

การประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน”  
ด้วยรูปแบบ CIPP Model กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล  
Evaluation of the “3 Million People 3 Years for Stop Smoking  
Therdthai King” Project by Using CIPP Model A Case Study of  
Songkhla Province and Satun Province

อัศวศิริ ลาปี่<sup>1\*</sup> อติสร คักดีสูง<sup>2</sup> ภาณุ ธรรมสุวรรณ<sup>3</sup> ฐากร สิทธิโชค<sup>4</sup> วรุตม์ นาที<sup>5</sup>  
และศัญฉภักดิ์ ทองเรือง<sup>6</sup>

Aussiri Lapie<sup>1\*</sup>, Adisorn Saksung<sup>2</sup>, Panu Tumsuwan<sup>3</sup>, Takorn Sittichok<sup>4</sup>, Warut Natee<sup>5</sup>  
and Santapat Tongrung<sup>6</sup>

### บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ด้วยรูปแบบ CIPP Model พื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล รวมทั้งนำเสนอบริบทการดำเนินงานภายใต้โครงการดังกล่าว โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวม 810 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสองพื้นที่กรณีศึกษา ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา ทั้งนี้ผลประเมินโครงการในจังหวัดสงขลา พบว่าภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.24$ , s.d. = 0.92) ซึ่งสอดคล้องกับผลประเมินโครงการในจังหวัดสตูลพบว่า ภาพรวมอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 3.46$ , s.d. = 0.64) ในขณะที่บริบทการดำเนินงานโครงการพื้นที่จังหวัดสงขลาจะเน้นสั่งการเชิงนโยบายเป็นลำดับขั้นรวมทั้งการรับเอานโยบายไปปฏิบัติอย่างเข้มแข็งขององค์กรภาคีด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จึงส่งผลให้การขับเคลื่อนโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนกรณีจังหวัดสตูลจะเน้นการเชื่อมร้อยกระบวนการขององค์กรภาคีเครือข่ายที่หลากหลายจากฐานล่างสู่การเสริมแรงให้เกิดการขับเคลื่อนโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน”

### Abstract

This article was purposed to evaluation of the “3 Million People 3 Years for Stop Smoking Therd Thai King” project case study of Songkhla and Satun province by using CIPP Model. Also, it attempted to

1 อ., สาขารัฐประศาสนศาสตร์และการจัดการทรัพยากรมนุษย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา 90000  
2 รศ.ดร., สาขาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา 90000  
3 รศ., สาขารัฐประศาสนศาสตร์และการจัดการทรัพยากรมนุษย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา 90000  
4 อ.ดร., สาขาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา 90000  
5 อ., สาขาภูมิศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา 90000  
6 นักวิชาการ, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา 90000  
1 Lecturer., Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University, Songkhla, 90000  
2 Assoc. Prof. Dr., Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University, Songkhla, 90000  
3 Assoc. Prof., Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University, Songkhla, 90000  
4 Lecturer, Dr., Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University, Songkhla, 90000  
5 Lecturer, Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University, Songkhla, 90000  
6 Academic Officer, Faculty of Education, Thaksin University, Songkhla, 90000  
\* Corresponding author: Tel.074-317600 ext. 1670. Mobile: 086-2981703, E-mail address: sirin.a@hotmail.com

suggestions for the context of project. The instrument used was an questionnaire from sample included 810 of sub-district health promoting hospital staff and village health volunteer. Data analysis was performed using the statistics of mean, standard deviation and content analyzed. The result showed that the Songkhla province was at moderate level ( $\bar{x} = 3.24$ , s.d.= 0.92). However, that of Satun province was moderate ( $\bar{x} = 3.46$ , s.d.= 0.64). The project procedure efficiently in Songkhla province was depend on command toward health organization policy to practice. And the project procedure effectiveness in Satun province was control on diversity network of lower health organization from area base.

**Keywords:** The “3 Million People 3 Years for Stop Smoking Therd Thai King” Project Evaluation

## บทนำ

โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ภายใต้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานของ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย มูลนิธิ เครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข สมาคมอาสาสมัครเพื่อสังคมไทย (ชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุขแห่งประเทศไทย) และภาคีเครือข่าย โครงการดังกล่าวนับเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งของการดำเนินการ ควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามเป้าหมายการปฏิรูปด้านสาธารณสุขในระยะเวลา 18 เดือน ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ ขับเคลื่อนการทำงานแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหมออนามัย รวมทั้งอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเลิกสูบบุหรี่ในชุมชนเพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเสด็จเถลิงถวัลยราชสมบัติครบ 70 ปี โดยตั้งเป้าหมายผู้เลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนหรือ ตลอดชีวิตและให้ได้ 3 ล้านคน ในระยะเวลา 3 ปี (ระหว่างพ.ศ.2559 – พ.ศ.2562) ผ่านแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้ [1]

1. การใช้กลไก “เครือข่ายหมออนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.” ซึ่งมีกระจายอยู่ ทุกตำบลและหมู่บ้านทั่วประเทศโดยเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดประชาชนในระดับพื้นที่มากที่สุด
2. การสร้าง “กิจกรรมลงมือทำ (Action Based Activity)” ควบคู่ไปกับ “กิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส (Campaign Based Activity)” โดยมุ่งให้ข้อมูลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง “ทัศนคติ” ส่วนกิจกรรมลงมือทำมุ่งเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้วยกระบวนการกลุ่ม โครงการจะ “สร้างกลุ่มลงมือทำพฤติกรรมร่วมกัน” คือ การตั้ง “กลุ่มคนรักสุขภาพ ทำกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเลิกบุหรี่ (เลิกเหล้า) ร่วมกัน”
3. การเน้น “ลงมือทำสร้างพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง” ควบคู่ไปกับ “รณรงค์สร้างกระแสใหญ่เป็นระยะ” โดย โครงการนี้จะจัดให้มีการทำกิจกรรมออกกำลังกายในระดับตำบลทุกสัปดาห์ (ซึ่งแต่ละหมู่บ้านสามารถเป็นตัวแทนระดับ ตำบลเวียนกันจัดกิจกรรมได้) และจะเชิญชวนคนสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มาออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เลิก บุหรี่ (เลิกเหล้า) ร่วมกันทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง

จากยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้นำไปสู่การจัดกิจกรรมรณรงค์และขับเคลื่อนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของพิษภัย จากการสูบบุหรี่ ผลกระทบและความสูญเสียทั้งโดยตรงและทางอ้อมอันนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่และการลงมือปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีรวมทั้งมีการจัดกิจกรรมหรือกลุ่มกิจกรรมรักสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอและจังหวัดเพื่อให้เป็นกลไกการปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

1. ชักชวน เชิญชวน ท้าชวน ให้คนที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เลิกสูบบุหรี่ให้ได้ 3 ล้านคน ในระยะเวลา 3 ปีระหว่าง เดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2562 ดังนี้
  - ปีที่ 1 (มิถุนายน 2559 – พฤษภาคม 2560) รวมจำนวนไม่น้อยกว่า 5 แสนคน
  - ปีที่ 2 (มิถุนายน 2560 – พฤษภาคม 2561) รวมจำนวน 2 ล้านคน (นับยอดจากปีที่ผานมา)
  - ปีที่ 3 (มิถุนายน 2561 – พฤษภาคม 2562) รวมจำนวน 3 ล้านคน (นับต่อยอดทั้ง 3 ปี)
2. เกิดกลุ่ม “คนรักสุขภาพ” หรือชื่อกลุ่มอื่นใด ที่ดำเนินการด้านสุขภาพและมีกิจกรรมด้านสุขภาพ เลิกบุหรี่ เลิกสุราและปัจจัยเสี่ยงหลักอื่นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาจากข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เสนอจำนวนยอดรวมผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่ทั้งหมดทั่วประเทศด้วยชุดข้อมูลสรุปที่สะท้อนผลการดำเนินโครงการจากยอดรวมผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่รวมผู้ลงนามออนไลน์ที่สมัครด้วยตัวเองและการดำเนินการควบคุมจากเครือข่ายฯ ที่เกี่ยวข้องพบว่า ยอดรวมผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งประเทศจากข้อมูล ณ วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 94,549 คน ในขณะที่ยอดรวมผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งประเทศจากข้อมูล ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2560 ภายหลังจากการดำเนินโครงการเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 542,897 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้นรวม 448,348 คน คิดเป็นร้อยละ 82.58 ทั้งนี้ จากชุดข้อมูลดังกล่าวเมื่อแยกพิจารณาตามกฎหมายมีภาคตามสถานการณ์ความจำเป็นเร่งด่วนเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ กรณีพื้นที่ภาคใต้ในบริบทของพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในระดับสูงนั้นพบว่า ยอดรวมผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่ทั้งหมดโดยเฉพาะ ในจังหวัดสงขลา ข้อมูล ณ วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2559 พบว่า มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการเพียงจำนวน 15 คน ในขณะที่ข้อมูล ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2560 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 19,001 คน เพิ่มขึ้น 18,986 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 99.83 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนข้อมูลจากปัจจัยแปรผันที่มีผลต่อการอธิบายปรากฏการณ์จากการเพิ่มขึ้นของผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่ในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยในส่วนของยอดรวมผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่ทั้งหมดในจังหวัดสตูล พบว่า ข้อมูล ณ วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้สมัครร่วมโครงการจำนวนรวม 5,025 คน ในขณะที่จำนวนผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่ในโครงการฯ จากข้อมูล ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2560 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 5,964 คน เพิ่มขึ้นเพียง 939 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.74 ซึ่งนับเป็นการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับบริบทเชิงพื้นที่ของจังหวัดสงขลา

จากชุดข้อมูลดังกล่าวของทั้งสองพื้นที่อาจพิจารณาถึงเงื่อนไขความสำคัญของการปรับเปลี่ยนชุดข้อมูลเป็นสาระสำคัญ 2 ประการ ซึ่งหากพิจารณาในเงื่อนไขของชุดข้อมูลเชิงปริมาณนั้นจะเห็นได้อย่างชัดเจนจากจำนวนโดยสรุปรวมของผู้สมัครใจเล็กสูบบุหรี่ที่ปรากฏในบริบทของภาคใต้โดยเฉพาะ พื้นที่กรณีจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล ภายใตยระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2559 พบจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจากเดิม 5,040 คน สู่อการเพิ่มจำนวนของผู้เข้าร่วมครั้งใหม่ ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2560 พบว่า จำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการรวมทั้งสิ้น 24,965 คนเพิ่มขึ้น 19,925 คน หรือคิดเป็น 79.81% ของทั้งสองพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันหากพิจารณาถึงเงื่อนไขที่สะท้อนถึงสาเหตุที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการตามข้อมูลดังกล่าวของทั้งสองพื้นที่ที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเพิ่มขึ้นที่มีความแตกต่างอย่างมากรุนั้น อาจมีปัจจัยที่นำไปสู่การอธิบายสถานการณ์เฉพาะกรณีศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ อันสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลเชิงนโยบาย ผนวกกับแนวทางในการขับเคลื่อนและการดำเนินการขององค์กรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานอันเป็นสาระสำคัญของกระบวนการขับเคลื่อนโครงการตามขั้นตอนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับปฏิบัติการที่เป็นเครือข่าย/องค์กรด้านสุขภาพของพื้นที่จังหวัด ซึ่งในพื้นที่ภาคใต้พบว่า ผลตอบรับในเชิงปริมาณของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการก็สามารถอนุมานไปสู่เป้าหมายของโครงการฯ ในเชิงคุณภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลของภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการตามนโยบาย “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ภายใต้อกรอบการดำเนินงานระดับนโยบายด้วยการประเมินผลเชิงปฏิบัติการตามศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะองค์กรในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ เพื่อสะท้อนกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องตามบริบทและมีประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการฯ ครั้งนี้

## แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการศึกษา

### บริบทโดยทั่วไปของโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน

โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน นั้นนับเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยอีกรูปแบบหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อควบคุมและจำกัดผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งถูกนำมาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นับเป็น 1 ใน 16 นโยบาย ภายใต้ 48 โครงการ ที่บรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในการปฏิรูปด้านสาธารณสุขระยะ 18 เดือน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความเป็นเลิศด้านสุขภาพของประชาชนใน 4 ด้านที่สำคัญ ประกอบด้วย [2]

1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) มีการบูรณาการบทบาทร่วมของ 4 กระทรวง เพื่อพัฒนาด้านผู้สูงอายุและเด็ก ลดการบาดเจ็บจากการจราจร ลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มะเร็ง โครงการพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งการดำเนิน “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน”

2. การสร้างระบบบริการ (Service Excellence) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน ภายในระยะเวลา 10 ปี ดูแลคนไทย 65 ล้านคน ปี พ.ศ. 2559 คนไทย 1 ครอบครัวมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแล จัดระบบแพทย์ฉุกเฉิน จัดระบบ EMCO จัดระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวทั่วประเทศ

3. การพัฒนาคน (People Excellence) แก้ปัญหาขาดแคลนพยาบาล การวางแผนกรอบอัตรากำลังคน/บุคลากรด้านสุขภาพร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคผลิตและพัฒนาบุคลากร การปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากร สาธารณสุข

4. การสร้างระบบระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) อภิบาลระบบสาธารณสุขการสร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและพัฒนาสมุนไพร จัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขและจัดระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ไทย” เป็นผลสำคัญอันเกิดจากความร่วมมือและดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข สมาคมอาสาสมัครเพื่อสังคมไทย (อสม.) และภาคีเครือข่ายได้ร่วมกำหนดประเด็นอันเป็นสาระสำคัญของการดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ดำเนินงานโดยใช้กลไก “เครือข่ายหมออนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ซึ่งมีกระจายอยู่ทุกตำบลและหมู่บ้านทั่วประเทศ และเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดประชาชนในระดับพื้นที่มากที่สุด รวมทั้งการสร้าง “กิจกรรมลงมือทำ (Action Based Activity)” ควบคู่ไปกับ “กิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส (Campaign Based Activity)” โดยที่กิจกรรมรณรงค์มุ่งให้ข้อมูลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง “ทัศนคติ” ส่วนกิจกรรมลงมือทำมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยกระบวนการกลุ่ม โดยโครงการนี้จะ “สร้างกลุ่มลงมือทำพฤติกรรมบางอย่างร่วมกัน” อันจะนำไปสู่การตั้ง “กลุ่มคนรักสุขภาพทำกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การเลิกบุหรี่รวมทั้งเลิกเหล้าร่วมกัน” จะเน้นการลงมือทำเพื่อสร้างพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง” ควบคู่ไปกับ “รณรงค์สร้างกระแสใหญ่เป็นระยะ” โดยโครงการฯ จะจัดให้มีการทำกิจกรรมออกกำลังกายในระดับตำบลทุกสัปดาห์ (ซึ่งแต่ละหมู่บ้านสามารถเป็นตัวแทนระดับตำบลเวียนกันจัดกิจกรรมได้) และ จะเชิญคนสูบบุหรี่รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ให้มาออกกำลังกายเพื่อสุขภาพร่วมกันทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง

กระบวนการขับเคลื่อนโครงการจะมี 2 แนวทางสำคัญ ดังนี้ 1.มีการสร้างเครือข่ายหมออนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และภาคีต่าง ๆ “ชวนคนมาเริ่มเลิกบุหรี่เพิ่มสัปดาห์ละ 20 คน/ตำบล (2 คน/หมู่บ้าน) เป็นเวลา 4 เดือน (ส.ค. – พ.ย. 59) เพื่อให้ได้คนที่สมัครใจและตั้งใจเริ่มเลิกสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 320 คน/ตำบล แนวทางที่ 2 คือ การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม “คนรักสุขภาพ” ร่วมทำกิจกรรม “ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” หรือ “กิจกรรมสร้างนำซ่อมเลิกบุหรี่ (เลิกเหล้า)” ต่อเนื่องทุกสัปดาห์ในระดับตำบล ทั้งนี้ หากสามารถทำให้ 4 คนที่เริ่มเลิก สามารถเลิกครบ 6 เดือนได้ 1 คน ในปีแรกจะทำให้เกิดคนเลิกครบ 6 เดือนได้ 560,000 คนทั่วประเทศในเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2560” ซึ่งการดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการจะกำหนดผลสัมฤทธิ์โดยตั้งเป้าหมายให้มีผู้เลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องให้ได้ไม่น้อยกว่า 6 เดือนหรือตลอดชีวิตให้ได้ 3 ล้านคน ในเวลา 3 ปี ซึ่งจะใช้พลังของเครือข่ายหมออนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เนื่องจากเป็นผู้มีบทบาทในการบริการด้านสาธารณสุขซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนในหมู่บ้านมาก ทั้งยังเป็นจุดแข็งในการควบคุมยาสูบและดูแลสุขภาพคนที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ ช่วยคัดกรองแนะนำให้เลิก รวมทั้งสร้างกลไกในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนจากการสูบบุหรี่ในท้ายที่สุด ทั้งนี้บทบาทการขับเคลื่อนโครงการ ฯ จะเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ทั้งระดับชุมชน/หมู่บ้าน รวมทั้งระดับตำบล ประกอบด้วย

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ไทย” รวมจำนวน 9 ข้อ มีดังนี้

1. ค้นหา สืบถามและจำแนกเป้าหมายคนที่ จะชวนให้เลิกสูบบุหรี่ โดยเลือกคนที่มีแนวโน้มเลิกได้ง่าย เช่น ผู้สูบบุหรี่มีเด็กเล็กในบ้านเริ่มเจ็บป่วย มีญาติเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี
2. หาแรงจูงใจเพื่อชวนให้ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด เช่น รักลูก ไม่อยากเจ็บป่วย เป็นต้น
3. ให้ข้อมูลด้านลบของการสูบบุหรี่ โดยตอกย้ำผลที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพและคำนวณให้เห็นตัวเลขที่ชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายที่เสียไปจากบุหรี่มากเพียงใด
4. แนะนำให้ปฏิบัติเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่ที่ง่ายและได้ผล เช่น ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ไม่ซื้อไม่ขอมบุหรี่ ทั้งอุปกรณ์สำหรับการสูบบุหรี่ เป็นต้น

5. แนะนำอุปกรณ์ที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น เช่น ดื่มน้ำ ดื่มน้ำชาหญ้าดอกขาว ใช้น้ำยาบ้วนปากหรือสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ เคี้ยวผลไม้เปรี้ยว ๆ เป็นต้น
6. ติดตามเยี่ยมเยียนให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง
7. ทำกิจกรรมสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ เช่น เชิญคนที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดกิจกรรมพบปะพูดคุยให้กำลังใจ เป็นต้น
8. แนะนำบริการช่วยเลิกบุหรี่แก่คนที่ติดบุหรี่หนัก หรือคนที่กลับไปสูบบุหรี่ที่คลินิกฟ้าใส หรือสายด่วนเลิกบุหรี่เบอร์ 1600
9. จัดกิจกรรมชื่นชมเชิดชูคนที่เลิกบุหรี่สำเร็จ หรือคนที่ชวนคนเลิกบุหรี่สำเร็จ

ในขณะที่บทบาทของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อการดำเนินการตามโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” รวมจำนวน 10 ข้อ มีดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์คนสูบบุหรี่และยาเส้นและผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงถึงความสำคัญของการลดปัญหาจากการสูบบุหรี่และยาเส้น
2. วางแผนการทำงาน ร่วมกับ อสม. และภาคี ให้มีกิจกรรมลงมือทำ คือ การสนับสนุนให้ อสม. ชวนคนสูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่และกิจกรรมสร้างกระแส โดยการจัดกิจกรรมรณรงค์ชวนเลิกสูบบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบตามวันสำคัญต่าง ๆ เดือนละหนึ่งครั้งตลอดปี
3. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการ ๆ ให้พร้อม เช่น ใบสมัครเข้าร่วมโครงการของผู้สูบบุหรี่ ทะเบียนบันทึกการทำงานและผลงานของ อสม. คอมพิวเตอร์และโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ เอกสารและโปรแกรมการรายงานข้อมูล สื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์โครงการ เป็นต้น
4. ชี้แจงทำความเข้าใจกับ อสม. ถึงเป้าหมายและวิธีดำเนินกิจกรรมลงมือทำของโครงการ ได้แก่ กิจกรรมต่าง ๆ ที่กล่าวไว้ในข้อปฏิบัติของ อสม.
5. เพิ่มศักยภาพ เติมความรู้ให้แก่ อสม. ได้แก่ การเสพติดของบุหรี่ ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งต่อตัวของผู้สูบเอง (ควันบุหรี่มือหนึ่ง) ต่อคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ (ควันบุหรี่มือสอง) และต่อเด็กเล็กที่สัมผัสบุหรี่ (ควันบุหรี่มือสาม) วิถีหาแรงจูงใจหรือจุดยึดเหนี่ยวให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ วิธีการเชิญชวน/ท้าชวนให้กลุ่มเป้าหมายเลิกบุหรี่ และวิธีการแนะนำ ติดตามเยี่ยมให้กำลังใจและช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่เบื้องต้น ตลอดจนเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่ได้ผล อุปกรณ์ที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้นและการทำกิจกรรมสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น
6. กระตุ้นและสนับสนุนให้ อสม. ติดตามเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจผู้ที่ตั้งใจเลิกบุหรี่ให้สามารถเลิกได้อย่างต่อเนื่อง
7. ช่วยบำบัดและ/หรือส่งต่อผู้สูบบุหรี่ที่ถูกส่งต่อมาจาก อสม. จัดให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ระดับ รพ.สต. เพื่อช่วยเหลือกรณีที่ผู้สูบบุหรี่ต้องการความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่และส่งต่อไปสู่การบำบัดที่ต้องการการช่วยเหลือที่ซับซ้อน เช่น ต้องใช้ยาเลิกบุหรี่ เป็นต้น
8. บันทึกข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการและสื่อสารรายงานผลการดำเนินงาน บันทึกข้อมูลต่อเนื่อง ทั้งในครั้งเริ่มต้นสมัครเลิกสูบบุหรี่และการติดตามการเลิกบุหรี่เดือนที่ 1 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 เป็นต้น
9. ชักชวน อสม. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ร่วมด้วยช่วยกันจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสสุขภาพ ชวนคนเลิกสูบบุหรี่ในโอกาสเทศกาลสำคัญต่าง ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้งตลอดปี หรือจัดตั้งชมรมคนรักสุขภาพพระระดับตำบลเพื่อจัดกิจกรรมสุขภาพเป็นประจำ เช่น ออกกำลังกายทุกสัปดาห์ เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ต่อไป
10. สรุปบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงานและเชิดชู ทั้งคนเลิกบุหรี่และ อสม. ที่ดำเนินโครงการฯ

ในท้ายที่สุดผลที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ 3 ล้าน 3 ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน จะสามารถบรรลุ

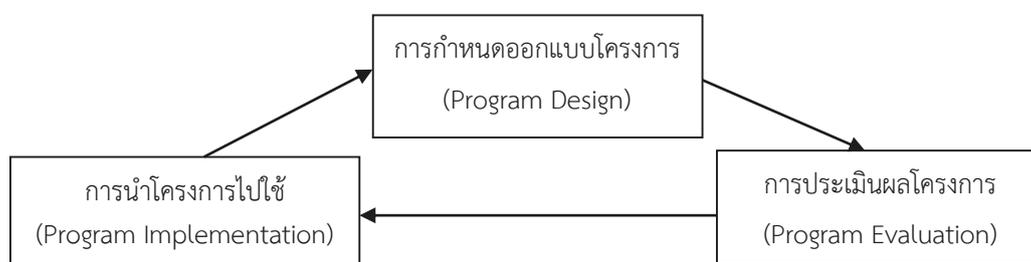
1. เกิดเครือข่ายหมออนามัยรวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ประจำ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน
2. มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ มีความสมัครใจและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือนในปีแรกนี้ไม่น้อยกว่า 5 แสนคน
3. เกิดเครือข่ายและการมีส่วนร่วมสร้างสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มคนรักสุขภาพ กลุ่มเครือข่ายผู้เลิกสูบบุหรี่ (เลิกเหล่า) กลุ่มวิทยากรกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน

4. เกิดชุดบทเรียนการเล็กลูกบุหรี่ปั้นชุมชน
5. เกิดต้นแบบ ในการดำเนินงานจากชุมชนที่สามารถเผยแพร่ได้
6. เกิดบุคคล องค์กร หน่วยงานต้นแบบในการเล็กลูกบุหรี่ปั้น

ทั้งนี้ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เล็กลูกบุหรี่ปั้น ไทย เทิดไท้องค์ราชัน นับเป็นการต่อยอดโครงการจากเมื่อปี 2558 ภายใต้การดำเนินโครงการเล็กลูกบุหรี่ปั้น 1 อสม. ขอ 1 คนเล็ก เพื่อเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระชนมายุครบ 60 พรรษา ซึ่งตั้งเป้าให้มีคนเล็กให้ได้ 1 แสนคน โดยพบว่า สามารถทำให้คนติดลูกบุหรี่ปั้นต่อเนื่องกัน 3 เดือน ได้ประมาณ 3 หมื่นกว่าคน คิดเป็น 64% ถือว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง เพราะจากข้อมูลพบว่า การทำให้คนเล็กลูกบุหรี่ปั้นด้วยวิธีต่าง ๆ ผสมกันนั้น ส่วนใหญ่ความสำเร็จมักจะต่ำกว่า 50% กลไก อสม. จึงถือว่าประสบความสำเร็จที่สำคัญจำนวนคนที่เล็กลูกบุหรี่ปั้น 6 หมื่นกว่าคนนั้น 85% เล็กลูกโดยไม่ต้องใช้จ่ายหรือสารทดแทน นั่นคือ ใช้วิธีหัดคืบ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี ดังนั้น อสม. จึงมีส่วนสำคัญ ซึ่ง อสม. ในปัจจุบันมีจำนวนรวมทั้งสิ้นประมาณล้านกว่าคน โดยเงื่อนไขเบื้องต้นสะท้อนถึงข้อกำหนดสำคัญโดย ถ้า 1 คน สามารถชวนให้เล็กลูกบุหรี่ปั้น 1 คนต่อปี ก็จะมีคนเล็กลูกบุหรี่ปั้น 1 ล้านคนต่อปี ทำต่อเนื่อง 3 ปี ก็จะได้ 3 ล้านคน ใน 3 ปีอาจนำไปสู่การรณมนานได้ว่าผลการดำเนินทำให้ปลอดลูกบุหรี่ปั้นเพิ่มพื้นที่ 100% ดังนั้นการดำเนินการตามนโยบายด้วยชุดการประเมินในกระบวนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงจำเป็นต้องอาศัยกรอบการพัฒนาที่ปรากฏผลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการรณรงค์ตามโครงการฯ ให้มีประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกฝ่ายด้วย ซึ่งปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับกลไกการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เล็กลูกบุหรี่ปั้น ไทย เทิดไท้องค์ราชัน จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของการใช้เครือข่ายหมอนามัยที่มีกว่า 4 หมื่นคนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ในปัจจุบันที่มีจำนวนกว่า 1.2 ล้านคน ซึ่งถือว่าหนาแน่นกว่าเครือข่ายโทรศัพท์มือถือและสามารถเข้าถึงทุกคนทุกบ้านจึงมีโอกาสร่วมความสำเร็จ ที่สำคัญยังใช้กระบวนการกลุ่มในการชวนทำกิจกรรมเล็กลูกบุหรี่ปั้น ออกกำลังกายก็มีโอกาสช่วยให้เล็กลูกบุหรี่ปั้นมากขึ้น เพราะมีผลวิจัยยืนยันชัดเจนว่าคนที่ออกกำลังกายสามารถเล็กลูกบุหรี่ปั้นได้มากกว่าและที่ผ่านมามีคนพบว่าคนที่หันกลับไปสูบบุหรี่ปั้นอีกเนื่องจากคนสูบบุหรี่ปั้นชกชวนแต่ไม่มีคนชวนออกกำลังกายให้เล็กลูกบุหรี่ปั้น เป็นต้น

#### แนวคิดการประเมินโครงการโดยใช้ CIPP Model

เพื่อให้การวิจัยโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เล็กลูกบุหรี่ปั้น ไทย เทิดไท้องค์ราชัน” กรณีศึกษาในบริบทพื้นที่จังหวัดสงขลา และจังหวัดสตูลสะท้อนถึงผลผลิตอันเกิดจากการขับเคลื่อนโครงการเชิงปฏิบัติที่อาศัยตัวชี้วัดเชิงปริมาณจากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการของทั้งสองพื้นที่รวมถึงตผลผลิตของปัจจัยที่มีอิทธิพลเฉพาะ นอกจากนี้เพื่อให้การดำเนินโครงการสอดคล้องกับรูปแบบการประเมินและวัตถุประสงค์ที่กำหนดจึงได้มีการสำรวจองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการประเมินโครงการโดยใช้ CIPP Model เป็นแนวทางในการกำหนดสาระสำคัญจากการใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาคุณค่าผลงาน รวมทั้งจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการและเทคนิคทางการวิจัย ช่วยให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการตามแผนที่กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์และลักษณะของโครงการด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการประเมินโครงการของ Stufflebeam [3] ที่ระบุว่ากระบวนการประเมินโครงการนั้น อย่างน้อยต้องประกอบด้วยหลักพื้นฐาน 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ต่อเนื่องกัน ได้แก่ การกำหนดออกแบบโครงการ (Program Design) การดำเนินงานตามโครงการหรือการนำโครงการไปใช้ (Program Implementation) และการประเมินผลโครงการ (Program Evaluation) ซึ่งแสดงได้ตามภาพประกอบดังนี้



ภาพที่ 1 แนวทางการประเมินโครงการของ Stufflebeam

จากรายละเอียดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า งานโครงการต้องเริ่มต้นที่การออกแบบหรือการจัดทำโครงการก่อน-หลังจากนั้นนำโครงการที่ออกแบบไว้ไปดำเนินการใช้กับกลุ่มเป้าหมาย (Target Group) เมื่อมีการดำเนินโครงการต้องประเมินผลโครงการอาจประเมินส่วนใดส่วนหนึ่งของโครงการก็ได้ เพื่อนำผลที่ได้จากการประเมินโครงการไปปรับปรุงก่อน

ออกแบบโครงการขึ้นใหม่ตามจุดบกพร่องที่พบจากการประเมินแล้วนำโครงการตามที่ได้ปรับปรุงใหม่ ทำการประเมินโครงการใหม่อีกครั้ง ทำเช่นนี้จนกว่าผลที่ได้รับจากการประเมินบรรลุวัตถุประสงค์หรือมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) และมีประสิทธิผล (Efficiency) จึงหยุดหรือจบสิ้นงานโครงการในท้ายที่สุด

จากรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินข้างต้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการประเมินได้ว่า เป็นกระบวนการรวบรวมและสกัดข้อมูลเพื่อสารสนเทศสู่การตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การมีสารสนเทศที่มีคุณภาพพอเพียงจะช่วยให้กระบวนการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิผล ซึ่งได้มีการสำรวจและประมวลถึงรายละเอียดของการประเมินโครงการโดยเฉพาะรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ที่ถูกผลิตสร้างอยู่บนหลักการพื้นฐาน 4 ประการ ได้แก่ [4]

1. การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผน เป็นรูปแบบพื้นฐานของการประเมินโดยทั่ว ๆ ไป เป็นการประเมินเพื่อให้ได้มาซึ่งเหตุผลเพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการโดยเน้นด้านความสัมพันธ์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ความต้องการและเงื่อนไขที่เป็นจริงที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม นอกจากนี้ ยังช่วยวินิจฉัยปัญหาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ทั้งนี้ การประเมินบริบทถือเป็นกลไกการประเมินเบื้องต้นที่สำคัญโดยจัดเป็นการวิเคราะห์พื้นฐานที่เป็นตัวกำหนดขอบเขตที่สำคัญของโครงการฯ ด้วย

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs Evaluation) เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงสร้าง นับเป็นการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการนำเสนอข้อมูลสำหรับกำหนดและออกแบบวิธีการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีเพื่อให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือการบริหารโครงการหรือผันแปรไปตามความสูง - ต่ำของข้อมูลที่จะนำไปสนับสนุนความเปลี่ยนแปลงของโครงการนั้นอีกด้วย

3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการเป็นการประเมินเพื่อการควบคุมการบริหารโครงการ ซึ่งผลของการประเมินจะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารโครงการใช้ปรับปรุงโครงการให้สามารถดำเนินโครงการและบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การประเมินกระบวนการต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ในการประเมินที่สำคัญ 3 วิธี คือ ประการแรก จะต้องทำการประเมินหรือวิเคราะห์ความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร ประการที่สอง จะต้องทำการประเมินความสามารถในการบริหารโครงการของผู้ดำเนินโครงการ และประการที่สาม จะต้องทำการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโครงการที่กำหนดขึ้น

4. การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับผลงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ โดยการประเมินจุดมุ่งหมายเพื่อพิจารณาตัดสินใจหรือการแสดงความคิดเห็นต่อความสำเร็จของโครงการทั้งในขณะที่โครงการกำลังดำเนินงานอยู่และเมื่อโครงการสิ้นสุดลง การประเมินโครงการในลักษณะนี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลงานที่เกิดขึ้นกับเกณฑ์หรือมาตรฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดขึ้นไว้โดยวิเคราะห์เพื่อให้ทราบว่า โครงการประสบความสำเร็จหรือไม่บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยเหตุผลใด โดยพิจารณาวิเคราะห์จากสภาวะแวดล้อมโครงการ (Context) ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) ในการบริหารโครงการต่าง ๆ ประกอบด้วย

กล่าวโดยสรุป จากการสำรวจองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินโดยทั่วไปที่สะท้อนถึงสาระสำคัญเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินโครงการต้องมีรูปแบบที่เน้นจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าแนวทางการประเมินแต่ละรูปแบบมีข้อแตกต่างและข้อจำกัดในการนำมาใช้แตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการที่ถูกกำหนดจากการใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาคุณค่าหรือการตีความจากความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการ การใช้เทคนิคเฉพาะทางช่วยให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการตามแผนที่กำหนดไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยเฉพาะ การประเมินผลที่เน้นการจัดการและตัดสินใจตามแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ที่เรียกว่า ชิปปี้ (CIPP Model) ที่คณะผู้ศึกษาได้กำหนดให้เป็นกลไกสำคัญในการวิเคราะห์และประเมินผลโครงการเพื่อค้นพบปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ที่เน้นจุดมุ่งหมายของโครงการ ฯ และนำไปสู่การอธิบายบริบทและปรากฏการณ์ของการประเมินที่เป็นระบบและครอบคลุมทุกด้านทุกขั้นตอนในกระบวนการตัดสินใจ ตัดสินคุณค่าและมีประสิทธิภาพต่อการประเมินโครงการ 3 ด้าน 3 ปีเลกบุหรือทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในครั้งนี้ได้

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

เมื่อพิจารณาถึงการประเมินโครงการต่าง ๆ ทั้งในเชิงทฤษฎีและในแนวปฏิบัติที่พบว่า การประเมินสะท้อนให้เห็นถึงมิติการขับเคลื่อนโครงการ/นโยบายที่หลากหลาย โดยเฉพาะ การพิจารณาถึงกระบวนการตามขั้นตอนทั้งก่อนดำเนินการ ระหว่างกระบวนการและหลังเสร็จสิ้นโครงการ ซึ่งจะให้ผู้เกี่ยวข้องทราบถึงสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น ทราบความก้าวหน้าของโครงการ อันก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ร่วมงานหรือผู้ร่วมโครงการ รวมทั้งทำให้ทราบถึง



## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานภายใต้โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานจากปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการและปัจจัยด้านผลผลิตเพื่อสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ซึ่งคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานภายใต้โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน เป็นคำถามปลายเปิด

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ได้แก่ เอกสารทางวิชาการ สิ่งพิมพ์วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้และบริบททั่วไปของโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” รวมทั้งหลักสำคัญเกี่ยวกับการประเมินโครงการรูปแบบซีปป (CIPP MODEL) [6] ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเกี่ยวข้องทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) 2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) 3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และ 4. การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) นอกจากนี้ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นทางการด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกไว้เพื่อให้ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทั้งสองพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรวมทั้งขยายองค์ความรู้เพิ่มเติมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดและสะท้อนความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เชื่อมโยงกับรูปแบบ หรือ Model การขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ครั้งนี้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (SPSS) ในส่วนการวิเคราะห์เพื่อประเมินบริบท (Context Evaluation) ประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ใช้สถิติความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s.d.) ซึ่งเป็นเกณฑ์การแปลผลและนำเสนอในรูปแบบพรรณนาต่อไป ในขณะที่ข้อสรุปแนวทางการดำเนินงานของทั้งสองพื้นที่ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และเสนอเป็นความเรียงเพื่อสะท้อนถึงกระบวนการดำเนินงานของทั้งสองพื้นที่ที่มีผลของการเปลี่ยนแปลงจากชุดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แตกต่างกันสู่การพิจารณาแปลความหมายของความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสม ความสอดคล้อง ความพร้อมการปฏิบัติงานและความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาเปรียบเทียบกับระดับและความหมายที่สะท้อนผลการศึกษา ซึ่งพัฒนามาจากเกณฑ์ของเบสต์ [7] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง มีความคิดเห็นความเหมาะสม/มีความสอดคล้อง/มีความพร้อมและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง มีความคิดเห็นความเหมาะสม/มีความสอดคล้อง/มีความพร้อมและความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง มีความคิดเห็นความเหมาะสม/มีความสอดคล้อง/มีความพร้อมและความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง มีความคิดเห็นความเหมาะสม/มีความสอดคล้อง/มีความพร้อมและความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง มีความคิดเห็นความเหมาะสม/มีความสอดคล้อง/มีความพร้อมและความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ในขณะที่การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้กิจกรรมตามโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน” ในพื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล เป็นการตรวจให้คะแนนเป็นรายด้านและจะรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดแล้วคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยร้อยละและนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตามโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” จังหวัดสงขลา รวม 432 คนพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีจำนวน 425 คน คิดเป็นร้อยละ 98.38 ในขณะที่มีผู้สูบบุหรี่ ทั้งหมด 7 คน ซึ่งแยกเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46 และผู้ที่สูบบุหรี่แต่ไม่ทุกวัน มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 และสมัครเข้าร่วมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน ทุกคนซึ่งคิดเป็น 100 % ในขณะที่ เจ้าหน้าที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” จังหวัดสตูล รวมทั้งหมด 378 คนพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีจำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 99.21 ในขณะที่ มีผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 3 คน ซึ่งแยกเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26 และผู้ที่สูบบุหรี่แต่ไม่ทุกวัน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.53 และส่วนใหญ่สมัครเข้าร่วมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน มีจำนวน 377 คนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 99.74 และมีเพียง 1 คนที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ เนื่องด้วยระบุเหตุผลว่าคงไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างแท้จริง

2. การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในบริบทของกลุ่มผู้ให้บริการพื้นที่จังหวัดสงขลาพบว่า มีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.29, s.d. = 0.86$ ) โดยเมื่อพิจารณาประเด็นการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัตถุประสงค์หลักของโครงการเพื่อน้อมรำลึกถึงพระมหากษัตริย์คุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ( $\bar{X} = 4.87, s.d. = 0.36$ ) ส่วนประเด็นการรับรู้ในด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ยอดรวมผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 559,557 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2560) บรรลุเป้าหมายที่กำหนดในระยะที่ 1 ที่กำหนดไม่ต่ำกว่า 500,000 คน ( $\bar{X} = 2.04, s.d. = 1.45$ ) ในขณะที่ การรับรู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทของผู้ให้บริการจังหวัดสตูลพบว่า อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.19, s.d. = 0.77$ ) โดยเมื่อพิจารณาประเด็นการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัตถุประสงค์หลักของโครงการเพื่อน้อมรำลึกถึงพระมหากษัตริย์คุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ( $\bar{X} = 4.72, s.d. = 0.51$ ) ส่วนประเด็นการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ จังหวัดที่มีผู้ร่วมลงนามเลิกบุหรี่มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ จังหวัดบุรีรัมย์ รองลงมา คือ จังหวัดตาก และจังหวัดนครราชสีมา ตามลำดับ ( $\bar{X} = 3.35, s.d. = 0.81$ )

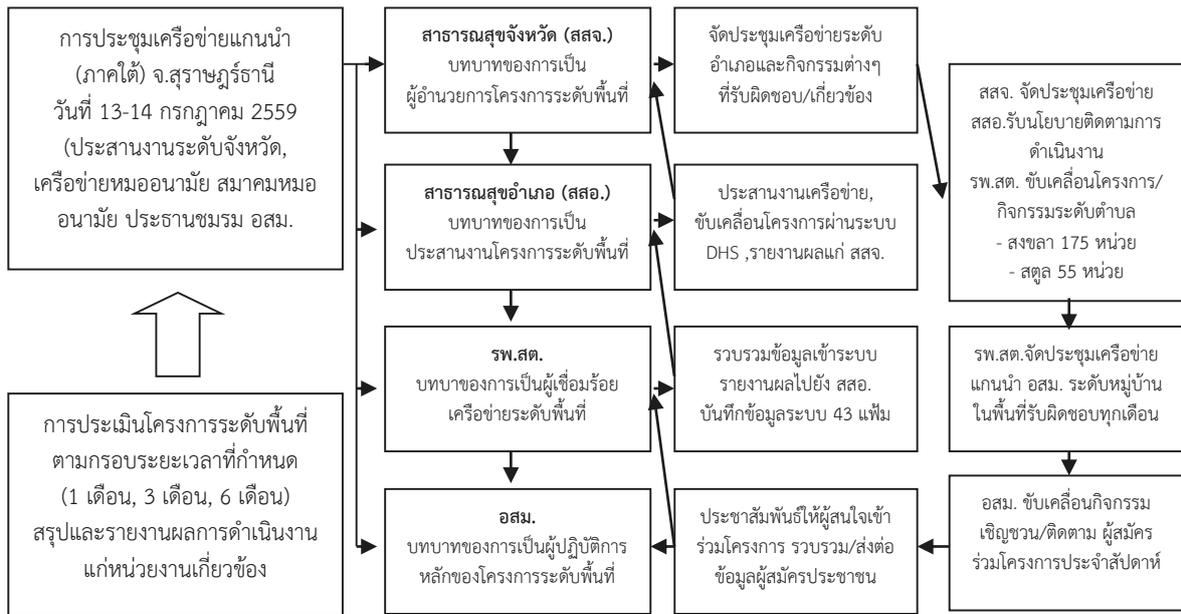
3. การประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในพื้นที่กรณีศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทของผู้ให้บริการในพื้นที่จังหวัดสงขลา อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.24, s.d. = 0.92$ ) โดยพบว่าด้านกระบวนการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.31, s.d. = 0.82$ ) รองลงมา คือ ด้านผลผลิต ( $\bar{X} = 3.29, s.d. = 0.79$ ) ด้านบริบท ( $\bar{X} = 3.21, s.d. = 0.98$ ) และด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.18, s.d. = 1.08$ ) ตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดสตูลพบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้บริบทของผู้ให้บริการพื้นที่จังหวัดสตูล อยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.46, s.d. = 0.64$ ) โดยด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.50, s.d. = 0.51$ ) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ ( $\bar{X} = 3.47, s.d. = 0.80$ ) ด้านบริบท ( $\bar{X} = 3.45, s.d. = 0.67$ ) และด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.44, s.d. = 0.59$ ) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลประเมินการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน กรณีศึกษาของเจ้าหน้าที่ สังกัด รพ.สต. และ อสม. พื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล

ที่	ผลประเมินโครงการ เป็นรายด้าน	เจ้าหน้าที่สังกัด รพ.สต. และ อสม.พื้นที่จังหวัดสงขลา		เจ้าหน้าที่สังกัด รพ.สต. และ อสม.พื้นที่จังหวัดสตูล	
		$\bar{X}$	s.d.	$\bar{X}$	s.d.
1.	ด้านบริบท	3.21	.98	3.45	.67
2.	ด้านปัจจัยนำเข้า	3.18	1.08	3.44	.59
3.	ด้านกระบวนการ	3.31	.82	3.47	.80
4.	ด้านผลผลิต	3.29	.79	3.50	.51
	<b>ความคิดเห็นรวม</b>	<b>3.24</b>	<b>.92</b>	<b>3.46</b>	<b>.64</b>

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานภายใต้โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน พื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูลพบว่า มีจำนวน 33 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.07 ที่แสดงความคิดเห็นในภาพรวมสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ที่น่าสนใจ เช่น การดำเนินงานไม่มีคู่มือแนะนำที่ชัดเจนในการลงข้อมูลผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ในการกรอกข้อมูล ดังนั้น หน่วยงานเกี่ยวข้องของควรจัดทำคู่มือที่ชัดเจน นอกจากนี้เป็นการเพิ่มภาระงานที่มีอยู่อย่างมาของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการลงข้อมูลในระบบรวมถึงขาดการประชาสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ต่อการดำเนินงานในพื้นที่ ขณะเดียวกัน หน่วยงานได้รับงบประมาณสนับสนุนโครงการจำกัด นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วนขาดความน่าเชื่อถือเพราะการดำเนินการที่เร่งรัดจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เน้นจำนวนเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพจึงควรเร่งตรวจสอบและประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

ในขณะที่ข้อค้นพบสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของทั้งสองพื้นที่ กรณีศึกษาที่มีผลสะท้อนชุดข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ผ่านกระบวนการขับเคลื่อนตามนโยบายเชิงพื้นที่ที่อยู่ภายใต้รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทของหน่วยงานในลักษณะขององค์กรด้านสุขภาพที่เป็นภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ตามสายการบังคับบัญชาที่กำหนด โดยสาธารณสุขจังหวัดเปรียบเสมือนผู้อำนวยการของโครงการในพื้นที่ ซึ่งจะมีบทบาทเกี่ยวกับการจัดประชุมชี้แจงโครงการแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งนี้นอกจากสาธารณสุขจังหวัดจะดำเนินการหลักแล้วยังปรากฏพบแนวทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ด้วย ในขณะที่ สาธารณสุขอำเภอภายใต้บริบทของผู้ประสานงานในลักษณะของการเชื่อมร้อยและชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานแก่หน่วยงานระดับปฏิบัติการในสังกัดรวมทั้งประสานงานกับตัวแทน/ประธาน อสม. รวมถึงรวบรวมจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมโครงการและรายงานผลแก่ สสจ. ต่อไป ขณะเดียวกัน องค์กรระดับปฏิบัติการภายใต้การดำเนินงานเชิงพื้นที่ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในบริบทขององค์กรรับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชนระดับพื้นที่ตำบลซึ่งเปรียบเสมือนหน่วยเชื่อมร้อยเครือข่ายให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ รวมทั้งการเป็นกลไกสำคัญในกระบวนการบันทึกข้อมูลลงระบบและรายงานข้อมูลผู้สมัครเข้าร่วมโครงการให้แก่สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอต่อไป นอกจากนี้ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในขอบข่ายของการเป็นผู้ปฏิบัติการหลักถือว่าเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดในการสนับสนุนหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลรวมถึงองค์กรบริหารส่วนตำบล ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่และบทบาทสำคัญในการผลักดัน เชื่อมร้อยและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพในรูปแบบของการจัดทำบริการสาธารณะด้วยกลไกที่หลากหลายผ่านรูปแบบของการสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือของฐานรากที่มั่นคงสู่การบูรณาการจัดโครงการอย่างเข้มแข็งต่อไป ซึ่งจะช่วยยืนยันได้ว่า หากพื้นที่ใดมีความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และ อสม.รวมทั้งองค์กรทางปกครองที่เกี่ยวข้องแล้วจะส่งผลให้การดำเนินงานในโครงการมีประสิทธิภาพระดับมาก นอกจากนี้การประสานการขับเคลื่อนโครงการเป็นอย่างดีจะช่วยสนับสนุนให้เกิดประสิทธิผลที่ดีอีกด้วย ดังนั้น จากบริบทดังกล่าวเช่นเดียวกันกับข้อสรุปอันนำไปสู่การสะท้อนข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ที่สามารถเสนอ Model ของการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันที่สะท้อนกระบวนการเชิงพื้นที่กรณีศึกษา ดังนี้



ภาพที่ 3 การประเมินกลไกการขับเคลื่อนโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” พื้นที่กรณีศึกษา

จากกลไกการสนับสนุน/ส่งเสริมนโยบายภายใต้โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน พื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูลซึ่งเป็นพื้นที่กรณีศึกษาครั้งนี้พบว่า จากบริบทดังกล่าวฉายปรากฏการณ์ให้เห็นว่า บทบาทการดำเนินงานขององค์กรที่เป็นภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่นั้นจะมีการแบ่งหน้าที่เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมด้วยการมีส่วนร่วมขององค์กรด้านสุขภาพที่รณรงค์เกี่ยวกับกิจกรรมการควบคุมยาสูบในสถานการณ์ปัจจุบันผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งในกระบวนการวิจัยครั้งนี้ได้สะท้อนถึงการขับเคลื่อนเชิงประจักษ์ในแต่ละพื้นที่โดยจังหวัดสงขลาจากบริบทของการเป็นจังหวัดที่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการมากที่สุด เป็นอันดับ 1 ของประเทศในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบายของจังหวัดจะกำหนดจำนวนรวมของผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อครบระยะเวลาในปีที่ 2 ของโครงการเพียง 35,000 คน แต่กลับพบว่ายอดรวมผู้สมัครกลับได้มากกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ถึงจำนวน 42,356 คน จากข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2560 ดังกล่าวได้นำไปสู่ข้อค้นพบกลไกการขับเคลื่อนโครงการในจังหวัดสงขลาที่สำคัญ ได้แก่ความเข้มแข็งขององค์กรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีลักษณะเด่นคือการรับนโยบายจากผู้บังคับบัญชาตามโครงสร้างไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Top to Down) รวมถึงศักยภาพในการบริหารจัดการของผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพทุกระดับโดยเฉพาะ หน่วยงานระดับจังหวัด (สสจ. สงขลา) จึงทำให้ผลการประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน” สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่การดำเนินงานตามนโยบายภายใต้โครงการฯ ของพื้นที่จังหวัดสตูลพบว่า การเชื่อมร้อยเครือข่ายระดับปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการประสานงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอจึงทำให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงานตั้งแต่ระดับฐานรากที่สามารถเสริมแรงให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งระดับอำเภอ (สสอ.) และระดับจังหวัด (สสจ.) ได้เป็นอย่างดี ด้วยบริบทการบริหารจัดการในลักษณะของการขับเคลื่อนโครงการจากฐานรากสู่โครงสร้างส่วนบน (Bottom Up) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าข้อมูลเชิงประจักษ์จะปรากฏพบว่า จำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ จะอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับจังหวัดสงขลา แต่ด้วยบริบทดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า จังหวัดสตูลจะมีการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเงื่อนไขของการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับภารกิจกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมาบรรจุให้เป็นภารกิจและอำนาจหน้าที่ที่สะท้อนถึงบทบาทสนับสนุนร่วมในการดำเนินงานโครงการด้านสุขภาพดังกล่าวในพื้นที่จึงทำให้การประเมินผลโครงการในพื้นที่จังหวัดสตูลประสบผลสำเร็จด้วยเงื่อนไขของการให้ความสำคัญกับคุณภาพและกลไกการดำเนินงานภายใต้โครงการอย่างยั่งยืนมากกว่าการเน้นข้อมูลเชิงปริมาณจากจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการดังกล่าวเพียงมิติเดียว

## สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ยุทธวิธีไทยเทิดไท้องค์ราชัน ในพื้นที่ภาคใต้ กรณีศึกษา จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล จำเป็นต้องพิจารณาถึงความหลากหลายของบริบทการขับเคลื่อนดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่เป็นส่วนสำคัญในการพิจารณาเงื่อนไขที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ด้วย [8] เช่น การประเมินผลจากจำนวนการเข้าร่วมโครงการที่ผันแปรตามสถานการณ์ของการเข้าถึงบุหรี่ยุทธวิธีได้โดยง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการลักลอบนำเข้าบุหรี่ยุทธวิธีจากประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน โดยเฉพาะสื่อ/ข้อมูลแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกผลิตซ้ำจากหน่วยงานทั้งในและนอกพื้นที่ก็นับเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการของประชาชนในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน นอกเหนือจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการประเมินตัวชี้วัดตามความเหมาะสมต่อประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์การดำเนินโครงการในพื้นที่กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูลดังกล่าวข้างต้นแล้ว การประเมินโครงการในระยะยาวหลังสิ้นสุดโครงการในปี 2562 นั้น อาจจำเป็นต้องคำนึงถึงตัวแปรเชิงทฤษฎีที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล การประเมินความยั่งยืนและการประเมินการถ่ายโอนความรู้ [9] โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการดำเนินงานนอกเหนือจากนโยบายเชิงรุกซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของโครงการครั้งนี้แล้วยังสัมพันธ์กับปัจจัยอันเนื่องมาจากความรับผิดชอบหน้าที่และความตั้งใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการอีกด้วย [10] อย่างไรก็ตามการประเมิน แบบ CIPP Model ภายใต้อกระบวนการวิจัยครั้งนี้พบว่า เป็นรูปแบบการประเมินที่มีความสมเหตุสมผลต่อการดำเนินโครงการเชิงนโยบายด้านสุขภาพระดับพื้นที่โดยเฉพาะ เนื่องจากการพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการอย่างครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนี้ ยังทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือในการคาดการณ์ว่า โครงการมีคุณค่าและบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ในขณะเดียวกัน จะช่วยให้อนุมานได้ว่า เป็นโครงการด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนผลบริหารจัดการเชิงประสิทธิผลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป [11]

## ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ยุทธวิธีไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยใช้ตัวแบบซีพี (CIPP Model) กรณีศึกษาเชิงพื้นที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล พบประเด็นที่ควรสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในลักษณะของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ควรตระหนักในบทบาทภายใต้โครงการฯ ทั้งในแนวราบและแนวตั้งด้วยความยืดหยุ่นให้มากขึ้น ซึ่งนอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามสายการบังคับบัญชาแล้วควรเพิ่มบทบาทขององค์กรอื่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการด้วย
2. ควรสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการดำเนินงานในโครงการอย่างชัดเจนแก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการรวมทั้งประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผ่านการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความเคลื่อนไหวให้ทราบอย่างต่อเนื่อง
3. ควรกระจายกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ เช่น การจัดสรรกำลังคนให้สอดคล้องกับปริมาณงาน การกำหนดพื้นที่รับผิดชอบและให้บริการกับประชาชนโดยคำนึงความจำเป็นและความเหมาะสม รวมทั้งการกระจายงบประมาณที่มีความรวดเร็วจึงจะเกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินด้วยข้อจำกัดของช่วงเวลาระยะสั้น ดังนั้น ควรวิจัยครั้งต่อไปอย่างต่อเนื่อง จนครบกำหนดระยะเวลา 3 ปี จะทำให้ทราบและได้ติดตามจำนวนที่แท้จริง รวมทั้งวิเคราะห์ผลการประเมินตามระยะเวลาที่กำหนดซึ่งจะได้นำข้อมูลดังกล่าวสู่การปรับปรุงและพัฒนาให้สามารถบรรลุการดำเนินการเป็นอย่างดี
2. การดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปควรขยายบทบาทของผู้นมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล องค์กร/หน่วยงาน หรือกิจกรรมอื่นที่มีอิทธิพลต่อการผลักดันหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายภายใต้โครงการในครั้งนี้ ซึ่งจะสะท้อนถึงปัจจัยในการหนุนเสริมให้โครงการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแท้จริง
3. การดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปควรกำหนดปัจจัยอื่นที่คาดว่า มีอิทธิพลต่อการดำเนินโครงการนอกเหนือจากการประเมินโดยใช้ CIPP Model เพื่อนำไปสู่การขยายองค์ความรู้ใหม่ในการอธิบายปรากฏการณ์และบริบทที่หลากหลาย รวมถึงปัจจัยแฝงอื่นที่สอดคล้องตามแต่ละบริบทของพื้นที่

## คำขอขอบคุณ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมทั้งศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่กรุณามอบทุนให้ดำเนินการวิจัยภายใต้โครงการ การประเมินโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ระดับพื้นที่จังหวัดเขตภาคใต้ตอนล่างในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข. (2559). โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน”. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.quitforking.com/pages/view/history>.
- [2] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- [3] รัตนะ บัวสนธ์. (2555). “รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้”, วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 5(2), 7-21.
- [4] ชูชื่น พงษ์ดี. (2553). การประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโรงเรียนราชดำริ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 2. สารนิพนธ์ สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- [5] Yamane, Taro. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. New York: Harper and Row Publication.
- [6] Stufflebeam, D. L. (2008). *The CIPP Model for Evaluation in National Conference on Educational Research 17-18 Jan 2008*. Phitsanulok, Thailand: Faculty of Education, Naresuan University.
- [7] Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3<sup>rd</sup>. New Jersey: Prentice-Hall.
- [8] อัครศิริ ลาปี่อ และคณะ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และอิทธิพลจากสื่อกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในระดับอาชีวศึกษาพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
- [9] พันธทิพา อินทรศร และวงศา เลหาศิริวงศ์. (2555). “การประเมินผลโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดจังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ กรณีศึกษาบ้านลาดใต้”, วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 12(2), 30-41.
- [10] พรณรงค์ การอรัชย์ และคณะ. (2559). “เครือข่ายอาสาสมัครชุมชนเพื่อการป้องกันอาชญากรรม”, วารสารคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 11(1), 145-169.
- [11] สำนักวิจัยซูเปอร์โพล. (2560). โครงการสำรวจการรับรู้ ความตระหนัก ทศนคติและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน”. (เอกสารอัดสำเนา)