเนินการวิจัยที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์นั้น พบว่า การดำเนินการงานบุญงานศพปลอดบุญหรือ ประชาชนในชุมชนยังมีทัศนคติที่นิยมการเล่นการพนัน บุญหรือ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญงานศพ ส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน การทำความเข้าใจยังเข้าไม่ถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน สร้างแกนนำหลักให้สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรเพิ่มความสามารถการชวนคนเลิกบุญหรือ แก่อาสาสมัครในชุมชน
2. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำและประชาชนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา จันทรไทย. (บ.ก.). (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2564, 17 ตุลาคม). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพอันดับ 1 สาเหตุสำคัญจาก “บุญหรือ.” <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/165580/>

- ณรรต คุสกูลวัฒน์. (16-18 สิงหาคม 2560). แบบบันทึกประวัติเพื่อประเมินและติดตามผลการช่วยเหลือนุรุษในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Paper presentation), การประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice ตาม Service Plan สาขาพยาบาลโรค โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. สำราญ พูลทอง, กนิษฐา ป้องศิริ, ปัทมา ชวาลิสงค์, พวงเพชร สิงหาวาระ, กิตติยาภรณ์ จันทร์ชม, และ จริญญา โคตรชนะ. (2556). ประสบการณ์การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นในการลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพในแกนนำสุขภาพครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(3), 81-94.
- ธีรศักดิ์ พรหมพันธุ์ และ วิมลพรรณ กมลเพชร. (2556). การพัฒนารูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ โดยความร่วมมือของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา. (2559). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษาบ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา และ ปรีชา อุโยคิน. (2560). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษาบ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา*, 18(1), 39-53.
- ปรีชา อุโยคิน, นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, พิมพ์พร พิมพ์สุทธิ, และ ภัทรา เจริญลาภ. (2556). รูปแบบการควบคุมทางสังคม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชุมชน กับระบบการบริการสุขภาพของรัฐบาลชุมชน. [http://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/files/ART%2014/cat14%20\(4\).pdf](http://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/files/ART%2014/cat14%20(4).pdf)
- โรงพยาบาลมุกดาหาร หน่วยบริการปฐมภูมิ. (2561). รายงานการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. โรงพยาบาลมุกดาหาร.
- สมภาพ แสงจันทร์, พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา, นิยม บัวชุม, แอนนา บุญบุผา, อภิชาติ หงษ์วงษ์, และ แม่รี พลหาญ. (2556). หมู่บ้านต้นแบบ ลด และ เลิกบุหรี่ โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 7 ตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. [http://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/files/ART%2014/cat14%20\(5\).pdf](http://www.trc.or.th/trcresearch/pdf/files/ART%2014/cat14%20(5).pdf)
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และ สมจิต แดนสีแก้ว. (2559). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(4), 73-79.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. พิมพ์ดีการพิมพ์.
- อรรธรณ สัมภามานะ, ดวงเดือน อินทร์บำรุง, ดวงหทัย ศรีสุจริต, และ รัชฎาภรณ์ เทียงสุข. (2559). การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 65(1), 11-18.