

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่ สุภาพที่ 10

สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์* วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)

นิชนันท์ สุวรรณภูมิ** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อมรรัตน์ นระสนธิ*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบผสมมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันในเขตพื้นที่สุภาพที่ 10 โดยใช้กรอบแนวคิด Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM) การวิจัยเชิงปริมาณ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน 1) ผู้รับบริการคือ ประชาชน 376 ราย 2) ผู้ให้บริการ 385 ราย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ผู้รับบริการ 13 ราย ได้แก่ ผู้บริโภคนยาสูบ 10 ราย ญาติ 3 ราย และ 2) ผู้ให้บริการ 29 ราย ได้แก่ อสม. 16 ราย พยาบาล 4 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ราย และผู้บริหาร 5 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้รับบริการ เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.30 กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.23 ผลการประเมินโครงการฯ ทั้งสองกลุ่มพบว่า คะแนนอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายสูงสุด รองลงมาคือ ด้านผลที่เกิดขึ้น ด้านการดำเนินงาน ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ และด้านความต่อเนื่องของผลงาน ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าการฯ มีส่วนช่วยให้เลิกบริโภคยาสูบ โดยการถ่ายทอดนโยบายผ่าน อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้คำแนะนำการเลิกบริโภคยาสูบ อย่างไรก็ตาม การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ยังขาดความต่อเนื่องและไม่ทั่วถึง และกลุ่มผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่าการฯ ยังขาดความต่อเนื่องและทักษะในการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบริโภคยาสูบ ดังนั้น ควรมีการประชาสัมพันธ์และติดตามผลการดำเนินโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง อบรมให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานเดียวกันแก่เจ้าหน้าที่ อสม. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ ส่งเสริมแรงจูงใจและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน เพื่อความยั่งยืนของการเลิกบริโภคยาสูบ

คำสำคัญ: ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน กรอบแนวคิด Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM)

*Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, E-mail: suvapat.n@ubu.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่รับ 5 กรกฎาคม 2561 วันที่แก้ไข 17 มกราคม 2562 วันตอบรับ 28 มกราคม 2562

Evaluation of the Project “the 3 Million 3 Years to Quit Smoking for the King throughout Thais” in Health Region 10

Suvapat Nakrukamphonphatn M.Sc. (Public Health Nursing)*

*Nitchanun Suwannakoot** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)*

*Amornrat Natason*** M.N.S. (Adult Nursing)*

Abstract:

The purpose of this mixed method research was to evaluate the project “3 Million 3 Years to Quit Smoking for the King” throughout Thais” in Health Region 10, based on the concept of Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM). For the quantitative section, the researchers used multi-stage random sampling, consisting of 1) 376 community dwellers and 2) 385 healthcare providers including village health volunteers, nurses, public health officers, district health officers, and deputy province health officers. Data were collected using questionnaires. Purposive sampling was used for the qualitative part. In-depth interviews and non-participant observations were used for data collection. The participants were 13 service users consisting of ten smokers and three relatives, and 2) 29 service providers including 16 village health volunteers, four nurses, four public health officers, and five managers. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Results revealed that 80.30% of service users were males, whereas 66.23% of health care providers were females. All aspects of the project were rated with the high scores. When ranked, the project’s Reach had the highest score, followed by Effectiveness, Implementation, Adoption, and Maintenance. Also, the service users reported that the project facilitates tobacco cessation by transferring policy through village health volunteers and related agencies to provide information about tobacco cessation. However, public relations are needed continuously and thoroughly. Healthcare providers also reported that some healthcare providers had limited knowledge about tobacco cessation and skills to assist the clients. Therefore, public relations and project monitoring were needed continuously. Training with the same standard guidelines for tobacco cessation should be provided to village health volunteers. Development of education media, and promoting incentives as well as participation from family and network in the community were needed for sustainable tobacco cessation.

Keywords: Project evaluation, 3 million 3 years to quit for king throughout Thais, Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM) Framework

**Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University*

***Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University*

Received July 5, 2018, Revised January 17, 2019, Accepted January 28, 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานถึงจำนวนผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบสูงถึงปีละ 10 ล้านคนหรือวันละ 27,000 คน¹ และปัจจุบันประเทศไทยมีผู้บริโภคนยาสูบที่อายุมากกว่า 15 ปี ประมาณ 11 ล้านคน² การบริโภคนยาสูบสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางกายต่าง ๆ^{3,4} และมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กอีกด้วย⁵ การบริโภคนยาสูบนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้วยังเป็นภาระต่อครอบครัว และเพิ่มภาระต่อการบริการด้านสุขภาพของรัฐบาล ในแต่ละปีคนไทยที่บริโภคนยาสูบเป็นประจำ เสียเงินจากการซื้อยาสูบในภาพรวมปีละมากกว่า 43,000 ล้านบาท⁶ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ายาสูบเป็นสาเหตุของการเกิดโรค และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจต่อตัวผู้บริโภคนยาสูบแล้วผู้บริโภคนยาสูบเหล่านี้จะเป็นแหล่งของควันบุหรี่มือสองที่ทำอันตรายต่อสุขภาพผู้ที่อยู่ใกล้เคียงและทำให้ผู้บริโภคนยาสูบรายใหม่เลียนแบบและกลายเป็นผู้บริโภคนยาสูบประจำในที่สุด⁷ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการควบคุมป้องกันและช่วยผู้ที่ติดยาสูบให้เลิกบริโภคนยาสูบได้สำเร็จเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การดำเนินงานด้านการรณรงค์เพื่อการไม่บริโภคนยาสูบในกลุ่มประชาชน โดยการร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย มูลนิธิเครือข่ายหมอนอนามัย สมาคมหมอนอนามัย สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข สมาคมอาสาสมัครเพื่อสังคมไทย และภาคีเครือข่ายได้จัดโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชักชวนเชิญชวนให้คนที่สูบบุหรี่เป็นประจำเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ 3 ล้านคน เวลา 3 ปี โดยในปีที่ 1-3 มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการไม่น้อยกว่า 5 แสนคน 2 ล้านคน และ 3 ล้านคน ตามลำดับ โดยใช้กลไกเครือข่ายหมอนอนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) สร้างกิจกรรมลงมือ ควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างกระแสมุ่งให้ข้อมูล เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างกระแสเป็นระยะขับเคลื่อนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของพิษภัยจากยาสูบ นำไปสู่การเลิกบริโภคนยาสูบ อย่างยั่งยืนโดยผู้ที่ต้องการเลิกบริโภคนยาสูบสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการผ่านเว็บไซต์ quit for king หรือแจ้งความจำนงต่อ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้บริโภคนยาสูบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 2) วางแผนการทำงาน 3) เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น 4) ชี้แจงทำความเข้าใจกับ อสม. 5) เพิ่มศักยภาพและความรู้ให้ อสม. 6) กระตุ้นและสนับสนุนให้ อสม. ติดตามเยี่ยมเยียน 7) ช่วยบำบัดและ/หรือส่งต่อผู้สูบบุหรี่ที่ถูกส่งต่อมาจาก อสม. 8) บันทึกข้อมูล สื่อสารและรายงานผล 9) ชักชวน อสม. และภาคีเครือข่ายให้ช่วยกันจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสสุขภาพ และ 10) สรุปบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงานและเชิดชูเกียรติ ปัจจุบันทั่วประเทศมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 557,407 คน เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เข้าร่วมโครงการฯ มากที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก ตามลำดับ แม้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เข้าร่วมโครงการฯ สูงที่สุด เมื่อแบ่งตามเขตบริการสุขภาพพบว่า ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 มีผู้ลงทะเบียนเพื่อเลิกยาสูบต่ำที่สุด จึงเป็นประเด็นที่ควรนำมาศึกษาเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การประเมิน (evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของโครงการที่จะทำให้ทราบว่า โครงการนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ปัจจุบันพบรูปแบบการประเมินมีหลายรูปแบบ เช่น ยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลัก แบบจำลอง

การตัดสินใจคุณค่า แบบจำลองที่ช่วยในการตัดสินใจ^{6,9} ซึ่งกรอบแนวคิดของ Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, และ Maintenance (RE-AIM)¹⁰ เป็นแบบจำลองที่สามารถประเมินผลลัพธ์ระดับบุคคลและองค์กรอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้บริโภคยาสูบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ RE-AIM มาใช้ในการประเมินโครงการฯ

ในปัจจุบันการประเมินโครงการติดตามผลจากนโยบายควบคุมบริโภคยาสูบในประเทศไทย ดำเนินการคู่ขนานในประชากรสองกลุ่มคือ ผู้ใหญ่ที่บริโภคยาสูบ^{11,12} และวัยรุ่นทั้งที่บริโภคและไม่บริโภคยาสูบ¹³ ครอบคลุมกรุงเทพมหานครและ 4 ภาคของประเทศไทย ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ผลการศึกษาพบว่า มีผู้บริโภคยาสูบสูงกว่าร้อยละ 80 และอัตราการบริโภคยาสูบในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และมีผู้เลิกยาสูบได้เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 14-25) และมากกว่าสองในสามของผู้บริโภคยาสูบเคยพยายามเลิกบริโภคยาสูบ และพบว่าในกรุงเทพมหานคร เขตเมือง และเขตชนบท มีความแตกต่างกันของพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ ความคิดเห็น และการตอบสนองต่อนโยบายและการณรงค์ต่างๆ¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินผลโครงการในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ซึ่งมีบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการฯ ไม่มากนัก ประกอบกับยังไม่พบการประเมินโครงการที่ใช้กลไกเครือข่ายหมออนามัยและ อสม. ในการขับเคลื่อนให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยจากยาสูบ และนำไปสู่การเลิกบริโภคยาสูบ ผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับปรุงการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรืทั่วไทย เทิดไท่ องค์ราชัน เขตบริการสุขภาพที่ 10”

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด RE-AIM¹⁰ ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดเพื่อเลิกบริโภคยาสูบสำหรับผู้รับบริการคือ หากกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้คำแนะนำ วิธีปฏิบัติในการเลิกยาสูบ จากผู้ให้บริการผ่านช่องทางการเข้าถึงบริการที่เข้าถึงง่าย ผู้ให้บริการมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ดำเนินงานเป็นระบบ ติดตามให้คำแนะนำ บำบัด และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้กลุ่มเป้าหมายลดการบริโภคยาสูบ หรือตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อเลิกบริโภคยาสูบ ทั้งนี้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีนโยบายแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ (ภาพที่ 1)

การดำเนินโครงการตามกรอบแนวคิดของ RE-AIM 5 ด้าน ประกอบด้วย

1) R-Reach: การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ ประกอบด้วย การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้รับบริการ หมายถึง ช่องทางและการเข้าถึงบริการ และการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายต่อผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจต่อโครงการฯ การสนับสนุนและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้เจ้าหน้าที่เพื่อนำไปสู่การให้บริการ ผ่านช่องทางการให้บริการ การประชาสัมพันธ์โครงการฯ

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

2) E-Effectiveness: ผลที่เกิดขึ้น หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและลบ เน้นการประเมินพฤติกรรมบุคคลทั้งด้านจิตใจและสังคม¹⁰ ประกอบด้วย ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ หมายถึง ผลการเลิกบริโภคยาสูบต่อสุขภาพกายและจิตใจ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อโครงการ และผลที่เกิดขึ้นต่อผู้ให้บริการ หมายถึง ความสม่ำเสมอของการดำเนินงาน ความมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน ด้านการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบ การได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงาน

3) A-Adoption: การนำไปสู่การปฏิบัติ หมายถึง การประเมินระดับพื้นที่ในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน ในการใช้นโยบายดำเนินการเองหรือได้รับการสนับสนุน¹⁰ ประกอบด้วย การนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้รับบริการ หมายถึง การได้รับคำแนะนำในการเลิกบริโภคยาสูบ การสนับสนุนอุปกรณ์/วิธีการเลิกบริโภคยาสูบ หน่วยงานในการสนับสนุนเพื่อการเลิกบริโภคยาสูบ การนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ให้บริการ หมายถึง การถ่ายทอดนโยบายในการดำเนินงานของโครงการ แนวทางดำเนินงานและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

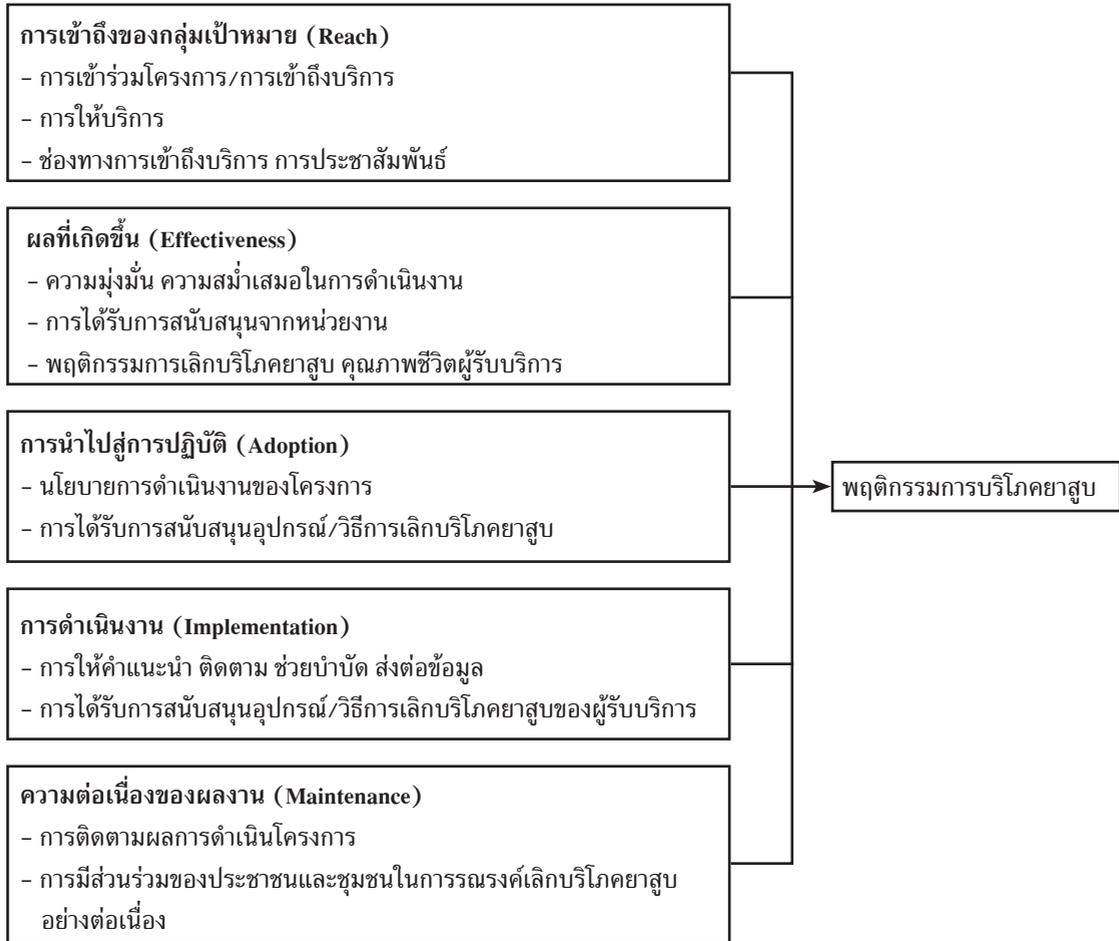
4) I-Implementation: การดำเนินงาน หมายถึง ขอบเขตของโครงการการดำเนินการตามความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการและการสนับสนุนระหว่างการทำงาน¹⁰ ประกอบด้วย การดำเนินงานต่อผู้รับบริการ หมายถึง

การได้รับคำแนะนำและทราบวิธีปฏิบัติในการเลิกบริโภคยาสูบ และการดำเนินงานต่อผู้ให้บริการ หมายถึง ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการในการลงมือปฏิบัติ เพื่อให้คำแนะนำ ติดตาม ช่วยบำบัดส่งต่อข้อมูล และประเมินผลโครงการ

5) M-Maintenance: ความต่อเนื่องของผลงาน หมายถึง การคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดำเนินงานโครงการโดยความร่วมมือระหว่างบุคคล หน่วยงาน¹⁰ ประกอบด้วย ความต่อเนื่องของผลงานต่อผู้รับบริการ หมายถึง ผู้รับบริการได้รับการติดตามการเลิกบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ ชักชวนคนรู้จักให้เลิกบริโภคยาสูบ และชุมชนมีการรณรงค์ลด ละ เลิกบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง และความต่อเนื่องของผลงานต่อผู้ให้บริการ หมายถึง การติดตามผู้เลิกบริโภคยาสูบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการรณรงค์เลิกบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ หมายถึง การแสดงออกของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้แก่ บุหรี่ ยาเส้น ยามวน บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ ทั้งในด้านความถี่ในการบริโภคยาสูบ (บริโภคยาสูบทุกวัน/บริโภคยาสูบไม่ทุกวัน) และจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อเลิกบริโภคยาสูบ

สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสม โดยใช้แบบแผนคู่ขนานที่ทำวิจัยระยะเดียว (concurrent or simultaneous design) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อโครงการฯ ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 5 ด้าน และพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินโครงการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในแต่ละส่วน ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร ได้แก่ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่าง 380 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายเพิ่มเป็น กลุ่มละ 400 ราย เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) กลุ่มผู้รับบริการคือ ประชาชน กลุ่มผู้ให้บริการคือ อสม. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารคือ สาธารณสุขอำเภอ และ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ในการรณรงค์หรือเข้าร่วมโครงการฯ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ในเขตพื้นที่บริการสุขภาพเขต 10 ซึ่งมี 5 จังหวัด สุ่มแบบง่าย 2 จังหวัด ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนได้จังหวัดอำนาจเจริญและจังหวัดมุกดาหาร สุ่ม 1 อำเภอในเขตเมือง และ 1 อำเภอในเขตชนบท และ สุ่ม 2 ตำบลในแต่ละอำเภอ โดยใช้ขนาดของประชากรในพื้นที่เป็นเกณฑ์ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้รับบริการ 376 ราย และกลุ่มผู้ให้บริการ 385 ราย

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive random sampling) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีประสบการณ์ในการรณรงค์หรือเข้าร่วมโครงการฯ สัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลจนได้ข้อมูลอิ่มตัว¹⁵ การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้บริโภคนยาสูบ 10 ราย และญาติ 3 ราย และกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ อสม. 16 ราย พยาบาล 4 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ราย และผู้บริหารคือ สาธารณสุขอำเภอ และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมบริโภคยาสูบ พฤติกรรมไม่บริโภคยาสูบ เหตุผลที่เข้าร่วมโครงการฯ และการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโครงการฯ 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย จำนวน

5 ข้อ ผลที่เกิดขึ้น จำนวน 5 ข้อ นำไปสู่การปฏิบัติจำนวน 4 ข้อ การดำเนินงาน จำนวน 3 ข้อ และความต่อเนื่องของผลงาน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมาย กำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนดังต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโครงการฯ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ช่องทางการประชาสัมพันธ์ จำนวนผู้บริโภคนยาสูบที่สามารถชักชวนให้เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโครงการฯ 5 ด้าน จำนวน 28 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 6 ข้อ ผลที่เกิดขึ้น จำนวน 9 ข้อ นำไปสู่การปฏิบัติจำนวน 3 ข้อ การดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ และความต่อเนื่องของผลงาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมาย กำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนดังต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ความคิดเห็นอยู่ใน

ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อโครงการฯ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview protocol) แบ่งเป็น แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินโครงการฯ ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ การเข้าถึงของโครงการ ความคิดเห็นต่อผลที่เกิดขึ้น ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ความคิดเห็นต่อโครงการ ปัจจัยที่จะทำให้โครงการสำเร็จ และความพึงพอใจต่อโครงการ เป็นต้น

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (สารเสพติด) สาธารณสุขอำเภอ และพยาบาลที่ดูแลงานด้านบุหรี หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มิได้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการฯ ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเท่ากับ .98 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาดังนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-31/2560 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของวิจัย ให้ผู้เข้าร่วม

วิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่ระบุถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงขั้นตอนวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากทะเบียนประวัติประชากร เชิญชวนเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมหนังสือยินยอมการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ที่ รพ.สต. ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 25 นาทีที่ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่สมบูรณ์เก็บข้อมูลเพิ่มโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พร้อมการบันทึกเสียงกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant interview) ใช้เวลา 30-60 นาทีต่อราย ผู้วิจัยโดยพิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล การสังเกต

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

แบบไม่มีส่วนร่วมทำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์และการบันทึกภาคสนาม (field note) ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่างเวลา สถานที่และบุคคล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ทั้งในระหว่างและสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล และการศึกษาประเด็นเดียวกันในการสัมภาษณ์บุคคลที่หลากหลายกลุ่ม¹⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การจำแนกข้อมูล และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มผู้รับบริการ 376 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.30) อายุ 15-89 ปี (Mean = 48.21, SD = 14.19) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.18) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.09) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 76.60) มีประวัติบริโภคยาสูบ (ร้อยละ 67.02) ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 10-20 ปี (ร้อยละ 86.90) เป็นผู้เลิกบริโภคยาสูบ (ร้อยละ 66.27) และยังมีบริโภคยาสูบอยู่ (ร้อยละ 33.73) ในจำนวนนี้บริโภคยาสูบทุกวัน (ร้อยละ 90.58) มีประวัติเคยเลิกบริโภคยาสูบแล้วกลับมาบริโภคใหม่ (ร้อยละ 49.06) และยังมีบริโภคยาสูบอยู่ (ร้อยละ 33.73) โดยบริโภคยาสูบอยู่ทุกวัน (ร้อยละ 90.58) และตัวอย่างที่บริโภคยาสูบเข้าร่วมโครงการฯ (ร้อยละ

11.90) ความพยายามเลิกบริโภคยาสูบที่มีความเกี่ยวข้องกับโครงการฯ (ร้อยละ 41.49) ส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการฯ เนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 90.96) และได้รับการประชาสัมพันธ์โครงการฯ (ร้อยละ 91.20) ผ่านทาง อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 85.42) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโทรทัศน์ (ร้อยละ 45.48, 39.65 ตามลำดับ)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้บริโภคยาสูบ 10 ราย และญาติ 3 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.92) อายุ 30-57 ปี (Mean = 51.21, SD = 13.29)

กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 385 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.23) อายุ 20-60 ปี (Mean = 45.94, SD = 9.63) และมากกว่าครึ่งเป็น อสม. (ร้อยละ 58.60) รองลงมาคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหาร (ร้อยละ 24.14, 17.24 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ อสม. เป็นผู้ประชาสัมพันธ์โครงการฯ (ร้อยละ 96.88) และสามารถเชิญชวนให้ประชาชนเข้าร่วมโครงการฯ ได้ 5-10 ราย (ร้อยละ 67.79)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น อสม. 16 ราย พยาบาล 4 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 ราย และผู้บริหาร 5 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.96) อายุ 22-55 ปี (Mean = 42.11, SD = 11.29)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

2.1 กลุ่มผู้รับบริการ

2.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ด้านการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยรวมสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.90, SD = 1.19) รองลงมาคือ ด้านผลที่เกิดขึ้น (Mean = 3.83, SD = 1.31) และด้านการดำเนินงาน (Mean = 3.76, SD = 1.00) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อโครงการฯ

รายการประเมิน	Min-Max	Mean	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย	2.0-5.0	3.90	1.19	มาก
ด้านผลที่เกิดขึ้น	1.4-5.0	3.83	1.31	มาก
ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ	1.0-5.0	3.65	1.31	มาก
ด้านการดำเนินงาน	1.0-5.0	3.76	1.00	มาก
ด้านความต่อเนื่องของผลงาน	1.0-5.0	3.62	1.10	มาก

ด้านการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับมากทุกด้าน ตัวอย่างได้รับคำแนะนำช่องทางเข้าร่วมโครงการฯ สูงที่สุด (Mean = 4.13, SD = 1.79) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลโครงการฯ จาก อสม. (Mean = 3.87, SD = 1.08) หากมีการบริโภคยาสูบยี่ห้อที่จะเข้าร่วมโครงการฯ (Mean = 3.86, SD = 1.02) ได้รับการประชาสัมพันธ์โครงการฯ จาก อสม. สูงที่สุด (Mean = 3.85, SD = 1.04)

ด้านผลที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์จากการเลิกบริโภคยาสูบอยู่ในระดับมากทุกด้าน สุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงขึ้นสูงที่สุด (Mean = 3.96, SD = 0.85) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตดีขึ้นและบุคคลในครอบครัวมีความพึงพอใจ (Mean = 3.85, SD = 0.98, Mean = 3.84, SD = 0.26) ตามลำดับ

ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับมากทุกด้าน ตัวอย่างได้รับคำแนะนำและวิธีปฏิบัติในการเลิกบริโภคยาสูบจาก อสม. สูงที่สุด (Mean = 3.81, SD = 1.13) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean = 3.71, SD = 1.05) และการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน (Mean = 3.58, SD = 1.05) ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์วิธีการเลิกบริโภคยาสูบน้อยที่สุด (Mean = 3.52, SD = 1.01)

ด้านการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากทุกด้าน ตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำและวิธีปฏิบัติเพื่อการเลิกบริโภคยาสูบ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงที่สุด (Mean = 3.77, SD = 0.99; Mean = 3.77, SD = 1.01)

รองลงมาคือ ได้รับคำแนะนำจาก อสม. (Mean = 3.75, SD = 1.01) ตามลำดับ

ด้านความต่อเนื่องของผลงาน อยู่ในระดับมากทุกด้าน โครงการฯ มีส่วนช่วยให้เลิกบริโภคยาสูบสูงที่สุด (Mean = 3.69, SD = 1.11) รองลงมาคือ ชักชวนครอบครัวข้างเคียงเลิกบริโภคยาสูบด้วย (Mean = 3.66, SD = 1.11) และชุมชนมีส่วนร่วมในการรณรงค์การลด ละ เลิก ยาสูบ (Mean = 3.61, SD = 1.10)

2.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ ดังนี้

1) มีช่องทางเข้าร่วมโครงการฯ แต่บางพื้นที่ประชาสัมพันธ์เนื้อหาโครงการยังไม่ชัดเจน มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหลายช่องทาง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “อสม. มาบอก ผู้ใหญ่บ้านประกาศผ่านหอกระจายข่าว” “ทางทีวีก็มี” อย่างไรก็ตามบางแห่งยังขาดการประชาสัมพันธ์ ดังคำกล่าวที่ว่า “มีประกาศผ่านหอกระจายข่าวให้เลิกบุหรี่ แต่ไม่ได้บอกชื่อโครงการ”

2) มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากเลิกบริโภคยาสูบ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “หลังเลิกบุหรี่ได้สุขภาพดีขึ้น ไม่เหนื่อย ทำงานได้สบายขึ้น” “เลิกมาได้กว่า 6 เดือนแล้ว สบายใจ ประหยัดเงิน”

3) ได้รับการสนับสนุนให้เลิกบริโภคยาสูบจาก อสม. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายในชุมชน สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “อสม. พี่น้ามาแนะนำการเลิกยาสูบเป็นระยะ ๆ ก็ลดจำนวนมวนที่สูบต่อวันได้ลดลง” “หมู่บ้านมีการณรงค์เลิกบุหรี่ และงดเหล้าเข้ากับงานเข้าพรรษา ตามสังคมบ้านเฮาเนาะ ทำให้เฮา

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

พยายามเลิกบุหรี่ ผู้นำชุมชนเห็นกะเอ็ดเป็นตัวอย่าง
บ่สูบยา”

4) ได้รับคำแนะนำและวิธีปฏิบัติเพื่อให้
เลิกบริโภคยาสูบ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เจ้าหน้าที่
เห็นก็มาแนะนำวิธีเลิกสูบยา ให้ใช้ยาอม ยาขง พอได้
กลิ่นก็จะอาเจียน สูบยาบ่ได้” กะทำให้เลิกยาได้อยู่”
อย่างไรก็ตามพบว่า บางรายได้รับคำแนะนำ วิธีปฏิบัติ
ที่ไม่ชัดเจนดังคำกล่าวที่ว่า “เห็นไม่ได้บอก จะให้เข้า
ร่วมกิจกรรมตอนใด มีแต่บอกให้เลิกบุหรี่เท่านั้น”

5) โครงการฯ และชุมชนมีส่วนช่วยให้เลิก
บริโภคยาสูบ แต่ยังคงขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง
สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เห็นมาถามได้ก็อยู่ เลิกได้
บ่ให้ช่วยหยั่งอีกบ่” “ผู้นำหมู่บ้าน คนในหมู่บ้านก็
ช่วยกัน ให้กำลังใจกัน พวกกันเลิกยาสูบได้” “อสม.
เห็นมาบ่ช่วยช่วงแรก ๆ แล้วหายไป”

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อโครงการฯ

รายการการประเมิน	Min-Max	Mean	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย	1.8-5.0	3.87	0.80	มาก
ด้านผลที่เกิดขึ้น	1.3-5.0	3.74	0.88	มาก
ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ	1.0-5.0	3.68	0.92	มาก
ด้านการดำเนินงาน	1.2-5.0	3.71	0.91	มาก
ด้านความต่อเนื่องของผลงาน	1.3-5.0	3.65	1.00	มาก

ด้านการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับมาก
ทุกด้าน มีช่องทางในการให้คำแนะนำสูงสุด (Mean =
4.05, SD = 0.89) รองลงมาคือ โครงการมีความชัดเจน
(Mean = 3.90, SD = 0.94) และอสม.ให้คำแนะนำใน
การเลิกยาสูบได้ (Mean = 3.86, SD = 0.89) ตามลำดับ
ด้านผลที่เกิดขึ้น อยู่ในระดับมากทุกด้าน อสม.
มีความมุ่งมั่นในการทำงานด้านการควบคุมและป้องกัน
การบริโภคยาสูบสูงสุด (Mean = 4.10, SD = 0.96)
รองลงมาคือ ผู้บริโภคยาสูบทราบว่า อสม. มีส่วนร่วม
ในการช่วยให้เลิกบริโภคยาสูบ (Mean = 4.09, SD =

6) มีความพึงพอใจต่อโครงการฯ เนื่องจาก
สุขภาพแข็งแรง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และเป็นการทำดีเพื่อ
ถวายพ่อหลวง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เป็นโครงการ
ที่ดีมีการเชิญชวน ทำความดีเพื่อเทิดไท้องค์ราชัน ให้ 5
คะแนนเต็มเลย” “ครอบครัวอบอุ่นขึ้น สุขภาพแข็งแรง”

2.2 กลุ่มผู้ให้บริการ

2.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
พบว่า ด้านการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยรวม
สูงที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.87, SD = 0.80)
รองลงมาคือ ด้านผลที่เกิดขึ้น (Mean = 3.74, SD =
0.88) และด้านการดำเนินงาน (Mean = 3.71, SD =
0.91) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

1.07) และ อสม. ได้รับการแจ้งข้อมูลโครงการจากเจ้า
หน้าที่สาธารณสุข (Mean = 4.05, SD = 0.96)

ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก
ทุกด้าน มีการถ่ายทอดนโยบายในการดำเนินโครงการ
สูงที่สุด (Mean = 4.10, SD = 0.99) รองลงมาคือ อสม.
ได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข (Mean = 3.86, SD = 1.00) และพื้นที่มี
หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Mean = 3.73,
SD = 1.03)

สุภภัทร นักรู้ก้าพลพัฒนา และคณะ

ด้านการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากทุกด้าน อสม. มีส่วนช่วยให้คำแนะนำ และติดตามผลการเลิกบริโภค ยาสูบอย่างต่อเนื่องสูงที่สุด (Mean = 3.77, SD = 0.93, Mean = 3.77, SD = 1.02) ตามลำดับ รองลงมาคือ มีการส่งต่อข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (Mean = 3.75, SD = 1.06)

ด้านความต่อเนื่องของผลงาน อยู่ในระดับมากทุกด้าน การดำเนินโครงการฯ มีการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสูงที่สุด (Mean = 3.72, SD = 1.05) และชุมชนมีส่วนร่วมในการเลิกบริโภคยาสูบ (Mean = 3.71, SD = 1.07) ตามลำดับ

2.2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อโครงการฯ ดังนี้

1) มีช่องทางการเข้าถึงบริการ การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ แต่ยังคงขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ได้รับนโยบายและอบรมจาก สสจ. มีแนวทางดำเนินงานชัดเจน เราจะอบรม อสม. มอบหมายให้ อสม. ในชุมชนสำรวจและชักชวนในคุ้มตน ติดตามงานจาก อสม.” “เราได้รับนโยบายมาจาก รพ.สต. เราก็จะไปแนะนำคนที่สูบในคุ้ม บอกผลเสียกับเขา เราให้คำแนะนำ สอบถามเป็นระยะๆ” “อ่อนการประชาสัมพันธ์ การลงทะเบียนผ่านหน้า website ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าจะต้องลง”

2) อสม. มีความมุ่งมั่นในการทำงานและมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้เลิกบริโภคยาสูบ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เราไปเยี่ยมตามคุ้มที่รับผิดชอบ คัดกรองคนสูบ เชิญชวนเข้าร่วม ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล เยี่ยมเป็นระยะๆ” “เขาชอบคุณเราที่ช่วยให้เขาเลิกบุหรีได้สำเร็จ”

3) มีการถ่ายทอดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน แต่ยังคงขาดงบประมาณ สิ่งสนับสนุน และเจ้าหน้าที่ซึ่งขาดความรู้และทักษะในการช่วยเลิกบริโภคยาสูบ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “หลังได้รับนโยบายอบรม อสม. ติดตามงานจาก อสม. จังหวัดจะสนับสนุน

เรื่องยากวิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรีนำมาถ่ายทอด” “เมื่อมีปัญหาเจ้าหน้าที่ก็ช่วยให้คำแนะนำดี” “ยังไม่ได้ลงไปทำงานเพราะเรายังไม่ได้ไปอบรมทักษะในการช่วยเลิกบุหรี เราจะใช้อะไรเป็นแรงกระตุ้นเขา”

4) มีแนวทางปฏิบัติ และติดตามผลการดำเนินงาน เป็นไปตามเป้าหมาย โดย อสม. มีส่วนช่วยให้คำแนะนำ ติดตาม ช่วยบำบัดและส่งต่อข้อมูล สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ได้รับมอบนโยบายและผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่ เราไปแนะนำคนในคุ้ม เรามีหน้าที่กระตุ้นเตือนเป็นระยะๆ เราจะให้ตอบแบบสอบถาม และส่งเอกสารไปให้ รพ.สต” “คัดกรองในพื้นที่ ส่งรายชื่อเพื่อติดตามเยี่ยม มี อสม. เป็นคณะกรรมการ ให้ยาชงดอกหญ้าขาว ใน 14 วันแรกติดตามเยี่ยมทุกวัน พยาบาลติดตามแนะนำ มีทีมทำงานร่วมกัน มีการติดตามชัดเจน”

5) มีการบูรณาการโครงการฯ กับงานประจำโดยได้รับความร่วมมือชุมชน แต่ยังคงขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ปกติรณรงค์การเลิกบุหรีบูรณาการกับการงดเหล้าเข้าพรรษา ออกให้ความรู้ในโรงเรียน ร่วมกับโครงการ to be number one ชี้แจงป้องกันการสูบบุหรี” “อาศัยเครือข่ายในชุมชนช่วยในการสอดส่องดูแล แต่ก่อนยาสูบหาซื้อได้ง่ายจากร้านค้าชุมชน ตอนนี้อยู่ไม่ได้ในชุมชนไม่ขายให้เด็ก ทุกวันนี้เข้มงวด” “เราเป็นผู้นำชุมชน ต้องเป็นแบบอย่างบุหรีไม่สูบ สุราไม่ดื่ม” “การติดตามยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร โครงการควรกระชับกว่านี้”

6) มีความพึงพอใจต่อโครงการฯ เนื่องจากทำให้ประชาชนสุขภาพแข็งแรง ประหยัดค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เป็นโครงการที่ดี ทำให้ประชาชนแข็งแรง ลดการลักเล็กขโมยน้อย ดิทยาเสพติดอื่น ๆ ด้วย” “พอใจมาก 10 เต็ม 10”

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ มีดังนี้

1) ผู้บริโภคยาสูบต้องมีความตั้งใจ สมรรถภาพที่จะเลิกบริโภคยาสูบเอง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

“ตอนจะเลิกบอกตัวเองว่าทำเพื่อตัวเองกับครอบครัว สุดท้ายเราก็กทำได้” “ที่เลิกเพราะสมัครใจ” “ทำได้ดี”

2) การดำเนินโครงการควรชัดเจนมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ก็อยากให้เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ่อยๆ กระตุ้นบ่อยๆ” “อยากให้ทำรูปแบบเดียวกันคือ การติดตามทุกวัน ปัจจุบันตามทุก 3, 7, 14 วัน และ 1 เดือน เพื่อให้มีความต่อเนื่อง”

3) ควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง และคำนึงถึงข้อจำกัดของเทคโนโลยีเครือข่ายไร้สาย สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “โครงการนี้ไม่เคยได้ยินชื่อ แต่หมอเขาบอกเรื่องให้เลิกบุหรี่อยู่แต่ให้ไปลงชื่อตอนไหน บั๊” “เขาให้ลงชื่อบน website บางคนไม่รู้”

4) ความร่วมมือของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เลิกได้สำเร็จเพราะเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ และครอบครัวให้กำลังใจ” “แรงบันดาลใจที่ทำได้คือหลาน เดิมสูบบุหรี่ 15 มวน เปิดใจคุยกัน ก็เลิกได้จริง”

5) ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “กระบวนการทำควรชัดเจน ลงมือปฏิบัติจริง ประชุมอบรมชี้แจงในการทำงาน ให้ชุมชน องค์กร เครือข่ายชุมชน ร่วมดำเนินการ บูรณาการกับงานปกติจะดีมาก ใช้ความสม่ำเสมอในพื้นที่”

6) ทีมทำงานต้องเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และทักษะในการดำเนินงานในโครงการฯ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ควรพัฒนาศักยภาพให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในทุกระดับ” “สร้างค่านิยมให้เจ้าหน้าที่รักงาน งานที่ยาก การติดตามยาก แต่ต้องฝึกให้เขามีความรับผิดชอบ”

7) ควรสนับสนุนงบประมาณ สิ่งสนับสนุนอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ควรเพิ่มงบประมาณ ลูกอมไม่เพียงพอ สื่อ เอกสารไม่เพียงพอ”

“ควรเพิ่มสื่อ สิ่งประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ โมเดลควรเน้นให้เห็นความสำคัญ อันตรายของบุหรี่”

8) ผู้นำต้องเป็นต้นแบบที่ดีที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “กะมีผู้นำชุมชนพื้นกะเอ็ดเป็นตัวอย่าง บ่สูบบุหรี่ เขาทำตามพื้น” “ภาคีเครือข่ายควรจริงจัง นักเรียนสูบบุหรี่เพราะเห็นครูสูบบุหรี่ อยากให้ครูเป็นแบบอย่างที่ดี”

9) รมรณรงค์การซื้อขายและการผลิตยาสูบ มีข้อเสนอแนะให้รณรงค์การกำหนดมาตรการควบคุมการผลิต การโฆษณา การจัดจำหน่ายให้อยู่ในขอบเขตอย่างจริงจัง สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “กำจัดต้นเหตุ การซื้อขายและผลิตมากกว่า ถ้าบ่บ่ตัดได้แต่ยังมี การซื้อขายง่าย กฎหมายไม่เข้มพอมีผลต่อความสำเร็จ การสูบบุหรี่ก็จะมีจำนวนมาก”

10) สร้างกระแสทางสังคม สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “สร้างกระแสทางสังคมเป็นการเข้าถึงกลุ่มคน เช่น ชักชวนปฎิญาณ วันที่ 1 ธ.ค. 2559 มี 140 คนที่สมัครใจ จุดเริ่มต้นได้จากการแปลอักษรเป็นเลขเก้า”

11) เริ่มต้นในเยาวชน สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “ใช้กลุ่มเยาวชน ผู้สูบบุหรี่ เน้นเรื่องป้องกันไม่ให้สูบบุหรี่ ลงในโครงการ to be number one เปิดเวทีแสดงออก การเป็นแบบอย่างที่ดี” “ในกลุ่มเยาวชน ได้ผลดี เด็กไปบอกคนในครอบครัว”

12) คำนึงถึงบริบทของพื้นที่ ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมบางพื้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลิกบริโภคยาสูบโดยพบว่า บางพื้นที่ที่มีการตั้งกฎของหมู่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบของหมู่บ้านที่ดีที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “anti คนสูบบุหรี่ จะถูกมอง ได้ผลดีคือ คนสูบบุหรี่ลง หมู่บ้านเราก็เป็นหมู่บ้านศีลธรรม มีผู้นำตั้งกฎและประธานฝ่ายต่าง ๆ ทำเป็นธรรมนูญหมู่บ้าน เลิกเองเพราะเป็นรูปแบบหมู่บ้าน” นอกจากนี้พบว่าบางพื้นที่ที่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาพื้นเมือง “การสื่อสารยาก ภาษาวัฒนธรรมจากการสื่อสารไม่ได้ บางพื้นที่อาจเลิกได้ไม่ครบ 100%”

การอภิปรายผล

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า ผู้บริโภคยาสูบส่วนใหญ่เป็นเพศชายและสถานภาพสมรสคู่⁷ ตัวอย่างโรครักษาครั้งนี้มี การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา อาจทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับยาสูบและตระหนักถึงความสำคัญในการเลิกบริโภคยาสูบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การไม่มีความรู้เกี่ยวกับการยาสูบเป็นสิ่งที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบริโภคยาสูบได้¹⁶ และผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีอัตราการเลิกบริโภคยาสูบสูงกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ¹⁷ อาจเนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะช่วยให้บุคคลมีความรู้และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารพิษภัยของยาสูบ ทำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคยาสูบได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคยาสูบทุกวัน (ร้อยละ 90.58) แสดงถึงการเสพติดยาสูบแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณชก จันทุม¹⁶ พบว่า สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกบริโภคยาสูบได้เพราะบริโภคยาสูบเป็นประจำทุกวันและติดยาสูบแล้ว การศึกษาครั้งนี้ยังมีผู้บริโภคยาสูบอยู่ถึง ร้อยละ 33.73 ประกอบกับยังขาดการประชาสัมพันธ์และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และเป็นการประเมินผลโครงการในช่วงระยะปีแรกของการดำเนินงานจึงอาจทำให้มีผู้เข้าร่วมโครงการฯ เพียงเล็กน้อย

ผลการศึกษาพบว่า เกือบครึ่งที่เลิกบริโภคยาสูบแล้วกลับมาบริโภคใหม่ อาจเนื่องจากผู้บริโภคยาสูบเป็นระยะเวลาอันนานจะมีอาการดื้อนิโคติน ทำให้ต้องการนิโคตินในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หากหยุดสูบอย่างเฉียบพลันจะเกิดอาการถอนนิโคติน เกิดภาวะไม่สุขสบายทั้งกายและใจ อาการเหล่านี้ไม่รุนแรงแต่อาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เลิกบริโภคยาสูบได้แล้วหรือผู้ที่บริโภคยาสูบที่พยายามหยุดสูบทนไม่ได้ต้องกลับมาสูบอีกครั้ง^{18,19} ประกอบกับผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับสารเสพติด

ชนิดร้ายแรงชนิดอื่น รัฐบาลยังคงผลิตและขายอยู่ ดังนั้นตัวอย่างจึงเลิกบริโภคยาสูบไม่ได้แต่มีความตั้งใจที่จะพยายามเลิกบริโภคยาสูบ และตัวอย่างเกือบครึ่งมีความพยายามที่จะเลิกบริโภคยาสูบเนื่องจากต้องการทำดีถวายพ่อหลวงของคนไทย สอดคล้องกับเงื่อนไขที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่เนื่องจากเป็นวันสำคัญ และเป็นการสร้างแรงกดดันทางสังคมในโอกาสพิเศษเป็นโอกาสที่กระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งอิทธิพลทางสังคมเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จ¹⁶

ผลการประเมินโครงการฯ อยู่ในระดับมากทุกด้าน อาจเนื่องจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และนำไปสู่การปฏิบัติและการดำเนินงานที่มีระบบ โดยโครงการฯ มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การดำเนินงานเป็นขั้นตอน และได้รับการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ สื่อสนับสนุนต่างๆ จากหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำลงสู่แกนนำหลักของการขับเคลื่อนคือ อสม. ซึ่งมีความมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน เป็นคนในพื้นที่ซึ่งมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชนเป็นอย่างดี มีการติดตามให้คำแนะนำ และการบำบัดอย่างเป็นระยะๆ และส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาโครงการต่อไป ประกอบกับผู้บริโภคยาสูบได้รับแรงจูงใจจากบุคคลในครอบครัว สังคมและจากตัวผู้สูบเอง ทำให้สามารถเลิกบริโภคยาสูบได้สำเร็จ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการคือ การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ประหยัดค่าใช้จ่ายและบุคคลในครอบครัวมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้เลิกบริโภคยาสูบเกือบทุกคนรายงานว่าสุขภาพดีขึ้นหลังจากการเลิกบริโภคยาสูบ^{11,18} รวมทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถเลิกบริโภคยาสูบแต่มีแนวโน้มในการลดความถี่ในการบริโภคดังกล่าวที่ว่า “สูบห่างลงกว่าเดิม” ซึ่งเหตุผลในการเลิกบริโภคยาสูบอาจเนื่องจากความเป็นห่วงบุคคลในครอบครัว มีปัญหาสุขภาพ มีแรงจูงใจและเป็นวันสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า เงื่อนไขที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คือ ปัญหาสุขภาพ ความเป็นห่วง บุคคลในครอบครัว เป็นวันสำคัญและมีแรงจูงใจในการ เลิก¹⁶

เครือข่ายในชุมชนทั้งวัด โรงเรียน และชุมชนมีส่วนร่วมในการเลิกบริโภคยาสูบ โดยบูรณาการกับ เทศกาลวันสำคัญ การเป็นตัวอย่างที่ดีของผู้นำ การปลูกฝัง แก่เยาวชนในโรงเรียน ทำให้โครงการฯ ดำเนินได้ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิและปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์²⁰ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยาสูบของ ชุมชน การยึดมั่นในศาสนา คำแนะนำของผู้นำศาสนา ให้เลิกบริโภคยาสูบเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่¹¹ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ เลิกบริโภคยาสูบได้นั้น นอกจากตัวผู้บริโภคนั้นเอง ยังมีบุคคลในครอบครัวที่เป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกตและ คณะ⁷ พบว่า ผู้บริโภคนั้นที่ได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมทั้งจากตนเองและจากภายนอก จะทำให้ได้รับแรง จูงใจที่สำคัญ แหล่งสนับสนุนสำคัญที่ผู้เลิกบริโภค ยาสูบรับรู้ได้มากที่สุดคือ บุคคลที่ผู้เลิกบริโภคยาสูบรัก และห่วงใยมากที่สุดคือ ลูก จึงเป็นประเด็นสำคัญใน การนำมาเป็นแรงสนับสนุนสำคัญในการเลิกบริโภค ยาสูบสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา จิวพัฒนกุล และ นงนุช เพ็ชรร่วง²¹ ที่พบว่าครอบครัวมีส่วนในการป้องกันการ บริโภคยาสูบของเยาวชน

อย่างไรก็ตามพบว่า การประชาสัมพันธ์ยังขาด ความต่อเนื่อง จึงทำให้ด้านความต่อเนื่องของผลงานมี คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ประกอบกับพบว่า เจ้าหน้าที่ยังขาด ความรู้ทักษะการให้คำแนะนำ แนวทางวิถีปฏิบัติในการ เลิกบริโภคยาสูบที่ชัดเจน รวมทั้งสื่อ สิ่งสนับสนุนที่ใช้ ในการบำบัดยังไม่เพียงพอ ดังนั้น ควรมีการจัดอบรม ความรู้ แนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานเดียวกันแก่ เจ้าหน้าที่เพื่อช่วยบำบัดผู้บริโภคนั้น พัฒนาสื่อการ เรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและคำนึงถึงบริบทพื้นที่

สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการจัดการช่วยเลิก บุหรี่ในประเทศไทยคือ ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้ช่วยใน การเลิกบุหรี่ มีเทคนิคการเลิกบุหรี่ที่ใช้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน²² และมีช่องทางการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ที่สะดวกเข้าถึงง่าย และคำนึงถึงช่องทางในการลงทะเบียน ผ่าน website ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดการสื่อสารเครือข่าย ไร้สาย และการสื่อสารภาษาพื้นเมือง

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้อง พัฒนาการบริการเพื่อช่วยให้เลิกบริโภคยาสูบอย่าง จริงจัง เพื่อช่วยให้การเลิกบริโภคยาสูบมีประสิทธิภาพ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการช่วยสร้าง โอกาสการเข้าถึงบริการที่สะดวกเข้าถึงได้ง่าย การสร้าง แรงจูงใจสนับสนุนทั้งภายในและภายนอก การให้ความรู้ พัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย สนับสนุนวิธีการ บำบัดเพื่อเลิกบริโภคยาสูบและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้บริโภคนั้นให้มี ประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรเน้นให้เจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพเห็นความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ สนับสนุนวิธีการบำบัดเพื่อเลิกบริโภคยาสูบ พัฒนาสื่อ การเรียนรู้เพื่อช่วยในการเลิกบริโภคยาสูบที่เข้าถึง ได้ง่าย สร้างความตระหนักในการส่งเสริมสร้างแรงจูงใจ การดูแลและให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเลิกบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน พัฒนาระบบการดูแล ติดตามหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสร้าง กระแสสังคม และเครือข่ายชุมชนในการช่วยติดตาม ดูแล กำหนดระยะเวลาในการติดตามให้ชัดเจนเพื่อดู ความยั่งยืนในการเลิกบริโภคยาสูบ

ด้านการวิจัย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นการ ดำเนินโครงการฯ ในบางพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ จึงควร มีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุนที่มี

ผลต่อความสำเร็จในการบำบัดเพื่อเลิกบริโภคยาสูบในการศึกษาครั้งต่อไป และติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำลังจะเลิกบริโภคยาสูบเลิกได้สำเร็จ และระยะเวลาในการติดตามที่เหมาะสมในการเลิกบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน

ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้บริโภคยาสูบ ควรหามาตรฐานในการอบรมให้คำปรึกษา รูปแบบการรักษา เทคนิคแนวทางในการบำบัดเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ พัฒนาสื่อโฆษณาในการเลิกบริโภคยาสูบ ควรเพิ่มหลักสูตรการอบรมให้ อสม. เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริการให้เจ้าหน้าที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับความร่วมมือของประชาชน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ และผู้บริหาร จังหวัดมุกดาหารและจังหวัดอำนาจเจริญทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Action on Smoking and Health Foundation Thailand. Tobacco on life. Bangkok: Pimdeekarpim; 2011. (in Thai)
2. Pitayarangsarit S, Pankrajang P, Sritabuttra D. 25 years of smoke control in Thailand (1992-2017). Bangkok: Charoendi Monkong; 2017. (in Thai)
3. American Cancer Society. Tobacco-related cancers fact sheet; 2014. [cited 2016 March 5]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/tobacco-related-cancer-fact-sheet>
4. Sewram V, Sitas F, Dianne O, Connell, Myers J. Tobacco and alcohol as risk factors for esophageal cancer in a high incidence area in South Africa. Cancer Epidemiology 2016;41:113-21.
5. Pitayarangsarit S, Iamanan P, Pankrajang P, Sommit K. Tobacco situation 2012. Bangkok: Jarerndee Monkong Karnpim; 2012. (in Thai)
6. Yamsri W, Maneesriwongul W, Panpakdee O. The effect of motivational interviewing on smoking behavior in persons at risk for coronary artery disease. Journal of Public Health Nursing. 2013;41-57(3). (in Thai)
7. Srimoragot P, Sanamthong P, Chainun J, Hong-thong Y, Sawangdee P, Auckarawacharangkul O. Effectiveness of nurse managed tobacco cessation program in Thailand. Thai Journal of Nursing. 2013;62(1):32-43. (in Thai)
8. Meejang S. Education project evaluation: theory and practice. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015. (in Thai)
9. Donabedian A. An introduction to quality in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
10. Stephanie Jilcott S, Ammerman A, Sommers J, Glasgow R.D. Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change. Ann Behav Med. 2007;34(2):105-14.
11. Jampaklay A, Siriratsami B, Siriratsami T, Kenrot P, Pornwivatnachai S, Pornwivatnachai S, Konkaew T. International tobacco control policy evaluation project Southeast Asia Survey [Thailand], wave 3 (2008) on among smoker. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2010. (in Thai)
12. Jampaklay A, Siriratsami B, Holomyong C, Siriratsami T, Konkaew T, Kenrot P. International tobacco control policy evaluation project Southeast Asia Survey [Thailand], wave 5 (2010) on among smoker. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2013. (in Thai)
13. Siriratsami T Siriratsami B, Holomyong C, Jampaklay A, Kenrot P, Konkaew T. International tobacco control policy evaluation project Southeast Asia Survey [Thailand], wave 6 (2012) on adolescents. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2013. (in Thai)
14. Taro Y. Statistics: an introductory analysis. 3rded. New York: Harper and Row Publication; 1973.
15. Chirawatkul S. Qualitative research in health science. Bangkok: Wittayaphat; 2009. (in Thai)

ประเมินผลโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10

16. Saejong P. Behavior, conditions and impact of persons able and unable to give up smoking in Patong Village, Hat Yai District, Songkhla Province. [Master Thesis], Songkhla: Prince of Songkhla University; 2009 (in Thai)
17. Baddouna R, Wehdeh-Chidiac C. Prevalence of tobacco use among the adult Lenanese population. *East Meditern Health J.* 2001;7(4/5):819-28.
18. Junmool B, Pornchaikate Au Yeong A, Yuttatri P. Brief intervention for smoking reduction or cessation in adults: evidence-based nursing. *Journal of Public Health Nursing.* 2013;27(1):61-73. (in Thai)
19. Taksinachanekij S. Rate of nicotine addiction and cigarette smoking behavior of people enrolled in the program of 'reduce, abstain, and give up cigarettes for Queen's 72nd Birthday' in Khon Kaen. *KKU Research Journal.* 2007;12(2):173-82. (in Thai)
20. Phetphum C, Nimpitukpong P. A literature review of measures to limit the access to tobacco by youths. *J Public health.* 2015;45(3):310-23. (in Thai)
21. Jewpattanakul Y, Petchrong N. Youth's smoking preventions: family's view. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2016;24(2):42-50. (in Thai)
22. Sumalee H, Pitayarangsarit S, Iamanan P, Tangcharoensathien V. Assessment of smoking cessation service in public health-affiliated hospitals. *Journal of Health System Research.* 2015;9(3):241-52. (in Thai)