

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์* ✉, ธนภัทร ศรีวะระมย์**

*คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

**คณะรัฐศาสตร์ สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

✉ demonzene@hotmail.com

บทคัดย่อ

การพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน เป็นการช่วยเหลือผู้ไม่สูบบุหรี่และลดความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน รวมทั้งยังเป็นการบริหารจัดการชุมชนในการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน และกำหนดขอบเขตการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอนตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR Spiral cycle และใช้ระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 45 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน และใช้สถิติเชิงอนุมานโดยวิธี Paired Samples T-test ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา แบบกลุ่มเดียว ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และวิเคราะห์ค่า IOC (Item Objective Congruence Index) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

ผลการวิจัย พบว่าหลังการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน ระดับความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตน ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน ดีกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$)

โดยสรุปผลการศึกษา สามารถทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการชุมชนในการควบคุมควันบุหรี่มือสอง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตั้งแต่การดำเนินการระดมความคิดเห็น และจัดทำแผนพัฒนาแบบการดำเนินงานควบคุมบุหรี่มือสองในชุมชน การสร้างข้อตกลงความร่วมมือ และการกำหนดข้อตกลงในการแก้ปัญหาที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยินยอม และการสร้างเครือข่ายในการควบคุมการละเมิดกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ รวมถึงการจัดเขตสูบบุหรี่นอกบ้าน กำหนดเขตสูบบุหรี่ในชุมชนอย่างชัดเจน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้เกิดชุมชนปลอดควันบุหรี่มือสองโดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม, การจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพ, ควันบุหรี่มือสอง, การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

Article info:

Received: Apr 8, 2020

Revised: Oct 15, 2020

Accepted: Oct 15, 2020

Original article

The development model of participative health promoting for health impact management at health risks from secondhand smoke in community Kanthararom District, Sisaket Province

Tanaprat Thuksin* ✉, Tanapat Sriwarom**

*Community Health, Sisaket Rajabhat University

**Local Politics and Governments, Chalermkarnchana University

✉ demonzene@hotmail.com

Abstract

These development model of participative health promoting for health impact management at health risks from secondhand smoke in community. Enhancing smoking-free community by participatory in community to investigate solution and development a form of policy guideline and strategic action plan to promotion health and protection health for helping non smoker and reduced health risks from secondhand smoke in community and development smoking-free community by participatory. This Action Research was aimed to study model development model of participative health promoting for health impact management at health risks from secondhand smoke in community. The Scope of study consisted 3 phase and using action PAOR Spiral cycle in 6 weeks. The subject of the study is consisted of 45 persons and obtained using the purposive sampling technique. The research tools used a questionnaire and obtained using a structured interview questions by Action planning Method. The collected data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired samples T-test and using a content Analysis from an interview.

The research revealed that findings after development model of participative health promoting for health impact management at health risks from secondhand smoke in community in terms of knowledge, attitude, behavior, satisfaction and participation were statistically significant at $p < 0.05$.

In conclusion, the development model of participative health promoting for health impact management at health risks from secondhand smoke in community. Showed the succeeded factors and reduction of health risks from secondhand smoke in community by strategic action plan and a policy guideline from implementation and Participation by stakeholder. The research also showed improvement of knowledge, attitude, behavior, satisfaction and participation after participative management in smoking-free community policy campaign. The samples are already on the responded positively to of State Laws enforcement the Non-Smokers' Health Protection Act, B.E. 2535. However, Finally success factors are from participation actually in solutions to awareness health risks from secondhand smoke and set barrier between a smoker and non smoker by smoking areas.

Keywords: Health promoting by participation, health impact management, secondhand smoke, non-smokers' health protection

บทนำ

การสูบบุหรี่นั้นไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อผู้ที่อยู่บริเวณใกล้เคียงอีกด้วย ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพและก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ จำนวนถึง 25 โรค ในจำนวนนี้ก่อให้เกิดโรคมะเร็งตามส่วนต่างๆ กว่า 10 ชนิด (World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. 1998) ซึ่งในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารพิษกว่า 4,000 ชนิด และปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง ซึ่งควันบุหรี่มือสองเกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เกิดการเผาไหม้ออกมาจากปลายมวนระหว่างการสูบและรวมถึงควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นหายใจออกจากการสูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่มีระดับปลอดภัยในการสัมผัสเมื่อผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งก่อให้เกิดทั้งผลระยะสั้นและระยะยาวต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการระคายเคืองจมูก ตา คอ ไอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ และอาจมีผลต่อโรคประจำตัวของผู้สัมผัสควันบุหรี่ เช่น หอบหืด ภูมิแพ้ ปลอดภัยเรื้อรัง ในส่วนผลกระทบระยะยาวพบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองระยะยาวปริมาณพอสมควรสามารถก่อให้เกิดมะเร็งต่างๆ ได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ (U.S. Environmental Protection Agency, 1992) การรณรงค์ควบคุมการไม่สูบบุหรี่ภายในประเทศไทย โดยรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ช่วยลดจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ได้ในระดับหนึ่ง แต่ที่สำคัญคือ คนไทยจะต้องร่วมกันสร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งหามาตรการคุ้มครองผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ให้ไม่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) จากการสำรวจข้อมูลจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่ จำนวน 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ซึ่งผู้สูบบุหรี่ต่อรายมีปริมาณการสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2559) นอกจากนี้รัฐบาลยังให้ความสำคัญด้วยการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558 - 2562 ขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางและมาตรการการดำเนินการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ และในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 คือการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง

พัฒนาและเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับกฎหมาย และมีการจัดการที่ดีในชุมชน (ทัศนีย์ ผลชานิก, 2558) ซึ่งปัจจัยด้านสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ทั้งการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งพบว่าหากครอบครัวมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ก็จะมีพฤติกรรมร่วมที่ส่งผลจากการเลี้ยงดู ลักษณะครอบครัวและวัฒนธรรม กัลยาวีร์ อนนทจักรย์ และคณะ. (2561).

การแก้ไขกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติตามมาตรา 8 การป้องกันบุคคลจากควันยาสูบ (guideline for implementation of article 8: protection from exposure to tobacco smoke) โดยในปี 2553 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าว เป็นเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2555) ซึ่งพัฒนาการในการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมบุหรี่ในปัจจุบันได้มีความพยายามมาอย่างต่อเนื่อง และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมในเรื่อง ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งปัญหาการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและเหมาะสม (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2556) ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดศรีสะเกษ จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2554 ร้อยละ 24.98 และในปี 2560 ร้อยละ 18.92 และเป็นอันดับที่ 45 ของประเทศที่มีประชากรสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป และพบว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองภายในบ้าน ร้อยละ 38.73 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560) และสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อเปรียบเทียบ ปี 2554 - 2560 พบว่ามีอัตราการลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายประเทศ ซึ่งในปี 2562 มีเป้าหมายกำหนดไม่

เกินร้อยละ 16.70 และมีอัตราการติดบุหรี่ในอำเภอกันทรารมย์ ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปอยู่ ในปี 2561 เท่ากับ 3,800 คน คิดเป็นร้อยละ 3.81 และพบว่าอัตราการป่วยระบบทางเดินหายใจ ในปี 2557-2560 เป็นอันดับ 1 ของรายงานสาเหตุการป่วย (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชนและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน ในการควบคุมการสูบบุหรี่ตามกฎหมายและการควบคุมควันบุหรี่มือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ บทบาทครอบครัวและชุมชนในเชิงบทบาททางสังคมกับการควบคุมบุหรี่และการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาควันบุหรี่มือสองในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการการรณรงค์และควบคุมควันบุหรี่มือสองในชุมชน เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนชุมชนและเกิดมาตรการการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน และเพื่อพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการควบคุมควันบุหรี่มือสองในท้องถิ่นหรือพื้นที่แห่งอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน โดยมีระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและกำหนดขอบเขตการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอนตามวงรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR Spiral cycle โดยมีระยะเวลาในการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 12 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปข้อมูลผลการวิจัยในการวิจัยระยะเวลา 6 สัปดาห์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบศึกษากลุ่มเดียว

วัดก่อนการพัฒนาและวัดหลังการพัฒนา (The One Group Pre-test – Post-test Design) (ธวัชชัย วรพงศธร. 2543; อ้างอิงใน อองอาจ นัยพัฒน์ 2548)

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบในการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นการวัดก่อนการศึกษา และแบ่งขั้นตอนวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ (Pre-Research)

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่

1. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม
2. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษาสภาพปัญหา

ระยะที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในชุมชน

1. ความรู้ในการทำงานชุมชน โดยเฉพาะข้อมูลชุมชนทั้งข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. ความรู้การวิจัยเชิงคุณภาพ
3. การประเมินหลังการทำงาน (After Action Reviews)

โดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานและหลังจากการสำรวจ

ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยวิธีการแก้ปัญหาORID Method วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และวิธีการวางแผนการปฏิบัติการ (Action Planning Method)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) โดยการประชาคมเวทีชุมชน การมีส่วนร่วมตามกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ปฏิบัติ (Observation) โดยการนิเทศ การรายงานผล การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยนำเสนอผล ประชุมสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน

ระยะหลังดำเนินการวิจัย (Post-Research) โดยนำข้อมูลที่ได้มาสรุปทบทวนผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดการรวบรวมข้อมูลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองการวิจัย 12 สัปดาห์ การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปใน ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอที่ได้จากการศึกษา ระยะเวลาดำเนินการสรุปการ วิจัย 4 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ใน ส่วนข้อมูลเชิง ปริมาณเป็นแบบสอบถาม จำนวน 89 ข้อ ดังนี้ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และสภาพปัญหาในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 21 ข้อ แบบวัดความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม จำนวน 39 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ จำนวน 29 ค่า ความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และวิเคราะห์ค่า IOC (Item Objective Congruence Index) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96 การ รับรองจริยธรรมการในคน ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรม การในคนจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะศิลปศาสตร์และ วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 8/2562

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อ สุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

1. จังหวัดศรีสะเกษ มีอำเภออยู่ภายใต้เขตการ ปกครอง จำนวน 22 อำเภอ ซึ่งปัจจุบันจากข้อมูลสถิติการสูบ บุหรี่ในจังหวัดศรีสะเกษ จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงาน สถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในจังหวัด ศรีสะเกษ ในปี 2554 ร้อยละ 24.98 และในปี 2560 ร้อยละ 18.92 และเป็นอันดับที่ 45 ของประเทศที่มีประชากรสูบบุหรี่ ตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป และพบว่ามี การได้รับควันบุหรี่มือสอง ภายในบ้าน ร้อยละ 38.73 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อ

การควบคุมยาสูบ. 2560) และสถานการณ์การสูบบุหรี่ใน จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อเปรียบเทียบ ปี 2554 – 2560 พบว่ามี อัตราลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายประเทศ ซึ่งในปี 2562 มีเป้าหมายกำหนดไม่เกินร้อยละ 16.70 และมีอัตราการ ติดบุหรี่ในอำเภอกันทรารมย์ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปอยู่ ในปี 2561 เท่ากับ 3,800 คน คิดเป็นร้อยละ 3.81 และพบว่า อัตราการป่วยระบบทางเดินหายใจ ในปี 2557-2560 เป็นอันดับ 1 ของรายงานสาเหตุการป่วย (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ, 2561) และมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ใหม่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปลักษณะประชากรของ กลุ่มทดลอง ทั้งหมดจำนวน 45 คน พบว่า ข้อมูลทั่วไปของ ประชากรที่ศึกษาผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ ศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 28 คน (ร้อย ละ 62.2) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี (ร้อยละ 57.8) รองลงมาคืออายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 20.0) ระดับ การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช 18 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. 14 คน (ร้อยละ 31.1) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 29 คน (ร้อยละ 64.4) รองลงมา คือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 9 คน (ร้อยละ 20.0) มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 24.4) สถานภาพสมรส จำนวน 40 คน (ร้อยละ 88.9) รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 11.1) และสถานภาพทางตำแหน่งใน ชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของการบริหารจัดการชุมชนส่วนใหญ่ เป็นตัวแทนจากชุมชน 18 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ ตัวแทน อสม. 21 คน (ร้อยละ 46.7) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาในการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 45 คน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และสูบบุหรี่จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่าไม่มีสมาชิกที่สูบ บุหรี่ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีสมาชิกในครอบครัวที่ สูบบุหรี่ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 สมาชิกในครอบครัวที่

สูบบุหรี่ โดยพบว่ามากที่สุดคือ พ่อ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 รองลงมา คือ พี่ชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 และน้อยที่สุด คือ บุตรสาว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ ในชุมชนมีการจัดเขตสูบบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่พบว่า ไม่มี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 ไม่แน่ใจ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ มีเยาวชนในชุมชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สูบบุหรี่ พบว่า มี 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่มี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ในชุมชนมีการจำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี พบว่า ใช่ 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 ไม่ใช่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 บุหรี่สามารถเลิกได้ และมีวิธีการรักษาผู้ติดบุหรี่ พบว่ามากที่สุด คือ ไม่แน่ใจ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ใช่ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40 และไม่ใช่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 ตามลำดับ ควันบุรีมือสอง สามารถทำร้ายผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในชุมชนได้ พบว่า ทราบ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 และไม่ทราบ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ควันบุรีมือสองเป็นมลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อม ในชุมชน พบว่า ไม่ทราบ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และไม่ทราบ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 สถานที่สาธารณะในชุมชนเป็นเขตกำหนดให้ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และทราบ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ปัจจุบันมีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในชุมชน พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และทราบ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะมีโทษทั้งจำและปรับพบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 51.10 ไม่ทราบ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 และทราบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 ตามลำดับ การป้องกันควบคุมควันบุรีมือสองสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ เป็นประโยชน์ต่อชุมชน พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.40 ไม่ใช่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และใช่ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ตามลำดับ ในชุมชนมีมาตรการควบคุมควันบุรีมือสอง พบว่า ไม่แน่ใจ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ไม่มี จำนวน 14

คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 และมี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ตามลำดับ

4. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุรีมือสองในชุมชน กรณีศึกษา : อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้พบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุรีมือสองในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 12.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.922 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 17.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.486 มีค่า t เท่ากับ 28.696 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านทัศนคติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุรีมือสองในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 22.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.952 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยทัศนคติ เท่ากับ ร้อยละ 29.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.860 มีค่า t เท่ากับ 33.920 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยในด้านทัศนคติหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านการปฏิบัติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุรีมือสองในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 42.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.615 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ ร้อยละ 49.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.139 มีค่า t เท่ากับ 21.156 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายใน

กลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยในด้านการปฏิบัติหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

5. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 64.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.641 และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม เท่ากับ ร้อยละ 73.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.848 มีค่า t เท่ากับ 22.484 และค่า p -value เท่ากับ 0.001 ภายในในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยในด้านการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ด้านความพึงพอใจพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 60.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.657 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 68.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.053 มีค่า t เท่ากับ 21.158 และค่า p -value เท่ากับ 0.001 ภายในในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยในด้านความพึงพอใจหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน จากข้อคำถามการสัมภาษณ์จำนวน 8 ข้อ จะวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูลจัดกลุ่มของข้อมูลเชิงคำพูด หรือพฤติกรรม เพื่อจัดกลุ่ม แยกแยะ แจกแจงเนื้อหาของปัญหา และสถานการณ์การสูบบุหรี่ในชุมชนในแต่ละข้อคำถาม สามารถสรุปปัญหาออกเป็น 3 ด้าน

คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้าน สังคม สิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านกฎหมาย ดังต่อไปนี้

6.1 ปัญหาด้านสุขภาพ จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัญหาและผลกระทบต่อคนที่ไม่สูบบุหรี่ และปัญหาและผลกระทบต่อคนที่สูบบุหรี่ ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ปัญหาและผลกระทบต่อคนที่ไม่สูบบุหรี่จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่าจากการที่ได้รับควันบุหรี่จากที่ผู้อื่นสูบทั้งในสถานที่สาธารณะ และในบ้านของตนเอง ก่อให้เกิดผล กระทบ ได้แก่ มีความเดือดร้อน เหม็นควันบุหรี่ เกิดความรำคาญ แพ้ควันบุหรี่ มีอาการใจสั่น มีการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง เกิดอาการไอ เป็นหลอดลมอักเสบ เป็นหอบหืด และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคนรอบข้าง

2) ส่วนที่ 2 ปัญหาและผลกระทบต่อคนที่สูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จำนวน 2 คน พบว่าปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่คือ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จะมีอาการเสมหะมากในตอนเช้า ปากมีกลิ่น จะมีกลิ่นตัวมากกว่าปกติ ฟันเป็นคราบ และนิ้วมือและเล็บเหลือง และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ยังบอกว่าสุขภาพไม่ค่อยดี ผิวพรรณเหี่ยวไวกว่าปกติ ส่วนผลที่ได้รับจากการสูบบุหรี่นั้นคือ เป็นหอบหายใจมากกว่าปกติ เหนื่อยง่าย

6.2 ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1) ระดับครอบครัว มีความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวต้องเสียเงินเสียทองจากการที่ซื้อบุหรี่มาสูบ เนื่องจากบุหรี่ค่อนข้างมีราคาแพง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ในหมู่บ้านครอบครัวไหนที่พ่อบ้านสูบบุหรี่ แม่บ้านและคนในครอบครัวจะบ่นว่ารำคาญกลิ่นควันบุหรี่ที่ได้รับ มีความรู้สึกไม่ชอบที่พ่อบ้านหรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ และต้องการให้พ่อบ้าน และคนในครอบครัวเลิกสูบ แต่ก็ไม่ยอมเลิก ส่วนครอบครัวที่มีเด็ก ลูกหลานที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่มักจะลักขโมยเงินของพ่อแม่ไปซื้อบุหรี่มาสูบ

2) ระดับชุมชน มีความเห็นว่าเด็กและเยาวชน ลูกหลานในหมู่บ้านมักจะมีการจับกลุ่มสูบบุหรี่กันมากขึ้น เนื่องจากมีการเลียนแบบผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ในชุมชน เช่น พ่อ แม่ พี่ชาย ลุง ญาติ และคนในชุมชนที่ใกล้ชิดสูบบุหรี่ให้เด็กเห็น

และร้านค้าในชุมชนก็มีการขายบุหรี่ให้กับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีการจับกลุ่มกันสูบบุหรี่ในชุมชน เมื่อมีเทศกาลหรืองานประเพณี บุญต่างๆ ในชุมชน มักจะเจอทั้งเด็ก และผู้ใหญ่ มีการสูบบุหรี่โดยที่ไม่เกรงใจคนที่อยู่รอบข้าง แม้กระทั่งในโรงเรียนก็มี จึงทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้เคียงได้รับผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่จากคนที่สูบ ซึ่งเป็นปัญหาชุมชนที่แก้ได้ยาก เป็นเพราะว่าคนที่สูบบุหรี่คิดว่าโทษจากการสูบบุหรี่ก็มีผลแค่กับตัวเอง แต่ไม่ได้คิดถึงคนรอบตัวที่ได้รับกลิ่นควันบุหรี่เข้าไปว่าจะได้รับผลกระทบเพียงใด

6.3 ปัญหาด้านกฎหมาย

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า ในหมู่บ้าน ชุมชนของตนเองนั้นมีปัญหาเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ ประชาชนในหมู่บ้านยังมีการฝ่าฝืนกฎหมายหมายทั้งที่ไม่เจตนา คือ ไม่รู้กฎหมาย ไม่เข้าใจกฎหมาย หรือบางคนอาจรู้กฎหมายแต่ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และการกระทำผิดโดยเจตนาทั้งที่ทราบกฎหมายเป็นอย่างดี ซึ่งยังมีการละเมิด พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ซื้อหรือผู้รับที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งปัญหาในชุมชนก็พบเห็นร้านค้า หรือบุคคลในชุมชน ที่จำหน่าย หรือให้บุหรี่แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และอีกปัญหาหนึ่งคือมีการละเมิดสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของชุมชน ผู้ที่สูบบุหรี่นั้นสูบแล้วทำให้ผู้คนที่อยู่รอบข้างได้รับผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ก่อความรำคาญแก่ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ และยังมีการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบแม้จะมีสัญลักษณ์ว่าห้ามสูบบุหรี่ก็ตาม เช่น ในโรงเรียน สถานที่ราชการต่างๆ ร้านอาหารในชุมชนที่ติดป้ายห้ามสูบก็ยังมีคนยื่นสูบไม่ได้คำนึงถึงข้อกฎหมาย ยิ่งในเขตชุมชนหรือสถานที่ที่มีคนเยอะผู้ที่สูบบุหรี่ก็ไม่ได้เกรงใจ หรือเลียงออกไปสูบบุหรี่ข้างนอก จึงทำให้ผู้ที่ไม่ได้สูบได้รับผลกระทบร่วมไป

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหาร

จัดการแก้ไขปัญหาและความตกลงร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ก่อให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการแก้ไขปัญหาควันบุหรี่มือสองในชุมชน การสร้างกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมและการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่สร้างขึ้น และก่อให้เกิดความพึงพอใจการแก้ไขปัญหาและปัจจัยความสำเร็จสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเป็นการสร้างเครือข่ายในการพัฒนาการควบคุมบุหรี่มือสองในชุมชน ซึ่งก่อนเดิมที่มีการวิจัยทางสำนักงานสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ปัญหาและผลกระทบของการสูบบุหรี่อยู่แล้ว และพบว่าโดยรวมในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ประชาชนมีระดับความรู้ปานกลางในก่อนการดำเนินแก้ไขปัญหามือสองและจากการศึกษาพบว่าเกิดการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าว่ามีผลก่อนและหลังการทดลองอย่างไรบ้าง ซึ่งมีรายละเอียดและความสอดคล้องของงานวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 45 คน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และมีผู้สูบบุหรี่จำนวนน้อยกว่า ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ที่ก่อความรำคาญและก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง และภายในชุมชนของไม่มีการจัดเขตสูบบุหรี่และห้ามสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจว่าพื้นที่สาธารณะ หรือพื้นที่นั้นสามารถสูบบุหรี่ได้หรือไม่ และปัญหาในชุมชนปัจจุบันมีเยาวชนในชุมชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 93.30 ซึ่งทำให้ทราบว่าในพื้นที่ชุมชนยัง

ขาดการจัดการและมีการละเมิดการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เศรษฐ รัชดาพรธนาธิกุล (2556) พบว่าประชาชน มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 62.50 มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และที่ทราบว่าเป็นสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่มีเพียงร้อยละ 43.75 สำหรับปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่ายังไม่เคยเห็นมีใครถูกจับหรือถูกปรับเลย ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง มีการกวาดล้างและเข้มงวดโดยเฉพาะสถานที่สาธารณะ ดังนั้นการแก้ปัญหาในการจัดการปัญหาการละเมิดพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ดังนั้นควรจะต้องมีการกำหนดหรือมีป้ายกำกับที่ชัดเจนให้มากขึ้น ซึ่งคนในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า ควันบุหรี่ยี่มือสองเป็นมลพิษทางอากาศ และสิ่งแวดล้อม และประชาชนในชุมชนยังขาดเข้าใจในข้อบังคับ เรื่อง สถานที่สาธารณะเป็นเขตกำหนดให้ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และไม่แน่ใจว่ามีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในชุมชน รวมถึงมาตรการควบคุมควันบุหรี่ยี่มือสอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสนอง คล้าฉิม (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่ยี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับอันตรายจากควันบุหรี่ยี่มือสองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากควันบุหรี่ยี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากควันบุหรี่ยี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่ยี่มือสอง อยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่ยี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่ยี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันหลีกเลี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ซึ่งบริบทชุมชนในการศึกษาครั้งนี้อาจมีความแตกต่างกัน และทัศนคติต่อควันบุหรี่ยี่มือสองมีความแตกต่างกัน และคนในชุมชนส่วนใหญ่มักจะหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ยี่มือสองและ

เพิกเฉยกับการละเมิดสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการสอดแทรกความรู้ และการรับรู้ในประเด็นปัญหาการตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากควันบุหรี่ยี่มือสองเพื่อให้เกิดความตระหนัก และแก้ไขปัญหาควันบุหรี่ยี่มือสองในชุมชนหลังจากการพัฒนาตามรูปแบบการวิจัย และพบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัย เศรษฐ รัชดาพรธนาธิกุล (2556) พบว่าประชาชน มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 62.50 มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และที่ทราบว่าเป็นสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่มีเพียงร้อยละ 43.75 สำหรับปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่ายังไม่เคยเห็นมีใครถูกจับหรือถูกปรับเลย ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง มีการกวาดล้างและเข้มงวดโดยเฉพาะสถานที่สาธารณะ มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 77.14 มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จะทราบว่า สถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ ถึงร้อยละ 91.43 โดยทราบจากป้ายโฆษณา/ป้ายประกาศมากที่สุด ร้อยละ 81.25 สำหรับปัญหาผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า ไม่เห็นมีการบังคับใช้กฎหมาย และควรมีการจับ ปรับอย่างจริงจังและเจ้าพนักงานผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ซึ่งพบว่าในก่อนการพัฒนาประชาชนในชุมชนยังขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 แต่มีความสอดคล้องในส่วนปัญหาผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า ไม่เห็นมีการบังคับใช้กฎหมาย และควรมีการจับ ปรับอย่างจริงจังและเจ้าพนักงานผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ มีการรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้พบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่ยี่มือสองในชุมชน

มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 12.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.922 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 17.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.486 มีค่า t เท่ากับ 28.696 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ด้านทัศนคติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 22.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.952 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนทัศนคติ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 29.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.860 มีค่า t เท่ากับ 33.920 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ด้านการปฏิบัติพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 42.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.615 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนการปฏิบัติ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 49.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.139 มีค่า t เท่ากับ 21.156 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการพัฒนาและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติศักดิ์ เหมอินหนู (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดพัทลุงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คนเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 52 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 58 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิด

จากการสูบบุหรี่ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปกลุ่มทดลองมีผู้นำชุมชนที่สามารถเลิกสูบบุหรี่และลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้สุศึกษาสามารถก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของงามนิตย์ ราชกิจและเรือนทอง ใหม่ศรีรินทร์ (2547) ได้ศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่ ในวัดโรงเรียน ชุมชนในจังหวัดเชียงราย ที่มีพื้นที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยสร้างรูปแบบให้ชาวบ้านมีโอกาสรับรู้ และเปลี่ยนแปลงประสพการณ์ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ มีกลุ่มเครือข่ายลด ละ เลิก บุหรี่ในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมและเอื้อต่อการลด ละ เลิกบุหรี่ ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลง มีการจัดอันดับชุมชน ที่เป็นต้นแบบตัวอย่างและใช้หลักเกณฑ์ ในการตัดสินใจได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนผู้สูบบุหรี่ วิธีการ และความต่อเนื่องในการดำเนินงาน บทเรียนจากการดำเนินงาน พบว่า การให้ความรู้หรือการสร้างกฎระเบียบต่างๆ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ส่วนความตระหนัก การเรียนรู้ การสร้างปัจจัยเงื่อนไขในครอบครัว การให้กำลังใจ การใช้ทุนเดิมของชุมชน เช่น ความศรัทธาในศาสนา พิธีกรรมต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ กระบวนการมีส่วนร่วมในการลด ละ เลิก บุหรี่ ในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมมีผลต่อการควบคุมการสูบบุหรี่ ในวัดโรงเรียน ชุมชน รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม และการจัดตั้งเครือข่ายในการลด ละ เลิก บุหรี่ในชุมชน ก่อให้เกิดข้อตกลงร่วมกันในชุมชนในการจัดการปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชนและสอดคล้องกับงานวิจัยของสนอง คล้าฉิม (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับอันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือ

สอง อยู่ในระดับดี และระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความ สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน หลีกเลี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของอังคณา วนาอุปถัมภ์กุล (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 52.7 มากกว่านั้นพบว่า ภายหลังการทดลองไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอันตรายจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคม แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จและกลุ่มที่เลิกไม่ได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ หน่วยงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ควรมีกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่รวมอยู่ในการให้บริการและส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งกระบวนการวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีที่สอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัยในประเด็นของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และผลการศึกษาพบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของธนะวัฒน์ ทักษิณทร์ (2553) พบว่าผู้ใช้บริการสถานีนสงจังหวัดมหาสารคาม ระดับความรู้เกี่ยวกับ

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ใช้บริการสถานีนสงจังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 73.9 ระดับทัศนคติต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ใช้บริการสถานีนสงจังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 76.6 ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 71.8 แต่ยังมีผู้ใช้บริการสถานีนสงจังหวัดมหาสารคามถึง ร้อยละ 38 ที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลางถึง ร้อยละ 38.8 โดยจากการตอบแบบสัมภาษณ์ในข้อคำถามที่ว่า เมื่อพบเห็นบุคคลสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ท่านจะชี้แจงให้บุคคลนั้นทราบว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่มี ร้อยละ 29.8 ไม่เคยปฏิบัติ และร้อยละ 53.2 ปฏิบัติบางครั้ง และข้อคำถามท่านเคยนำสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่มาติดในสถานที่ทำงานหรือที่พักของท่านหรือไม่ ร้อยละ 33.0 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 31.9 ปฏิบัติบางครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้มาใช้บริการสถานีนสงจังหวัดมหาสารคามของผู้นั้นจึงเห็นได้ว่าผู้ใช้บริการสถานีนสงมีความรู้ในระดับสูงทัศนคติระดับดี แต่ยังมีผู้ใช้บริการสถานีนสงบางส่วนความรู้ยังไม่สอดคล้องกับทัศนคติและการปฏิบัติเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้มาใช้บริการสถานีนสงจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีและมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของมณฑา เก่งการพานิช และคณะ (2555) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบสถานที่ปลอดบุหรี่ เพื่อเป็นฐานความรู้ในการดำเนินงานสถานที่ หน่วยงานปลอดบุหรี่ จากข้อเสนอแนะพบว่าควรเร่งดำเนินการให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง และควรเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติ รวมถึงนโยบายและมาตรการในการควบคุมบุหรี่เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในทุกฝ่าย ให้เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ในการดำเนินการสถานที่ปลอดบุหรี่ โดยสนับสนุนให้หน่วยงาน องค์กรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะของการสรุปหรือถอดบทเรียน การสังเคราะห์และการจัดการองค์ความรู้เรื่องการดำเนินงานสถานที่ปลอดบุหรี่ เพื่อผลักดันเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : อำเภอกันทรารมย์จังหวัดศรีสะเกษ ด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ พบว่าภายในก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาในด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน กรณีศึกษา : อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในก่อนการพัฒนาตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 64.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนการมีส่วนร่วม เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 73.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.848 มีค่า t เท่ากับ 22.484 และค่า p -value เท่ากับ 0.001 ภายในในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ด้านความพึงพอใจพบว่าภายในก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในก่อนการพัฒนา ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 60.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.657 และภายในกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 68.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.053 มีค่า t เท่ากับ 21.158 และค่า p -value เท่ากับ 0.001 ภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่าก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความพึงพอใจหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิต แคนส์แก้ว และคณะ (2548) ได้ศึกษาการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่สังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของ ROAD model ด้วยการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ สร้างอาสาสมัคร ผสานกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับวิทยาการสมัยใหม่รับรู้ร่วมกัน (Reflection) ขยายเครือข่ายอาสาสมัคร

กลุ่มผู้ดูแลครอบครัวชุมชน (Operation) เสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมระดับบุคคลและกลุ่ม (Appreciation) ขยายกิจกรรมนำไปสู่การปฏิบัติในเครือข่ายด้วยความเข้าใจ (Direction) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สะท้อนคิด การปฏิบัติ การสร้างความประทับใจ และการออกแบบการปฏิบัติเพื่อการขยายผลในการกระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนเพื่อร่วมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในสังคม ทำให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้กระตุ้นให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมร่วมดำเนินการวางแผนกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดการแก้ปัญหาในชุมชน ก่อให้เกิดการระดมทุนทางสังคมในการร่วมกันแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเข้มแข็งในทุกส่วนของชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ภาณิตรีตน์ (2550) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีเป้าหมายในการปรับปรุงสถานการณ์ที่กำลังมีปัญหาซึ่งเกิดจากการร่วมมือระหว่างนักวิจัยและสมาชิกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องกับผู้เรียนนั้นๆ มาร่วมดำเนินการในการ 1) ระบุปัญหา (Identify problems) 2) วางแผน (Planning) 3) ลงมือปฏิบัติ (Action) 4) ประเมินผล (Evaluation) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ในเยาวชนไทยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งเยาวชน ครู และพ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเยาวชน จากผลการศึกษาจึงสะท้อนให้เห็นว่าการปกป้องเยาวชนไทยจากพิษภัยบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการในการสร้างความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ระดับเข้มข้นจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจังซึ่งต้องเกิดจากความร่วมมือกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องกลวิธีที่ใช้มีความหลากหลายและใช้อุปกรณ์ที่สามารถสื่อได้ทั้งข้อความ และกระทบต่อความรู้สึกและสอดคล้องกับธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ความรู้ ทักษะต่างๆ อาทิ เช่นทักษะการแก้ปัญหา การควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เป็นต้น ควรได้รับการพัฒนา และเพื่อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติจริงควรมีการนำความรู้และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนนโยบายต่างๆ ควรมีการดำเนินการประกาศอย่างชัดเจน และมีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องขั้นนี้แล้วนำเอาส่วนของกระบวนการคิด แนวคิด หลักการ และขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการผลกระทบที่พบว่า ปัญหาสำคัญคือ การบังคับใช้กฎหมาย และความรู้ความเข้าใจกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ยังไม่มีการกีดกันสิทธิของตนเอง และเคารพสิทธิของผู้อื่น ดังนั้น การสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างมาตรการทางสังคมในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมในการเข้ามาแก้ปัญหาการได้รับควันบุหรี่มือสอง และปัญหาการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ไม่สูบบุหรี่

1.2 ในการแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน จะต้องเริ่มจากการสร้างแกนนำเครือข่าย ข้อตกลงและสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา และสร้างข้อตกลงในการกำหนดเขตสูบบุหรี่และเขตห้ามสูบบุหรี่ โดยยึดตามข้อบังคับกฎหมาย และจากความรู้ความเข้าใจของบุคคลในชุมชนร่วมกัน

1.3 ปัญหาหลักของการพัฒนาคือการขาดความรู้ ทักษะ และปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการแก้ไขปัญหา และความรู้ด้านพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐไม่ได้มีการให้องค์ความรู้และความรอบรู้ในประเด็นด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และควันบุหรี่มือสอง เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ีผลบังคับ

ใช้ที่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการละเมิดกฎหมายจากการไม่รู้และไม่เข้าใจว่าผิดกฎหมายและละเมิดสิทธิผู้อื่น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการเสริมสร้างความเข้าใจ พัฒนาการองค์ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ตามกฎหมาย รวมถึงสร้างความร่วมมือในชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งและสามารถสร้างจิตสำนึกว่าหากไม่สามารถใช้กฎหมายควบคุมได้แต่ต้องมีจิตสำนึกในการอยู่ร่วมกันในสังคมและไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่นจากการสูบบุหรี่

1.4 ในการแก้ปัญหาการจัดการผลกระทบที่เป็นภัยต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองในชุมชน สามารถเริ่มได้ด้วยการกำหนดพื้นที่สาธารณะ จุดสูบบุหรี่และเขตห้ามสูบบุหรี่ โดยการติดป้ายเตือนให้ชัดเจนและการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบร่วมกัน และสร้างเข้าใจในข้อบังคับกฎหมาย โดยการมีเครือข่ายในชุมชนที่คอยแนะนำและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน และความเข้มแข็งของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.เชี่ยวชาญ แสงทอง คณบดี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ที่พิจารณาอนุมัติทุนวิจัยในครั้งนี้ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือให้คำปรึกษาคำแนะนำแก้ไขปรับปรุง และให้คำปรึกษาจนวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัย ทั้งผู้ที่ยังไม่เอ่ยนามที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาวิทย์ อนนทจรรย์ และคณะ. (2561). การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**. 7(1): 15-21.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งามนิตย์ ราชกิจ และเรื่อนทอง ใหม่ศรีนทร์. (2547). การขยายผลการพัฒนาระบบสร้างเสริมความ ปอดภัยรรับส่งนักเรียนในเขตชนบท **จังหวัดเชียงราย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล และกฤษฎา แสงเจริญทรัพย์. (2556). **สาระสำคัญและข้อสังเกตบางประการ ตาม พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 2)**. **วารสารกระบวนการ ยุติธรรม สำนักงานกิจการยุติธรรม**. 8, 1-12.
- ทัศนีย์ ผลชานิก. (2558). **แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2558-2562**. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์.
- ธนาภัทร ศรีวะระมย์. (2561). การพัฒนาบทบาทสตรีในการเสริมสร้างชุมชนปลอดบุหรี่ ผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา: ตำบลป่าฝาง อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**. 7(2), 85-94
- ธนะพัฒน์ ทักษินทร์. (2553). **ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้นำใช้บริการสถานีขนส่งจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**.
- ธวัชชัย วรพศธร. (2543). **หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2550). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักในพิษภัยบุหรี่สำหรับเยาวชนไทย. **วารสารพยาบาล**. 56, 49-61.
- ไพศาล ลิ้มสถิต. (2556). **การศึกษาความสำคัญของ WHO FCTC มาตรา 5.3 ต่อการควบคุมยาสูบของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา เก่งการพานิช, ศรีธัญญา เบญจกุล, ธราดล เก่งการพานิช, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และภิกฤติ ภาวนานนท์. (2555). **พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ผิดกฎหมายของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในภาคใต้ของไทย**. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2555). **สรุปสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีมงคลการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2559). **สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประเทศไทย พ.ศ. 2559**. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีมงคลการพิมพ์.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2560). **สายด่วนเลิกสูบบุหรี่**. Retrieved June 6, 2019, from <http://www.trc.or.th/th/index.php?option=comcontent&view=article&id=415&Itemid=1139>.
- สนอง คล้าฉิม. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรม สุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สมจิต แคนสีแก้ว, สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, เอื้อมพร ทองกระจาย และพีระศักดิ์ ศรีฤชา (2548). การขับเค็ลื่นชุมชนเพื่อต่อสู้กับยาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล**. 9 (3), 141-154.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). **สถานการณ์ความสำคัญ และแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2561). **การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2561**. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Jirawoot Kujapun et al. (2562). Factors related to perception of secondhand smoking damage of students in private university. **UBRU Journal for Public Health Research**. Faculty of Public health. Ubon Ratchathani Rajabhat university. 8(1), 105-109.
- US Environmental Protection Agency. (1992). Environmental Equity Workgroup. Environmental Equity: Reducing Risk for All Communities: Report, 2. U.S.: Environmental Protection Agency, Office of Policy, Planning and Evaluation.